

# Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment (F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren

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

**ACHTERGROND** In Nederland is vanaf 2004, naast assertive community treatment (ACT), flexible ACT (F-ACT) geïntroduceerd. Inmiddels zijn er naar schatting 400 (F-)ACT-teams die zorg bieden aan circa 70.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vanaf 2009 voert het CCAF modelgetrouwheidsmetingen uit bij (F-)ACT-teams om de kwaliteit en transparantie van de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen te bevorderen.

**DOEL** Weergeven van de stand van zaken van de implementatie van F-ACT in Nederland en trends daarin.

**METHODE** Analyse van de database van het CCAF, waarin gegevens van audits bij F-ACT-teams in de periode 2009-2014 zijn opgenomen.

**RESULTATEN** De audits die het CCAF van 2009 tot 2014 uitvoerde, wezen op voldoende modelgetrouwe implementatie van F-ACT. De basis van de teams was goed op orde met een multidisciplinaire teamsamenstelling, medicatiemanagement, praktische begeleiding en aandacht voor continuïteit in de zorg, ook bij een klinische opname. Op het gebied van herstel en participatie scoorden de teams echter geen voldoende. Daarnaast lieten de resultaten zien dat in het laatste jaar een aantal onderdelen slechter scoorde dan de voorgaande jaren, waaronder outreach en de toch al niet hoog scorende ondersteuning bij herstel en participatie.

**CONCLUSIES** Hoewel de data wijzen op een gemiddeld voldoende implementatie van F-ACT in Nederland, zijn er signalen dat deze implementatie onder druk staat met relatief minder huisbezoeken, een stijgende caseload en minder aandacht voor herstelondersteunende zorg en participatie. De genoemde bevindingen sluiten aan bij de signalen en pleidooien om bij de ambulantisering niet alleen te focussen op de beddenafbouw, maar vooral ook de ambulante opbouw prioriteit te geven.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)7, 441-448

**TREFWOORDEN** certificering, flexible ACT, modelgetrouwheidsschaal



ARTIKEL



In Nederland is vanaf 2004, naast het *assertive community treatment* (ACT)-model, het *flexible ACT*- of (F-ACT)-model geïntroduceerd (Van Veldhuizen e.a. 2015). F-ACT-teams bieden mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) specialistische behandeling en ondersteuning, voornamelijk thuis en in de buurt. Net als een ACT-team bestaat het team uit verschillende disciplines en werkt (indien nodig) met een gedeelde *caseload* en *outreachend*. Waar een

ACT-team zorg biedt aan de meest kwetsbare mensen, biedt F-ACT zorg aan alle mensen met EPA in een regio.

Inmiddels zijn er in Nederland circa 400 (F-)ACT-teams die zich richten op naar schatting 70.000 cliënten, waarvan circa 300 F-ACT-teams (Van Hoof e.a. 2016). Met de snelle groei van het aantal teams rees ook het besef dat de kwaliteit van de implementatie gewaarborgd moet zijn (Van Veldhuizen e.a. 2008). Uit onderzoek naar ACT is immers

gebleken dat modelgetrouw werken van belang is voor de effecten op cliëntniveau (McGrew e.a. 1994; McHugo e.a. 1999; Latimer 1999; Van Vugt e.a. 2011a; Van Vugt 2015). Vanuit die invalshoek is in 2008 de Stichting CCAF opgericht. CCAF certificeert teams die modelgetrouw zorg bieden aan mensen met EPA. 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 F-ACT-model is door experts binnen het CCAF een modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld (Bähler e.a. 2008): de *Flexible ACT-schaal* (FACTS). Beide schalen zijn vanuit consensus en ervaring geconstrueerd.

Vanaf 2009 voert het CCAF modelgetrouwheidsmetingen uit bij (F-)ACT-teams. De meeste teams laten zich certificeren, ook omdat dit door zorgverzekeraars en Inspectie wordt gestimuleerd (IGZ 2013).

