

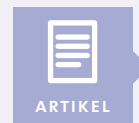
# FACT als onderdeel van wijkgerichte zorg in het (zorg)netwerk

K.H. WESTEN, M.D. VAN VUGT, M. BÄHLER, C.L. MULDER, PH. DELESPAUL, H. KROON

- ACHTERGROND** Wijkgerichte zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) vraagt toenemend om een verregaande samenwerking tussen verschillende domeinen. Deze samenwerking zal telkens uniek en lokaal vormgegeven moeten worden en zal tegelijkertijd afgestemd moeten zijn op generieke, landelijk gestelde doelen.
- DOEL** Aanbieden van nieuwe inzichten over het samenwerken in en tussen het sociale en ggz-domein.
- METHODE** Reflecteren op de ontwikkelingen in het sociaal domein en specialistische ggz, gebruikmakend van relevante literatuur en recente ervaringen in binnen- en buitenland.
- RESULTATEN** Men kan integrale zorg beter mogelijk maken door flexibele assertive community treatment (FACT)-teams in netwerken te laten samenwerken met WMO-partners (o.a. door het delen van financiële en/of personele middelen). In dit proces ontwikkelen netwerken voor EPA-zorg zich over verschillende fasen waarin nieuwe samenwerkingsverbanden gerealiseerd worden. De modelgetrouwheidsschaal voor FACT-teams werd aangepast om dat proces beter mogelijk te maken.
- CONCLUSIES** Het FACT-model met de bijbehorende modelgetrouwheidsschaal is klaar voor een toekomst met verschillende variaties van lokale samenwerkingsverbanden. Het is de verantwoordelijkheid van de lokale teams om goede ambulante zorg voor mensen met EPA te borgen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 298-303

**TREFWOORDEN** ernstige psychische aandoeningen, flexibele ACT, netwerk, wijkgericht



ARTIKEL



Wijkgerichte zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) wordt in de VS sinds het begin van de jaren 70 geboden door *assertive community treatment* (ACT)-teams. Meer dan 40 jaar ervaring en wetenschappelijk onderzoek heeft het model een stevig fundament geboden (Marshall & Lockwood 2000). Echter, maar 2% van de mensen met EPA in de VS krijgt deze bewezen effectieve vorm van behandeling aangeboden (Spivak e.a. 2019). Met de in Nederland gangbare, meer restrictieve definitie van de doelgroep (Delespaul e.a. 2013) komt men uit op een bereik van 8%. In Nederland kent men sinds 2004 flexibele ACT-teams (FACT-teams) (Van Veldhuizen e.a. 2015) en sinds enkele jaren is het model ook geïmplementeerd op de Nederlandse Antillen, in België, Canada, Engeland, Ierland en Scandinavië.

De FACT-teams zijn ambulante teams waarin ACT-kenmerken, zoals outreach, bemoeizorg en werken met een gezamenlijke caseload worden gecombineerd met het flexibel intensiveren en extensiveren van de zorg. Nederlands onderzoek wijst uit dat FACT-teams opnames en uitval voorkómen en opnames verkorten (Nugter e.a. 2014) en zorgen voor een goede cliënttevredenheid (RET 2017). Met het model bereiken ruim 300 (gecertificeerde) FACT-teams (www.ccaf.nl; september 2018) echter slechts zo'n 30% van de mensen met EPA in Nederland (Van Hoof e.a. 2017). En ondanks de positieve resultaten die men met FACT bereikt, zijn er ook signalen dat op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel FACT nog niet bereikt wat het beoogt (Van Vugt e.a. 2018).

In dit artikel reflecteren we op de huidige situatie en de ontwikkelingen binnen het sociaal domein en specialistische ggz. We geven feedback op nieuwe inzichten over samenwerking tussen de domeinen, om kwaliteitsontwikkeling mogelijk te maken.

## Nieuwe ontwikkelingen in het veld

FACT-teams leverden tot 2015 geïntegreerde zorg op alle levensgebieden en werkten op indicatie samen met sociale diensten, woningbouwverenigingen of andere partijen. Cliënten konden hierdoor met al hun hulpvragen terecht bij één FACT-team en de achterliggende ggz-organisatie, maar van een echte (maatschappelijke) integratie met het sociale domein was geen sprake. Hierdoor was samenwerking, continuïteit of soms de kwaliteit van de zorg niet altijd optimaal.

