

Heeft het FACT-model toekomst?

K.H. Westen, P. Peeters, Ph. Delespaul, H. Kroon

- Achtergrond** Flexible assertive community treatment teams (FACT-teams) zijn in Nederland wijd verspreid. Ondanks de aanwezigheid van een modelbeschrijving en modelgetrouwheidsschaal is het onduidelijk hoe en waarom deze de afgelopen jaren zijn ontwikkeld en met welk gevolg.
- Doel** De belangrijkste onderzoeksvraag die in het beschreven proefschrift wordt onderzocht, gaat over het beter begrijpen van de ontwikkeling van FACT in het verleden en heden, rekening houdend met modelgetrouwheid en kwaliteitsverbetering.
- Methode** Een reflectie vanuit verschillende perspectieven op kwaliteitsverbetering in FACT-teams als onderdeel van zorgnetwerken voor mensen met een zorgindicatie ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) met meerdere onderzoeksmethoden.
- Resultaten** Onderzoek toont aan dat er behoefte is aan een alomvattende, domeinoverstijgende benadering van de zorg voor mensen met een zorgindicatie EPA, waarbij FACT-teams een cruciale rol spelen binnen geïntegreerde netwerken om herstel, samenwerking en continue kwaliteitsverbetering te bevorderen.
- Conclusie** Het huidige FACT-model is op dit moment niet toekomstbestendig en vraagt herziening. FACT-teams doen er goed aan zich op het FACT-model te baseren en zich lokaal aan te passen aan de context en casemix met gebruik van de nieuw gecreëerde modelgetrouwheidsschaal. Onze bevindingen ondersteunen de noodzaak van doorlopend onderzoek naar en aanpassingen aan het model. Zo kunnen we ervoor zorgen dat het FACT-model daadwerkelijk blijft voldoen aan de veranderende context en behoeften van mensen met een zorgindicatie EPA binnen geïntegreerde zorgnetwerken.

Flexible assertive community treatment (FACT) is een in Nederland wijdverspreid model voor ambulante behandeling van mensen met een (zorg)indicatie ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Het heeft als doel om herstel, participatie en inclusie te bevorderen.¹ Het model bouwt voort op *assertive community treatment* (ACT), zoals dat vanaf eind jaren zestig van de vorige eeuw in de VS werd ontwikkeld. Bij FACT heeft men aan ACT de structurele mogelijkheid van het op- en afschalen van de intensiteit van zorg (de flexibiliteit) binnen het team toegevoegd. FACT-teams ondersteunen cliënten in tijden van crisis en zorgen voor behandeling en herstelondersteunende continuïteit van zorg die uitval voorkomt.²

In zijn proefschrift onderzocht de eerste auteur van dit artikel de opkomst van FACT in een steeds veranderende context als gevolg van economische, politieke, culturele, maatschappelijke en conceptuele veranderingen (vaak inclusief nieuwe wetenschappelijke inzichten) en de impact van die veranderingen op het proces van kwaliteitsverbetering.³

Eerdere onderzoeken naar het effect van FACT lieten wisselende resultaten zien in vergelijking met standaardzorg of ACT.⁴⁻⁵ Het onderzoek naar FACT heeft

aangetoond dat het aantal (langdurige) opnames voor volwassen cliënten in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken vermindert, maar het laat geen verbetering zien op het gebied van herstel.⁵⁻⁸ Onderzoek toont aan dat de tevredenheid hoog is onder cliënten die FACT-zorg ontvangen en professionals die deze zorg verlenen, wat kan samenhangen met de verwachte effecten op burgerschap en het dichten van hiaten in het gefragmenteerde zorgsysteem.⁹⁻¹² FACT werd de facto de standaard voor regionale zorg voor mensen met een zorgindicatie EPA in Nederland en krijgt steeds meer internationale erkenning.^{13,14} Deze resultaten wijzen erop dat het zinvol is om door te gaan met het FACT-model. In de praktijk blijken FACT-teams het FACT-model in vele variaties uit te voeren om aan lokale behoeften te voldoen of om andere redenen. Concurrerende praktijken dagen de huidige FACT-praktijk uit. Daarom is het waardevol om te onderzoeken wat essentieel is voor het FACT-model en hoe het model en de modelgetrouwheidsschaal uit 2008 de herstelondersteunende missie bevorderen of belemmeren.¹⁵ Met de uitkomsten kunnen we beoordelen of het FACT-model de meest geschikte aanpak is om in een zorgnetwerk een duurzame en toekomstbestendige bijdrage te leveren voor mensen met een zorgindicatie EPA.