In dit artikel gaan wij in op de resultaten van de metingen bij F-ACT-teams in de periode 2009 tot en met 2014. We stellen ons daarbij de volgende vragen:

- In de pioniersfase scoorden (F-)ACT-teams veelal niet hoog op de ACT-modeltrouwschaal (Van Dijk e.a. 2007; Van Vugt e.a. 2011a). Hoe is het inmiddels gesteld met de modelgetrouwheid van de teams, ofwel de implementatie van het F-ACT-model in Nederland?
- Er is de laatste tijd waardering, maar ook kritiek op F-ACT. Cliënten lijken F-ACT hoger te waarderen dan andere vormen van ggz (Van Hoof e.a. 2015; RET 2015). Maar uit het veld komen signalen dat veranderingen in sturing en financiering van de zorg druk zetten op een adequate implementatie, waarbij de administratieve druk toeneemt, caseloads oplopen en cliënten minder actief opgezocht worden, terwijl de casemix door de ambulantisering eerder zwaarder wordt (Van Hoof e.a. 2016). Wat zijn de tijdtrends in de modelgetrouwheidsscores?
- Waar de voorlopers van F-ACT, casemanagementprojecten uit de jaren negentig, overwegend een prothetisch karakter hadden (Kroon e.a. 2000), heeft F-ACT nadrukkelijk als doel cliënten te ondersteunen in hun herstelproces. Dit omvat naast (crisis)behandelingen praktische begeleiding, ook ondersteuning bij het herwinnen van een positief zelfbeeld en bij de maatschappelijke participatie. Deze combinatie van medisch-psychiatrische zorg en herstelondersteuning is de kracht en uitdaging van het model; in de beginperiode van (F-)ACT in Nederland is gesignaleerd dat het eerste (medisch-psychiatrische zorg) beter lukte dan het tweede (herstelondersteuning) (Van Vugt e.a. 2011a). Hoe is het inmiddels gesteld met de aandacht voor herstel en participatie?

## AUTEURS

**MAAIKE VAN VUGT**, sociaal wetenschapper en onderzoeker, Trimbos-instituut, Utrecht, adviseur voor het bestuur van het CCAF.

**NIELS (C.L.) MULDER**, psychiater en bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC en bestuurslid CCAF.

**MICHEL BÄHLER**, psycholoog en beleidsadviseur zorgontwikkeling, GGZ NHN en adviseur CCAF.

**PHILIP DELESPAUL**, psycholoog en professor Innovations in Mental Health, Universiteit Maastricht en bestuurslid CCAF.

**KOEN WESTEN**, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, en docent Verpleegkunde, Avans Hogeschool en vice-voorzitter van het CCAF.

**HANS KROON**, psycholoog, en hoofd, Programma Re-integratie, Trimbos-instituut, Utrecht, hoogleraar Ambulantisering en De-institutionalisering, Tilburg University en bestuurslid CCAF.

## CORRESPONDENTIEADRES

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

E-mail: mvugt@trimbos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-12-2017.

## METHODE

### Modelgetrouwheid

Een modelgetrouwheidsschaal geeft aan in hoeverre een praktijk overeenkomt met een ideaaltypisch model. De modelgetrouwheidsschaal voor FACT-teams, de FACTS, bestaat uit 60 items over teamsamenstelling, organisatie, interventies en werkwijze, monitoring en kwaliteitsbeleid (Van Vugt e.a. 2011b). Aan elk item wordt een score toegekend van 1-5, waarbij 1 staat voor slecht/niet geïmplementeerd en 5 voor goed/optimaal geïmplementeerd. Een totaalscore tussen 3,4 en 4,0 betekent voldoende implementatie van het F-ACT-model, een totaalscore van  $\geq 4,1$  betekent een optimale implementatie, een score tussen 3,1 en 3,3 betekent een matige implementatie en een score  $\leq 3,0$  onvoldoende implementatie. Teams die minstens voldoende scores, ontvangen van het CCAF een certificaat. Teams die matig scoren, ontvangen een voorlopig certificaat; zij dienen een verbeterplan op te stellen en worden na één jaar opnieuw getoetst. Teams die een onvoldoende scoren, ontvangen geen certificaat. Een certificaat heeft een geldigheidsduur van drie jaar.

## Audit

Bij een modelgetrouwheidsmeting, een audit, gaan twee auditoren een dag langs bij het te auditeren team. Vooraf heeft het team feitelijke informatie gegeven over onder andere het aantal cliënten en de teamsamenstelling. De auditoren wonen een ochtendoverleg bij, houden interviews met teamleden, doen (geanonimiseerd) dossieronderzoek en gaan met een hulpverlener naar een cliënt. De auditoren scoren onafhankelijk van elkaar, bespreken de onderlinge verschillen en komen uiteindelijk tot consensuscores en adviezen.

Het CCAF beschikt over een pool van circa 50 auditoren die jaarlijks worden (bij)geschoold in het afnemen van de modelgetrouwheidsschalen voor ACT- en FACT-teams. De auditoren zijn over het algemeen zelf werkzaam in een (F-)ACT-team.

