

---

# SOCIALE PSYCHIATRIE BINNEN HET FACT MODEL

## HOE SOCIAAL PSYCHIATRISCH KUN JE WERKEN BINNEN HET FACT MODEL?

**Cécile van Glabbeek**, verplegingswetenschapper en sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam binnen het VIP team in Breda bij GGZ Bredburg

### **Inleiding**

Tien jaar geleden zijn binnen de langdurige psychiatrie in Nederland "Assertive Community Treatment" (ACT) en "Functie ACT" (FACT) teams geïntroduceerd. Door de invoering van deze teams heeft een verschuiving plaats gevonden van de poliklinische zorg naar de ambulante zorg. Hierdoor is er binnen GGZ instellingen veel veranderd. Inmiddels zijn er al meer dan 200 teams in Nederland die volgens het ACT- of FACT model werken; zo ook bij GGZ Bredburg waar ik als verpleegkundige sinds 1997 werkzaam ben.

Dit artikel is geschreven in het kader van mijn opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige aan de Avans Hogeschool in Breda. Centraal staat de vraag: hoe sociaal psychiatrisch kun je werken binnen het FACT model? Het doel is een beeld te schetsen van de opvattingen die hierover bestaan. Dit heb ik gedaan door het opdoen van praktijkervaring binnen een FACT team van GGZ Bredburg en door het verrichten van literatuuronderzoek.

In eerste instantie beschrijf ik wat sociale psychiatrie inhoudt en waar het FACT model voor staat. Hierna volgt een beschrijving hoe sociaal psychiatrisch er binnen het FACT model gewerkt kan worden en tot slot kom ik tot de conclusies en aanbevelingen.

### **Sociale psychiatrie**

In de literatuur staan, door de tijd en diverse visies heen, verschillende definities van sociale psychiatrie beschreven. Omdat binnen de Strategie Groep Sociale Psychiatrie (2002) expliciet het perspectief van de cliënt en zijn omgeving wordt benoemd, wordt in dit artikel deze definitie gebruikt.

*Sociale psychiatrie is die vorm van psychiatrie die benadrukt dat geestelijke gezondheidsproblemen ontstaan in interactie. Het individu en de omgeving beïnvloeden deze interactie. Dit geeft de klacht betekenis en maakt haar begrijpelijk. De klacht op zichzelf hoeft niet pathologisch te zijn. De persoonlijke kwetsbaarheid van de cliënt en het onvermogen van de cliënt en zijn omgeving ermee om te gaan kunnen leiden tot disfunctie en pathologie. Het perspectief van zowel de hulpvrager en diens omgeving als dat van de sociaal psychiatrische hulpverlener vormen de basis voor de samenwerkingsrelatie.*

Het doel van sociale psychiatrie is het verhogen van de weerbaarheid van de cliënt waardoor hij/zij een meer volwaardig maatschappelijk bestaan kan leiden, het aanbieden van beschuttende omstandigheden als de kwetsbaarheid van de cliënt hierom vraagt en het signaleren van misstanden rond de cliënt met als doel een beleidswijziging in de zorg te bewerkstelligen (Trimbos, 1990).

Sociale psychiatrie is primair gericht op het functioneren van de cliënt in zijn omgeving, niet op de stoornis. De begeleiding is vaak langdurig van aard. Om een zo groot mogelijk beroep te doen op de vermogens (coping) van de cliënt, is het stellen van doelen door de cliënt erg belangrijk (Koekkoek, 2011).

De sociale psychiatrie richt zich op sociale en interactionele problemen als oorzaak en gevolg van een ziekte. Ze kenmerkt zich door focus op vier systeemniveaus in hun onderlinge interactie: het lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijk niveau.

De hulpverlener en de cliënt behoren beiden tot het systeem en beïnvloeden elkaar continu (van der Padt & Venneman, 2010).

