

De inzet van resourcegroepen voor gedeelde besluitvorming bij assertive community treatment; literatuuroverzicht en aanbevelingen

M. SMEERDIJK, PH.A.E.G. DELESPAUL, I.P.M. KEET, M.A. NUGTER

- ACHTERGROND** In de psychiatrie neemt de belangstelling toe om patiënten en hun naastbetrokkenen meer regie te geven over de doelen en de uitvoering van de behandeling. Een gestructureerde methode om dit te organiseren bij assertive community treatment (ACT) is om hen te laten participeren in een zogenoemde resourcegroep (RG).
- DOEL** Het bieden van een overzicht van de wetenschappelijke evidentie voor het geven van regie aan de patiënt over de doelen en uitvoering van ACT, in het bijzonder als dit vorm krijgt in een RG.
- METHODE** Een literatuuroverzicht op grond van zoekopdrachten in de databases PubMed en Cochrane Library. Er werden 9 trials gevonden met een gerandomiseerde, gecontroleerde opzet (RCT's). Hierbij ging het in slechts één RCT om de inzet van een RG bij ACT.
- RESULTATEN** ACT-benaderingen waarin patiënten met schizofrenie regie kregen over de behandeling leidden tot significant gunstiger uitkomsten dan een standaardbehandeling. Verbeteringen werden gevonden op het gebied van symptomen, sociaal functioneren en kwaliteit van leven. Er waren aanwijzingen dat bij een dergelijke benadering de behandeltevredenheid en het sociaal functioneren verder toenemen als de inspraak van de patiënt georganiseerd is in een RG.
- CONCLUSIE** Onderzoek toont positieve bevindingen met ACT waarin de patiënt regie heeft over de doelen en uitvoering van de behandeling. Verder onderzoek is gewenst om na te gaan of deze toevoeging aan ACT een meerwaarde heeft ten opzichte van andere ACT-benaderingen, met name als het dan gaat om de inzet van een RG.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 466-473

TREFWOORDEN familie-interventies, flexibele ACT, resourcegroepen, shared decision-making



ARTIKEL



Assertive community treatment (ACT; Stein & Test 1980) is een organisatievorm voor de gezondheidszorg waarbij ambulante, intensieve behandeling wordt geboden aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Een ACT-team bestaat uit verschillende disciplines die gezamenlijk de behandeling leveren aan alle patiënten (*shared caseload*). Een ander kenmerk van ACT is dat de behandeling voornamelijk plaatsvindt in de eigen maatschappelijke omgeving

van de patiënt (*outreaching*). De wetenschappelijke effectiviteit van ACT is aangetoond in Amerikaanse studies (Marshall & Lockwood 2000), maar in Europees onderzoek is er minder eenduidige evidentie gevonden (Fiander e.a. 2003; Sytema e.a. 2007).

In de afgelopen jaren zijn verschillende varianten van ACT ontwikkeld, waarvan flexibele ACT (van Veldhuizen 2007; toen nog aangeduid als functionele ACT) in Nederland een

brede toepassing heeft gekregen. Terwijl ACT alleen bestemd is voor patiënten met EPA die intensieve zorg nodig hebben, richt flexibele ACT zich juist op alle patiënten met EPA. ‘Flexibel’ verwijst hier naar het continue afstemmen van de intensiteit van de zorg op de actuele zorgbehoeften van de patiënt, wat impliceert dat er opschaling kan zijn van individuele casemanager (minder intensieve zorg) naar ACT (meer intensieve zorg volgens *shared caseload*). Prospectief onderzoek toont aan dat flexibele ACT geassocieerd is met een toename in kwaliteit van leven en therapietrouw en met een afname in aantal opnames en ambulante contacten (Nugter e.a. 2016).