## Analyses

Alle scores van de FACTS-metingen zijn ingevoerd in een database die wordt beheerd door het CCAF. Analyses werden uitgevoerd met het statistische programma SPSS versie 22. Ongepaarde t-tests werden berekend om teams die in 2014 voor het eerst geauditeerd werden te vergelijken met teams die in de periode 2009-2013 voor een eerste certificering opgingen. We wilden de (op dat moment) recentste auditdata vergelijken met de voorafgaande periode. Daarnaast had de keuze om de in 2014 geauditeerde teams te vergelijken met de teams uit de periode 2009-2013 te maken met het feit dat er vanaf 2014 ingrijpende veranderingen plaatsvonden in financiering van de ggz: de transitie en decentralisatie van de zorg naar de gemeenten. Ook is in datzelfde jaar het Bestuurlijk Akkoord ggz ingegaan, waarin het ambulantiseringbeleid is afgesproken.

Voor de audits die uitgevoerd werden in 2009 en in het begin van 2010 werd gebruikgemaakt van een eerdere versie van de FACTS, die op acht items afwijkt van de 2010-versie van de schaal. Derhalve ontbraken deze items bij de eerste acht audits in de database.

## RESULTATEN

### Algemene gegevens

In de periode 2009-2014 werden modelgetrouwheidsmetingen uitgevoerd bij 237 F-FACT-teams, waarvan twee buiten Nederland (Bonaire en Zweden). Het merendeel van deze audits betrof een eerste certificering (n = 218; 92,0%). Vijf audits (2,1%) waren hertoetsingen, dat wil zeggen dat een team bij de eerste certificering een 'voorlopig certificaat' had behaald en er derhalve na een jaar een hertoetsing had plaatsgevonden. Daarnaast was er een aantal teams (n = 14; 5,9%) dat na drie jaar toe was aan een hertificering.

De doelgroep waarop de teams zich richtten, was in de meeste gevallen (n = 209; 88,2%) de 'reguliere' doelgroep van FACT: volwassen cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Daarnaast werden er audits uitgevoerd bij F-FACT-teams die zich richtten op specifieke doelgroepen: F-FACT-verslavingsteams (n = 22; 9,3%), F-FACT-jeugdteams (n = 5; 2,1%), en F-FACT voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB, n = 1).

We beperken ons in het vervolg, tenzij anders vermeld, tot de 191 eerste audits (dus exclusief hertoetsingen en hertificeringen) bij Nederlandse F-FACT-teams voor de 'reguliere' doelgroep. (Voor verschillende specifieke doelgroepen zijn inmiddels aparte schalen ontwikkeld die zijn toegesneden op de desbetreffende doelgroep.) Deze audits werden gehouden bij 33 verschillende ggz-instellingen in alle Nederlandse provincies, behalve Flevoland. In 2009 en 2010 waren er jaarlijks nog slechts 7 audits; in 2014 was dit gestegen naar 76.

De meeste teams (68%) hadden 10 tot 15 teamleden en 24% had 16 tot 20 teamleden. De totale hulpverlenersformatie was gemiddeld 9,6 FTE (SD: 2,4) en het gemiddeld aantal cliënten was 202 (SD: 61,4). Door de jaren heen liep het aantal cliënten per FTE op van gemiddeld 20,4 (SD: 4,9) naar 22,3 (SD: 4,8) in 2013 en 2014; de caseload per hulpverlener steeg dus licht, maar significant (t = 2,73; df = 185; p = 0,007).

Een psychotische aandoening was met 60% de meest gestelde diagnose onder de cliënten. Bij de van 2009 tot 2013 geauditeerde teams was 4,0% van de cliënten in de caseload opgenomen op een klinische afdeling van een ggz-instelling of algemeen ziekenhuis. Dit daalde in het laatste meetjaar 2014 naar 3,4%.

Het aantal uitschrijvingen uit F-FACT nam toe. Met uitsluiting van drie teams die door omstandigheden vrijwel de gehele caseload verversten, werd in de eerste jaren jaarlijks minder dan 10% uitgeschreven, van 2011 tot 2013 was dat respectievelijk 13, 11 en 14% en in 2014 20%, waarschijnlijk mede als gevolg van de invoering van de basis-ggz in dat jaar. Conform de doelstellingen van F-FACT bleef het percentage uitschrijvingen zonder aansluitende verwijzing stabiel laag op 3% van de totale caseload, waarvan 1% door overlijden.

