

# **DE TOEKOMST VAN F-ACT**

Flexible ACT in het kader van 'Over de Brug' -- Plan van Aanpak EPA

Philippe Delespaul en Niels Mulder  
Namens het bestuur van F-ACT NL

Mei 2016

## Samenvatting

Dit document schetst de gewenste ontwikkelingen van het F-ACT model voor de volgende jaren. Flexible ACT heeft anno 2015 grote betekenis als organisatiemodel voor de behandeling, zorg en herstel van mensen met Ernstige Psych(iatr)ische Aandoeningen (EPA) over alle leeftijdsfasen. Het F-ACT model ontwikkelt zich verder met als doel te komen tot een derde meer herstel zoals geformuleerd in het rapport 'Over de Brug' onder redactie van Phrenos. Op termijn hopen we niet meer te spreken over EPA. Maar voorlopig blijft het noodzakelijk de EPA doelgroep als uitgangspunt te nemen en ons in te zetten voor efficiënte en verantwoorde zorg voor diegenen die anders gemakkelijk vergeten worden. EPA is echter geen nieuw label en mag zeker geen nieuw stigma worden.

De gewenste ontwikkelingen in Flexible ACT voor de volgende jaren zijn:

1. betere (modelgetrouwe) implementatie van de componenten van F-ACT, waardoor meer cliënten de interventies krijgen die nodig zijn en de effecten van de F-ACT zorg verbeteren;
2. de implementatie van het F-ACT model wordt 'volwassen' en vereist verdere inhoudelijke doorontwikkeling, o.a. gericht op beter gebruik van technologie (app's en domotica) en de inzet van de omgeving (o.a. samenwerking met de sociale wijkteams van de gemeente en de familie en betrokkenen);
3. F-ACT teams hebben voldoende capaciteit en zijn toegankelijk voor alle mensen met EPA. In het bijzonder zal aandacht besteed worden aan transitie zorg voor kinderen en jongeren die bijzondere aandacht vragen in het kader van de preventieve ambitie van "Over de Brug". F-ACT zal verder zorg bieden aan andere doelgroepen die tijdelijk de (outreaching) resources van F-ACT nodig hebben;
4. F-ACT biedt zowel crisismanagement als up-to-date en evidence-based behandelingen, rehabilitatie en herstel gericht op autonomie en weerbaarheid. In al deze processen is F-ACT aanwezig daar waar de cliënt wil slagen;
5. F-ACT gaat uit van een presente houding, is aanwezig en richt zich integraal op wat speelt en/of relevant is voor de patiënt<sup>1</sup> en betrokkenen;
6. F-ACT maakt gebruik van niet-professionele zorg voor een beter herstel van cliënten, o.a. door Resource of Ruggensteun Groepen;
7. F-ACT teams werken op cliëntniveau optimaal samen/maken gebruik van diensten van andere partners in de samenleving zoals sociale wijkteams, UWV, werkgevers of woningbouwverenigingen (inzet maatschappelijke partners waar kan). Wanneer F-ACT samenwerkt, blijft het team verantwoordelijk voor de goede uitvoering van de zorg.

Deze toekomstvisie wordt breed door F-ACT Nederland verspreid. Het Bestuur van F-ACT Nederland wil een forum creëren zodat deze visie een (groei)document wordt en ontwikkelt van een intern document tot de visie van het hele veld. Het document zal jaarlijks worden geëvalueerd (eerst het voorjaar 2017) en om de twee jaar bijgesteld (startend voorjaar 2018). Bij deze evaluaties zullen cliëntenpanels worden ingezet (zie RET-rapport).

---

<sup>1</sup> In dit visiedocument wordt afwisselend over 'patiënt' en 'cliënt' zonder enige bijbedoeling om te benaderen dat het steeds om zorgbehoeftige medeburgers gaat.

Wanneer we in Nederland slagen om de gewenste ontwikkelingen uit dit visiedocument te realiseren, dan verbeteren we de kwaliteit van zorg en behandeling voor mensen met EPA en dragen we bij tot 1/3 meer herstel.

## Inleiding

In de nota 'Over de Brug' ('Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij mensen met ernstige psychische aandoeningen' – PvA EPA)<sup>2</sup> wordt de ambitie uitgesproken om over de volgende jaren het aantal mensen die onder de doelgroep EPA vallen, met 1/3 te verminderen. EPA wordt gedefinieerd conform het consensusdocument EPA<sup>3</sup>. In het Bestuurlijk Akkoord formuleerden de partners een hieraan gelieerde doelstelling, namelijk de afbouw van 1/3 van de bedden. Zonder afbreuk te doen aan de doelstelling van het Bestuurlijk Akkoord, hebben de auteurs van 'Over de Brug' er in hun stuk niet voor gekozen het aanbod (aantal bedden) te verminderen, maar de ambitie te formuleren om tot een verminderde vraag (en dus van zorgbehoeften bij individuele mensen) te komen. De focus op een verminderd aanbod kan namelijk gemakkelijk leiden tot verwaarlozing. Expliciet opteren voor de vermindering van de noodzaak aan zorg, haalt deze ambivalentie uit de doelstelling. Hiervoor zal naar verwachting (aanvankelijk) intensievere hulpverlening noodzakelijk zijn. En dus leidt verminderde vraag niet noodzakelijkerwijze tot besparingen.

De ultieme ambitie is dat we op termijn niet meer hoeven te spreken over EPA. Maar dit kan pas, wanneer de maatschappij zo inclusief is geworden dat geen specifieke doelgroepen meer moeten omschreven worden, om te voorkomen dat mensen met reële en ernstige zorgbehoeften tussen wal en schip zouden vallen. Voorlopig is dat een brug te ver. En dus blijft het noodzakelijk de EPA doelgroep te omschrijven en ons in te zetten voor optimale zorg voor diegenen die anders gemakkelijk vergeten worden. We willen hiermee geen nieuwe labels en een nieuw stigma creëren en excuseren ons als dit wel zou gebeuren.

F-ACT<sup>4</sup> (van Veldhuizen e.a., 2015; Van Veldhuizen, 2016) heeft zich anno 2015 ontwikkeld tot het belangrijkste ambulante zorgorganisatiemodel voor mensen met een EPA aantekening. Ook VIP teams, kind- en jeugdteams, ouderenteams, ambulante teams in de zorg voor verstandelijk beperkten volgen nu vaak de F-ACT principes. F-ACT betekent flexible ACT: flexibele optimale zorg, aansluitend bij de zorgbehoeften van individuen (met EPA) en dynamisch veranderend over de tijd. F-ACT richt zich op de drie domeinen van herstel en streeft dus naar:

- optimale curatieve behandeling gericht op symptoomreductie;
- bevorderen van (autonome) participatie op het gebied van wonen, werken en vrije tijd en bevordering van bevredigende sociale contacten;

<sup>2</sup> Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Delespaul, P. A. E. G., van der Gaag, M., van der Giezen, I., van Gool, R., . . . Veneman, M. (2014). *Over de Brug*. Utrecht:

<sup>3</sup> Delespaul, P. A. E. G. en Consensusgroep EPA (de Haan, F.; van der Gaag, M.; Keet, R.; Kroon, H.; Mulder, N.; van Os, J.; Slooff, C.J.; Sytma, S.; van Weeghel, J.; Wiersma, D.), (2013). "Consensus over de definitie van mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(6): 427-438.