### **Het FACT-model**

ACT staat, zoals gezegd, voor Assertive Community Treatment. Het betekent dat er gebruik gemaakt wordt van intensieve 'outreaching' hulp door een multidisciplinair team. In de jaren zeventig werd deze aanpak in Amerika voor het eerst gehanteerd. Rond de eeuwwisseling is men in Nederland met ACT gestart. Dit model richt zich vooral op cliënten die geen zorg willen ontvangen; die vaak opgenomen worden of die een verhoogd risico lopen op dakloosheid. Om de doelgroep te vergroten is in 2003 door GGZ Noord Holland Noord het FACT (Functie ACT) model bedacht, waarbij door één team in een regio alle cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen bediend konden worden. Bij deze groep cliënten is vaak sprake van een ernstige psychiatrische stoornis zoals psychotische problematiek of schizofrenie. Middelengebruik, persoonlijkheidsproblematiek en verstandelijke of cognitieve beperkingen gaan hier vaak mee samen, waardoor mensen meestal beperkingen hebben op meerdere levensterreinen (van Veldhuizen, Bähler, Polhuis & van Os, 2008).

Het FACT model heeft een aantal hoofdproducten: cure, care, crisisinterventie, community support, cliëntdeskundigheid ondersteunen, controle en check (van Veldhuizen et al., 2008). Een multidisciplinaire FACT team bedient ongeveer 200 cliënten en bestaat uit casemanagers, een psychiater, een psycholoog, een verslavingsdeskundige, een trajectbegeleider en een ervaringsdeskundige. De gemiddelde caseload van een casemanager komt neer op 25 cliënten.

Kenmerkend aan een FACT team is dat het zowel individuele zorg als gezamenlijke zorg kan leveren. De individuele zorg wordt geleverd aan cliënten die minder intensieve zorg nodig hebben door middel van casemanagement. Cliënten die intensievere zorg nodig hebben worden gezien door alle teamleden. Dit wordt 'shared caseload' genoemd. De contacten tussen hulpverlener, cliënt en zijn netwerk vinden plaats, daar waar hij verblijft.

Het team komt dagelijks bij elkaar voor de digibordbespreking. Op het digibord staan de cliënten die intensievere zorg nodig hebben. Aan de hand hiervan vindt de bespreking plaats.

### **Overeenkomsten tussen sociale psychiatrie en het FACT model**

In de literatuur zijn er diverse voorbeelden te vinden waaruit blijkt dat het FACT model sociaal psychiatrische uitgangspunten hanteert.

### ***Resultaten FACT model***

Er is door onderzoek (Bak, Drukker & Maarschalkerweerd, 2008) aangetoond dat door de minder gefragmenteerde zorg van FACT teams de ernstige psychiatrische symptomen afnemen. Tevens zou er sprake zijn van minder opnamedagen. Geconcludeerd werd dat FACT een goede oplossing is voor mensen met ingewikkelde psychiatrische problemen. Van de Lindt (2007) stelt ook vast dat er sprake is van minder opnames en dat er bovendien een beter contact met de hulpverlening ontstaat.

Daarnaast beschrijft Klaassen (2010) dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliënt ervoor zorgt dat de cliënt goed in beeld is.

### ***De omgeving***

De grootste verandering voor cliënten, door de invoering van het FACT model, is dat zij behandeling en begeleiding krijgen in hun eigen omgeving (van Veldhuizen, 2012).

Doordat er ambulantly gewerkt wordt heeft het team niet alleen de cliënt goed in beeld, maar ook de familie en de maatschappelijke omgeving. Op deze manier hebben de hulpverleners een goede indruk van het functioneren van de cliënt in zijn omgeving. De cliënt weet waar hij aan toe is door de continuïteit die er geboden wordt. Het team is in de regel beter in staat sneller te reageren bij een terugval omdat ze geregeld contact hebben met de cliënt.

Het aantal cliënten wat aanhaakt bij een FACT team blijkt erg hoog te zijn (van Veldhuizen, 2012). Er is nauwelijks sprake van 'drop out', waardoor voorkomen wordt dat cliënten ernstig afglijden of eventueel overlast veroorzaken. Als er minder overlast veroorzaakt wordt, zal de buurt in staat zijn om de cliënt meer te accepteren, wat weer zorgt voor minder stigmatisering van de psychiatrische cliënt.

