

De ontwikkeling van de vernieuwde Flexible ACT-schaal: F-ACT-s 2017

K.H. WESTEN, M.D. VAN VUGT, M. BÄHLER, PH. DELESPAUL, H. KROON

- ACHTERGROND** Een belangrijk model voor de organisatie van zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) is flexible assertive community treatment (F-ACT). F-ACT combineert casemanagement met assertieve crisisinterventie. Kwaliteitsbewaking gebeurt sinds 2008 door middel van een modelgetrouwheidsschaal. Uit onderzoek bleek dat de gehanteerde normering niet meer strookte met moderne normen rond herstelgerichte en evidence-based zorg, zoals vastgesteld in behandelrichtlijnen.
- DOEL** Ontwikkelen van een nieuwe modelgetrouwheidsschaal voor F-ACT-teams.
- METHODE** Door empirisch onderzoek, raadpleging van experts en feedback van professionals, onderzoekers, belangverenigingen en naasten werd een nieuwe modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld (F-ACT-s 2017). De proefschaal werd uitgetoetst met getrainde auditors bij 21 F-ACT-teams en aangepast in twee pilotrondes.
- RESULTATEN** In 2017 werd de definitieve versie voorgelegd aan de betrokkenen en vastgesteld door het bestuur van het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF). Ze wordt nu in de praktijk gebruikt.
- CONCLUSIES** Het (onderzoeks)veld heeft met de F-ACT-s 2017 een nieuw state-of-the-art instrument om de kwaliteit van de zorg voor patiënten met EPA te monitoren. Het gebruikt veldnormen om het modelgetrouw werken van teams die zich richten op patiënten met EPA te beoordelen in een snel veranderende context.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 97-103

TREFWOORDEN certificering, ernstige psychische aandoeningen, flexible ACT, modelgetrouwheidsschaal



Vanaf het ontstaan van flexible assertive community treatment (F-ACT) (Van Veldhuizen e.a. 2015) in 2004 is het aantal F-ACT-teams in Nederland snel gegroeid. Inmiddels wordt F-ACT ook toegepast in België, Engeland, Ierland, Tsjechië, Denemarken, Zweden, Noorwegen en Canada. F-ACT is in oorsprong een ambulante zorgmodel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA); er zijn ook teams voor meer specifieke doelgroepen, zoals jeugdigen, mensen met een lichte verstandelijke beperking en mensen met zowel psychiatrische aandoeningen als een forensische titel. Steeds gaat het om mensen die conform het EPA-consensusdocument (Delespaul e.a. 2013) onderling verweven problemen op meerdere leefgebieden hebben en geïntegreerde zorg en ondersteuning nodig hebben. De modelgetrouwheidsschaal van F-ACT uit 2008 (Bähler e.a.) maakte het mogelijk te beoordelen in welke mate

F-ACT-teams voldoen aan door het veld essentieel geachte kwaliteitscriteria. Kenmerkend voor F-ACT is de multidisciplinaire teamsamenstelling, de mogelijkheid tot op- en afschalen van zorg, het gezamenlijk delen van de zorg voor de gehele caseload, het bieden van outreachende zorg en een focus op het voorkomen van opname door het bieden van intensieve crisisinterventies, evidence-based behandelings- en herstelondersteunende zorg. Deze criteria worden getoetst met de F-ACT-modelgetrouwheidsschaal. De Nederlandse F-ACT-s uit 2008 werd qua inhoud en vorm gebaseerd op de Amerikaanse modelgetrouwheidsschaal voor ACT-teams (de DACTS: Teague e.a. 1998). De schaal heeft 66 items, verdeeld over 8 subschalen (teamstructuur, teamproces, diagnostiek en behandeling, herstelgeoriënteerde zorg, zorgorganisatie, maatschappelijke zorg, monitoring en professionalisering). Elk item wordt

gescoord op een 5-puntsschaal, waarbij 5 een optimale implementatie betekent.

