

Goede voorbeelden van fact teams in diverse regio's en bij diverse doelgroepen

Opgesteld door: R. van Veldhuijzen, grondlegger van de factteams in Nederland

Ten behoeve van het congres Ambulantisering van de ggz: wat gaat goed en wat kan beter? op donderdag 26 maart 2020 te Utrecht

Eindredactie: Guus Schrijvers dd 5 februari 2020

Amsterdam

Een positieve ontwikkeling in Amsterdam is dat men de eerder afgeroomde FACT-teams weer aan het versterken is (zowel bij Ingeest als bij Arkin) en dit goed met Gemeente en gemeentelijke wijkteams afstemt.

Utrecht en Noord Holland Noord

In Utrecht en GGZ NHN lopen interessante trajecten om de brede gespecialiseerde GGZ (dus o.a. de poliklinieken van voorheen) meer in de wijk/ subregio bij de inmiddels gerealiseerde FACT teams en dicht bij de eerste lijn te plaatsen.

Friesland

In Friesland hebben GGZ en Verslavingszorg elkaar gevonden in de FACT teams

Algemeen

Daarnaast zie je in vele regio's naast de FACT-teams de IHT (Intensive Home Treatment) teams. Deze werken vergelijkbaar als de FACT-teams, maar gericht op kortdurende opname-vervangende zorg en crisisbegeleiding voor de hele gespecialiseerde GGZ. Deels leveren IHT teams ook (buiten kantooruren) goed afgestemde zorg aan de cliënten van FACT teams, die daardoor geen 7 x24 uren bemensing nodig hebben.

Jeugdzorg

In de kinder/jeugd zorg zien we heel interessante FACT Teams (nu al zo'n 20), bemenst door medewerkers vanuit diverse moederorganisaties zoals Kinderpsychiatrie, Jeugdzorg, Centrum Jeugd en Gezin, etc. Deze samenstelling biedt in de versnipperde jeugdzorg een kans op samenhang en continuïteit van zorg. Zij ontfermen zich over de kinderen die tussen al die instellingen uit de boot dreigen te vallen en die vaak niet gemotiveerd zijn om zelf hulp te halen. Huisbezoek en vanuit teams contact met de jongere en met de ouders, is bij deze problematiek essentieel. Een dergelijke aanpak had wellicht een geval als Tristan (Ridderkerk) kunnen voorkómen!

Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VG-zorg)

In de VG zorg starten de eerste FACT teams; er wordt in deze teams kennis over ambulante begeleiding opgedaan, die ook ten goede kan komen aan gewone FACT-teams, omdat in die gewone teams ook veel cliënten worden begeleid met intellectuele beperkingen. De VG zorg heeft het FACT model niet genomen als mainstream aanpak bij de deïstitutionalisering, maar alleen als extra intensieve zorg, wanneer het eerst fout is gelopen. Men lijkt de overgang van instelling naar de

buurt voor VG vaak te onderschatten, maar het verlies van het supportieve en beschermende milieu van de VG instelling is voor deze groep vaak veel groter dan dat het 'verlies' is voor EPA cliënten die de kliniek verlaten.

Forensische FACT teams

Al enkele jaren zijn er de Forensische FACT teams, verbonden aan Forensisch psychiatrische instellingen/ netwerken. Ze hebben iets zwaardere staf dan FACT, maar zelfde werkwijze. Zwaardere staf is nodig ivm meer netwerk-uren, bezoek aan mensen in PI is erg tijdrovend, meer risicotaxatie (psychologen) en meer risicomangement (bijv. soms huisbezoek in duo's ivm gevaar). Dit soort teams kan bij invrijheidstelling zorgdragen voor de voorbereiding en continuïteit van zorg na detentie, zodat risicofactoren voor recidive worden beperkt.

Helaas dreigt sinds enige tijd op de oorspronkelijk aanbevolen teamsterkte ernstige 10% korting, met als gevolg minder contacturen, minder deskundigheid en dus meer risico's van veiligheid! Actuele noodkreten vanuit het veld en gang naar de rechter om budget te behouden. Terwijl dit soort teams bij uitstek een zorgvuldige uitplaatsing van personen uit de kliniek mogelijk maakt in een aanzienlijk veiliger situatie met aangetoond minder recidive...

