



DE TOEKOMST VAN F-ACT

**een visiedocument
en een kwartet
voor teams**

Thema's voor het derde FACT-decennium (2024-2033)

**FACT-Nederland
Philippe Delespaul (red.)**



De toekomst van F-ACT

een visiedocument
en een kwartet voor teams

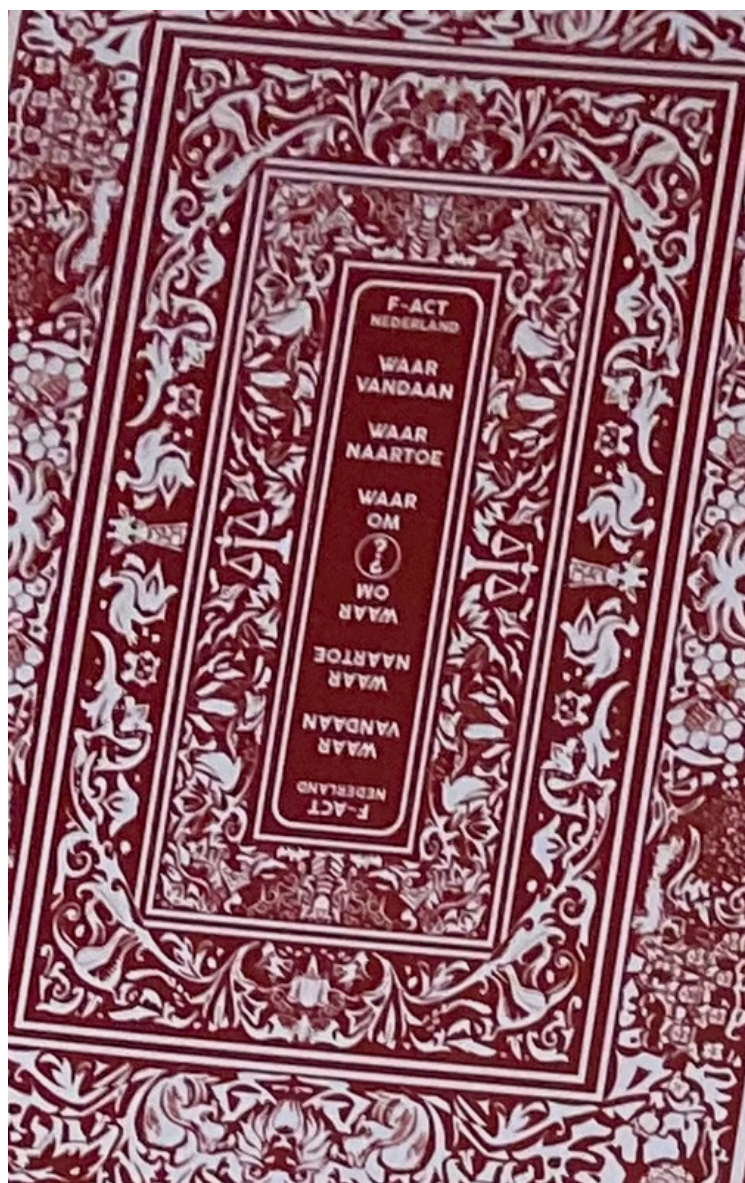
*Thema's voor het derde F-ACT-decennium
(2024-2033)*

*F-ACT Nederland
Philippe Delespaul (red.)*



© 2024 F-ACT Nederland/Philippe Delespaul
www.f-actnederland.nl

Inleiding



FACT in Nederland is een succesverhaal. En FACT bestaat ruim 20 jaar. Over deze periode is de omgeving waarin FACT-teams opereren drastisch veranderd. En dat betekent dat instellingen en FACT-medewerkers over de volgende jaren voor grote uitdagingen staan. F-ACT Nederland wil rond deze thema's dialogen ontwikkelen om van elkaar te leren en zo standaarden of referenties te ontwikkelen die kunnen bijdragen tot betere, duurzame en kwalitatieve zorg voor mensen met een EPA zorgindicatie^[1].

Op verschillende plaatsen in Nederland verkennen FACT medewerkers, samen met de regionale collega's uit aanpalende zorgdomeinen, innovatieve praktijken. Het Integrale Zorgakkoord (IZA) gaat uit van de ontwikkeling van regionale netwerken. De zorg voor mensen met een EPA-zorgindicatie is hierin bijzonder. De geïntegreerde zorg die noodzakelijk is voor deze doelgroep is de lakmoes test van een succesvolle regionale zorginnovatie. Uit rapporten van o.a. het Trimbos-instituut komen zorgwekkende berichten, die aangeven dat de zorg voor de meest kwetsbaren in Nederland groeiend onder druk staat. Over hoe optimale zorg voor mensen met een EPA-zorgindicatie het best gebeurt, bestaan geen normen, maar wel waardevolle principes. Netwerk-samenwerking is cruciaal en we denken dat FACT hierin een belangrijke rol speelt en moet blijven spelen. Ook blijft het belangrijk elkaar kritisch te bevragen over de geleverde kwaliteit. FACT heeft daarin een lange traditie, mede in de vorm van de CCAF accreditatie. Dit heeft mede bijgedragen aan haar succes.