In de geestelijke gezondheidszorg bestaat er veel belangstelling om patiënten en hun naastbetrokkenen structureel te betrekken bij de besluitvorming over de opzet en uitvoering van de behandeling (Nordén e.a. 2012a). Een internationaal veel gehanteerde methode om deze inspraak vorm te geven staat bekend als gedeelde besluitvorming (*shared decision-making*; SDM). Hoewel er in de praktijk van de psychiatrie verschillende invullingen bestaan van SDM, gaat het doorgaans om de procedure waarbij de behandelaar en de patiënt gezamenlijk toewerken naar overeenstemming over de invulling van de behandeling nadat zij onderling hun persoonlijke voorkeuren hebben uitgewisseld en verkend (Charles e.a. 1999). In een dergelijk proces van besluitvorming is het optioneel om al of niet het sociaal netwerk van de patiënt te betrekken.

Gedeelde besluitvorming bij ACT: resourcegroep

Ook bij ACT heeft de toepassing van SDM navolging gekregen. Pioniers zijn hierbij Ian Falloon en collega's, die hun variant van ACT aanduiden als *optimal treatment* (OT; Falloon & Fadden 1995). In lijn met SDM krijgt de patiënt bij OT de mogelijkheid om mee te beslissen over de invulling van de behandeldoelen en over de keuze van interventies om deze te realiseren. Andere namen voor OT zijn onder andere: *integrated care*, *integrated psychiatry* en *integrated mental health care* (Nordén e.a. 2012a).

Het OT-model is in de afgelopen jaren verder ontwikkeld door de regie van de patiënt over de doelen en de uitvoering van ACT structureel te organiseren in een zogeheten *resourcegroep* (RG; Nordén e.a. 2012a). De RG bestaat uit de patiënt, personen uit het sociale netwerk van de patiënt (de naastbetrokkenen) en uit de hulpverleners van het ACT-team. Het uitgangspunt daarbij is dat de patiënt zelf besluit welke personen uit zijn of haar sociale netwerk aan de RG deelnemen. De coördinatie van het proces ligt bij de casemanager van de patiënt, die contactpersoon is voor alle leden van de resourcegroep.

Als vertrekpunt stelt de patiënt samen met de casemanager de resourcegroep samen en samen formuleren zij (sub-)

AUTEURS

MAARTEN SMEERDIJK, ten tijde van het onderzoek: onderzoeker, afd. Onderzoek en Monitoring, GGZ Noord-Holland-Noord; thans: psycholoog en docent, Academie Mens en Arbeid, Hogeschool Saxion, Deventer.

PHILIPPE DELESPAUL, klinisch psycholoog en hoogleraar Zorginnovaties in de ggz, Universiteit Maastricht, School for Mental Health & Neurosciences, Maastricht, en Mondriaan, Heerlen.

RENÉ KEET, psychiater en directeur zorgontwikkeling en implementatie, divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

ANNET NUGTER, senior onderzoeker en hoofd afd. Onderzoek en Monitoring, GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Maarten Smeerdijk, Lunterse Beekstraat 27, 6541 WN Nijmegen.

E-mail: amsmeerdijk@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-4-2017.

doelen en een ontwikkelingsplan. Indien mogelijk wordt de patiënt getraind in het voorzitten van RG-bijeenkomsten. In de eerste bijeenkomst van de RG ligt de focus op het opstellen van een signaleringsplan in het geval de patiënt in een crisis dreigt te raken. Daarnaast presenteert de patiënt zijn of haar behandeldoelen en het ontwikkelingsplan. De doelen worden opgesplitst in subdoelen voor de periode tot aan de volgende RG-bijeenkomst. Aansluitend bepalen de groepsleden gezamenlijk welke interventies er nodig zijn om de subdoelen te bereiken, en zij komen daarbij tot een onderlinge verdeling van taken.

Gedurende de behandelperiode komt de RG een aantal malen bijeen (doorgaans om de drie maanden over een behandelperiode van een jaar) om op grond van de bereikte (sub)doelen besluiten te nemen over eventuele bijstellingen dan wel aanvullingen in de behandeling. Onderdeel van de behandeling vormen de trainingen aan zowel de patiënt als de naastbetrokkenen in vaardigheden op het gebied van communicatie, het hanteren van stress en op het oplossen van (dagelijkse) problemen.

