

FACT en UITSTROOM

J.R. van Veldhuizen

Inleiding en samenvatting

Steeds meer mensen met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA) leven buiten het psychiatrisch ziekenhuis. De zorg aan hen wordt de laatste jaren steeds vaker geleverd door FACT teams: Flexibele Assertive Community Treatment. Dit zijn specialistische teams die de zorg en de behandeling bij de patiënt thuis leveren. Ze werken dus in de buurt.

FACT teams bieden op flexibele wijze per patiënt een mix van (1) begeleiding, (2) specialistische behandeling en ondersteuning bij (3) herstel en rehabilitatie en (4) inclusie in de buurt. FACT teams kunnen zeer flexibel de intensiteit van zorg en behandeling variëren van eens per 3 of 4 weken tot meermalen daags. De zorg wordt integraal geboden vanuit een multidisciplinair team, dat ‘outreaching’ werkt in een bepaalde regio of wijk. Continuïteit van zorg, opname voorkoming en transmuraal werken zijn daarbij van belang. De zorg moet ‘bindend’ zijn: compliance bevorderend, met mogelijkheden eigen doelen te verwezenlijken, maar soms ook met drang en dwang. Het FACT model¹ levert een werkwijze en organisatie waarbinnen deze uiteenlopende en in de tijd variërende vereisten kunnen worden gerealiseerd door een team met verpleegkundigen, agogen, psychiater, psycholoog, ervaringsdeskundige, deskundige met aandacht voor toeleiding naar arbeid en met ruime verslavingsdeskundigheid.

Op dit moment zijn er meer dan 180 van deze teams, waarvan de helft is gecertificeerd door het Centrum Certificering ACT en FACT². De Inspectie voor de Volksgezondheid³ ziet dit duidelijk omschreven model en de certificering daarvan als positieve ontwikkeling. De Minister van VWS⁴ toont zich voorstander van de werkwijze. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)⁵ voorziet een verdere uitbreiding tot 400 -500 van dergelijke teams.

Recent ontstaat een discussie of het wenselijk is dat patiënten vanuit deze FACT teams uitstromen naar ‘lichtere vormen van zorg’ in de eerste of anderhalve lijn. Deze discussie wordt gevoed door financiële aspecten en de marktwerking tussen de eerste, de anderhalve en tweede lijn. Daarnaast bepleiten sommigen dat FACT teams zouden moeten opgaan in de eerste lijn of fuseren met gemeentelijke teams.

Ik betoog dat FACT een tweedelijns specialistische, geneeskundige zorgvorm is ten behoeve van een goed omschreven patiënten groep met EPA. Dat doet FACT in de eigen woonomgeving, midden in de wijk. De begeleiding omvat verpleegkundige en

¹ Veldhuizen, J. R. van, M. Bähler, D. Polhuis en J. van Os (red.) (2008). *Handboek FACT*, De Tijdstroom Utrecht.

² www.ccaf.nl

³ Rapport 6 mei 2013 over “Voorwaarden voor zorg aan zorgmijders”

⁴ Brief 28 maart 2013 aan Congres FACT Couleur -Locale

⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). *Stoornis en delict..* Den Haag

maatschappelijke interventies, afgestemd op de omgeving. FACT beoogt het bevorderen van inclusie, maar geeft ook aandacht aan veiligheid en het voorkomen van overlast. In sommige gevallen werkt het team met drang of met formele rechterlijke dwang). FACT schakelt op geleide van de zorgbehoefte tussen laag intensieve en zeer hoog intensieve (soms dagelijkse) zorg, onder andere om opnames te voorkomen. FACT biedt continuïteit van zorg, waardoor er minder patiënten uitvallen.

Een deel van de patiënten met EPA herstelt en kan op den duur worden begeleid door de huisarts. FACT steunt hen actief om de weg terug te vinden naar de huisarts. Dat kan nog worden versterkt. Er is echter geen behoefte aan andere vormen van lichtere vormen van zorg in het gebied tussen de huisarts (eerste lijn) en de FACT teams (tweedelijns). Die zouden contraproductief kunnen blijken.

FACT in het kort

FACT (Flexible ACT) biedt optimale zorg, behandeling en ondersteuning van herstel aan mensen met complexe psychiatrische problematiek (zoals EPA). Het FACT model is beschreven in het Handboek FACT. Modelgetrouw werken wordt gestimuleerd door certificering (www.ccaf.nl).

