

(f)ACT

Regionale Zorg voor Mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)

Philippe Delespaul
Programmaleider Integrale Zorg Mondriaan
Senior Onderzoeker Universiteit Maastricht
Brussel, 25 november 2010

EPA is the “Cinderella of Care”

(J.van Os, 2002)

- ❑ Lineair zorgmodel (uitbehandeld)
- ❑ Kort/lang scheiding in zorgcircuits
- ❑ Cure/Care organisatie split
- ❑ 2de klasse hulpverleners (niet ‘sexy’)
- ❑ TOCH: EPA zorg is de test vd kwaliteit vd GGZ
(en de humaniteit van de maatschappij)

ZORGINNOVATIE 'nieuwe' concepten?

Niets nieuws onder de zon!
(kennis is jaren bekend)

IMPLEMENTEREN!

‘De Rijdende Psychiater’



Querido (1932-1989)

OPTIMALISERING vd EPA zorg

- ❑ kwaliteit centraal: 'evidence based'/academisch
- ❑ regionaal verankerd
- ❑ niet selectief maar inclusief
- ❑ continuïteit van zorg (circuit)
- ❑ keuzes via 'meten is weten': PCR/ZM/ROM
- ❑ vraaggericht (zorgbehoeften)

MOMENTUM

(het is nu anders....)

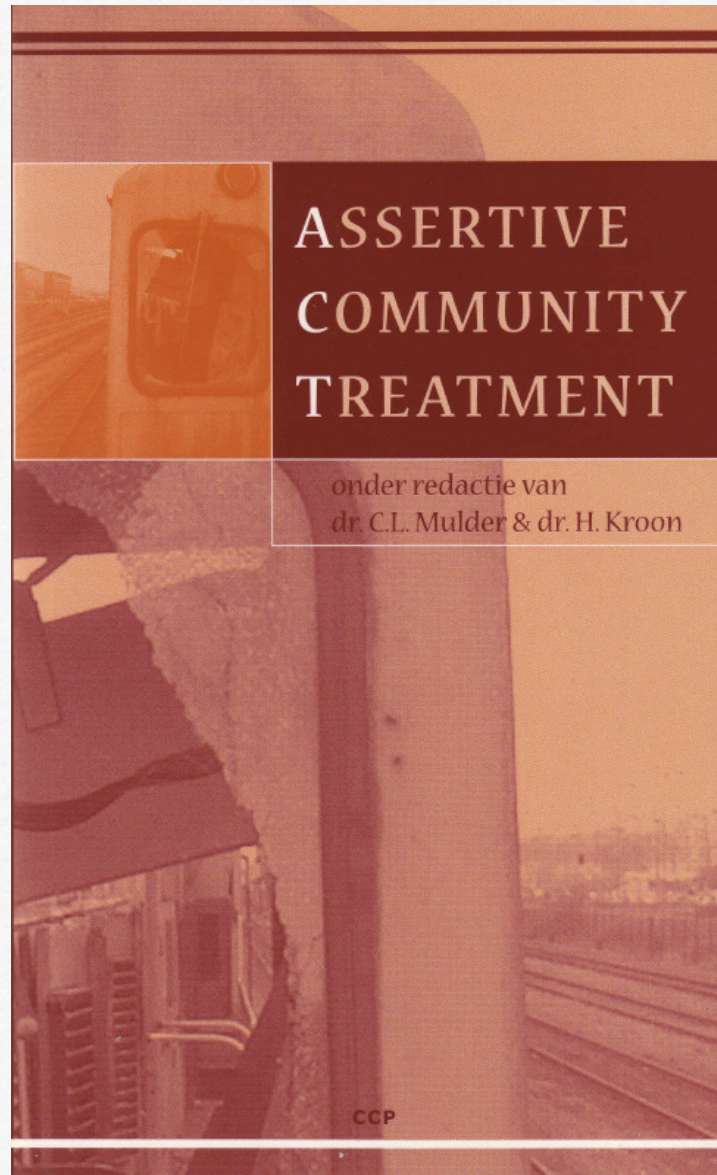
- ❑ 'Herstel'
 - ❑ revolte van de klant (buiten zorg beter af?)
 - ❑ 'ziek' zijn en identiteit zijn verweven
- ❑ ACT en FACT (er is een alternatief)
- ❑ 'isola felice' (kwaliteit voor enkelen (bijv. vroegdetectie) of voor velen/allen)
- ❑ 'Integrale Zorg' concept/zorgprogramma

TCL/ACT



Test, Stein (& Marcs), Training in Community Living
Madisson (wisc.) 1975-1982

ACT



ACT

(assertive community Treatment)
WIKIPEDIA

- a clear focus on those participants (clients) who require the most help from the service delivery system;
- an explicit mission to promote the participants' independence, rehabilitation, and recovery, and in so doing to prevent homelessness and unnecessary hospitalization;
- an emphasis on home visits and other *in vivo* (out-of-the-office) interventions, eliminating the need to transfer learned behaviors from an artificial rehabilitation or treatment setting to the "real world";

ACT

(assertive community Treatment)

- a participant-to-staff ratio that is low enough to allow the ACT "core services team" to perform virtually all of the necessary rehabilitation, treatment, and community support tasks themselves in a coordinated and efficient manner -- unlike traditional case managers, who broker or "farm-out" most of the work to other professionals;
- a "total team approach" in which all of the staff work with all of the participants, under the supervision of a qualified mental health professional who serves as the team's leader;
- an interdisciplinary assessment and service planning process that typically involves a psychiatrist and one or more nurses, social workers, substance abuse specialists, vocational rehabilitation specialists, and certified peer specialists (personal recovery experience);

ACT

(assertive community Treatment)

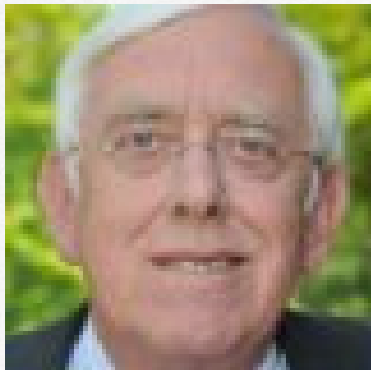
- a willingness on the part of the team to take ultimate professional responsibility for the participants' well-being in all areas of community functioning, including most especially the "nitty-gritty" aspects of everyday life;
- a conscious effort to help people avoid crisis situations in the first place or, if that proves impossible, to intervene at any time of the day or night to keep crises from turning into unnecessary hospitalizations; and
- a promise to work with people on a time-unlimited basis, as long as they demonstrate a continuing need for this highly intensive and integrated form of professional help.

ACT

(assertive community Treatment)

- ❑ Multidisciplinair team
 - ❑ Team verleent zelf alle zorg (bord, ochtend dispatching)
 - ❑ Incl. psychiater, trajectbegeleiding, DD, ervaringswerker
- ❑ Teamcasemanagement (stress, continuïteit)
- ❑ Assertief/outreaching
- ❑ Huisbezoeken
- ❑ 'most' severe of severe (20% van 1%): Intensieve zorg

FACT?



Handboek FACT

Remmers van Veldhuizen
Michiel Bähler
Diana Polhuis
Jim van Os (red.)

de Tijdstroom

FACT

(FUNCTIE ACT)

❑ ACT structuur

- ❑ Team casemanagement, assertief/outreaching (indien nodig), huisbezoeken (indien nodig) Verleent zelf alle zorg; Incl. psychiater, trajectbegeleiding, DD, ervaringswerker
- ❑ Fase gericht (niet-lineaire) visie op zorg en herstel
- ❑ Incorporeert/bergt EBP (DD, CGT, IPS...)
- ❑ Schaalbaarheid (doorbehandelen in de kliniek?!)
- ❑ 'all' severe (100% van 1%): basis (regionale) zorg voor EPA

ORIGINAL PAPER

Maarten Bak · Jim van Os · Philippe Delespaul · Arthur de Bie · Joost á Campo · Giovanni Poddighe
Marian Drukker

An observational, “real life” trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria

128

Table 3 Association between period (pre-post assertive outreach) and remission

Remission	OR	95%CI	Risk difference	95% CI	p
Post-assertive outreach (n = 154)	2.21	1.03–4.78	0.043	0.15	0.062
Adjusted ^a Post-assertive outreach (n = 128)	1.7	0.54–4.83	0.27	0.10	0.31

^aadjusted for: age at previous assessment, time receiving care, remission at baseline

comparisons of the introduction of assertive outreach in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. **Method** Assertive outreach was implemented in 2002 in a catchment area of 50,000 where cumulative routine outcome measure-

tion to remission increased from 19% in the period before the introduction of assertive outreach, to 31% in the period after (OR = 2.21, 95% CI 1.03–4.78). **Conclusion** Assertive outreach in real life routine clinical practice brings about detectable changes in clinical outcome. ACT may bring improvement to the lives of patients living in countries characterised by fragmented and hospital-based mental health services.

M. Bak, MD, PhD (✉) · J. van Os, MD, PhD
P. Delespaul, PhD · M. Drukker, PhD
Dept. of Psychiatry and Neuropsychology
South Limburg Mental Health Research and Teaching Network,
EURON
Maastricht University

Key words ACT – remission – SMI – schizophrenia – outcome – services

Ontwikkeling in Nederland...