### Modelgetrouwheidsscores

De gemiddelde modelgetrouwheidsscore op de FACTS was 3,87 (SD: 0,26), en varieerde van 3,15 tot 4,45. Dit betekende dat de teams gemiddeld een voldoende scoorden, met 23,6% 'optimale' en slechts 2,6% matige totaalscores.

### Scores op afzonderlijke items

Van de afzonderlijke items van de FACTS waren er 18 items die gemiddeld hoog ( $\geq 4,5$ ), scoorden. Daaruit rees het

volgende beeld: FACT-teams hadden een hoge bezettingsgraad en een gering aantal openstaande vacatures. Er waren volgens de FACTS-norm voldoende (hbo-opgeleide) verpleegkundigen. De wachtlijst was kort en men kon meestal binnen een maand na aanmelding bij het team terecht. Het team startte op werkdagen met een zogenaamde F-ACT-bordbespreking en overlegde dan over cliënten die (extra) aandacht nodig hadden; de opkomst van de teamleden was goed.

Bij een crisis was het team overdag snel beschikbaar; buiten kantoor tijden kon men bij een geïnformeerde hulpverlener terecht. Behandelplannen werden in de meeste gevallen vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt. Het team bood outreachende praktische individuele begeleiding op het gebied van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), naar instanties, naar familiecontacten, buurt, etc., bij financiën en administratie, en bij medicatiegebruik. Het medicatiebeleid was geprotocolleerd en cliënten werden regelmatig geïnformeerd over de (bij)werking(en) van medicatie. Cliënten werden tijdens opname wekelijks of vaker bezocht en het team ging zo nodig af en toe met de cliënt naar huis. De F-ACT-teams namen deel aan voortgangsbesprekingen in de kliniek, behielden in veel gevallen ook de regie en bereidden met de kliniek het ontslag voor.

Uitschrijving uit F-ACT ging vrijwel steeds in overleg en met wederzijdse instemming van team en cliënt. De overdracht verliep geleidelijk en gecontroleerd. De teams hadden regelmatig overleg met externe partners in hun werkgebied, zoals thuiszorg, woningcorporaties/wijkmeester, wijkagent, welzijnsinstellingen, en vrijwilligerswerk in de buurt.

Op negen items werd gemiddeld laag ( $\leq 3,0$ ) gescoord. Psychologen, arbeidsdeskundigen en ervaringswerkers waren volgens de gestelde normen te weinig in de teams vertegenwoordigd. Ook ontbrak het regelmatig aan teamleden die waren opgeleid in een rehabilitatiemethodiek of die deskundig waren in verslavingsbehandeling. De contactfrequentie bij cliënten die op het bord stonden (en dus extra aandacht nodig hebben), was bij veel teams gemiddeld één tot twee keer per week, terwijl het F-ACT-model uitgaat van minstens vier contacten per week. Veel teams boden onvoldoende structurele psycho-educatie of andere familie-interventies aan en in een systematische, geïntegreerde behandeling van psychische en verslavingsproblematiek (dubbelediagnosemodel) was winst te boeken. De teams deden weliswaar aan routine outcome monitoring (ROM), maar benutten de resultaten ervan vaak niet voor de individuele behandeling of het teambeleid.

## Trends in de modelgetrouwheid

De gemiddelde totaalscore op de FACTS was in de periode 2009-2014 overwegend stabiel gebleven. Het hoogste gemiddelde werd in 2013 bereikt ( $M = 3,98$ ;  $SD: 0,26$ ;  $n = 32$ ), in het laatste meetjaar 2014 daalde de score weer naar een gemiddeld niveau ( $M = 3,84$ ;  $SD: 0,21$ ;  $n = 76$ ). De 14 teams die na drie jaar opnieuw geauditeerd werden, scoorden bij hercertificering (in 2012 tot 2014) gemiddeld een fractie (0,1 punt) hoger.

Op itemniveau lieten drie items, gemeten met een ongepaarde t-test, een positieve trend zien met een significant ( $p < 0,05$ ) hogere score in 2014 dan het gemiddelde van de voorafgaande jaren: de formatie van maatschappelijk werkers en andere agogen was stijgende evenals de implementatie van cognitieve gedragstherapie, en er werd in het laatste meetjaar meer samengewerkt met het informele steunsysteem (TABEL 1).