Originele F-ACT-schaal

De originele F-ACT-modelgetrouwheidsschaal heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de snelle implementatie van F-ACT in Nederland. Deze gaf startende teams een kader en ondersteunde de verdere kwalitatieve ontwikkeling van bestaande teams. Ook stelde deze cliënten, naast-betrokkenen, en betrokkenen zoals inkopers van zorg in staat te toetsen of de beloofde zorg van voldoende kwaliteit was. Uit (inter)nationaal onderzoek is gebleken dat model-trouw bijdraagt aan gunstige uitkomsten in de zorg voor mensen met EPA (McGrew e.a. 1994; McHugo e.a. 1999; Latimer 1999; Van Vugt e.a. 2011; Nugter e.a. 2015). Evaluatieonderzoek van de audit-certificeringsdatabase van het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) toonde aan dat teams zich verder konden ontwikkelen. Items over herstel-gerichtheid en de toepassing van evidence-based interventies lieten blijvend lage scores zien.

Noodzaak van een nieuwe F-ACTs

De modelgetrouwheidsschaal en auditprocedure waren lange tijd onveranderd gebleven. De kaders van de schaal begonnen te wringen.

Nieuwe ontwikkelingen in de zorg vroegen aandacht. De transitie in het sociaal domein met de verantwoordelijkheid van de gemeente voor participatie hebben het werken in de context van de wijk flink veranderd. Zorg voor burgers met EPA vraagt om een integrale aanpak van het sociaal domein en de gespecialiseerde ggz. Het is niet steeds mogelijk en nodig om dit centraal vanuit een team te organiseren om herstel op alle domeinen te ondersteunen. De originele F-ACT-schaal uit 2008 bood te weinig ruimte voor variatie in de organisatie van op F-ACT-principes gebaseerde zorg afhankelijk van het regionale zorgnetwerk.

Een modelgetrouwheidsschaal is een operationalisatie van een ideaaltypische zorgpraktijk. Een review van verschillende modelgetrouwheidsschalen in de internationale ggz door Mowbray e.a. (2003) laat zien dat items veelal specifiek worden omschreven. 'Samenwerking met familie' wordt geoperationaliseerd als het aantal keren dat hulpverleners de familie spreken; 'gedeelde caseload' wordt het aantal hulpverleners dat een cliënt de afgelopen weken zag.

Specifiek omschreven items leiden in de praktijk – zo zagen we ook bij de F-ACTs – tot 'vinken scores'. De scores reflecteren steeds minder de oorspronkelijk bedoelde set van waarden met beperkte validiteit tot gevolg. Het als meetbaar geformuleerde item wordt het doel van de

AUTEURS

KOEN WESTEN, docent Verpleegkunde, Avans Hogeschool en vicevoorzitter Stichting CCAF.

MAAIKE VAN VUGT, senior onderzoeker, Trimbos-instituut en bestuursadviseur CCAF.

MICHIEL BÄHLER, psycholoog en beleidsadviseur zorgontwikkeling, GGZ NHN en bestuursadviseur CCAF.

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Innovatie in de GGZ, Maastricht University, klinisch psycholoog en programmaleider Integrale Zorg en Psychotische stoornissen, Mondriaan Zorggroep en bestuurslid CCAF.

HANS KROON, psycholoog, hoofd programma Re-integratie, Trimbos-instituut, hoogleraar Ambulantisering en Deinstitutionalisering, Tilburg University en bestuurslid CCAF.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.D. van Vugt, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.

E-mail: mvugt@trimbos.nl

Strijdige belangen: Westen is vicevoorzitter van het CCAF, dr. Van Vugt meldde grants van CCAF tijdens het uitvoeren van dit onderzoek; Van Vugt en Bähler zijn adviseur van het CCAF en prof. dr. Delespaul en Kroon zijn bestuurslid van het CCAF; Kroon is tevens bestuurslid van Vereniging FACT Nederland.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-9-2018.

implementatie en het thema waar het oorspronkelijk voor stond, wordt uit het oog verloren. Gelijkaardige alternatieven worden uitgesloten, omdat deze niet in de modelgetrouwheidsschaal staan. Optimale zorg leveren voor specifieke doelgroepen wordt om dezelfde reden bemoeilijkt. Noodzakelijke, door het veld gewenste, thematische uitbreidingen leiden tot een uitbreiding van de itempool. Dit leidt tot een wildgroei aan gespecialiseerde modelgetrouwheidsschalen met in wezen overeenkomstige principes.

Ontwikkeling van F-ACTs 2017

In deze context besloot het CCAF in 2013 om een nieuwe F-ACT-modelgetrouwheidsschaal te ontwikkelen. De auteurs van dit artikel vormden het ontwikkelteam. In dit artikel beschrijven wij de nieuwe F-ACTs en hoe deze tot stand kwam. Tot welke kwantitatieve analyses en data dat geleid heeft, zullen we in een vervolg op dit artikel beschrijven.

