

Assertive Community Treatment bij patiënten met een eerste psychose

Modelgetrouwheid en doelgroepspecifieke aanpassingen

M. J. M. VERHAEGH, I. M. B. BONGERS, H. KROON, H. F. L. GARRETSSEN

ACHTERGROND Assertive Community Treatment (ACT) is een veelvuldig beschreven en onderzocht behandelaanbod, dat meestal toegepast wordt bij de doelgroep 'severely mentally ill patients'. Het is een evidence-based practice waarbij op een proactieve wijze in multidisciplinair teamverband outreachende en intensieve zorg (behandeling, rehabilitatie en begeleiding) worden geboden. Steeds vaker wordt ACT toegepast bij andere doelgroepen, zoals patiënten met een eerste psychose. Hierbij wordt ACT vaak niet modelgetrouw geïmplementeerd waardoor een verscheidenheid aan samenstellingen van het ACT-zorgaanbod ontstaat.

DOEL De centrale vraag is: levert variëren op modelgetrouwe ACT een meerwaarde op voor de doelgroep patiënten met een eerste psychose en hoe kan deze gerealiseerd worden?

METHODE De modelgetrouwheid is gemeten en aan patiënten en hun mantelzorgers is gevraagd in hoeverre het zorgaanbod tegemoetkomt aan hun zorgbehoefte. De resultaten dienen om wijzigingen door te voeren in het oorspronkelijke model. Hierbij wordt uitgegaan van behoud van essentiële kenmerken van het ACT-model. Variëren op deze kenmerken betekent dat er geen sprake meer is van ACT, waardoor de effectiviteit verloren kan gaan. Vanuit een modelgetrouw ACT-model is dus, op zorgvraaginhoudelijke gronden, onderzocht welke elementen verbetering zouden kunnen opleveren voor patiënten met een eerste psychose.

RESULTATEN EN CONCLUSIE ACT blijkt modelgetrouw geïmplementeerd te zijn en patiënten en mantelzorgers zijn daarmee tevreden. Er zijn sterke aanwijzingen dat aanpassingen van ACT een meerwaarde kunnen geven aan de effectiviteit van ACT bij deze specifieke doelgroep. Hieraan moeten echter wel zorgvuldigheidseisen gesteld worden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)11, 789-798]

TREFWOORDEN ACT, Assertive Community Treatment, eerste psychose, modelgetrouwheid

Assertive Community Treatment (ACT) staat bekend als een evidence-based practice (EBP) en wordt zeer frequent toegepast vanwege de aangetoonde positieve effecten bij vooral patiënten met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen (Dixon 2000; Drake e.a. 2001; Teague e.a. 1998). De kritiek op ACT is gericht op de hoge kosten, de intensiteit

van de zorg en het feit dat niet alle onderzoeken het positieve effect van ACT ondersteunen (Holloway & Carson 2001; Thornicroft 2000). Dit laatste kritiekpunt wordt meestal weerlegd door het gebrek aan modeltrouw van ACT in het onderzoek en door de toegenomen kwaliteit van de 'care as usual' (Billings e.a. 2003; Killaspy e.a. 2006). De kos-

tenintensieve aanpak, met een caseload van 1:10, komt in tijden van bezuinigingen onder druk te staan (Byford e.a. 2000; Fenwick & Byford 2005; Gomory 2001). Daarmee is niet gezegd dat ACT op de langere termijn niet kosteneffectief is.

Ten slotte bepleiten sommige critici een stepped-carebenadering waarbij pas wordt geïndiceerd voor een intensievere vorm van hulpverlening zodra blijkt dat een laagintensieve zorg geen effect sorteert. Zo wordt voorkomen dat de patiënt te veel verantwoordelijkheid wordt ontnomen en deze in de eigen omgeving hospitaliseert (Davison 2000). De stepped-carewerkwijze wordt in de bestaande praktijk veel gebruikt. Vraag is echter of deze werkwijze bij deze specifieke doelgroep de meest effectieve is.

WAAROM ACT BIJ EEN EERSTE PSYCHOSE?