- 'bottom up'
 - geen wetgeving
 - geen aansturing
- wel:
 - opgepikt door directies
 - opgepikt door zorgverzekeraars

Disseminatie (150+)

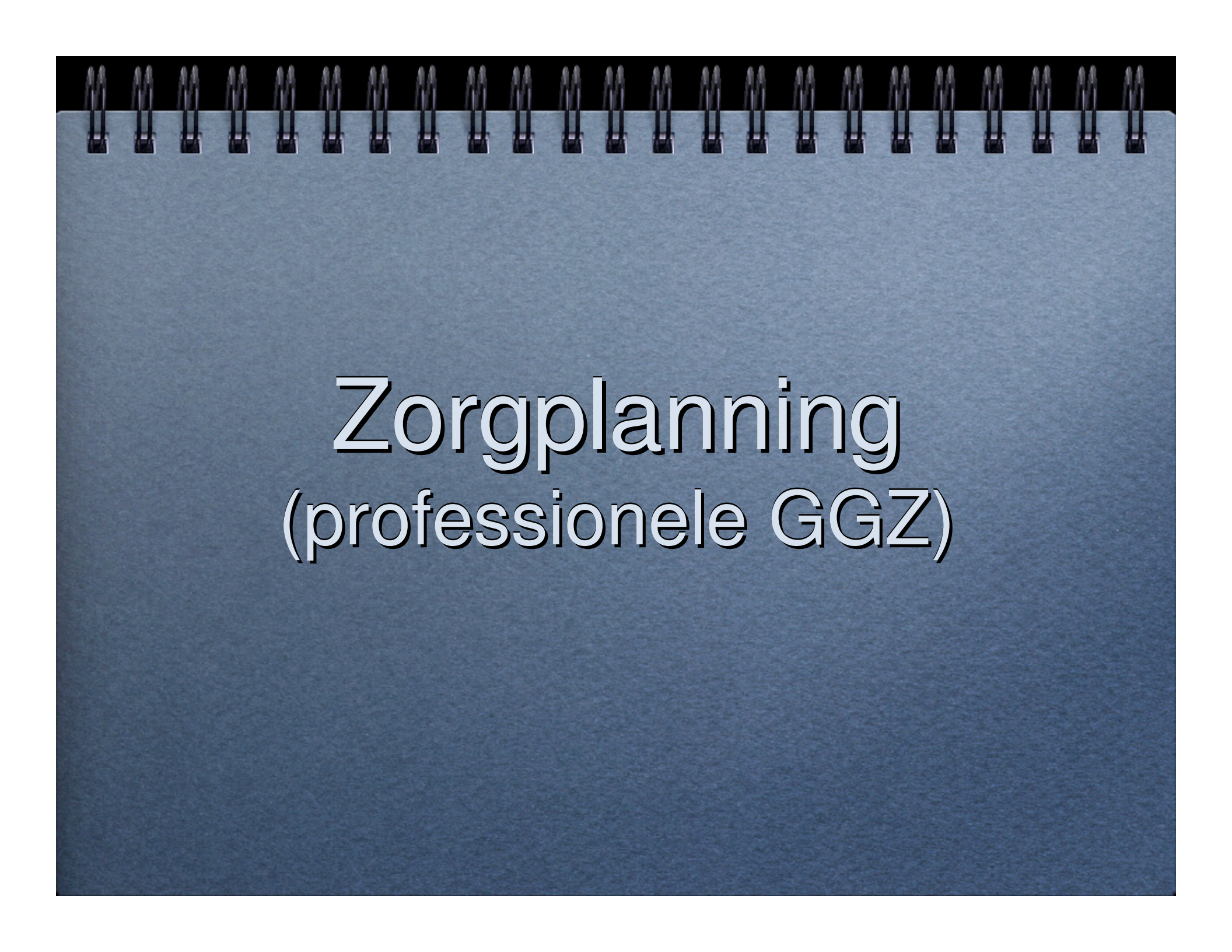


Centrum
Certificering
ACT en FACT

-  ACT
-  FACT
-  eerste psychose
-  i.o.

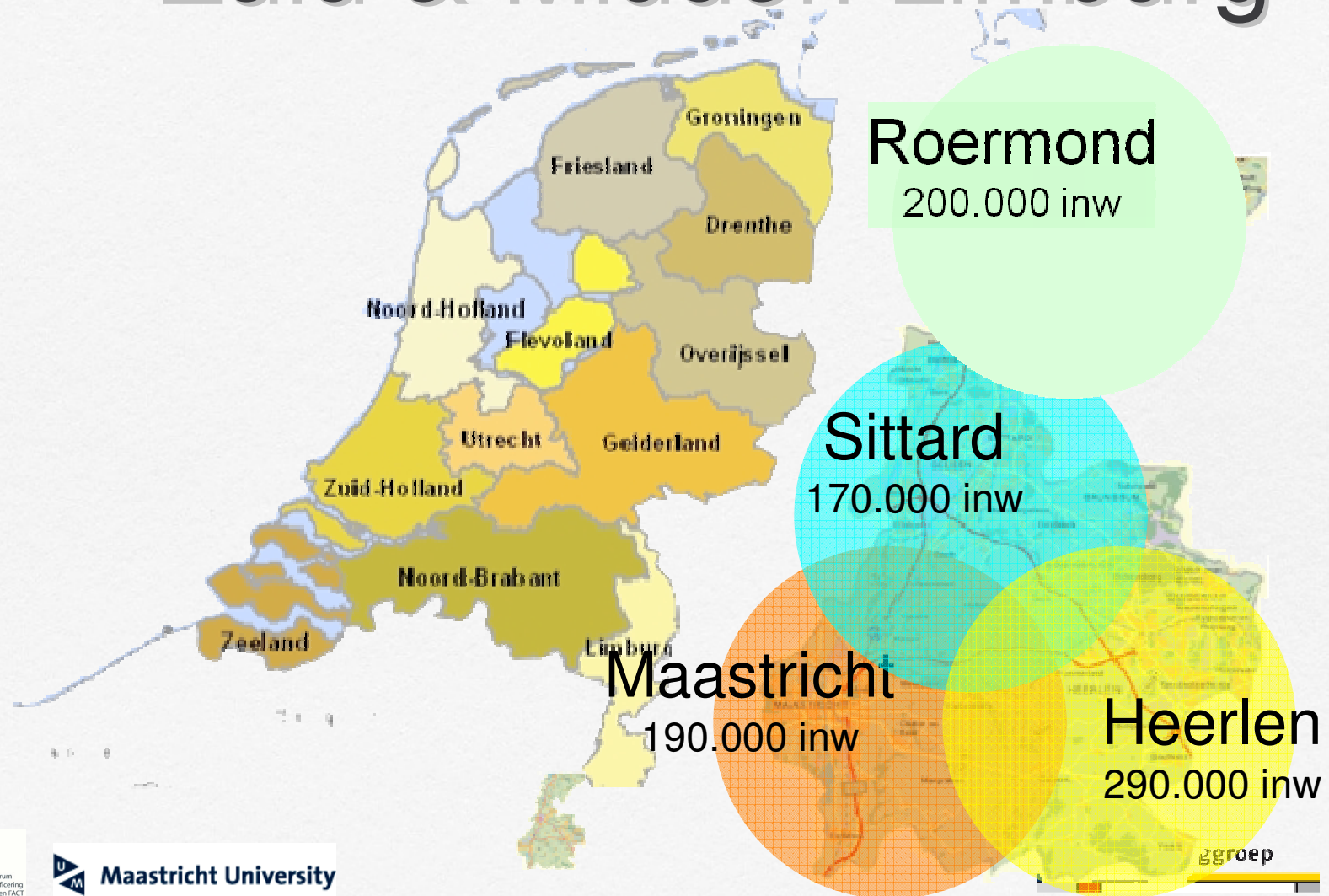
Kwaliteitsborging

1. KLEINE CASELOAD Cliënt/hulpverlener-verhouding van 15:1 (incl. psychiater, excl. secretariële ondersteuning, psychiater i.o. voor de helft)	≥ 50 cliënten/hulpverlener of meer.	35 - 49	25 - 34	16 - 24	Maximaal 15 cliënten/hulpverlener.
2. PERSONEELSBEZETTING Het programma werkt met een volledige personeelsbezetting, dwz een minimum aan vacatures.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
3. TEAMVERBAND De teamleden hebben een enkel en substantieel dienstverband voor het team. (aantal fte / teamleden) (incl psychiater, excl secretariële personeel)	Gemiddeld lager dan < 0.5	Gemiddeld tussen 0.5 en 0.59	Gemiddeld tussen 0.6 en 0.69	Gemiddeld tussen 0.7 en 0.79	Gemiddeld 0.8 of hoger.
4. PSYCHIATER Per 200 cliënten is tenminste één fulltime psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 200 cliënten minder dan 0,10 FTE psychiater.	0,10 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft voor 200 cliënten 1 FTE psychiater in dienst.
5. PSYCHOLOOG Het team heeft tenminste een psycholoog aangesteld (0,8 FTE op 200)	Het team heeft minder dan 0,2 FTE psycholoog verbonden aan het team.	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE psycholoog of meer in dienst.
6. ERVARINGSWERKER Het team heeft tenminste een ervaringswerker aangesteld (0,8 FTE op 200)	Het team heeft minder dan 0,2 FTE ervaringswerker verbonden aan het team	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE ervaringswerker of meer in dienst
7. MAATSCHAPPELIJK WERKER en/of SPH, SOC. JUR DIENSTV. Het team heeft tenminste een MW, SPH of SJD aangesteld (0,8 FTE op 200 cliënten) (of specifieke kennis over sociaal juridische aspecten bij een ander	Het team heeft minder dan 0,2 FTE MW, SPH of SJD verbonden aan het team	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE MW, SPH of SJD of meer in dienst.