FASE 1

Begin 2014 werd gestart met de eerste fase van het ontwikkelen van de modelgetrouwheidsschaal: het identificeren en specificeren van betrouwbaarheidscriteria (Mowbray e.a. 2003). Het ontwikkelteam baseerde zich op:

- de F-ACTS 2008;
- de uitgevoerde onderzoeken naar de effectiviteit van en tevredenheid over F-ACT (waaronder Van Vugt 2015; Regionaal Expert Team 2015) en de analyse van de auditdata van het CCAF;
- relevante literatuur, waaronder het *Handboek (F)ACT* (Van Veldhuizen e.a. 2015), de TMACT (een modelgetrouwheidsschaal voor ACT; Monroe-DeVita e.a. 2013), het document ‘Over de Brug’ (Projectgroep Plan van Aanpak Ernstige psychische aandoeningen 2014), het visiedocument F-ACT (FACT Nederland 2016), het boek *De nieuwe GGZ* (Delespaul e.a. 2016) en de verschillende beschikbare ggz-richtlijnen;
- meerdere werkbezoeken aan ambulante, wijkgerichte teams met een voorbeeldfunctie in binnen- en buitenland;
- expertinformatie verkregen vanuit de verschillende F-ACT-platforms: F-ACT-Jeugd, Forensisch-F-ACT, F-ACT-LVB en F-ACT in de Verslavingszorg.

De eerste versie uit juli 2014 bestond uit tien thema's, die vervolgens werden uitgeschreven om een kwalitatieve, beschrijvende toetsing mogelijk te maken.

Tijdens feedbackrondes met professionals, senior auditors en adviseurs van het bestuur van het CCAF en belangengroepen werd duidelijk dat de voorgestelde volledige kwalitatieve toetsing te veel onzekerheid gaf en niet wenselijk was. Bij de ACT-ontwikkeling in de Verenigde Staten – nog zonder normering – was immers gebleken dat het model mettertijd verwaterde (McGrew e.a. 1995). Het specificeren van normen voor de teamsamenstelling (gewenste disciplines), caseload en werkwijze had in de Nederlandse ontwikkeling van F-ACT verwatering voorkomen.

De nieuwe schaal kreeg twee delen. Deel A bevat normerende items op basis van bewezen effectiviteit (zoals een gedeelde caseload) (Van Vugt 2015) en de meest kenmerkende F-ACT-items gescoord op de gebruikelijke 5-puntschaal. Deel B is een waarderende toets op basis van thema's die ruimte laten voor de unieke aanpassing van het team aan de casemix en de omgeving waarin het team opereert. Scores in dit deel variëren tussen 1 en 8.

FASE 2 EN 3

De tweede en derde fase betroffen het ontwikkelen van een werkwijze voor het meten van modelgetrouwheid en het evalueren van de inhoudelijke validiteit en betrouwbaarheid van het instrument (Mowbray e.a. 2003). Dit gebeurde

door in opeenvolgende pilotafnames bij 21 teams beide schalen af te nemen. De auditors bepaalden onafhankelijk van elkaar hun scores om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te toetsen en variaties in uitslagen te kunnen bespreken in een focusgroep. Daar werden ook de scores op beide schalen vergeleken en de scores met de ervaringen van de auditors en teams om de samenhang of negatieve correlatie tussen beide te kunnen bespreken. Na elke ronde werd zo'n focusgroep belegd met de betrokken auditors, teamleden, externe betrokkenen, belangenverenigingen, het CCAF en het ontwikkelteam om consensus te verkrijgen over de voortgang van het proces op basis van de ervaringen en auditdata. Tijdens deze hele periode waren conceptversies van de nieuwe F-ACTS online voor feedback beschikbaar.

De eerste pilotronde vond plaats begin 2015. Het concept-instrument werd uitgetest bij twee teams door trio's bestaande uit twee vooraf getrainde auditors en één lid van het ontwikkelteam.

Na deze ronde bleek de opzet van de nieuwe F-ACTS voor auditors en teams onduidelijk. Het inventariseren van de genoten opleiding van ervaringsdeskundigen en verpleegkundigen behoefde verheldering (items uit deel A) en gebruikers misten een uitgebreide beschrijving van de thema's in deel B. Twee thema's, samenwerking met het formele en samenwerking met het informele netwerk, vertoonden overlap.