### ***Herstelproces***

Een belangrijk doel voor een FACT team is dat zij cliënten willen ondersteunen in hun eigen herstelproces. Dit lukt beter als dat in de omgeving van de cliënt plaats vindt. Er is dan bijvoorbeeld beter zichtbaar waarom het iemand wel of niet lukt om zijn werk weer op te pakken.

Om een goed beeld te krijgen van het functioneren van de cliënt is het ook belangrijk dat familieleden intensief betrokken worden bij de behandeling.

### ***Verschillen tussen sociale psychiatrie en het FACT model***

Er worden in de vakliteratuur ook de nodige kanttekeningen geplaatst bij de relatie tussen het FACT model en de sociaal psychiatrische uitgangspunten.

### ***Het model***

Door gebruik te maken van een model bestaat er een risico voor uitstoting van mensen met complexe, chronische problemen. De sociale psychiatrie richt zich juist op het voorkomen van uitstoting. Hoe nauwkeuriger de vakjes worden omljnd, des te groter wordt de kans dat je er niet in past of in wil passen (Wennink, 1998). Een model zorgt voor duidelijke kaders, maar ook voor restricties. Dit is zichtbaar in de praktijk als een cliënt aangemeld wordt. Veel GGZ instellingen hebben gekozen voor het invoeren van het FACT model binnen de psychozorg, die vaak weer een apart onderdeel vormt binnen de organisatie. De toelating van een cliënt vindt dus plaats op basis van een diagnose. Vanuit sociaal psychiatrisch oogpunt zou meer gekeken moeten worden naar de last die iemand ervaart. Op basis hiervan zou vastgesteld kunnen worden of de FACT zorg aansluit bij de behoefte van de cliënt.

### ***Herstel en rehabilitatie***

Zowel voor het FACT model als voor de sociale psychiatrie zijn herstel en rehabilitatie belangrijke begrippen. Het hanteren van het FACT model brengt echter een risico met zich mee. Namelijk dat er een groot gevaar bestaat dat het bevorderen van herstel en rehabilitatie er bij in dreigt te schieten, omdat de zorg van het team gericht is op het bestrijden van de crisis, het oplossen van problemen en het stabiliseren van de psychische conditie van de cliënt (van Weeghel, 2005a).

Hierdoor is de zorg mogelijk te assertief, te zeer gericht op het beheersen van de problemen die kunnen ontstaan, waardoor de cliënt te weinig ruimte krijgt om zichzelf te ontplooiën; zichzelf te ontwikkelen. Als er te weinig een beroep gedaan wordt op de eigen verantwoordelijkheden van de cliënt en zijn systeem dan bestaat het gevaar dat veel hulp onnodig overgenomen wordt. Is dat wel wat de cliënt wil? Wordt er voldoende naar de cliënt geluisterd?

Worden de doelen van de cliënt als uitgangspunt genomen of de doelen van de hulpverlener? In het advies Basis GGZ (NZA, 2011) staat niet alleen dat er teveel mensen in de tweedelijns zorg terecht komen, maar ook dat er teveel mensen niet meer uit komen.

### ***De hulpverlener***

Het toegenomen zelfbewustzijn, de ervaringsdeskundigheid en de toekomstverwachtingen van cliënten stellen meer en andere eisen aan de hulpverlening (Kabbedijk, 2010). De vraag is of de hulpverlening klaar is voor deze eisen. Ze blijkt een pessimistische kijk te hebben op het herstel/rehabilitatie van de cliënt en over herstel wordt door de hulpverlener ook vaak sequentieel gedacht: eerst stabiliseren alvorens te rehabiliteren (van Veldhuizen et al., 2008). Deze voorbeelden staan de empowerment van de cliënt in de weg.

### ***De maatschappij***

Vanuit sociaal psychiatrisch oogpunt is het belangrijk dat het team zichtbaar en bereikbaar is in de wijk om de cliënt goed te kunnen ondersteunen. Wat de sociaal psychiatrische hulpverlener zou moeten doen is het werken aan het herstel van de integratie met een sociale omgeving (Romme, 2000). Ondanks het feit dat de hulpverlening bij de cliënt thuis plaatsvindt, blijkt uit onderzoek dat de samenwerking tussen de FACT teams en de maatschappij niet of nauwelijks verbeterd is (Bak et al., 2008). Deze samenwerking komt niet goed van de grond.