Aanzienlijk meer items, namelijk twaalf, lieten een significant negatieve trend zien ( $p < 0,005$ ): de in 2014 gecertificeerde teams scoorden gemiddeld lager dan de eerder gecertificeerde teams. We noteerden onder meer lagere scores voor de teamgeest, structurele aandacht voor herstel en arbeidsrehabilitatie, dubbelediagnosebehandeling, een op rehabilitatie/herstel gericht plan, familie-interventies en outreach (zie TABEL 1). Dit laatste betekende dat er meer afspraken op het ggz-kantoor plaatsvonden ten koste van huisbezoeken.

Jaarlijks varieerde de selectie van instellingen die geauditeerd werden; sommige participeerden in 2014 voor het eerst. Dit bood geen verklaring voor de dalende modeltrouw in 2014: F-ACT-teams van instellingen die zich in 2014 voor het eerst lieten certificeren, hadden eenzelfde totaalscore ( $M = 3,81$ ;  $SD: 0,17$ ;  $n = 30$ ) als de overige in 2014 bezochte teams ( $M = 3,87$ ;  $SD: 0,22$ ;  $n = 46$ ).

## Herstel, rehabilitatie en participatie

F-ACT-teams helpen mensen met ernstige psychische aandoeningen, door hun behandeling en zorg te bieden en te ondersteunen op weg naar hun herstel. Wanneer we keken naar items in de FACTS die het meest (direct) gelieerd zijn aan ondersteuning bij herstel, rehabilitatie en participatie, dan zagen we dat deze matig of onvoldoende geïmplementeerd waren. Het ging daarbij om de items: arbeidsdeskundige, ervaringsdeskundige, revalidatiespecialist, psycholoog, individueel rehabilitatie-/herstelplan, arbeidsrehabilitatie, scholing herstelondersteunende zorg, en structurele aandacht voor herstel. Deze items scoorden met gemiddelden van 2,69 tot 3,38 matig of laag en er waren eerder dalende dan stijgende scores te zien.

Een veel geuite zorg is of FACT niet vooral crisiszorg dreigt te worden en of er niet te weinig aandacht in het model is voor stabiele cliënten. Is er wel voldoende tijd om met cli-

**TABEL 1** Items uit de *Flexible ACT-schaal* (FACTS) met significante verschillen bij audits tussen 2009-2013 en 2014 ( $p < 0,05$ )

Item	Gemiddelde score audits 2009-2013 (SD) (n = 115)	Gemiddelde score audits 2014 (SD) (n = 76)
Bed op recept	3,63 (1,65)	2,87 (1,77)
Behandelplanbijeenkomst opkomst	4,37 (1,26)	3,66 (1,73)
Individueel rehabilitatie/herstelplan	3,57 (1,18)	3,09 (1,20)
Familie-interventies	2,83 (1,10)	2,38 (1,06)
Outreach	3,82 (1,02)	3,37 (0,96)
Verpleegkundige	4,81 (0,42)	4,42 (0,72)
Psycho-educatie	3,73 (0,88)	3,36 (0,84)
Arbeidsrehabilitatie	3,43 (0,88)	3,12 (0,98)
Structurele aandacht voor herstel	3,50 (0,91)	3,20 (0,85)
Dubbelediagnosemodel	2,90 (0,82)	2,61 (0,69)
Teamgeest	4,39 (0,70)	4,16 (0,71)
Verantwoordelijkheid opname	4,52 (0,57)	4,29 (0,56)
Samenwerking informele steunsysteem ten tijde van niet-intensieve zorg	3,59 (0,95)	3,91 (0,97)
Cognitieve gedragstherapie	3,85 (1,09)	4,25 (0,95)
Maatschappelijk werk/agogen	3,71 (1,74)	4,32 (1,21)

enten stil te staan bij hun persoonlijke ontwikkeling, wensen en doelen, bij hun worsteling met de eigen identiteit, bij de verwerking van verlies en verdriet? Uit de data bleek dat teams die de 'stabiele' cliënten relatief frequent bezochten meer aandacht (leken te) hebben voor het persoonlijk herstel van cliënten.

Betrokkenheid van personen die voor de cliënt belangrijk zijn, zoals familie, is een essentieel onderdeel van het F-*ACT*-model. Het informele steunsysteem speelt een belangrijke rol in het kader van herstel en participatie. De F-*ACT*-teams scoorden hier goed op en er was eveneens progressie waar te nemen in de frequentie van contact met het informele steunsysteem van de cliënt, met name in stabiele periodes en in mindere mate ten tijde van intensieve zorg. Meer formele familie-interventies, met aandacht voor psycho-educatie, onderlinge communicatie en probleemoplossing, werden echter niet of beperkt aangeboden.