Daarom werd een preambule aan de handleiding toegevoegd, evenals een thematische omschrijving en ankerpunten voor scoring. Daardoor werd de koppeling tussen de informatie over de casemix, de opzet van het kernteam, de betrokken bronnen en de geboden behandeling veel helderder. Zo ontstond de eerste werkversie van de handleiding.

Eind 2015 en begin 2016 vond de tweede pilotronde plaats, wederom afgerond met een focusgroepbijeenkomst. De 21 teams bleken op de oude FACTS gemiddeld hetzelfde te hebben gescoord als het gemiddelde van alle F-ACT-teams van 2008-2015 (3,8) en het team dat het laagst scoorde op de oude FACTS bleek ook het laagst gescoord te hebben op de nieuwe FACTS. De beschikbare auditdata in combinatie met de ervaringen gaven voldoende aanleiding om het proces richting afronding te brengen. De nieuwe handleiding met compactere thema's bleek voor de teams en auditors goed werkbaar.

In 2016 werden de auditors getraind in het afnemen van de nieuwe schaal en in 2017 werd het auditeren gestart met de vastgestelde F-ACTS 2017. In eerste instantie werden geen certificaten afgegeven. Ankerpunten zullen worden vastgesteld nadat meer dan 20 audits zijn uitgevoerd in de vastgestelde standaard.

TABEL 1 Vernieuwde flexible ACT-schaal: F-ACT-s 2017

Deel A Structuuritems Score van 1-5	Deel B Inhoudelijke thema's (kwalitatief) Score van 1-8
Kleine caseload	1. Flexibilisering van zorg
Teamverband	2. Persoonlijk domein
Psychiater	3. Maatschappelijk domein
Psycholoog	4. Symptomatisch domein
Verpleegkundige	5. Planning en controle op individueel cliëntniveau
Maatschappelijk/juridisch deskundige	6. Crisis en veiligheid
Arbeidsdeskundige	7. Samenwerking met het netwerk
Expertise op het gebied van ervaringsdeskundigheid	8. Kwaliteit en innovatie
Deskundigheid op het gebied van somatiek	
Deskundigheid op het gebied van verslaving	
Deskundigheid op het gebied van LVB	
Zelfsturing en autonomie	
Flexibele zorg	
Teambenadering	
Dagelijks F-ACT-bordoverleg	
Outreach	

F-ACTs 2008 versus F-ACTs 2017

De nieuwe F-ACTs verschilt in concept, vorm en inhoud van de originele schaal uit 2008. De accreditatie evolueert van een normerende audit met checkitems naar een waarde-rende audit met een beperkt aantal checkitems en een open gedeelte (met een groter gewicht). We toetsen of het team kan beschikken over de nodige resources (deel A) en een zorgpraktijk uitvoert die beantwoordt aan een moderne veldnorm (thema's uit deel B, zie **TABEL 1**). Structuurkenmerken en bewezen effectieve onderdelen van F-ACT worden gecheckt. Teams krijgen daarnaast de ruimte om zich flexibel aan te passen aan de kenmerken van de caseload en de omstandigheden in hun adherentiegebied of wijk. De F-ACTs 2017 is daarmee universeler toepasbaar. Inhoudelijk krijgen enkele thema's meer gewicht. Telkens is de keuze gebaseerd op de eerder genoemde bronnen in fase 1. 'Herstel' komt duidelijk meer tot uiting dan voorheen (in thema's 2 en 3 van deel B), omdat herstel en herstelondersteunende zorg meer dan voor 2008 de zichtbare kern van het werk zijn geworden. Verder ligt een grotere nadruk op de inzet van formele en informele resources (thema's 5 en 7) en op evaluatie en bijsturing. Teams krijgen de mogelijkheid om te kiezen uit een breder pakket interventies zoals resourcegroepen, Open Dialogue of Jouw Ingebrachte Mentor (JIM) (zie ook Peeters & Westen 2018). De oorspronkelijke F-ACTs had weinig aandacht voor de veiligheid van cliënt, omgeving en team. In de Forensi-

sche F-ACT-schaal kreeg risicotaxatie een belangrijke plaats. Dit werd ingebouwd in de F-ACTs 2017.

