



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**'Toezicht op de ambulante GGZ' (TAG)**

bij GGZ Friesland en samenwerkingspartners te  
Drachten en Leeuwarden  
periode september - november 2018

februari 2019



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 5</b>
1.1	Aanleiding en belang 5
1.2	Groeimodel 5
1.3	Doelstelling 6
1.4	Methode 6
<b>2</b>	<b>Conclusies 8</b>
2.1	De zorg vanuit de FACT-teams voor thuiswonende mensen met chronisch psychische problemen is op orde. De FACT-teams voldoen aan alle randvoorwaarden om kwantitatief en kwalitatief goede en veilige zorg te verlenen. Samenwerking met zorgpartners is op diverse plaatsen ingezet en goed in beweging maar verbeteringen zijn mogelijk 8
2.1.1	FACT-teams voldoen aan de kwaliteitskeurmerk CCAF 8
2.1.2	Binnen het zorgnetwerk zijn formele afspraken over samenwerking. De implementatie en borging van deze samenwerkingsafspraken blijft echter nog achterwege 8
2.1.3	Afspraken in het netwerk zijn gericht op samenwerking rondom individuen, er zijn geen schriftelijke gemeenschappelijke doelen over de aanpak van de groep zorgmijders geformuleerd 8
2.1.4	De samenwerking tussen de huisartsen (en hun POH-ers ggz) en ggz ten behoeve van de doelgroep verschilt sterk in de regio 8
2.1.5	Knelpunten in de samenwerking met het Sociaal Domein 9
2.2	De cliënt wordt voldoende ondersteund bij zijn herstel en krijgt de mogelijkheid regie te voeren over zijn zorg vanuit de ggz 9
2.2.1	Cliënten zijn tevreden over de ontvangen zorg 9
2.2.2	De naasten van cliënten worden in het algemeen actief betrokken bij het zorgproces 9
2.2.3	Hulpverleners zijn bekend met de visie op herstel en werken daarnaar 9
2.3	Binnen het netwerk ggz en huisartsen zijn meerdere afspraken over samenwerking in de zorg voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. Deze afspraken zijn echter nog niet volledig en/of nog niet overal geïmplementeerd en geborgd. Risico's zijn hierdoor aanwezig 9
2.3.1	Het beleid ten aanzien van handelen bij crisis is niet volledig in het zorgnetwerk vastgelegd. Het risico hiervan is dat de cliënt onvoldoende in staat wordt gesteld om crisis te hanteren 9
2.3.2	De informatieoverdracht tussen ggz en huisartsen verloopt niet optimaal. Medicatie-overzichten zijn niet altijd aanwezig of actueel 9
2.3.3	Huisartsen ervaren onvoldoende mogelijkheden tot consultatie, op niveau van de cliënt en overkoepelende thema's 10
<b>3</b>	<b>Aanbevelingen 11</b>
<b>4</b>	<b>Resultaten 12</b>
4.1	Netwerkbijeenkomst 12
4.2	Overzicht beoordeling normen 15
4.3	Thema: Cliënt centraal 16
4.4	Thema: Integrale zorg 22
<b>Bijlagen</b>	<b>Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk 27</b> <b>Beschrijving werkwijze FACT 28</b>



## 1 Inleiding

In het kader van het toezicht op de ambulante ggz heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in de periode van september tot november 2018 een aantal bezoeken gebracht aan GGZ Friesland en een aantal ketenpartners. Niet alle zorgaanbieders in de regio waren betrokken bij het onderzoek. De focus lag op de grootste ggz-instelling en vertegenwoordigers van de huisartsen in de regio Friesland.

In dit rapport beschrijft de inspectie de resultaten en trekt zij haar conclusies. Op basis daarvan doet zij aanbevelingen en geeft zij aan welke maatregelen moeten worden genomen.

### 1.1 Aanleiding en belang

Mensen met chronische psychische aandoeningen zijn kwetsbaar. Bij deze doelgroep is aandacht nodig voor herstel en eigen regie. Tegelijkertijd is de geestelijke gezondheidszorg sterk veranderd de afgelopen jaren. Uitgangspunt is dat cliënten zorg op de juiste plek krijgen. De bedoeling is dat cliënten zoveel mogelijk thuis herstellen. De zorg in de ggz-instellingen is daarom sterk afgebouwd. Ondanks goede initiatieven blijkt er vaak gebrek aan continuïteit en onvoldoende afstemming binnen het zorgnetwerk. Daardoor zijn er risico's voor mensen met chronisch psychische aandoeningen die thuis wonen.

De inspectie heeft in haar toezicht speciale aandacht voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Op 26 juni 2018 heeft de inspectie een rapport uitgebracht over het toezicht op de ambulante ggz<sup>1</sup>. Dit rapport is naar de Tweede kamer gezonden. In dit rapport presenteert de inspectie de bevindingen van een landelijke verkenning in 2016 en 2017. Uit deze verkenning blijkt een grote diversiteit, waardoor de ambulante ggz in iedere regio er anders uitziet. De inspectie concludeert dat de risico's voor thuiswonende mensen met chronisch psychische problemen moeten afnemen en betere zorg voor hen nodig is. Daarom houdt zij de komende jaren toezicht op de voortgang in de netwerkvorming rondom de zorg voor deze doelgroep in verschillende regio's. In dat kader is het zorgnetwerk rondom GGZ Friesland onderzocht.

### 1.2 Groeimodel

Bij haar toezicht in de komende jaren hanteert de inspectie een groeimodel, waarbij het toezicht op zorgnetwerken stap voor stap wordt uitgebreid. De inspectie richt zich in eerste instantie op de risico's in de zorg voor mensen met chronische ggz-problematiek en de samenwerking binnen de ggz-keten tussen de specialistische ggz (hierna: S-GGZ), vooral de FACT-teams, generalistische basis ggz (hierna: GB-GGZ) en de huisarts/praktijkondersteuner huisarts ggz (hierna: POH-GGZ). De cliënt en het naastenperspectief heeft een nadrukkelijke rol in het toezicht. De inspectie kijkt per regio naar de voortgang in de netwerkvorming rondom de doelgroep. Welke inspanningen hebben de zorgaanbieders verricht binnen de mogelijkheden die zij hebben? Vervolgens kijkt de inspectie naar de behaalde resultaten. De inspectie maakt hierbij gebruik van de beschrijving van de ontwikkelingsfasen van een keten of netwerk<sup>2</sup> (bijlage 1). Op termijn wil de inspectie haar toezicht uitbreiden door hierbij de samenwerking met het sociaal domein betrekken.

<sup>1</sup> Zie <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/rapporten/2018/06/26/toezicht-op-ambulante-ggz-betere-zorg-nodig-voor-thuiswonende-mensen-met-chronische-aandoeningen>

<sup>2</sup> Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [proefschrift]. Deventer: Kluwer, 2011.

Het groeiemodel betekent daarnaast dat de nadruk van het toezicht ligt op het agenderen en stimuleren van samenwerking binnen de netwerken. Door de intensiteit van het toezicht geleidelijk op te bouwen, neemt de inspectie veldpartijen mee in het proces. Daarbij sluit de inspectie aan bij het lerend vermogen van partijen en stimuleert zij de ontwikkeling in de gewenste richting. Alleen bij ernstige risico's zal de inspectie verbetermaatregelen vragen of handhavend optreden.

### 1.3 Doelstelling

Doelen van het inspectiebezoek zijn:

1. inzicht krijgen in de wijze waarop GGZ Friesland en haar netwerkpartners omgaan met ambulantisering en mogelijke risico's die naar voren komen;
2. beoordelen in hoeverre de cliënt ondersteund wordt bij zijn herstel en de mogelijkheid krijgt regie te voeren over zijn zorg;
3. beoordelen in hoeverre zorgverleners samenwerken in de zorg voor mensen met chronische psychiatrische problematiek.

### 1.4 Methode

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie een toetsingskader ontwikkeld dat zich specifiek richt op het proces van ambulantisering. De inspectie toetst steekproefsgewijs het zorgnetwerk van de grootste ggz aanbieder in de regio en huisartsen. Dit toetsingskader is als leidraad gebruikt bij de volgende activiteiten:

#### *Interviews met vier cliënten*

Bij aanvang van het toezicht, op 24 september 2018, heeft de inspectie met vier cliënten gesproken. Op verzoek van de inspectie heeft GGZ Friesland cliënten uitgenodigd die een goed beeld kunnen geven van de ambulantisering. Alle cliënten voldeden aan het volgende profiel:

- de cliënt woont thuis en heeft ernstige én langdurig psychische klachten;
- de cliënt is (redelijk) stabiel en heeft ontwikkelperspectief;
- de cliënt maakt gebruik (of heeft gebruik gemaakt) van de S-GGZ;
- er is een samenwerking met en/of de GB-GGZ en de huisarts en/of POH-GGZ rondom de cliënt.

