



Verpleegkundige in de ggz

Van FACT tot leefstijlbegeleiding

Hoogleraar en Zorgheld **Bas Bloem**: innovaties voor de Parkinsonpatiënt | Ieder team kan het leren: **teamleren** | Een nieuwe definitie van gezondheid: **salutogenese en ICF**

FACT: Functie Assertive Community Treatment

Een jaar of tien geleden ontstonden de eerste FACT-teams in Nederland: multidisciplinaire teams voor ambulante zorg aan en behandeling van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. De ervaringen zijn overwegend positief: de verschillende disciplines werken goed samen binnen de FACT-teams en het organisatiemodel vindt inmiddels navolging bij andere doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking.

Diana Polhuis

Assertive Community Treatment (ACT) is ontwikkeld in de Verenigde Staten en biedt multidisciplinaire teambehandeling en -begeleiding (Drake, Green, Mueser & Goldman, 2003). Het is een organisatie-model van zorg gericht op een assertieve outreachende benadering, waarbij de patiënt wordt bezocht op de plek waar hij op dat moment verblijft (Van Veldhuizen,

Bähler, Polhuis & Van Os, 2008). Vanaf het begin van deze nieuwe eeuw heeft ACT in Nederland een aangepaste variant gekregen: FACT, Functie Assertive Community Treatment, in het buitenland tegenwoordig bekend als Flexible ACT. Waar de ACT-teams zich richten op ongeveer 20 procent van de patiënten met een Ernstige Psychiatrische Aandoening

(EPA), richten de FACT-teams zich op alle EPA-patiënten in een bepaald postcodegebied die geïntensiveerde en gecoördineerde zorg en behandeling nodig hebben. Hiermee zijn de FACT-teams verantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en behandeling in een bepaalde wijk of regio.

Wat is FACT?

De begeleiding en behandeling richt zich bij FACT daar waar de patiënt is op:

- herstel van maatschappelijke en sociale rollen;
- behandeling en de motivatie daartoe;
- (preventieve) crisiszorg.

Het FACT-team doet dat via een aantal hoofdproducten, ook wel de zeven c's genoemd (Van Veldhuizen e.a., 2008):

1. Cure (volgens de behandelrichtlijnen)
2. Care (zorg, verpleging en rehabilitatie)
3. Crisisinterventie
4. Community support
5. Cliëntdeskundigheid ondersteunen (empowerment, herstel)
6. Controle (veiligheid, middelen en maatregelen)
7. Check (evalueren van de effecten).

FACT combineert langdurig individueel casemanagement met intensieve teamzorg en biedt zo continuïteit van begeleiding en behandeling tussen 'rustige' en 'ontregelde' fasen van een patiënt. De begeleiding en behandeling wordt vanuit het zelfde team geïntensiveerd waardoor de patiënt niet naar een ander team hoeft om meer begeleiding te krijgen



Foto: Roos Kooie / ANP

FACT-teams zijn er voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening, vaak in combinatie met verslaving of persoonlijkheidsproblematiek.

KENMERKEN VAN FACT

- Bereik is 100% van de patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening binnen een bepaald postcodegebied, waarbij gecoördineerde zorg noodzakelijk is
- 7 x 24 uur bereikbaarheid
- Verantwoordelijk voor opname en ontslag
- Geen drop-out
- Multidisciplinair
- Outreachend
- Achterdeur is de huisarts
- Buurtgericht, regiogrootte 50.000 inwoners

(Van Veldhuizen e.a., 2008). Binnen een FACT-team kunnen de evidence based interventies uit de *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie* (NVvP, 2012) prima worden ingepast. ACT is in deze richtlijn een goed omschreven evidence based organisatiemodel voor het leveren van multidisciplinaire, outreachende, intensieve zorg én behandeling aan psychiatrische patiënten buiten het ziekenhuis. FACT is nog niet voldoende op effectiviteit onderzocht, maar wordt wel als good practice aangemerkt.

