

# Ontwikkeling van een modelgetrouwheids-schaal voor functie-assertive community treatment (FACT)

M.D. VAN VUGT, J.R. VAN VELDHUIZEN, M. BÄHLER, PH. DELESPAUL, N. HUFFELS, C.L. MULDER, G. NIJBOER, M. OVERDIJK, H. KROON

**ACHTERGROND** Een belangrijk model voor de organisatie van zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) is assertive community treatment (ACT). Bij ACT richt men zich op patiënten met EPA met de meest complexe problematiek en biedt men intensieve ambulante zorg op een assertieve en outreachende manier. Bij functie-ACT (FACT) gaat het om zorg voor de gehele groep met EPA en deze combineert de principes van casemanagement met ACT. Voor ACT bestond al langere tijd een modelgetrouwheidsschaal waarmee men kan beoordelen of een team werkt volgens de voorgeschreven criteria, voor FACT nog niet.

**DOEL** Ontwikkelen van een modelgetrouwheidsschaal voor FACT-teams.

**METHODE** Met de kennis van experts en met feedback van FACT-teams werd een modelgetrouwheidsschaal voor FACT ontwikkeld, de 'Functie Assertive Community Treatment Schaal' (FACTS). Middels pilottoetsingen bij in totaal 10 FACT-teams werd de schaal uitgetest en aangepast.

**RESULTATEN** In 2008 werd de definitieve versie van de schaal vastgesteld, die nu in de praktijk wordt gebruikt.

**CONCLUSIE** Het (onderzoeks)veld heeft met de DACTS en FACTS twee instrumenten om de mate van modelgetrouw werken te meten van teams die zich richten op patiënten met EPA. De DACTS en de FACTS bieden mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering en transparantie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)2, 119-124]

**TREFWOORDEN** assertive community treatment, functie-ACT, modelgetrouwheidsschaal

Assertive community treatment (ACT) is een vorm van ambulante zorg, bedoeld voor de zwaarste groep patiënten buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Een ACT-team is multidisciplinair en biedt naast psychiatrische diagnostiek en behandeling eveneens zorg op het gebied van verslaving, huisvesting, financiën, dagbesteding en werk. Belangrijke kenmerken van ACT zijn: een gedeelde caseload, een hoge intensiteit van zorg, een actieve,

outreachende en volhardende aanpak, integratie en continuïteit van zorg. ACT is een goed omschreven model, is veel op effect onderzocht en wordt aanbevolen in de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie.

Naast het ACT-model is in Nederland vanaf 2004 de functie-ACT (FACT) (Van Veldhuizen e.a. 2006) geïntroduceerd. Dit is een model voor zorg voor de gehele groep patiënten met ernstige psy-

chiatrische aandoeningen (EPA) waarbij men de principes van casemanagement met ACT combineert. ACT-zorg door het gehele team wordt ingezet wanneer het slechter gaat met een patiënt. Aan de patiënten die stabiel functioneren, biedt men individuele behandeling vanuit een breed multidisciplinair team met een casemanager, een psychiater en vertegenwoordigers van andere disciplines (Van Veldhuizen e.a. 2008).

Inmiddels zijn er zo'n 35 ACT- en 80 FACT-teams in Nederland. De snelle opkomst van ACT en FACT geeft aan dat er in Nederland veel enthousiasme bestaat voor de twee zorgmodellen. Met de groei van het aantal teams rees ook het besef dat de kwaliteit van de implementatie gewaarborgd moet zijn en ook voor zorginkopers herkenbaar moet zijn (Van Veldhuizen e.a. 2008). Uit onderzoek naar ACT is immers gebleken dat modelgetrouw werken van belang is voor de effecten op patiëntniveau (McGrew e.a. 1994; McHugo e.a. 1999; Latimer 1999; Van Vugt e.a. 2009).

