

## CCAF 10 JAAR EN VERDER..

Beste CCAF-ers en andere geïnteresseerden,

Het is een eer om deze middag de aftrap te verrichten.

De titel “Respect voor het verleden” kwam niet uit mijn koker, maar past helaas opeens omdat onlangs de door ons zo gerespecteerde Leonard Stein is overleden: ooit met Annemarie Test en Marx de grondlegger van de ACT, die zo mooi begon als “training in community living”: een prachtige, krachtige kreet.

Helaas is ACT in Amerika onvoldoende doorgebroken: In 40 staten hebben nu slechts 74.000 patiënten d.w.z. 2,1 % van de EPA toegang tot ACT.

In Nederland hebben we 400 teams met totaal ongeveer 70.000 FACT-patiënten!! Toch bereiken wij ook minder dan de helft van de patiënten. Dat betekent niet dat de andere helft géén zorg heeft, maar wel dat zij vaak integrale zorg ontberen en dat er tevens een restgroep is die de zorg niet bereikt. Maar daarover straks meer, eerst 10 jaar CCAF!

Na de lokale start van FACT vanaf 2004 in Noord Holland Noord en Maastricht, kwamen al snel in andere regio's volgers. Vanaf 2006 werd duidelijk dat een landelijke standaard wenselijk was, ook om beleidsmakers, Raden van Bestuur en zorgverzekeraars te overtuigen.

Daarnaast had ik bij andere innovaties gezien hoe belangrijk het is om een nieuw model goed te beschrijven met concrete eisen aan teamsamenstelling en werkprocessen en kwaliteitseisen. Het helpt de implementatie, je biedt een bouwplan. En je kunt voorkomen dat nieuwe starters wel zeggen dat ze “FACT” doen, maar het op hun eigen manier in gaan vullen, of een “light” versie maken. Met het risico dat hun resultaten tegenvallen en de naam FACT in diskrediet komt.

De USA werkte met de DACTs: de ACT modelgetrouwheidschaal, vooral als onderzoeksinstrument. Wij kozen zo'n instrument te gaan gebruiken voor certificering. De duidelijke standaard zou het gemakkelijker maken voor starters en misschien zou het de bekostiging van nieuwe elementen zoals ervaringsdeskundigheid of IPS meer eenduidig kunnen regelen.

Vanaf 2006 groeide het besluit om te gaan certificeren. Er werd gewerkt aan het opzetten van de Stichting CCAF. Het bestuur werd geformeerd, we stelden een adviesraad in en een Commissie Certificering

Vanaf het begin waren de nu vertrouwde gezichten aanwezig: Hans Kroon, Niels Mulder, Philippe Deslespaul, Marcel Hilwig, John Lardinois, Maaïke van Vugt en Michiel Bähler en Remmers van Veldhuizen; vanaf oktober 2007 kwam Caroline de Pater er bij. Zij regelde beschrijving van statuten en HR van de stichting en ging samen met Remmers op 21 juli 2008 naar de notaris regelde.

Inmiddels oefenden wij met de eerste audits, we werken de FACTs verder uit en de handboeken over ACT en FACT kwamen op de markt. In 2008 werden de eerste proefaudits gedaan, kwam de adviesraad 3 x bijeen, begon de commissie certificering haar werk.

In 2009: 16 audits, in 2010: 12; in 2011: 35; in 2012: 65 in 2013: 61; in 2014 112; in 2015 116; in 2016: 64; in 2017 98; 2018: tot nu toe 81...

Nu kijken we tevreden terug. CCAF floreert. Veel lof moet naar Janneke Kramers, Margret Overdijk en Margreet Groen die met een geweldig bureau met Jaco Takkenkamp, Gonne-Marieke Kroon en Charlotte Bal een keurige organisatie opbouwden. Ik noem ook Gemma Nijboer, Bas Labruyere, Rob Jaspers, Koen Westen, maar dat doet onrecht aan leden van commissie certificering (Tim Kreuger, Wim van der Linden) en kwaliteitscommissie (Ronald van Gool) en adviesraad (Jaap van Weeghel, Ronald Luijk en zo veel anderen). Wat een inzet!

Er zijn al zo'n 650 (her)audits gedaan. Het aantal FACT en ACT-teams in Nederland schatten we boven de 400 en dat aantal groeit nog o.a. in sectoren Jeugd, LVB en Forensisch, waarvoor o.a. door Laura Nijmeijer en Caroline Le Place eigen modelgetrouwheid-schalen zijn ontwikkeld. Het "waardierend" auditten is ingevoerd en wordt getraind. De FACTs 2017 is ontwikkeld en geïntroduceerd. Internationaal is er veel aandacht voor het FACT-model en worden ook de eerste audits gedaan en soms ook stappen naar certificering gezet. Denemarken is daarmee inmiddels heel ver en wordt daarin actief door CCAF begeleid. En jullie blijven ook vernieuwen en versterken in het nieuwe bestuur onder voorzitterschap van Tom van Mierlo.