Een reden om ACT toe te passen bij de totale doelgroep is dat, hoewel meestal na enkele jaren na een eerste psychotische episode weliswaar de kans op een herhaling bekend is (Addington e.a. 2007; Vlamincx 2003; Wiersma e.a. 1998), niet voorspelbaar is wie van de doelgroepleden het recidief zal treffen. Dit wordt bevestigd door empirische ervaringen die zijn opgedaan in de afgelopen 2,5 jaar. De gebeurtenissen in de eerste 3 tot 5 jaar na het optreden van de eerste positieve symptomen (de kritieke periode) zijn (mede)bepalend voor het beloop van de ziekte en ook het herstelproces en het functioneren van de patiënt in zijn verdere leven (McGlashan 1999; Scully e.a. 1997; Spencer e.a. 2001). Tevens toont onderzoek aan dat behandelresultaten beter zijn als de Duration of Untreated Psychosis (DUP), de periode tussen de detectie van de eerste verschijnselen en de aanvang van de behandeling, zo kort mogelijk is (McGlashan 2005; McGorry 2004b; McGorry e.a. 2005; Norman e.a. 2005). De outreachende en proactieve wijze van werken bij ACT zijn in bovenstaand verband belangrijke kenmerken van hulpverlening.

ACT wordt in toenemende mate aangeboden aan patiënten met een eerste psychose (Jeppesen e.a. 2005; Nordentoft e.a. 2003). Uit effectonderzoek

blijkt dat ACT-zorg aan deze doelgroep behalve beter ook nog goedkoper is dan de care as usual (Nordentoft 2006; Petersen e.a. 2005).

Het belang van modelgetrouwheid De grondleggers en aanhangers van ACT pleiten voor het zuiver toepassen van ACT: de gunstige effecten zijn te danken aan het volledig doorvoeren van het model (Burns e.a. 2002; Drake e.a. 2001; Gomory 2001; McGrew e.a. 1995; Priebe e.a. 2004; Weaver e.a. 2003). Bij het invoeren van ACT bij een nieuwe doelgroep is modelgetrouwheid dus van groot belang en er moet worden uitgesloten dat het effect, of het uitblijven hiervan, samenhangt met een gebrekkige modelgetrouwheid (Kuipers e.a. 2004; Phillips e.a. 2001). Een pilotonderzoek toont aan dat ACT in Nederland beperkt modelgetrouw wordt geïmplementeerd (Van Dijk e.a. 2004).

Bij effectonderzoeken is het belangrijk de modelgetrouwheid vast te stellen, in zowel de experimentele conditie als in de controleconditie. In Engels onderzoek verklaarde de aanwezigheid van veel ACT-kenmerken in de reguliere zorg het geringe verschil in effect tussen beide zorgvormen (Burns e.a. 2002).

Doelgroepspecifieke aanpassingen Mowbray e.a. (2003) maken onderscheid tussen het bewust en onbewust aanpassen van een EBP. Een onbewuste aanpassing kan het gevolg zijn van gebrekkige kennis van de te implementeren EBP evenals van een onvoldoende check op de uitvoering en implementatie van de EBP. In beide gevallen wordt doorgaans teruggegrepen op oude werkrouines waardoor de nieuwe interventie vervaagt (Mowbray e.a. 2003). Bij bewuste aanpassingen kunnen gemaakte keuzen worden verantwoord en kan de vergelijkbaarheid met de oorspronkelijke EBP en de (toegenomen) effectiviteit worden vastgesteld (Mowbray e.a. 2003).