Met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) heeft de gemeente de verantwoordelijkheid om ondersteuning op meerdere levensgebieden voor alle burgers te borgen. Waar voorheen taken op het gebied van wonen, werk, financiën en vrijetijdsbesteding nog bij de grote ggz-instanties lagen, wordt dit nu voor mensen met EPA een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de FACT-teams en de sociale wijkteams uit het sociaal domein. Dit biedt nieuwe mogelijkheden en samenwerking is noodzakelijk geworden. Gemeenten gaan verschillend om met deze (nieuwe) verantwoordelijkheid en dus zijn er geen standaardoplossingen.

Van FACT-teams is bekend dat ze niet volledig zijn in hun aanbod, met name op het gebied van participatie en herstel (Van Vugt e.a. 2018). Een vernieuwde modelgetrouwheidschaal moest een antwoord bieden op de nieuwe situatie in het veld én teams stimuleren op het gebied van maatschappelijke participatie en herstel bij mensen met EPA. De vorige FACT-schaal (Bähler e.a. 2008), gebaseerd op de Amerikaanse ACT-schaal (DACTS; Teague e.a. 1998), kenmerkte zich door een lijst van voorschrijvende items over teamstructuur, procedures en teamorganisatie. De schaal bood ggz-instellingen richtlijnen om hun FACT-teams op te bouwen en te organiseren en is op die manier ondersteunend geweest bij de (snelle) implementatie van het model. Voor de FACTS 2017 bouwde men hierop voort met toevoeging van een aantal gestructureerde en genormeerde items over teamstructuur, procedures en teamorganisatie. In de nieuwe FACT-modelgetrouwheidschaal (FACTS 2017; Bähler e.a. 2017) laat men daarnaast ruimte voor beredeneerde aansluiting op de zorg die in de lokale context beschikbaar is en de mix aan geïncorporeerde cliënten. Dit wordt bevraagd aan de hand van acht thema's op het gebied van behandeling, herstelondersteuning, maatschappelijke zorg, crisis en veiligheid, samenwerking, flexibiliteit en kwaliteitsbewaking (Westen e.a. 2019).

## AUTEURS

**KOEN WESTEN**, docent-onderzoeker, Avans Hogeschool, en vicevoorzitter CCAF.

**MAAIKE VAN VUGT**, onderzoeker, Trimbos-instituut en HVO Querido, en adviseur bestuur CCAF.

**MICHIEL BÄHLER**, psycholoog en beleidsadviseur zorgontwikkeling, GGZ NHN, en adviseur bestuur CCAF.

**NIELS MULDER**, psychiater, Parnassiagroep, en bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, Erasmus MC, en adviseur bestuur CCAF.

**PHILIPPE DELESPAUL**, hoogleraar Innovatie in de GGZ, Maastricht University, Mondriaan Zorggroep, en bestuurslid CCAF.

**HANS KROON**, psycholoog, hoofd programma Re-integratie, Trimbos-instituut, hoogleraar Ambulantisering en deïstitutionalisering, Tilburg University, en bestuurslid CCAF.

## CORRESPONDENTIEADRES

K.H. Westen, Avans Hogeschool, Hogeschoollaan 1, 4800 RA Breda.

E-mail: kh.westen@avans.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

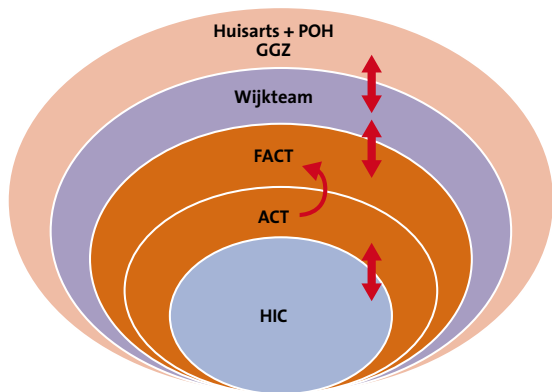
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-10-2019.