METHODEN

Het onderzoek is ontsproten uit het ontwikkelproces van de meest recente modelgetrouwheidsschaal voor FACT-teams. Dit omvangrijke en jarenlange proces in gezamenlijkheid met vele betrokkenen, meerdere pilots en vele feedbacksessies leverde uiteindelijk de FACTs 2017, en later de FACTs 2017-R, op.^{16,17} Het leidde ook tot vele inzichten die de moeite waard waren om te beschouwen. Vanuit deze inzichten hebben er meerdere onderzoeken plaatsgevonden:

- naar het verschil tussen ACT en FACT (observationeel vergelijkend),
- naar de mate van ervaren optimisme in FACT (cross-sectioneel),
- naar de dagelijkse werkzaamheden van FACT-professionals (*experience sampling method*)
- en naar de impact van de maatschappelijke, politieke, financiële, culturele en organisatorische ontwikkelingen in Nederland en Scandinavië op de FACT-schaal en het FACT-model (verkennend onderzoek).

Het gelijktijdig beschouwen van de (inter)nationale beweging naar ‘community mental health’, waaronder de reflectie op onze observaties in Oost-Lille, en de rol van het FACT-model en FACT-modelgetrouwheid in die beweging heeft mede geleid tot de gepresenteerde resultaten.

RESULTATEN: FACT IN HET VERLEDEN EN HET HEDEN

FACT lijkt op vele manieren op ACT en ‘dialecten’ van beide modellen bestaan in de praktijk, vaak in de grote steden, naast elkaar. In een observationele studie vergeleken we ACT en FACT in Nederland en de Verenigde Staten met elkaar en gaan we hier nader op in.¹⁸ Managers en klinici proberen weloverwogen keuzes te maken tussen de twee opties binnen hun specifieke context om de kwaliteit van de zorg voor alle mensen met een zorgindicatie EPA te verbeteren. Beleidsmakers en andere belanghebbenden kunnen in gedachten houden dat men bij FACT streeft naar het nemen van een verantwoordelijke en proactieve rol in het netwerk voor alle mensen met een zorgindicatie EPA (terwijl men bij ACT zich richt op een subgroep). Het doel van zowel ACT als FACT is helder beschreven in modelbeschrijvingen en komt overeen. Wat FACT- (en ACT-)professionals gedurende hun werkdag doen om deze doelen te bereiken was echter nog onduidelijk.

Hiertoe hebben we een *experience sampling method* (ESM)-studie uitgevoerd om de dagelijkse activiteiten van FACT-medewerkers op weekdagen te onderzoeken, in relatie tot de beoogde activiteiten uit het FACT-model.¹⁹ In het proefschrift beschrijven we dat medewerkers in totaal ongeveer 30% van hun tijd besteden aan cliënten (2% aan naasten), 30% aan zorggerelateerde vergaderingen (4% met netwerkpartners),

20% aan administratie en 20% aan reistijd en persoonlijke activiteiten (30-30-20-20). De werkelijke tijd die FACT-medewerkers met cliënten doorbrengen, is minder dan werd aangenomen of verwacht en het contact met naasten en netwerkpartners blijft ver achter bij de gewenste cijfers die nodig zijn voor moderne netwerkgerichte zorg. Gezien de resultaten uit deze studie blijkt het ondersteunen van herstel een uitdaging te zijn. Dit roept de vraag op in hoeverre professionals optimistisch zijn over het bereiken van herstel, gezien de uitdagingen die zij in de dagelijkse praktijk ervaren.

Optimisme over herstel van cliënten speelt een rol in de motivatie van professionals. We besloten dit verder te onderzoeken aan de hand van een crosssectioneel, niet-experimenteel ontwerp op basis van vragenlijsten over optimisme over herstel.²⁰ We vonden hierbij geen verband tussen de mate van optimisme en de zorgsetting (FACT en high en intensive care (HIC-)units) of de twee betrokken landen (de VS en Nederland). In overeenstemming met eerdere bevindingen bleek de duur van het dienstverband negatief geassocieerd te zijn met het optimisme van de professional. Ook voor hogere opleidingsniveaus werd een negatieve associatie gevonden. Leeftijd bleek positief geassocieerd te zijn met het optimisme van de professional, zodat oudere professionals optimistischer waren over het herstel van de cliënt. Dit effect bleek sterker dan de duur van het dienstverband, waardoor een oudere professional met weinig dienstjaren optimistischer zou kunnen worden genoemd.