Vanuit die invalshoek is in 2008 de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) opgericht. Deze wil de toepassing van ACT en FACT bevorderen door keurmerken toe te kennen aan teams die voldoende modelgetrouw werken. Voor ACT was reeds een schaal beschikbaar voor het meten van de mate waarin modelgetrouw wordt gewerkt, namelijk de Nederlandse vertaling van de *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* (DACTS; Van Dijk e.a. 2004). Voor het FACT-model is door experts binnen CCAF vanaf 2007 een modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld (Bähler e.a. 2008): de FACTS.

In dit artikel beschrijven wij deze schaal en de ontwikkeling ervan.

## MODELGETROUWHEID

Een modelgetrouwheidsschaal geeft aan in hoeverre een praktijk overeenkomt met een ideaaltypisch model. Bij de scoring beoordeelt men de feitelijke situatie en niet de plannen of doelen. Modelgetrouwheidsschalen dienen uiteenlopende doelen:

- *benchmarking*: een team kan zichzelf plaatsen ten opzichte van andere teams;
- *effectonderzoek*: inzichtelijk maken welke praktijk is onderzocht;
- *kwaliteitsbevordering*: de scores kunnen worden gebruikt als aangrijpingspunt voor verbeteringen in het team.
- *transparantie*: inkopers en klanten van de zorg weten of de zorg wordt geleverd die men belooft te bieden.

## ONTWIKKELING VAN DE FACTS

Bij de ontwikkeling van de FACTS werd aangesloten bij de inhoud en structuur van de DACTS. De DACTS heeft 28 items met een vijfpuntsschaal, waarbij een score 5 een maximale implementatie betekent. Daarnaast werd gebruikgemaakt van de *General Organisational Index* (GOI; Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2003). Deze lijst bestaat uit 12 items die betrekking hebben op algemene randvoorwaarden in een organisatie om een *evidence-based practice* te implementeren en vast te houden.

Sommige items werden aangepast omdat men bij FACT een bredere doelgroep bedient dan bij ACT en daarom gemiddeld minder intensieve zorg levert. Toegevoegd werden items die het proces van schakeling binnen FACT tussen ACT en minder intensieve zorg beschrijven. De DACTS beschrijft de structuur en de organisatie van ACT en in veel mindere mate wat de hulpverleners doen. Er werd besloten in de FACTS meer aandacht te geven aan de inhoud van de te verstrekken zorg. Hierbij werd gebruikgemaakt van de aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, omdat een groot deel van de patiënten met EPA kampt met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis (Mulder & Kroon 2009; Sytema e.a. 2007). Net als bij de DACTS wordt per item een score van 1 (minimale implementatie) tot en met 5 (maximale implementatie) gegeven. Hoe hoger de totaalscore, des te meer een team volgens het model werkt.

De eerste versie van de FACTS bevatte 57 items over teamstructuur en personeel, organisatie van de zorg, zorgaanbod (inclusief *evidence-based practices*), beleid en methodiek, rehabilitatie en organisatorische randvoorwaarden, verdeeld over 4 subschalen (teamstructuur, organisatie, zorgaanbod en GOI). In het najaar van 2007 werd het instrument uitgetest bij vier teams door verschillende duo's van CCAF-bestuurders en adviseurs. Deze duo's auditeerden de teams en testten de schaal door onafhankelijk van elkaar de items te scoren om uiteindelijk tot consensuscores te komen. Tijdens de audit werd een FACT-werkoverleg bijgewoond, werden ten minste 4 teamleden van verschillende disciplines geïnterviewd, werden cliënten bezocht en werd (geanonimiseerd) dossieronderzoek verricht. Daarnaast werd na afloop van de audit aan de teams gevraagd om feedback op de schaal te geven.

Uit deze pilotonderzoek bleek dat de duo's overweg konden met de modelgetrouwheidsschaal en de teams de items relevant vonden. De ordening van de items was echter nog niet optimaal. Zo stonden de *evidence-based practices* tussen items over zorgorganisatie en vertoonden items ongewenste overlap of onduidelijkheden. Ook werden items gemist, zoals een item over revalidatiespecialist en een item over betrokkenheid van het team bij opgenomen cliënten. Aan de hand van deze bevindingen werd de FACTS bijgesteld.