Implementeren van EBP in de dagelijkse zorgpraktijk betekent dat een bewezen effectieve interventie modelgetrouw wordt toegepast (Barkham & Mellor-Clark 2003). In diezelfde prak-

TABEL 1 De (niet-)essentiële elementen van Assertive Community Treatment volgens Bond

Essentiële elementen	Niet-essentiële elementen
multidisciplinaire teambenadering	instroom van patiënten
geïntegreerd zorgaanbod	verloop van personeel
lage caseload	teamleider
outreachinge zorg	teambijeenkomst
medicamenteuze behandeling	verantwoordelijkheid voor planning van ontslag
hulpverlening gericht op algemene dagelijkse levensverrichtingen	geen drop-out
snelle crisisinterventie	samenwerking met het steunsysteem
assertieve houding	behandelgroepen voor dubbeldiagnosepatiënten
afstemming op de individuele zorgvraag	dubbeldiagnosemodel
een aanbod van onbeperkte duur	verantwoordelijkheid voor opname
	personeelsbezetting
	expliciete toelatingscriteria
	teamomvang

Ontleend aan Bond 2001

tijk kunnen veranderde omstandigheden, zoals een nieuwe financieringsgrondslag, afwijkende geografische omstandigheden of toepassing bij een nieuwe doelgroep, aanleiding geven voor het aanpassen van de EBP (Bond e.a. 2000; Henskens e.a. 2005; McGorry 2004a; McGrew & Bond 1995; Mowbray e.a. 2003).

Bewust een EBP aanpassen aan de dagelijkse praktijk kan, mits de essentiële kenmerken van de EBP, die de basis van het model vormen, behouden blijven. Aanpassen van deze kenmerken levert een lagere modelgetrouwheid op en verlaagt de effectiviteit. Echter, aanpassingen op de niet-essentiële kenmerken kunnen juist een meerwaarde opleveren (Bond 2001). Experts beschouwen de volgende kenmerken van ACT als essentieel: multidisciplinaire teambenadering, geïntegreerd zorgaanbod, lage caseload, outreachende zorg, medicamenteuze behandeling, hulpverlening gericht op algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), snelle crisisinterventie, assertieve houding, afstemming op de individuele noden en een aanbod van onbeperkte duur (Bond 2001).

DOEL

De doelstelling van dit onderzoek is het beantwoorden van de vraag: kan er een meerwaarde gerealiseerd worden door bewust te variëren op

modelgetrouwe ACT voor de doelgroep 'patiënten met een eerste psychose'? De volgende drie onderzoeksvragen staan hierbij centraal: (1) Wordt ACT in zuivere vorm toegepast? (Dit is van belang om de uitgangspositie te markeren); (2) In welke mate komt volgens patiënten en mantelzorgers het huidige ACT-aanbod tegemoet aan de zorgbehoefte?; (3) Welke aanwijzingen uit de onderzoeksgegevens geven aanleiding tot adapteren van het oorspronkelijke model?

METHODE

In juli 2004 is in GGZ Eindhoven en de Kempen gestart met ACT bij de doelgroep 'patiënten met een eerste psychose'. Uitgangspunt was een modelgetrouwe implementatie van ACT. De doelgroep omvatte patiënten met een eerste psychotische stoornis (niet alleen DSM-IV-schizofrenie), uitgezonderd intoxicatiepsychosen, in de leeftijdscategorie van 18 tot 35 jaar. Het totale verzorgingsgebied heeft 450.000 inwoners, waarvan 210.000 in de stad wonen.

De modelgetrouwheid van ACT is tweemaal vastgesteld, in september 2004 en november 2005, met de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) (Teague e.a. 1998). De DACTS-metingen werden door een onafhankelijk onderzoeker samen met de eerste auteur uitgevoerd. De

gegevens zijn verzameld en onafhankelijk van elkaar gescoord. In beide metingen leverde dit op 2 items een verschil op (1 punt op een 5-puntschaal). De DACTS omvat 28 items en onderscheidt 3 dimensies: teamsamenstelling, organisatie en zorgaanbod. Hiermee wordt de mate waarin de kenmerken van ACT in de praktijk aanwezig zijn gemeten. Een score van 1,0 tot 2,9 betekent 'onvoldoende implementatie' (*not implemented*), een score van 3,0 tot 4,1 betekent 'een middelmatige implementatie' (*moderately implemented*) en een score vanaf 4,1 betekent 'volledig geïmplementeerd' (*fully implemented*) (Salyers e.a. 2003).