<sup>4</sup> van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Eds.). (2015). *Handboek (Flexible) ACT -- Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen* (2de, geheel herziene druk ed.). Utrecht: de Tijdstroom. En van Veldhuizen, R. (2016) *Zakboek FACT*, de Tijdstroom.

- realisatie van persoonlijk herstel, de mogelijkheid van het individu om de eigen doelen in het leven te realiseren.

Deze doelen integreren de verworvenheden van de herstelbeweging, de ontwikkelingen binnen het maatschappelijke kader en de kennis uit de evidence-based literatuur. Het sluit aan bij de nieuwe definitie voor een positieve gezondheid zoals deze, ook voor de somatische gezondheidszorg zijn geformuleerd door Huber in 2014.

Over de jaren zijn er met Flexible ACT veel successen geboekt. In Nederland zijn door de ontwikkeling van F-ACT op veel plaatsen pareltjes van innovatieve zorg ontstaan. Maar eilanden van optimale zorg zijn onvoldoende en vaak wordt F-ACT in de praktijk niet optimaal gerealiseerd. Dus moet de lat voor Nederland hoger. Topvoorbeelden in de sector moeten de norm worden voor de toekomst. We zijn van mening dat de ambitie om op een periode van 10 jaar het aantal mensen met EPA met 1/3 te verminderen -- omdat meer mensen hersteld zijn -- niet bereikt kan worden door aan het actuele zorgaanbod en zorgniveau vast te houden. Indien de actueel geleverde zorg voldoende was geweest, dan hadden we geen 216.000 mensen met een EPA in Nederland gehad. En was zeker het aantal mensen met EPA over de afgelopen jaren niet toegenomen. Toch was de consensusgroep PvA-EPA van mening dat de geformuleerde ambitie niet naïef was. Het is haalbaar met een landelijke bewustwordingscampagne en een actieplan waarbij niet enkel de psychiatrie maar alle partners in de brede maatschappij betrokken zouden worden. Het actieplan richt zich op preventie van het ontstaan van psychopathologie en op optimale zorg op alle hersteldomeinen, voor wie lijdt aan ernstige psychopathologie.

F-ACT Nederland wil een forum bieden aan mensen die de F-ACT zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening, wensen te verbeteren. Dit moet lokaal binnen hun regio's, zorgnetwerken en teams, maar ook in het hele land. We zijn van mening dat Flexible ACT een belangrijke rol moet spelen in de realisatie van de doelen van 'Over de Brug'. F-ACT Nederland wil hiertoe bijdragen door een analyse te maken van de actuele situatie rond F-ACT: wat verworven is en wat als uitdagingen voor de toekomst kan worden geformuleerd. Dit wordt vastgesteld in het voorliggende visiedocument over de toekomst van F-ACT.

De uitdagingen zijn groot. Een cliënten review panel (RET Rapport) heeft bewondering voor de ontwikkelingen rond F-ACT, maar vraagt meer aandacht voor herstel en een betere implementatie van evidence based practices. Verontroostende berichten over de beperking van de levensverwachting bij EPA patiënten maken het noodzakelijk om een betere somatische zorg te ontwikkelen en aandacht te besteden aan leefstijlverbetering (o.a. meer beweging en de reductie van roken). Belangrijke doelgroepen in het EPA domein zoals mensen met een verslaving of mensen met een verstandelijke beperking, blijven vaak buiten de ontwikkeling van de F-ACT zorg en een betere integratie van deze zorgdomeinen verdient aanbeveling. Tenslotte lijkt de noodzakelijke ambulantisering in de maatschappij, ambivalent ontvangen te worden. Er is groeiende aandacht voor verwarde personen waardoor F-ACT zorg afgerekend wordt op haar oplossingen voor agressie en gepercipieerde verwaarlozing. Tegelijk is er een ontwikkeling om een deel van de forensische zorg binnen de

reguliere GGZ te integreren waardoor de nood aan specifieke expertise op dit domein toeneemt. Dit maakt het noodzakelijk om te komen tot een betere transmurale integratie van de GGZ en dus tot oplossingen die de grenzen van het F-ACT team overstijgen.

De ontwikkeling van het participatie domein bij de gemeenten lijkt op het eerste gezicht een bedreiging voor de integratieve zorg die door F-ACT wordt nagestreefd. Toch biedt het ook nieuwe mogelijkheden voor samenwerking, destigmatisering en normalisering. In de praktijk zal de GGZ niet meer alleen regievoerder zijn in de geestelijke gezondheid van de burgers. In de maatschappelijk geïntegreerde samenwerking is niet meer de zorgorganisatie (bijvoorbeeld het F-ACT team en haar professionals), maar de patiënt/burger en zijn of haar noden en resources leidend. Het is een positieve ontwikkeling waar we aan moeten wennen. Ook zal er, in het lokale netwerk waarin de zorg rond mensen vorm krijgt, minder dan voorheen plaats zijn voor landelijke GGZ oplossingen en standaarden. De lokale variatie zal toenemen en principes en werkingsmechanismen worden belangrijker dan structuren en organisaties.

De Geestelijke Gezondheidszorg is in beweging en deze beweging kan helpen bij de realisatie van de doelen van 'Over de Brug'. In deze beweging worden fundamentele vragen gesteld over bijvoorbeeld wat we moeten verstaan onder psychische gezondheid, psychisch lijden en psychopathologie. Er worden vragen gesteld over de scope van de psychiatrische hulpverlening die dan weer als restrictief (psychiatrie als medisch-curatieve zorg enge zin) dan weer als inclusief (het dagelijks functioneren optimaliseren) wordt omschreven. De onderliggende keuzes bepalen hoe zorg het best wordt ingericht en aangeboden. Het bepaalt wie het best de rol vervult van hulpverlener en wat te verwachten van professionele en niet-professionele hulpverleners. De keuzes impliceren ook een andere visie in de maatschappij buiten het professionele werkveld, waarbij discriminatie en stigma moeten worden tegengegaan. Maar ook vraagt het de politieke actie die nodig is om te komen tot een veranderd wetgevend kader voor psychische hulpverlening.

Deze notitie is gebaseerd op de input van velen. Het proces van dit document is begonnen aansluitend aan de masterclass "Toekomst van F-ACT" in Heerenveen in 2014. Vervolgens volgden discussies met vele belangengroepen in het hele land, en tijdens het recente F-ACT congres onder het thema 'Werken aan Herstel' (2015) in Amsterdam. Het resultaat is de formulering van deze toekomstvisie over F-ACT. Hierin is geen sprake van een nieuwe F-ACT of F-ACT 2.0, of R-ACT, maar van een 'tot volle wasdom komen' van F-ACT. F-ACT wil nog beter realiseren wat steeds de bedoeling was – optimale (ambulante) zorg voor EPA patiënten. Ook willen we F-ACT beter laten aansluiten bij de huidige ontwikkelingen in het veld: o.a. de veranderde organisatie van de GGZ en bezuinigingen in de zorg, zowel binnen als buiten de GGZ. De forse ambitie van 'Over de Brug' (namelijk één derde meer herstel) maakt het ook noodzakelijk om de outcome en impact van Flexible ACT voor de toekomst te verbeteren. De leden van het bestuur van F-ACT Nederland hebben geoordeeld dat de punten die neergeschreven zijn in deze notitie, belangrijke aspecten zijn om deze doelen te realiseren.