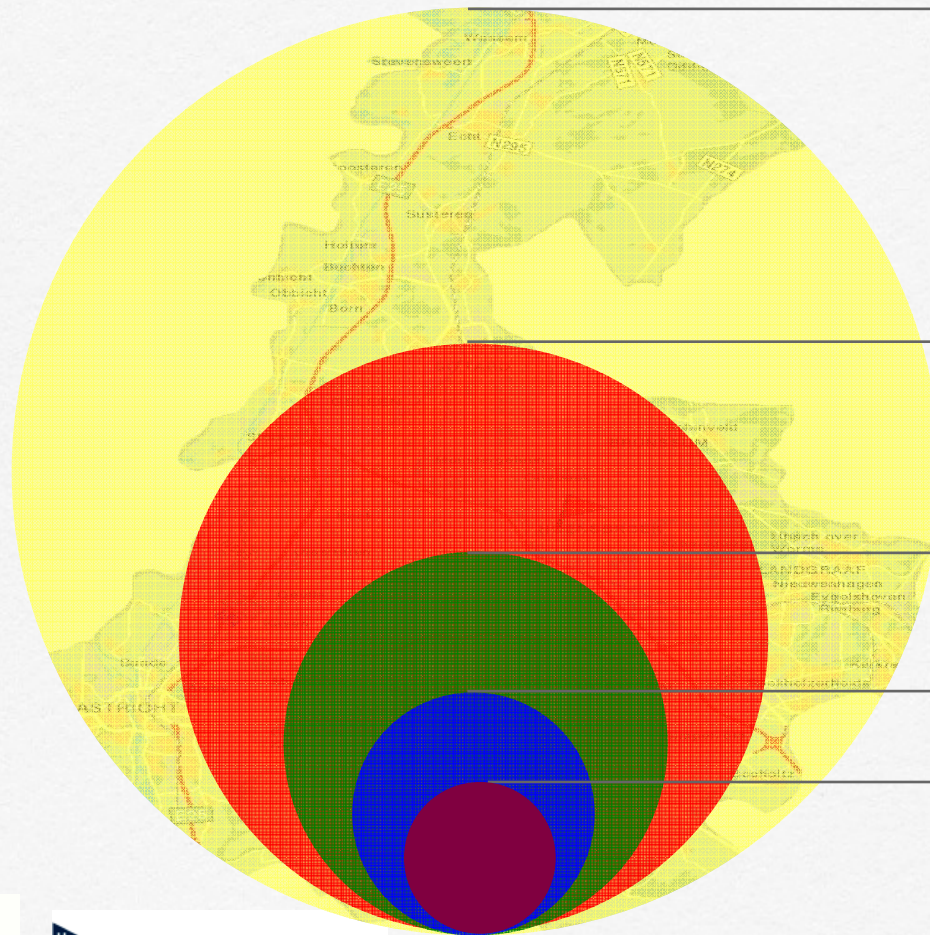
A blue spiral-bound notebook with silver rings at the top. The text is centered on the page.

Zorgplanning (professionele GGZ)

Zuid & Midden Limburg



Een zorg voor velen (NEMESIS)...



Totale bevolking
100%

Ooit psychisch ziek
40%

Nu psychisch ziek
24%

in zorg (incl. huisarts)
8%

In GGZ zorg (specialisten)
4%

Een uitdaging...

potentiële vraag aan de GGZ: 25% (NEMESIS)

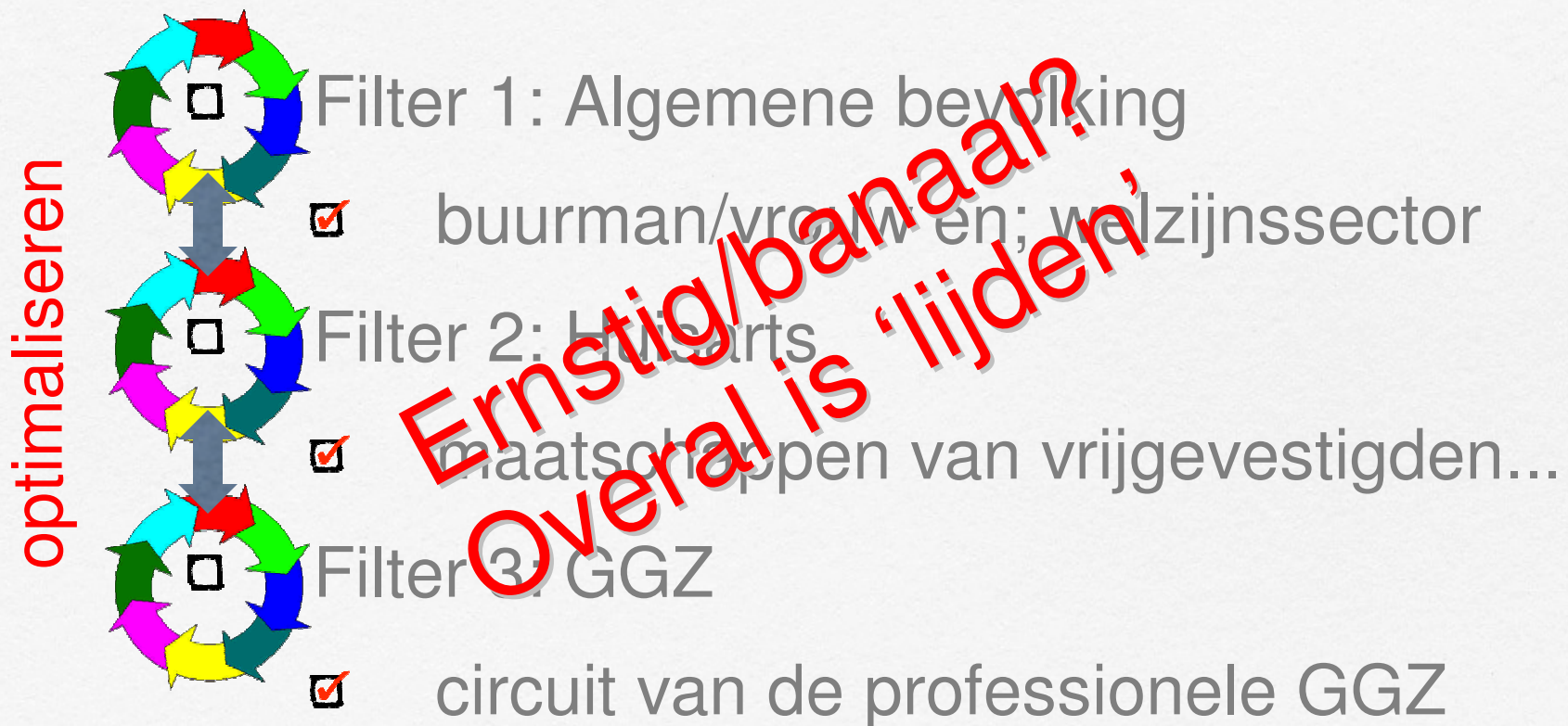
(Zuid & Midden-Limburg: 140.000 volwassenen)



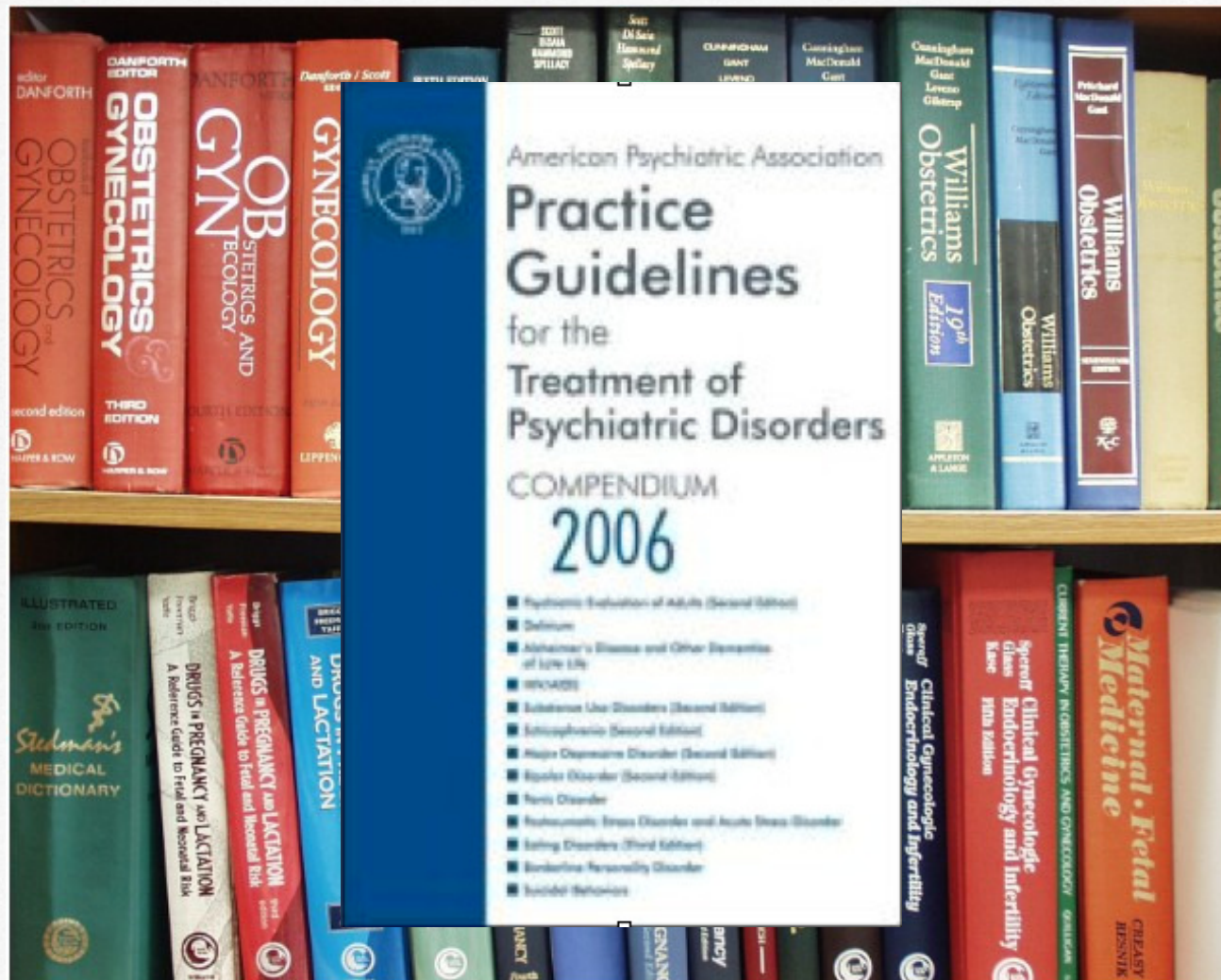
capaciteit vd GGZ (in Nederland): 4.8% (PCR)