Op de volgende wijze is het oorspronkelijke aanbod met een *practice-based* input aangescherpt en aangepast (Barkham & Mellor-Clark 2003). Een jaar na de start is aan de ingestroomde patiënten ($n=70$) en mantelzorgers in een e-mailenquête gevraagd in welke mate het aanbod overeenkwam met hun hulpvraag. De vragenlijst bevatte 2 open vragen: 'Wat vindt u goed aan het aanbod?' en 'Wat vindt u minder goed aan het aanbod?' In een begeleidende tekst werd gevraagd de vragen samen te beantwoorden en ingeval de patiënt er niet toe in staat was, alleen door de mantelzorger(s).

Deze kwalitatieve data zijn door een teamlid en een meer op afstand betrokken programmeerder geanalyseerd. De enquête leverde, naast positieve punten, vier verbeterthema's op. Deze thema's zijn voorgelegd aan vier sleutelfiguren (goed geïnformeerde collega's, maar geen ACT-teamleden). De sleutelfiguren herkenden de thema's uit het afgelopen jaar en erkenden het belang ervan.

De aldus bewerkte enquêtegegevens zijn in discussiegroepjes tijdens een informatiebijeenkomst met patiënten en familieleden besproken.

Deze avondbijeenkomst werd bezocht door patiënten en hun mantelzorgers ($n=75$), en hulpverleners ($n=10$). De deelnemers werden in 8, door onafhankelijke gespreksleiders voorgezeten subgroepen met een evenwichtige man-vrouwverhouding en patiënt-mantelzorgerverhouding, ingedeeld. Om de uniformiteit van de gesprekken te vergroten werd de werkwijze op schrift gesteld. De subgroepen gingen 1,5 uur met elkaar in gesprek over de verbeterthema's.

RESULTATEN

De eerste meting van modelgetrouwheid leverde de score 'middelmatige implementatie' op (DACTS-totaalscore = 3,5).

Opvallend is de lage subscore op het item zorgaanbod (2,7). De score wordt veroorzaakt door de relatief snelle instroom in de aanvangsperiode, de daarmee gepaard gaande lage contactfrequentie per patiënt, het ontbreken van dubbeldiagnosedeskundigheid en ervaringsdeskundigheid. De scores op de subschaal teamstructuur zijn lager uitgevallen vanwege een reeds bij aanvang vertrokken personeelslid en het ontbreken van een verslavingsdeskundige. De subschaalscore organisatie werd negatief beïnvloed door een snelle patiëntinstroom en een haperende afstemming rond crisiszorg in de eerste maanden.

De tweede meting leverde een DACTS-totaalscore van 4,3 op (= volledig geïmplementeerd). De verbeterde score was het gevolg van het oplossen van bovengenoemde knelpunten en het volledig op sterkte brengen van het team met verslavingsdeskundigheid en een ervaringsdeskundige.

Van de 70 aan de patiënt en diens mantel-

TABEL 2 Scores* op de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) in het effectonderzoek van Assertive Community Treatment in 2004 en 2005

	September 2004	November 2005
Teamstructuur	4,2	4,6
Organisatie	3,6	4,8
Zorgaanbod	2,7	3,5
Totaalscore**	3,5	4,3

* score 1 tot 5; hoe hoger de score hoe zuiverder de implementatie

** totaalscore = gemiddelde van de 3 subscores

TABEL 3
Positieve reacties van de respondenten (n=54) in het effectonderzoek van Assertive Community Treatment

Item	% (n)
Vraaggerichte, goede hulp	63 (34)
Gemakkelijk bereikbaar door teambenadering	50 (27)
Steun aan ouders	37 (20)
Intensiteit van de geboden hulp	33 (18)
Geboden hulp aan huis	9 (6)
Aangeboden psycho-educatiecursus	6 (4)
Geboden steun bij werk en school	6 (4)
Deskundig en enthousiast team	6 (4)
Mogelijkheid tot lotgenotencontact	6 (4)
Goed geïnformeerd team	6 (4)

zorger(s) geadresseerde enquêtes werden er 54 teruggestuurd (respons: 77%). In 20% van de gevallen vulden de patiënten de vragenlijst alleen in, meestal omdat er weinig contact bestond met de mantelzorger(s). Het grootste deel (60%) van de vragenlijsten werd door de patiënt samen met diens mantelzorger(s) ingevuld. De mantelzorger(s) beantwoordde(n) in 20% van de gevallen de vragenlijsten alleen, meestal omdat de patiënt opgenomen of ongemotiveerd was.