Genoeg om feest te vieren!

In 2008 wilden we certificeren om de model duidelijk te houden en de uitrol van FACT te bevorderen. Dat doel is bereikt! Maar de spin-off bleek veel groter.

Iedere audit was/is voor ieder team reden om vaak wel een half jaar lang te reflecteren op hun werkwijze en te werken aan hun modelgetrouwheid, te oefenen met het FACT-bord, de outreach, de shared caseload en alle andere items van de FACTs. De proeftoetsing stimuleerde dat ook.

In veel teams zag je dat twee of drie teamleden zich echt verdiepten in FACT. Dat zijn dus zo'n 800 tot duizend mensen. Er ontstond een soort FACT-family. Met veel plezier en collegialiteit. En die mensen zagen we terug op de landelijke FACT-congressen en bijeenkomsten van FACT Nederland, zoals morgen meer dan 950 personen in Utrecht!

We hadden eigenlijk niet voorzien hoe het CCAF met tien personen in het bestuur, dertig personen in de adviesraad en nog eens meer dan zestig auditoren en een krachtig bureau een enorm netwerk opleverde van deskundige personen, die overal in hun eigen instellingen hun steentje bijdroegen in het starten en verbeteren van ambulante teams. In dat netwerk zaten steeds meer ervaringsdeskundigen. We mogen trots zijn dat we in navolging van de USA vanaf het begin de ervaringsdeskundige (als normaal betaald en volwaardig teamlid) in de FACTs-modelgetrouwheidsschaal hebben opgenomen. Dat is van beslissend belang geweest voor deze onmisbare discipline. Het heeft ze letterlijk op de kaart gezet. Dat nu 15 jaar later een normale bekostiging eraan lijkt te komen, is geweldig en anderzijds een grote schande dat dat zo lang heeft geduurd. Een vergelijkbare steun heeft FACT en het CCAF geboden aan 'Herstel' en Herstel Ondersteunende Zorg (HOZ) door Herstel van meet af aan in 2003-2004 te benoemen tot één van de drie hoekstenen ('basic blocks') van FACT en in audits steeds daarover en over de scholing van teams daarin aandacht te besteden.

Een ander gebied in de slipstream van FACT en CCAF was de IPS. Ook voor de IPS zijn de FACT-schaal en de certificering van groot belang geweest. Ook hier is een trage strijd gestreden naar financiering van een evidence based interventie, die toevallig bijna te sociaal was om vanuit de zorgverzekering te betalen.

En er gebeurde meer in die slipstream van aandacht voor FACT en al die audits. Vanaf 2010 stond de werkwijze van het CCAF (met modelvorming, checklist,

audits) model bij de implementatie van andere innovaties zoals de HIC, ART en de IHT. Ook daar bepaling van model, modeltrouw, checklists, audits etcetera.

Zo is CCAF meer geworden dan alleen maar certificeren! Het steunde de implementatie van FACT en de ambulantisering in brede zin. Het hebben van een model en een norm en het checken of men zich daaraan houdt heeft dus heel goed gewerkt!

Hierbij stilstaan is van belang. Recent hoor je namelijk stemmen die zeggen dat we de certificering nu wel voorbij is en dat het FACT zoveel is ingevoerd dat FACT 2.0 of 3.0 of allerlei andere versies hun eigen leven mogen gaan leiden. Soms doet men dat onder nieuwe 'merknamen', soms noemt men het FACT, terwijl men soms echt essentiële bouwstenen van FACT vergeet of negeert.

Ik zie de wenselijkheid van al die nieuwe ontwikkelingen en innovaties zeker, maar denk dat we daarnaast moeten doorgaan met een normatief kader: wordt er integrale (bindende en herstel-ondersteunende) zorg geboden, gebeurt dat richtlijn-conform, gebeurt dat met outreach, continuïteit van zorg binnen transmurale systemen in samenwerking met familie en sociale context?

Een dergelijke check (bijvoorbeeld in de vorm van de FACTs 2017, waarin ook alle ruimte zit voor inhoudelijke toetsing) blijft nodig voor teams, blijft nodig om innovaties aan te meten en blijft nodig als instrument waarmee we (optimale) zorg kunnen omschrijven en bekostigen. Zonder zo'n richtsnoer wordt de sociale psychiatrie overgeleverd aan lokale krachten.

Maar terug naar ons succes: je kan spreken van een inktvlek effect; en dat met een vier kleurenpen...

Dus.. Zijn we helemaal tevreden in 2018? .....Nee!

De 'ambulantisering' is wel sterk voortgeschreden, maar helaas... de laatste jaren is er een vertraging in de aanwas van nieuwe teams, terwijl we nog minder dan de helft van EPA mensen bereiken. En er zijn light-versies als kapers op de kust.

