

FACT in nieuwe vorm

GGZ-TEAMS VOOR ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN





Cliënt Ronald Verwoerd in gesprek met sociaalpsychiatrisch verpleegkundige Erna Lucas

GGZ Noord-Holland-Noord ontwikkelde destijds het concept van FACT-teams voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Onlangs schafte de organisatie haar aparte FACT-teams af. De nieuwe GGZ-teams kunnen álle patiënten zo nodig aan huis behandelen en verbinden zich met de ketenpartners in de buurt.

tekst Krista Kroon
beeld Fotostudio Wick Natziij

'MIJN ZOON IS PSYCHOTISCH. TOEN HIJ NOG GEEN GOEDE MEDICATIE HAD, SLOEG HIJ ME. Nu is hij helemaal veranderd, de behandeling heeft hem zó goed gedaan!' Nanda Sriram uit Den Helder heeft 'veel meege-maakt in haar leven'. Net als haar zoon is zij patiënt bij GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ NHN), sinds ze in 2004 voor het eerst een zware depressie kreeg. Na enkele opnames en een jaar op de bank bij haar moeder kwam ze bij het toenmalige FACT-team. 'Ik woon nu zelfstandig. Als ik rare gedachten heb, lees ik een briefje dat de psycholoog voor me heeft gemaakt en ik mag altijd bellen.' Nu de rust ook bij haar zoon is weergekeerd, is ze 'echt een beetje gelukkig'. GGZ NHN is de bakermat van de Flexible Assertive Community Treatment (FACT) voor ambulante begeleiding van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals psychosen of schizofrenie. De flexibele begeleiding aan huis, intensiever als het slechter gaat met de patiënt en minder intensief in goede tijden, heeft school gemaakt. Alle grotere ggz-instellingen hebben inmiddels FACT-

teams (zie kader). Toch heeft de organisatie zelf sinds oktober 2017 geen aparte FACT-teams meer. Onder het motto 'Specialisten Samen In de Wijk' zijn ze samengegaan met de voormalige poliklinieken. 'Vroeger hadden we naast de FACT-teams op elke locatie een centrum voor kortdurende behandeling, bijvoorbeeld van stemmings- en angststoornissen. Nu hebben we GGZ-teams die in een bepaald postcodegebied álle behandelingen doen', vertelt sociaalpsychiatrisch verpleegkundige Erna Lucas, behandelaar in GGZ-team Den Helder-Wieringen.

Ernstige aandoening

Het is een ingrijpende reorganisatie, ingegeven door de veranderde patiëntenpopulatie en het streven naar ggz dicht bij huis. Sinds mensen met lichtere problemen terecht kunnen bij de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) of de basis-ggz, hebben patiënten bij de gespecialiseerde ggz allemáál een ernstige aandoening. De GGZ-teams maken het mogelijk om

'Nu kijken we: bij wie is deze cliënt eerder geweest?'

alle vormen van behandeling te bieden aan alle cliënten vanuit hetzelfde team, zegt Ardan Miedema, directeur maatschappelijk en specialistisch. 'Zoals mensen met een zware depressie heel goed outreachende herstelgerichte zorg kunnen gebruiken, kunnen mensen met psychosen baat hebben bij een extra traumabehandeling.' GGZ NHN heeft daarbij al jaren de visie: beter worden doe je thuis. In de gebiedsgerichte werkwijze is samenwerken met huisartsen belangrijk. Miedema: 'We zeggen tegen mensen: we gaan doelgericht met u aan de slag en als we klaar zijn, is de zorg van de huisarts voldoende. Als het nodig is, kunt u altijd bij ons terecht.' Doordat één specialistisch team in een wijk alle behandelingen kan uitvoeren, ontstaat meer eenheid voor patiënten en verwijzers. 'In het verleden moest iemand soms toch van een specialistisch centrum naar het FACT-team. Nu weten wij zelf en onze ketenpartners: bij dit team moet je zijn.'

FACT-methode

Alle medewerkers en cliënten zijn verdeeld over postcodegebieden. Daarbij was het uitgangspunt dat gebieden 'groot genoeg moesten zijn om een stevig multidisciplinair team neer te zetten en klein genoeg om present te zijn in de wijk', aldus Miedema. Achttien teams bedienen elk een gebied met 32.000 tot 35.000 inwoners, goed voor ongeveer 300 patiënten. Daarnaast zijn er zes regionale teams voor ouderen en voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. De FACT-methode is gebleven. Elke ochtend bespreken GGZ-teams de patiënten die extra aandacht behoeven. Lucas: 'Dat kunnen ook mensen met een angst- of depressieve stoornis zijn.' Edwin Beld is psychiater in GGZ-team Den Helder-Anna Paulowna. Hij werkte voorheen in een FACT-team, terwijl Lucas afkomstig is van een gespecialiseerd centrum voor angst- en stemmingsstoornissen. Beiden zien voor



hun voormalige cliëntèle voordelen aan de reorganisatie. 'Mensen in de langdurige zorg kunnen nu meer behandeling krijgen, bijvoorbeeld schematherapie of traumabehandeling', zegt Beld.