TABEL 4
Kritische reacties van de respondenten (n=54) in het effectonderzoek van Assertive Community Treatment

Item	% (n)
Wens tot bereikbaarheid buiten kantooruren	24 (13)
Communicatie kan beter	13 (7)
Te weinig contact met uitkerende instanties	13 (7)
Hulp te vrijblijvend	13 (7)
Te weinig kans op de gewone arbeidsmarkt	6 (4)
Te weinig ondersteuning bij financiën	6 (4)
Te weinig lotgenotencontacten	6 (4)
Eigen woonruimte krijgen duurt te lang	6 (4)
Geen contact met ouders	6 (4)
Angst voor terugval	6 (4)
Te weinig therapie	6 (4)
Gesprekken leveren niet veel op	6 (4)

Op de vragenlijsten vermeldde 36 respondenten (66,7%) alleen positieve kenmerken van het aanbod; 16 respondenten (29,6%) gaven zowel positieve als negatieve kenmerken en 2 respondenten (3,7%) waren alleen negatief.

De positieve reacties komen overeen met de essentiële kenmerken van ACT. De multidisciplinaire teambenadering, op het individu gericht, het geïntegreerde zorgaanbod, de lage caseload, de outreachende zorg en snelle crisisinterventie worden nadrukkelijk genoemd door de respondenten. De assertieve teamhouding wordt als positief en als negatief punt genoemd en aldaar nader toegelicht. De medicamenteuze behandeling wordt niet expliciet genoemd en komt terug bij de kritiekpunten. Het niet-tijdgelimiteerde en op ADL gerichte hulpverleningsaanbod wordt niet genoemd.

De enquête en de gespreksronden bij de evaluatiebijeenkomst leverden vier kritiekpunten op.

Bij het eerste kritiekpunt, de communicatie tussen het ACT-team en betrokken partijen (waaronder patiënten en mantelzorgers), zijn de volgende verbeterpunten genoemd. Ten eerste meer aandacht voor de samenwerking met steunsystemen (DACTS-item 24): verbeteringen van schriftelijke informatievoorziening (een folder, website of nieuwsbrief), communiceren via e-mail en meer bekendheid geven aan verwijzers en andere instanties. Ook moet het team duidelijker zijn over de verwachtingen omtrent de rol van ouders in het ondersteuningsproces. Het belang van psycho-educatie en familiebegeleiding wordt benadrukt. Het verbeterpunt betreft tevens de toelatingscriteria (DACTS-item 12). Mantelzorgers vinden, vaak achteraf, dat de toeleiding onnodig lang duurt en niet rechtstreeks gebeurt.

Mantelzorgers verlangen een assertievere houding naar verwijzers en netwerkpartners zoals woningbouwverenigingen, bankinstellingen of uitkeringsinstanties. Patiënten verwaarlozen hun belangen vaak en instanties wachten dan te lang voordat ze een signaal afgeven dat het fout dreigt te gaan. Om de kwaliteit van de communicatie op

peil te kunnen houden verwachten respondenten dat het aanbod kleinschaligheid blijft (item 22, intensiteit van hulpverlening).

Het tweede kritiekpunt omvat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de teamleden en aangeboden hulp. De (telefonische) ondersteuning buiten kantoor tijden schiet tekort; dit betreft zowel 'gewoon' contact met een teamlid als crisisinterventies (item 15, verantwoordelijkheid voor crisisdiensten). Respondenten geven aan dat kantoor tijden aangevuld met een samenwerkingsverband met de crisisdienst in de meeste situaties geen adequaat middel is.

