

Voorwoord

Wanneer we terugkijken naar de ontwikkelingen in de ggz in de afgelopen halve eeuw dan moeten we constateren dat de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) verwaarloosd is. Innovaties gingen voorbij aan deze doelgroep, er werd weinig aandacht aan besteed en er leek weinig professionele eer aan te behalen. Ondanks alle aandacht voor vermaatschappelijking bleef de zorg voornamelijk ziekenhuisgericht. Een kleine groep mensen kreeg uitzonderlijk veel zorg hetgeen vermaatschappelijking en herstel bemoeilijkte; daarnaast werden ernstig zieke mensen in de maatschappij verwaarloosd. In hoeverre zijn er, zelfs vandaag de dag, middelen beschikbaar voor een echte transmurale zorg die kan voorkomen dat mensen met een EPA de Cinderella vormen van zowel de reguliere ggz als de academische psychiatrie? Een van de duurste ggz-systemen in de wereld – de Nederlandse – lijkt niet voldoende in staat om kwalitatieve zorg te leveren aan de patiënten die deze zorg het meest nodig hebben. Dit zou acceptabel zijn indien de beschikbare behandel- en begeleidingstechnologie ontoereikend was. Maar de belangrijkste ingrediënten van de moderne ggz voor mensen met EPA zijn reeds decennialang beschikbaar. En dus is het onbegrijpelijk dat de ontwikkelingen van de laatste jaren zo lang op zich hebben laten wachten.

Een van de belangrijkste modellen voor de organisatie van transmurale psychiatrische zorg is *ACT of assertive community treatment*. Het is intensieve psychiatrische zorg die aan huis (in de maatschappij) geleverd wordt op een actieve, outreachende manier. Omdat het kostbare zorg is, wordt ACT traditioneel gereserveerd voor de 20% meest zieke EPA-patiënten. Maar in een van de rijkste ggz-landen ter wereld mag de lat wat hoger gelegd worden en moet de uitdaging worden aangegaan om de verworvenheden van ACT, soms in gemodificeerde vorm, ter beschikking te stellen aan de gehele EPA-populatie. *FACT* of functie-ACT wil de intensieve zorg die in ACT geleverd wordt als een opschaalbare optie ter beschikking stellen aan alle EPA-patiënten uit een welomschreven gebied, vaak een wijk. Voor die patiënten die geen zorgintensivering nodig hebben, wordt basis sociaal-psychiatrische zorg, behandeling en rehabilitatie geboden. Deze integrale zorg wordt netwerkgericht samen met de regionale maatschappelijke partners, ook van buiten de ggz, aangeboden.

FACT verdient een eigen handboek. Een referentiewerk waaruit gebruikers van zorg, hulpverleners, zorgontwikkelaars en financiers inspiratie kunnen putten voor hun eigen implementatie. Door de jaren heen is *FACT* uitgegroeid tot een goed beschreven en uitgewerkt model. Implementatieproblemen zijn van regio tot regio opgelost en er is aldus evidentie over disseminatie opgebouwd. ACT en *FACT* hebben op dit ogenblik een uniek momentum. Het GGZ Nederland-visiedocument van 2008 spreekt zich uit voor een op de maatschappij georiënteerde zorg. Naast het politieke klimaat heeft vooral de herstelbeweging de langdurige psychiatrische patiënt een nieuwe plaats als ‘burger’ gegeven door de aandacht van de psychopathologie te verleggen naar het dagelijks functioneren – en de betekenisgeving hierin. Ook de overheid vraagt meer inclusie en participatie van deze groep. Van verschillende kanten wordt integrale maatschappelijke ggz als referentiezorg voorgesteld. Spijtig genoeg dreigen steeds veranderende financieringssyste-

men de implementatie te bemoeilijken; sommigen vrezen zelfs: onmogelijk te maken. Een snel veranderend maatschappelijk klimaat van intolerantie is een andere bron van bezorgdheid. Dit maakt het des te meer noodzakelijk dat de psychiatrie haar defensieve houding opgeeft en buurten en families bijstaat wanneer zij patiënten met een EPA opvangen. Ondertussen is het wetenschappelijk aangetoond dat FACT een goed systeem is. In Maastricht is door Bak e.a. (2007) aangetoond dat FACT in vergelijking met traditionele zorg voor EPA-patiënten de symptomatische remissiegraad verhoogt. Dit betekent dat meer mensen niet meer door hun psychiatrische symptomatologie gestoord worden. Het feit dat dit bereikt kon worden toont aan hoezeer FACT behandelbare problematiek weet te traceren en aan te pakken. In Noord-Holland-Noord blijkt FACT in staat te zijn veel mensen langdurig aan de zorg te binden. Minder dan 2% waren drop-outs van de zorg en dit cijfer is vergelijkbaar met ACT-teams. Ten slotte blijkt dat veel mensen over de tijd af en toe een periode op het FACT-bord staan. Een zorgorganisatie waarbij de extensieve en intensieve zorg door verschillende teams geleverd wordt, zou onmiskenbaar discontinuïteiten met zich meebrengen (bijvoorbeeld 30% op jaarbasis in Maastricht in de pre-FACT-situatie).

Wie goede zorg wil leveren, moet ook de instrumenten implementeren om de zorg op het niveau van de actuele referentiezorg (evidence-based) beschikbaar te stellen, te indiceren en te evalueren. De multidisciplinaire structuur van de FACT-teams biedt ruimte voor een zorgaanbod waarbij hoogwaardige medisch-psychiatrische zorg, psychologische zorg zoals cognitieve gedragstherapie, maar ook technologie ter bevordering van maatschappelijke participatie, zoals IPS (*individual placement and support*), een plaats kan hebben. Ontwikkelingen moeten beantwoorden aan toetsbare normen. In het CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT) wordt de ondergrens voor kwaliteit bepaald en kunnen teams gecertificeerd worden waardoor patiënten, families en zorginkopers weten dat ze de best beschikbare zorg krijgen. Dit handboek helpt teams en bestuurders van ggz-instellingen om FACT zorg op te zetten, teams te trainen en voor te bereiden op de maatschappelijke psychiatrische zorg in de wijken. Het biedt kaders voor kwaliteit door middel van de normen bepaald door modelgetrouwheidscriteria. Het biedt voor alle professionals per discipline inspiratie als (toekomstig) teamlid en geeft ook aandacht aan financiering, onderzoek en onderwijs.

Over al deze onderwerpen die aan de basis liggen van een moderne wijkgerichte zorg gaat het in dit boek. Het gaat over maatschappelijke zorg voor de vergeten populatie van alle mensen met een EPA. Het gaat over FACT – waarin overigens ook ACT een duidelijke plaats behoudt. Voor de Nederlandse situatie bieden de twee modellen samen een prachtige basis om aansprekende, ook voor andere maatschappelijke partijen herkenbare, zorg op te zetten.

Jim van Os