De vraag is wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de effectiviteit van het geven van regie aan de patiënt met EPA over de invulling van de doelen en de wijze van uitvoering van de behandeling bij (flexibele) ACT. In dit artikel bieden wij een overzicht van de wetenschappelijke evidentie van het geven van regie aan patiënten bij

ACT. Daarbij bespreken we afzonderlijk de evidentie van deze benadering bij ACT als de regie van de patiënt georganiseerd is in een RG. Op basis van de bevindingen doen wij aanbevelingen voor verder onderzoek naar de inzet van de RG bij (flexibele) ACT en voor implementatie van deze benadering in de praktijk van de Nederlandse psychiatrie.

METHODE

Wij zochten naar literatuur over het geven van regie aan de patiënt over de doelen en de uitvoering van de behandeling bij (flexibele) ACT in de database van PubMed (met daarin opgenomen Medline). Relevante zoektermen werden ontleend aan een centrale publicatie over de RG (Nordén e.a. 2012a) en over *optimal treatment* (Falloon 1999). We zochten met bekende termen die verwijzen naar het proces waarin de patiënt regie heeft over de behandeling: ‘*shared decision-making*’, ‘*resource group*’, ‘*patient-participation*’ en ‘*empowerment*’. Deze werden ieder gecombineerd (‘and’) met termen die verwijzen naar de methodiek van (flexibele) ACT: ‘*assertive community treatment*’, ‘*optimal treatment*’ en ‘*integrated care*’. Om zorg te dragen dat de zoekresultaten met *optimal treatment* en *integrated care* enkel betrekking hebben op de methodiek van ACT, werden deze beide termen gecombineerd met ‘*community mental health care*’ of ‘*case-management*’. De restrictie was ingesteld op Engels- en Nederlandstalige studies en *meta-analysis, randomized controlled trial* of *review*.

We screenen de samenvattingen van de studies om te zien of ze een evaluatie betroffen van een ACT-methodiek waarbij de patiënten aandeel hadden in de regie over de behandeling. Aansluitend controleerden wij de referentielijsten van de geselecteerde publicaties op mogelijk nog ontbrekende studies. **TABEL 1** bevat een overzicht van de zoekresultaten op basis van de hiervoor gehanteerde selectieprocedure.

Er werden aanvankelijk vier publicaties geschikt geacht voor inclusie, waaronder één meta-analyse, één overzichtsstudie en één RCT. Bij slechts één RCT (opgenomen in de meta-analyse) ging het om een evaluatie van ACT waarbij de regie van de patiënt georganiseerd was in een RG. Om meer inzicht te krijgen in de evidentie kozen wij ervoor om aan deze ene RCT ook niet-gerandomiseerde studies toe te voegen. Dit resulteerde in één extra studie. Op grond van de screening van de acht RCT's in de overzichtsstudie (Schöttle e.a. 2013) konden we bij slechts één van deze studies met zekerheid stellen dat de patiënt regie had over de uitvoering van ACT. We kozen er daarom voor om deze RCT afzonderlijk te bespreken en de betreffende overzichtsstudie verder buiten beschouwing te laten.

Op grond van deze selectie bespreken we in dit overzichtartikel de bevindingen van één meta-analyse en twee RCT's wat betreft de evidentie voor het geven van regie aan de patiënt bij ACT. Aansluitend bespreken we één RCT en één niet-RCT wat betreft de evidentie voor het geven van regie aan de patiënt bij ACT als dit vorm krijgt in een RG.