We moeten dit onderzoek een vervolg geven om de implicaties van hoop en optimisme op de implementatie van FACT of de uitkomst ervan te begrijpen. Een herziene vragenlijst, gebaseerd op dit onderzoek, kan worden gebruikt om afzonderlijk zowel hoop als optimisme in FACT-teams te meten en de onderlinge samenhang te leren begrijpen.

Heeft het FACT-model toekomst?

Om kwaliteit van ambulante zorg voor mensen met een zorgindicatie EPA in de toekomst te blijven bieden, hebben we in 2017 een nieuwe modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld, gevoed door alle bronnen en ontwikkelingen.²⁰ In een snel veranderende en gesegmenteerde context omvat optimale zorg voor mensen met een zorgindicatie EPA een breed scala aan diensten uit verschillende domeinen. Dit overstijgt de expertise die binnen het FACT-team aanwezig is en vraagt om verregaande samenwerking tussen verschillende regionale zorgpartners.

De originele FACT-getrouwheidsschaal uit 2008, die alleen gebaseerd was op items op een likertschaal, bleek te weinig flexibel en adaptief om nog bruikbaar te zijn door de teams. Het oorspronkelijke FACT-model was gericht op efficiëntie, een weerspiegeling van de bredere trend in de geestelijke gezondheidszorg naar gestroomlijnde procedures en evaluatiemethoden. Nieuwe (concurrerende, soms optimale) zorgpraktijken

ontwikkelden zich. Een nieuwe getrouwheidsschaal was nodig om de kwaliteit van zorgpraktijken verder te ontwikkelen en modelgetrouwheid in een nieuwe netwerkcontext te kunnen meten met meer aandacht voor herstel en het daadwerkelijk (kunnen) toepassen van *evidence-based practices*, herstelondersteunende zorg en het formele en informele netwerk.

Het ontwikkelproces leidde tot een getrouwheidsschaal waarbij kwantitatieve items op teamstructuur (met een likertschaal) voor 16 items in deel A werden gecombineerd met kwalitatieve beschrijvingen van 8 uitkomsten in deel B. Scandinavische onderzoekers en professionals die zich bezighouden met vergelijkbare problemen om herstel en geïntegreerde zorg te verbeteren, waren geïnteresseerd in de nieuw ontwikkelde FACT-schaal. Samen met de auteurs en belanghebbenden hebben we de FACTs 2017 getest en geactualiseerd om aan de Deense en Zweedse eisen te voldoen. Dit resulteerde in vertaalde schalen met subtiele, cultureel geïnduceerde, veranderingen.²¹ Het toevoegen van een ergotherapeut als sleuteldiscipline valt op en vormt een uitdaging voor de oorspronkelijke (Nederlandse) mix van disciplines. Inspiratie voor een geïntegreerd zorgsysteem voor mensen met een zorgindicatie EPA haalden we in 2020 ook uit sector 21 in het oostelijke deel van Lille.²² Sinds de jaren 60 werkt men in Oost-Lille met een relatief modern ggz-systeem, gelijkend op het Nederlandse, met waarden en normen die wij ook in Nederland willen doorvoeren. De basis van de werkmethode in Oost-Lille is een charter van gedeelde waarden, stevig gefundeerd op de mensenrechten, dat is ontwikkeld met cliënten, naasten en interne en externe professionals en door elke professional wordt ondertekend. Bij twijfel, discussie of de introductie van nieuwe werkwijzen worden deze als eerste getoetst aan deze waarden. Deze hoogwaardige ggz ontwikkelt zich in dialoog, waarbij werkwijzen, zorgmodellen en interventies organisch aan elkaar worden gekoppeld tot een netwerk. Door reflectie, moreel beraad en waarderende audits wordt de zorg steeds beter gemaakt. Deze procedures staan garant voor een modern proces van kwaliteitsverbetering en hebben hun weg gevonden in de FACTs 2017-R en het auditproces.