#### *Dossierinzage*

Voorafgaand aan de gesprekken met cliënten heeft de inspectie de betreffende cliëntendossiers bij de ggz ingezien. De inspectie keek hierbij naar de mate waarin eigen regie van de cliënt uit het dossier bleek en de mate van het betrekken van- en informatie-uitwisseling tussen de verschillende belanghebbenden.

#### *Interviews met naasten*

De inspectie heeft geen naaste persoonlijk gesproken. Eén naaste heeft haar ervaringen in een brief aan de inspectie beschreven.

#### *Interviews met zorgverleners uit de S-GGZ*

Op 22 oktober 2018 heeft de inspectie een gesprek gevoerd met de direct betrokken zorgverleners van de cliënten in zorg bij FACT-team Drachten<sup>3</sup> (hierna: FACT). Hierbij is gesproken met een psychiater, twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een casemanager en tevens ambulant verpleegkundige en een verpleegkundig specialist.

<sup>3</sup> FACT staat voor "Flexible Assertive Community Treatment". FACT-teams bieden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, behandeling en zorg en steunen hen op weg naar herstel.

#### *Interviews met huisartsen/POH-GGZ*

Op 22 oktober 2018 vond het gesprek plaats met de huisartsen van de cliënten. Bij één van deze huisartsen is sinds kort een POH-GGZ in dienst. Deze was eveneens aanwezig bij het gesprek. Tijdens het gesprek met de huisartsen is niet alleen de samenwerking met het FACT-team Drachten aan de orde gekomen, maar ook de samenwerking met GGZ Friesland in het algemeen (en een aantal andere ggz-partijen in de regio).

#### *Netwerkbijeenkomst*

Tot slot ging de inspectie op 19 november 2018 in gesprek met relevante netwerkpartners die in het verzorgingsgebied van GGZ Friesland samenwerken en betrokken zijn bij de ambulantisering. Bij de bijeenkomst waren er afgevaardigden vanuit de Cliëntenraad GGZ Friesland (hierna: CR), Huisartsenkring Friesland, Familieraad GGZ Friesland (hierna: FR), Zorgbelang Fryslân en GGZ Friesland aanwezig. Ter voorbereiding van de deze bijeenkomst is een aantal schriftelijke vragen gesteld aan de betrokkenen over de samenwerking. De vragen gingen over de afspraken op lokaal en regionaal niveau tussen betrokkenen rondom de ambulantisering.

## 2 Conclusies

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de resultaten en geeft zij haar conclusies. De conclusies zijn gebaseerd op de interviews, dossier inzage en netwerkbijeenkomst en interviews. Ondanks dat niet alle zorgaanbieders betrokken waren bij het onderzoek, meent de inspectie een goed beeld te hebben gekregen van de ambulante ggz in de regio Friesland.

### 2.1 **De zorg vanuit de FACT-teams<sup>4</sup> voor thuiswonende mensen met chronisch psychische problemen is op orde. De FACT-teams voldoen aan alle randvoorwaarden om kwantitatief en kwalitatief goede en veilige zorg te verlenen. Samenwerking met zorgpartners is op diverse plaatsen ingezet en goed in beweging maar verbeteringen zijn mogelijk.**

#### 2.1.1 *FACT-teams voldoen aan de kwaliteitskeurmerk CCAF.*

Alle FACT-teams van GGZ Friesland zijn CCAF gecertificeerd en voldoen hiermee aan de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg. De FACT-teams van GGZ Friesland zijn goed over de regio verdeeld. Er zijn geen wachtlijsten voor FACT-zorg. De FACT-teams nemen deel aan diverse overleggen met netwerkpartners.

#### 2.1.2 *Binnen het zorgnetwerk zijn formele afspraken over samenwerking. De implementatie en borging van deze samenwerkingsafspraken blijft echter nog achterwege.*

GGZ Friesland en huisartsen hebben samenwerkingsafspraken over de doelgroep. Deze afspraken zijn echter niet overal in de regio bekend en geïmplementeerd en hierdoor ook niet geborgd. Aanspreekpunten zijn over en weer niet altijd helder. Er zijn verschillen in organisatie en uitvoering van de samenwerkingsverbanden binnen de verschillende steden in Friesland.

#### 2.1.3 *Afspraken in het netwerk zijn gericht op samenwerking rondom individuen, er zijn geen schriftelijke gemeenschappelijke doelen over de aanpak van de groep zorgmijders geformuleerd.*

Mensen in zorg bij FACT-teams zijn goed in beeld bij de FACT-hulpverleners. Zij krijgen sinds 2017 gerichte aandacht via de cliëntenraad. Mensen met chronisch psychische problemen die zorg mijden zijn niet goed in beeld bij alle partners. Gemeenschappelijke doelen en afspraken over de aanpak van de groep zorgmijders ontbreekt.

#### 2.1.4 *De samenwerking tussen de huisartsen (en hun POH-ers ggz) en ggz ten behoeve van de doelgroep verschilt sterk in de regio.*

Thuiswonende mensen met chronisch psychische problemen worden, in tegenstelling tot kwetsbare ouderen of mensen met sommige chronische somatische klachten, niet als aparte doelgroep gemerkt in het huisartsen informatiesysteem en gezien door huisartsen. Huisartsen geven aan niet altijd voldoende kennis te hebben over deze doelgroep en voelen zich ook onvoldoende financieel en organisatorisch ondersteund om de zorg voor deze mensen op zich te nemen.

4 Met FACT-teams wordt specifiek de FACT-teams van GGZ Friesland bedoeld.



- 2.1.5 *Knelpunten in de samenwerking met het Sociaal Domein*  
Door het gebrek aan samenwerking met het Sociaal Domein (op het gebied van huisvesting, werk, dagbesteding en afstemming met wijkteams) verloopt het afschalen van de ggz en overdracht van cliënten naar de huisarts soms moeizaam.
- 2.2 De cliënt wordt voldoende ondersteund bij zijn herstel en krijgt de mogelijkheid regie te voeren over zijn zorg vanuit de ggz.**
- 2.2.1 *Cliënten zijn tevreden over de ontvangen zorg.*  
De gesproken cliënten van GGZ Friesland ervaren de zorg als goed en zijn tevreden met hun hulpverleners. De zorg is afgestemd op hun behoeften en wensen. Deze cliënten voelen zich voldoende betrokken bij het tot stand komen van het behandelplan en het bepalen of er beleid dient te komen op eventuele crises.
- 2.2.2 *De naasten van cliënten worden in het algemeen actief betrokken bij het zorgproces.*  
Uit de gesprekken blijkt dat de naasten al in een vroeg stadium bij de behandeling worden betrokken en voldoende informatie krijgen. De Cliëntenraad en de Familieraad spelen (onder andere) een actieve rol bij de betrokkenheid van naasten bij het zorgproces.
- 2.2.3 *Hulpverleners zijn bekend met de visie op herstel en werken daarnaar*  
Een visie op herstel wordt in de FACT-teams duidelijk gehanteerd. Deze is ook verankerd in de werkwijze van de hulpverleners.
- 2.3 Binnen het netwerk ggz en huisartsen zijn meerdere afspraken over samenwerking in de zorg voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. Deze afspraken zijn echter nog niet volledig en/of nog niet overal geïmplementeerd en geborgd. Risico's zijn hierdoor aanwezig.**
- 2.3.1 *Het beleid ten aanzien van handelen bij crisis is niet volledig in het zorgnetwerk vastgelegd. Het risico hiervan is dat de cliënt onvoldoende in staat wordt gesteld om crisis te hanteren.*  
Huisartsen onderkennen het belang van een signaleringsplan maar zijn zelf onbekend met het gebruik hiervan. Huisartsen krijgen geen tools van de ggz om signalen die mogelijk duiden op crisis of advies hoe te handelen in crisis op te pakken.  
  
De Handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' uit 2010 stelt dat een hulpverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject, zich ervan vergewist dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van de samenwerkingspartners en deze informeert over bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te geven. Het behandelbeleid wat te doen bij crisis maakt hier onderdeel van uit.
- 2.3.2 *De informatieoverdracht tussen ggz en huisartsen verloopt niet optimaal. Medicatie-overzichten zijn niet altijd aanwezig of actueel.*  
Ondanks wederzijdse afspraken over de samenwerking geven hulpverleners aan dat het afnemen van een volledige en betrouwbare farmaceutische anamnese in sommige gevallen moeizaam is. Het is niet altijd helder voor de cliënt, apotheek of soms huisarts welke medicijnen een cliënt gebruikt. Hierdoor ontstaat het risico dat het medicatiebeleid niet op de specifieke situatie van de cliënt is afgestemd. De "Leidraad Overdracht medicatiegegevens in de keten" uit 2017 geeft richting bij het maken van afspraken hierover.

2.3.3 *Huisartsen ervaren onvoldoende mogelijkheden tot consultatie, op niveau van de cliënt en over overkoepelende thema's.*

De huisartsen geven aan dat de afstemming over cliënten die worden terugverwezen naar de huisarts beter kan. Voorts ervaren huisartsen problemen bij het realiseren van een spoedopname. De crisisdienst is moeilijk te bereiken en het is niet altijd duidelijk waar een bed vrij is. Het inschakelen van de crisisdienst voor cliënten die nog niet bij de FACT in zorg zijn verloopt moeizaam. De huisartsen pleiten voor centrale coördinatie: één loket waar de huisarts naartoe kan bellen om direct met de juiste hulpverlener in contact te komen.