Er zijn voorbeelden in de praktijk waar het sociaal domein en de ggz elkaar weten te vinden: gebiedsteams in de regio Utrecht en Optimaal Leven-teams in Drenthe. Daarbij ontstaan nieuwe netwerkverbanden die mensen met psychiatrische hulpvragen vroegtijdig, laagdrempelig en lokaal ondersteunen en eventueel behandeling bieden. Het netwerk, waarin men de zorgbehoefte van de burger centraal stelt, biedt de mogelijkheid om met elkaar in dialoog te gaan en samen integrale zorg te ontwikkelen. Dit levert vanzelfsprekend het voordeel op om maatwerk te leveren aan grote en diverse groepen cliënten. Van mensen met EPA is al veel bekend over hun zorgbehoeftes (Bond e.a. 2015; Van Vugt 2015) en gemeentelijke teams sluiten hier niet altijd goed op aan (Van Arum & Van den Enden 2017). Logischerwijs komt de vraag op of samenwerking voldoende is of dat teams met elkaar moeten integreren.

## Samenwerken of integreren?

Wat we weten uit ervaring met FACT-jeugdteams en buitenlandse werkbezoeken is dat een FACT-team samengesteld kan zijn uit hulpverleners uit verschillende domeinen

**FIGUUR 1** Op- en afschalen in het netwerk



(bijv. psychiatrisch en sociaal domein) – de zogenaamde *multi-agency approach*. Het aanbod en de samenstelling van het team sluiten aan bij de kenmerken en behoeften van de caseload en de beschikbare voorzieningen in de omgeving. Het FACT-model, dat ruimte biedt aan dit maatwerk, lijkt te werken in verschillende contexten en zorgstelsels, zo blijkt uit internationale ontwikkelingen. Zo werd tijdens een werkbezoek op Bonaire duidelijk dat geïntegreerde wijkzorg door een FACT-team de behoefte aan klinische bedden sterk heeft verminderd (Ruimveld e.a. 2018). In België zijn teams actief waar een breder palet aan disciplines dan de gebruikelijke ggz-disciplines worden ingezet (Delespaul 2018).

FACT-jeugdteams laten al meer dan vijf jaar zien dat integraal en geïntegreerd samenwerken vanuit verschillende instellingen mogelijk is. Sinds de vernieuwde financiering van de Jeugdzorg staan echter ook deze teams toenemend onder druk. FACT-jeugdteams zijn gecombineerde teams samengesteld uit medewerkers vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin, de ggz en eventueel andere organisaties (verslavingszorg, verstandelijk gehandicapten (VG)-sector, woonbegeleiding, etc.) (Hendriksen-Favier 2013).

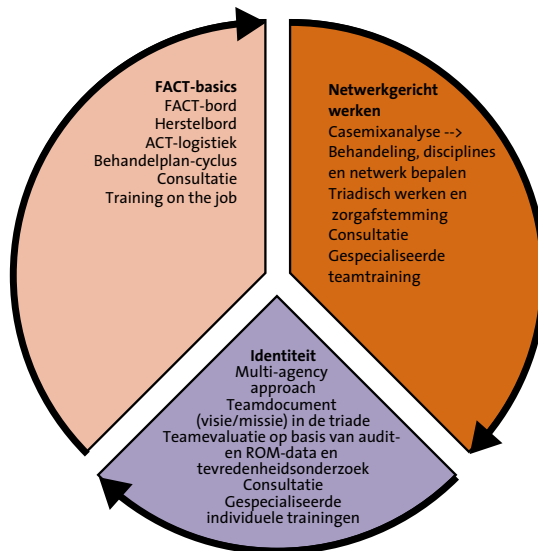
Dit laat zien dat FACT-teams aan te vullen zijn met financiële en personele middelen uit andere financieringsbronnen, zoals de WMO. Gedeeltelijke WMO-financiering maakt bijvoorbeeld de inzet van preventie, familie steun, werkcoaching, consultatie naar de eerste lijn en ongerichte casefinancing mogelijk.