Lucas merkt dat haar cliënten profiteren van de FACT-benadering, die zich richt op alle levensgebieden. 'In het team hebben wij een collega die zich richt op werk en werkherhvatting. Er zijn nu meer cliënten die aan een passende baan of vrijwilligerswerk geholpen kunnen worden.' Ze is ook blij met de casemanager in het team. 'Casemanagers zijn sterk op sociaal gebied en hebben vaak al lijntjes met partners in de wijk.'

Geen hinder

Het streven bij de omschakeling was dat cliënten er geen hinder van zouden ondervinden. Hoe ging dat bij Nanda Sriram? 'Ik heb een andere casemanager gekregen. Die helpt me net zo goed. En ik ben gelukkig wel bij dokter Beld gebleven. Het FACT-team was goed en het GGZ-team is dat ook.' Bij Ronald Verwoerd veroorzaakte de reorganisatie wel een kink in de kabel. In 2017 belandde hij bij het crisisteam vanwege een zware depressie en paniekaanvallen. 'In eerste instantie kreeg ik medicatie om weer met beide benen op de grond te komen', zegt hij. 'Daarna ging ik praten over wat er met mij gebeurde.' Bij de overgang van de crisishulp naar de behandeling liep het spaak, vertelt zijn goede vriendin Danielle Looschilder. 'Het duurde heel lang voordat hij bij Erna kwam. Daardoor kreeg hij een terugvalletje.' Door zijn echtscheiding ging Ronald recentelijk opnieuw onderuit. Zijn huisarts verwees hem weer naar GGZ NHN. Tot Daniëls opluchting kon hij deze keer binnen twee weken terecht. Hij is terug bij zijn vertrouwde behandelaar. Lucas: 'Vroeger was het bij een heraanmelding maar net wie er ruimte had. Nu we een wijkgericht team hebben, kijken we bij wie de cliënt eerder

FACT: breder dan de Nederlandse ggz

Het concept FACT (Flexible Assertive Community Treatment) is ontwikkeld in de maatschappelijke psychiatrie. Inmiddels is het ook in zwang voor allerlei andere doelgroepen: mensen met naast ernstige psychiatrische aandoeningen ook een forensische achtergrond of een verslaving, jeugdigen en ouderen met complexe problemen en mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het model heeft zijn weg gevonden naar veertien landen op drie continenten: Engeland, Ierland, Noorwegen, Denemarken, Zweden, België, Kroatië, Montenegro, Slovenië, Moldavië, Zwitserland, Canada, Hongkong en Australië.

is geweest. Het scheelt voor cliënten enorm dat ze niet hun verhaal opnieuw hoeven uit te leggen. We kunnen aan de slag gaan met wat nu speelt.'

Expertnetwerken

Voor medewerkers betekent de reorganisatie een afscheid van hun exclusieve specialisme. 'Ik behandel nu een veel bredere doelgroep, met bijna alle stoornissen', zegt Beld.

De bijscholing van de professionals verloopt via expertnetwerken. Per onderwerp, bijvoorbeeld bipolaire stoornis, heeft GGZ NHN drie *lead experts*. Zij houden de literatuur en zorgstandaarden bij en delen hun kennis tijdens studiedagen. Elk GGZ-team vaardigt per thema één lid af, dat de opgedane inzichten doorgeeft aan de collega's. 'Zo heeft iedereen de kennis en kunde om met iedere burger doelgericht aan de slag te gaan', zegt Miedema. 'In het begin vonden medewerkers het wel spannend, nu groeit het zelfvertrouwen.'

Lucas, die in het expertnetwerk autisme zit, vindt het verbreden van haar expertise geen onverdeeld genoegen.

'Het is niet altijd makkelijk en ook niet altijd leuk. Na 42 jaar in de psychiatrie heb je uitgevogeld waar je goed in bent. Nu moet je andere dingen gaan doen, maar dat kost ook energie en dan is de werkdruk best hoog.' De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige heeft het gevoel dat haar werk drukker is geworden: 'Het stroomt aardig vol. Bij het behandelcentrum waren er zorgpaden waardoor de behandeling een kop en een staart had. Nu gaat de uitstroom langzamer.'

Directeur Miedema ziet nog andere verklaringen voor een stokkende uitstroom. 'Soms kunnen patiënten niet uitstromen omdat huisartsen die te ingewikkeld vinden. Daarnaast lukt het nog niet altijd om doelgericht te behandelen. Het doel van de extra zorg die we beschikbaar maken voor nieuwe en bestaande patiëntengroepen is versnelling in de behandeling. We willen ook dingen níet meer doen, anders ga je bij beide groepen opplussen. Bij nieuwe patiënten lukt dit goed, maar het is nog lastig om elke bestaande in evaluaties opnieuw te bekijken.' Bij het maken van keuzes in het behandel aanbod moeten de expertnetwerken gaan helpen.