### 3 Aanbevelingen en te nemen maatregelen

De inspectie heeft onderzoek gedaan naar een deel van het netwerk van GGZ Friesland, waarbij de zorg voor thuiswonende cliënten met chronisch psychische problemen het uitgangspunt was voor het toezicht.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er voortdurend veel tijd en energie wordt gestoken in goede afstemming tussen de ggz en de huisartsen rondom deze doelgroep. Er zijn afspraken gemaakt en op onderdelen leidt de samenwerking tot goede resultaten. De inspectie spreekt hierover haar waardering uit.

Ten aanzien van de onderdelen crisisbeheersing en medicatieoverdracht heeft de inspectie verbeterpunten geconstateerd. Door het uitblijven van afspraken over de implementatie en borging van deze thema's ziet de inspectie potentiële risico's voor de kwaliteit, continuïteit en de veiligheid van de zorg.

De inspectie vraagt van het netwerk om gezamenlijk de belangrijkste verbeterpunten voor de zorg voor thuiswonende mensen met chronische psychische problemen te formuleren. Hiermee dient het netwerk aan de slag te gaan. De samenwerking moet op onderdelen versterkt worden om de doelgroep met voldoende ondersteuning thuis te laten wonen. Door concrete doelen te stellen in de samenwerking worden de knelpunten beter zichtbaar. Hierbij kan het 'Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda' (Trimbosinstituut, 2016) behulpzaam zijn.

Voor de verdere uitwerking van gemeenschappelijke doelen is, naast voldoende inzet, ook financiële ondersteuning nodig. Het is noodzakelijk om over de financiële middelen en organisatorische mogelijkheden in gesprek te blijven/gaan met de betrokken zorgpartners, zorgverzekeraar(s) en gemeenten. Daarnaast verwacht de inspectie dat de individuele netwerkpartners de specifiek voor hen geldende verbeterpunten oppakken en daar waar nodig organisatie breed toepassen.

Tijdens een volgende (on)aangekondigd bezoek of accountgesprek kan de inspectie u vragen inzicht te geven in de vorderingen hiervan.

## 4 Resultaten

Hieronder wordt het functioneren van het regionale netwerk voor de ambulante ggz in Friesland weergegeven. Als eerste komen de resultaten uit de netwerkbijkomst aan de orde. Hiermee wordt inzicht gegeven in de context waarin partijen samenwerken. In de daaropvolgende paragrafen is bij de gesprekken met cliënten, naasten, ggz-zorgverleners en huisartsen het toetsingskader met haar normen gehanteerd. Hierbij is de informatie uit de netwerkbijkomst betrokken.

### 4.1 Netwerkbijkomst

Op 19 november 2018 heeft de inspectie gesproken met relevante netwerkpartners die in het verzorgingsgebied van GGZ Friesland betrokken zijn bij het bieden van ambulante zorg.

#### *Verzorgingsgebied*

GGZ Friesland biedt specialistische geestelijke gezondheidszorg aan mensen met ernstige en complexe psychiatrische problemen, waarbij de herstelvisie de leidraad en focus voor de behandeling is. Het verzorgingsgebied van GGZ Friesland bestrijkt de gehele provincie Friesland. Binnen GGZ Friesland zijn er veertien generieke FACT-teams waarvan drie FACT+ teams. FACT+ is een samenwerking zijn tussen VNN en GGZ Friesland. De FACT-teams werken verspreid over de gehele provincie. Alle FACT-teams van GGZ Friesland zijn CCAF gecertificeerd. Behandelingen die onder generalistische basis-ggz vallen zijn ondergebracht bij Synaeda. Een beschrijving van de werkwijze van FACT wordt gegeven in bijlage 2.

Twee jaar geleden is de caseload van alle FACT-teams gescreend met als leidraad "Doen we de goede dingen goed?". Cliënten waarbij de focus meer lag op begeleiding werden overgedragen aan ketenpartners als MindUp en wijkteams. Tevens werd uitvoering gegeven aan het besluit in de FACT-teams alle cliënten in de SGGZ te behandelen. Volgens de gesprekspartners gaf de oude werkwijze waarbij zowel cliënten uit GB- en S-GGZ in zorg waren te veel verwarring en risico's. Voor 2019 heeft GGZ Friesland zichzelf het doel gesteld te onderzoeken of de cliënt de beste zorg, passend bij de aandoening en de fase van herstel, krijgt. De focus van de behandeling is niet gericht op uitstroming maar op het bevorderen van het herstelproces. Hier is geen termijn aan gebonden.

#### *Samenwerkingsafspraken*

GGZ Friesland heeft samenwerkingsafspraken met diverse regionale zorgaanbieders op het gebied van verslavingszorg (VNN), zorg voor personen met een licht verstandelijke beperking (Alliade), somatische zorg (ziekenhuizen), organisaties voor jeugd ggz en jeugdzorg (Accare en Jeugdhulp Friesland) en ouderenzorg (Kwadrantgroep en Zuid Oost Zorg). Daarnaast werkt GGZ Friesland samen met gemeenten en politie in het kader van lokaal veiligheidsbeleid (Veiligheidshuis).

#### *Doelgroep*

Op de vraag of de doelgroep van het onderzoek (mensen met chronisch psychische problemen die thuis wonen) in beeld is, geeft de CR aan dat tot nu toe de focus met name op de klinisch opgenomen cliënten geweest is. De FACT-clieënten waren niet duidelijk in beeld. Om hier verandering in te brengen, zijn vanuit de CR verschillende initiatieven ontwikkeld. Sinds 2017 is de CR begonnen met het opzetten van zogenoemde FACT-loketten waar ambulante cliënten tijdens een inloopsprekkuur terecht kunnen voor vragen en ondersteuning. Momenteel is er één loket in Drachten open. De ambitie van de CR is om meerdere loketten te openen.

Naast cliënten kunnen familieleden dan ook terecht voor vragen en ondersteuning. De FR heeft de ambitie om per FACT-team aanwezig te zijn bij de familieavonden en bij het maandelijks familiecafé van de HIC.

De huisartsen geven aan dat met name de groep cliënten die zorg mijdt of nog niet in zorg is, bij hen niet in beeld is. De huisarts ziet de cliënt enkel als de cliënt daar zelf het initiatief toe neemt. FACT-clieñten lijken, al dan niet bewust, een scheiding tussen ggz en somatiek te maken. De meeste cliënten komen bij de huisarts voor somatische problemen. Voor psychiatrische zorg gaat de cliënt naar de ggz. Vaak komen cliënten alleen bij de POH-GGZ voor depotmedicatie. De cliënten die in het kader van ambulante ggz op het spreekuur gezien worden, worden in het dossier van de huisarts niet gemarkeerd als aparte doelgroep met ernstige chronische psychische aandoeningen. Hierdoor is geen specifieke selectie, controle en registratie in het netwerk mogelijk.

Dit in tegenstelling tot ouderenzorg en sommige somatische zorgprogramma's voor chronische aandoeningen zoals COPD, diabetes en hart- en vaatziekten. Voor deze aandoeningen bestaan aparte betaaltitels en heeft de zorgverzekeraar (ook financiële) ruimte gecreëerd om kwaliteitseisen te formuleren waaraan de geboden zorg moet voldoen.

De eisen hebben betrekking op het gebied van risicoschatting, behandeling, monitoring en verwijzing van een cliënt. In een ketenzorgprogramma zijn concrete samenwerkingsafspraken en doelen geformuleerd. Volgens de huisartsen zou een dergelijk initiatief (inclusief financiering) helpen de ambulante ggz beter ingericht te krijgen. Met voldoende (financiële) middelen raken huisartsen meer gemotiveerd om een ketenzorgprogramma te ontwikkelen en extra taken voor deze chronische doelgroep op zich te nemen.

Voorts geven de huisartsen aan dat er een zekere mate van terughoudendheid onder de huisartsen heerst om deze doelgroep in zorg te nemen omdat zij deze niet goed kunnen monitoren. Een huisarts pleit ervoor om uitbehandelde patiënten die 'terug' naar de eerstelijns zouden kunnen langer in beeld te laten blijven bij ggz. Dit zou kunnen door op jaar- of halfjaarlijkse basis bij de SPV-er en/of de psychiater op gesprek te komen en niet bij POH-GGZ.

Huisartsen achten zich er niet op toegerust om deze, soms complexe, zorg over te nemen. Dit zou mogelijk liggen aan de inhoud van deze zorg of aan onvoldoende kennis over psychofarmaca. Daarnaast willen huisartsen de mogelijkheid hebben om consultatie te vragen en te kunnen opschalen wanneer zij dit nodig achten.