## 1. F-ACT evaluatie 2015 en de ambitie van 'Over de Brug'

F-ACT is een belangrijke factor in de modernisering van de GGZ voor mensen met EPA en een hoeksteen van de zorg die de ambitie van het Plan van Aanpak (Phrenos, 2014) waar wil maken. Maar Flexible ACT anno 2015 is nog niet op kruissnelheid en heeft behoefte aan meer implementatie- en innovatiekracht en landelijke spreiding om bij te dragen aan de vermindering met 1/3 van de EPA zorgbehoeften. F-ACT teams hebben hiervoor sterke troeven:

- Ze zijn kwartiermakers voor EPA gerelateerde zorg in de wijk. De Nederlandse psychiatrie is de afgelopen 4 decennia sterk geambulanti-seerd. Maar de meeste ambulante zorg (in RIAGGs, poliklinieken en in de eerste lijn) was gericht op mensen die zelf in staat waren hun doelen te formuleren en gemotiveerd en vaardig genoeg waren om hulp te halen, waar die hulp geboden werd. Ambulante zorg was voornamelijk poliklinische curatieve zorg. Voor de meest geïnvalideerde patiënten was dat onvoldoende en lukte de ambulantisering niet. Ze kwamen niet opdagen en/of ontvingen geen hulp in de andere levensdomeinen die verweven zijn met hun psychische problemen. Hierdoor werden zij in deze ambulante zorg onvoldoende geholpen.  
F-ACT omschrijft de EPA doelgroep en concentreert zich op die mensen die moeilijk zorgvragen kunnen formuleren en zelf de hulp niet weten te vinden. F-ACT brengt dan de zorg aan huis. Uit de evaluatie blijkt echter, dat F-ACT de zorg voor mensen met EPA naar de wijk heeft gebracht, maar nog niet overal deel van deze wijk geworden is. De F-ACT zorg blijft dan beperkt tot de schaarse professionele middelen van het eigen team. In de wijk aanwezige resources zoals sociale wijkteams en mantelzorgers (buren/ vrienden/ familie/ collega's/ werkgevers) zouden vaker moeten worden betrokken om de sociaal maatschappelijke positie van mensen met EPA te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door meer in te zetten op werk, een betere schuldhulpverlening, verbetering van huisvesting en vermindering van eenzaamheid.
- F-ACT teams zijn multidisciplinair en kunnen in veel situaties, proactief crisissen managen. Een breed palet aan professionals en een niet te hoge caseload per F-ACT medewerker, zijn hiervoor cruciaal. F-ACT kan er zo voor zorgen dat minder mensen ongepland worden opgenomen. De teams zijn in staat om stress te verminderen en een toegenomen stabilisatie te realiseren. Maar er moet meer worden ingezet op het verminderen van de afhankelijkheid van zorg. Slechts op enkele plaatsen (bijv. Noord-Holland-Noord) heeft F-ACT tot reductie van opnamebedden geleid. Helaas blijft vaak de nood aan opnamemogelijkheden hoog. Er is een stijgend aantal RM-en. En de maatschappelijke discussie over 'verwarde mensen' toont aan hoezeer we afgerekend worden op de verantwoordelijkheid voor 'moeilijke' mensen. Deze doelgroep hoort expliciet tot onze taak. Wanneer we dit niet oppikken, dreigen beschikbare resources verder te versnipperen. De discussie maakt tegelijk duidelijk dat het maatschappelijk

draagvlak voor ambulantisering onder druk staat.

Door de krapte aan middelen gebeurt het vaak dat F-ACT teams onvoldoende in staat zijn om optimale zorg (conform bijvoorbeeld multidisciplinaire richtlijnen) aan te bieden. Dit houdt op termijn mensen onnodig lang in zorg en gaat ten koste van de potentie aan autonomie en weerbaarheid van cliënten. Er is onvoldoende psychotherapie, toeleiding naar werk, traumabehandeling, goede verslavingszorg en goede somatische screening en behandeling.

Het F-ACT model wordt op veel plaatsen nog niet optimaal geïmplementeerd en cliënten krijgen nog niet allemaal die behandelingen die geïndiceerd zijn. Wanneer dit wel zou gebeuren, zullen meer cliënten herstellen en mogelijk minder vaak terugvallen, waardoor een deel van de doelstelling van het Plan van Aanpak EPA (1/3 meer herstel) kan worden gerealiseerd. We denken onder andere aan meer inzet van psychologen, deskundigen in de somatiek (inclusief leefstijlcoaches) en ervaringswerkers. Deze laatste groep is cruciaal voor het herstelgericht handelen in een multidisciplinair team<sup>5</sup>.

**Doel 1:**

Betere implementatie van F-ACT model waardoor meer cliënten die interventies krijgen die nodig zijn en de effecten van F-ACT zorg verbetert.

---

<sup>5</sup> Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health J*, 45(5), 323-332.



## 2. Doorontwikkeling van Flexible ACT

Naast de optimale implementatie van F-ACT zoals dat afgelopen decennium werd ontwikkeld, is het belangrijk om F-ACT een plaats te geven in een veranderd zorglandschap. Verder moet rekening gehouden worden met recent ontwikkelde (state-of-the-art) evidentie en nieuwe maatschappelijke normeringen. Dit vraagt dat F-ACT doorontwikkelt. Maar wat betekent dit voor de eigenheid van F-ACT? Verliest F-ACT dan haar originele referentie. We denken het niet. In de aansluitende tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de kernaspecten van F-ACT en aangegeven wat basiskenmerken blijven, en wat aan ontwikkeling onderhevig is. Het uitgangspunt is dat we ervoor kiezen dat F-ACT *de 'state-of-the-art' (beste of optimale) zorg inhoudt voor alle mensen uit de EPA caseload in een regio*. Of F-ACT op een bepaald moment in de tijd nog nodig is, of hoe het zich verder ontwikkelt, zal mede afhankelijk zijn van nieuwe wetenschappelijke en maatschappelijke inzichten. F-ACT gaat mee met de tijd. Dit betekent niet dat we de waan van de dag volgen. Hierdoor zou immers telkens een ander thema het speerpunt voor de inzet van middelen worden, waardoor F-ACT het risico zou lopen om, voor het model (en de zorg) belangrijke onderdelen, te verwaarlozen. In tabel 1 wordt met '+' een thema aangegeven dat voor F-ACT relevant is en onveranderd behouden blijft; '±' wijst op een thema dat veranderingen/evolutie vraagt. In de 'commentaar'-kolom wordt een en ander toegelicht.

