

Borgen zorgkwaliteit bij ernstige psychiatrische aandoeningen

Certificeren met **patiënten en naasten**

Een moderne en professionele organisatie in de geestelijke gezondheidszorg (GGz) in Nederland heeft een sluitende kwaliteitscyclus. Helaas gaat dat echter niet altijd op, zoals onder meer beschreven in dit tijdschrift. Met een bottom up certificering kan de kwaliteitscyclus wellicht worden gesloten. Dat moet dan wel met visie gebeuren.

K. Westen & M. van Vugt

In nummer 2 van KiZ werden kritische kanttekeningen geplaatst bij (de effectiviteit van) de implementatie van beschikbare richtlijnen, modellen en interventies in de gezondheidszorg (Van der Linden, 2016) en specifiek in de GGz (Van Splunteren, 2016). Van Splunteren constateert een aantal leemtes in de werkwijze bij de implementatie van diverse zorgstandaarden in de GGz, waaronder het gebrek aan een gezamenlijk optreden van professionals en cliënten en het ontbreken van een systematische evaluatie en terugkoppeling. De zorgmodellen Assertive Community Treatment en Flexible Assertive Community Treatment zijn in korte tijd breed in de Nederlandse GGz geïmplementeerd. Welke elementen bevat(te) dit implementatieproces en wat kan hiervan geleerd worden?

De opkomst van de zorgmodellen Assertive Community Treatment (ACT; Stein & Test, 1980) en Flexible ACT (FACT; Van Veldhuizen, 2006) in Nederland vond plaats vanaf 2000. ACT- en FACT-teams bieden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen specialistische behandeling en ondersteuning, voornamelijk thuis en in de buurt. Een team bestaat uit verschillende disciplines, werkt met een gedeelde caseload en outreachend. Waar een ACT-team zorg biedt aan de 20% meest kwetsbare men-

sen, biedt een FACT-team zorg aan alle mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in een regio.

Modelgetrouwheid

Met de groei van het aantal teams rees het besef dat de kwaliteit van de implementatie gewaarborgd moet zijn (Van Veldhuizen e.a., 2008; Van Vugt e.a., 2011). Modelgetrouw werken is van belang voor de effecten op cliëntniveau (McGrew e.a., 1994; McHugo e.a., 1999; Latimer, 1999; Van Vugt e.a., 2011; Van Vugt, 2015). Gevreesd werd dat teams zich ACT of FACT zouden noemen, terwijl het model gedeeltelijk werd geïmplementeerd. Voor andere partijen, cliënten, familie en inkopers van de zorg moest duidelijk zijn of de zorg wordt geleverd die men belooft. Vanuit die invalshoek is in 2008 de Stichting CCAF opgericht. Deze beweging, bestaande uit een kleine groep betrokken experts, zag de kracht en mogelijkheden van het gebruik van modelgetrouwheidsschalen, zoals in de Amerikaanse GGz al gebruikelijk was. Een modelgetrouwheidsschaal geeft aan in hoeverre een praktijk overeenkomt met een ideaaltypisch model. Modelgetrouwheidsschalen kunnen uiteenlopende doelen dienen, waaronder benchmarking, kwaliteitsbevordering en transparantie (Van Vugt e.a., 2011). Voor ACT was 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 binnen het CCAF een modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld (Bähler e.a., 2008): de Flexible ACT schaal (FACTs). De modelgetrouwheidsschalen bestaan uit items over teamstructuur; teamproces; diagnostiek,

behandeling en interventies; zorgorganisatie; maatschappelijke zorg; monitoring; en professionalisering. Aan elk item wordt een score toegekend van 1-5, waarbij 1 staat voor slecht/niet geïmplementeerd en 5 voor goed/optimaal geïmplementeerd.