Uitbreiding

Landelijk zijn ontwikkelingen gaande om ook bij andere doelgroepen volgens het FACT-model te gaan werken. Het in mei 2012 door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) uitgebrachte rapport *Stoornis en delict* adviseert om van de huidige bestaande en in ontwikkeling zijnde FACT-teams (ongeveer 150) toe te werken naar 400 à 500 FACT-teams landelijk. Het belangrijkste doel is verregaande ambulantisering, waarbij er een integrale

verbinding ontstaat tussen forensische zorg en verplichte ggz. Deze integrale verbinding is ingegeven door de op handen zijnde invoering van de Wet forensische zorg (Wfz) en de Wet verplichte GGZ (WvGGZ). Deze moeten leiden tot een betere aansluiting van forensische en reguliere geestelijke gezondheidszorg. De ACT- en FACT-teams kunnen worden gecertificeerd door het Centrum voor Certificering van ACT en FACT (CCAF) om modelgetrouwheid te garanderen, hetgeen ACT effectiever maakt (Van Veldhuizen e.a., 2008). Daarnaast hebben de zorgverzekeraars vaak gunstiger inkoopvoorwaarden voor gecertificeerde teams. Op dit moment zijn er volgens het Centrum Certificering ACT en FACT ongeveer 80 teams gecertificeerd (www.ccaf.nl).

Doelgroep

De doelgroep van FACT betreft patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening met bijvoorbeeld psychotische stoornissen of ernstige stemmingsstoornissen, vaak in combinatie met verslaving of persoonlijkheidsproblematiek (Van Veldhuizen e.a., 2008). De patiënten hebben meestal problemen in hun dagelijks bestaan op meerdere levensgebieden. De meesten wonen in hun eigen huis, enkel in een beschermde woonvorm of zelfstandig met ambulante woonbegeleiding. Er zijn op dit moment weinig FACT-teams die vooral mensen met een persoonlijkheidsstoornis in zorg nemen. Place, Van Vugt, Kroon en Neijmeijer (2011) zeggen daarover: 'Waarschijnlijk heeft dit mede te maken met het feit dat de effectiviteit van (reguliere) ACT voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen tot op heden nog onvoldoende is aangetoond' (Weisbrod, 1983). Het is aannemelijk dat, mede om die reden, veel ACT-teams een terug-

houdend beleid voeren met betrekking tot patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, patiënten met gewelddadig gedrag en seksueel delinquenten (Cuddeback en Morrissey, 2011). Daarnaast geven Simpson et al (2006) aan dat er in hun studie waarschijnlijk sprake is van onderdiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen omdat de diagnoses niet door middel van gestructureerde diagnostische instrumenten zijn vastgesteld. Mogelijk vormt dit ook bij andere studies een deel van de verklaring.'

Hoe werkt een FACT-team?

Een FACT-team bestaat uit verschillende disciplines: verpleegkundigen en agogisch werkers, meestal in de rol van casemanager, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een gz-psycholoog, een psychiater, een ervaringsdeskundige, een maatschappelijk werkende, een verslavingsdeskundige en een trajectbegeleider die thuis is in 'Individual Placement and Support' (IPS) (Van Veldhuizen e.a., 2008). Vaak zijn meerdere teamleden deskundig op het gebied van rehabilitatie.

Elke dag start het team gezamenlijk op met een FACT-bordbespreking. Het FACT-bord is een groot, meestal digitaal bord waarop alle patiënten staan waarbij de zorg en behandeling is geïntensiveerd. Afsproken wordt wie die dag bij de patiënt langsaan, wat de interventies zijn en of er nog actuele ontwikkelingen zijn. Het team kan ook besluiten dat een patiënt van het bord af kan als de zorg niet langer geïntensiveerd hoeft te worden. Ook kan elk teamlid een andere patiënt die zorg en behandeling van het team krijgt op het bord zetten als er intensivering ('opschalen') nodig is. Redenen voor intensivering zijn (Bähler e.a., 2008; Van Vugt e.a., 2011):

1. Toename van symptomen, crisis
2. Overlast
3. Verwaarlozing
4. Niet houden aan afspraken, zorgmijndend gedrag
5. Regelmatige opnamen
6. Patiënten die bovenstaande langdurig vertonen
7. Tijdens en na een opname
8. Intensivering van behandeling
9. Life-events
10. Nieuwe patiënt in zorg bij het team.