RESULTATEN

Bevindingen over ACT met de inzet van regie aan patiënten

De *meta-analyse* werd uitgevoerd door een onderzoeksgroep uit Zweden die een ACT-model heeft ontwikkeld waarbij de RG een centrale positie inneemt (Nordén e.a. 2012b): de *resource group assertive community treatment* (RACT). Doel van de meta-analyse was om de effectiviteit van de RACT-methode te verkennen in vergelijking met gestandaardiseerde behandeling. Dit werd gedaan aan de hand van het analyseren van de uitkomsten van zowel gerandomiseerde als niet-gerandomiseerde studies gepubliceerd in de periode 2001-2011. In totaal waren 17 studies

TABEL 1 Aantal geraadpleegde publicaties over het geven van regie aan de patiënt bij ACT

Zoektermen	'Assertive Community Treatment'	'Optimal Treatment' AND 'Community Mental Health Care' OR 'Case management'	'Integrated Care' AND 'Community Mental Health Care' OR 'Case management'
'Shared decision-making'	73	119	100
'Resource Group'	85	102	104
'Patient-participation'	63	5	84
'Empowerment'	69	66	68

geïnccludeerd, waarvan 6 RCT's. In alle RCT's bestond de onderzoeksgroep exclusief uit patiënten met de diagnose schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis (n = 400).

De meta-analyse geeft geen informatie over de inhoud van de geëvalueerde methodieken in de studies. Bij raadpleging van de opgenomen RCT's bleek het doorgaans te gaan om een combinatie van diverse wetenschappelijk effectief gebleken interventies, veelal aangeduid als *integrated therapy* (IT; Falloon & Fadden 1993). Specifiek gaat het bij IT om aan huis uitgevoerde farmacologische en psychosociale interventies, waarbij de laatste zich eveneens richten op educatie en vaardigheidstraining aan de naastbetrokkenen van de patiënt. Eveneens blijft in de meta-analyse onvermeld hoe in de studies invulling is gegeven aan de gestandaardiseerde behandeling zoals aangeboden in de controleconditie. Bij de RCT's bleek het in de controleconditie veelal te gaan om een behandelprogramma bestaande uit diverse interventies die overeenkomen met die uit ACT.

De auteurs van de meta-analyse beoordeelden de kwaliteit van de geïnccludeerde studies aan de hand van het gestandaardiseerde kwaliteitssysteem *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE; Schünemann e.a. 2012). Met GRADE wordt de kracht van de evidentie vastgesteld op grond van verschillende determinanten, waaronder die over de opzet en de uitvoering van het onderzoek. Gemiddeld bleken de RCT's opgenomen in de meta-analyse een goede methodologische kwaliteit te hebben.

Op grond van de berekening van de gezamenlijke effectgroottes (Cohens d) van de resultaten uit de RCT's bleek dat IT in vergelijking met een standaardbehandeling een significant groot effect sorteerde over de samengenomen uitkomsten bij de patiënten met een diagnose in het psychotische spectrum (effectgrootte van 0,87). Nader gespecificeerd: er was een gemiddeld effect gevonden voor symptomen (0,57) en een groot effect voor algemeen functioneren (0,93) en welzijn (1,16). De duur van de effectiviteit zoals gevonden in de RCT's staat niet vermeld in de meta-analyse, maar in 3 van de studies ging het om een follow-upmeting van een periode van 2 jaar na de start met de methodiek.

Hoewel de auteurs consequent spreken van een meta-analyse over de effectiviteit van RACT, ging het in slechts 1 van de 6 RCT's specifiek om de toevoeging van een RG aan ACT. Deze studie bespreken we afzonderlijk in de volgende paragraaf. In de andere 5 RCT's kreeg de patiënt weliswaar mogelijkheid tot regie over de behandeling, maar het was niet bekend of dit plaatsvond in een RG. Ook verschillen de RCT's onderling wat betreft de inhoud van de gestandaardiseerde behandeling zoals werd aangeboden in de controleconditie. De verschillen tussen de RCT's in de onderzochte

methodieken maken het discutabel of de samenvoeging van hun uitkomsten gerechtvaardigd is.