DISCUSSIE

FACT-teams leveren in Nederland ambulante behandeling aan mensen met een (zorg)indicatie EPA.¹ Zij worden geacht te werken conform de modelbeschrijving FACT.²³ Maatschappelijke, politieke, financiële, culturele en organisatorische ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat ambulante ggz-teams adaptief zijn omgegaan met het FACT-model om cliënten en hun naasten te kunnen ondersteunen in hun herstelproces op alle domeinen. FACT-teams konden dat niet meer alleen en geïsoleerd doen, zoals voorheen werd nagestreefd en uitgedragen. Teams hebben zich moeten aanpassen aan de lokale context, de lokale noden, de ontstane casemix van

hun team en het lokale (zorg)netwerk. De transitie van het sociaal domein en de transformatie van de ggz in 2015 hebben dit proces versneld. Lokale adaptaties in Nederland stelden het FACT-model ter discussie en ontwikkelden soms varianten met nieuwe namen. De nieuw ontwikkelde FACT-modelgetrouwheidsschaal volgde de adaptieve en flexibele houding van ambulante ggz-teams om lokaal de best passende en best mogelijke behandeling te kunnen blijven bieden en evalueren. Het FACT-model uit 2004, het meest recent beschreven in het FACT-handboek uit 2015, sluit niet meer aan bij de huidige wijze van evalueren met de nieuwste modelgetrouwheidsschaal.^{17,23}

Van oorsprong zijn ACT-teams ontwikkeld om de klinische 24/7-zorg naar de thuissituatie van de cliënt te brengen om hospitalisatie, opnames en dwang en drang te voorkomen.²⁴ Net als in het ACT-model werkt een FACT-team in de lokale gemeenschap om cliënten met een (zorg)indicatie EPA te ondersteunen bij het hervinden van inclusie en participatie in de samenleving.^{23,25} Ons onderzoek heeft inzichtelijk gemaakt dat FACT-teams zich het beste kunnen verhouden tot hun lokale context wanneer zij verantwoordelijkheid nemen voor mensen met een zorgindicatie EPA in een duidelijk beschreven werkgebied.

Het is daadwerkelijk mogelijk om beter geïntegreerde zorg te bieden, door FACT-teams in staat te stellen samen te netwerken met partners uit de gemeenschap (bijvoorbeeld door financiële en/of personele middelen te delen). Daarvoor is het nodig dat zij zich organiseren als generiek FACT-team, bestaande uit verschillende disciplines vanuit verschillende organisaties en goed geïntegreerd in het lokale zorgnetwerk. Door het werkgebied beperkt te houden tot 30-50.000 inwoners is het mogelijk om FACT aan te bieden aan alle inwoners met een zorgindicatie EPA, in afstemming met het netwerk en herstelondersteuning op alle domeinen.

Ondanks de consensus die er lijkt te zijn over het belang van wijk- en netwerkgericht werken, wijzen de resultaten uit onze studie erop dat het werken in een netwerk met naasten en andere formele en informele steunbronnen nog geen gemeengoed is. Met een sterkere focus op het honoreren van de mensenrechten (*advocacy*) en het verantwoordelijkheid nemen in een netwerk, maakt de FACTs 2017-R het evalueren van FACT-teams al meer vloeibaar (zoals we de samenwerking in Oost-Lille hebben geduid).

Een zorgmodel is afhankelijk van het functioneren van andere zorgmodellen (zoals *intensive home treatment*; IHT en HIC) en andere teams in het netwerk. Een modelgetrouwheidsschaal kan vanuit het perspectief van één zorgmodel geen netwerk evalueren. Het blijft een uitdaging voor de toekomst om op basis van reeds beschreven uitgangspunten, zoals onderliggende waarden en best en good practises van geïntegreerde zorg, dit wel te gaan doen.^{26,27}

Ons recente bezoek aan het ziekenhuis in Oslo heeft ons inzichten gegeven in een mogelijke implementatieme-

thode waarin men domeinoverstijgend indicatoren kan kiezen en het beoogde eindresultaat als uit te voeren actie neemt.²⁸ Tijdens de uitvoering van de actie kan men dan aanpassingen doen om de (netwerk)indicatoren te behalen. Zo kunnen we de kwaliteitsontwikkeling van FACT-teams, vanwege het inherent ambulante en verantwoordelijke karakter in een netwerk, niet los zien van de kwaliteitsontwikkeling van (toekomstige) ecosystemen van mentale gezondheid.