Kwaliteit van de Fact teams

Het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) verzorgt audits bij FACT teams, en Kinder en Jeugd-teams en Forensische en VG teams; in middels heeft men zo'n 500 audits en heraudits gedaan, waarbij zo'n 100 teams de "optimale" score haalden. Opvallend is hoe deze dagen door teams worden benut om met voorwerk de eigen kwaliteit te verstevigen. De auditoren zijn zelf ook werkzaam in FACT teams, of zijn naaste of ex-cliënt (intercollegiale/ inter-institutionele opzet). Op die audit dag wordt ook gesproken met cliënten en naasten. De ervaringen met samenwerkingspartners (gemeente wijkteams, eerste lijn, politie) worden hierbij ook betrokken. Geen papieren tijgers of administratieve druk, maar een inspirerend moment in de beleidscyclus van teams: klokken gelijkzetten, koers bepalen en vaak ook trots tonen wat er allemaal (ondanks budget beperkingen en verzwaring van problematiek) wél lukt!

Zie verder www.ccaf.nl.

De samenstelling van een FACT team

De personele samenstelling van een gemiddeld FACT-team is afgestemd op ongeveer 200 patiënten. Dat vereist tenminste voldoende casemanagers en de psychiater. Daarnaast worden de psycholoog, verslavingsdeskundige, arbeidsdeskundige en ervaringsdeskundige toegevoegd. Dat leidt tot de volgende optimale teambezetting van ongeveer 10,5 medewerkers:

- FTE psychiater
- 0,5 FTE teamleider (liefst meewerkend in patiëntenzorg)
- 7 FTE CM (casemanager) waarbinnen:
 - 4- 5 FTE psychiatrisch verpleegkundigen.
 - 1- 2 FTE sociaal psychiatrisch verpleegkundige

- 1 FTE verpleegkundig specialist
- 0,8 FTE maatschappelijk werker / sociaal juridisch hulpverlener
- 0,8 FTE psycholoog
- 0,6 FTE ervaringswerker¹
- 0,5 FTE trajectbegeleider / IPS (Individual Placement and Support)

In 2015 is geadviseerd om een extra 0,6 psycholoog en een extra 0,6 ervaringswerker in het optimale team op te nemen; een team komt dan totaal rond de 11,5 FTE

Binnen het bovenstaande medewerkersbestand zijn aanvullende deskundigheden vereist:

- Verslavingsdeskundigheid binnen bovengenoemde disciplines (minimaal 2 FTE)
- Brede deskundigheid rond rehabilitatie en herstel (met minstens 1 deskundige, voldoende actueel (bij)geschoold)
- 2-3 FACT bord voorzitters

Facultatief / aanvullend, zijn er anderen betrokken:

- Veel FACT teams bieden zorg aan personen die wonen in 'Beschermd Wonen'; dan kunnen woonbegeleiders uit die voorzieningen deelnemen in het FACT team.
- Soms worden er andere disciplines aan het team toegevoegd, bijvoorbeeld een systeemtherapeut in teams voor mensen met een eerste psychose of in Jeugdteams
- Een arts verslavingszorg in een FACT verslavingszorg team.
- Extra psychologische formatie in Forensisch FACT
- Orthopedagoog en andere disciplines bij FACT Verstandelijk Beperkten.

De teamsamenstelling noemt 7 FTE 'CM': casemanager. Dit is een 'rol' die door meerdere disciplines (verpleegkundige, spv-er, maatschappelijk werk, ervaringsdeskundige) wordt ingevuld.

In Nederland gebeurt dat vooral door verpleegkundigen². Misschien omdat de verpleegkundige in het Psychiatrisch Ziekenhuis zo centraal stond? Daarnaast willen we in een FACT team minstens één (meer gespecialiseerde, hoger geschoolde) 'sociaal psychiatrisch verpleegkundige' (SPV). De extra deskundigheid van de SPV ten opzichte van de psychiatrisch verpleegkundige betreft diagnostiek en inschatting van de zorgbehoefte, crisis interventie, complexe systemen en

¹ Rondom de inzet van de ervaringswerker wordt toenemend gesignaleerd dat de 0,6 FTE eigenlijk te weinig is in een team en dat ervaringswerkers ook als duo meer impact zouden kunnen hebben. De norm wordt daarom waarschijnlijk binnenkort bijgesteld naar 1,2 ervaringswerker.

² In Groot Brittannië werken veel *community psychiatric nurses*, *social workers* en *occupational therapists*. In de USA zijn er veel *social workers* onder de casemanagers.

persoonlijkheidsstoornissen. Sinds enkele jaren is er de Verpleegkundig Specialist: met extra deskundigheid op gebied van coaching, onderzoek, diagnostiek en zelfstandige behandeling van cliënten. Ook zij zijn goud waard in FACT.