Certificering

De kracht en energie die de bottom-up beweging met zich meebracht, vertaalde zich in de visie dat toetsing dient te gebeuren voor en door de betrokken partijen: cliënten, naasten en professionals. Er werd daarom een auditorienpool samengesteld bestaande uit cliënten, familieleden en professionals uit het veld. Deze auditoren werden geschoold in afname van de modelgetrouwheidsschalen en vanaf 2009 zijn er namens het CCAF audits uitgevoerd bij ACT en FACT teams. Een audit resulteert in een verslag met per item een score met toelichting, een totale modelgetrouwheidsscore en - afhankelijk van de totaalscore - een keurmerk. Daarnaast worden verbeterpunten en aanbevelingen meegegeven om teams te stimuleren zich verder te ontwikkelen. Een keurmerk heeft een geldigheidsduur van drie jaar. Teams die een matige implementatie van het model hebben laten zien, ontvangen een voorlopig keurmerk. Zij dienen een verbeterplan op te stellen en worden na één jaar opnieuw door het CCAF getoetst.

Opggericht door professionals vanuit een behoefte tot borging van (ambulante) kwaliteitszorg wordt het CCAF geleid door professionals en partners uit het werkveld en verrichten zij gezamenlijk ook de certificeringswerkzaamheden. Dit past binnen de trends in kwaliteitsdenken die Ahaus & Schurink (2015) waarnemen in de zorg: meer vanuit bottom-up geïnitieerd en geleid door professionals. Daarnaast voldoet het certificeringsproces van het CCAF ook aan een leemte die Van Splunteren (2016) constateert bij de implementatie van de zorgstandaarden in de GGz: evaluatie en terugkoppeling. Het CCAF levert een logistiek en inhoudelijk auditproces voor de systematische evaluatie van zorgmodellen voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en een terugkoppeling van de gegenereerde data. Hierdoor komt er een 'levende' kwaliteitscyclus tot stand waarmee teams zichzelf kunnen verbeteren en waarin het te auditeren model zich verder kwalitatief ontwikkelt.

Ontwikkelingen door certificatieproces

De modelgetrouwheidsschalen en een door alle betrokken partijen erkend keurmerk hebben geleid tot een enorme toename van het aantal

modelgetrouwe (F)ACT-teams, de herwaardering van outreachende sociale psychiatrie en de toename van bijvoorbeeld het aantal ervaringsdeskundigen in de GGz. Zo was de ervaringsdeskundige ten tijde van de opkomst van ACT en FACT in Nederland nog een zeldzaamheid in de GGz; het feit dat de ervaringsdeskundige als teamlid is opgenomen in de modelgetrouwheidsschalen van ACT en FACT heeft er mede voor gezorgd dat deze discipline serieus werd genomen (Van Slooten in Mulder & Kroon, 2009; Van Vugt, 2015).

Daarnaast hebben alle afgenomen audits geleid tot een scherpe analyse van de ontwikkeling van deze (F)ACT-teams én van de ontwikkeling die de zorgmodellen hebben doorgemaakt. Zo zijn er samen met het veld modelbeschrijvingen en modelgetrouwheidsschalen ontwikkeld voor (F)ACT Jeugd, voor

Ervaringsdeskundige maakt dat deze discipline serieus wordt genomen

mensen met een complexe problematiek én een licht verstandelijke beperking en voor forensische cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het heeft er mede toe geleid dat sommige teams op een punt zijn aangekomen dat zij het oorspronkelijke model (bina) zijn ontgroeid en toe zijn aan een nieuwe stap. De geanalyseerde data van alle audits en de ervaring met het auditeren hebben als input gediend voor een nieuwe FACT-model-

Wat is bekend?

Het implementeren van modellen en interventies in de GGz blijkt geen sinecure en verder onderzoek naar effectieve implementatietechnieken blijft noodzakelijk (Van der Linden, 2016).

Wat is nieuw?

Het (F)ACT-model heeft zich de afgelopen jaren snel en modelgetrouw verspreid in de Nederlandse GGz en daar buiten. Betrokken professionals hebben de beweging naar assertieve ambulante zorg bottom-up gestart met de intentie goede zorg te willen leveren aan mensen met complexe psychiatrische problematiek. Een tot die tijd vaak vergeten of verloren doelgroep in de GGz.