Historisch is een van de belangrijkste waarden van de FACT-beweging geweest om pro-actief goede, ambulante integrale zorg voor mensen met een EPA-zorgindicatie te ontwikkelen. In het bijzonder moesten noden op verschillende levensdomeinen opgevolgd worden (zie het EPA concept: Delespaul e.a. 2013; Delespaul & Berkvens, 2020; Delespaul, 2021). FACT-teams namen de verantwoordelijkheid op voor de moeilijkste caseload en dit bepaalde de professionele identiteit (en het eergevoel) van FACT-medewerkers. FACT heeft in Nederland de (ambulante) zorg voor mensen met een EPA-zorgindicatie op de kaart gezet en de verwaarlozing die bestond, gekeerd. FACT teams onderkennen dat de zorgvragen van deze doelgroep complex zijn en een geïntegreerde opvolging vragen. De EPA-zorgindicatie die de toegang tot FACT zorg reguleert, is ontwikkeld op basis van deze criteria. Een integrale benadering is de natuurlijke houding voor hulpverleners in de kind & jeugdhulpverlening. In de volwassenenzorg is het zorglandschap sterk verzuild op basis van specialisaties, daar zijn mensen met een EPA-zorgindicatie in het bijzonder ‘at risk’ omdat ze zorgbehoeften op verschillende levensdomeinen hebben waarvoor ‘specialistische’ zorg noodzakelijk is, maar elk specialisme binnen hun diagnostische zorgprogramma ook legitieme tegenindicaties kan invoeren. Hun geprofileerde deskundigheid schiet op andere noodzakelijke zorgdomeinen tekort. Om te voorkomen

dat de EPA doelgroep tussen wal en schip valt, moet FACT deze integrale zorgrol blijven vervullen, zich positioneren in het zorglandschap en hierin de noodzakelijke samenwerkingsrelaties ontwikkelen.

FACT-zorg ontwikkelt zich in een betekenisvolle context. Om blijvend integrale zorg te kunnen bieden, moet FACT zich continu hernieuwen. FACT moet gebruik maken van nieuwe wetenschappelijke inzichten, maatschappelijke normen en veranderende juridische en financiële kaders die het zorglandschap bepalen. We kunnen niet alles alleen. Daarom verschuift de focus voor FACT van een zorg in eigen beheer, naar een zorg in netwerken samen met partners. De basishouding blijft echter onveranderd: FACT neemt primair de verantwoordelijkheid voor wie onze zorg het meeste nodig heeft en biedt persoonlijke, herstelgerichte procesmatige zorg.

[1] We gebruiken het woord ‘indicatie’ hier in de generieke betekenis van ‘aangewezen zorg’, in casu de persoon heeft behoefte/nood aan ‘integrale zorg’. ‘Indicatie’ wordt niet in de vernauwde administratieve betekenis gebruikt, die het in Nederland ook heeft, en die verwijst naar een betalingstitel.

Het kwartetspel: spelregels

(concept)

F-ACT-Nederland heeft in samenwerking met de Reframing Studio in Amsterdam (Gijs Ockeloen, Tessel Thijsse en Lucca Kroot) een kwartetspel ontwikkeld dat teams kunnen spelen om thema's uit het visiedocument (2024) te selecteren en met elkaar te bespreken. De spelregels van het F-ACT kwartet zijn nog in concept.

De meeste mensen weten hoe een 'klassiek' kwartetspel verloopt. Om het geheugen op te frissen of voor degenen die geen kwartetervaring hebben we hieronder de belangrijkste spelregels opgenomen en modificaties voor het F-ACT kwartet voorgesteld.

Doel

Het is de bedoeling door slim te spelen en te vragen zoveel mogelijk setjes van vier kaarten te verzamelen, de 'kwartetten'. Door goed op te letten bij andere beurten kun je achterhalen wie welke kwartetkaarten heeft. Klassiek zal degene met de meeste kwartetten winnen.

In het FACT kwartet is de bedoeling om als subteam een discussiethema te kiezen en via het spel de kwartetkaarten te verzamelen om het thema op de agenda van de teamdialoog te plaatsen. Je plaatst je thema op de teamdialoog agenda door de kaarten om het thema vol te maken, te verzamelen.

Vorbereiding

Je speelt het spel met minimaal 4 spelers (maximaal 6).

Indien er meer teamleden zijn maak je subteams met een gelijk aantal spelers. Alle kaarten worden onder de subteams verdeeld. Het kan zijn dat sommige subteams meer kaarten hebben dan andere. Een teamlid neemt de kaarten in de hand en laat ze niet aan de spelers van de andere subteams zien. Je mag ze natuurlijk wel met je subteamleden bespreken. Het is zelfs de bedoeling dat je nadat je de startkaarten gekregen hebt, met je subteamleden overlegt en een strategie bepaalt: welk thema of thema's willen wij op de agenda zetten? Elk thema is de moeite waard om gezamenlijk in het hele FACT-team te bespreken.