## DISCUSSIE

F-*ACT* is in Nederland op brede schaal geïmplementeerd in de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De audits die het CCAF van 2009 tot 2014 heeft uitgevoerd, wijzen op een voldoende modelgetrouwe implementatie. De basis van de teams is goed op orde met een multidisciplinaire teamsamenstelling, medicatiemanagement, praktische begeleiding en aandacht voor continuïteit in de zorg, ook bij een klinische opname.

## Ambulantisering

Het ambulantiseringbeleid zoals dat onder meer in het Bestuurlijk Akkoord ggz is afgesproken, zien we deels terug in de audits. Het percentage cliënten dat ten tijde van de audit is opgenomen, daalt. Waar F-*ACT* aanvankelijk een 'Hotel California' leek, waar men wel naar toe kon, maar waar men niet meer uit kwam, werd in 2014 20% van de cliënten uitgeschreven. Dit gebeurde in de regel met wederzijdse instemming van team en cliënt. De stijging in het aantal uitschrijvingen in 2014 valt waarschijnlijk niet toevallig samen met de invoering van de basis-ggz, waarin minder intensieve zorg voor cliënten met chronische problematiek is opgenomen. Ook de ontwikkeling dat steeds meer huisartspraktijken beschikken over een praktijkondersteuner ggz zal hebben bijgedragen aan het toegenomen aantal uitschrijvingen. Of deze verandering van zorg de cliënten daadwerkelijk ten goede komt, is niet bekend.

De in het ambulantiseringbeleid tegelijk voorgestane intensivering van de ambulante zorg zien we niet terug in de gegevens. In het laatste meetjaar zijn er juist signalen dat de implementatie onder druk staat met een stijgende caseload, relatief minder huisbezoeken en teruglopende beoordelingen van de toch al niet hoog scorende ondersteuning bij herstel en participatie. We gaan hierop in het vervolg nader in.

## Zwakke punten

Als de audits zich zouden beperken tot structurele aandacht voor herstel en participatie, dan zouden de teams in doorsnee geen certificaat van het CCAF halen. Dit terwijl uit het Panel Psychisch Gezien (Place e.a. 2014) blijkt dat een grote meerderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen aangeeft behoefte te hebben aan meer ondersteuning bij het omgaan met de psychische klachten, sociale contacten en relaties, zinvolle dagbesteding, werk en opleiding.

Bij de matige implementatie van de arbeidsdeskundige en arbeidsrehabilitatie lijkt financiering een rol te spelen. Enkele F-ACT-teams krijgen hiervoor gemeentelijke financiering, de meeste teams ontvangen innovatiegeld van het UWV.

De afgelopen jaren hebben verschillende ggz-instellingen een pilot uitgevoerd om met de methode Individuele Plaatsing en Steun (IPS) mensen naar een baan te begeleiden. Dit heeft tot goede resultaten geleid en ook een eerder Nederlands gerandomiseerd onderzoek naar IPS liet positieve resultaten zien (Michon e.a. 2014). Het ministerie van Sociale Zaken heeft op basis van deze positieve resultaten voor een periode van vijf jaar 20 miljoen euro subsidie beschikbaar gesteld om meer mensen via deze methode aan het werk te krijgen. Analyse van de audits die de komende vijf jaar zullen plaatsvinden, moet uitwijzen of deze impuls het gewenste effect heeft gehad.

Ook de items over verslavingsdeskundigheid en dubbele-diagnosebehandeling scoren laag, ondanks de hoge prevalentie van verslavingsproblematiek bij de doelgroep. De norm voor psychologen is met 0,8 fte per 200 cliënten niet hoog te noemen, maar in de praktijk wordt de helft hiervan gehaald. Dit kan mede een verklaring zijn waardoor traumabehandeling in de F-ACT-teams niet uit de verf komt, terwijl het een waardevolle behandeling kan zijn voor de doelgroep van teams (Van den Berg e.a. 2015).

De auditdata laten een trend zien naar minder outreach, dit betekent dat afspraken met cliënten vaker in het ggz-gebouw plaatsvinden in plaats van bij de cliënt thuis, in het buurthuis etc. Waar in eerdere jaren grofweg driekwart van de contacten buiten het kantoor plaatsvond, is dit in het laatste jaar slechts de helft.