Wat kun je er mee?

Een goede borging van modelgetrouwheid begeleid door een organisatie zoals het CCAF, kan een manier zijn om trouw te blijven aan de oorspronkelijke waarden om te streven naar kwaliteitszorg in de GGz en deze door cliënten, naastbetrokkenen en professionals in gezamenlijkheid te realiseren. Gezien de vaak moeizame implementatie van andere modellen en interventies in de GGz is het waardevol om het auditproces van het CCAF nader te bekijken om te kunnen vaststellen welke succesvolle elementen ook relevant zijn in andere implementatietrajecten.



Betrek patiënten en naasten formeel bij de kwaliteitscyclus.

getrouwheidsschaal, FACT-schaal Versie 2 (reeds in pilot-onderzoeksfase). Deze schaal behelst zowel de harde beoordeling van de essentiële onderdelen van FACT als flexibele ruimte voor een team om zich te verhouden tot de doelgroep, de maatschappelijke context en de beschikbare resources. Daarnaast heeft de nieuwe schaal een grotere focus op herstelgericht werken in de triade, waarin professionals, cliënten en naastbetrokkenen samen op trekken. De vrijheid die in de schaal wordt gegeven om bepaalde keuzes te maken op basis van de context waarin het team zich bevindt, dient te worden verantwoord met behulp van data, praktijkvoorbeelden, interviews, observaties en beschikbare evidence.

Met het volwassen worden van het FACT-model, is ook het interne proces van het CCAF volwassen geworden. Een auditprocedure beschrijft het proces voorafgaand aan een audit, tijdens en erna met aandacht voor efficiëntie en feedback. Door twee auditoren wordt op de dag van de audit teaminformatie verzameld, geanalyseerd en op een rustiger mo-

ment beoordeeld. Na het vinden van consensus tussen beide auditoren wordt feedback gegenereerd vanuit het geauditeerde team en vanuit een senior-auditor van het CCAF. Een senior-auditor is door zijn ruime ervaring met (F)ACT en het auditeren in staat om met enige distantie de kwaliteit van de inhoud van het verslag en het proces te toetsen. Zowel de inhoud als het proces worden beoordeeld en uiteindelijk akkoord bevonden door de directeur van het CCAF.

Inmiddels vinden meer dan 100 audits per jaar plaats en is het proces verder geprofessionaliseerd. De auditoren en het secretariaat van het CCAF werken niet meer op papier maar met een efficiënt workflow-managementsysteem. Een tweede ontwikkeling die heeft bijgedragen aan professionalisering van het auditproces, is dat de goede ervaringen met de ontwikkeling van (F)ACT in Nederland succesvol werden gekopieerd bij de ontwikkeling van nieuwe behandelmodellen in de GGz en het sociale domein (denk aan High and Intensive Care (HIC), Active Recovery Triad (ART), Intensive Home Treatment (IHT) en het werken met Resource

Groups). Met de beschrijving van een nieuw model wordt ook een modelgetrouwheids-schaal ontwikkeld door het werkveld. Het geschikt maken van modelgetrouwheidsschalen voor certificering is een onderdeel waar de afgelopen jaren ervaring mee is opgedaan binnen het CCAF. De verscheidenheid aan vormen van goede ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen vraagt om zelfbewuste, deskundige auditoren met een waarderende en brede blik op zorg. Met behulp van gerichte trainingen vanuit het CCAF, een HR-beleid en de terechte waardering van het unieke samenwerkingsproces dat tussen auditoren en team ontstaat, is dit geborgd. Een laatste ontwikkeling, die het interne proces van het CCAF heeft doen veranderen, is de transitie in het sociale domein. Gemeentes hebben zorgtaken toebedeeld gekregen en installeren onder andere Sociale Wijkteams waar zij de wijkprofessional de regie teruggeven. Het CCAF heeft deze herwaardering van de eigen professionele verantwoordelijkheid, regelruimte en regie voor de professional meegenomen in het auditproces.