### **Conclusies**

Door de invoering van het FACT model heeft een verschuiving van zorg plaats gevonden.

Een positieve ontwikkeling, vanuit sociaal psychiatrisch oogpunt, is het verplaatsen van de zorg daar waar de cliënt en zijn naastbetrokkenen zich bevinden. Waar voorheen door hulpverleners vanuit hun kantoor 'ambulant' gewerkt werd, zijn diezelfde hulpverleners nu in de wijk te vinden. Hierdoor is de cliënt en zijn systeem beter in beeld; het functioneren van de cliënt in de thuissituatie is beter zichtbaar geworden. De vier systeemniveaus en hun onderlinge interactie met elkaar, zijn veel beter in kaart te brengen dan voorheen. De sociaal psychiatrisch hulpverlener is uiteindelijk beter in staat om het proces tussen hem en de cliënt te beïnvloeden.

Wat er beoogd werd met het FACT model, is door onderzoek bevestigd. Namelijk: minder opnamedagen, minder stigmatisering, een afname van ernstige psychiatrische symptomen, snelle reactie bij terugval, weinig drop-out, een verbeterde relatie tussen cliënt en hulpverlener en een verbeterde continuïteit van zorg. Deze conclusies zijn te rijmen met sociaal psychiatrische uitgangspunten.

Tegelijkertijd zijn er wel wat kanttekeningen te plaatsen vanuit de sociaal psychiatrische visie.

Door te stellen dat het FACT model vooral bedoeld is voor mensen met psychotische problematiek wordt het medisch model als uitgangspunt genomen en niet het sociaal psychiatrische model.

Het doel van de sociale psychiatrie is het verhogen van de weerbaarheid van de cliënt. De vraag is of deze verkregen kan worden door het bieden van FACT zorg. Op het moment dat het slechter met hem gaat wordt de zorg, vanuit het team, direct geïntensiveerd. Krijgt de cliënt dan voldoende ruimte om te leren? Het hanteren van het FACT model kan er ook voor zorgen dat er door de hulpverlener te weinig een beroep gedaan wordt op de vermogens van de cliënt.

Het invoeren van het model heeft ervoor gezorgd dat er van de hulpverlener een andere werkwijze wordt vereist. Zo moet hij transparanter zijn dan voorheen omdat hij de zorg deelt met het team.

Door het invoeren van het model alleen, verander je de visie en de manier van werken bij de hulpverlener niet. Daar is veel tijd en bijscholing voor nodig.

De, voor sociaal psychiatrische hulpverleners zo belangrijke aansluiting met de maatschappij, is door FACT teams nog niet verbeterd. Ik denk dat een belangrijke oorzaak hiervoor ligt in het feit dat de teams vanuit GGZ instellingen opereren. Vanuit de instelling zijn we niet gewend om contacten te leggen in de maatschappij, behoudens de contacten omtrent de directe cliëntenzorg.

Concluderend kan ik stellen dat er binnen het FACT model voor een deel sociaal psychiatrisch gewerkt wordt. Theoretisch gezien zijn er veel overlappingsen te ontdekken. In de praktijk zijn er die minder. Ik denk dat, met de invoering van het FACT model, een grote stap is gemaakt om meer sociaal psychiatrisch te werken. Maar het is zeker nog niet voldoende!

## **Aanbevelingen**

### ***Het model***

Omdat er in de literatuur weinig te vinden is, is het aan te bevelen om meer en verder onderzoek te verrichten naar de effecten van het werken met het FACT model.