Toekomstige ontwikkelingen van kenmerken van Flexibele ACT	+	±	Commentaar
• Caseload is EPA	x		<ul style="list-style-type: none"> <li>• F-ACT is voor EPA (actuele caseload), maar ook: + voor EPA mensen uit andere zorgpaden dan psychosezorg (borderline PS, autisme,...);</li> <li>+ ook delen van kind &amp; jeugd psychiatrie en ouderen kunnen baat hebben bij F-ACT;</li> <li>+ ook de forensische zorg kan baat hebben bij F-ACT.</li> </ul>
• Hoge staf/patiënt ratio		x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de wens is dat F-ACT groeit naar 1 op 15 of minder. Te grote caseloads leiden tot focus op crisismanagement en verwaarlozing van curatieve en herstelgerichte zorg – er moet dus voldoende mankracht/ruimte in het team zijn.</li> </ul>
• Shared caseload		x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de multi-professionaliteit en -deskundigheid zorgt ervoor dat patiënten meerdere teamleden kennen;</li> <li>• maar er wordt meer gestreefd naar uitwisselbaarheid in de relaties (zodat zorg vaker door blijft gaan bij uitval van een collega);</li> <li>• soms wordt het aantal contactpersonen beperkt als de crisisgevoelige periode voorbij is; omdat de aandacht in F-ACT verschuift van functie-ACT naar flexible ACT blijft shared caseload en multi-professionaliteit noodzakelijk in fasen gericht op het bevorderen van weerbaarheid.</li> </ul>
• 7x24 uren bereikbaarheid		x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• een 7x24uurs bereikbaarheid van elk F-ACT team is overdreven als de caseload status quo blijft en regionale alternatieven (o.a. crisisdienst, kliniek) blijven bestaan; maar: + de F-ACT caseload zal uitbreiden naar alle EPA (en intensiever door afbouw van bedden en transitie forensische zorg);</li> <li>+ de F-ACT infrastructuur in de wijk komt tijdelijk (voor dagen, maximaal weken) beschikbaar voor patiënten buiten de F-ACT caseload (bijv. in zorg bij een vrijgevestigde psychotherapeut die minder resources heeft voor opnamepreventieve maatregelen);</li> <li>+ en geplande F-ACT zorg moet buiten de 5x8 ook 7x24 uren ingezet kunnen worden.</li> </ul>

• Bordoverleg	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alternatieven voor het F-ACT (digi)bord zijn mogelijk (bijv. geïntegreerd in het EPD); maar:</li> <li>+ het team moet een gedifferentieerde visie hebben op de caseload (lieft genuanceerder dan 'op en af' het bord);</li> <li>+ de dagelijkse meeting blijft bestaan (maar kan virtueel).</li> </ul>
• Multi-disciplinair	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• blijft centraal maar team breidt uit naar meer disciplines en is gericht op evidence based zorg, herstel en weerbaarheid:</li> <li>+ meer ervaringswerkers en -deskundigen (incl. familie)</li> <li>+ meer psychologen (om vaker evidence based zorg aan te bieden);</li> <li>+ meer somatische professionals (of huisarts liaison);</li> <li>+ meer technologische ondersteuning (e- en m-health).</li> </ul>
• Multi-deskundig	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F-ACT teams integreren alle beschikbare deskundigheid (en betrekken deze evenwaardig in zorgindicatie en uitvoering):</li> <li>+ kennis bij de patiënt (of verbonden ervaringskennis);</li> <li>+ kennis bij familie/ betrokkenen (of verbonden deskundigheid);</li> <li>+ kennis bij partner GGZ professionals;</li> <li>+ kennis bij de huisarts/POH-GGZ;</li> <li>+ kennis bij de sociale wijkteams van de gemeente en andere maatschappelijke resources.</li> </ul>
• ervaringsdeskundigheid	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in F-ACT teams zijn ervaringsdeskundigen volwaardige professionele teamleden;</li> <li>• F-ACT stimuleert peer-hulp en zelfhulp;</li> <li>• F-ACT werkt hiertoe samen met herstelacademies.</li> </ul>
• Waar de patiënt wil slagen (thuis)	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F-ACT blijft gericht op ambulante zorg thuis (in de wijk, aan de keukentafel)</li> <li>+ huisbezoeken zijn belangrijk, maar ook;</li> <li>+ transmurale zorg (doorbehandelen in de kliniek);</li> <li>+ en ruggensteun (of resource/RACT) groepen om de positie van de cliënt te versterken en de afhankelijkheid van het professionele F-ACT team te verminderen.</li> </ul>
• Zelf zorg leveren (geen makelaar)	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• blijft centraal, maar ontsluit beschikbare resources in het netwerk (zie verder). Dit betreft in het bijzonder m.b.t.:</li> <li>+ de curatieve zorg (deskundigen in basis/specialistische GGZ);</li> <li>+ de huisarts (en het somatische domein),</li> <li>+ maatschappelijke participatie sector (in het bijzonder sociale wijkteams en beschermde (woon)voorzieningen uit het WMO veld), en de + domotica en ICT als ondersteunende tools;</li> <li>• maar: F-ACT blijft een zorgmodel waarbij de integrale zorgverantwoordelijkheid bij het F-ACT team ligt, wat ook de samenwerkingspartners of afspraken geweest zijn;</li> <li>• F-ACT blijft ervoor zorgen dat indicaties voor (deel)behandeling/zorg aan de overlegtafel besloten kan worden (alle deskundigheid aanwezig);</li> <li>• F-ACT blijft uitvoeringsverantwoordelijk;</li> </ul>
• Zelf zorg intensiveren	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de ontwikkelingen waar F-ACT voor staat verhoogt de noodzakelijkheid om de resources te verwerven die de zorg kunnen intensiveren. We denken aan:</li> <li>+ integratie forensische zorg;</li> <li>+ integratie verslavingszorg;</li> <li>+ afbouw klinische bedden;</li> <li>+ samenwerking binnen het (regionale) zorgnetwerk;</li> <li>+ samenwerking met de resource groep rond de patiënt...</li> <li>+ leeftijdsgroepen overstijgend.</li> </ul>
• (assertief) outreachend	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• assertief-outreachend is een fase in de flexibele ACT zorg.</li> <li>+ de inzet wordt aan de F-ACT tafel en/of (beter) binnen de resource groep overlegd;</li> <li>+ ook kan tot andere verhoudingen in de zorg (afwachten, mediatie,...) besloten worden.</li> </ul>
• Geen drop-out/warme overdracht	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F-ACT is een (regionale) vangnet zorg:</li> <li>+ niemand met (GGZ) zorgbehoeften valt tussen wal en schip.</li> </ul>

Tabel 1: Overzicht van de F-ACT domeinen en geplande ontwikkelingen

**Doel 2:**

het F-ACT model wordt 'volwassen' en vereist verdere inhoudelijke doorontwikkeling van de kern F-ACT waarden, o.a. gericht op beter gebruik van technologie (app's en domotica) en de inzet van de omgeving (o.a. de sociale wijkteams van de gemeente en de familie en betrokkenen)

### 3. EPA heeft recht op Flexible ACT

Het is belangrijk dat de toegang tot F-ACT voor de EPA groep blijft bestaan, zoals vastgesteld in het consensusdocument EPA (Consensusgroep EPA, 2013; 'Over de Brug' (PvA-EPA), 2014). Dit betekent dat er sprake moet zijn van:

- een ernstige psych(iatr)ische aandoening die zorg/behandeling noodzakelijk maakt;
- en die ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren geeft;
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychopathologie (symptomen geven functionele beperking en, omgekeerd, door de stress van de ervaren functionele beperkingen kunnen symptomen toenemen);
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig);
- en waarbij gecoördineerde zorg van zorgnetwerken of professionals geïndiceerd is en noodzakelijk om de doelstellingen uit het zorgplan te realiseren.