(Zuid & Midden-Limburg: 28.000 volwassenen)

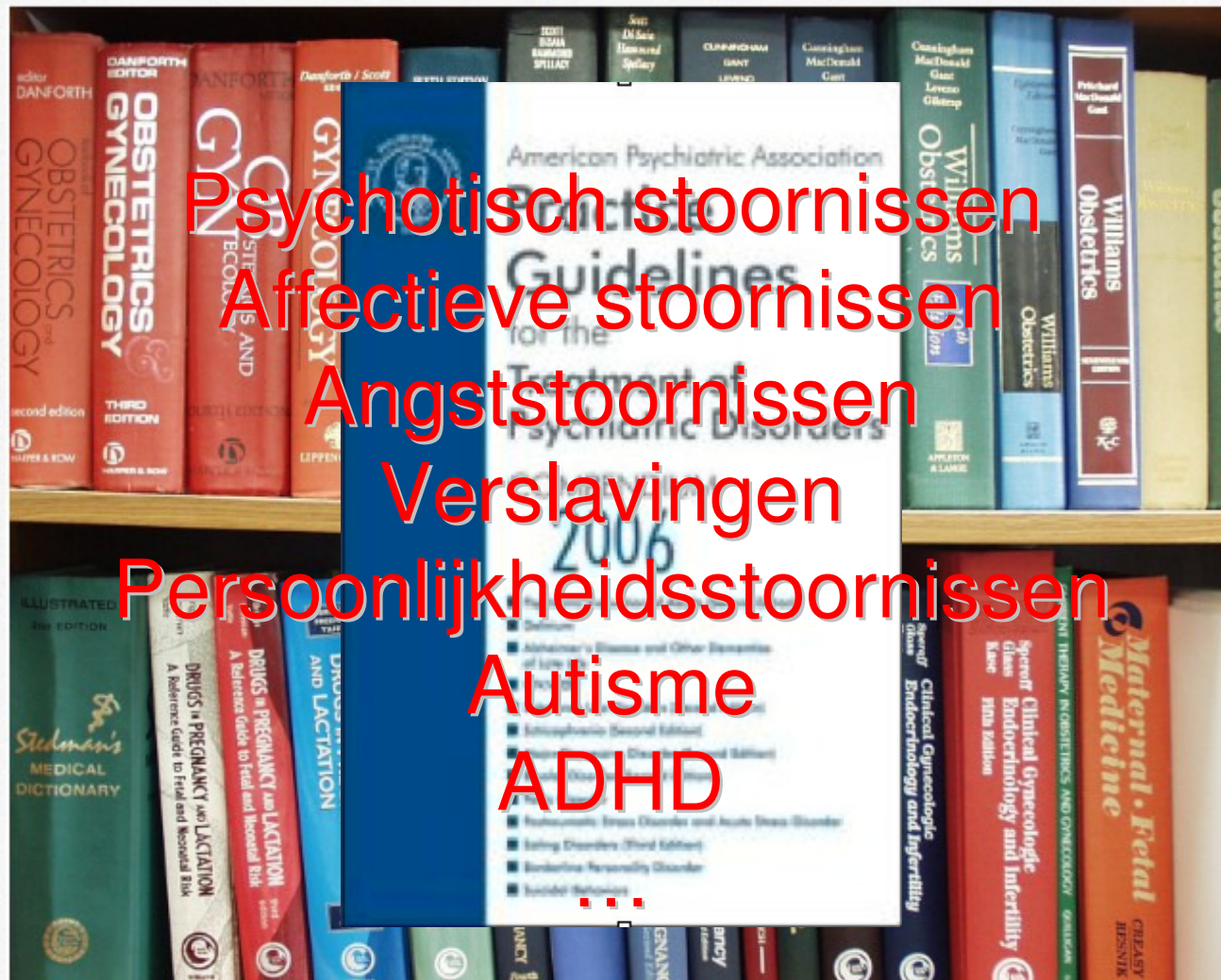
Filters in de (volwassenen) zorg



Zorgprogrammering



Zorgprogrammering



Psychotisch stoornissen

Affectieve stoornissen

Angststoornissen

Verslavingen

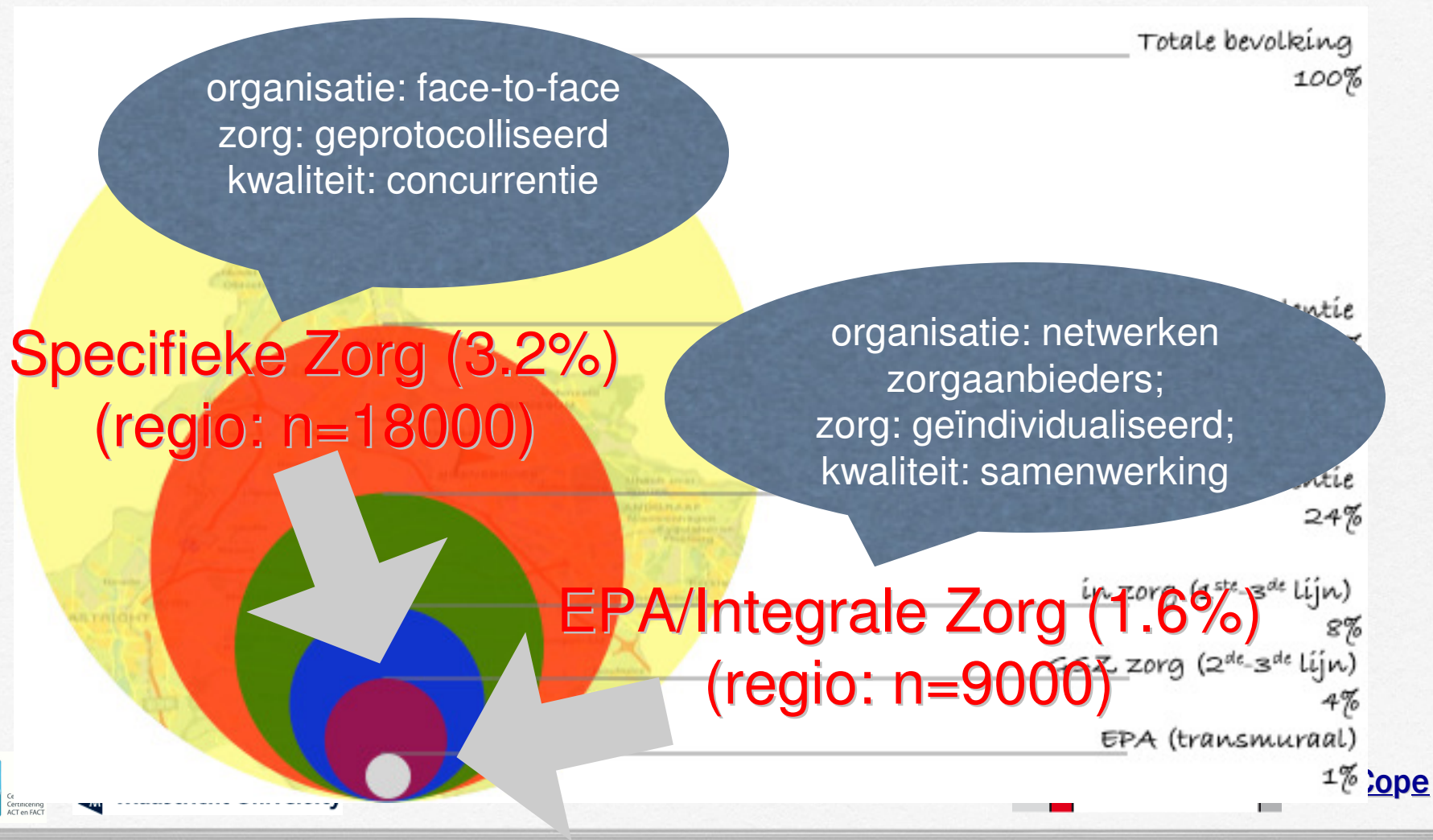
Persoonlijkheidsstoornissen

Autisme

ADHD

...

GGZ doelgroep (tot=850.000inw)



Zorgverbetering

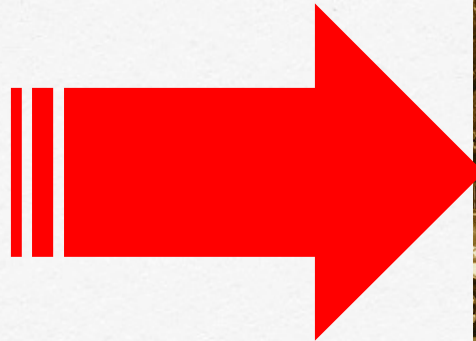
focus: EPA

vorm: zorgnetwerken

PsyCope



Geboorte van 'ACT' M'tricht 2000



'ACT' Maastricht

(assertive community Treatment)

- ❑ FAZE 1: vroege psychose
 - ❑ dispatchen van middelen naar vroege psychose ('isola felice')
- ❑ FAZE 2: psychose zorg
 - ❑ exclusief/selectief vs comprehensive/plaatsing (EPA)
 - ❑ middelen: netwerk zorg
- ❑ FAZE 3: EPA Zorg
 - ❑ psychiatrie vs welzijnszorg (werk, eenzaamheid,...)