Het spel

Een willekeurige subteam begint (zo nodig via loting). Wie aan de beurt is, overlegt met zijn subteam welk thema uit het visiedocument ze willen bespreken. Je moet minimaal 1 kaart uit dat kwartet in je hand hebben van het geselecteerde thema. Je overlegt ook welke kaart je van een ander subteam zult vragen (vanzelfsprekend een kaart die je niet hebt, want je wil je kwartet vol maken). Noem de naam van het kwartet en vraag naar de kaart die je wil hebben (de mogelijke keuzes voor de kaarten die je zelf nog niet hebt, staan op de kaart). Als het subteam dat werd gevraagd die kaart heeft, dan moet zij deze aan je subteam afgeven (hou een lijst bij van het subteam waarvan je welke kaart ontvangen hebt). Bij een 'hit' mag je doorgaan met kaarten vragen. Dit mag aan hetzelfde of een andere subteam zijn. Als je team het setje van vier kaarten heeft, roep je 'Kwartet!' en leg je de

vier bij elkaar horende kaarten voor je neer op tafel. Heeft de gevraagde team de kaart niet, dan is de beurt voorbij en is het team aan wie het laatst een kaart gevraagd werd aan de beurt. Normaal is het spel afgelopen als alle kwartetten compleet zijn.

Maar het FACT kwartetspel stopt wanneer 4 kaarten uit een kwartet volledig zijn en op de tafel gelegd zijn. Er volgt een teamdialoog rond de thema's van het gewonnen kwartet voor minimaal 45 minuten. De beschrijvingen op de kaart en de besprekingen binnen het visiedocument kunnen als referentie dienen.

Daarna kan het spel verdergezet worden en een volgende ronde gespeeld. Op een teamdag kun je verschillende rondes doen tot alle thema's besproken zijn.

[illegible]

De Budgetsprokkelaarster
De One-Trick-Pony
De Hokjesdenkster
De Nijboer

De Bibombox

De Bibombox zou je kunnen zien als een band opgesloten in een jukebox. Een groep muzikanten staat permanent opgesteld om op afroep nummertjes ten gehore te brengen. Het repertoire is breed want de ambitie van de Bibombox is om alle verzoekjes in-house te vervullen. Dat is in de praktijk nog niet zo eenvoudig want niet alle nummertjes worden even vaak gevraagd en je zal altijd zien dat er eens een house is aan verzoekjes van dat ene nummer waarvoor de instrumenten en de spelers niet voorhanden zijn. Soms krijgen mensen dan ook wel eens een ander nummertje ten gehore dat waarom ze gevraagd hadden.

Macro
over de top

1. Vormgeven aan regionale maatschappelijke verantwoordelijkheid

De oorspronkelijke FACT-teams werden in het leven geroepen om zorg te bieden aan een moeilijke groep crisisgevoelige ambulante patiënten. Gedurende de eerste jaren waren de caseloads snel gevuld door ‘achterstallig onderhoud’ (ernstig geïnvalideerde mensen die ambulant verwaarloosd werden). De aandacht ging vooral naar crisisinterventie (personen ‘op het bord’) en stabilisatie (in feite ACT criteria). Er was in FACT-teams maar sporadisch ruimte voor de ontwikkeling van weerbaarheid en het bevorderen van groei. Omdat het nemen van verantwoordelijkheid zo centraal stond, werd ‘verwijzen’ of ‘deelbehandeling’ niet bevorderd. Weinig teams leerden zich te positioneren tegenover de andere spelers in het regionale zorgnetwerk en collegiaal van hun expertise gebruik te maken (met uitzondering van de (verwijs)relatie met de High Intensive Care opnameunit). De noodzaak om breder te kijken veranderde wanneer een deel van de oorspronkelijk crisisgevoelige populatie stabiliseerde en er ruimte vrijkwam voor nieuwe instroom. Om te voorkomen dat wachtlijsten ontstonden moest de in- en uitstroom in balans komen. De vraag voor FACT-zorg was groot en er ontstonden hier en daar wachtlijsten. Het FACT-model was succesvol, de nood groot. FACT-teams waren immers in veel regio’s de enige teams die als vangnet werkten en hun caseload niet

konden of mochten selecteren: ze vingen immers iedereen op die te moeilijk of complex voor andere regionale partners waren. Onder de ontstane verwijfsdruk gingen sommige FACT-teams zich positioneren en strengere in- en exclusiecriteria formuleren. Zo gingen ze zich bijvoorbeeld richten op specifieke doelgroepen (jeugd, ouderen, persoonlijkheidsstoornissen, (eerste) psychose, autisme of LVB). Er ontstond ook een vraag over cure versus care – moet FACT zich richten op de uitbehandelde gestabiliseerde groep, op bemoeizorg of op specialistische psychiatrische zorg voor mensen met behandelperspectief? Soms betekende het dat FACT-teams zelf een restgroep van uitbehandelde patiënten creëerden. Sommige FACT-teams werden in de praktijk ACT-teams omdat patiënten die minder crisisgevoelig waren, werden uitgeschreven. In andere regio's werd besloten de intensieve zorg te outsourcen naar het Intensive Home Treatment (IHT) team dat in de regio operationeel is. Of aan een Forensisch FACT team of een van de vele teams ontstaan in de slipstream van het landelijke 'verwarde personen' (mensen met onbegrepen gedrag) beleid. Door de onstane profilering gebeurde het dat in hetzelfde geografisch gebied, andere spelers, soms zelfs andere FACT-teams, operationeel werden en dat afstemmingsvragen cruciaal, maar ook veel complexer werden. Soms verloren FACT-teams uitdaging en verwaterde de expertise op noodzakelijke domeinen.