De tweede versie, met 66 items verdeeld over 8 subschalen (teamstructuur, teamproces, diagnostiek en behandeling, herstelgeoriënteerde zorg, zorgorganisatie, maatschappelijke zorg, monitoring en professionalisering) werd in 2008 door duo's middels pilottoetsingen bij 6 andere teams uitgetest. De teams varieerden van FACT-teams die reeds enige jaren volgens het FACT-model werkten tot teams die zich in het transformatieproces bevonden van casemanagement naar FACT-team. De gemiddelde totaalscore van de FACTS van de 6 teams was 3,3 (SD: 0,24; uitersten: 3,1-3,7), een matige implementatie. Hoge scores (gemiddeld  $\geq 4,5$ , dit betekent een goede implementatie) op de tweede conceptversie van de

FACTS werden behaald op: verloop van personeel (een laag personeelsverloop), personeelsbezetting (weinig vacatures), aantal verpleegkundigen, behandelplanbijeenkomst, teamgeest, korte wachtlijsten, nazorg en lage drop-out. De 6 teams scoorden slecht (gemiddeld  $\leq 2,0$ , dit betekent een slechte implementatie) op de items: psycholoog, verslavingsdeskundigheid, arbeidsdeskundigheid, intensiteit van de hulpverlening ten tijde van zorgintensivering, individueel crisisplan, individueel revalidatieplan en inspraak en cliëntenparticipatie.

Behalve op opbouw en op overlap van items werd bij de tweede versie gelet op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid: wanneer de twee beoordelaars op een item twee of meer punten van elkaar afweken op de vijfpuntsschaal, werd de formulering aangepast of aangescherpt.

Vijf items werden verwijderd: verloop van personeel, omdat dit thema afdoende werd gedekt door het item personeelsbezetting; intensiteit van de hulpverlening, omdat dit afdoende werd gedekt door het item frequentie van het contact; keuzemogelijkheden, inspraak en cliëntenparticipatie, omdat beide items niet SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden) werden gevonden; voortgangsbespreking, omdat dit thema kon worden samengevoegd met het item over verantwoordelijkheid voor planning van ontslag. Eén nieuw item werd toegevoegd: contactfrequentie ten tijde van minder intensieve zorg.

Na in totaal 10 proeftoetsingen (eerste ronde 4, tweede ronde 6) werd in juni 2008 de definitieve versie van de FACTS vastgesteld (Bähler e.a. 2008). De huidige scorelijst omvat 62 items ondergebracht in 7 subschalen: teamstructuur; teamproces; diagnostiek, behandeling en interventies; zorgorganisatie; maatschappelijke zorg; monitoring en professionalisering (zie tabel 1).

TABEL 1	De FACTS: subschalen en items
Subschalen	Voorbeelden van items
I. Teamstructuur	12 items: kleine caseload, personeelsbezetting, teamverband, psychiater, psycholoog, ervaringswerker, maatschappelijk werker, verpleegkundige, arbeidsdeskundige, verslavingsdeskundige, specialist revalidatiemethodiek, persoonlijk begeleider
II. Teamproces	11 items: teambenadering, teambenadering tijdens zorgintensivering, FACT-overleg, opkomst multidisciplinair FACT-overleg, behandelplanbijeenkomst, teamleider, criteria voor opnemen op FACT-bord, procedure FACT-bord op, procedure FACT-bord af, contactfrequentie bord, contactfrequentie niet-bord
III. Diagnostiek, behandeling en interventies	14 items: multidisciplinaire praktische zorg, diagnostiek, behandelplan, crisisinterventieplan, revalidatieplan, op de persoon afgestemde zorg, kopie behandelplan, medicatiebeleid, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, familie-interventie, arbeidsrehabilitatie, dubbelediagnosemodel, somatische zorg
IV. Zorgorganisatie	11 items: toelatingscriteria, wachtlijst, toelating/screening, 24-uursbereikbaarheid en crisis, verantwoordelijkheid voor opname, bed op recept, bij opname, verantwoordelijkheid voor planning van ontslag, nazorg, overdracht, geen uitval
V. Maatschappelijke zorg	5 items: outreachend, afstemming en samenwerking, bindende hulpverlening, samenwerking informele steunsysteem ten tijde van intensieve zorg, samenwerking informele steunsysteem ten tijde van niet-intensieve zorg
VI. Monitoring	4 items: bereik, assessments, <i>routine outcome monitoring</i> , verbetercyclus FACT
VII. Professionalisering	5 items: programmafilosofie, reflectie, training FACT of evidence-based onderwerpen, training herstel, teamgeest