Integrale Zorg

Spoeðeisende
Psychiatrie

FACT

Kliniek

- opnamekliniek
- behandelkliniek
- residentiële zorg

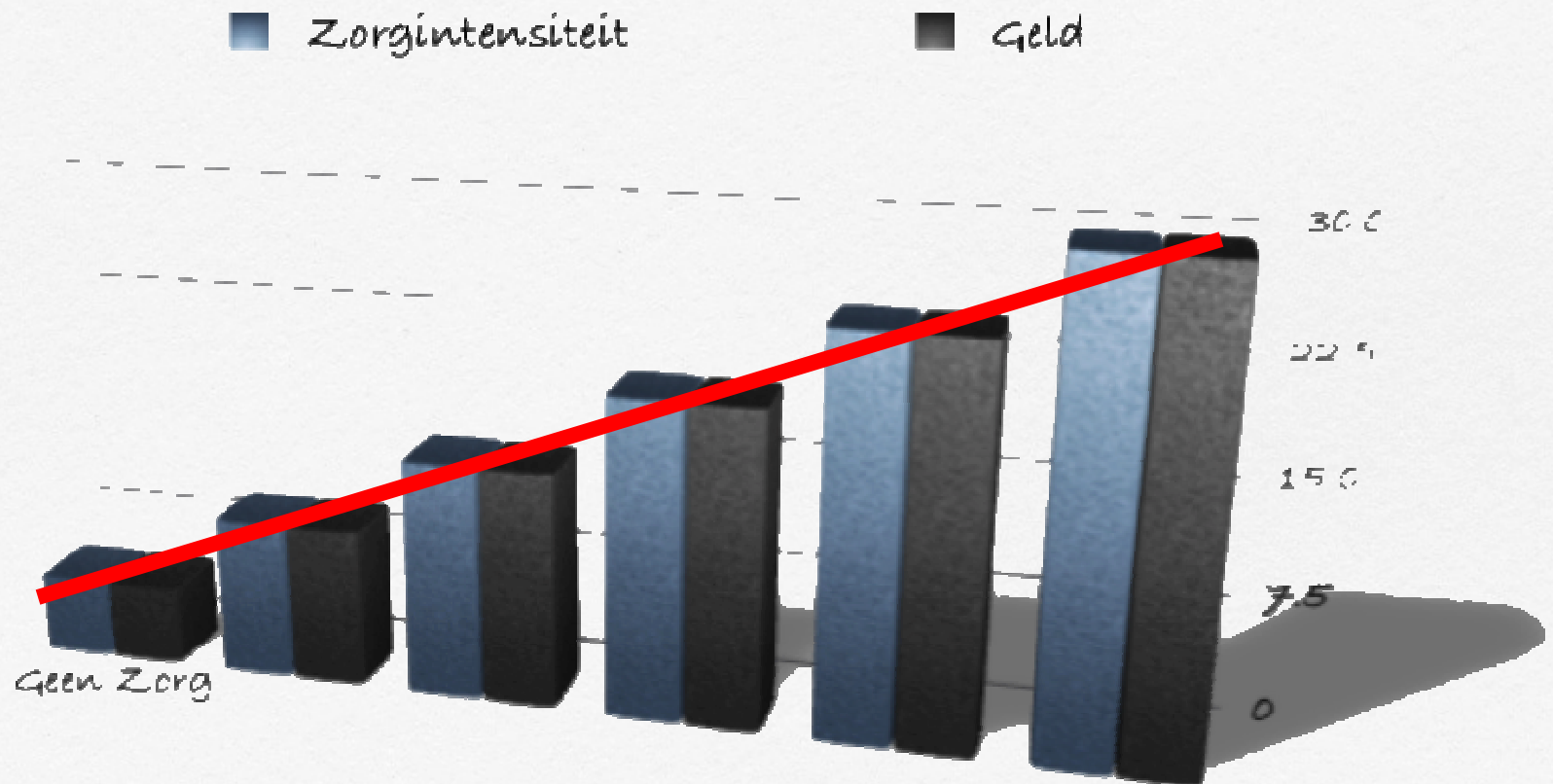
Werken
Leren
Welzijn

5000+ patiënten / 1000+ personeelsleden
(Mondriaan: 3000+ patiënten / 700+ personeelsleden)

de 'uitdaging'



de 'uitdaging'





Klinische GGZ

< 200 bedden

< 5% vd zorgbehoefte

Ziekenhuis centristisch systeem

(evolutie 1990-2002):

minder bedden nodig

	England	Netherlands	Spain
Psychiatric Beds	-52%	-15%	-28%
Forensic Beds	+38%	+143%	+25
Supported Housing	+40%	+77%	+149%

Niet
geïnccludeerd

VZ(1600)
K&J psychiatrie (1400) (Priebe et al, 2005)
Maatschappelijke opvang (8600)
ZZ;PG

‘België vs Nederland’

- evenveel ‘psychiatrische’ bedden
- vergelijkbaarheid (?)
 - NL geen ZZG; geen psychogeriatric
 - B geen forensische zorg;...
 - B gevangenissen (verslavingsprobl.)

Ziekenhuizen

zijn

(G)EEN

oplossingen



de 'oplossing'
Vindt haar motivatie
In het management
Van iatrogene problemen



FACT in Nederland

Nederlands onderzoek

- Negatieve resultaten:
 - ACT trial Winschoten: ACT=CAU op opnames
 - Trimbos landelijk: modelgetrouwheid niet verbonden aan minder opnames
- Positieve resultaten
 - Vroege psychose ACT (Eindhoven) ACT<CAU
 - NHN: FACT regio minder opnames
 - Maastricht: > short time opnames; < long time (Drukker, submitted)

Evaluatie NHN: Bedgebruik minder bedden nodig

Per 1000 inwoners	Landelijk	NHN
Bedden algemene psychiatrie volwassenen en ouderen	1.09	0.80
Plaatsen beschermd wonen	0.71	0.34
TOTAAL	1.80	1.14

Evaluatie NHN: Kosten

FACT-NHN: minder kosten

	Landelijk	NHN
Kosten per 1000 inwoners	€ 286.540	€ 257.672
Kosten per patiënt	€ 10.107	€ 8.233
# patiënten/ 1000 inwoners	28.35	31.30

Analyse

- Wel effect op psychopathologie/niet op de bedden!
- Cultuur vd zorgzame maatschappij
- Iatrogene kliniek
- Verzuilde GGZ
- Verzuilde regionale zorg (waar zijn de collega's)

A blue spiral-bound notebook with silver rings at the top. The text is centered on the page.

Meten — Beleid -- Meten
(‘challenges’)

Routine Outcome Monitor



Zorgmonitor-Interview

Gegevens in de database Vult hieronder zo nodig correcties in

Geboortenaam (, Voorletters):

Echgenote van (facultatief)

Geslacht: Geboortedatum (°): ☐ man ☐ vrouw *

Hoofdbehandelaar:

Lft. 1^{ste} psychische sympt. psychot. sympt. GGZ contact psych.!: ☐ psychot.!: ☐ GGZ ☐

Heronderzoek ten laatste op: 00/00/00 Actuele afnamedatum:

Interviewer:

Afdeling/Team:

Reden afname: ☐ 1^{ste} maal ☐ Jaarlijks ☐ Begin zorg ☐ Einde zorg ☐ Evaluatie:

Niet afgenomen: ☐ Overleden ☐ Infreq. <4x/jr. ☐ Uit zorg ☐ Verwezen:

Referentie rapport: ☐ Allemaal ☐ Geslacht ☐ Leeftijdsgroep ☐ Setting ☐ Anders:

Voor behandelplan ☐ (1=niet... 7=Zeer) Behandelrelatie (samenwerking) ☐ (1=niet... 7=Zeer)

Privacy: ☐ Rapport: enkel actuele setting ☐ Data: niet voor onderzoek ☐ Bereid tot ander onderzoek?