Essentiële componenten in FACT zijn:

- Outreach: zorg bieden in eigen omgeving, thuis, op straat, in de opvang
- Flexibel schakelen tussen hoog en laag frequent
- Herstel ondersteunend en Eigen Kracht gericht
- Samenwerkend met familie en steunsysteem
- Multidisciplinair: begeleiders, behandelaars en herstel ondersteuners
 - Richtlijnconforme specialistische behandeling
 - Zo nodig opnamevoorkomende intensieve (crisis)zorg
 - Herstelondersteunende zorg, rehabilitatie gericht
 - Intensieve maatschappelijke steun indien nodig
- Actief aanwezig in het verzorgingsgebied : op weg naar meedoen in de buurt
- Geïntegreerd: d.w.z. alle zorg zelf kunnen bieden; niet uitbesteden, geen ‘makelaar’
- Shared Caseload: het hele team kent de cliënt en kan samen intensieve zorg leveren
- Assertive: er op af gaand, actief benaderen
- Transmuraal naar de kliniek

Patiënten met EPA hebben zeer sterk wisselende zorgbehoeften. Soms gaat het om dagelijkse steun om een periode van crisis of terugval in psychose te overwinnen. Soms gaat het om intensieve psychologische behandeling of instellen van specialistische medicatie. Dan is ook aandacht nodig voor de medisch somatische aspecten. Veel van de patiënten van FACT hebben minder acute problemen, maar veel beperkingen op sociaal functioneren. Dan richt de begeleiding zich daarop, veelal samengaand met het ondersteunen van eigen stappen naar ‘herstel’.

Die sterk wisselende zorgbehoefte vraagt om grote flexibiliteit van FACT teams. Mike Firm⁶ toonde in Londen aan hoezeer patiënten binnen een team verschillen in zorgconsumptie. Hij

⁶ Firm, M.,K.Hindhaugh, D.Hubbeling, G. Davies, B.Jones, S.J. White (2012). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology 2012 Springer

toonde hoe goed de zorg per individu kan worden geïndiceerd in een FACT team: sommige patiënten hadden meer dan 300 contacten per jaar, andere minder dan tien per jaar. Veel patiënten hebben genoeg aan wekelijks een contact met hun vertrouwde persoonlijk begeleider en af en toe contact met psychiater, psycholoog of ervaringsdeskundige. Maar in perioden van crisis kan het FACT team de zorg onmiddellijk opschalen. Dan komen meerdere teamleden zo nodig dagelijks op huisbezoek. Daarmee kan meestal worden voorkomen dat iemand moet worden opgenomen. En na die episode kan het team terugschakelen naar minder intensieve zorg.

Huidige uitstroomcriteria

Dit artikel richt zich, naar aanleiding van actuele beleidsdiscussies, vooral op de groep patiënten binnen FACT met wie het al langere tijd beter gaat. Zij hebben afnemend behoefte aan ondersteuning, hun behandeling (meestal deels met medicatie) is stabiel, zij hebben vaak een groeiend eigen steunnetwerk vanuit familie of de wijk.

In het Handboek FACT zijn ‘uitstroomcriteria’ geformuleerd, die aangeven wanneer een patiënt de FACT begeleiding kan verruilen voor contact met de huisarts. Daarbij staat de wens van de patiënt centraal. Hij moet de stap willen maken en erop vertrouwen dat de hulp in de eerste lijn voldoende zal zijn. De uitstroomcriteria gaan uit van een persoon, die duidelijkheid heeft over z’n medicatie, z’n woonsituatie en financiën en die geen hulp meer nodig heeft bij het verder invullen van z’n eigen leven.

Volgens de criteria kan de patiënt uitstromen, wanneer hij langer dan twee jaar⁷ voldoet aan:

- Laag frequent contact, minder dan 1-2 x per 1-2 maanden
- Medicatie goed ingesteld
 - patiënt kan die hanteren met de huisarts
 - niet al te gecompliceerde medicatie
- Voldoende steunsysteem
- Enige dagstructuur / activiteiten
- Financiën op orde (evt. via bewindvoering)
- Zelfstandige woonruimte
- Veiligheid gewaarborgd, geen overlast
- Vraagt geen verdere ‘herstel’ ondersteuning: heeft vertrouwen in zijn herstelproces
- In staat om eventueel zelf of via steunsysteem signalen af te geven, wanneer extra zorg opnieuw wenselijk lijkt.

Centraal staat de wens van patiënt om over te stappen naar lichtere zorg. Daarnaast moet duidelijk zijn dat de huisarts de patiënt inderdaad wil en kan begeleiden (eventueel samen met de praktijk ondersteuner huisarts, POH).

Ieder FACT team draagt op geleide van deze criteria een aantal mensen per jaar over aan de huisarts. Dat gebeurt met een ‘garantie’ naar beide partijen: wanneer het opeens minder goed gaat, kan de patiënt direct weer door de huisarts worden verwezen voor zorg bij het FACT team: zonder drempels, zonder wachtlijst, zonder intake. Desnoods binnen een dag te regelen.

⁷ Het criterium van twee jaar is minder lang dan voorgesteld door de Consensus Groep EPA (Delespaul e.a.): “patiënten in remissie blijven EPA patiënten zolang het risico voor relaps blijft bestaan (en dus monitoring vanuit de zorg geïndiceerd is). Er kunnen dus EPA patiënten bestaan die symptoomvrij zijn en weinig tot geen zorgbehoeften hebben. De consensus groep stelt voor patiënten die gedurende 5 jaar in symptomatische en functionele remissie blijven, niet meer tot de EPA populatie te rekenen.”.