Uit een analyse van de auditdata bleek dat de originele F-ACTs onvoldoende aandacht had voor de uitvoering van evidence based behandelingen voor symptoomreductie. De aandacht voor een passend behandelaanbod is in de nieuwe schaal toegenomen. Er is een verdubbeling van het aantal uren voor de psycholoog opgenomen. Verder verwachten we aanwezige deskundigheid op het gebied van somatiek, verslaving en LVB.

De originele F-ACT schaal heeft bijgedragen aan de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen in de ggz. De F-ACTs 2017 gaat verder en stuurt op betaalde functies voor ervaringsdeskundigen en de verdere professionalisering van deze functie in lijn met het Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid (2013). Professionals worden expliciet uitgenodigd de eventuele (latent) aanwezige ervaringskennis in te zetten. Een volgende stap in het tegengaan van stigma's en het ontwikkelen van professionele nabijheid.

Toepassing

De oorspronkelijke F-ACTs heeft traditie gemaakt en had expliciete criteria. Het loslaten van oude standaarden en werkwijzen bleek een spannende exercitie. Maar kritiek, intensieve dialoog en herhaalde verbeterondes hebben bijgedragen tot een nieuw kwaliteitsinstrument.

De F-ACTS 2017 vraagt om waarderend te toetsen. Dit betekent uitdagingen voor een ééndaagse audit. Een goede voorbereiding is nodig, de timing tijdens en na een audit is strak en auditors moeten beter geschoold en gecoacht worden. Het CCAF waarborgt het logistieke proces, de deskundigheidsbevordering van de auditors en de kwaliteit van het certificaat.

Beperkingen

Idealiter is een modelgetrouwheidsschaal gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, expert- en praktijkkennis. Een beperking bij de wetenschappelijke evidentie was dat er internationaal nog beperkt onderzoek is gedaan naar de effectiviteit en kritische elementen van F-ACT. Bij de ontwikkeling van de FACTS maakten we daarom mede gebruik van inzichten uit onderzoek naar het oorspronkelijke ACT-model waaruit F-ACT is voortgekomen. De expert- en praktijkkennis werd uitgebreid benut. Meer dan 100 professionals uit FACT-teams, gebruikers en netwerkpartners konden hun inbreng leveren en er werd open gecommuniceerd over werkversies. Op basis van ervaringen en geanalyseerde auditdata werd consensus bereikt en werden keuzes gemaakt in de focusgroepen om de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument te vergroten. Het vernieuwende karakter van de F-ACTS 2017 maakte dat de uitkomsten van de geanalyseerde auditdata vroegen om expertanalyse in de focusgroep. Uitgebreide rapportage van deze data zullen we bieden in een vervolgartikel gezamenlijk met een rapportage over de afkappunten.

Er was kritiek dat de schaal afwijkt van de F-ACT-standaard van 10 jaar geleden. Klassieke F-ACT-zorg kan in sommige scenario's passend zijn; echter, de huidige maatschappelijke context vroeg om meer aanpassingsvermogen aan de lokale situatie. Het CCAF staat voor optimale behandeling en begeleiding van mensen met een EPA-zorgindicatie. De oorspronkelijke schaal bood soms een certificaat aan twijfelachtige praktijken, of leidde tot magere beoordelingen bij pareltjes van zorginnovatie. De nieuwe schaal verandert dit en vraagt tegelijkertijd van teams een scherpere onderbouwing van de gemaakte keuzes ten opzichte van de doelgroep en lokale context. Dit stelt grotere eisen aan auditors en continue aandacht voor de betrouwbaarheid van de toets.

Conclusies

De afgelopen jaren is de opvolger van de F-ACT modelgetrouwheidsschaal uit 2008 in samenwerking met het veld ontwikkeld. Het CCAF heeft met de F-ACTS 2017 een nieuwe standaard neergezet en gaat hierbij over tot meer waarderend auditen van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De F-ACTS 2017 wil bijdragen tot kwaliteitsverbetering en transparantie in een dynamisch zorglandschap waarbij nieuwe inzichten in optimale zorg en een continu veranderende context bijzondere uitdagingen vormen.

 Op de website www.ccaf.nl is de F-ACTS 2017 te raadplegen.