Medicatie: ☐ Psychose ☐ Depressie ☐ Angst ☐ Slaap ☐ Somaatisch (overige)

☐ NIETS ☐ 1^o G.Oraal ☐ SRI/SNRI ☐ Benzo ☐ Bloed/Circulatie

☐ 1^o G.Depot ☐ TCA/T&B ☐ Anders ☐ Spijsvertering

☐ 2^o G.Oraal ☐ MAO ☐ Benzo ☐ Verslaving ☐ Adrenaline

☐ 2^o G.Depot ☐ Lithium ☐ Bopione ☐ Detox (benom.) ☐ Dermatologie

☐ Anders ☐ Anti-Epilept. ☐ Anders ☐ Substitutie ☐ Endocrien

☐ EPS ☐ Anders ☐ Agressie/ onrust ☐ Craving Redux ☐ Perifeer zenuwstelsel

☐ Anticholinerg ☐ Benzo ☐ Diet extra's ☐ Centraal zenuwstelsel

☐ Anders ☐ Ritalin e.a. ☐ Vitaminen ☐ (Auto)immuun

Psychosociaal: ☐ Psychisch ☐ Sociaal ☐ Wonen ☐ Arbeid ☐ Vrije Tijd

☐ NIETS ☐ PsyTherap ☐ FACT ☐ Alleen ☐ Betaald ☐ Club (vrije sector)

☐ PsyEducatie ☐ PIT ☐ Familie ☐ Vrijwillig ☐ Club (GGZ)

☐ FamTherap ☐ Anders ☐ Groep ☐ Traject ☐ Inloop

☐ Anders ☐ Anders ☐ Anders ☐ Anders

DSM As I 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ D 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ D/C 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ D/C

As II 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ D 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ D/C

As III

CGI 01 Positieve symptomen ☐ 03 Affectieve symptomen ☐ 05 Manische symptomen ☐

02 Negatieve symptomen ☐ 04 Cognitieve symptomen ☐ 06 Globale ernst ☐

BPRS 01 Somatische fixatie ☐ 11 Incoherentie ☐ 21 Bizar gedrag ☐

02 Angst ☐ 12 Opwindig ☐ 22 Opgetogen stemming ☐

03 Depressie ☐ 13 Motorische retardatie ☐ 23 Motorische hyperactiviteit ☐

04 Schuldgevoelens ☐ 14 Vervlakt affect ☐ 24 Afdelbaarheid ☐

05 Vijandigheid ☐ 15 Spanning ☐ 25 Dissociatie ☐

06 Achterdocht ☐ 16 Maniërismen en posen ☐ 26 Obsessies ☐

07 Ongew. denkinhoud ☐ 17 Niet-coöperativiteit ☐ 27 De-motivatie (avolentie) ☐

08 Grootheidsideeën/waan ☐ 18 Emotionele vervreemding ☐ 28 Anhedonie ☐

09 Hallucinaties ☐ 19 Suïcidaliteit ☐

10 Desoriëntatie ☐ 20 Zelfverwaarlozing ☐

1 = Niet aanwezig 2 = Zeer licht 3 = Licht 4 = Matig 5 = Matig ernstig 6 = Ernstig 7 = Zeer ernstig NG: Niet gemeten

GAF Symptomen ☐ Handicap/belemmering ☐

CAN 01 Huisvesting ☐ 11 Veiligheid voor anderen ☐ 21 Geld ☐

02 Voeding ☐ 12 Alcohol ☐ 22 Uitkeringen ☐

03 Zorg voor huishouden ☐ 13 Drugs/Medicatie ☐ 23 Betaald werk ☐

04 Zelfverzorging ☐ 14 Gezelschap ☐ 24 Nevenwerkingen medicatie ☐

05 Activiteiten overdag ☐ 15 Intieme relaties ☐ 25 Herstel ☐

06 Lichamel. gezondheid ☐ 16 Beleving van de sexualiteit ☐ 26 Juridisch ☐

07 Psychot. symptomen ☐ 17 Zorgen voor de kinderen ☐ 27 Slaap ☐

08 Info over behandeling ☐ 18 Onderwijs/ educatie ☐ 28 Manierzorg ☐

09 Psych. onwelbevinden ☐ 19 Telefoon ☐ 29 Infeboefte ☐

10 Veiligheid: persoon ☐ 20 Vervoer ☐ 30 Emotionele belasting ☐

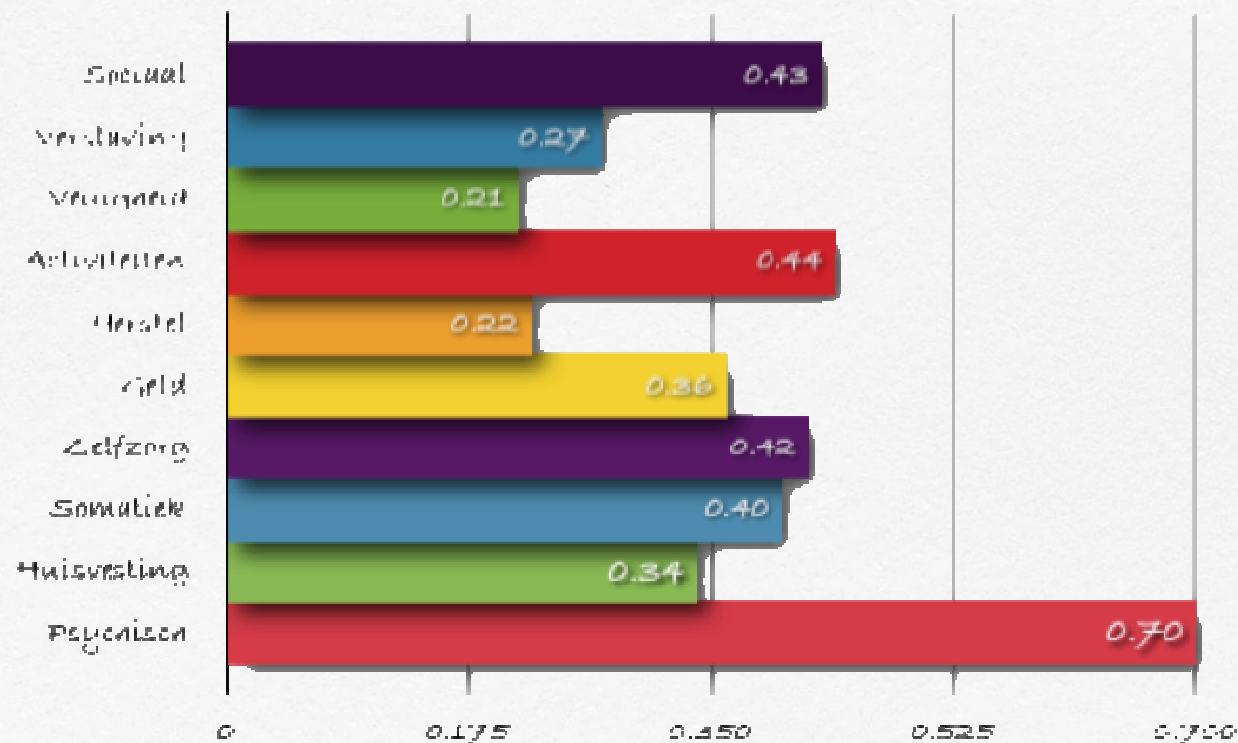
0 = Geen problem 1 = Gevoerd problem 2 = Opensluitend problem 3 = Niet bespreekbaar door zorgaanb. NG: niet gemeten

Stuur naar: Mondriaan, Zorgmonitor, Antwoordnummer 88, 6400 VC (intern PB 31) Heerlen ©UM:Zorgmonitor 2009

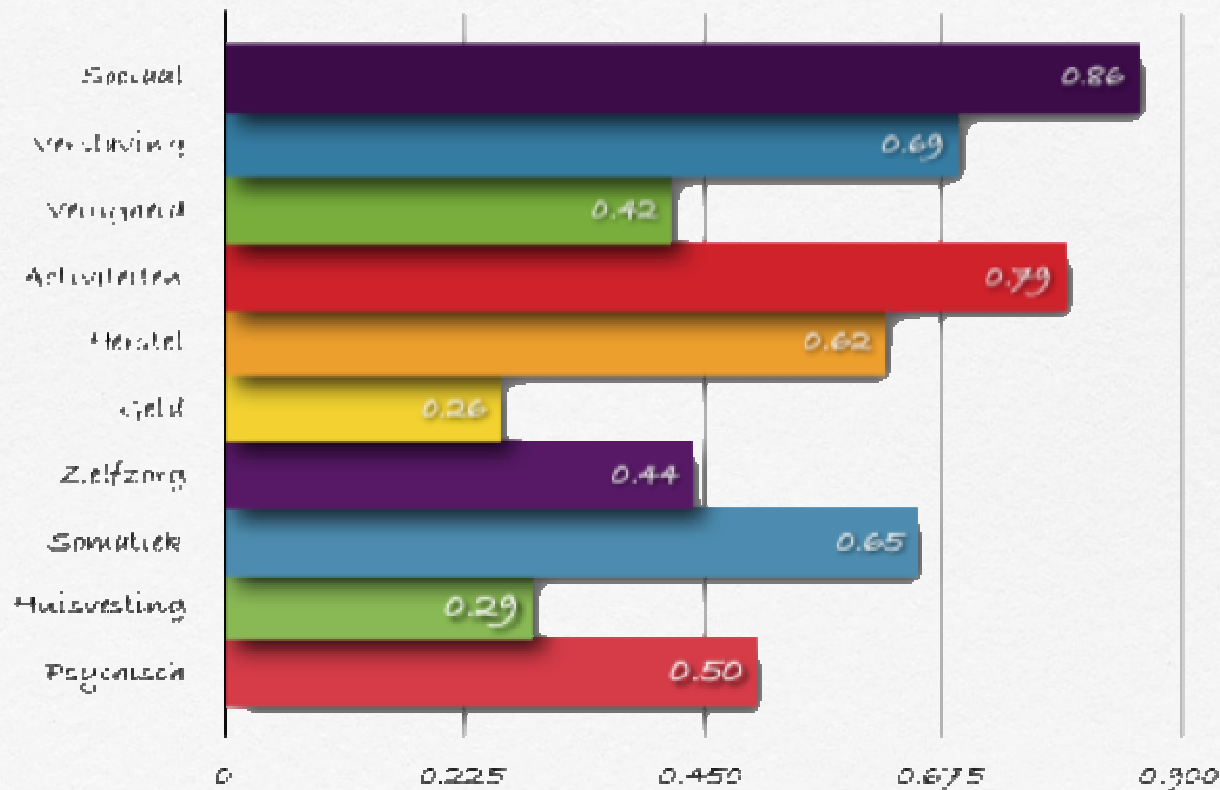
Voormeting
Outcome
1x/jaar
Klinisch relevant

Psychopathologie
Zorgbehoeften
Zorgeffect
QoL
QoC

Wat is 'hun' probleem (zorgbehoeften)