EPA is geen psychiatrische diagnose maar een aantekening die toegang geeft tot integrale zorg. F-ACT biedt deze integrale zorg. EPA kent een diagnostisch palet (waarbij sommige diagnoses vaker voorkomen dan andere) maar er zijn geen diagnose-specifieke criteria voor F-ACT. Wel zal de F-ACT infrastructuur in veel regio's het diagnose-specifieke zorgprogramma voor mensen met een psychotische stoornis uitvoeren, omdat in deze omstandigheden vaak integrale zorg geïndiceerd is. Het model van F-ACT is en blijft gericht op procesgerichte zorg en dat betekent dat patiënten voor langere tijd in de F-ACT caseload blijven. Samenwerking met partners mag er niet toe leiden dat het F-ACT model enkel de crisisgevoelige zorg voor haar rekening neemt en daarna downscale teams in stabilisatieperiodes de zorg verstrekken. Immers, het doel van F-ACT is niet enkel om te stabiliseren, maar om te komen tot groei in weerbaarheid en autonomie.

Betekent dit dat alle mensen met een EPA aantekening op dit ogenblik al F-ACT zorg krijgen? Vaak is dat niet het geval. Veel hangt af van de lokale zorgorganisaties. Maar ook in de best ontwikkelde F-ACT regio's is vaak slechts 0.3% van de regiobevolking in F-ACT zorg terwijl de EPA prevalentie 4x zo groot is. Hieronder volgt een overzicht van de EPA patiënten die vaak niet in F-ACT zorg zijn<sup>6</sup>:

- mensen met ernstige beperkingen die 'achter de geraniums' zonder zorg of met marginale steun van familie, burens of de huisarts (marginaal) overleven;
- zorgmijders die marginaal functioneren maar geen optimale zorg ontvangen (maar voor zichzelf en anderen geen risico vormen);
- vroegere EPA patiënten die op de 3 domeinen 'blijvend' hersteld zijn, maar 'at risk' blijven;
- mensen in begeleiding bij de OGGZ;

---

<sup>6</sup> Een aantal mensen uit deze doelgroepen zijn in de focus van F-ACT teams maar zijn moeilijk in zorg te betrekken (met praktische maar ook administratieve drempels).

- mensen in opvangtehuizen van de maatschappelijke ondersteuning, in het daklozencircuit;
- EPA patiënten in alternatieve (specifieke) zorgprogramma's (psyQ,...);
- EPA patiënten in residentiële zorg (bijv. in beschut of beschermd wonen en die daar geen fasegerichte multidisciplinaire begeleiding ontvangen);
- EPA patiënten in forensische zorg;
- EPA patiënten in verslavingszorg;
- EPA patiënten in specifieke leeftijdsgerichte programma's (kinderen en jeugdigen en/of ouderen);
- EPA patiënten in alternatieve maatschappelijke zorg (professionele zowel als non-professionele, bijv. ouders);
- ...

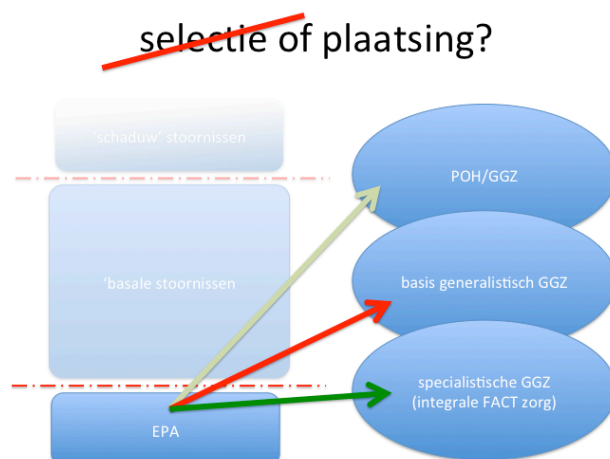
Door de ontwikkelingen in de zorg zullen in de toekomst een groter aantal EPA patiënten op F-ACT zorg aangewezen zijn. De betere samenwerking tussen zorgprogramma's (bijvoorbeeld verslavingszorg) brengt meer mensen naar Flexible ACT. Samenwerking met maatschappelijke partners (in de WMO) verlaagt de toegang tot F-ACT zorg. Verwacht kan worden dat de caseload van F-ACT hiermee met 50-100% kan toenemen (afhankelijk van regionale keuzes). In het onderstaande model wordt dit schematisch weergegeven.



Door de transities van belangrijke delen van de zorg naar het gemeentelijk domein, vraagt de transitiepsychiatrie bijzondere aandacht. In de leeftijd tussen 0 en 18 jaar zijn er in het kader van geestelijke gezondheidszorg verschillende relevante periodes te beschrijven. De stelselwijziging maakt een financiële en netwerk cesuur bij de leeftijd van 18 jaar. Voor die leeftijd is de gemeente verantwoordelijk, daarna soms ook de zorgverzekeraar. Dit, terwijl de internationale literatuur er op wijst dat de gevoelige leeftijdsfase voor het ontwikkelen van psychische zorgbehoeften met een kwetsbaarheid over lange termijn (transitieperiode) tussen 12 en 25 (sommigen zeggen 35) jaar ligt. Dezelfde internationale auteurs pleiten voor een zorgstelsel dat in die gevoelige periode geen discontinuïteit kent. F-ACT teams streven naar het vormgeven van continuïteit door de financiële afhandeling in de back office te regelen of door personele unies die de impact van de discontinuïteit kunnen beperken. De leeftijdsgrens tussen 'volwassenen' en respectievelijk 'ouderen', is minder duidelijk. Maar ook hier bestaat het risico voor zorgdiscontinuïteit. Ook hier zal

het F-ACT team door keuzes in de teamsamenstelling of door investering in samenwerkingsverbanden er voor moeten zorgen dat discontinuïteit vermeden wordt.

Idealiter krijgt iedereen die een zorgbehoefte heeft voor GGZ zorg, ook de optimale, bij voorkeur op evidentie gebaseerde, aangewezen zorg. Maar wanneer voorzieningen bepaalde doelgroepen gaan uitselecteren loopt de regio het risico dat mensen tussen wal en schip vallen. Om te benadrukken dat dit best vermeden wordt, moeten zorgorganisaties 'allesomvattend' (in het Engels 'comprehensive') zijn. Bij EPA geldt het bijkomend argument dat de zorg een maatschappelijke verantwoordelijkheid is en de maatschappij van de zorgaanbieder verwacht dat de zorg 'assertief' (dus ook wanneer er geen gemotiveerde vraag van de cliënt zelf is) wordt aangeboden. Afspraken waarbij geen sluitend regionaal zorgsysteem gevormd wordt, zijn voor deze doelgroep problematisch.