De gemiddelde caseload van de casemanagers in optimale teams ligt bij de 25 patiënten per FTE casemanager. De casemanager is de eerste aanspreekpersoon voor de patiënt en zijn steunsysteem. Hij bezoekt en begeleidt de patiënt met regelmaat. Hij zorgt er voor dat de patiënt een actueel behandelplan heeft. Hij kan andere teamleden bij de behandeling betrekken, bijvoorbeeld de psychiater voor medicatie of de trajectbegeleider voor werk. In veel teams heeft iedere patiënt een 'schaduw casemanager' die op de hoogte is ter vervanging bij ziekte, vakantie, etc.

Voor cliënten in de intensieve teamzorg via het FACT bord werken alle teamleden samen in de *shared caseload*. In die fase worden dus alle medewerkers van het team ingezet voor extra zorg. De psycholoog en de ervaringsdeskundige participeren in de shared caseload.

De groep FACT-werkers heeft veel verschillende kennis. Naast de medische en verpleegkundige invalshoek is de agogische invalshoek van belang. De maatschappelijk werker en de rehabilitatie deskundigen brengen een extra visie in het team. Overigens wordt van alle teamleden verwacht dat zij rehabilitatieprocessen kunnen ondersteunen.

Bij processen van herstel en rehabilitatie speelt de ervaringswerker een belangrijke rol. Ze leggen vaak op andere wijze contact met de patiënten. Zij zijn soms tolk tussen patiënt en hulpverlener. Ze hebben meestal geen eigen caseload, maar zijn actief in de shared caseload en in 'casefinding en casebinding' en in activiteiten rond herstel, zoals herstel-groepen. In 2015 is de gewenste menskracht ervaringsdeskundige per team verhoogd. Dit op grond van positieve ervaringen, steeds meer aandacht voor herstel en daarnaast een betere positie als 2 man/vrouw sterke discipline in het team

Dat binnen FACT zowel een psychiater als een psycholoog werkt, biedt de mogelijkheid om samen goede diagnostiek en behandelplannen te realiseren. Medicatie, aandacht voor somatiek en metabole screening kunnen zo gepaard gaan met Cognitieve Gedrag Therapie en bijvoorbeeld EMDR. In 2015 is extra psychologische menskracht in het optimale team opgenomen, nadat gebleken was dat veel meer psychologische behandeling dan destijds voorzien was, succesvol aan EPA cliënten werd geboden.

De verslavingsdeskundigheid over geïntegreerde behandeling van mensen met EPA (*Integrated Dual Diagnosis Treatment, IDDT*) moet bij minstens twee teamleden actueel aanwezig zijn. Daarnaast zien we graag dat teams trainingen volgen in *Motivational Interviewing*. Met die interventies is het beter mogelijk mensen met EPA en verslaving binnen FACT te behandelen en te begeleiden, steeds aansluitend op de ernst van de verslaving en de mogelijkheden tot verandering van de cliënt. De geïntegreerde verslavingsaanpak, waarbij het team van alle markten (psychiatrie en verslavingszorg) thuis is, is de enige mogelijkheid om te voorkomen dat in regio's de

verslavingszorg en de GGZ continu mensen afwijzen of over de schutting gooien, omdat 'eerst de voorliggende problematiek moet worden aangepakt'.

Naast de interventies vanuit de verschillende disciplines, is het van belang om de dagelijkse zorg goed aan te sturen en te coördineren. Daarvoor worden per team 2 of 3 teamleden opgeleid tot 'FACT bord voorzitter'.

FACT bord voorzitters zijn niet de manager of leider van het team. Zij zijn de teamleden die de FACT bord vergadering leiden. Zij leiden de vergadering, ze bedienen het FACT bord, ze coördineren de hulpverlening en ze zorgen voor aantekeningen in het elektronisch patiënt dossier. Dit model blijkt goed te werken. In ieder team zijn zo drie personen die het FACT model goed kennen en die geoefend zijn om de vergadering te leiden. Die drie personen hebben ook steun aan elkaar en er is altijd wel een van hen aanwezig, ook in de vakantietijd.

Het aantal medewerkers van een FACT team moet niet te groot worden. We moeten voorkomen dat er veel medewerkers met kleine parttime aanstellingen in het team werken. Optimaal is wanneer de meeste medewerkers een substantiële aanstelling hebben (bijv. 4 dagen per week). Wanneer er (te) veel personen met kleine dienstverbanden in het team zitten, gaat er te veel tijd in de overdracht zitten. Er is ook een grens voor het maximale aantal patiënten, waar een team voor kan zorgen. Dat ligt rond de 180 tot 220 patiënten. Teams die voor meer dan 250 patiënten moeten zorgen, kunnen dat minder goed 'op maat' invullen. Het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) heeft hier duidelijk grenzen aangegeven: het team mag niet groter zijn dan 20 personen en kent een caseload van maximaal 300 cliënten³.

³ Zie www.ccaf.nl voor de instapcriteria, die teams toelaten tot een audit.