#### *Samenwerkingsafspraken en ketenoverleg*

Op individueel en lokaal niveau weten samenwerkingspartners over het algemeen elkaar goed te vinden en wordt de samenwerking positief ervaren. Zeker rondom casuïstiek vindt regelmatig afstemming plaats. Hiervoor zijn verwijsafspraken tussen de Huisartsenkring en GGZ Friesland op schrift gesteld (februari 2018).

Toch zijn er verbeteringen mogelijk. Tussen huisartsen en de ggz is onder andere afgesproken dat er warme overdracht bij cliënten plaats zou vinden. Volgens de gesprekspartners zijn deze afspraken niet overal goed geïmplementeerd. Bij afschaling van zorg kunnen de afspraken over overdracht en communicatie beter geïmplementeerd en geborgd worden. De gemaakte afspraken tussen huisartsen en ggz over het gebruik van een signaleringsplan, worden niet overal uitgevoerd.

De CR vindt het belangrijk dat huisartsen op de hoogte zijn van het signaleringsplan van een cliënt. Bij de overdracht van de ggz naar de huisarts wordt dit niet altijd meegenomen. Daarnaast zou het wenselijk zijn als de huisarts ook betrokken wordt bij het opstellen en bijstellen van het signaleringsplan. De FR vindt het belangrijk dat de warme overdracht naar huisarts of POH-GGZ beter gaat verlopen. Verder is het van belang om de familie bij de overdracht te betrekken.

De gesprekspartners geven aan dat er verder op het gebied van het sociale domein, knelpunten zijn. Deze knelpunten signaleren de CR, Zorgbelang Fryslân en de FR ook. Volgens de gesprekspartners gaat het om een kwetsbare doelgroep waaronder ook veel cliënten met LVB-problematiek met een beperkt sociaal netwerk vallen. Als de steunstructuur en het vangnet wegvallen wordt het risico op terugval vergroot. Als voorbeeld wordt het wegvallen van geestelijke verzorging voor de ambulante doelgroep genoemd. Ambulante patiënten zouden voor zingevings- en geloofsvragen een beroep moeten kunnen doen op lokale kerken of andere voorzieningen. Om op dit vraagstuk in te spelen gaat GGZ Friesland in samenwerking met netwerkpartners op dit gebied, onderzoeken wat nodig is om zingevingsvragen, al dan niet in verband met het geloof, in de ambulante ggz te herkennen en beantwoorden.

#### *Gemeenschappelijke doelen*

Zoals eerder genoemd zijn er ten aanzien van de overdracht, kennis delen en consultatie tussen de huisartsen en ggz afspraken gemaakt. Hierbij zijn echter geen gemeenschappelijke doelen, toetsingscriteria en evaluatiemomenten geformuleerd. De focus ligt op het proces en de inhoud van de overdracht.

De wijze waarop de gemeente haar ggz zorg en taken inricht verschilt per gemeente. In Leeuwarden en Heerenveen is dit over het algemeen goed geregeld. GGZ Friesland geeft aan dat daar veel afstemming plaatsvindt tussen de FACT-teams en sociale wijkteams. Dit is echter lang niet overal zo. GGZ Friesland biedt op lokaal niveau scholing en deskundigheidsbevordering met betrekking tot psychiatrie en crisis- en veiligheidssituaties aan enkele wijkteams.

Vergaande afspraken en doelen waarbij het sociale domein betrokken is, zijn nog onvoldoende vormgegeven. De huisartsen geven aan dat op het gebied van huisvesting, werk, dagbesteding en samenwerking met sociaal wijkteams nog geen afspraken zijn. Dit is cruciaal om het afschalen van ggz en overdragen naar de huisarts succesvol te maken.

#### *Ambulante capaciteit en wachttijden*

De ambulante capaciteit in de regio wordt als voldoende ervaren. GGZ Friesland kent geen wachtlijst voor FACT-zorg. Voor de zorgprogramma's persoonlijkheidsstoornissen en traumabehandeling is er wel een wachttijd. De druk op klinische bedden is echter wel hoog te noemen.

De CR geeft aan dat er nu meer doorstroming plaatsvindt dan in het verleden. Familie wordt op tijd bij de behandeling betrokken waardoor al in een vroeg stadium contact wordt gelegd. De uitgangspositie van de behandeling blijft herstelondersteunende zorg en welke middelen de cliënt nodig heeft om thuis te wonen. De cliënt wordt hierdoor centraal gesteld.

#### *Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda*

Het 'Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda' van het Trimbosinstituut was bij de aanwezigen tot op heden niet bekend. De gesprekspartners geven aan dat er op diverse gebieden en binnen verschillende gremia samenwerking plaatsvindt. Echter, deze zijn niet systematisch en conform het handvat vormgegeven. GGZ Friesland is, samen met ketenpartners uit de verslavingszorg en maatschappelijke opvang, dit jaar begonnen met het opzetten van een ACT-team. Daarnaast vindt de pilot 'populatiebepoortering' en 'proeftuin Dokkum' plaats.

Het doel is om steeds te zoeken naar wat de cliënt nodig heeft. De gesprekspartners vragen zich af of instellen van een regiegroep een meerwaarde heeft. Zij vinden het belangrijkste dat er op regionaal en lokaal niveau goede afspraken worden gemaakt, die ook geïmplementeerd worden.

#### *Knelpunten*

Door de gesprekspartners worden de volgende knelpunten in het zorgnetwerk aangedragen:

- Veel zaken worden gezien als 'vanzelfsprekend'. Dit kan ook het risico opleveren dat bepaalde zaken niet georganiseerd of gecommuniceerd worden.
- De werkdruk bij de huisartsen en POH-GGZ is erg hoog. Onder die omstandigheid is de motivatie om nieuwe initiatieven te ontplooiën gering. Stimulering en het beschikbaar stellen van financiële middelen om de ketenzorg ggz te organiseren maakt het wel mogelijk.
- Samenwerking in het sociale domein moet versterkt worden. Op dit moment worden de afspraken onvoldoende nagekomen.
- Er is onvoldoende kennis om de continuïteit van zorg te kunnen borgen. De kwetsbaarheid van de doelgroep wordt niet altijd voldoende herkend en gezien.
- De schotten en verschillen tussen de stelsels, met name op het gebied van financiering, regelgeving en privacy werken belemmerend.

## **4.2 Overzicht beoordeling normen**

In deze paragraaf worden de thema's 'cliënt centraal' (4.3) en 'integrale zorg' (4.4) uitgewerkt. De twee thema's bevatten acht normen. De normen 1.1 t/m 1.4 hebben betrekking op de ggz en vallen daarbij grotendeels samen met eisen die de CCAF aan FACT-teams stelt. De normen 1.5 en 2.1 t/m 2.3 hebben betrekking op het zorgnetwerk. Bij de beoordeling van de normen is gebruik gemaakt van onderstaande kleurcodering:

	Voldoet aan de norm
	Voldoet grotendeels aan de norm; het netwerk is goed op weg; verbetering is mogelijk
	Voldoet grotendeels niet aan de norm; het netwerk heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk
	Voldoet niet aan de norm; het netwerk heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk

De beoordeling van de normen heeft de inspectie gegeven op basis van de informatie van de cliënten, hun naasten, de hulpverleners van de S- en GB-GGZ en de huisartsen. De informatie uit het gesprek met het zorgnetwerk is daarbij als context meegenomen.

<b>Cliënt centraal</b>	<b>Oordeel</b>
1.1 De cliënt krijgt begrijpelijke informatie over welke zorg mogelijk is	
1.2 In samenspraak met de cliënt is een behandelplan opgesteld dat voldoet aan de normen	
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg	
1.4 De zorgverleners hanteren een visie op herstel	
1.5 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren	

<b>Integrale zorg</b>	<b>Oordeel</b>
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is	
2.2 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controlemomenten in de zorg, waarbij het zorgnetwerk belangrijke informatie uitwisselt	
2.3. De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante ggz-zorg	

In de volgende paragrafen wordt per norm de beoordeling en de resultaten van het inspectieonderzoek weergegeven.

#### 4.3 THEMA: CLIËNT CENTRAAL

<b>Norm</b>	<b>Oordeel</b>
1.1 De cliënt krijgt begrijpelijke informatie over welke zorg mogelijk is	

##### *Cliënten*

Alle cliënten geven aan tevreden te zijn over de FACT-zorg die zij ontvangen. De cliënten geven aan dat zij voldoende in staat zijn gesteld om hun hulpvraag te verduidelijken. De hulpvraag van de cliënt en de naaste staat centraal en is leidend voor de behandeling. De hulpvraag wordt samen met de cliënt, zijn naaste en de behandelaar in een zogenaamde ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG) naar concrete stappen en doelen vertaald. De behandelaar probeert hierbij zoveel mogelijk aan te sluiten op de (haalbare) wensen van de cliënt. In het ZAG worden ook de wensen en doelen van naasten duidelijk geformuleerd.