F-ACT teams vormen in de regio idealiter het aanspreekadres als GGZ vangnet voor EPA. Maar het betekent niet dat ze iedereen zelf in zorg moeten nemen. Door de stelselwijziging ontstaat een discussie waar EPA patiënten het best terecht komen. In onze visie dient F-ACT gefinancierd te worden als Specialistische GGZ, omdat in deze sector van de GGZ de (klinische en outreachende) resources aanwezig zijn die nodig zijn bij het integrale zorgaanbod aan de EPA populatie. Op termijn kan een F-ACT team ook aanvullende activiteiten uitvoeren vanuit WMO financiering. Tabel 2 geeft een overzicht waar de EPA patiënten terecht komen.

	welke zorg?	zinnvolle indicaties voor EPA	voorkeur?
(Specialistische) 'Integrale' GGZ	integrale procesmatige zorg (F-ACT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>EPA tijdens onstabiele fasen</li> <li>EPA tijdens fasen voor procesgerichte</li> </ul>	target groep

Generalistische Basis 'specifieke' GGZ	één-dimensionele (curatieve) zorg, ook bijv. lithium of depot poli	zorg (gericht op verhoogde weerbaarheid) • ad hoc (keuzevrijheid: bijv. een trauma therapeut die deelbehandeling biedt) • monitoring bij profylactische (medicatie) (zo lang huisartsen + POH die taak niet aangaan) <i>(opmerking: GB-GGZ biedt geen integrale zorg; laagfrequente contacten zijn geen criterium; één-dimensionele zorg is te schraal voor proceszorg en onvoldoende om de doelen van het PvA-EPA te realiseren)</i>	vermijden <sup>7</sup>
	disease management (curatief)	• monitoring medicatie (bijv. lithium of depotpoli) en somatische risico's • monitoring crisiskaart <i>(opmerking: integrale zorgbehoeften worden door het netwerk (familie) of autonoom door de patiënt gemanaged)</i>	zinnvol
	geen zorg	• ex EPA patiënt • niet zorgwekkende zorgmijder (moet wel opgevolgd worden via mediatiezorg - tegen verwaarlozing)	kan

Tabel 2 Overzicht waar EPA patiënten terecht komen

*Opmerking: F-ACT voor niet EPA?* F-ACT heeft zich de laatste jaren ontwikkeld tot een (gesloten) zorgmodel voor een welomschreven caseload. F-ACT moet zich in de toekomst echter ook positioneren als een GGZ zorginfrastructuur met lage drempel en open access in de wijk. Flexible ACT heeft voor haar doelgroep middelen ter beschikking gekregen die ook voor andere cliënten tijdelijk (enkele dagen tot weken) geïndiceerd kunnen zijn. Dit kan doordat het F-ACT team bijvoorbeeld de IHT ('intensive home treatment')-functie uitvoert of wanneer de PIT ('psychiatrische intensieve thuiszorg') wordt ingeroepen bij een depressieve moeder met jonge kinderen die overvraagd wordt. Omdat deze regionaal beschikbare middelen door het F-ACT team beheerd worden kan serviceverlening aan mensen uit andere doelgroepen geen tegenindicatie vormen wanneer deze nodig zijn. F-ACT biedt echter geen structurele oplossing voor deze doelgroepen en dus moeten andere zorgonderdelen daarna de zorgverantwoordelijkheid weer overnemen. De voorwaarde is natuurlijk ook dat F-ACT voldoende capaciteit heeft, zodat men niet hoeft te prioriteren (bijvoorbeeld door zich noodgedwongen ten onrechte te beperken tot de core EPA populatie) zoals op veel plaatsen noodgedwongen gebeurt.

### Doel 3:

F-ACT teams hebben voldoende capaciteit en zijn toegankelijk voor alle mensen met EPA en andere doelgroepen die tijdelijk de (outreaching) resources van F-ACT nodig hebben.

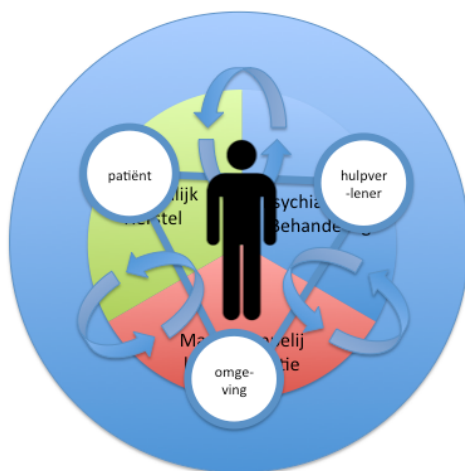
<sup>7</sup> Het GGZ veld is in beweging en op verschillende plaatsen worden modellen verkend die sterk afhankelijk zijn van de lokale invulling van het zorgstelsel. Hierdoor is het mogelijk om bijvoorbeeld EPA patiënten binnen een F-ACT team te begeleiden (vaak niet in de vorm van team casemanagement) met een financiering uit de basis GGZ. Ook kan in het kader van fasering, in de regio besloten worden tijdelijke zorg vanuit een ander stelsel te realiseren. Deze pragmatische opties moet natuurlijk open staan.



#### 4. F-ACT ontwikkelt van crisisinterventie naar een focus op 3-voudig herstel

GGZ Zorg is herstelgericht en heeft een drieledig doel: optimalisatie van de psychiatrische behandeling gericht op symptomatisch herstel en psychische weerbaarheid (ter beoordeling door de professional); bevorderen van de maatschappelijke participatie (normering wordt bepaald door de maatschappij) en realisatie van een gewenst niveau aan persoonlijk herstel (hier geldt de patiënt zelf als referent). Dit alles met als doel de ervaren kwaliteit van het leven voor de cliënt te verbeteren.

In de ontwikkeling van de zorg heeft geen van deze domeinen prioriteit over de andere omdat het realiseren van doelen op het ene domein een impact heeft op de doelen op het andere domein.



De psychiatrie heeft (in het verleden) vooral aandacht gehad voor de doelen binnen het (curatieve) psychiatrisch domein. Door deze eenzijdige focus werd te vaak besloten dat er geen behandelwinst (non-response) meer te halen was waarna geconcludeerd werd dat iemand 'onbehandelbaar' was. De therapeutische ambities werden vervolgens naar beneden bijgesteld en de zorg ingesteld op beperken van een verdere achteruitgang ('uitbehandeld').

De multidimensionale focus op de drie domeinen zonder prioritering, optimaliseert het therapeutisch potentieel (en vermindert hopelijk demotivatie). De resources blijven over de tijd continu beschikbaar omdat beperkte outcome op het éne moment geen indicatie is voor de te verwachten effecten op een later moment.

*Flexible ACT biedt optimale, geïntegreerde flexibele zorg*

F-ACT is bij uitstek een voorziening voor geïndividualiseerde zorg waardoor het steeds mogelijk is aan te sluiten bij de moment-specifieke zorgnoodzaak van een patiënt (en zijn/haar systeem). Ziekenhuisafdelingen, dagcentra e.d. zijn dat heel wat minder. Zij verstrekken zorg op basis van de beschikbare programma's, vaak volgens het principe van 'one size, fits all'. Bij F-ACT kan beter aangesloten worden bij de individuele zorgbehoeften en flexibel en moment-specifiek geschakeld. F-ACT heeft de hiervoor noodzakelijke deskundigheid.



Flexible zorg is belangrijk bij de begeleiding van EPA patiënten. Tot op heden heeft F-ACT zich op een aantal plaatsen teveel gericht op de intensivering van de zorg (“op het bord of niet”) en te weinig op de behandeling en ontwikkeling van weerbaarheid, alsook op de rehabilitatie en het persoonlijk herstel. Er zijn onmiskenbaar een aantal pareltjes van zorg in het F-ACT landschap. Echter, veel F-ACT teams zijn niet in staat volgens de behandelrichtlijnen van de psychopathologie te werken en de geleverde zorg blijft derhalve suboptimaal. Er wordt gemanaged op incidenten en te weinig op het proces naar weerbaarheid. Omdat veel middelen in de klinische faciliteiten of bij diagnose-specifieke zorgprogramma’s zitten, hebben F-ACT teams vaak te weinig capaciteit. Dus zijn er onvoldoende (personele) middelen voor weerbaarheid opbouwende flexibele en fase-specifieke zorg. Er zijn te weinig IPSers, te weinig ervaringswerkers, maar ook te weinig psychologen en psychotherapeuten en te weinig psychiaters en somatische experts. Ook zijn er te weinig verpleegkundigen om bij intensivering van de zorg samen met de patiënt alternatieven te ontwikkelen die (her)opname voorkomen. Noodgedwongen blijft een (her)opname vaak noodzakelijk.