LITERATUUR

- Bähler M, van Veldhuizen JR, van Vugt MD, e.a. De FACT-schaal: FACTs. Heiloo/Utrecht; 2008.
- Bähler M, Delespaul PAEG, Kroon H, e.a. FACT-Schaal 2017. Utrecht: CCAF; 2017.
- Burns T, Catty J, Dash M, e.a. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007; 335: 336-42.
- Delespaul PAEG, Milo M, Schalken F, e.a. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2016.
- GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEEL, e.a. Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid. Utrecht/Amersfoort; 2013.
- Hoof F van, Knispel A, Hulsbosch L, e.a. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 443-54.
- McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 670-8.
- McHugo GJ, Drake RE, Teague GB, Xie H. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 818-24.
- Monroe-DeVita M, Moser LL, Teague GB. The tool for measurement of assertive community treatment (TMACT). In: McGovern MP, McHugo GJ, Drake RE, Bond GR, Merrrens MR (red). *Implementing evidence-based practices in behavioral health*. Center City: Hazelden; 2013.
- Mowbray T, Holter C, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *Am J Eval* 2003; 24: 315-40.
- Mulder CL, Kroon H. Assertive community treatment: effecten, werkzame ingrediënten en doelgroep. In: Mulder CL, Kroon H (red). *Assertive community treatment. Bemoezing voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom; 2009.

- Nugter, A, Engelsbel, F, Bähler, M, e.a. Outcomes of flexible assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Ment Health J* 2015; doi: 10.1007/s10597-015-9831-2.
- Peeters P, Westen K. *Zorg voor afstemming*. Amsterdam: SWP; 2018.
- Projectgroep FACT Nederland. *Visiedocument FACT*. Utrecht: FACT Nederland; 2016.
- Projectgroep Plan van Aanpak Ernstige psychische aandoeningen. *Over de brug*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2014.
- Regionaal Expert Team. *FACTsheet over optimale FACT-zorg volgens cliënten*. Resultaten van een onderzoek door de Regionale Expert Teams in Amsterdam, Flevoland, Gelderland, Noord-Holland, Overijssel, Utrecht en Zuid-Holland. RET; 2015.
- Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998; 68: 216-232.
- SAMHSA. *General Organization Index. Implementation Resource Kit*. Draft Version. Dartmouth: SAMHSA; 2003.
- Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. *Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial*. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 105-12.
- Veldhuizen JR van, Bähler M, Teer W. *FACT: de 'Functie ACT'*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2006; 61: 525-34.
- Veldhuizen JR van, Polhuis D, Bähler M, e.a. *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom; 2008.
- Veldhuizen JR van, Bähler M, Polhuis D, e.a. *Handboek (Flexible) ACT*. Utrecht: de Tijdstroom; 2015.
- Veldhuizen JR van. *Zakboek FACT. Zorg in de wijk voor mensen met ernstige psychiatrische problemen*. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
- Vugt MD van, Roosenschoon BJ, Kroon H. *Modelgetrouw heeft meer effect*. In: Mulder CL, Kroon H (red). *Assertive community treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom; 2009.
- Vugt MD van, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, e.a. *Assertive community treatment in the Netherlands: Outcome and model fidelity*. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 154-60.
- Vugt MD van. *Assertive Community Treatment in the Netherlands [proefschrift]*. Rotterdam: Erasmus MC; 2015.

SUMMARY

Development of the renewed Flexible ACT scale: F-ACT fidelity 2017

K.H. WESTEN, M.D. VAN VUGT, M. BÄHLER, PH. DELESPAUL, H. KROON

- BACKGROUND** An important model for the organisation of care for people with severe mental illness is flexible assertive community treatment (F-ACT). F-ACT combines case management with assertive crisis intervention. Quality control was implemented in 2008 using a model fidelity scale. Research has shown that the norms used for the F-ACT fidelity scale no longer correspond with current norms concerning restorative and evidence-based care, as established in treatment guidelines.
- AIM** To develop a new model fidelity scale for F-ACT teams.
- METHOD** Using knowledge of experts, relevant articles and feedback from professionals, researchers, interest groups and family members, a new model fidelity scale was developed: the F-ACTs 2017. The revised scale was tested by trained auditors in 21 F-ACT teams and adjusted in two pilot rounds.
- RESULTS** In 2017 the final version was presented to the stakeholders and was approved by the board of auditors; the final version is currently in use.
- CONCLUSIONS** With the availability of F-ACTs 2017, the (research) field has state-of-the-art instrument to monitor the quality of care of persons with severe mental illness. It uses field standards to evaluate the degree of model fidelity of teams that focus on patients with severe mental illness in a rapidly changing context.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 97-103

KEY WORDS certification, flexible ACT, model fidelity scale