## FACTS VERSUS DACTS

Ten opzichte van het instrument dat ACT-getrouwheid meet, de DACTS, is de FACTS uitgebreider, met meer aandacht voor richtlijnconforme interventies, proces van hulpverlening en uitkomsten. Per subschaal van de FACTS zullen we de belangrijkste overeenkomsten en verschillen ten opzichte van de DACTS weergeven.

Bij *teamstructuur* zijn aan de ACT-disciplines (verpleegkundige, psychiater, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige en arbeidsdeskundige) de psycholoog, agogisch medewerker en de revalidatiespecialist toegevoegd. Achtergrond van deze toevoegingen is het belang van de uitvoering van richtlijnconforme interventies zoals cognitieve gedragstherapie (psycholoog) en het belang van herstelgeoriënteerde zorg (agogisch medewerker, revalidatiespecialist).

Bij *teamproces* zijn de verschillende werkwijzen geoperationaliseerd, zoals het multidisciplinair werken met een gedeelde caseload volgens ACT, naast de meer individuele werkwijze in fases

van relatieve rust; toegevoegd is een aantal items over deze FACT-werkwijze. Bij *diagnostiek, behandeling en interventies* wordt de benodigde kennis geoperationaliseerd. Is in de DACTS alleen geïntegreerde dubbelediagnosebehandeling terug te vinden, in de FACTS zijn ook cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, familie-interventie, arbeidsrehabilitatie (*individual placement and support*) en medicatiebeleid terug te vinden. Ook behandelplan, crisisplan en revalidatieplan zijn hier opgenomen; opgesteld met en in principe ondertekend door de patiënt.

Bij *zorgorganisatie* zijn vooral items rondom opname toegevoegd aan de bestaande DACTS-items, zoals overdracht bij uitschrijven, aanwezigheid bij voortgangsbesprekingen op de kliniek en 'bed op recept'. De subschaal *maatschappelijke zorg* meet de afstemming met en belangrijke personen voor de patiënt en relevante maatschappelijke partijen; dit laatste is niet in de DACTS terug te vinden. *Monitoring* betreft het meten van cliëntenuitkomsten die op individueel patiëntniveau en op teamniveau gebruikt kunnen worden (*routine out-*

come monitoring; ROM). De laatste items gaan over professionalisering (intervisie, training) en zijn deels afgeleid van de GOI.

## TOEPASSING

De FACTS is met 62 items uitgebreider dan de DACTS en GOI bij elkaar. Tijdens de pilottoetsing is gebleken dat de FACTS tijdens een modelgetrouwheidsmeting door twee onafhankelijke beoordelaars in één dag is af te nemen. De schaal wordt door FACT-teams gebruikt als interne kwaliteitsmeter. Sinds 2009 voert Stichting CCAF onafhankelijke audits uit bij ACT- en FACT-teams, gebruikmakend van de DACTS en de FACTS.

## CONCLUSIES

De afgelopen jaren is een modelgetrouwheidsschaal voor FACT-teams ontwikkeld. Het (onderzoeks)veld en CCAF hebben met de DACTS en de FACTS twee instrumenten om de mate van modelgetrouw werken te meten van teams die zich richten op patiënten met EPA. De DACTS en de FACTS bieden mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering en transparantie.

Op de website [www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl) zijn de DACTS en FACTS beide te downloaden; kies in het menu 'audits' voor 'instrumenten voor toetsing'.