Eén cliënt geeft aan moeite te hebben met haar behandeling. Volgens de cliënt is zij meer gebaat bij een ander soort behandeling dan die zij nu krijgt. Gedurende het gesprek geeft de cliënt ook aan de motivatie en reden voor deze behandelstrategie te begrijpen. De cliënt kan altijd haar wensen met de behandelaar bespreken en samen tot een beslissing te komen. Deze cliënt geeft ook aan niet bekend te zijn



met de term 'regiebehandelaar'. Bij doorvragen kan de cliënt aangeven wie de regie- en regelbehandelaar is en met wie zij gesprekken voert.

#### *Naasten*

Eén naaste geeft aan dat zij wordt betrokken in het vaststellen van de hulpvraag. In een brief aan de inspectie geeft één naaste aan in alle zorgfasen van de cliënt betrokken te worden. De naaste heeft inspraak op de behandeling en krijgt begrijpelijke informatie. De inspectie heeft aan drie cliënten gevraagd in hoeverre hun naaste bij het formuleren van de hulpvraag betrokken wordt. Eén cliënt geeft aan de naasten bij de zorg te betrekken. Zij hebben ook inspraak in zijn behandeling. Twee cliënten geven aan dat zij naasten niet bij de zorg willen betrekken.

#### *Zorgverleners S-GGZ*

Vrijwel altijd heeft de cliënt een hulpvraag, deze wordt verduidelijkt tijdens de intake. Naasten komen niet altijd mee naar de intake. Bij de intake wordt hier extra aandacht aan besteed en probeert de behandelaar daar met de cliënt toch afspraken over te maken. De zorgverleners geven aan dat de naasten de belangrijkste betrokkenen zijn. Naasten fungeren als een belangrijke informatiebron en spelen een signalerende rol. Tijdens de diverse evaluatiemomenten wordt het onderwerp aan de orde gesteld. Het komt in de praktijk weleens voor dat een cliënt twijfelt of het niet eens is met de behandeling die de behandelaar voorstelt. In dergelijke situaties probeert de behandelaar met motiverende gesprekken en het betrekken van naasten tot een gezamenlijke beslissing te komen. Volgens de zorgverleners hebben de meeste cliënten een duidelijke hulpvraag en kunnen zij al dan niet in samenspraak met hun naasten goed aangeven op welke levensgebieden er begeleiding en ondersteuning nodig is. Er is altijd sprake van maatwerk waarbij er rekening wordt gehouden met de fase van herstel, wensen en mogelijkheden.

#### *Huisartsen*

De huisartsen geven aan dat de beschikbare tijd tijdens een consult (10 minuten) te beperkt is om cliënten met (ernstige) psychiatrische problematiek de juiste zorg te bieden. Volgens de huisartsen is de POH-GGZ meer geschikt voor deze rol. De POH-GGZ kan ingezet worden om de hulpvraag/problematiek van de cliënt nader te analyseren en te verhelderen om daarna de huisarts van advies te voorzien op het gebied van mogelijke vervolgstappen (behandeling of verwijzing). Vervolgens kan de huisarts de juiste hulpbronnen inschakelen.

Norm	Oordeel
1.2 In samenspraak met de cliënt is een behandelplan opgesteld dat voldoet aan de normen	

#### *Cliënten*

Alle cliënten hebben een behandelplan en zijn in grote lijnen op de hoogte van de inhoud ervan. Het behandelplan is met alle cliënten besproken en zij zijn in meer of mindere mate bij het opstellen betrokken geweest. Niet alle cliënten hebben behoefte aan inzage in het behandelplan. De zorg komt overeen met wat er in het behandelplan afgesproken is. Alle cliënten geven aan dat de zorg opgeschaald kan worden. Het behandelplan bevat concreet geformuleerde doelen op verschillende leefgebieden. Naast behandeldoelen bevat het behandelplan ook persoonlijke doelen. De doelen sluiten aan op het behandeldoel en fase van herstel waar de cliënt zich in bevindt. Het is voor de cliënt duidelijk aan welke doelen hij moet werken en

de manier waarop hij deze op korte of lange termijn kan bereiken. Drie cliënten hebben een schriftelijke kopie van hun behandelplan.

Het behandelplan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd en bijgesteld. Naasten kunnen betrokken worden bij het opstellen van het behandelplan. Dit is afhankelijk van de wens van de cliënt. Drie cliënten geven aan langdurig stabiel te zijn maar mocht het nodig zijn dan kan de zorg opgeschaald worden. Eén cliënt is sinds kort stabiel en verwacht met de huidige ondersteuning stabiel te blijven.

#### *Naasten*

Naasten kunnen betrokken worden bij het opstellen van het behandelplan. Dit is afhankelijk van de wens van de cliënt. Eén cliënt geeft aan uitdrukkelijk te hebben afgesproken om geen naaste te betrekken. De naaste van een ander cliënt geeft aan betrokken te zijn bij het opstellen van het behandelplan en besluitvorming.

#### *Zorgverleners S-GGZ*

Het behandelplan wordt standaard met de cliënt en zoveel mogelijk met naasten opgesteld. De basis voor het behandelplan wordt gevormd door psychiatrische diagnose en door de cliënt geformuleerde doelen. In het behandelplan worden doelen op vier herstelgebieden (persoonlijk herstel, maatschappelijke herstel, klinisch herstel en functioneel herstel) geformuleerd. Het behandelplan wordt minimaal één keer per jaar met de cliënt en zoveel mogelijk met zijn naaste geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. De zorgverleners geven aan dat het behandelplan een dynamisch document is. Het behandelplan kan tussentijds in overleg met cliënt en zijn naaste bijgesteld worden. De cliënt heeft recht op inzage en kan een kopie van het behandelplan krijgen.

#### *Huisartsen*

De huisartsen en POH-GGZ maken geen behandelplan.

#### *Dossierinzage*

In de dossiers die zijn ingezien is de hulpvraag van de cliënt duidelijk weergegeven, onder andere in de intake en het behandelplan. In de dossiers is de betrokkenheid, waaronder de frequentie van contact en betrokkenheid van naasten, specifiek omschreven. In alle dossiers trof de inspectie een actueel behandelplan. In het behandelplan zijn behandeldoelen als persoonlijke doelen geformuleerd. De behandelplannen die de inspectie heeft ingezien zijn recent opgesteld en nog niet toe aan evaluatie.

Norm	Oordeel
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg	

#### *Cliënten*

De cliënten geven aan dat zij goed bij de behandeling worden betrokken en dat hun wensen, indien mogelijk, hierin worden betrokken. Alle cliënten geven aan tevreden te zijn met hun behandeling. De bereikbaarheid van de behandelaar is goed te noemen. Het is voor de cliënten duidelijk wie het aanspreekpunt is en hoe zij deze kunnen bereiken. De cliënten geven aan bij alle stappen in hun behandeltraject betrokken te worden. Eén cliënt geeft aan dat er veel wisseling in behandelaren is geweest. Sinds zij in behandeling is heeft zij van ongeveer acht behandelaren gewisseld. Volgens de cliënt is het onprettig om steeds opnieuw haar medische geschiedenis te moeten vertellen. Daarnaast kost het tijd om een vertrouwensrelatie met een behandelaar op te bouwen. Drie cliënten geven aan niet op de hoogte te

zijn van een klachtenregeling. Als zij een klacht hebben wordt dit direct met de zorgverleners besproken. Eén cliënt geeft aan wel geïnformeerd te zijn over de procedure.

Alle cliënten geven aan voldoende in staat te worden gesteld om regie te voeren over de zorg en voldoende keuzevrijheid te hebben.

De behandelaar besteedt aandacht aan alle leefgebieden en probeert samen met de cliënt doelen te formuleren en passende acties te organiseren. Als voorbeeld wordt doelen en interventies op het gebied van huisvesting, financiële situatie, hobby's en werk genoemd. Twee cliënten geven aan de begeleiding en dagbesteding bij MindUp<sup>5</sup> als zinvol te ervaren. Bij één cliënt heeft dit tot vast werk geleid.

#### *Naasten*

Volgens twee cliënten worden hun naasten voldoende betrokken bij hun behandeling. De naasten hebben inspraak en er wordt naar hun mening gevraagd en hier wordt ook rekening mee gehouden. Eén naaste geeft aan voldoende betrokken te worden. Er wordt voldoende rekening gehouden met haar wensen en behoeften.

#### *Zorgverleners S-GGZ*

De zorgverleners geven aan vanuit de herstelvisie te werken en dat de kern van de behandeling hierop gericht is. Dit betekent dat de cliënt leidend is, 'wie wat kan doen' om de cliënt verder te helpen. Een herstelgerichte benadering sluit aan bij de mogelijkheden van de cliënt. De regie ligt bij de cliënt en zijn naasten. Veranderingen in de behandeling wordt met de cliënt en zijn naaste besproken. De behandeling wordt periodiek met alle betrokkenen in het netwerk van de cliënt geëvalueerd. Bij vragen kan een cliënt altijd contact opnemen met zijn behandelaar. De cliënten geven aan dat hun behandelaar goed bereikbaar is (telefonisch, persoonlijk contact of via WhatsApp). Het contact is laagdrempelig en kan afhankelijk van de situatie geïntensiveerd worden.