Het regionale zorglandschap aan het hoge ernst spectrum, ontstaan onder invloed van de discussie rond personen

met onbegrepen gedrag ('verwarde personen'), heeft tot gevolg dat aan FACT-teams steeds vaker de vraag gesteld wordt hoe ze zich verhouden tot de andere regionale zorgaanbieders in de eerste lijn (huisartsen), het (klinisch en ambulant) psychiatrisch en het maatschappelijk domein. Hoe maken we onze (regionale) maatschappelijke verantwoordelijkheid en hoe past FACT in het plaatje?

STELLING: FACT-zorg situeert zich best in een geografisch welomschreven gebied en neemt de verantwoordelijkheid over de zorg van alle mensen met een EPA-zorgindicatie. Dit voorkomt complexe afstemmingsvragen.

2. Siloïsering (verzuiling) tegengaan

Mensen met een indicatie voor integrale zorg (EPA) zijn demografisch en diagnostisch zeer verschillend en hebben een breed palet aan zorgnoden die allemaal relevant zijn voor hun psychisch welbevinden. In de complexe Nederlandse zorgwereld heeft het deskundig managen van verschillende noden geleid tot een uitgebreid gesiloïiseerd zorglandschap met diagnose-specifieke zorgpaden. Organisationele factoren zoals met betrekking tot kostenbeheer (om bijvoorbeeld dubbelverstrekkingen tegen te gaan), leiden ertoe dat geïndiceerde en

noodzakelijk aanvullende zorg niet gefinancierd wordt. Hierdoor ontstaan zorgsilo's waarbij de meest focale indicatie de expertise en het aanbod van het zorgteam bepaalt, maar vaak noodzakelijke andere resources niet beschikbaar zijn. We herkennen de volgende siloïsering:

- leeftijdsilo's (kind&jeugd, volwassenen en ouderenzorg)
- domein silo's (LVB, somatisch, psychisch)
- iagnostische silo's (psychose, autisme, persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, LVB)
- stelsel silo's: ggz versus maatschappelijke zorg
- ...

Hoe gaan we hiermee om en voorkomen we dat mensen geen toegang krijgen tot noodzakelijke zorg, professionals uit elkaar gespeeld worden, indicatiestelling complexer wordt en de te nemen verantwoordelijkheid difuus, we geen collega's van elkaar meer (kunnen) zijn, en uiteindelijk minder dan optimale (specialistische) zorg leveren en paradoxaal mensen met de hoogste nood dreigen tussen wal en schip te vallen. Mensen met een EPA-zorgindicatie zijn hiervan de dupe.

STELLING: In de kleinschaligheid van de wijk, is het mogelijk om zorgnetwerken te ontwikkelen die elkaar daadwerkelijk aanvullen en met elkaar

samenwerken om zo integraal de zorgbehoeften van iedereen met een EPA-zorgindicatie adequate zorg te bieden.

3. Netwerksamenwerking: vormgeven aan collegiale samenwerking in de regio

Toen FACT als zorgorganisatie 20 jaar geleden ontwikkeld werd, bestond de langdurige ggz uit geïntegreerde instellingen waar alle resources voorhanden waren. In de praktijk was dat -- ook in relatief goedgefinancierde klinieken -- vaak een illusie ('een keten van lege zondagen') en deze verwaarlozing was de belangrijkste reden om mensen die (ernstig) psychisch lijden ambulant te behandelen/begeleiden. In het ambulante veld heb je immers de mogelijkheid om de rijkdom aan maatschappelijke resources te ontsluiten voor de mensen met een EPA-zorgindicatie, mensen die net nood hebben aan hulp op verschillende levensdomeinen. Het oorspronkelijke FACT-model probeerde antwoorden te bieden op de integrale zorgbehoefte van mensen, door alle hiervoor noodzakelijke resources en deskundigheden, net zoals in de kliniek, in het team op te nemen. Met de stelselwijziging (2015) werd dat moeilijker te realiseren omdat belangrijke resources (begeleiding, ondersteuning,

dagopvang,...) in andere, door de gemeenten georganiseerde, aangestuurde en gefinancierde voorzieningen, werden ondergebracht. De centrale (team-)aansturing van alle zorg vanuit een FACT-team werd moeilijker. Maar als we eerlijk zijn lukte het bieden van integrale zorg ook daarvoor voor veel FACT-teams niet. Het model voor FACT teams wordt nu de netwerkgerichte samenwerking. Maar wie zijn hiervoor noodzakelijke partners (FACT, IHT, HIC, resource groepen, ART), wie houdt de regie (de huisarts, ggz of het maatschappelijk domein – of de patiënt zelf en/of betrokkenen naasten), hoe gebeurt het schakelen? Is er een triagering naar trajecten, een seriële structuur (zoals bij 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn) of net een parallelle zorg waar verschillende resources samen optrekken.