### ***De cliënt***

Om de sociaal psychiatrische standpunten meer vorm te geven is het in de eerste plaats belangrijk om de cliënt te betrekken bij het bepalen van wat goed voor hem is. Wat wil de cliënt? Wat heeft hij nodig om zijn leven weer op orde te krijgen? Hiervoor is het dus belangrijk om de cliënt om zijn mening te vragen. Hij is de ervaringsdeskundige en hij weet hoe hij zijn weerbaarheid moet vergroten en welke hulp hij daarvoor nodig heeft. Daarom is het van belang om meer onderzoek te doen naar de wensen van de cliënt. Van daaruit kan ook geconcludeerd gaan worden of de cliënt het prettig vindt dat de zorg door middel van het FACT model geleverd wordt of op een andere wijze.

### ***De hulpverlener***

Als het uitgangspunt de wens van de cliënt wordt dan zal de sociaal psychiatrische hulpverlener vanuit andere paradigma's moeten denken. Daar waar de hulpverlener in het verleden vooral gericht was op hetgeen de cliënt niet kon, moet hij zich nu meer gaan richten op datgene wat de cliënt en zijn systeem wel (aan) kan en vooral ook wil. De hulpverlener zal moeten leren om de cliënt de ruimte te geven om te leren. Om dit te bereiken is het belangrijk dat de hulpverlener transparant wordt over zijn manier van werken. Dit vereist mogelijk bijscholing en sturing in het FACT team.

### ***De wijk***

In de literatuur zijn verschillende citaten te vinden van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die de oplossing zien in het meer betrekken van partijen uit de maatschappij bij het FACT team. Ik heb hierover een andere mening. De zorg zal vanuit de wijk geleverd moeten gaan worden; dicht bij de cliënt en niet vanuit de GGZ instellingen. De hulpverlener moet naar de cliënt toe gaan en niet andersom. Het contact met de maatschappij zal dan ook veel beter tot stand komen. Dit contact is belangrijk omdat de hulpmiddelen voor het herstel van de cliënt in de maatschappij te vinden zijn. Bij de verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg is een belangrijke rol voor de SPV-en weg gelegd. Zij zijn bij uitstek de hulpverleners die de sociaal psychiatrie weer kan brengen daar waar deze hoort, namelijk in de wijk!

## Communicatie met de auteur

- [cecilevanglabbeek@ziggo.nl](mailto:cecilevanglabbeek@ziggo.nl)

## Literatuur

- Bovenberg, F. & Krogt, van der R. (2012). Positie van de professional in het algemeen en de SPV in het bijzonder binnen de zorgonderneming van de toekomst. *Sociale psychiatrie*, 31(100), 57-65.
- Kabbedijk, A. (2010). "Ik ben niet mijn stoornis, ik kies ervoor te werken aan mijn herstel". Een advies over het ruimte maken voor herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische kwetsbaarheden door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. *Sociale psychiatrie*, 29(92), 13-20.an
- Klaassen, H. (2010). De dagelijkse praktijk van de SPV in een FACT team. *Sociale psychiatrie*, 29(95), 35-41.
- Klaassen, H., Leegwater, W., Tigelaar, A., Vas, S. & Verhaaf, M. (2011). De SPV generalist in de sociale psychiatrie! Ook in een Functie Assertive Community Treatment-team? *Sociale psychiatrie*, 31(97), 29-36.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koekkoek, B., Meijel, van B.K.G., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2008). Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland: een enquête. *Sociale psychiatrie*, 28(87), 47-56.
- Padt, van der, I. & Venneman, B. (2010). *Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Veldhuizen, van R. (2012). FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie. *Psychopraktijk*, 4(2), 19-23.
- Veldhuizen, van R., Bähler, M., Polhuis, D. & Os, van J. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Venneman, B. & Onderwater, K. (2011). Manifest Sociale Psychiatrie. *Sociale psychiatrie*, 31(98), 30.
- Venneman, B. & Onderwater, K. (2011). Sociale psychiatrie als basis voor eigen kracht in de wijk. *Sociale psychiatrie*, 31(98), 21-29.
- Weeghel, J. van, Assertive community treatment en rehabilitatie. Twaalf manieren om een belofte in te lossen. *Assertive community treatment*. Nijmegen: Cure and care publishers.

## Geraadpleegde websites

- [www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)
- [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)
- [www.venvn-spv.nl](http://www.venvn-spv.nl)
- [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)