Laag frequent contact met extra's op afroep beschikbaar

In ieder FACT team zijn patiënten die al langere tijd laag frequent in begeleiding zijn bij het team, maar die nog niet voldoen aan de uitstroomcriteria. De psychiatrische medicatie en de bijwerkingen zijn bijvoorbeeld te gecompliceerd of er is sprake van middelengebruik met af en toe overlast of het lukt de persoon niet een dagstructuur of enige sociale contacten op te bouwen. In zo'n laag frequent contact spreekt de patiënt eens per 1 tot 4 weken met de casemanager. De casemanager zal pogen de patiënt in contact te brengen met mogelijkheden in de buurt en maatschappelijke wijkteams. Soms houdt zo'n patiënt in het FACT team ook contact met de ervaringsdeskundige of een verslavingsdeskundige.

Met de patiënten in laag frequente begeleiding wordt (zoals met alle patiënten binnen FACT) tenminste een maal per jaar geëvalueerd. Dan zal ook de psychiater de patiënt spreken (evaluatie medicatie) en zijn andere disciplines betrokken in de behandelplanbespreking.

Patiënten in dit laag frequente contact hebben in FACT een aantal potentiële voordelen:

- 1) De jaarlijkse behandelplancyclus met ROM⁸ helpt om te beoordelen of betrokkene de state of the art zorg krijgt, of bepaalde levensgebieden / lichamelijke gezondheid meer of andere aandacht moeten krijgen.
- 2) In de laag frequente episode wordt de patiënt begeleid door de casemanager die hem ook kent uit andere tijden met meer ontregeling en meer behandel/begeleidingsinzet. Deze continuïteit kan waardevol zijn, ook voor incidentele contacten met familie.
- 3) De casemanager blijft ook in deze fase (tenminste gedeeltelijk) outreachend, met alle voordelen daarvan: meer informatie, meer gericht op functioneren in huis en in de buurt, geen stigmatisering door polikliniek bezoek.
- 4) De individuele casemanager kan –indien wenselijk- andere disciplines eenvoudig consulteren en bij de behandeling betrekken. Omdat die andere disciplines de patiënt al kennen, kunnen zij zonder verwijzing adviseren of kortdurend even aanhaken.
- 5) Wanneer zich meer specifieke vragen voordoen, is het team eveneens beschikbaar. Te denken is aan ervaringsdeskundige met een herstelgroep of de psycholoog of bij dreigende terugval in middelen gebruik de verslavingsdeskundige. Zo wordt gerealiseerd dat ook patiënten in remissie de eerste jaren zo nodig toegang hebben tot richtlijn conforme zorg.
- 6) Ingeval van (dreigende) terugval, life events of crisis kan de zorg onmiddellijk door het vertrouwde team worden opgeschaald.
- 7) De individuele casemanager is reeds bekend met het sociaal netwerk van de patiënt en kan daarnaast putten uit de deskundigheid in het FACT team rondom maatschappelijke steunsystemen en reguliere contacten met maatschappelijke en welzijnsinstellingen in de buurt.
- 8) De taken van de individuele casemanager worden bij ziekte of vakantie door het team overgenomen.

Nadelen van laag frequent FACT contact?

De nadelen van een dergelijk laag frequent FACT contact worden bijvoorbeeld geformuleerd door andere (nieuwe) aanbieders (we citeren zonder bronvermelding):

⁸ Routine Outcome Monitoring: dit wordt ieder jaar met een aantal vragenlijsten en checklists uitgevoerd.

“De noodzaak om wat te doen voor deze doelgroep is groot: FACT stroomt vol, patiënten blijven te lang in FACT zitten, de zorg die verleend wordt binnen FACT kost nog steeds veel geld, FACT haalt niet het beste uit de cliënt en de basis van FACT is nog steeds de medische hulpverlening in plaats van het maatschappelijk herstel van de cliënt.”

Naar mijn indruk kunnen we deze zorgen punt voor punt wegnemen.

In regio's waar FACT wat langer bestaat, zien we geen volstromen van de bestaande teams. Wanneer de regio grootte, gerelateerd aan groot- of kleinstedelijke populatie, redelijk gekozen is, ontstaat een evenwicht van instroom en uitstroom.

De kosten vragen om een vergelijking: hoe duur is een laag frequente FACT patiënt en hoe duur zou een patiënt zijn, die vanuit FACT is verwezen naar een 'lichtere vorm' van teamzorg in de anderhalve lijn. Zolang de laag frequente zorg binnen FACT wordt geboden door een casemanager, zal dat aan personeelskosten van de contacten niet of nauwelijks meer geld vergen dan de laag frequente zorg binnen de eerste of anderhalve lijn⁹.

Echter, wanneer er onduidelijkheden in de zorg gaan spelen, dan gaat het voordeel van FACT tellen. In een FACT team kan kortdurend extra deskundigheid wordt geraadpleegd (bijv. de verslavingsdeskundige) of even een consult wordt gevraagd aan de andere discipline. Omdat de teamleden de patiënt kennen, kan dit laagdrempelig, zonder intakes of verwijzingen. Wanneer die onduidelijkheden spelen in een 'lichtere vorm van zorg', zal daar vaak besloten moeten worden dat men extern deskundigheid gaat ophalen. En op het moment dat er een echte terugval dreigt, moeten de aanbieders in eerste of anderhalve lijn de patiënt weer gaan verwijzen. Dat zijn meestal dure processen.