De rationale achter dit item is dat F-ACT-teams buiten het ggz-terrein dienen te werken, omdat zij een doelgroep bedienen die (de neiging heeft) de zorg (te) mijden en het daarnaast van belang is om cliënt in de thuissituatie te zien en te ondersteunen. Een F-ACT-medewerker ziet bijvoorbeeld een chaotisch huishouden, ziet de liefde en zorgzaamheid van de cliënt voor zijn hond, ontmoet de buurvrouw en spreekt op een laagdrempelige manier een familielid. Drake e.a. (2003) stellen dat bij rehabilitatie

alles draait om aanwezigheid in de 'echte' omgeving van de cliënt; ter plekke getrainde vaardigheden bekijken het beste.

Mogelijke verklaringen voor de teruggang in outreach kunnen een veranderde visie van de teams zijn (het belangrijk vinden cliënten te stimuleren om naar het ggz-gebouw te gaan), maar het is waarschijnlijker dat een verhoogde werkdruk een rol speelt waardoor hulpverleners afspraken liever op kantoor plannen om zo reistijden te verminderen.

## FACT en ambulantisering

De genoemde bevindingen sluiten aan bij de signalen en pleidooien om bij de ambulantisering niet alleen te focussen op de afbouw van bedden, maar vooral ook de ambulante opbouw prioriteit te geven. In een adviesrapport voor het ministerie van vws over streefcijfers voor ambulantisering (Kroon e.a. 2016) wordt geconstateerd dat er op zeer bescheiden schaal middelen voor ambulantisering vrijkomen door de afbouw van bedden, mede omdat het aantal klinische plaatsen met een intensieve verzorgingsgraad is toegenomen. In één van de in dit rapport geschetste scenario's voor intensivering van de ambulantisering wordt dan ook ingezet op een grotere en steviger implementatie van het F-ACT-model.

## Beperkingen


Deze studie heeft beperkingen die voortkomen uit de selectieprocedure: het betreft eerste audits door het CCAF van F-ACT-teams voor een algemene doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een eerste beperking is de gegevensverzameling in het kader van een audit. Verondersteld mag worden dat de teams zich vanwege de certificering van hun beste kant laten zien. Teams die verwachten dat zij nog onvoldoende aan de normen van het F-ACT-model voldoen of hierover twijfelen, zullen terughoudend zijn om zich voor een audit aan te melden omdat er kosten aan zijn verbonden. Teams organiseren daarom vaak eerst een interne audit om verbeterpunten op het spoor te komen. Dit zou betekenen dat de steekproefselectie een relatief gunstig beeld geeft van de F-ACT-implementatie in Nederland. De meeste Nederlandse F-ACT-teams zijn inmiddels echter opgegaan voor certificering.

Hoewel F-ACT inmiddels ook in andere sectoren, zoals verslavingszorg, jeugdzorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten, wordt toegepast, beperkt deze analyse zich tot de oorspronkelijke doelgroep en sector: mensen met ernstige psychische aandoeningen in de volwassenenzorg van de ggz. Om afhankelijkheid in de data te voorkomen includeerden we alleen eerste audits van teams. De trends in de tijd die wij signaleren, hebben dus niet te maken met ouder wordende teams of veranderende doelgroepen. De

keuze voor eerste audits heeft nauwelijks invloed op de scores; teams die zich inmiddels een tweede maal lieten certificeren, scoren gemiddeld ongeveer even hoog. Een andere beperking in dit onderzoek is dat de predictieve validiteit van de F-ACT-modelgetrouwheidsschaal niet integraal is vastgesteld: zijn hogere scores daadwerkelijk geassocieerd met gunstiger uitkomsten voor cliënten? De F-ACT-modelgetrouwheidsschaal is gebaseerd op de ACT-modelgetrouwheidsschaal en vanuit consensus en ervaring geconstrueerd. Uit Nederlands en internationaal onderzoek (Burns e.a. 2007; Van Vugt 2015; Bond & Drake 2015) is bekend dat de ACT-schaal als geheel positief gecorreleerd is met diverse cliëntuitkomsten. Kritische ingredi-

enten uit dergelijk onderzoek, zoals een gedeelde caseload, outreach en dagelijks ochtendoverleg, zijn opgenomen in de F-ACT-modelgetrouwheidsschaal. Er zijn dus indicaties voor de predictieve validiteit van de schaal, maar dit verdient nader onderzoek.