We vonden 2 relevante RCT's naar de effectiviteit van het geven van regie aan de patiënt bij ACT. De eerste RCT (Sunger e.a. 2011) betreft een evaluatie van de genoemde IT-benadering (hier aangeduid als *optimal case management*; OCM). OCM betrof ook hier een ACT-benadering bestaande uit farmacologische en psychosociale interventies, waarbij de laatste ook vaardigheidstraining bevat voor familieleden. Er was geen toevoeging van een RG, maar de patiënt kon de doelen bepalen en richting geven aan de behandeling. De benadering van *routine case management* (RCM) in de controleconditie was minder omvangrijk dan OCM, maar betrof nog steeds een intensief aanbod met daarin opgenomen interventies uit OCM. De onderzoeksgroep betrof 100 patiënten met de diagnose schizofrenie (n = 50 in iedere conditie), die zich vrijwillig hadden aangemeld voor deelname. Beide benaderingen werden 24 maanden ingezet en metingen vonden plaats voor aanvang (*baseline*) en bij iedere daaropvolgende 6 maanden (follow-up).

In beide condities waren er bij iedere follow-up significante verbeteringen opgetreden op het gebied van de symptomen en op het algeheel en sociaal functioneren van patiënten. Over tijd bleven deze verbeteringen stabiel in de RCM-conditie, terwijl ze verder toenamen in de OCM-conditie. In beide condities was er eveneens een significante afname wat betreft de ervaren stress bij de naastbetrokken van de patiënt, maar ook hier was het effect over tijd groter in de OCM-conditie. Tot slot waren er ook meer verbeteringen met OCM ten opzichte van RCM op de uitkomsten zorgbehoefte en kwaliteit van leven. Hoewel op alle onderzochte uitkomstmaten steun werd gevonden voor de effectiviteit van OCM, is het onbekend in welke mate het geven van regie aan de patiënt daarin een essentiële rol in heeft gespeeld. De auteurs benadrukken dan ook dat niet duidelijk is in hoeverre de afzonderlijke interventies in het ACT-programma evenredig hebben bijgedragen aan de gevonden effecten.

De tweede RCT omvat een grootschalige internationale evaluatie onder de noemer *Optimal Treatment Project* (OTP), waar 14 psychiatrische centra uit 11 landen aan hebben deelgenomen (Falloon e.a. 2004). *Optimal treatment* verwijst hier naar het arsenaal aan *evidenced-based* behandelstrategieën voor patiënten en naastbetrokkenen, en komt overeen met de besproken benadering van IT. Als onderdeel van het OTP krijgt de patiënt de mogelijkheid om zelf behandeldoelen te stellen en om richting te geven aan de uitvoering van de behandeling. Bij vier van de deelnemende centra waren de patiënten willekeurig (*at random*) toegewezen aan OTP (n = 146) of *routine case management* (RCM, n = 114).

Uit de samengevoegde uitkomsten van de 14 deelnemende centra bleek dat na de 2 jaar durende behandeling de patiëntengroep in *OTF* significant meer vooruit was gegaan dan de patiëntengroep in *RCM* op het gebied van mentale gesteldheid, ervaren stress en sociaal functioneren. De verschillen tussen de condities in de vooruitgang op al deze gebieden waren nog meer zichtbaar als enkel gekeken werd naar de 4 centra waarin de patiënten willekeurig waren toegewezen aan de condities. Eveneens bleek *OTF* effectiever dan *RCM* in het reduceren van de ervaren stress bij de naastbetrokkenen van de patiënt. De studie biedt niet de uitkomsten van ieder centrum afzonderlijk, en het is onbekend wat de integriteit was van uitvoering van de interventies binnen de centra.