Het internationale onderzoek naar (F)ACT maakt aannemelijk dat dergelijke geïntegreerde teamoplossingen - voor de aldus behandelde patiënten – betere resultaten hebben dan gecoördineerde oplossingen (Marshall & Lockwood 2000; Van Vugt 2015). Maar dat hoeft niet te gelden op het niveau van het bredere zorgsysteem. Een risico van de geïntegreerde benadering is namelijk dat het team een eiland wordt binnen de lokale zorg, met eigen indicatiecri-

teria, afbakeningen, zorgdoublures en mensen die tussen wal en schip vallen.

Een alternatieve oplossing is een team dat een basisstructuur aan zorg en ondersteuning biedt, en bijvoorbeeld psychologische behandeling en arbeidsre-integratie op indicatie van elders in het zorgnetwerk betreft. De implementatie van dit model pakt echter regelmatig anders uit dan de voornemens op papier. Zo werden de beoogde externe deskundigheden bij een onderzoek naar een dergelijke gecoördineerde structuur in Friesland in de praktijk nauwelijks benut (Sytema e.a. 2014). Tegelijk worden er in voorbeeldpraktijken goede ervaringen gerapporteerd, zoals in Lille (Roelandt e.a. 2014). Een dergelijke oplossing valt of staat daarom met de kracht van de lokale samenwerking en er is geen algemene uitgekristalliseerde evidentie voor geïntegreerde teams of zorgnetwerken (Kroon 2018). In de nieuwe FACT-schaal schrijft men daarom geen standaardoplossing voor, maar bevraagt de manier waarop samenwerking en integratie gestalte krijgen. Met verschillende financiers kan dit in de praktijk het risico met zich meebrengen dat geld en mankracht gaat zitten in samenwerkingsproblemen. Desondanks is het niet kiezen voor een vaststaand model volledig in lijn met het advies om integraal samen te werken in de zorg voor mensen met verward gedrag (Mulder e.a. 2017). Uiteindelijk zou elke regio een integraal zorgnetwerk moeten krijgen. Dit maakt flexibele optimale zorg mogelijk. Het ontsluit de verschillende bronnen in de wijk en maakt op- en afschalen mogelijk, van gesloten opnameafdeling (high intensive care; HIC) tot huisarts (zie FIGUUR 1 en 2).

**FIGUUR 2** Fasen van FACT-implementatie



## DISCUSSIE

Het starten van nieuwe teams in netwerkverband, zoals nu in Nederland gebeurt, zorgt voor een interessante mix van lokale samenwerkingen tussen organisaties. We zien drie ontwikkelfasen voor netwerkgerichte EPA-zorg (zie **FIGUUR 2**).

*Fase 1.* Deze fase is het klassieke FACT-model, waarin structurele teamkenmerken (caseload en formatie) het logistiek mogelijk maken om crisisinterventies, behandeling, herstel en consultatie aan te bieden. De oorspronkelijke criteria van het FACT-model geven aan wat hiervoor de nodige bronnen zijn.

Deze duidelijkheid werd door het management als een handleiding gezien om FACT-teams uit te rollen. Denk hierbij aan het organiseren van een dagelijks gestructureerd FACT-bordoverleg (Bruijsten e.a. 2018), adequaat op- en afschalen van de intensiteit van zorg, het introduceren van outreach en bemoeizorginterventies en het plannen van agendavrije dagen voor iedere medewerker.

*Fase 2.* In deze fase gaat het om netwerkgericht werken. De zorgbehoeften blijven gelijk, maar de samenstelling en werkwijze van het FACT-team worden mede bepaald door het aanbod van andere voorzieningen in de wijk. Ook de samenstelling van de caseload (de casemix) bepaalt het zorgaanbod en dus de noodzakelijke resources en de samenstelling van het netwerk.

*Fase 3.* In deze fase ontstaat de identiteit van een team, een visie, en kan men op meer complexe manieren gaan samenwerken en resultaten evalueren en verbeteren. Medewerkers kennen hun positie in het netwerk en kunnen daar met het netwerk zelfbewust op reflecteren om zowel individuele groei als teamontwikkeling mogelijk te blijven maken.