Daarbij wordt er bijna overal bekibbeld op de personele bezetting van de teams. Zie het fraaie artikel van Maaïke van Vugt en anderen. Het gaat sluipend. Veel teams hebben zoveel ervaring dat ze de certificering nog (net) halen. Maar een verschil tussen 11,5 FTE per 200 cliënten (de norm van het Handboek FACT) en huidige trends naar 9 of 8,5 FTE per 200, zie je terug in de beperkingen van die teams:

Teams trekken zich terug op de primair psychiatrische zorg en leveren minder outreach, minder 'attractieve' zorg, minder contact met naasten en instanties.

Het komt uit de lengte of de breedte: als er per team 2 tot 3 fte minder personeel is, zijn er per week gewoon minder contacturen mogelijk.

Een andere negatieve trend is de neiging om FACT-cliënten met wie het goed gaat versneld over te hevelen naar lichtere, goedkopere vormen van (basis)GGZ. Dat levert het gevaar van een nieuwe draaideur psychiatrie. Die is overigens niet goedkoper, terwijl die kosten (zonder inhoudelijk behoorlijke argumenten!) juist de reden vormen voor dat snelle overplaatsingsbeleid.

Deze negatieve trends in (F)ACT gaan samen met de naschokken van de economische crisis. De maatschappij heeft bezuinigd op allerlei vormen van noodzakelijke ondersteuning: arbeid en sociale werkmogelijkheden, schuldhelpverlening, inloopvoorzieningen zijn de laatste jaren moeilijker toegankelijk. Er bestaan zorgen over het afnemend aanbod van begeleid/beschermd wonen.

Lees het SCP: Terwijl het steeds beter gaat met Nederland gaat het slechter met kwetsbare mensen met beperkingen. Zij hebben het type hulp dat FACT kan bieden extra nodig, maar FACT is niet overal volwaardig beschikbaar. Soms nemen maatschappelijke wijkteams de zorg deels over, maar dan mist de EPA-groep weer de integrale psychiatrische zorg.

Het sterke punt van (F)ACT blijkt eveneens het zwakke punt: je wilt zorg bieden waarin medisch specialistische, psychologische, herstel en maatschappelijke en actief ondersteunende componenten zijn geïntegreerd. Maar die mix maakt ACT en FACT ook kwetsbaar, want de zorg is wel integraal, maar de financiering (ondanks eindeloze mooie woorden) niet.

Teams worden beknot door zorgfinanciers, krijgen nauwelijks ruimte voor preventieve en bemoeizorg-taken. En er is iets raars gebeurd. Terwijl er mogelijk best geld was om de FACT-teams in vele GGZ instellingen optimaal modelgetrouw neer te zetten, is er op vele plaatsen door de GGZ zélf beknipt en bezuinigd. En zo bleef er meer dan 300 miljoen op de plank liggen terwijl huisbezoek te duur werd...

Zo zien we een stagnerende groei van algemene FACT-teams, waarop ook nog eens inhoudelijk beknipt wordt.

We zien ook reacties op de schraalheid van zulke afgeroomde FACT-teams: recent kiezen de beste FACT-professionals uit een regio in het Noorden voor een eigen team onder de vlag van Buurtzorg T. Die werken (voor zover ik daar zicht op heb) met grotere individuele ruimte, minder bureaucratie maar ook minder multidisciplinair en met minder verantwoordelijkheden naar “zware gevallen” met crisis en BOPZ situaties.

Begrijp me goed: ik begrijp deze professionals, maar voor de structuur van de sociale psychiatrie is het “de hond in de pot met de deksel erop”. Het past niet bij grondprincipes van sociale psychiatrie. Concurrentie tussen FACT en Buurtzorg T en andere “factoiden” met meerdere teams in 1 wijk verstoort het principe van regionale/ catchment area verantwoordelijkheid. We gaan terug naar het rommeltje van vroeger, waar niemand weet wie in de regio aansprakelijk is.

De EPA groep is niet gebaat bij de “markt”. Een markt leidt tot “afromen” van de best begeleidbare patiënten. Opbouw van zorgvuldige integrale en transmurale systemen met continuïteit van zorg wordt daardoor bedreigd.

En inmiddels gaat het niet goed op straat. Soms begint het weer te lijken op de situatie van rond 2000 met Hoog Catharijne. En de discussie programma’s vullen zich avond aan avond met verwarring over verwarde personen. Hoe moet het dan wel?

Tja..