De financiële aspecten vragen mijns inziens verder onderzoek, waar FACT nog wel eens zeer positief ten opzichte van andere aanbieders zou kunnen scoren. Daarbij is wel een voorwaarde dat bij de vergelijking tussen FACT en lichtere vormen van zorg ook wordt gelet op de kosten ingeval van terugval van de patiënt. De snelle opschaling binnen FACT lijkt in veel gevallen opnames te kunnen voorkomen. Bij lichtere vormen van zorg zal dit minder snel kunnen, met risico's van dure extra zorg, zorg buiten kantooruren e.d.

De opmerkingen dat het “medische” FACT niet het beste haalt uit de patiënt, zijn eenvoudigweg onjuist. FACT combineert juist de (brede, niet alleen medische) richtlijnconforme aanpak met de herstelondersteunende zorg gericht op inclusie. Uit het werken met huisbezoek en het investeren in de liaisons met allerlei instanties in de wijk mag blijken dat FACT principieel *sociaalpsychiatrisch* wil werken en zich sterk maakt voor het sociaal functioneren van de FACT patiënten op een door henzelf gewenste manier in hun eigen omgeving.

Anderen noemen andere nadelen. FACT zou *stigmatiserend* zijn omdat het wordt aangeboden vanuit de reguliere GGZ. Naar mijn mening doet men hier onrecht aan de FACT teams en hun methodiek. Casemanagers leggen 70 -80 % van hun contacten af als huisbezoek. Ze komen daar niet aanrijden in een auto met GGZ logo of zwaailicht. FACT stelt veel mensen in staat om buiten GGZ of RIBW locaties te wonen en levert haar bijdrage in het terugdringen van grootschaligheid. Het stigma argument telt mijns inziens voor FACT evenmin als voor de meeste nieuwe aanbieders. Hoewel sommige nieuwe aanbieders met een clubmodel en clubhuis juist weer meer het risico van stigmatisering oproepen.

⁹ Men werkt immers met dezelfde HBO opgeleide hulpverleners. Wanneer de anderhalve lijn zou gaan werken met MBOers, verschuift dit. Maar het omgaan met risico's van terugval, medicatievragen en triagering lijkt haaks te staan op het inzetten van MBO personeel.

Tenslotte zou FACT volgens sommigen *ambulante hospitalisering* in de hand kunnen werken. Dit gevaar lijkt mij, niet zo groot. Ten eerste is er binnen FACT teams een behoorlijke werkdruk en vragen dagelijks de patiënten met intensieve zorgbehoefte veel aandacht. Ten tweede lijkt de kans op ‘hospitalisering’ in FACT juist kleiner door de multidisciplinaire behandelplan cyclus met de ROM, waarin jaarlijks kritisch wordt bezien wat nog nodig is aan zorg. Het is de vraag of ‘lichtere aanbieders’ de eerste of anderhalve lijn zo’n ROM en evaluatie kunnen bieden.

De (nieuwe) aanbieders in 1^e en anderhalve lijn

Dit artikel wordt geschreven omdat een aantal nieuwe aanbieders zich aandient in de eerste en anderhalve lijn. Hun aanbod is wisselend, maar bestaat meestal ten minste uit hetzelfde aanbod dat een FACT team aan een dergelijke patiënt doet: laag frequente begeleiding door een individuele casemanager”.

Maar zij hebben niet de structuur waardoor deskundigheid uit het multidisciplinaire team kan worden ingehuurd en ze kunnen niet opeens de zorg intensiveren. Het is onduidelijk wat men kan bieden, naast het laag frequente individuele contact.

We kunnen aan de nieuwe ‘lichtere’ aanbieders de volgende vragen stellen:

- 1) Is er een individuele casemanager met een zekere vertrouwensband?
- 2) Werkt de individuele casemanager met huisbezoek?
- 3) Heeft de individuele casemanager mogelijkheden gedurende enige tijd de begeleiding te intensiveren (bij life events of dreigende terugval)?
- 4) Heeft de individuele casemanager mogelijkheden om andere disciplines laagdrempelig te consulteren en (kortdurend) in de begeleiding in te zetten?
- 5) Zo ja welke disciplines?
 - a. Psychiater
 - b. Psycholoog
 - c. IPS
 - d. Ervaringsdeskundige
 - e. Verpleegkundige
 - f. Verslavingsdeskundige
- 6) Zijn die disciplines beschikbaar vanuit eigen team, of moet de casemanager dit volgens makelaarsmodel elders inhuren?
- 7) Kan de casemanager binnen 24 uur een beoordeling door psychiater regelen (lieft een die de patiënt reeds kent)
- 8) Kan de casemanager / team continuïteit van zorg geven ingeval van opname (psychiatrisch of somatisch of detentie?)
- 9) Heeft de individuele casemanager zelf of via zijn team contacten met instanties in de buurt die kunnen bijdragen aan maatschappelijk steunsysteem?
- 10) Werkt men met een ROM?
- 11) Is voorzien in periodieke (multidisciplinaire) evaluatie van noodzakelijkheid continuering contacten?
- 12) Is er voorzien in overdracht naar anderen in geval van langdurige afwezigheid van de casemanager?