Wat is 'ons' probleem (onvervulde zorgbehoeften)



Integrale
wijkgerichte zorg

PsyCope -Model

Netwerk

geving

kliniek

Wonen

Werken
Leren
Welzijn

Beleid

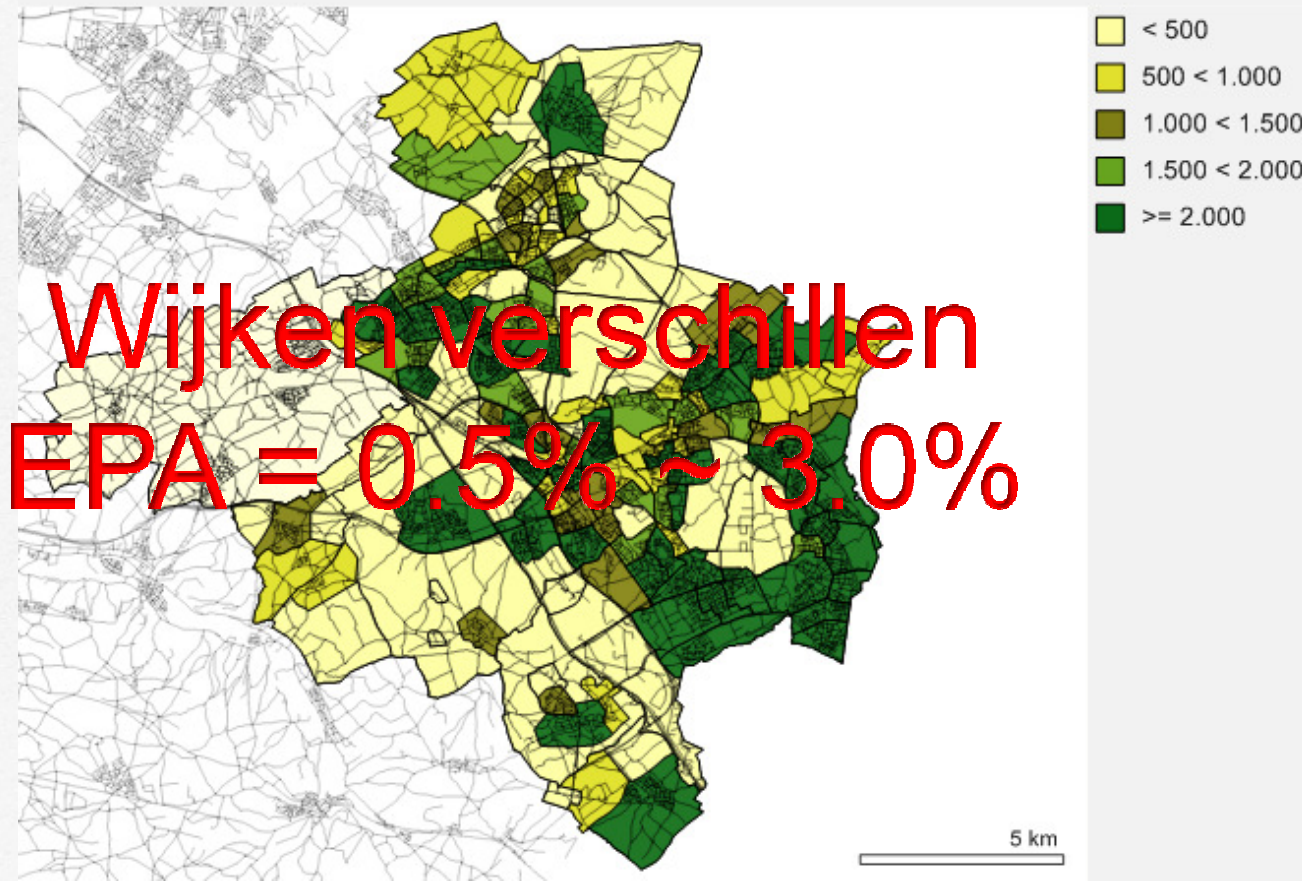
- over bedden: afbouw van 7%/jaar (min. 5jr)
 - beschikbare bedden worden gebruikt
 - expliciet beleid voor opname, verlengd verblijf en langverblijf
- over de kliniek: kantelen en doorbehandelen
- over de caseload: in/uit zorg beleid
- over het netwerk: fundamenteel ontzuilen

Wijkgerichte GGZ

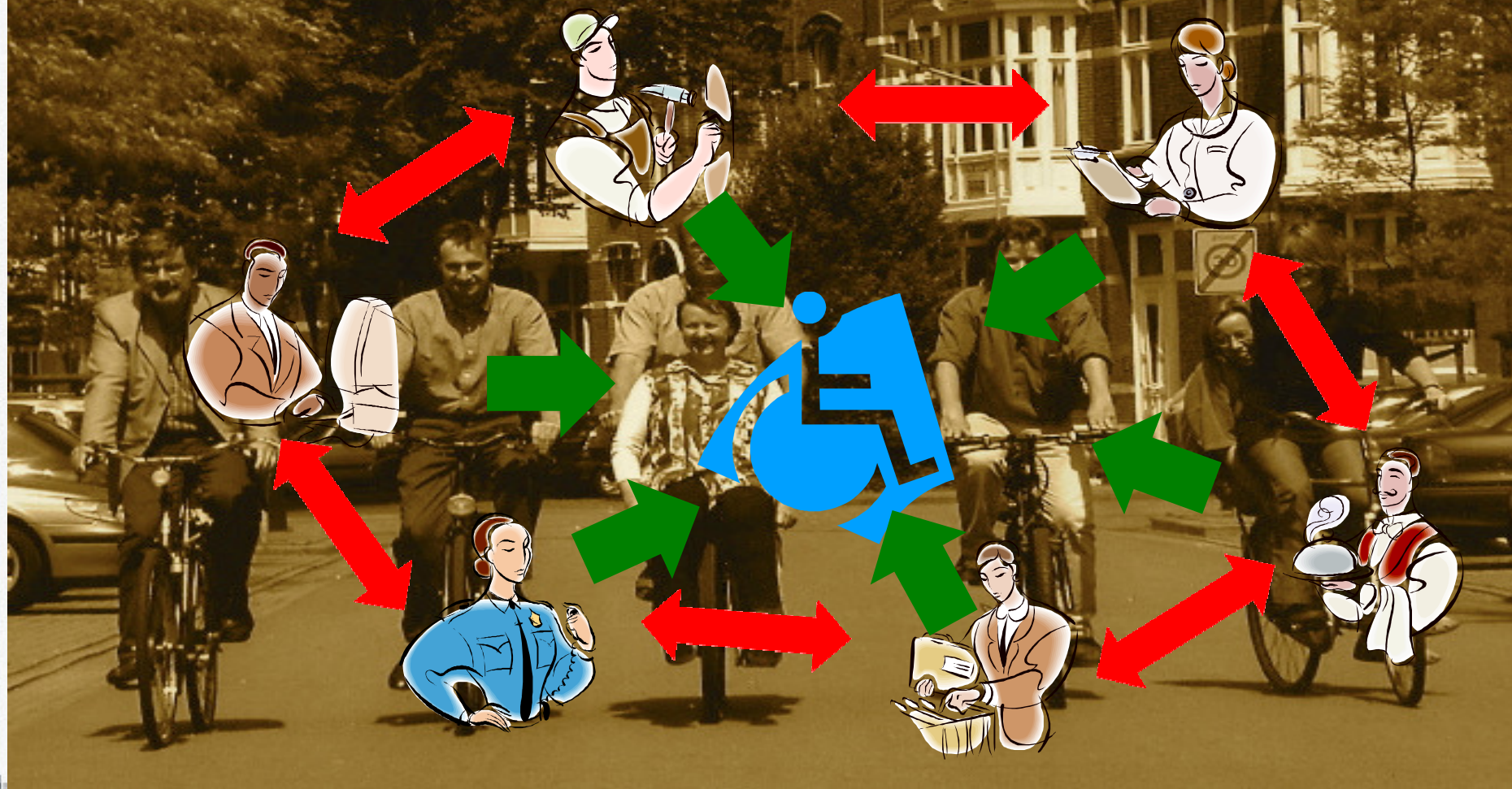
Limburg

- ❑ 1 team /50.000 inwoners (33.000 volwassenen)
- ❑ 25%=8.000; 5%=1.500; ...
- ❑ potentiëel: 330(1%)~495(1.5%) EPA mensen in zorg
- ❑ norm=100(ACT); 180 (f-ACT)
- ❑ gewenst # teams: 24~35; ref: 27.000~18.500 inw