Het liefst zou ik u een definitieve oplossing als scenario schetsen:

1. Groei van de FACT-teams, tot zo’n 7 of 800, voor voldoende bereik van alle mensen met EPA.
2. Daarbij zou ik in 4 tot 5 jaar de lat voor certificering willen verhogen: laat “optimaal” de standaard worden om beknibbeling tegen te gaan.
3. En ik zou structurele financiering vragen zodat FACT-teams in hun wijk bemoeizorgtaken kunnen uitvoeren en consultatie kunnen geven aan andere partners in de wijk en een rol kunnen spelen bij triage en zorgtoeleiding van mensen met verward gedrag naar FACT of naar andere geïndiceerde zorg.

Dit zou een ambitieus programma zijn. Anderen zullen dit “meer van het zelfde” vinden, omdat het uitgaat van FACT. Maar in ieder geval benoemt het de behoefte aan forse veranderingen. Vergelijkbaar met het succesvolle “Plan Maatschappelijke Opvang” uit 2005. We moeten niet doen alsof het wel goed

gaat: er is een enorme investering nodig om verdere neergang en verloedering te voorkomen. De FACT-teams in de wijk kunnen een heel groot deel van de problematiek rond Personen met Verward Gedrag oplossen, als zij laagdrempelig, zonder financiële beginstappen samen met partners uit de buurt het eerste contact mogen leggen met personen, over wie zorgelijke signalen naar buiten komen. Dan kunnen zij triage doen en deels (waarschijnlijk 60 -75 %?) de mensen zelf in zorg nemen en deels verder toeleiden naar andere geïndiceerde zorgvormen (ouderen, somatisch, LVB, et cetera). Maar die triage, zorgtoeleiding en optimale zorg moeten wel betaald.

De eisen die ik noem, vergen een boel geld. Laten we zeggen, in trant van de miljoenen nota: een paar honderd miljoen (met deels nieuw geld en deels gesubstitueerd uit andere bestaande zorg).

Eerlijk gezegd weet ik niet direct waar dat geld vandaan moet komen en wie de kar wil trekken. De GGZ heeft géén moeder van Hugo Borst.

GGZ Nederland heeft nooit een eendrachtig beleid t.o.v. FACT gekozen. Men is altijd bang teveel voor één model te kiezen. Maar voldoen aan basale eisen, zoals boven benoemd, laat wel voldoende vrijheid. En wellicht kan het tij keren onder de dreiging dat BuurtzorgT en gemeenten deze zorg overnemen?

De zorgverzekeraars zijn terughoudend met “maatschappelijke” zorg, maar wellicht gaan ze de (kosten reducerende) preventie effecten meer waarderen? De Inspectie ziet gelukkig wel de kansen van FACT en de noodzaak van minimumstandaards.

We moeten samen werken met de Gemeenten: niet alleen praktisch dagelijks in de wijk, maar ook met de gemeentelijke beleidsmakers. Utrecht (GGZ en Gemeente) toont vandaag en morgen al zo’n vernieuwing.

Er moet een signaal uitgaan dat er een zwaar programma nodig is, niet alleen voor mensen met verward gedrag maar ook voor de hele groep met EPA. Een programma dat voldoende financiële ruimte geeft aan allerlei lokale innovaties, waarover we morgen op het 21<sup>e</sup> “FACT CONGRES” veel meer gaan horen.

Zo zwaar dat je misschien tegen je eigen heilige huisjes moet schoppen. Bijvoorbeeld: kunnen FACT en BuurtzorgT niet in overleg treden om samen te kijken wat de overeenkomsten en verschillen zijn en om samen de basale eisen aan sociale psychiatrie voor de EPA groep te formuleren?

Zou zo’n initiatief kunnen komen vanuit CCAF?

Het is maar een vraag...

Het CCAF is ontstaan en is een succes geworden door de EPA-professionals en ervaringsdeskundigen en naasten. Zou die groep, verenigd in FACT NL en CCAF met hernieuwd elan, energie en strategie samen met Gemeenten en anderen misschien nieuwe wegen kunnen verkennen?

In zo'n proces moet certificering een rol blijven spelen, als mechanisme om kwaliteit van zorg te monitoren en die zorg steeds te verbeteren. Misschien minder gericht op de vraag HOE je die zorg organiseert en meer op minimale eisen aan zorg en outcome: of de groep mensen met EPA naast voldoende herstel-gerichte en maatschappelijke support ook voldoende integrale medische, psychologische, ervaringsdeskundige, verpleegkundige en agogische zorg ontvangt. Met als doel dat mensen met EPA, echt participeren in plaats van "verparticipieteren" of verkommeren.

Ik voel in het huidige CCAF veel energie en de ambitie om beslissend te zijn in de verbetering van de zorg voor mensen met EPA, jullie vormen een mooie diverse club vol inspiratie. Ik hoop nog veel van jullie te zien.

Op naar 20 jaar CCAF!

Remmers van Veldhuizen, september 2018

[remmersvv@hotmail.com](mailto:remmersvv@hotmail.com)

[www.fact-facts.nl](http://www.fact-facts.nl)