Het oorspronkelijke FACT-model was gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek en een uitgebreide traditie van meer dan 40 jaar. We zien nu in Nederland teams instappen in zorgpraktijken op basis van ad-hocsamenwerkingen (gemeentelijke teams) of op basis van een sterk gedeelde visie (bijv. De Goede GGZ; Delespaul e.a. 2016). Bij de ontwikkeling van de nieuwe FACTS-getrouwheidsschaal (Westen e.a. 2019) was de analyse dat de strakke kaders van de accreditatie niet steeds tot optimale zorg geleid hebben. Maar gemeentelijke en ggz-medewerkers lopen nu het risico zich te verliezen in complex gemodelleerde netwerken of in een te starre (dogmatische) visie.

De samenwerking met gemeentelijke financiers brengt FACT-teams in het domein van politieke keuzes en een lagere waardering voor wetenschappelijk onderzoek (Van der Zwet 2018). Het is soms moeilijk laveren. We beschreven drie fases. Door de zorg uitsluitend aan te bieden vanuit

één van deze drie fases treedt een verschraling op die de noodzakelijke goede zorg aan mensen met EPA niet ten goede komt. Het voldoen aan de onderdelen van één fase is niet afdoende. Het is de combinatie van organisatorische, logistieke en inhoudelijke factoren die uiteindelijk goede, modelgetrouwe zorg waarborgen (Bähler e.a. 2017).

Het werken in een netwerk kent vele uitdagingen waar medewerkers en organisaties met elkaar uit dienen te komen. Waar bij de start van de behandeling vanuit het perspectief van de burger met (E)PA een informeel netwerk kan ontstaan, zal na enige tijd de noodzaak komen om het netwerk formeel te organiseren en verantwoordelijkheden te verduidelijken (Westen 2018). Vragen over leiderschap, het werken vanuit één locatie, één dossier en één registratiesysteem, één klachtenregeling, het omgaan met de privacy en het mandaat van het netwerk zijn voorbeelden. Inzicht in deze randvoorwaarden en deze in het netwerk bespreken ondersteunt samengestelde teams uit de verschillende domeinen de verschillende fasen van integratie en maturatie met elkaar door te komen.

## CONCLUSIE

In dit artikel hebben we geconcludeerd dat de samenwerking tussen ggz en sociale domein noodzakelijk is om optimale zorg te leveren en dient te gebeuren door goed functionerende (FACT-)teams in wijkgerichte zorgnetwerken. De ontwikkelfasen van netwerkgerichte zorg maken duidelijk hoe dit proces verloopt, zodat teams een passend zorgaanbod kunnen gaan leveren met het inzetten van personele of financiële middelen vanuit verschillende financiers.

Door het proces van op- en afschalen in het netwerk inzichtelijk te maken, zoals in **FIGUUR 1**, krijgen de teams de mogelijkheid om innovatieve initiatieven voor mensen met psychiatrische aandoeningen te ontwikkelen dwars door de domeinen. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om goede zorg voor mensen met EPA, zoals beschreven in **FIGUUR 2**, beschikbaar te maken voor alle mensen met EPA. Het bereiken van de volledige doelgroep van mensen met EPA én het bieden van ondersteuning op het gebied van symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel vraagt volgens ons om uitbreiding van het aantal FACT-teams én het vinden van passende samenwerkingsverbanden in het lokale maatschappelijke netwerk.