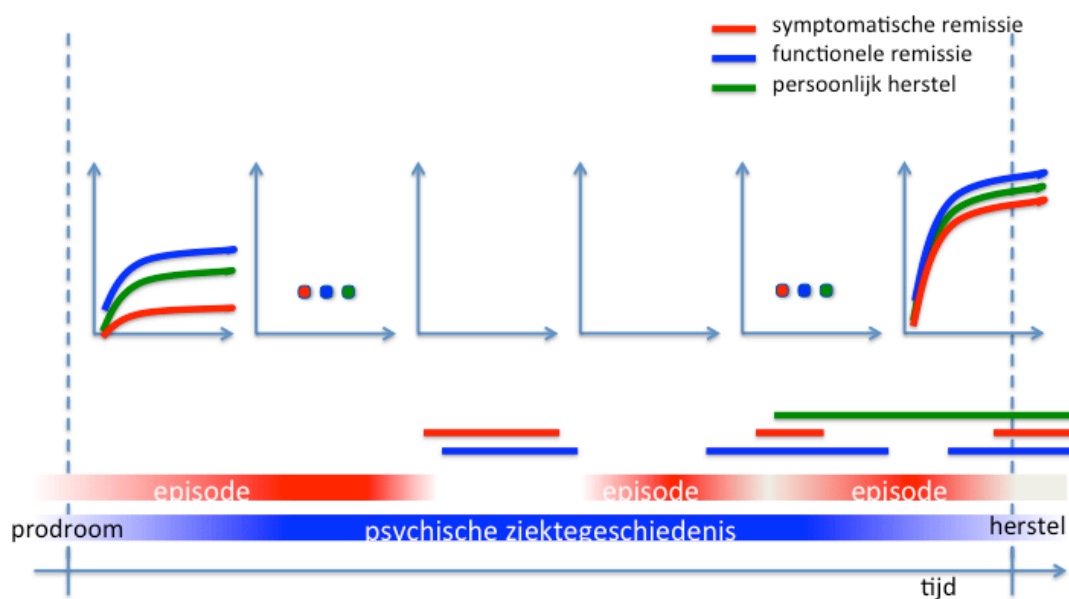
Het is ook van belang om familieleden en huisartsen meer in te schakelen in de zorg van een patiënt die lijdt aan een ernstige psychische aandoening. Denk aan een patiënt die enkele nachten slecht geslapen heeft en psychotisch angstig werd. Hij leeft alleen en maakt zich zorgen dat hij afglijdt. Zijn familie is bereid om hem enkele nachten onderdak te bieden; langdurig terug naar huis zien ze niet zitten. Het F-ACT team besluit om haar 7x24 bereikbaarheid in te zetten en voor de eerste nachten dat de patiënt bij zijn ouders verblijft, is een teamlid als ‘slaapwacht’ op de bank aanwezig. Samen bouwen ze het vertrouwen op dat dit een werkbare strategie is. Bij de afbouw van bedden zal een opname slechts beschikbaar zijn als ultiem remedium (vaak enkel onder noodzakelijk gesloten omstandigheden). Het is noodzakelijk dat alternatieven beschikbaar zijn, zodat het niet zo ver komt. (Laagdrempelige) flexibele de-escalerende maatregelen kunnen een opname vermijden. Maar hiervoor zijn vaak meer resources nodig.

Om de doelen van ‘Over de Brug’ te realiseren, is het nodig om gefocuseerd te zijn op de preventieve mogelijkheden van zorg en opvang. Het is nodig om aan te sluiten bij de zorgbehoeften en hier een actief beleid op te voeren. Interventies moeten over alle (drie) domeinen in parallel, proactief, dakpansgewijs en afwisselend worden ingezet. Tenslotte is het noodzakelijk een visie te ontwikkelen op de timing van zorg waarbij actieve periodes (met het potentieel van ‘versnelling’ in herstel) afwisselen met moratorium (‘wood-shedding’ in de woorden van Strauss) periodes waarbij bereikte resultaten worden geconsolideerd. Non-response is nooit een reden om een interventie definitief af te schrijven maar wel een argument om bepaalde zorg periodiek op- en af te schakelen. Zo bereikt men herstel.

Om die reden vraagt de nieuwe F-ACTS getrouwheidsschaal:

- de middelen uit te breiden door meer psychologenformatie in te zetten, alsook meer ervaringswerkers;
- de nadruk progressief te verschuiven van de beschikbaarheid van de middelen binnen het team (FTE plaatje) naar hoe deze middelen daadwerkelijk worden ingezet (kwaliteit). Het is belangrijker dat de

gewenste zorg (bijvoorbeeld, CBT, IPS, somatische zorg) geleverd wordt, dan dat het personeel aangetrokken wordt die deze zorg zou kunnen leveren (want voor mensen binnen het team zijn soms alternatieven bij netwerkpartners te vinden).



#### Doel 4:

F-ACT biedt zowel crisismanagement als up-to-date en evidence-based behandelingen, rehabilitatie en herstel gericht op autonomie en weerbaarheid.

## 5. Flexible ACT is 'present' en collaboratief

In het F-ACT hulpverleningsproces staat de mondige patiënt centraal. Deze bepaalt in principe zijn eigen doelen en draagt bij aan de realisatie van deze doelen. De hulpverlener is een betrokken, deskundige facilitator in dit proces. Dus is het proces vanuit een hulpverleningsperspectief wederkerig en erop gericht te verbinden om tot versterking van autonomie en weerbaarheid van de patiënt te komen. Soms moet afgeweken worden van het uitgangspunt en wordt eenzijdig ingegrepen om de veiligheid te herstellen. Wanneer dit gebeurt, zijn dit tijdelijke maatregelen waarbij de autonomie van de cliënt zo snel mogelijk wordt hersteld.

De presentiebenadering is een "praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw" ([www.presentie.nl](http://www.presentie.nl)). Het aangaan van een persoonlijke relatie is een voorwaarde voor psychische hulpverlening. En dus is het belangrijk, zelfs noodzakelijk, hier ook aandacht aan te besteden. Slechts in een 'onvoorwaardelijke open benadering', kan ruimte ontstaan voor de formulering van persoonlijke doelen en om te werken aan de realisatie ervan. De relatie staat dus voorop en soms wordt 'behandeling' (bijv. medicatie) uitgesteld/opgeschort in het proces om tot deze relatie te komen. Dit is tegenintuïtief omdat actief hulpverlenen, ook zonder wederzijdse relatie lang onze identiteit was. In de presentiebenadering is de relatie tussen de twee betrokken personen (jij bent de patiënt, ik de hulpverlener) niet op voorhand vastgesteld, maar vormt ze zich over de tijd in een gedeeld en wederkerig leerproces.