Bevindingen over ACT met de inzet van de RG

Wij vonden slechts één *RCT* naar de effectiviteit van *ACT* met als onderdeel de *RG*. De *RCT* betreft 2 afzonderlijke publicaties van behandelingsevaluatie, te weten die van 2 jaar follow-up (Malm e.a. 2003) en van 5 jaar follow-up (Malm e.a. 2014). Van deze publicaties is de eerste opgenomen in de door ons besproken meta-analyse. Het betreft een evaluatie van de effectiviteit van de methodiek *integrated care* (*IC*) ten opzichte van die van *rational rehabilitation* (*RR*) bij patiënten met een schizofreniespectrumstoornis. Bij zowel *IC* als *RR* hanteert men een *ACT*-benadering voor een duur van 2 jaar bestaande uit een farmacologische interventie in combinatie met psychosociale interventies. Het essentiële verschil tussen beide benaderingen is dat bij *IC* de besluitvorming rond de behandeling plaatsvond in een *RG* (bestaande uit de patiënt, naastbetrokkenen en behandelaren), terwijl bij *RR* de besluitvorming vooral lag bij het behandelteam. Van 35 patiënten in de *IC*-conditie en 31 patiënten in de *RR*-conditie waren de uitkomsten beschikbaar over alle meetmomenten, te weten voorafgaand aan de interventie (baseline), direct na de interventie (2 jaar follow-up) en 3 jaar na de interventie (5 jaar follow-up). Op beide follow-upmetingen waren er in beide condities geen significante reducties opgetreden in het aantal klinische opnamedagen en in het aantal psychotische episodes. Bij beide follow-upmetingen was er in de *IC*-conditie ten opzichte van de *RR*-conditie significante verbetering zichtbaar in sociaal functioneren en in behandeltevredenheid bij patiënten. Een sterk punt van de studie is dat de methodieken uitgevoerd zijn in de praktijk van bestaande behandelcentra. Een belangrijke beperking daarentegen was de kleine omvang van de onderzoeksgroep, waardoor vergelijkingen tussen subgroepen niet mogelijk waren. De niet-*RCT* betreft een kwalitatieve evaluatie van het genoemde *IC*-programma (Nordén e.a. 2012a), hier inmiddels genaamd *resource group-ACT* (*RACT*). Doel was om

vanuit het perspectief van deelnemende casemanagers te komen tot kennis over de werkzaamheid van de methodiek. In totaal deden 80 casemanagers mee (voornamelijk verpleegkundigen), waarbij ieder in dit kader één patiënt met *EPA* (waarvan 68% met een psychotische stoornis) in zijn of haar caseload had. Iedere patiënt had een eigen *RG*, met gemiddeld 5 bijeenkomsten per jaar van ieder 1 uur. Uit de rapportages van de casemanagers was te herleiden dat na 3 jaar behandeling op het gebied van psychologisch welzijn er bij 45 (56,3%) patiënten enige vooruitgang en bij 21 (26,3%) patiënten grote vooruitgang was bereikt. Uit de analyses bleek dat hoe meer *RG*-bijeenkomsten er waren geweest, hoe groter de vooruitgang was in het welzijn van de patiënten ($r = 0,48$; $p = 0,02$). Op grond van een willekeurige selectie van 19 rapportages was op te maken dat de interactie binnen de *RG* en de steun van de casemanager essentiële elementen waren om het proces van herstel te bekrachtigen (*empowerment*) en om verbeteringen in kwaliteit van leven te bewerkstelligen bij de patiënt. Belangrijke beperkingen van de studie waren het ontbreken van een controleconditie en de toepassing van niet-gevalideerde uitkomstmaten.

DISCUSSIE

In deze literatuurstudie bespreken wij de bevindingen van 9 gerandomiseerde studies (*RCT*'s) naar de effectiviteit van *ACT*-benaderingen waarbij de patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening (*EPA*) de regie heeft over de invulling van de doelen en de uitvoering van de behandeling. In slechts één van deze *RCT*'s gaat het om *ACT* waarbij de genoemde regie van de patiënt systematisch is georganiseerd in een resourcegroep (*RG*). Consistent tonen de *RCT*'s aan dat *ACT* verrijkt met het geven van regie aan de patiënt met *EPA* tot significante verbeteringen leidt ten opzichte van gestandaardiseerde behandelingen overeenkomstig met *ACT*. Verbeteringen zijn gevonden op het gebied van symptomen, algemeen en sociaal functioneren, kwaliteit van leven en ervaren stress. Eén *RCT* toont aan dat deze methodiek ook aanzet tot een significante verlaging van ervaren stress onder de naastbetrokkenen van de patiënt, terwijl deze uitkomst voor zover bekend niet is onderzocht in de andere studies.