Mensen die denken dat ze spekkoper kunnen zijn door lichtere zorgvormen te contracteren, moeten dergelijke lijstjes eerst eens afvinken. Een nieuwe aanbieder die op alle punten positief scoort, zal niet goedkoper zijn dan FACT. En de hamvraag bij een dergelijk lijstje zou

zijn: “bij welke condities ziet u noodzaak uw patiënt te verwijzen naar een ander teams (bijvoorbeeld een FACT team?)”.

Het mogelijke effect op FACT teams: een nieuwe draaideur GGZ

Wanneer nieuw beleid zou beogen, dat patiënten eerder gaan uitstromen vanuit FACT teams naar andere –minder intensieve- teams, ontstaat risico voor een nieuwe draaideur psychiatrie. Met risico's van discontinuïteit van zorg en uitval.

We kunnen iets leren van situaties in USA en Engeland, waar men lang heeft gewerkt met de systematiek van ACT teams (voor de 20 % zwaarste EPA patiënten) en de ‘Stepdown Teams’ (USA) of Community Mental Health Teams voor de overige 80% van de EPA patiënten.

In de staat New York is dit systeem (door diverse financieringsstromen bepaald) tamelijk dwingend opgelegd. Wanneer in een ACT team een patiënt minder dan 1 contact per maand gebruikt, wordt de casemanager geacht de patiënt aan te melden voor ‘graduation’ naar het step down team. Het step down team biedt een minder outreachende en minder assertieve vorm van begeleiding.

Ondanks zorgvuldige procedures rond overplaatsing van team naar team ontstaat in dit USA systeem veel uitval. Patiënten komen niet aan, of het klikt niet met de nieuwe hulpverleners. Ook ziet men in stepdown teams regelmatig terugval ontstaan. Soms zo ernstig dat terugverwijzing naar het ACT team noodzakelijk is. In veel gevallen zit het ACT team zo verstopt, dat deze patiënten weer op de wachtlijst van hun voormalige ACT team komen. Dit hele systeem doet denken aan de draaideur-psychiatrie van destijds tussen sociaal psychiatrische dienst en het psychiatrisch ziekenhuis: discontinuïteit van zorg, te late reacties bij vroegsignalen, extra (gedwongen) spoedopnames.

Mike Firn¹⁰ heeft in 2010 een dergelijke systeem van Assertive Outreach Teams (ACT) en (stepdown) Community Mental Health teams in Londen samengevoegd en omgevormd tot een aantal teams die met FACT model werken. Uitkomst was dat patiënten in deze nieuwe samengestelde FACT teams significant minder opnames hadden en dat het bedgebruik werd gehalveerd. Hij beschrijft het samenvoegen van ACT teams en community mental health teams als een kosten effectief model. Zijn advies is de structuur van de GGZ in Engeland met deze kennis te gaan herzien.

Helaas ontstaat in Nederland vanuit financieringsoogpunt en strijd om marktaandeel exact de tegengestelde beweging: wanneer er meerdere (nieuwe) aanbieders zich zouden richten op de lichte groep binnen FACT, wordt een systeem ontwikkeld, waarin FACT steeds meer de rol krijgt van ACT-teams en de andere aanbieders gaan functioneren als ‘stepdown’ teams. Dit zal leiden tot een systeem waarin tussen FACT en de lichtere aanbieders een nutteloze draaideur psychiatrie ontstaat.

De beleidsnotities van die nieuwe aanbieders lopen daar al op vooruit. Men geeft FACT (of de reguliere GGZ crisisdienst) een duidelijke positie als het achterland ingeval van onder andere:

- Bij noodzaak intensieve ambulante zorg en opnamevoorkomende strategieën
- Bij noodzaak multidisciplinaire zorg

¹⁰ Firn, M.,K.Hindhough, D.Hubbeling, G. Davies, B.Jones, S.J. White (2012). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology 2012 Springer

- Bij dubbele diagnose problematiek
- Bij zorgmijding
- Bij Bopz en Forensische titels en noodzaak tot risicotaxatie
- Etc.

Ook dit lijkt mij een lijstje dat gemeenten en zorgverzekeraars bij hun inkoop van nieuwe teams kunnen gebruiken. Want wat betekent het wanneer de nieuwe/lichtere aanbieders al deze (en wellicht andere te lastige / gecompliceerde) patiënten naar FACT gaat verwijzen? Het betekent dat we opnieuw een draaideur psychiatrie gaan opzetten. En draaideur psychiatrie laat de patiënt en zijn familie plotseling over aan andere personen en aan een andere werkwijze op het moment dat de patiënt in crisis is of terugval vertoont. Juist op dat moment willen patiënten en hun familieleden steun van bekende vaste begeleiders hebben. En dan wordt men dus overgeplaatst.

In de tachtiger en negentiger jaren van de vorige eeuw zijn in de USA, mede door de vele mislukkingen in het proces van deinstitutionalisering, de eisen geschetst waaraan *community care* moet voldoen. Auteurs als Bachrach¹¹ en Fuller Torrey¹² beklemtoonden de continuïteit van zorg als een van de essentiële voorwaarden.

