

Belgische FACT-teams: op zoek naar borging van goede zorg

P.A.E.G. DELESPAUL



Martens e.a. (2018) beschrijven in dit nummer van het Tijdschrift de ontwikkeling van ambulante integrale zorg voor patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA; Delespaul e.a. 2013) in België. Mobiele 2b-teams – de naam die in België gebruikt wordt – zijn ambulante teams in de thuissituatie voor patiënten met een chronische psychiatrische problematiek (2a-teams zijn teams voor acute zorg of crisisteam).

België is Nederland niet. In tegenstelling tot Nederland, waar teams voor *flexible assertive community treatment* (FACT-teams) bottom-up gegroeid zijn en later door zorgverzekeraars en ministerie werden ondersteund en gestimuleerd, bestaat er in België een wetgevend kader (Artikel 107) voor de ambulante EPA-zorg. De overheid heeft FACT niet opgelegd als model voor de 2b-teams, maar veel lokale teams hebben zich laten inspireren door de Nederlandse FACT-beweging. Het ministerie stuurt op de grootte van het adherente gebied en op het personeelskader. Waar Nederlandse FACT-teams gepland worden in regio's van 50.000 inwoners, is in België de referentieregio meer dan dubbel zo groot. De teams zelf zijn overigens ook groter dan in Nederland: 11 tot 21 teamleden volgens deze studie.

Het artikel bevat informatie die ook voor een Nederlandse lezer interessant is. Ik wil inzoomen op 2 punten: teamsamenstelling en inhoudelijke zorg.

Teamsamenstelling

FACT is in principe een multidisciplinaire zorgorganisatie en de teamsamenstelling werd in Nederland vooral gestuurd vanuit de accreditatierichtlijnen van het CCAF uit 2010 (Bähler e.a. 2010). Deze criteria hebben bijgedragen tot de disseminatie van FACT in Nederland omdat ze een opgave van noodzakelijke personeelsleden bevatte, die managers een duidelijk to-dolijstje gaf voor de ontwikkeling van FACT-teams. In België was er wel duidelijkheid over de personele ruimte (in fte's), maar minder over de inhoudelijke invulling. En dat betekent dat er in de keuzes van specifieke teams meer ruimte was voor de zorgbehoeften van de caseload. Je ziet dan ook een aantal professionals in de teams verschijnen, die we in Nederlandse FACT-teams zelden zien: ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, huisartsen en pedagogen. Deze teamsamenstelling

biedt hiermee antwoorden op noden bij verstandelijke beperking, somatische comorbiditeit, problemen bij het huishouden of schuldsanering.

Het is verder interessant dat twee derde van de Belgische FACT-teams meer dan 2 psychologen in dienst heeft. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor de implementatie van *evidence-based* psychosociale zorg zoals traumabehandeling, vroege interventie bij psychose, cognitieve therapie bij hallucinaties of slaaphygiëne-interventies bij wantrouwen. In Nederland wordt zulke teamsamenstelling als financieel onhaalbaar beschouwd, zo blijkt uit de commentaren die het CCAF uit het veld kreeg toen ze deze norm in de nieuwe FACTS opgenomen had. In België is het de praktijk.

De behoefte aan een rijker en beter aansluitend palet professionals voor herstelgerichte en *evidence-based* zorg kwam ook uit de evaluatie van de FACT-teams in Nederland. Nieuwe normen werden in de FACTS-accrediteringslijst uit 2017 (Bähler e.a. 2017) opgenomen. De standaard 'opgelegde' personeelsopbouw is nu minder stringent en toetst de mate waarin de teamsamenstelling aansluit bij de aanwezige zorgbehoeften in de caseload. De oude lijst van 2010 was een aanvinklijst geworden en de relatie met goede praktijken (validiteit) stond onder druk. Op dit ogenblik en getoetst aan de accreditatielijst van 2010, halen Belgische FACT-teams slechts een gemiddelde score (Martens e.a. 2018). Mijn verwachting is dat de Belgische teams bij een toetsing van de modelgetrouwheid aan de hand van de nieuwe CCAF-criteria, beter uit de verf zullen komen.

Inhoud van de zorg

Martens e.a. gaan verder in op een belangrijk inhoudelijk zorgaspect. Als FACT tot doel heeft integrale zorg te verstrekken, dan moet ook goede zorg geleverd worden voor het metabool syndroom waardoor (even kort door de bocht gesteld) patiënten met EPA tot 25 jaar vroeger overlijden. Welke zorginhoud wordt er gegeven en sluit dat aan bij gericht beleid om mensen met EPA een betere levensverwachting te geven? De discrepantie tussen de actuele realiteit en de gewenste zorgsituatie is groot. Er lijkt nog veel werk te doen.

Een replicatie in Nederland zal waarschijnlijk hetzelfde beeld geven. Ook hier zijn de somatische en psychiatrische zorg sterk verzuimd en worden somatische risico's onderbehandeld.

De vraag is echter of het aangewezen is om deze somatische zorg door het FACT-team aan te bieden. Het oorspronkelijk uitgangspunt van FACT-zorg is dat het team zijn eigen resources moet inzetten om de integrale (dus ook somatische) zorg zelf te leveren. De reden was dat een coördinerende of bemiddelende taak (zoals bij casemanagement) te vrijblijvend was en onvoldoende garanties bood dat de noodzakelijke zorg ook daadwerkelijk geleverd werd. Dus was de keuze om niet uit te besteden, maar het zelf te doen. Maar misschien hoort dat bij het oude denken en wordt hierdoor in de praktijk kwalitatief minder goede zorg geleverd. Niet elk specialisme kan aanwezig zijn aan de FACT-tafel.

Besluit

In het nieuwe denken is de zorg netwerkgericht. En FACT-teams leveren dagelijks samen met netwerkpartners optimale zorg (niet meer in de verzuiling). De nieuwe FACTS-richtlijnen stimuleren deze ontwikkeling. Een psychiater is ook arts, maar een goede samenwerking met huisartsen is waarschijnlijk een betere strategie om de levensverwachting van mensen met EPA te verbeteren. Voorwaarde is dat FACT-teams ervan doordrongen zijn dat de complexe zorgbehoeften in deze doelgroep geïntegreerde zorg vragen. Dit vraagt om netwerken rond de cliënt en betrokkenen het activeren van professionele en niet-professionele hulpbronnen in de wijk. De Belgische en Nederlandse uitdagingen voor optimale zorg voor de patiënt met EPA zijn vergelijkbaar.

LITERATUUR

- Bähler M, van Veldhuizen R, van Vugt MD, Delespaul PAEG, Kroon H, Lardinois J, e.a. Fidelity scale FACT. Utrecht: Centrum voor Certificering ACT en FACT (CCAF); 2010.
- Bähler M, Delespaul PAEG, Kroon H, van Vugt M, Westen K. Fact-schaal 2017. Utrecht: CCAF; 2017.
- Delespaul PAEG, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 427-38.
- Martens N, Destoop M, Goossens B, Dom G. Verpleegkundige somatische en farmacologische zorg binnen Vlaamse 2b-teams: een cross-sectioneel verkennend onderzoek. Tijdschr Psychiatr 2018; 60: 374-85.

AUTEUR

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Zorginnovatie in de ggz, Maastricht UMC, en Mondriaan Maastricht.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Philippe Delespaul, Universiteit Maastricht, afd. School for Mental Health & Neurosciences, Postbus 616 (VIJ, kamer SN 2.069), 6200 MD Maastricht. E-mail: ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-3-2018.

TITLE IN ENGLISH

Belgian FACT teams: looking for assurance of good care