Er is ook aandacht voor de belastbaarheid van naasten. Tijdens familieavonden en in individuele gesprekken is er ruimte voor de cliënt en zijn naaste om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Volgens de zorgverleners begint het echter bij de erkenning en onderkenning van overbelasting door de naaste zelf.

#### *Huisartsen*

Volgens de huisartsen wordt van hen verwacht dat zij de regie voeren over alle zorgaspecten van een cliënt. Hier kan de huisarts, mede gezien zijn takenpakket, niet aan voldoen. Om alle taken goed te kunnen uitvoeren, moet aan randvoorwaarden (zoals tijd, geld en middelen) worden voldaan.

De huisartsen geven aan dat de regie voor de behandeling bij de cliënt ligt. Cliënten met psychische problemen worden in principe niet anders behandeld dan een cliënt met somatische problemen. De huisarts voert geen extra activiteiten ten aanzien van deze doelgroep.

Eén huisarts geeft aan in wisselende mate door ggz-instellingen over zijn cliënten geïnformeerd te worden. Vaak ontvangt hij bij start en afsluiting van een behandeling een brief. Vanwege de (te) grote caseload kunnen cliënten soms uit beeld raken. Eén van de huisartsen geeft aan dat sommige cliënten niet in staat zijn om de eigen regie te voeren maar dat dit wel door de maatschappij wordt verwacht.

<sup>5</sup> MindUp begeleidt mensen met een psychiatrische stoornis of psychosociale problematiek, die hen beperkt bij het wonen, werken en meedoen in de samenleving.

Cliënten lopen hierdoor vast met alle gevolgen van dien. De huisarts pleit dan ook voor meer begeleiding, ondersteuning en coaching in de thuissituatie.

#### *Dossierinzage*

In alle dossiers van het FACT-team is opgenomen welke naasten een cliënt heeft en op welke manier zij betrokken zijn in de behandeling.

Norm	Oordeel
1.4 De zorgverleners hanteren een visie op herstel	

#### *Cliënten*

De cliënten geven aan dat de behandeling gericht is op herstel op alle levensgebieden. Volgens de cliënten krijgen zij de hulp en ondersteuning die zij op dat moment nodig hebben. Het zorgaanbod sluit aan bij de fase van hun herstel. Als het slechter met de cliënt gaat, wordt de zorg ook hierop aangepast. Het op- en afschalen gebeurt in goed overleg. De zorgverleners houden voldoende rekening met de persoonlijke situatie van de cliënt. Indien nodig komt de zorgverlener in de thuissituatie kijken.

#### *Naasten*

Eén naaste geeft aan dat de zorgverleners van het FACT-team naar alle levensgebieden kijken en waar nodig zelf ondersteuning bieden of andere instanties inschakelen. Er wordt naar het totaal plaatje gekeken, 'de cliënt als geheel en de thuissituatie als geheel'. Er is niet alleen aandacht voor de psychische aspecten maar ook de onderliggende somatische problemen. De naaste ervaart de samenwerking met de zorgverleners van het FACT-team als zeer positief.

#### *Zorgverleners S-GGZ*

De zorgverleners geven aan te werken vanuit een visie op herstel. De behandeling is gericht op herstel op alle levensgebieden. Er wordt uniform gewerkt en alle zorgverleners hanteren de CCAF-methode. In een gezamenlijk ZAG met behandelaren, cliënt en naasten wordt de zorg afgestemd die de cliënt nodig heeft.

De zorgverleners geven aan dat de doelgroep ook voor een deel bestaat uit zorgmijders en cliënten die zeer langdurig in zorg zijn en meerdere zorgprogramma's hebben doorlopen. Vaak zijn deze cliënten niet langer in staat om vanuit hun krachten en kwaliteiten te functioneren en identificeren zij zich (deels) met de ziekte. Het FACT spant zich in om dit patroon te doorbreken. Het doel is om de cliënt niet vanuit zijn beperkingen (ziekte) maar vanuit krachten, kwaliteiten en mogelijkheden te behandelen, ondersteunen en begeleiden zodat de cliënt zo goed mogelijk kan functioneren en meedoen in de maatschappij. Door aanbieden van onder andere dagbesteding tracht het FACT maatschappelijk herstel te bevorderen.

#### *Huisartsen*

Niet getoetst.

Norm	Oordeel
1.5 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren	

#### *Cliënten*

Alle cliënten beschikken over een signaleringsplan dat minimaal één keer per jaar wordt geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Eén cliënt geeft aan hier actief gebruik te maken en met zijn naasten te delen. De andere cliënten geven aan wel een signaleringsplan te hebben maar dat het tot nu toe niet nodig is geweest om deze te gebruiken omdat ze langdurig psychiatrisch stabiel zijn. Alle cliënten geven aan te weten welke stappen zij moeten nemen wanneer het minder goed gaat.

Tijdens het evaluatiegesprek worden risicofactoren zoals suicidaliteit, huiselijk geweld, kindermishandeling en agressie besproken en de bijbehorende interventies uitgezet. Eén cliënt geeft aan extra ondersteuning te krijgen bij specifieke gezondheidsrisico's die spelen.

#### *Naasten*

Eén naaste geeft aan intensief betrokken te zijn bij de behandeling. Het signaleringsplan is in samenspraak met de naaste opgesteld. Eén naaste geeft aan dat er te weinig aandacht is voor de rol als naaste. Graag had de naaste meer professionele ondersteuning willen ontvangen om de eigen veerkracht te versterken.

#### *Zorgverleners S-GGZ*

In principe hebben alle cliënten een signaleringsplan waarin wordt vastgelegd wat de eerste signalen zijn als het minder goed gaat en welke interventies de cliënt en/of de zorgverlener kan toepassen om een crisis of terugval te voorkomen. Het signaleringsplan is door de zorgverlener, cliënt en naaste(n) gemaakt. Volgens de zorgverleners is het signaleringsplan een persoonlijk plan en heeft het als doel om bij (dreigende) crisis snel en adequaat te interveniëren. Na een crisis wordt het plan met de cliënt geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Het FACT hanteert de stoplicht-methode (Het model van het stoplicht, met de lichten groen, oranje, rood, wordt gebruikt om een bepaalde stemming aan te geven). De zorgverleners geven aan dat het signaleringsplan net als het behandelplan een dynamisch en levend document is dat steeds wordt aangevuld. Naasten worden zoveel mogelijk hierbij betrokken. Het signaleringsplan wordt minimaal één keer per jaar geëvalueerd. Bij intake wordt standaard een risicotaxatie afgenomen.

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling wordt standaard bij de intake uitgevraagd. Naast de kindcheck vindt ook een familiecheck plaats. Afhankelijk van de uitkomsten worden de noodzakelijke acties uitgezet. Alle medewerkers hebben scholing gevolgd over de toepassing en uitvoering van de meldcode.

GGZ Friesland organiseert zes keer per jaar groepsbijeenkomsten voor cliënten over het thema 'signaleringsplannen'. Deze bijeenkomsten zijn specifiek gericht op het werken met signaleringsplannen. In het gesprek wordt de doelstelling en inhoud van een signaleringsplan besproken. De bijeenkomst is bedoeld voor cliënten die nieuw in zorg zijn of die al over een signaleringsplan beschikken.

#### *Huisartsen*

De huisartsen maken geen gebruik van signaleringsplannen en/of crisiskaart en vragen er ook niet actief naar. Voor cliënten die in behandeling zijn bij een FACT-team kan huisarts bij een eventuele crisis een beroep doen op het FACT-team. Het contact is laagdrempelig. Voor de groep cliënten met chronische psychische

problematiek die langdurig uit zorg is (of niet in zorg is), is er vaak geen signaleringsplan en of crisiskaart aanwezig. Het is voor huisartsen niet duidelijk hoe hiermee om te gaan.

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is bekend bij de huisartsen. De huisartsen zijn alert op signalen van kinder- en oudermishandeling maar nemen geen risicotaxatie af.

#### *Dossierinzage*

In alle onderzochte dossiers is een risicotaxatie en signaleringsplan aanwezig. In het signaleringsplan zijn acties voor zorgverleners, de cliënt en naasten opgenomen. De informatie in het signaleringsplan komt overeen met het behandelplan.

#### **4.4 THEMA: INTEGRALE ZORG**

Norm	Oordeel
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is	

#### *Cliënten*

De cliënten geven aan goed te weten wie welk deel van de zorg uitvoert. Het is voor cliënt en zijn naaste duidelijk welke zorgverlener het aanspreekpunt is bij vragen en onduidelijkheden.

De cliënten hebben weinig contact met de huisarts. Eén cliënt heeft alleen contact met de huisarts voor het voorschrijven van medicatie. Een andere cliënt geeft aan dat meerdere hulpverleningsinstanties betrokken zijn. Soms is het moeilijk om te bepalen wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit komt omdat meerder instanties zich bezig met dezelfde hulpvraag. De onduidelijkheid wordt altijd in gesprek weggenomen. Een andere cliënt geeft aan bij meerdere specialisten in behandeling te zijn. Het is voor de cliënt duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Volgens de cliënt vindt er afstemming tussen alle partijen plaats.