De *RCT* naar de inzet van de *RG* bij *ACT* toont aan dat deze niet significant effectiever is dan *ACT* zonder deze toevoeging in het bereiken van significante reducties in het aantal klinische opnamen en het aantal psychotische episodes. Wel blijkt dat de *RG* een significante meerwaarde heeft in het verbeteren van het sociaal functioneren en het verhogen van de tevredenheid over de behandeling bij de patiënt met *EPA*.

De aanvullende kwalitatieve evaluatie in een niet-RCT toont op grond van de rapportages van casemanagers dat het overgrote deel van patiënten die 2 jaar lang hadden geparticipeerd in een eigen RG in enge tot sterke mate verbeteringen vertoonde in hun psychisch welzijn.

Kanttekeningen

Wij dienen een aantal kanttekeningen te maken over de geraadpleegde RCT's in dit overzicht. Ten eerste dient zich de vraag aan in hoeverre men in de studies een identieke invulling heeft gegeven aan de opzet en uitvoering van het ACT-model. Informatie hierover ontbreekt in de meeste studies. Indien de studies hier onderling sterk in verschillen, dan zou het samenvoegen van de uitkomsten een vertekend beeld opleveren.

Ten tweede wordt de onderlinge vergelijking verder bemoeilijkt doordat het niet geheel duidelijk is hoe de gestandaardiseerde behandeling in de controleconditie is vormgegeven. Als deze ACT-programma's sterk overeenkomen met die geboden in de experimentele conditie met uitzondering dat zij niet regie hebben gegeven aan de patiënt, dan is met meer zekerheid te stellen dat dit specifieke onderdeel verantwoordelijk is voor de gevonden verschillen. Voor zover bekend is dit enkel aangetoond in de studie waarin ACT werd aangeboden met de toevoeging van de RG ten opzichte van deze methodiek zonder deze toevoeging.

Ten derde is het doorgaans niet bekend hoe men in de studies vorm heeft gegeven aan het geven van regie aan de patiënt over de invulling van de doelen en de uitvoering van de behandeling. Dikwijls volstaan onderzoekers met de term 'shared decision-making' (SDM), maar dit kent in de praktijk verschillende invullingen (Charles e.a. 1999).

CONCLUSIE

Op basis van de bevindingen concluderen wij dat het geven van regie aan de patiënt over de invulling van de doelen en de uitvoering van de behandeling een zinvolle toevoeging is aan ACT voor het bereiken van klinisch herstel bij patiënten met EPA. Aanvullend onderzoek is daarbij gewenst om meer duidelijkheid te geven over hoe de regie aan de patiënt precies vorm dient te krijgen wil deze een significante meerwaarde hebben boven ACT zonder deze toevoeging. Bevindingen over de RG als systematische methode om regie aan de patiënt te geven bij ACT blijven tot op heden zeer beperkt met slechts één RCT en één niet-RCT. Beide studies zijn uitgevoerd binnen psychiatrische instellingen in Zweden, en zijn daarmee niet te generaliseren naar landen met een andere opzet van hun zorgsysteem. Zo is in Nederland flexibele ACT de vooraanstaande ACT-benadering. Tot op heden is binnen dat model nog geen onderzoek gedaan naar het geven van regie aan de patiënt over de invulling van de doelen en de uitvoering van de behandeling (van Veldhuizen 2015). Hoewel bij flexibele ACT er doorgaans sprake is van een intensieve samenwerking met het persoonlijke netwerk van de patiënt, is er nog geen eenduidige richtlijn waarin dit is vastgelegd. De RG kan een aangewezen methode zijn om bij flexibele ACT het netwerk structureel te betrekken in het bieden van hulp aan de patiënt.