Ten slotte wijzen we erop dat modelgetrouwheid geen constante factor is, maar dient mee te evolueren met de behandelpraktijk, nieuwe inzichten en resultaten uit onderzoek. Dit tezamen is verwerkt in een nieuwe versie van de FACTS die momenteel bij de eerste teams in gebruik is genomen.

 Het CCAF stelde de data voor dit onderzoek beschikbaar.

## LITERATUUR

- Bähler M, van Veldhuizen JR, van Vugt M, Delespaul PH, Kroon H, Lardinois J, e.a. De FACT-schaal: FACTS. Heiloo/Utrecht; 2008.
- Berg DPG van, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, e.a. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder. a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 259-67.
- Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. 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.
- Dijk BP van, Mulder CL, Roosenschoon BJ. Nederlandse handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS). Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGZ Europort; 2004.
- Dijk BP van, Mulder CL, Roosenschoon BJ, Kroon H, Bond GR. Dissemination of assertive community treatment in the Netherlands. *J Ment Health* 2007; 16: 529-35.
- Drake RE, Green AI, Mueser KT, Goldman HH. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Ment Health J* 2003; 39: 427-40.
- Hoof F van, Knispel A, Hulsbosch L, van Rooijen S, Place C, Michon H, e.a. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Hoof F van, Knispel A, Hulsbosch L, Place C, Muusse Ch, van Vugt M, e.a. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- IGZ. Voorwaarden voor zorg aan zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoeningen niet in alle regio's voldoende. Utrecht: IGZ; 2013.
- Kroon H, van Hoof F, Wolf J. Praktijk en opbrengsten van casemanagement op de lange termijn. Utrecht: Trimbos-instituut; 2000.
- Kroon H, van Weeghel J, Delespaul PH, Knipsel A, van Hoof F. Advies streefcijfers intensivering ambulante 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 Psychology* 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. *Psychiatric Serv* 1999; 50: 818-24.
- Michon H, Busschbach J, van Stant D, van Vugt M, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of Individual Placement and Support for people with severe mental illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabil J* 2014; 37: 129-36.
- Place C, Hulsbosch L, Michon H. Factsheet Panel Psychisch Gezien. Het landelijke panel voor mensen met langdurig psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- RET. 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. November 2015.
- Veldhuizen JR van, Bähler M, Polhuis D, van Os J (red). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.

- Veldhuizen JR van, Polhuis D, Bähler M, Mulder N, Kroon H (red). Handboek (Flexible) ACT. Utrecht: de Tijdstroom; 2015.
- 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 Journal Psychiatry 2011; 56: 154-60.
- Vugt MD van, van Veldhuizen JR, Bähler M, Delespaul PH, Huffels N, Mulder CL, e.a. Ontwikkeling van een modelgetrouwheidschaal voor functie-assertive community treatment (FACT). Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 119-24.
- Vugt MD van. Assertive Community Treatment in the Netherlands. Proefschrift. Erasmus MC Rotterdam; 2015.

## SUMMARY

# Model fidelity of flexible assertive community treatment (F-ACT) teams: five years of audit results

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

**BACKGROUND** The Flexible ACT (F-ACT) has been introduced in the Netherlands since 2004, alongside the Assertive Community Treatment (ACT) model. An estimate of 400 (F-)ACT teams concurrently provide care to approximately 70.000 people with serious mental illness. The cCAF has been assessing the model fidelity of ACT and F-ACT teams since 2009 to promote the quality and transparency of healthcare for clients with serious mental illness.

**OBJECTIVE** To describe the state of implementation of F-ACT and associated trends in the Netherlands.

**METHOD** Analysis of the cCAF database, which holds the data of audits conducted between 2009 and 2014.

**RESULTS** The audits conducted by cCAF between 2009 and 2014 indicated an adequate implementation of F-ACT. The team foundations were well organized, featuring a multidisciplinary team structure, management of medication, practical support and investment in healthcare continuity, including during an admission. However, the results regarding participation and recovery were unsatisfactory. Furthermore, the results depicted a decline in the scores concerning a number of areas, including outreach and support of participation and recovery.

**CONCLUSIONS** Although the data indicates an on average satisfactory implementation of F-ACT in the Netherlands, there are signs that the implementation of F-ACT is under pressure with relatively fewer home visits, a rising caseload and a reduced investment in recovery and participation. The findings are in accordance with the signs and arguments to adjust the emphasis on reducing hospital admissions, prioritizing the consolidation of outpatient care instead.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)7, 441-448

**KEY WORDS** certification, flexible ACT, model fidelity scale