#### *Naasten*

Eén naaste geeft aan intensief bij de behandeling te worden betrokken waarbij er ook afstemming is.

#### *Zorgverleners S-GGZ*

Om de continuïteit van zorg te borgen hebben alle cliënten een regie- en regelbehandelaar. Bij cliënten met een Bopz-titel is de psychiater altijd de regiebehandelaar. Binnen het team worden afspraken vastgelegd over wie welke zorg in de keten levert. In het ZAG worden deze afspraken opnieuw geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. In het dossier (intakeverslag behandelplan en voortgangsrapportage) is opgenomen welke organisaties bij een cliënt betrokken zijn.

#### *Huisartsen*

De huisartsen hebben de indruk dat het in het algemeen duidelijk is wie welke zorg verleent aan de cliënt.

### *Dossierinzage*

In het voorblad van het dossier staat de naam van regiebehandelaar, regelbehandelaar en huisarts vermeld. In alle vier dossiers is vermeld welke organisaties bij de cliënt betrokken zijn. In alle vier dossiers was een verslag van de somatische screening aanwezig.

Norm	Oordeel
2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners voorzien in controlemomenten in de zorg, waarbij het zorgnetwerk belangrijke informatie uitwisselt.	

### *Cliënten*

Alle cliënten geven aan de indruk te hebben dat de zorgverleners en andere betrokken instellingen/organisaties op de hoogte zijn van elkaars activiteiten. Er wordt voldoende uitwisseling ervaren over de belangrijke zaken. Hierbij wordt ook de somatiek meegenomen. In het ZAG komen alle betrokkenen in het netwerk bij elkaar en wordt de zorg afgestemd. De cliënten geven aan voldoende ondersteuning te ervaren. Eén cliënt geeft aan geen naaste te willen betrekken. Haar wens wordt door de zorgverleners gerespecteerd. Alle cliënten geven aan weinig contact met de huisarts te hebben. Bij vragen nemen zij eerst contact op met hun behandelaar. Indien nodig worden zij naar de huisarts verwezen.

De cliënten geven aan jaarlijks een oproep te krijgen voor somatische controle en ROM-meting.

### *Zorgverleners S-GGZ*

De zorgverleners geven aan dat in een keten rondom een cliënt soms veel partijen moeten samenwerken. Als voorbeeld worden woningcorporaties, huisartsen, maatschappelijke opvang, zorgboerderijen en verslavingszorginstellingen genoemd. Om de zorg onderling goed af te stemmen worden ZAG-gesprekken met alle partijen georganiseerd, dit vergt een proactieve opstelling van alle betrokkenen. Bij het ZAG is de cliënt en indien mogelijk ook zijn naaste bij aanwezig.

In overleg met de keten wordt er gekeken waar de hulpvraag ligt. Als er veel partijen betrokken zijn wordt een casushouder aangewezen. De casushouder voert de regie en is het aanspreekpunt voor alle betrokken partijen. De rol van casushouder is niet per definitie bij ggz belegd. Dit kan ook een medewerker van een andere zorginstantie zijn, bijvoorbeeld de gemeente of sociaal wijkteam. Welke instantie als casushouder wordt aangewezen is afhankelijk van de problematiek die op dat moment op de voorgrond staat. Alle afspraken worden in het dossier van de cliënt vastgelegd.

De huisarts ontvangt periodiek een voortgangsrapportage. Na de intake en periodiek tot het afsluiten van de behandeling. Huisartsen nemen weinig contact op is de ervaring.

Jaarlijks neemt de ROM-verpleegkundige de ROM-meting af. Ook voert deze verpleegkundige jaarlijks een somatische screening uit en heeft zij aandacht voor leefstijl. De somatische screening bestaat uit lichamelijk- en bloedonderzoek. De resultaten worden in de behandelplanbespreking en met de cliënt besproken.

Bij afwijkende uitslagen wordt de huisarts geïnformeerd. Als er aanvullend beleid nodig is wordt er direct contact met de huisarts genomen.

De zorgverleners geven aan dat het afnemen van een volledige en betrouwbare farmaceutisch anamnese in sommige gevallen moeizaam verloopt. Een medicatieoverzicht is niet altijd aanwezig of actueel. Het is niet altijd helder voor de cliënt, apotheek of soms huisarts welke medicijnen een cliënt gebruikt. Bij de jaarlijkse somatische screening wordt er standaard een medicatiecheck uitgevoerd.

#### *Huisartsen*

De huisartsen geven aan dat doelgroep (mensen met chronisch psychische problemen die thuis wonen) over het algemeen wel in beeld is. De groep zorgmijders (met mogelijk EPA) daarentegen niet. De ervaring is als een cliënt in de ggz onder behandeling is geweest de huisarts door de instelling geïnformeerd wordt. De frequentie waarin dit gebeurt verschilt per instelling. In het algemeen wordt er na aanmelding, na de intake en in ieder geval bij het ontslag een brief gestuurd. De huisarts wordt ook geïnformeerd na een crisisinterventie. De informatievoorziening kan beter, aldus de huisartsen. De ervaring is dat de huisartsen niet altijd op de hoogte zijn van belangrijke wijzigingen in de behandeling; er vindt weinig overleg hierover plaats tussen de betrokkenen.

De huisartsen geven aan dit graag anders te willen maar door de bureaucratie is het lastiger geworden om iemand direct aan de telefoon te krijgen. Volgens de huisartsen was dit in het verleden anders, bij een vraag kon de huisarts direct met de behandelaar van de cliënt afstemmen, nu moet hij allerlei procedures en administratieve handelingen uitvoeren voordat bij de juiste persoon terecht komt en kan overleggen. Volgens de huisartsen gaat dit ten koste van de tijd voor de cliënt.

De huisartsen voeren somatische screening uit op indicatie. De huisartsen geven aan niet altijd geïnformeerd te worden over uitslagen van onderzoeken die door de ggz zijn uitgevoerd. Ook vindt er geen periodieke somatische-evaluatie met een ggz-instelling plaats. Dit kan voor onduidelijkheid zorgen.

Volgens de huisartsen vormt medicatieverstrekking een risico. Het is voor de huisartsen niet altijd inzichtelijk welke medicatie door de ggz wordt voorgeschreven, gewijzigd of gestopt. Er vindt geen wederzijdse overdracht bij medicatiewijzigingen plaats. De huisarts is afhankelijk van de informatie van de cliënt en de al aanwezige en de beschikbare informatie van de ggz-instelling. Ook de apotheek beschikt niet altijd over een actueel overzicht. De huisartsen willen over een actuele en volledig medicatieoverzicht beschikken.

#### *Dossierinzage*

In de dossiers zijn brieven te zien die na de intake en periodiek aan de huisarts zijn gestuurd. In alle vier dossiers wordt gezien dat er een somatische screening is uitgevoerd waarbij ook de medicatie is geëvalueerd. Eén cliënt gebruikt somatische medicatie voorgeschreven door een specialist. Dit is ook in het medicatiedossier vastgelegd.

Norm	Oordeel
2.3 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante ggz-zorg	



### *Cliënten*

De cliënten geven aan direct na aanmelding in zorg te zijn gekomen. Alle cliënten ervaren de huidige zorg als voldoende. De cliënten geven aan dat zij serieus worden genomen en zich veilig voelen. Indien nodig kan de zorg op- of afgeschaald worden. Eén cliënt geeft aan kort op een wachtlijst te hebben gestaan voor zorg bij een andere ggz-instelling. Eén cliënt die recent uit zorg is, geeft aan terug te zijn verwezen naar de huisarts. De overdracht is goed verlopen want de huisarts was volledig op de hoogte van haar behandeling bij GGZ Friesland. Een andere cliënt geeft aan het verstorend te vinden dat er in een korte tijd veel wisseling van behandelaren is geweest.

### *Naasten*

Niet getoetst.

### *Zorgverleners S-GGZ*

Er zijn geen wachttijden voor FACT Drachten. Cliënten kunnen na intake direct in zorg worden genomen. Het lukt bijna altijd om binnen twee weken een intakegesprek te plannen. Soms is ter overbrugging de inzet van het Spitsteam nodig. Dit is met name aan de orde bij de overgang van klinische opname naar ambulant.

Voor er besloten wordt tot afschalen van zorg, wordt er kritisch gekeken of er nog een behandelvraag ligt en wat de cliënt nog aan zorg nodig heeft. Criteria voor het afschalen (of afsluiting) van zorg kunnen zijn zeer laag tot geen frequent contact, de cliënt is minimaal één tot twee jaar psychiatrisch stabiel en is niet crisisgevoelig en heeft voldoende zinvolle dagbesteding. Vervolgens wordt de nazorg goed georganiseerd en vindt er afstemming met de cliënt, zijn naaste en ketenpartners (waaronder de huisarts en POH-GGZ) plaats. Doordat er geen wachttijden zijn kan de zorg indien nodig direct weer opgeschaald worden. Mocht een cliënt korter dan een jaar uit zorg zijn wordt hij direct weer in behandeling genomen. Bij afsluiting ontvangt de huisarts of verwijzer een brief waarin hij op de hoogte wordt gesteld van de diagnostiek, het behandelplan, relevante evaluaties en de afsluiting van de behandeling.