In de presentiebenadering wordt niet gesproken van een probleem, hulpvraag of een nood, maar van 'wat er voor de ander op het spel staat'. Dit sluit aan bij de herstelgedachte en een positievere visie op gezondheid. Hierbij wordt wat zin heeft, past of bijdraagt aan ervaren baat of geluk, relevant. De integrale benadering binnen F-ACT sluit hierbij aan: de doelrealisatie van de cliënt staat centraal. Hierin bestaat in het beste geval geen beperking – bijvoorbeeld op grond van een verplicht gestelde methodiek, een politieke eis of een subsidiabel programma. Presentie veronderstelt immers het uitstel of tijdelijk tussen haken zetten van dergelijke beperkingen. 'Wat er voor de ander op het spel staat' houdt een verwijzing naar het geheel van dat leven en dus niet alleen naar het problematische of kapotte. Maar presentie is meer dan een relatie aangaan. Het leidt tot actie die wordt beschreven in zorg-ethische termen. De presentie formulering verbindt 'zorg' en 'passendheid'.

Present zijn beperkt zich niet tot de duale relatie met de patiënt, maar breidt zich uit naar de triade. Ook andere betrokkenen worden 'present' benaderd.

**Doel 5:**

F-ACT gaat uit van een presente houding en richt zich integraal op wat speelt en/of relevant is voor de patiënt en betrokkenen.

## 6. Flexible ACT verbindt professionele/niet-professionele zorg

### *De triade en de maatschappelijke resource of ruggensteun groep (RG)*

Bij de definiëring van zorgbehoeften speelt de cliënt een centrale rol. Maar naast de cliënt zelf worden bij EPA ook zorgbehoeften bepaald door familie, betrokkenen en of de buurt ('uitgebreide triade'), en door de hulpverleners (in het kader van hun maatschappelijke opdracht). De inventarisatie van zorgbehoeften en aansluitende doelen staat los van het strategisch handelen dat de interventies bepaalt. Idealiter gebeurt de keuze voor interventiedoelen en de strategie in onderlinge samenspraak. Om te voorkomen dat hierin onnodige spanning ontstaat verdient het aanbeveling om de patiënt die in de caseload van F-ACT komt, uit te nodigen om zelf zijn Resource Groep samen te laten stellen (RG). Deze Resource Groep is de vertrouweling van de patiënt. Ze hebben een rol in de formulering van zorgbehoeften en kunnen hand- en spandiensten leveren als maatschappelijke partners ter ondersteuning van de cliënt.

Waar de cliënt met zijn hulpverlenersteam een belangrijke rol spelen om gezamenlijk tot doelen en oplossingen te komen ('Shared decision making') zorgt de RG ook voor niet-professionele, maatschappelijk geïntegreerde oplossingen. De RG kan ook gedurende periodes het enige zorgnetwerk van een patiënt zijn (soms bijvoorbeeld ondersteund door een voorschrijvende huisarts). Resource groepen spelen een belangrijke rol in de normalisering en de-stigmatisering van de zorg en het leven van de patiënt. Het is de taak van het F-ACT team om te voorkomen dat de RG overvraagd wordt. Daarom kan het F-ACT team haar resources ook ter beschikking stellen ter ondersteuning van de resource groep leden (of voor een adequate verwijzing zorgen).

### *Samenwerking met maatschappelijke partners waar dit kan*

De cliënt probeert samen met het F-ACT team (evt. andersom) zoveel mogelijk de natuurlijke maatschappelijke partners (sociale wijkteam, UWV, werkgevers, woningbouwverenigingen, kredietbank) in te schakelen om de problemen op de diverse levensgebieden op te lossen. Zo mogelijk opereert het F-ACT team op de achtergrond en wordt de verantwoordelijkheid voor de oplossing van problemen op het betreffende levensgebied bij de cliënt en diens maatschappelijke partners gelaten. Het F-ACT team bewaakt wel of de maatschappelijke partner zijn verantwoordelijkheid neemt en blijft nemen (F-ACT als maatschappelijke buffer tussen de cliënten en de maatschappij). Het F-ACT team dat netwerkondersteuning faciliteert, blijft verantwoordelijk voor de feitelijke uitvoering ervan.

### *De wijkinfrastructuur*

De GGZ heeft zich over de afgelopen decennia ontwikkeld tot een (soms sektarische) zorg waarbij alle verschillende levensdomeinen van cliënten in de GGZ zuil beheerd werden (wonen, werken, vrije tijd). Dit heeft soms geleid tot een verschaalde zorg en maatschappelijke uitsluiting. Dit wordt niet meer

geaccepteerd. Naast de afbouw van ziekenhuizen volgt ook de afbouw van GGZ specifieke verzuilde participatiezorg (dagbehandeling en beschut wonen).

De ontwikkeling van de WMO en de gemeentelijke verankering van het participatie domein wordt in de GGZ vaak beleefd als een aantasting van de beschikbare middelen voor de doelgroep. Toch biedt deze ontwikkeling ook potentie. F-ACT is geïndividualiseerde zorg. De integratie van de GGZ participatie middelen binnen een globale en regionale infrastructuur, biedt meer differentiatie en ook een context die meer integratie kan bieden (en hopelijk minder stigma).

Voor Flexible ACT is de vraag of structurele samenwerkingen met de participatie sector (de WMO) moet worden aangegaan. Waarschijnlijk is het beter om de samenwerking te activeren rond individuele casuïstiek. In dit geval krijgt de samenwerkingsvorm in incidentele uitnodigingen binnen het F-ACT overleg, maar vooral door contacten op de plek waar de zorgbehoeften integrale resources vragen – het werk, dagcentrum of de woning.

Van F-ACT wordt steeds vaker gevraagd om een regioverantwoordelijkheid op te nemen omdat zij de zichtbare GGZ is in het stadsdeel of de wijk. Dat betekent dat het werk van F-ACT niet enkel bepaald wordt door haar actuele caseload, maar ook door alle mensen met een psychische zorgbehoefte in de regio (of wijk). In deze omstandigheden is het vanzelfsprekend dat F-ACT, de OGGZ functie voor de wijk vervult. Anders gesteld, wanneer er een behoefte aan een separate OGGZ bij een gemeente blijft bestaan, betekent dat GGZ niet het vertrouwen van haar stakeholders heeft dat zij in staat is aan de OGGZ behoefte te voldoen (zie in dit kader ook de 'verwarde personen' discussie). F-ACT moet deze behoefte waar maken. Het betekent ook dat F-ACT medewerkers de rol van psychiatrisch consulent vervullen binnen de sociale wijkteams. In die situatie is het goed om bewust te zijn van het verschil tussen expert aan tafel in de rol van consulent voor een casus (bijvoorbeeld in de wijk) en als behandelaar / teamlid in een F-ACT team.

**Doel 6:**

Flexibele ACT maakt gebruik van niet-professionele zorg voor een beter herstel van cliënten, o.a. door in te zetten op het formeren van Resource Groepen.

**Doel 7:**

F-ACT teams werken op cliëntniveau optimaal samen/maken gebruik van diensten van andere partners in de samenleving zoals sociale wijkteams, UWV, werkgevers, woningbouwverenigingen en schuldsanering (inzet maatschappelijke partners waar mogelijk is).