Beperkingen

In dit proefschrift hebben we ervoor gekozen om de ontwikkeling van het FACT-model en de modelgetrouwheid op de voet te volgen, aangezien er vanaf 2015 grote transities hebben plaatsgevonden in de Nederlandse gezondheidszorg. We gebruikten verschillende onderzoeksontwerpen en methoden om na te denken over het verleden, het heden en de toekomst van FACT. Het ontwerp is als pragmatisch te omschrijven, omdat we hebben gereflecteerd op wat er gebeurde en hebben gehandeld op vragen die tijdens het proces naar voren kwamen.

Het pragmatische en persoonlijke karakter van het promotieonderzoek vroeg om vele momenten van reflectie met (ex-)cliënten, naasten, professionals, onderzoekers, studenten, betrokkenen en vele anderen. Het is niet uit te sluiten dat ons perspectief invloed heeft gehad op de resultaten. De resultaten zijn nuttig op het internationale gebied van kwaliteitsverbetering in FACT, maar zullen moeilijk te repliceren zijn vanwege het naturalistische en pragmatische karakter ervan.

Op weg naar een nieuw FACT-model

De vraag of het FACT-model de meest geschikte aanpak is om in een zorgnetwerk een duurzame en toekomstbestendige bijdrage te leveren voor mensen met een zorgindicatie EPA dient op dit moment ontkennend beantwoord te worden. Het huidige FACT-model is op dit moment niet toekomstbestendig en vraagt herziening. Het FACT-model uit de periode 2004-2015 was te statisch

en normatief beschreven. De auteurs van de herziening van het FACT-handboek kunnen de uitkomsten van het proefschrift als leidraad gebruiken om de algemene uitgangspunten scherper te beschrijven, zonder overdadig normerend of gedetailleerd te zijn. FACT-teams doen er goed aan zich op het FACT-model te baseren en zich lokaal aan te passen aan de context en casemix met behulp van de nieuw gecreëerde modelgetrouwheidsschaal. De gedurende dit promotieonderzoek ontwikkelde, nieuwe FACT-modelgetrouwheidsschaal is toekomstbestendig, nu het FACT-model zelf nog.

Onze bevindingen onderstrepen de noodzaak van doorlopend onderzoek naar en aanpassingen aan het model om ervoor te zorgen dat het FACT-model daadwerkelijk blijft voldoen aan de veranderende context en behoeften van mensen met een zorgindicatie EPA binnen geïntegreerde zorgnetwerken. Het werken in een FACT-team met lokale aanpassingen in een ecosysteem van mentale gezondheid vraagt om andere onderzoeks- en implementatiemethoden. Een actiegerichte methode lijkt meer passend als implementatie- en onderzoeksmethode.²⁸ Een gecontroleerde, gerandomiseerde studie lijkt niet langer geschikt om onderzoek te doen naar het uitgekristalliseerde FACT-model.

Er is meer onderzoek nodig om inzicht te krijgen in het voortdurende evaluatieproces van zich continu integreerende zorg in een bepaald verzorgingsgebied en de rol van zorgmodellen (zoals FACT) daarin.²⁹ Dit kan leiden tot de ontwikkeling van en het onderzoek naar 'modelgetrouwheidsschalen' die collaboratieve en gerichte processen van (geïntegreerde) zorg evalueren. Daarbinnen dienen adaptieve FACT-teams een verantwoordelijke rol in te nemen en zich te verhouden tot zowel het FACT-model als de lokale context met behulp van de meest recente FACT-modelgetrouwheidsschaal.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Koen Westen, docent-onderzoeker, Avans Hogeschool; senior onderzoeker onderzoekslijn Herstelondersteunende netwerkzorg in de ggz, Reinier van Arkel, Den Bosch; vicevoorzitter CCAF.

Pim Peeters, psycholoog; docent, Fontys Hogeschool.

Philippe Delespaul, klinisch psycholoog, hoogleraar Innovatie in de ggz, School for Mental Health and Neuroscience (MEHNS), Maastricht University, bestuurslid CCAF.

Hans Kroon, psycholoog, hoofd Programma Zorg & Participatie, Trimbos-instituut, hoogleraar Community mental health care & recovery, Tilburg University, bestuurslid CCAF.

Correspondentie

Dr. K.H. Westen (kh.westen@avans.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-8-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(10):608-611