Net als elders in het land zijn ook bij GGZ Friesland veel bedden afgebouwd waardoor de gemiddelde zorgzwaarte bij de huisartsen is toegenomen. Deze signalen komen ook van de huisartsen af maar het FACT merkt het ook. De zorgverleners geven aan dat sommige huisartsen of POH-GGZ huiverig kunnen reageren wanneer de zorg voor een cliënt wordt overgedragen (wordt afgeschaald). De samenwerking met de huisarts verloopt soepeler dan voorheen. Door de periodieke voortgangsbrieven wordt huisarts geïnformeerd en voorbereid op een naderend ontslag. Na ontslag wordt de huisarts regiebehandelaar.

In het ZAG wordt de zorg met alle betrokkenen afgestemd en geëvalueerd. Alle afspraken worden in een voortgangsbrief vastgelegd. Alle betrokkenen ontvangen een afschrift.

Een doelgroep die tussen wal en schip dreigt te raken zijn cliënten die eigenlijk niet goed aankomen bij de poliklinieken, dit betreft de specialistische zorgprogramma's, die met name in Leeuwarden gestationeerd zijn, maar (nog) niet tot de EPA doelgroep behoren en binnen de criteria vallen van FACT. In dergelijke situaties wordt een cliënt toch bij de FACT in behandeling genomen en wordt direct het

proces in gang gezet om de cliënt naar een andere vorm van zorg of zorgprogramma binnen GGZ Friesland toe te leiden.

#### *Huisartsen*

De huisartsen hanteren zelf geen wachtlijst om cliënten aan te nemen of terug te nemen vanuit de ggz. Cliënten worden niet actief opgeroepen door de huisarts als de behandeling binnen de ggz wordt gestaakt of afgerond. Een knelpunt waar de huisartsen tegenaanlopen is dat er soms geen overleg plaatsvindt en cliënten zonder overleg vooraf naar de huisarts voor nazorg worden verwezen. Voorts ervaren huisartsen ook problemen bij realiseren van een spoedopname. Volgens de huisartsen kost het veel moeite doen om een patiënt geplaatst te krijgen.

De crisisdienst is moeilijk te bereiken en het is vaak onduidelijk of en waar een bed vrij is. Soms moet een cliënt meerdere malen verplaatst worden. Dit is tijdrovend en stressvol voor zowel de cliënt als huisarts.

De huisartsen geven aan bekend te zijn met de informatie over wachtlijsten in Zorgdomein. De wachtlijsten voor de ggz (anders dan FACT) vormen een probleem waar de huisartsen dagelijks tegenaanlopen. Met name de wachtlijst, specifiek voor behandelingen van autismespectrumstoornis voor de jeugd-ggz, is een groot probleem. De huisarts wordt verantwoordelijk geacht om de cliënt te begeleiden/behandelen totdat de cliënt bij de ggz in zorg komt. Er wordt van de huisarts verwacht dat deze in staat is om met beperkte tijd en middelen ernstige en gevaarlijke situaties te voorkomen. Dit is echter niet reëel en niet haalbaar.

De samenwerking met GGZ Friesland verloopt wisselend. Het is de ervaring van de huisartsen dat een cliënt na doorwijzing snel wordt opgeroepen voor een intake, maar dat de wachttijd voor aanvang van de behandeling lang duurt. Dit geldt niet voor alle zorgprogramma's en FACT-teams. De ervaring met Synaeda is wisselend, ook hier worden cliënten snel opgeroepen maar wordt de behandeling na een relatief korte behandelduur afgesloten.

Ook geven de huisartsen aan dat er te veel schotten in de zorg zijn. Het is voor de huisartsen niet meer te overzien welke organisatie waarvoor ingeschakeld kan worden. Eén huisarts geeft aan dat hij met een hele keten aan zorginstanties te maken krijgt bij een verwijzing van een cliënt. In enkele gevallen kan het voorkomen dat een huisarts moet betalen voor consultatie. De huisartsen pleiten voor een centrale coördinatie, één loket waar de huisarts naar toe kan bellen om direct met de juiste zorgverlener in contact te komen.

De huisartsen geven aan in de afgelopen jaren steeds meer taken te hebben bijgekregen. Ook is het aantal patiënten en de zorgzwaarte is toegenomen. Hierdoor is het soms lastig om in de beschikbare tijd de hulpvraag van de cliënt goed te kunnen onderzoeken en verhelderen. Het betrekken van familie en naasten bij de behandeling komt in het contact met de patiënt niet aan bod. De huisartsen zoeken niet actief contact met de naasten maar wachten af totdat de familie of cliënt zelf met een hulpvraag hierover komt. Volgens één van de huisartsen is hij er voor de cliënt en staat de behandelrelatie tussen hem en cliënt op het eerste plaats. Hij acht de cliënt autonoom genoeg om indien wenselijk zijn naaste bij de zorg te betrekken.

#### *Dossierinzage*

In de dossiers zijn brieven te zien die na de intake aan de huisarts zijn gestuurd. In het dossier is ook de somatische anamnese opgenomen.

## Bijlage 1: Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk

### **Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase**

De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.

### **Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase**

Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.

### **Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase**

De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.

### **Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase**

De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen.

Bron: Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [proefschrift]. Deventer: Kluwer, 2011.

## Bijlage 2: beschrijving werkwijze FACT

GGZ Friesland heeft een centraal aanmeldbureau waar verwijzers cliënten via Zorgdomein, brief, fax of telefonisch kunnen aanmelden. Een aanmeldfunctionaris triert vervolgens de aanmeldingen en zet deze bij de juiste afdelingen uit. Aanmeldingen die specifiek voor het FACT bestemd zijn, worden door een verpleegkundig specialist gescreend en beoordeeld. De verpleegkundig specialist onderzoekt of de cliënt op basis van de beschikbare informatie en hulpvraag tot de doelgroep behoort en passende zorg bij FACT kan krijgen. Verwijzing vindt meestal plaats door huisartsen, Synaeda of ketenpartners.

Mocht een cliënt in aanmerking komen voor behandeling bij het FACT wordt hij uitgenodigd voor een intakegesprek binnen twee weken. In het intakegesprek wordt de hulpvraag, oorzaak en ernst van de klachten met de cliënt besproken. Ook de mate waarin deze klachten van invloed zijn op het dagelijks leven van de cliënt komt aan de orde. Daarnaast ontvangt de cliënt informatie over de visie en werkwijze van het FACT. Indien een cliënt al in zorg is bij een FACT-team kan de behandelaar, zonder tussenkomst van het aanmeldbureau, de cliënt direct bij een andere FACT-team aanmelden. Het intakegesprek vindt plaats met de regiebehandelaar en een SPV'er. Tijdens het intakegesprek ontvangt de cliënt informatie over de intakeprocedure, visie (herstelgerichte zorg) en werkwijze van het FACT. Na aanmelding wordt de cliënt tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) besproken en toegewezen aan een regie- en regelbehandelaar. Aansluitend volgt het behandeladviesgesprek met cliënt en zijn naaste(n). Na het behandel-adviesgesprek ontvangt de cliënt een behandelplan.

Indien nodig organiseert het FACT overbruggingszorg tot aan de intake. Alle nieuwe cliënten worden na aanmelding op het FACT-bord geplaatst.

Wekelijks gaan twee behandelaren alle FACT-clieënten die klinisch (locaties Leeuwarden, Heerenveen en Franker) in zorg zijn en cliënten die bemoezorg ontvangen, bezoeken. Volgens de zorgverleners levert dit veel op en draagt het bij goede zorgverlening en efficiënte en effectieve communicatie met de cliënten en klinieken. Het FACT-team is meer zichtbaar waardoor sneller overleg plaats kan vinden. Het contact is laagdrempelig. Voor ontslag is er al veel duidelijk en is de cliënt goed in beeld, hierdoor ontstaat er minder kans op fouten in de informatieoverdracht. Cliënten ervaren het contact en aandacht als erg prettig.

Het FACT-team in Drachten bestaat uit twaalf medewerkers van verschillende disciplines en heeft ongeveer 140 cliënten in zorg. Het FACT-team neemt deel aan diverse andere overleggen met netwerkpartners. Zo vindt er iedere zes weken overleg plaats tussen de verpleegkundig specialisten van GGZ Friesland en FACT VNN. Daarnaast neemt de SPV van het FACT-team deel aan het escalatieplatform Ooststellingwerf en sociaal team Smalingerland. De casemanager van het FACT-team neemt deel aan het overleg Sociaal Team Opsterland. Voorts vindt er twee keer per jaar een uitwisseling van diverse thema's en deskundigheidsbevordering tussen VNN en FACT plaats. Op indicatie zijn er contacten met Veiligheidshuis, woningcorporaties, woonvormen, huisartsen en aanbieders van dagbesteding.