STELLING: Omdat FACT zich richt op mensen met een integrale zorg (EPA) indicatie, zal het FACT-team blijvend de verantwoordelijkheid (regie) voeren over het zorgproces (bij voorkeur in de vorm van shared decision making) en voor specifieke expertise buiten haar competenties, modulair andere regionale resources betrekken (die hun interventies in tijd en scope beperken): niet verwijzen (seriële zorg) maar samen

optrekken (parallele zorg). FACT-teams blijven pro-actief verantwoordelijk voor hun doelgroep.

[illegible]

4. Een nieuwe teamsamenstelling

Oorspronkelijke FACT-teams waren multidisciplinair samengesteld op basis van een lijst beroepen en deskundigheden met een normering voor de formatie. Dit team overlegt dagelijks en bepaalt gezamenlijk het beleid. Moderne FACT-teams verschillen meer van elkaar, maar het blijft belangrijk antwoorden te vinden om de problemen die in de oorspronkelijke FACT-organisatie impliciet gecoverd waren:

- a. door de netwerksamenwerking kan relevante expertise beschikbaar zijn zonder dat deze deel uitmaakt van het kernteam. Dit biedt verrijking voor de EPA-zorg. Maar het betekent ook dat het team expliciet afspraken moet maken met netwerkpartners (individuele hulpverleners en/of voorzieningen), bijvoorbeeld over indicatiestelling, aansturing en prioritering. Deze aspecten waren vroeger, doordat alle professionals deel uitmaakten van hetzelfde team, geborgd;
- b. de traditionele FACT-teams werden hiërarchisch aangestuurd (vaak (formeel) door een meewerkende teamleider en (informeel) door de team psychiater). In de praktijk zien we vaak dat teamleiders vervangen zijn door managers die verschillende teams aansturen en niet meer

meewerken in de zorg. Dit kan efficiënt zijn, maar het vergroot de afstand: het vervreemdt het team misschien van haar aansturing. Op sommige plaatsen experimenteert men met zelfsturende teams die veel horizontaler zijn en potentieel de expertise van alle leden beter tot hun recht laten komen;

- c. ervaringskennis krijgt een steeds grotere betekenis. Maar er blijft nog werk te doen om het een goede plaats te geven in de FACT-werking. Ook de functie van ervaringsdeskundige in het FACT-team en/of het FACT-netwerk is in ontwikkeling. Er worden verschillende opties verkend van FACT-teamlid, tot borging in separate herstelacademies en zelfregiecentra.
- d. de verrijking van de zorgkeuzes door inbreng van ervaringskennis geldt niet enkel voor mensen met eigen (patiënten/cliënten-) ervaring (soms ook bij reguliere professionals) maar ook door de input van naasten en andere direct betrokkenen. Hun input kan extreem waardevol zijn, maar de sector heeft nog geen spontane of 'natuurlijke' manier gevonden om die input de plaats te geven die het verdient (zie bijvoorbeeld het privacy-debat). Familie-ervaringsdeskundigen krijgen wel vaker een plaats aan de overlegtafel.

STELLING: Omdat FACT-teams verschillende vormen aannemen, wordt de vraag wat werkt en voor wie belangrijk. Kunnen we van elkaar leren en zou het zinvol zijn om regionaal ervaringen over de wijze waarop het team samengesteld en aangestuurd wordt, uit te wisselen?

5. *Impact op teamwerking -- het einde van het MDO?*

Een van de centrale FACT-assumpties is dat verwijzingen niet werken en/of vaak niet gebeuren, en dat daarom alle relevante expertises aanwezig moeten zijn op de plaats en het moment (de overlegtafel) waar behandelafspraken worden gepland. Er zijn een aantal redenen waarom het concept van een geïntegreerd team niet houdbaar is:

- a. de noodzakelijke resources voor optimale zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn breed (medicatie, somatiek, verslaving, LVB, therapie, wonen, schulden, werk, eenzaamheid, zingeving...) en kunnen niet enkel met ggz-professionals gecoverd worden. Relevante expertise komt van professionals uit de eigen organisatie en regionale netwerkpartners. Het is logistiek onmogelijk ze allen regulier voor een MDO uit te nodigen;
- b. behandelbeslissingen worden idealiter niet meer in een gesloten team van professionals genomen, maar samen met de cliënt en naast

betrokkenen (bijvoorbeeld in de resource groep, peer-supported open dialogue (POD)); een goede balans tussen het aantal professionals en non-professionals aan de tafel is een voorwaarde voor shared decision making (niets over ons, zonder ons). De imponerende aanwezigheid van (teveel) professionals als vertegenwoordigers van subexpertises maakt een evenwichtige input van het cliënt en naastenperspectief haast onmogelijk;

- c. de veranderde visie over privacy maakt dat we (en terecht) niet meer ‘achter de rug’ van betrokkenen spreken. Het wordt de norm om de noodzakelijke zorg open met betrokkenen te bespreken. Dit is ook een voorwaarde om dwang en drang te reduceren.