Professionele organisatie

Ook de CCAF-organisatie is geprofessionaliseerd. Er is een bureau, een toezichthoudend bestuur en er zijn verschillende adviserende commissies. Deze commissies bestaan uit betrokken familieleden, ervaringsdeskundigen, professionals uit verschillende domeinen, onderzoekers en zorgverzekeraars. Met de herwaardering van de centrale functie van de auditerende professionals in het kwaliteitsproces van het CCAF is de primaire verantwoordelijkheid voor de afhandeling en de uitwerking van de audit belegd bij de auditoren en is er gekozen voor het waarderend auditeren. Een achttal landelijk opererende senior-auditoren borgen de kwaliteit van de geleverde producten, echter blijven de inhoudelijke omschrijvingen en aanbevelingen afhankelijk van een context die enkel de auditoren kunnen beschrijven.

Blik op de toekomst

De toekomst van de GGz zal samenhangen met de toekomst van het sociale domein. Gesteld kan worden dat kleinschalige, wijkgerichte behandeling zich zal blijven ontwikkelen, waarbij de samenwerking gezocht moet worden met het sociale domein en de huisartsenzorg. Ook klinische voorzieningen, de crisisdiensten en woonbegeleiding zullen zich gaan verhouden tot het sociale domein en de context van de omringende organisatie(s) en maatschappij. Dit

maakt dat one-size-fits-all modelgetrouwheidsschalen geen stand houden, maar dat unieke en individuele keuzes in relatie tot de context dienen te worden getoetst. Er ligt een enorme uitdaging voor het CCAF om in de snel veranderende GGz kwaliteit van zorg op een relevante en betrouwbare manier te blijven meten en zo in iedere maatschappelijke en organisatorische context de best mogelijke behandeling voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen mogelijk te maken. Het CCAF slaagt hier hopelijk in door zich te blijven ontwikkelen, zich te voorzien van externe feedback en inhoudelijke keuzes collaboratief en in de triade te maken.

Literatuur

- Ahaus, K., & Schurink, F. (2015). Trends in het kwaliteitsdenken in de zorg. Een analyse van literatuur over kwaliteit en veiligheid. *Kwaliteit in Zorg*, 4-9.
- Bähler, M., Veldhuizen van, J. R., Vugt van, M. D., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J., & Mulder, C. L. (2008). *De FACT-schaal: FACTs*. Heiloo/Utrecht.
- Dijk van, B., Mulder, C. L., & Roosenschoon, B. (2004). *Nederlandse Handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)*. Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGz Europoort.
- Latimer, E. (1999). Economic impacts of Assertive Community Treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 443-544.
- Linden van der, B. A. (2016). Implementatie: vakgebied dat volwassen wordt. *Kwaliteit in Zorg*, 4-7.
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. L., & Saylers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 113-125.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorder study. *Psychiatric Services*, 818-824.
- Slooten van, D. (2009). Ervaringsdeskundigheid in (F)ACT: de winst en de weerstand. In C. L. Mulder, & H. Kroon, *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom.
- Spunteren van, P. (2016). Implementatie van richtlijnen in de ggz. Doet de ggz de juiste dingen? *Kwaliteit in Zorg*, 13-14.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 392-397.
- Veldhuizen van, J. R., Bähler, M., & Teer, W. (2006). FACT: de "Functie ACT". *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 525-534.
- Vugt van, M. D. (2015). *Assertive Community Treatment in the Netherlands*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Vugt van, M. D., Veldhuizen, J. R., Bähler, M., Delespaul, P., Hufels, N., Mulder, C. L., Kroon, H. (2001). Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie-Assertive Community Treatment (FACT). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 119-124.

Informatie over de auteurs

Koen Westen, docent Verpleegkunde aan Avans Hogeschool, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Master Social Work and Innovation in opleiding en vice-voorzitter van het CCAF.

Maaïke van Vugt, Dr., wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos Instituut en adviseur van het CCAF.