## LITERATUUR

- Bähler M, van Veldhuizen JR, van Vugt M, e.a. De FACT-schaal: FACTS. Heiloo/Utrecht; 2008.
- Dijk BP van, Mulder CL, Roosenschoon BJ. Nederlandse Handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS). Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGZ Europort; 2004.
- 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 Hamp-

shire Dual Disorders Study. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 818-24.

- Mulder CL, Kroon H. Assertive Community Treatment: effecten, werkzame ingrediënten en doelgroep. In: Mulder CL, Kroon H (red.). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom; 2009.
- 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 'FunctieACT'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2006; 61: 525-34.
- Veldhuizen JR van, Bähler M, Polhuis D, e.a. *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom; 2008.
- Vugt M 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.

## AUTEURS

M.D. VAN VUGT is sociaal wetenschapper en als onderzoeker werkzaam bij het Trimbos-instituut, Utrecht en is adviseur voor het bestuur van de Stichting CCAF.

J.R. VAN VELDHUIZEN is psychiater en voormalig directeur zorgontwikkeling van GGZ NHN en voorzitter van Stichting CCAF.

M. BÄHLER is psycholoog en beleidsadviseur zorgontwikkeling van GGZ NHN en adviseur van Stichting CCAF.

PH. DELESPAUL is psycholoog bij capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht, projectleider Zorgmonitor, Mondriaan Zorggroep, en bestuurslid van Stichting CCAF.

N. HUFFELS is adviseur bij GGD Nederland, kwaliteitscoördinator GGD Rotterdam-Rijnmond en voormalig adviseur Stichting CCAF.

C.L. MULDER, psychiater, is bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg aan het Erasmus MC, programmaleider Onderzoekscentrum O3, werkzaam in een ACT-team in Rotterdam en bestuurslid van Stichting CCAF.

G. NIJBOER is als projectmanager werkzaam bij GGZ inGeest, en bestuurslid van Stichting CCAF.

M. OVERDIJK is algemeen manager van de afdeling Psychiatrie & Verslaving van Altrecht GGZ en bestuurslid van Stichting CCAF.

H. KROON, psycholoog, is hoofd van het Programma Re-integratie van het Trimbos-instituut, Utrecht en bestuurslid van Stichting CCAF.

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

E-mail: mvugt@trimbos.nl.

Strijdige belangen: J.R. van Veldhuizen hield diverse voordrachten voor ggz-instellingen met soms honorarium. Alle auteurs zijn betrokken bij de Stichting CCAF; potentiële belangenverstrengeling kan niet worden uitgesloten.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-7-2010.

## SUMMARY

Development of a fidelity scale for function assertive community treatment (FACT) – M.D. van Vugt, J.R. van Veldhuizen, M. Bähler, PH. Delespaul, N. Huffels, C.L. Mulder, G. Nijboer, M. Overdijk. H. Kroon –

**BACKGROUND** Assertive community treatment (ACT) is one of the most important models for the care and treatment, in the community, of people with severe mental illness (SMI). ACT is concerned primarily with SMI-patients who have the most complex problems and it provides care by means of intensive assertive outreach. Function ACT (FACT) provides care for the entire group of SMI-patients and combines the principles of case management and ACT. For a long time it has been possible to measure the degree of ACT model reliability using the FACTS reliability scale. Throughout this time, however, a reliability scale for FACT was not available.

**AIM** To develop a reliability scale for FACT teams.

**METHOD** Using the knowledge of experts and feedback from FACT teams it has been possible to develop a reliability scale for FACT teams. The scale was tested and subsequently adapted as a result of 10 pilot trials performed by 10 FACT teams.

**RESULTS** The definitive version of the scale was confirmed in 2008 and is currently used in the field.

**CONCLUSION** With the ACT and FACT reliability scales the research field now have two instruments with which teams working with SMI-patients can measure model reliability. The DACTS and FACTS provide opportunities for quality improvement and transparency.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)2, 119-124]

**KEY WORDS** assertive community treatment, function ACT, reliability scale