STELLING: het MultiDisciplinair Overleg (MDO) dat de best mogelijke zorg voor een persoon bespreekt, moet worden vervangen door een overleg met een klein aantal professionals (waarbij niet alle expertise vertegenwoordigd wordt) met de cliënten en naast betrokkenen (bij voorkeur op uitnodiging van de cliënt) zoals gebeurt bij resource groepen en POD...

6. *Innovatie via internet en nieuwe technologieën*

Technologische innovatie kan ingezet worden om cruciale informatie met elkaar uit te wisselen. Dit kan in

de vorm van ‘educatie’ door gebruik te maken van de kennis van eCommunities. Technologische innovatie kan ook ingezet worden om transparant te communiceren (iedereen is betrokken) en om de activiteiten van het ondersteunende researchteam te coördineren.

De manier waarop professionals toegang krijgen tot kennis is sterk in beweging. Vroeger kon kennis enkel verkregen worden door studie en was deze gekoppeld aan de expertise van de professional. Nu is veel op internet beschikbaar waardoor de generalistische professional over meer specifieke deskundigheid kan beschikken dan door de eigen expertise of door coaching van teamleden of consultatie op afstand vroeger mogelijk was. Het model is de T-shaped professional, waarbij de brede basiskennis, de professionele identiteit bepaalt en niet (minder) de specialisatie op deeldomeinen. De gevolgen hiervan voor de werking van FACT-teams moeten worden verkend.

COVID-19 heeft ons geleerd om in de hulpverlening meer gebruik te maken van nieuwe digitale technieken. Een panacea is het niet. Maar de belangrijkste tools die in de praktijk gebruikt worden, zijn het (video)bellen. In sommige teams is de planning van overleg (met netwerkpartners) sterk vereenvoudigd omdat de noodzaak om te reizen naar vergaderruimtes, verminderd is. Soms wordt de krapte op de arbeidsmarkt opgelost door teamleden die enkel digitaal aanwezig zijn (en soms zelfs fysiek in het buitenland verblijven). Consultaties zijn door beeldbellen vereenvoudigd en gemakkelijker te

plannen. Familieleden en andere betrokkenen kunnen gemakkelijker aanwezig zijn. Een Zorg-Afstemmings-Gesprek (ZAG — bijvoorbeeld na een opname), wat vroeger soms pas na 2 weken gepland kon worden, kan nu binnen twee dagen doorgaan.

Iets minder vanzelfsprekend, omdat cliënten niet altijd over de noodzakelijke apparatuur en internettoegang beschikken, zijn de vervanging van huisbezoeken door videobellen. Hierbij gelden dezelfde logistieke voordelen (geen reistijden) en minder impact bij no-show. Videobellen geeft ook een (beperkte) inkijk in de leefwereld van de cliënt en kan het eenvoudiger maken om (inwonende) netwerkpartners in het gesprek te beperken. Beeldbellen maakt het ook mogelijk om bij dreigende crisissen een (structurende) coaching op te zetten die meermaals kort per dag gebeurt (heb je je medicatie genomen, je ouders gebeld, boodschappen gedaan,...), in plaats van de bestaande opschalingslimiet van maximaal 2 of 3 maal per week. Beeldbellen is geen 100% vervanging van het huisbezoek, maar kan bijdrage tot verbetering van de zorglogistiek.

Een centraal thema is ‘beter worden doe je thuis’. We weten reeds sinds enkele decennia dat de ontwikkeling van weerbaarheid het best gebeurt onder de omstandigheden van het dagelijkse leven. Moderne technologie kan hiertoe bijdragen. Het kan ons beter zicht geven op de omstandigheden en het proces van weerbaarheid en kwetsbaarheid. ICT (Apps) kan een therapie uitvoeren (met meer kans op succes) onder de

omstandigheden van het dagelijkse leven, en het biedt mogelijkheden om prothese-zorg en ondersteuning te bieden aan mensen die zelf niet in staat zijn autonome weerbaarheid te ontwikkelen.

Digitale technologie kan een kwalitatieve verrijking bieden van de zorg en de ambulantisering meer power geven.

STELLING: Over de volgende jaren zullen hulpverleners, cliënten en betrokkenen nieuwe technologieën implementeren. FACT-teams staan open voor innovaties en implementeren de opties die de brede maatschappij ontwikkelt en ter beschikking stelt. Op dit ogenblik is het laaghangend fruit bij ICT hulpmiddelen vooral de logistieke oplossingen die het kan bieden voor problemen in de goede zorg die we nu in FACT teams hebben. Maar meer is mogelijk.