Hoe matig het met die voorwaarden gesteld was in de standaard zorg in Nederland toonden Systema e.a.¹³. Binnen deze standaard zorg (met individueel casemanagement en geringe mogelijkheden voor ambulante zorgintensivering en meer benutten van opnames) was sprake van ongeveer twintig procent drop out van patiënten over twee jaar tijd. De ACT aanpak leidde op dat punt tot een sterke verbetering.

We moeten dus waken voor het creëren van begeleidingsstructuren die de continuïteit van zorg bedreigen. Ten eerste vanuit behandelinhoudelijke motieven, maar ten tweede ook vanuit financiële motieven. Het bovenbeschreven draaideurfenomeen bij overplaatsing en terugval, maakt de zorg ook duurder. Wanneer de omschakeling naar een ander team nodig is, zal dat altijd enige tijd kosten. Die tijd gaat af van mogelijkheden tot opnamevoorkomende interventies en structurerende begeleiding, acute medicatie en dergelijke. Daarbij dient bedacht dat FACT teams niet in avonden of weekends nieuwe patiënten kunnen opnemen, zodat in veel gevallen de draaideur uit meerdere compartimenten gaat bestaan, inclusief de spoedeisende 24 uurdienst.

Wat schieten we op met meer aanbieders ?

Op dit moment verkennen diverse aanbieders of zij een rol kunnen gaan spelen bij de groep die binnen FACT een laag frequent contact heeft, of die uitstroomt uit FACT. Landelijk betreft dat o.a. Indigo, Vicino en Buurtzorg-T . Daarnaast bestaan lokale initiatieven van een aantal (sociaal) psychiatrische verpleegkundigen die individueel casemanagement aanbieden.

¹¹ Bachrach, L.L. (1993). The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol.44 No. 6, p.523-524.

¹² Fuller Torrey, E. (1986) Continuous Treatment Teams in the Care of the Chronic Mentally Ill. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 37, No 12, p. 1243-1247

¹³ Sytema S., Wunderink L., Bloemers, W., Roorda, L. & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-8 DOI: 101111/j.1600-447.2007.01021.x.

Wanneer deze nieuwe aanbieders in een regio allen een partje van de “lichtere FACT groep” zouden gaan verzorgen, kan het gebeuren dat per FACT team 10 -20 % van de mensen wordt afgeroomd. Sommige nieuwe aanbieders (met multidisciplinaire teams en enige ruimte tot opschaling) rekenen op een hoger percentage, dat men van FACT kan overnemen. Dit kan ertoe leiden dat FACT teams minder patiënten hebben. Om FACT getrouw te blijven werken met gemiddeld 200 patiënten per team, zullen FACT teams dan een grotere regio moeten gaan bedienen, bijvoorbeeld 65.000 inwoners in plaats van 50.000. Dit kan vragen om her-allocatie van FACT teams en kan leiden tot grotere reisafstanden in de FACT regio. Dat alles kan reorganisatie kosten gaan vergen.

Daarbij kan er een situatie gaan ontstaan waar diverse aanbieders zorg bieden aan dezelfde groep patiënten met EPA. Dat kan voor de huisarts of de buurtmeester van de woningbouwvereniging of de buurtagent betekenen, dat er geen duidelijk aanspreekpunt meer is, wanneer zich rond deze patiënten vragen voordoen. Men zal eerst moeten uitzoeken waar iemand in behandeling is. De FACT teams kunnen zich immers moeilijk bezighouden met patiënten, die bij een ander team staan ingeschreven¹⁴. Dat zal ook gelden bij mensen die uit zorg raken of overlast geven. In de huidige situatie staan de FACT teams in hun wijk of regio duidelijk ook voor deze taken. Steeds vaker is de OGGZ functie geïntegreerd in FACT. In die zin hebben FACT teams toenemend een publieke functie.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bepleit in haar rapport *Stoornis en Delict*¹⁵ een aanzienlijke uitbreiding van het aantal FACT teams tot 400 – 500. In dat scenario liggen er kansen om deze publieke functie van FACT teams, of eventueel in andere soortgelijke even intensieve teams, in een landelijk dekkend netwerk neer te gaan zetten, zodat in iedere wijk in Nederland patiënten en huisartsen en maatschappelijke instanties een duidelijk adres voor en beroep op dit type zorg zou kunnen doen. Dan zou de sociale psychiatrie voor deze mensen structureel geregeld zijn.

Zo’n mijns inziens zeer wenselijke ontwikkeling wordt nu bedreigd doordat men in het meer “private” terrein van eerste en anderhalve lijn winst denkt te halen.

Terug naar af?

De geschiedenis van de zorg voor mensen met EPA laat van 1800 tot 1980 een instellingsgebonden zorg zien. Pas in de vijftiger jaren kwamen de nazorg diensten van de grond. De draaideur psychiatrie floreerde. Met de RIAGG vorming in de tachtiger jaren werd het voor de meest ernstige groep patiënten niet veel beter. De vroegere sociaal psychiatrisch verpleegkundigen trokken zich meer terug in de spreekkamer. Huisbezoek stond vaak in het teken van opnamebeoordeling. De opnames werden inmiddels door meer patiëntenrechten en meer privacy wel humaner; er kwam deeltijd behandeling en Bed op Recept. Maar intensieve steun bij het zelf in eigen omgeving functioneren was er nauwelijks. Begin negentiger jaren waren er voorzichtige bewegingen rond psychiatrische thuiszorg. Maar veelal waren dit bijna monodisciplinaire teams, waarbij de psychiater slechts mondjesmaat beschikbaar was en andere disciplines afwezig waren.