Bemoeizorg

Ook Beld ervaart een hogere werkdruk. Hij had in het FACT-team 200 patiënten en heeft er nu 350. 'Ik vind dat de druk te groot is geworden', zegt hij. 'Mijn werk is veel meer een kantoorgebeuren doordat mijn agenda zo vol zit met alle intakes en jaarlijkse zorgafstemmingsgesprekken. Daarnaast ben ik erg veel bezig met patiënten met angst- en stemmingsstoornissen die binnenkomen met suïcidale gedragingen.'

De psychiater is bang dat de oude FACT-patiënten die minder acute problemen hebben ondergesneeuwd raken. 'Mensen met schizofrenie die in hun eentje wonen, ervaren helemaal niet zo'n hoge lijdensdruk. Zij komen dus minder naar ons toe. Maar ze heb-

ben best veel nodig: dagbesteding, zorgen dat het thuis goed gaat, dat ze hun rekeningen betalen.’ Miedema vindt het begrijpelijk dat Beld zich zorgen maakt. ‘Het betekent dat wij *casefinding* en presentie belangrijk vinden.’ Er zijn wel verschillen tussen de teams, mede door de lokale arbeidsmarkt. In Den Helder is het tekort aan behandelaren relatief groot. ‘Maar het is een veelgehoord gevoel dat we te weinig tijd hebben om na te denken hoe we present blijven. Dat is een belangrijk signaal.’ Op termijn moeten ‘betere zichtbaarheid en verbindingen in de wijk’ een oplossing bieden. Het vinden van mensen die zich afzonderen en zorg nodig hebben – *casefinding* – wordt eenvoudiger met de hulp van andere organisaties en bewoners in de buurt, als die sneller aankloppen bij GGZ NHN. Tegelijkertijd dragen lokale voorzieningen bij aan ‘sociaal-maatschappelijk herstel’ van cliënten, waardoor hun klachten waarschijnlijk verminderen en daarmee de zorgvraag. Een interne oplossing voor de werkdruk verwacht Miedema van de keuzes in het behandelaanbod, die de doelgerichtheid moeten vergroten. De directeur benadrukt dat de organisatieverandering nog in volle gang is.

‘Zo is de organisatie nog aan het ‘puzzelen’ op de samenstelling van de GGZ-teams. ‘Misschien heeft een ruraal gebied meer nodig van de ene discipline en een stedelijk gebied meer van de andere, en moet je herverdelen.’ Met input van de afdeling onderzoek en monitoring evalueert GGZ NHN jaarlijks de ontwikkelingen om te kunnen bijsturen. ‘We zijn een lerende organisatie. Daarom hebben we ook een eigen academie opgericht om te investeren in de kennis en vaardigheden van onze medewerkers. Ook onze netwerkpartners kunnen daarvan gebruik maken.’ Beld is intussen bezig een digitaal spreekuur op te zetten, waarbij medewerkers via een beveiligde videoverbinding kunnen praten met cliënten. ‘Dat kan in de nabije toekomst veel reistijd besparen voor cliënten en bijdragen aan een efficiënte werkwijze.’

Minder solistisch

Tegenover de toegenomen drukte staat wat Lucas betreft de winst van meer samenwerking met collega’s. ‘Dat ik meer ingebed ben in een team, vind ik heel positief. Ik vind het leuk om minder solistisch te werken. Beld merkt vooral dat ketenpartners hem sinds de reorganisatie beter weten te vinden. ‘Huisartsen bellen makkelijker.

En net kreeg ik een telefoontje van de wijkagent; een cliënt die geruststelling nodig had was naar de politie gegaan.’ De psychiater schort zijn oordeel over de reorganisatie op. ‘Ik durf niet te zeggen of de zorg beter of slechter is. We deden al ons best. Ik denk dat de patiëntenzorg gelijk is gebleven.’ Uit het onderzoek dat GGZ NHN laat doen, valt volgens Miedema nog niet te concluderen of het nieuwe model andere uitkomsten oplevert. ‘We zien in ieder geval geen grote veranderingen.’

Wel lijkt de nieuwe Herstel Ondersteunende Intake te leiden tot minder behandeltrajecten. Een op de vijf mensen die zijn verwezen naar de specialistische ggz, kiest in plaats daarvan voor de Herstelwerkplaatsen van GGZ NHN. Her en der gaat ook de behandelduur wat omlaag, zegt Miedema. ‘Bij teams waar goede samenwerking ontstaat in de wijk, zien we dat het aantal verwijzingen iets terugloopt en dat de huisarts vaker kiest voor een consult met onze psychiater. De uitstroom gaat daar ook sneller.’ GGZ NHN wil het model van de GGZ-teams valideren. ‘Bij FACT gebeurde dat pas toen het model al jaren bestond. Daarvan hebben we geleerd en nu doen we het vanaf het begin.’ Bij alle teams is een nulmeting gedaan. Voor de tweede meting zal de organisatie samenwerken met het CCAF, de certificeringsorganisatie voor FACT. ‘We zetten FACT absoluut niet overboord’, zegt Miedema. ‘De FACT-schaal is opgenomen in het model. We hebben net gehoord dat we volgend jaar het landelijke FACT-congres mogen organiseren.’



Psychiater Edwin Beld werkte voorheen in een FACT-team, Erna Lucas in een gespecialiseerd centrum voor angst- en stemmingsstoornissen.