7. Integrale financier

Vaak dromen we van een integrale financiering die ons in staat zou stellen om optimale zorg voor mensen met een EPA zorgindicatie te realiseren, over alle relevante levensgebieden. Op dit ogenblik worden verschillende zorgaspecten door verschillende stelsels gefinancierd. Is dat nietodeloos complex en zorgt dat niet voor inefficiëntie in de zorg? We verwachten dat nieuwe vormen van financiering zullen ontstaan. Maar ook dat er creatieve manieren zullen uitgetoetst worden om de drempels van de bestaande financiering te overbruggen.

STELLING: FACT-teams richten zich op integrale zorg die zich traditioneel zowel in de ggz als in het welzijnsdomein afspeelt. Maar ook in de somatische zorg en bijvoorbeeld de sector voor verstandelijk gehandicapten. Wij geloven dat betere zorg mogelijk is, ook wanneer we niet (kunnen) overgaan tot vormen van integrale financiering. Netwerksamenwerking kan dit mogelijk maken.

[illegible]

8. *Inhoud geven aan (multidimensionele) herstelgerichte zorg*

Analyses van de werking van FACT-teams geven steeds aan dat de meeste FACT-teams succesvol zijn in het managen van moeilijke mensen (stabiliseren). Door te anticiperen gaat de crisisgevoeligheid over de tijd afnemen. Analyses geven verder ook aan dat de procesgerichte (psychologische, herstelgerichte) zorg vaak moeilijker ligt. De urgentie van crisissen bepaalt het beleid en de agenda van de teamleden. Maar FACT-teams hebben tot doel het integrale zorgbeleid vorm te geven voor mensen met een EPA-zorgindicatie en daar komen veel FACT-teams, door een grote caseload en zich steeds weer opdringende crisissen, moeilijk aan toe. Er zijn twee cruciale uitdagingen:

- a. wat is het domein van FACT-werk? Veel medewerkers zijn er zich van bewust dat FACT- en ACT-werk verschillend is. De oorspronkelijke naamgeving van FACT verwees naar de mogelijkheid om de ACT-zorgfunctie (assertieve outreach) voor de caseload te activeren (opschalen) maar de latere toevoeging van 'F' als 'flexible' onderstreepte de meer diverse procesgerichte kant van het FACT-zorgmodel. In de praktijk is dat vaak een uitdaging. We gebruiken het 6-assig model van positieve gezondheid (somatische en psychische symptomen,

dagelijks functioneren en participatie, zingeving en kwaliteit van het leven) of het model van drievoudig ‘herstel’ (symptoom-reductie, participatie en persoonlijk herstel) om weer te geven hoe onze zorg aandacht moet hebben op betekenisvolle verandering op verschillende domeinen. Dit is de kern van het begrip ‘integrale’ zorg. Maar sommige FACT-teams trekken zich terug op het specialistische curatieve GGZ deel van hun functie en laten de andere domeinen over aan netwerkpartners.

- b. hoe borg je de constante aandacht voor procesgerichte zorg? Voor veel FACT-teams is het een uitdaging om zelf verantwoordelijk te zijn voor verschillende domeinen, of de zorg van deeldomeinen te outsourcen naar netwerkpartners. En wat blijft dan hun eigen verantwoordelijkheid? De zorg die FACT biedt aan de mensen in haar caseload kan door het hersteltraject van mensen heen sterk verschillen. Dit vraagt om een permanente afstemming. Het is cruciaal dat FACT-teams manieren ontwikkelen om aandacht te hebben voor de zorgbehoeften over de breedte van de noden-domeinen en om doorheen de tijd (bij voorkeur parallel en niet serieel door doorverwijzing) metho-

dieken te activeren die bij kunnen dragen tot het opbouwen van weerbaarheid.

STELLING: regie voeren over de procesgerichte zorg voor mensen met een indicatie voor integrale zorg, vraagt om bewust te zijn van het belang van het aangaan van relaties (onder moeilijke omstandigheden) en om het netwerk te betrekken in het proces.

9. *Continuïteit van zorg en uitstroom uit FACT*

Het is duidelijk dat FACT meer procesgerichte zorg is dan incidentele zorg (zoals bij crisismanagement). En dat betekent dat FACT-teams de verantwoordelijkheid hebben om mensen langdurig te begeleiden in verschillende fasen van herstel. Er is dan, idealiter, geen sprake van step-down zorg omdat er nog zorgbehoeften zijn en mensen niet blijvend hersteld zijn. Eigenlijk is de bedoeling om ook in periodes van relatieve stabiliteit pro-actief te kunnen kiezen om behandelingen of herstelbevorderende activiteiten te starten (is het nu het moment om medicatie af te bouwen, de trauma behandeling te doen die uitgesteld werd door crisissen, een IPS traject te starten,...?). In de praktijk is het mogelijk om, wanneer de crisisgevoeligheid is afgenomen, de zorg over te dragen aan de basis-GGZ, de huisarts of een resource groep. Deze keuzes kunnen zelfs belangrijk zijn in het kader van de-stigmatisering en normalisering. Maar wie stelt dan procesgerichte herstelvragen? Een huisarts die de depot medicatie succesvol de afgelopen jaren heeft

opgevolgd, zal waarschijnlijk niet aan IPS of een trauma behandeling denken, waardoor mensen herstel opportuniteiten missen. Toch worden FACT-teams soms door hun management (of de zorgverzekeraar) gedwongen om laag intensieve cliënten uit te schrijven.