Eind negentiger jaren werd de noodklok geluid: grote groepen zorgmijders, veel dak- en thuislozen, mensen met (drie)dubbele diagnoses werden door de GGZ nauwelijks begeleid.

¹⁴ *Een oude wijsheid: wanneer je het GGZ systeem inricht met schuttingen, gaat men daar patiënten overheen gooien..*

¹⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). *Stoornis en delict*. Den Haag

Dankzij de krachtige ACT aanpak in de grote steden veranderde dat beeld. Met de inspiratie van die ACT aanpak en twee belangrijke andere ontwikkelingen (de start van de multidisciplinaire richtlijn en de start van Herstel ondersteunende zorg), kwam FACT vanaf 2003 tot stand. Vanaf 2008 is dit een beweging geworden. Inmiddels zijn er meer dan 150 FACT teams, waarvan de helft gecertificeerd (www.ccaf.nl).

We kunnen stellen dat *sinds 2010 eindelijk (een begin van) verantwoorde zorg voor patiënten met EPA in de maatschappij is georganiseerd*. Ten opzichte van 1990 is het aantal psychiaters dat zich inzet voor deze zwaarste groep belangrijk gegroeid. Er is aandacht gekomen voor behandeling van therapieresistentie en voor metabool syndroom. Hetzelfde zien we nu gebeuren met de psychologen, die tot 2000 bijna onvindbaar waren in de dagelijkse zorg voor mensen met EPA: ze zijn in de FACT teams bezig met CGT, EMDR en psycho-educatie. We hebben de verslavingszorg daarbij in de teams geïntegreerd, omdat duidelijk is dat een dubbele diagnose een integrale behandeling behoeft. En er zijn unieke nieuwe disciplines aangeschoven: de IPS en de ervaringsdeskundigen. Daarbij waarborgt het schakelmechanisme dat de zorg aan deze patiënten goed gedoseerd kan worden en is er aandacht voor samenwerking met kliniek en met de buurt.

De huidige ideeën over (geforceerd) uitstromen van patiënten vanuit FACT naar andere lichtere zorgvormen aanbieders en de opkomst van deels concurrerende aanbieders, die wel de ruimte willen houden om bij problemen naar FACT te verwijzen, leveren gevaren voor de toekomst van eenduidige, transparante, specialistische tweedelijns zorg voor EPA in de wijk. De ‘lichtere’ aanbieders lijken te gaan werken, zoals in de negentiger jaren. Het consult van psychiater of psycholoog of verslavingsdeskundige komt op rantsoen. Het werken aan herstel en daarbij gesteund worden door een ervaringsdeskundige raakt weer op de achtergrond, om van IPS maar te zwijgen. Dit roept de beleidsmatige vraag op of niet geheel in remissie zijnde patiënten door een ‘lichter’ team begeleid moeten worden zonder te voldoen aan de richtlijn. Ofwel, gaan we terug naar af?

Een geheel andere zorg over de nieuwe eerste en anderhalve lijn teams betreft de mogelijkheden voor onstuimige groei. Telkens wanneer een voorziening wordt opgezet voor de ‘lichtere’ doelgroepen loopt die snel vol. We hebben dit gezien met het PGB en met de lichtere plaatsingen in BW's. Inmiddels moet de hele GGZ inleveren om die groei weer terug te buigen. Laten we de eerste en anderhalve lijn niet wijd open zetten en daarmee nieuwe vraag creëren.

Wel samenwerking, geen fusie met andere teams.

FACT biedt integrale behandeling, begeleiding en Herstel ondersteunende zorg voor de patiënten met EPA. Dit betreft 'gespecialiseerde 2e lijn zorg en behandeling'. Maar FACT doet dit in de omgeving van de eerste lijn. En FACT levert deze gespecialiseerde zorg op een gewone manier, op huisbezoek of op straat. Daardoor lijkt FACT op eerste lijn zorg of maatschappelijke aanpak.

Zo valt te begrijpen dat sommige gemeentelijke beleidsmakers graag zouden zien dat FACT wordt geïntegreerd in de maatschappelijke wijk teams. Men heeft behoefte aan onze deskundigheid en aan de middelen van de GGZ. De transitie van de Jeugdpsychiatrie naar de Gemeenten heeft een zelfde trend laten zien.

FACT moet zich echter blijven profileren als gespecialiseerde zorg voor een klein deel van de kwetsbare mensen in de buurt, namelijk de EPA patiënten. Voor die groep hebben we onze teamleden hard nodig. Ik vrees dat we bij "fusie" met 1e lijn/ maatschappelijke teams onze psychologen, psychiaters en ervaringsdeskundigen gaan verliezen en dat de verpleegkundigen en casemanagers hun zorg over veel grotere groepen moeten verspreiden.