Een andere belangrijke reden voor de toepassing van de RG bij flexibele ACT is dat in de laatste jaren de welvaartstaat in Nederland is opgeschoven richting een participatiesamenleving. Dit betekent dat er een groter beroep gedaan wordt op de eigen krachten van de patiënt en op die van het non-professionele netwerk in de samenleving. De RG is in potentie een aangewezen methode om dit netwerk structureel in te zetten en om zo hun rol te versterken in het bieden van hulp aan de patiënt. Het verdient hierbij de aanbeveling om een model te ontwikkelen voor de inzet van de RG bij flexibele ACT in Nederland, en vervolgens in onderzoek vast te stellen of een dergelijk model een meerwaarde heeft.

LITERATUUR

- Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999; 319:780-2.
- Falloon IHR, Fadden G. *Integrated mental health care. A comprehensive community-based approach.* Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Falloon IRH. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 615-8.
- Falloon IHR, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, e.a. Implementation of evidenced-based treatment for schizophrec disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Pychiatry* 2004; 3:104-9.
- Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: Comparison of model fidelity in the UK and USA. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 248-54.
- Malm UI, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IRH. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 415-23.
- Malm UI, Ivarsson BAR, Allebeck, P. Durability of the efficacy of integrated care in schizophrenia: a five-year randomized controlled study. *Psychiatr Serv* 2014; 65: 1054.
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001089.
- Nordén T, Eriksson A, Kjellgren A, Norlander T. Involving clients and their relatives and friends in the psychiatric diagnoses. Case managers' experiences of training in resource group assertive community treatment. *Treatment Psych J* 2012a; 1: 15-27.
- Nordén T, Ulf M, Norlander T. Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012b; 8: 144-51.
- Nugter A, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of flexible assertive community treatment (FACT) implementation: A prospective real life study. *Community Ment Health J* 2016, 52: 898-907.
- Schöttle D, Karow A, Schimmelman BG, Lambert M. Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 384-408.
- Schünemann HJ, Langer G, Meerpohl JJ, Ollenschläger G, Perleth M. Das GRADE-System: Ein Prolog zur Artikelserie in der ZEFQ. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2012; 106: 354-6.
- Stein L, Test MA. Alternatives to mental hospital treatment Part I: Conceptual model treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37: 392-7.
- Sungur M, Soygur H, Guner P, Üstün B, Çetin I, Falloon IR. Identifying an optimal treatment for schizophrenia: a 2-year randomized controlled trial comparing integrated care to a high-quality routine treatment. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011; 15: 118-27.
- 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. FACT: A Dutch version of ACT. *Community Ment Health J* 2007; 43: 649-51.
- Veldhuizen JR van, Delespaul P, Kroon H, Mulder N. Flexible ACT & Resource-group ACT: different working procedures which can supplement and strengthen each other. *A response. Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2015; 11: 12-5.

SUMMARY

Using resource groups in assertive community treatment; literature review and recommendation

M. SMEERDIJK, PH.A.E.G. DELESPAUL, I.P.M. KEET, M.A. NUGTER

BACKGROUND In psychiatry there is an increasing interest in giving patients and their relatives control over the goals of treatment and the way in which treatment is carried out. A structural method of organising this within assertive community treatment (ACT) is to let patients and their relatives participate in what is known as a resource group (RG).

AIM To provide a systematic view of the advantages of giving patients control over their treatment and the way in which it is carried out via ACT, particularly if this control is organised in the form of an RG.

METHOD We reviewed the relevant literature on the basis of search instructions in the databases of PubMed and Cochrane Library. We found nine trials that had a randomised controlled design (RCT). Only one of these RCTs involved the use of an RG in ACT.

RESULTS The approaches used in ACT, whereby patients with schizophrenia had control over their treatment, led to significant improvements that were considerably greater than those achieved in standard care. Improvements were found in symptomatology, social functioning and in the quality of life. There are indications that treatment satisfaction and social functioning improve still further if patients' control over their treatment is organised in an RG.

CONCLUSION Research demonstrates that positive results are achieved with ACT whereby patients have control over their treatment and the way in which it is carried out. However, further research is needed to determine whether this addition to ACT in the form of an RG is superior to other approaches used previously in ACT, particularly if it concerns the inclusion of an RG.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 466-473

KEY WORDS family-intervention, (Flexible) ACT, resource groups, shared decision-making