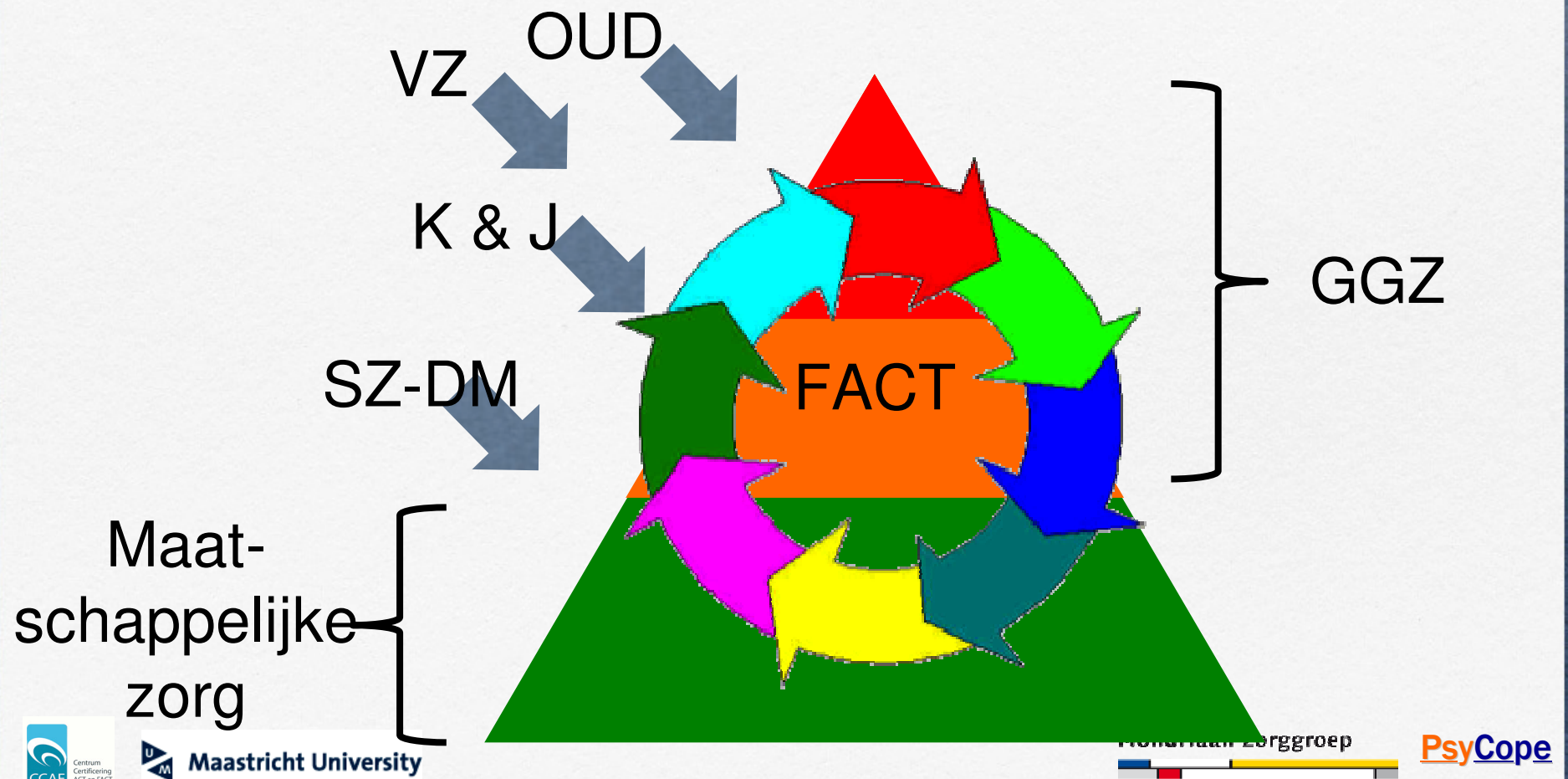
Totaal aantal inwoners, abs. [inwoners], 2007 - Buurten



Van het team naar de wijk



Wijkgericht netwerk



Zorg in de 'gemeenschap!

Welke 'gemeenschap'?

- ❑ drempel verlagen voor...
 - ❑ consultatie
 - ❑ Inclusie (open wijkcentra; faciliteren van wijkwerking)
- ❑ drempel verhogen voor...
 - ❑ 'In behandeling nemen'
 - ❑ specialistische cure en care

‘In Zorg’ maar toch ‘uit Zorg’

- ❑ burgers
- ❑ consumer-run initiatief
- ❑ professionele welzijnszorg
- ❑ professionele ggz

= wederkerige gemeenschap
(een initiatief van de GGZ)

‘Agenda’

- ❑ FACT team+ (Multidisciplinaire samenwerking)
 - ❑ samenwerking, expertise,...
- ❑ integratie met GGZ partners: activiteiten/wonen
- ❑ netwerken met partners buiten de GGZ (ontzuilen!)
- ❑ frontlinie: elke hulpverlener vertegenwoordigt de GGZ

‘keten’ visie: Schaal & functie

- provincie (1.000k): klinische specialisaties (intensief residentieel/forensisch)
- regio (250k): opnamekliniek; crisisdienst
- stadsdeel (50k): FACT (excl. ouderen, verslaving,...)
- wijk (6-8k): wijkgerichte zorg, inloopcentrum, huisarts, FACT incl. ouderen, verslaving,...

Overzicht capaciteitsplanning voor Mondriaan 490.000 inwoners Update 101124

		% NL-2000	R[500]	NL-2050
	bewonersaantallen (x1000)	16000.0	490.0	18000
Regiopopulatie	18jr-	20	3200.0	98.0
	18-65jr	66	10560.0	323.4
	65+	14	2240.0	68.6

KLINISCHE CAPACITEIT

	%o	NL	R[500]	budget	%	fysiek
KERNFUNCTIE						
Volwassenen: 18-65jr	66	10560	323.4	129.4	72.0	178.6
• opnamecapaciteit	0.20	2112	64.7	64.7	70.0	92.4
- specifieke zorg	0.05	528	16.2	16.2		
- integrale zorg	0.15	1584	48.5	48.5		
• avond&nacht-hospitaal	0.05	528	16.2	16.2	50.0	32.3
• specialty (excl. forensisch)	0.20	2112	64.7	48.5	90.0	53.9
- intensieve residentiele zorg	0.05	528	16.2	16.2		
- intensieve klinische DD zorg	0.05	528	16.2	16.2		
- 'moratorium' afdeling	0.10	1056	32.3	32.3		
Ouderen: 65+jr	14	2240	68.6	30.9	72.0	41.7
• opnamecapaciteit	0.20	448	13.7	13.7	70.0	19.6
- specifieke zorg	0.05	112	3.4	3.4		
- integrale zorg	0.15	336	10.3	10.3		
• avond&nacht-hospitaal	0.05	112	3.4	3.4	50.0	6.9
• residentieel (asiel)	0.20	448	13.7	13.7	90.0	15.2
- intensieve zorg	0.02	45	1.4	1.4		
- basis asiel	0.18	403	12.3	12.3		

	Bord patient (ACT) (incl. opname en IZ)	Basis f-ACT patient/Intensief klinisch	Klinisch residentieel (team aanwezig)	Elders' onder toezicht (RIBW; deeltijd;...)	Adminis-tratieve Caseload	WMO uren /jaarbasis (10u=1FACT casus)	TOTAAL ZV (cases)
Norm caseload	200	2.00	1.00	0.50	0.20	0.05	0.04
Actuele gewogen caseload	0	0	0	0	0	0	0
Weegt op	0						
Full Time Uren	36						

Functie	Norm implementatie (CCAF score 5)	Beleidskeuzes 2010	Beleid gewogen naar caseload	Status	Actuele Formatie (GFO)	Structurele Uren Balans	Conjunct. Uren Balans	CCAF FACTs Score	FACTs Score Balans	Info
Secretaresse					0.0	0.0				
Psychiater (BIG)	36.0	100%	0.0	staf	0.0	0.0	0.0	1	(4.0)	
GZ Psycholoog (BIG)	28.8	100%	0.0	staf	0.0	0.0	0.0	1	(4.0)	
Verpleegkundigen (BIG/niveau 1&2)	144.0	100%	0.0	team	0.0	0.0	0.0	1	(4.0)	
Verpleegkundigen (BIG/niveau 3)	7.2	100%	0.0	team	0.0	0.0	0.0			CCAF waardering: zie persoonlijke begeleiding
Sociaal maatschappelijk medewerker	28.8	100%	0.0	team	0.0	0.0	0.0	1	(4.0)	
Ervaringswerker	28.8	80%	0.0	team	0.0	0.0	0.0	1	(4.0)	
Arbeidsdeskundigen/Trajectbegeleiding	36.0	100%	0.0	team	0.0	0.0	0.0	1	(4.0)	> 1jaar ervaring of training
Bonus (25/FTE norm)	0.0	100%	0.0	team	0.0	0.0	0.0			
Totaal	309.6		0.0		Totaal	0.0	0.0	0.0		
FTE	8.6				FTE	0.0	0.0	0.0		
Bonus FTE(25/FTE [CCAF])	-0.6		Bonus FTE(25/FTE ['penvoerders'])		0.0					

Bijkomende criteria (in FACT scores)

Persoonlijke begeleiding (penvoerders)	216.0	100%	0.0	team	0.0	0.0	1	(4.0)	teamleden met >10 cases
Aandachtsfunctionaris verslaving	72.0	100%	0.0	team	0.0	0.0	1	(4.0)	> 1 jaar ervaring of training
Rehabilitatiespecialist	36.0	100%	0.0	team	0.0	0.0	1	(4.0)	aandacht of formele opleiding
Teamleider (meewerkend>norm)	8	150%	12.0		0.0	0.0	1	(4.0)	
Kleine caseload (FACTs 1)	15	60%	25		999	0	1	(4.0)	
Personeelsbezetting (FACTs 2)	95%	100%	95%		0%	1	1	(4.0)	
Teamverband (FACTs 3)	0.8	75%	0.6		0.00	1	1	(4.0)	

Analyse

Tenslotte

- ❑ zorg haal je niet uit de kast...
- ❑ evidence based is niet (altijd) evidence based...
- ❑ locale evidence is belangrijk...
- ❑ op basis hiervan optimaliseren...
- ❑

scem.
conference services

VOORAANKONDIGING

Van Bed naar Beter in de Buurt

Woensdag 2 maart 2011, regio Tilburg/Breda

Over visie, techniek, praktijk, politiek en financiering van
reductie van psychiatrische bedden in Nederland en België.

First European Congress on Assertive Outreach
"Crossing Borders"

October 6 and 7, 2011, Rotterdam, The Netherlands

EAOF

BUILDING BLOCK
WITH UNITED
SENSES