De uitdaging voor FACT is om de continuïteit van zorg samen met ‘collega’s’ of ondersteunende resources te realiseren, waardoor het FACT-team efficiënter met haar beperkte middelen kan omgaan. Voor deze periodes met lage zorgintensiteit werden tools ontwikkeld (resource groepen, peer supported open dialogue, maar ook, bijvoorbeeld, intensieve samenwerking met de huisarts,...). FACT-teams, regiopartners en cliënten en hun betrokkenen kunnen met deze modellen extra ervaring opdoen. In dit geval blijven FACT-teams laagdrempelig beschikbaar, nemen ze pro-actief een betrokken opvolging voor hun rekening. En realiseren ze hiermee een presente hulpverlening waarbij netwerken via mediatie-zorg ondersteund worden. Het ‘elkaar niet in de steek laten’ gebeurt niet enkel tijdens crisissen maar doorlopend, gericht op herstel (en de duurzame ontwikkeling van weerbaarheid).

STELLING: FACT-teams kunnen een rol gaan spelen in een ‘extended’ caseload waar de continuïteit van zorg gerealiseerd wordt samen met netwerkpartners (wijkteams, begeleid wonen thuis, basis GGZ-teams of huisartsen) of zelfs buiten de professionele hulpverleners (cliënten samen met betrokkenen)

10. Mensenrechten en proactieve zorg

Een cruciale functie van FACT is ‘assertive’ outreach. Mensen met een EPA-zorgindicatie hebben nood aan integrale zorg en in FACT wordt alle noodzakelijke zorg geboden vanuit het geïntegreerde FACT-team. Assertive outreach betekent vaak crisiszorg. Maar in de praktijk zien we dat FACT maar beperkt kan opschalen (mensen staan dan op het bord) en bij meer intensieve zorgbehoefte volgt een teamversterking door het inroepen van het IHT-team, of door een opname (bij voorkeur op een HIC). Met de Wet verplichte GGZ ontstaan nieuwe uitdagingen.

De echte reden om bij FACT van assertieve zorg te spreken is dat veel mensen uit de doelgroep niet zelf het initiatief nemen voor zorg maar het behandelteam of de omgeving vaak de primaire zorgvragers zijn. Assertieve zorg betekent in eerste instantie proactieve (of presente) zorg en biedt cliënten en betrokkenen een opportuniteit om er gebruik van te maken. Maar als zorgbehoeften niet door de betrokkenen, maar door derden worden bepaald en er een verschil bestaat over de perceptie van de noodzaak aan zorg, dan komen allerlei vormen van verleiding en dwang kijken. De Wet verplichte ggz verruimt de mogelijkheden voor ambulante dwang en biedt FACT-teams opties in pro-actieve zorg. Maar dit mag niet herstel belemmerd werken, noch mensenrechten schenden.

FACT-teams en de netwerkpartners waarmee ze samenwerken, zowel in de ggz als in het maatschappelijke veld, moeten zich constant bezinnen over hun maatschappelijke rol en verantwoordelijkheden. Het mensenrechtenkader moet hierbij leidend zijn. Niet als excuses om niet te handelen en te verwaarlozen, maar als een kader of richtlijn om creatiever te worden.

STELLING: De volgende jaren zal FACT de uitdaging aangaan om haar regionale pro-actieve verantwoordelijkheden waar te maken, binnen het kader dat door mensenrechten (CRPD) bepaald wordt en zonder de meest zorgbehoeftigen te verwaarlozen. Hierbij krijgen ze ook een advocacy rol (ze verdedigen in het netwerk dat zorg zonder dwang de betere optie is).

Referenties

- Delespaul, P. A. E. G. and L. v. H. Consensusgroep EPA (de Haan, F.; van der Gaag, M.; Keet, R.; Kroon, H.; Mulder, N.; van Os, J.; Slooff, C.J.; Sytema, S.; van Weeghel, J.; Wiersma, D.), (2013). "Consensus over de definitie van mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland [Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands.]." *T Psychiatrie* 55(6): 427-438.
- Delespaul, P. A. E. G. and B. Berkvens (2020). Netwerkpsychiatrie bij complexe zorgbehoeften. Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid. N. Mulder, J. van Weeghel, P. A. E. G. Delespaul et al. Amsterdam, Boom/de Tijdstroom: 61-90.

Delespaul, P. A. E. G. (2021). Ernstige Psychiatrische Aandoeningen: Reflecties op het Concept. Ernstige Psychiatrische Aandoeningen. A. Kaasenbrood and L. Wunderink. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