Daarom moet FACT een afzonderlijk gespecialiseerd 2e lijn team voor de specifieke EPA doelgroep blijven. Daarbij zal FACT wel aansluiting in de wijk moeten vinden en daarbij service gericht zijn naar alle samenwerkingspartners in de buurt.

De visie dat FACT er is voor specialistische, geneeskundige zorg aan een specifieke EPA doelgroep impliceert ook dat werken aan inclusie niet de hoofdprijs is van FACT. De hoofdprijs ligt in Herstel ondersteunende Zorg en behandeling: de patiënt in optimale conditie helpen te komen, zodat hij op zijn eigen manier kan meedoen in de maatschappij. Die inclusie ondersteunen we door bevordering van 'eigen kracht' aanpak, ondersteunen van steunsystemen, direct beschikbaar zijn voor patiënt en voor instanties wanneer het eens niet goed loopt et cetera. Maar we zijn geen welzijnswerk.

Wanneer maatschappelijke wijkteams intensiever willen samenwerken met FACT teams, zal een linking pin constructie kunnen werken, waarbij de SPV vanuit FACT met regelmaat in het maatschappelijke wijkteam aanwezig is. De SPV kan taxeren welke patiënten eventueel naar FACT moeten worden verwezen en welke naar andere afdelingen in de GGZ.

Naar een zorgpad ' laag frequent en uitstroom'

Hoeft er dan helemaal niets aan FACT te veranderen, leren we niets van de ontwikkelingen? Nee. We kunnen meer nadenken over het aanbod dat we doen aan de laag frequent begeleide groep en we kunnen nagaan of we uitstroom terug naar de eerste lijn op een verantwoorde manier kunnen stimuleren. Daarnaast leren andere (nieuwe) aanbieders ons dat we nog meer met vrijwilligerswerk en welzijnswerk kunnen samenwerken.

Ik kan me voorstellen dat we een 'zorgpad laag frequent en uitstroom' ontwikkelen binnen FACT. Met bijvoorbeeld de volgende kenmerken

- Instroomcriterium:
 - alle patiënten die minder dan 12 x per jaar contact met iemand van het team hebben, worden uitgenodigd hierover na te denken / te overleggen
 - patiënten die op de formele uitstroomcriteria slechts op 1 of 2 criteria niet positief scoren, worden uitgenodigd
 - alle patiënten die hier actief om vragen
- Aanbod:
 - Met patiënten wordt mogelijkheid terugkeer naar eerste lijn besproken door de eigen casemanager en tevens door ervaringsdeskundige
 - Geïnterviewd wordt of patiënt nog specifieke hersteldoelen heeft of behandelwensen; dit wordt ook afgestemd met steunsystemen
 - In jaarlijkse behandelplanbespreking met ROM wordt hieraan aandacht besteed. Acties worden ingezet op zwakke plekken en sterke kanten. Bijvoorbeeld training medicatiemanagement of regelen bewindvoerder
- Uitvoering:
 - Laag frequent met casemanager
 - Eventueel ervaringsdeskundige en herstelgroep
 - Aspecten vrijwilligerswerk van en voor de patiënt; opbouw steunsystemen

- Ervaringsdeskundige in specifieke rol: wat wil je nog met herstel, heb je nog wensen in behandeling of activiteiten.
- Mogelijk delen ‘shared care’ met huisarts: overdragen medicatie beleid en aandacht somatiek, metabool syndroom
- Evaluatie eens per jaar doet de cliënt met ervaringsdeskundige een evaluatie met ROM; de uitslag gaat naar huisarts en FACT;
- Samen met patiënt de relatie FACT <> Familie herdefiniëren
- Garanties duidelijk: bij terugval of crisis onmiddellijk steun van FACT.
- Na 2 of 3 jaar gaat de zorg over naar de eerste lijn.

Conclusie

FACT biedt tweedelijns gespecialiseerde zorg voor mensen met EPA. Het is een unieke combinatie van cure, care, ondersteuning van herstel en maatschappelijke inclusie.

We moeten niet toe naar een systeem met echelons van teams voor lichtere en zwaardere EPA patiënten. FACT kent duidelijke criteria voor terugverwijzing naar de huisarts. Het FACT model biedt ook bij laag frequente zorg voldoende flexibiliteit. De beschikbaarheid van alle disciplines en de mogelijkheid tot snel schakelen in zorgintensiteit bieden de patiënt en familie grote voordelen.

De uitstroom naar de huisarts vanuit FACT kan meer structureel worden opgezet met wellicht specifieke rollen voor de ervaringsdeskundige en vrijwilligerswerk. Ik doe een suggestie voor een “zorgpad laag frequent en uitstroom” binnen FACT.

De groep van patiënten met EPA is niet gediend met nieuwe lichtere zorgvormen. Ook fusie van FACT met maatschappelijke teams lijkt niet verstandig. FACT moet duidelijk focus houden op de flexibele en multidisciplinaire zorg voor de doelgroep van mensen met EPA. Een landelijke uitrol van FACT teams past misschien niet in tijden van marktwerking, maar zou een belangrijke winst kunnen leveren in de zorg voor mensen met EPA.