## LITERATUUR

- Bähler M, van Veldhuizen JR, van Vugt MD, Delepaul PH, Kroon H, Lardinois J, e.a. De FACT-schaal: FACTs. Heiloo/Utrecht; 2008.
- Bähler M, Delepaul P, Kroon H, van Vugt M, Westen K. FACT-Schaal 2017. Utrecht: CCAF; 2017.
- Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry* 2015; 14: 240-2.
- Bruijsten MXC, Westen KH, Weijman JM, Peeters PAM. Delphi-studie voor de ontwikkeling van een handreiking ter bevordering van een effectief en efficiënt FACT-bordoverleg. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 221-30.
- Delepaul P, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Delepaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, Van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2016.
- Delepaul P. Belgische FACT-teams: op zoek naar borging van goede zorg. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 386-7.
- Kroon H. Psychiatrie en samenleving: zoeken naar verbinding. [Oratie.] Tilburg University; 2018.
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001089.
- Mulder CL, Van Weeghel J, Wierdsma A, Zoeteman J, Schene A. Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 537-45.
- Nugter A, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE assertive community treatment (FACT) implementation: A prospective real life study. *Community Ment Health J* 2015; doi: 10.1007/s10597-015-9831-2.
- Regionaal Expert Team. Factsheet over optimale FACT-zorg volgens cliënten. Resultaten van een onderzoek door de Regionale Expert Teams in Amsterdam, Flevoland, Gelderland, Noord-Holland, Overijssel, Utrecht en Zuid-Holland. RET; 2015.
- Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Mental Health Hum Behav* 2014; 19: 10-8.
- Ruimveld JA, Bosma M, Hermanides R, van Os J, Becker H, Mauricio M, e.a. De ggz in Bonaire - een inspiratie voor de beweging 'de nieuwe ggz'. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 462-70.
- Spivak S, Mojtabai R, Green C, Firth T, Sater H, Cullen BA. Distribution and correlates of assertive community treatment (ACT) and ACT-like programs: results from the 2015 N-MHSS. *Psychiatr Serv* 2015; doi: 10.1176/appi.ps.201700561.
- Sytema S, Jörg F, Nieboer R, Wunderink L. Adding evidence-based interventions to assertive community treatment: A feasibility study. *Psychiatr Serv* 2014; 65: 689-92.
- Teague G, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 216-32.
- Hendriksen-Favier A. Modelbeschrijving FACT Jeugd. Herzene versie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Van Arum S, Van den Enden T. Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling. Movisie; 2017.
- Van der Zwet R. Implementing evidence-based practice in social work: a shared responsibility. [Proefschrift]. Tilburg University; 2018.
- Van Hoog F, Knispel A, Hulsbosch L, de Lange A, Michon H, Kroon H. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2017. Trimbos-instituut; 2017.
- Van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis, D, e.a. Handboek (Flexible) ACT. Utrecht: de Tijdstroom; 2015.
- Van Vugt MD, Mulder C, Bähler M, Delepaul PH, Westen K, Kroon H. Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment(F- ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 441-4.
- Van Vugt MD. Assertive community treatment in the Netherlands. [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC; 2015.
- Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, van Meijel B. The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry* 2017; Doi:10.1186/s12888-017-1446-4.
- Westen K, Van Vugt MD, Bähler M, Delepaul PH, Kroon H. De ontwikkeling van de vernieuwde Flexible ACT-schaal: F-ACT-s 2017. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 97-103.
- Westen K. Gespecialiseerde ggz & sociaal domein: een optimale samenwerking. TVZ 2018; 36-9.

## SUMMARY

# Flexible assertive community treatment (FACT) as part of a community (health) network

K.H. WESTEN, M.D. VAN VUGT, M. BÄHLER, C.L. MULDER, PH. DELESPAUL, H. KROON

**BACKGROUND** Community-based care for people with severe mental illness increasingly requires far-reaching cooperation between different domains. This cooperation must always be unique and local, and at the same time provide an answer to generic and nationally set goals.

**AIM** Offering new insights on collaboration within and between domains.

**METHOD** Reflection on developments in the social domain and specialist mental healthcare using relevant literature and recent (inter)national experiences.

**RESULTS** It seems possible to provide better integral care by allowing FACT-teams to network together with Social Support partners (e.g. by sharing financial and/or human resources). In this process, networks of care for people with serious mental illness (SMI), develop over various phases and realize new partnerships. The model fidelity scale for FACT-teams was adjusted to facilitate that process.

**CONCLUSIONS** The new FACT model fidelity scale is ready to allow FACT-teams to explore flexible local solutions for partnerships to realize the much-needed multi-domain integrated community care for people with SMI.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 298-303

**KEY WORDS** community, flexible ACT, network, severe mental illness