Alle patiënten in het team hebben een vaste casemanager, vaak een hbo-verpleegkundige. Deze coördineert de meervoudig complexe zorg en onderhoudt het contact met de patiënt, zijn familie en naasten en zijn omgeving. De casemanager levert ook de (soms) dagelijkse begeleiding en ondersteuning van de patiënt en blijft dit in alle omstandigheden doen. Als zorgintensivering niet toereikend is, dan kan het FACT-team besluiten tot opname in een kliniek. Tijdens zo'n opname werkt de casemanager nauw samen met de kliniek om de rode draad van de ingezette behandeling vast te houden. Dat kan betekenen dat de casemanager er voor zorgt dat de patiënt zich tijdig ziek meldt voor zijn werk, zodat zijn rol als werknemer behouden blijft. Op die manier ondersteunt de casemanager de patiënt in zijn herstelproces. De casemanager moet daarom goed in staat zijn om te schakelen in zijn rollen zoals maatje, coördinator, motivator, crisismanager en begeleider, zodat hij goed aansluit bij de fasen van ontregeling, behandeling en herstel. Zodra de zorg geïntensiveerd wordt, is er sprake van 'shared caseload', wat inhoudt dat alle teamleden de patiënt zien, begeleiden en behandelen. Tot slot hebben de teamleden nauwe contacten in de buurt met bijvoorbeeld de wijkagent, de woningbouwvereni-

ging, de apotheek of het buurthuis om de integratie en acceptatie te bevorderen en om tijdig signalen op te vangen.

Ervaringen tot nu toe

De ervaringen tot nu toe in Nederland zijn overwegend positief. Deze relatief nieuwe zorginnovatie verspreidt zich snel en teams ervaren het als een prettig organisatiemodel waarin goed wordt samengewerkt. Momenteel wordt onderzocht wat de effecten zijn van FACT op de gezondheid van de EPA-patiënten. Sommige aspecten blijven echter moeilijk. Vaak blijkt het lastig voor een team om outreachend te werken. Op kantoor zijn immers meer patiënten achter elkaar te spreken zonder dat er tijd verloren gaat aan reizen. Ook geven teams vaak aan dat de patiënt dan ten minste de deur nog uit komt. Door de patiënt niet thuis te bezoeken gaat er echter ook kostbare informatie verloren. De wijze waarop de patiënt vorm geeft aan zijn dagelijks leven en de obstakels die hij tegenkomt, worden niet goed zichtbaar. Een ander lastig punt blijft het werken met een shared caseload. Vaak gaan de casemanagers bij intensivering van zorg zelf harder lopen in plaats van dat er vaker andere teamleden worden ingeschakeld. Enerzijds wordt dit gedaan omdat de casemanager het overzicht dan houdt, anderzijds vaak vanuit de overtuiging dat het dan goed gebeurt. Het tegengestelde blijkt vaak in de praktijk. Juist door te delen als het moeilijk wordt, worden de krachten gebundeld, nieuwe inzichten aangeboord en ontstaat er vaak weer ruimte voor effectieve behandelstrategieën. Dit vereist wel een goede informatieoverdracht zodat continuïteit van zorg en behandeling gewaarborgd blijft. Omdat FACT als organisatiemodel zo goed bevalt, worden er voor steeds meer doelgroepen FACT-teams opgericht, bij-

voorbeeld voor mensen met een licht verstandelijke beperking of met een verlamming (Rijkaart & Neijmeijer, 2011; Sande & Neijmeijer, 2011). Dat lijkt een mooie oplossing zolang dit zo modelgetrouw mogelijk wordt ontwikkeld, maar het heeft ook gevaren in zich. Als er meerdere teams in een regio opereren kan dat ten koste gaan van goede inbedding en herkenbaarheid in de wijk voor ketenpartners en anderen. Daarnaast kan de modelgetrouwheid in gevaar komen, waardoor de effectiviteit af kan nemen. De vereniging F-ACT Nederland probeert hierin een bewakende en ontwikkelende rol te hebben. Deze vereniging heeft tot doel de ontwikkeling en het gebruik van de meest effectieve en efficiënte outreachende zorg aan de meest kwetsbare mens op een evidence-based manier te stimuleren (www.f-actnederland.nl).

Tot slot bestaat er een risico bij de groot-schalige invoering van FACT-teams als er tegelijkertijd gekozen wordt voor beddenreductie. De versnelde beddenreductie wordt ingegeven door de huidige bezuinigingen in de ggz. Als er echter nog niet goed functionerende FACT-teams in de betreffende regio zijn, dreigt er een gat te ontstaan in het aanbod van effectieve zorg en behandeling voor de kwetsbare groep EPA-patiënten. ■

Auteur

Diana Polhuis is verpleegkundig specialist bij GGZ Noord-Holland-Noord in een forensisch ACT-team. Daarnaast is zij onder meer auteur van het Handboek FACT.

Referenties

De referenties bij dit artikel zijn beschikbaar via www.tvzonline.nl > TvZ Tijdschrift > nr 6/2012.