Het derde kritiekpunt betreft de aansluiting tussen de hulpvraag en het zorgaanbod. Er is behoefte aan meer therapievormen, zoals lotgenotengroepen voor patiënten en familiegroepen voor naasten. De bestaande psycho-educatie is gericht op patiënten. Mantelzorgers vinden dat zij ook psycho-educatie zouden moeten krijgen. Respondenten willen meer kennis en ondersteuning over wet- en regelgeving met betrekking tot financiële zaken en arbeid. Er bestaat behoefte aan inloopmogelijkheden of -activiteiten. Als laatste wordt aandacht gevraagd voor de geboden farmacotherapeutische behandeling. Het betreft vooral de last die patiënten ervaren van de bijwerkingen van de medicijnen (concentratieproblemen, bewegingsdrang, vermoeidheid en seksueel disfunctioneren). De resultaten houden verband met de DACTS-items 24 (samenwerking met steunsysteem), 7 en 8 (specifieke aandacht en deskundigheid van verpleegkundigen en psychiater) en 10 (de capaciteit van de arbeidsrehabilitatiedeskundige).

Het laatste kritiekpunt is de te vrijblijvende houding van de hulpverlener. Er wordt soms te veel meegegaan met de patiënt op de momenten dat het slechter gaat. Er zou vaker directiever en proactiever moeten worden opgetreden.

DISCUSSIE

De centrale vraag is of er een meerwaarde gerealiseerd kan worden door te variëren op modelgetrouwe ACT voor de doelgroep patiënten met

een eerste psychose en hoe deze meerwaarde gerealiseerd kan worden. Er is nagegaan of het aanbod modelgetrouw wordt toegepast en er zijn data verzameld die aanknopingspunten leveren voor verbetering van het aanbod. Vervolgens zijn de positieve punten en verbeterpunten besproken in relatie tot de essentiële en niet-essentiële kenmerken van ACT. Bij de verbeterpunten is aangegeven hoe verbeteringen kunnen worden aangebracht.

Na ruim een jaar is ACT bij de doelgroep modelgetrouw geïmplementeerd en geven patiënten en hun mantelzorgers aan dat het aanbod in hoge mate, op de essentiële elementen van het ACT-model, aansluit op de hulpvraag. Of kwantitatieve uitkomstmaten eveneens een dergelijk positief beeld opleveren wordt nog onderzocht.

Op basis van de resultaten uit het vragenlijst-onderzoek en de evaluatiebijeenkomst is het aanbod op een aantal punten aangepast. Het eerste terrein is de communicatie. Hulpverleners gaan media als sms en e-mail meer benutten. Ook zal meer informatie worden gegeven over het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio.

Bij het thema 'bereikbaarheid' lijkt het toereikend de bereikbaarheidsuren uit te breiden naar delen van de avond en de weekenden. Het lijkt vooralsnog niet nodig om een eigen crisisfunctie in te richten omdat patiënten vaak nog goed omgeven zijn door een mantelzorgsysteem dat meestal genoeg ondersteuning heeft aan telefonische bereikbaarheid. De bereikbaarheidsregeling kan ook dienstdoen voor minder urgente zaken.

De patiënten en mantelzorgers wensen een aanbod dat specifiek is afgestemd op de doelgroep 'jonge psychotische patiënten en hun mantelzorgers'. Het aanbod zal meer gericht moeten zijn op de mantelzorgers en meer (specifiek) aandacht moeten geven aan hulpvragen rondom financiën, arbeid en voorgeschreven medicatie.

Als laatste gaven vooral mantelzorgers, maar ook patiënten, aan, een meer directieve bejegening te willen als de patiënt niet wil meewerken aan de behandeling. Dit is een wezenskenmerk van ACT, maar was minder geïmplementeerd. Het lijkt ech-

ter dat de mate van assertief optreden, in vergelijking met ACT voor de oorspronkelijke doelgroep, minder hoeft te zijn. Jongeren lijken met relatief minder drang en dwang trouw te zijn aan de behandeling (drop-outpercentage in jaar 1 en 2 < 5%).

Patiënten en mantelzorgers deden geen uitspraken over het essentiële kenmerk 'duur ongelimiteerde zorg'. Dit komt doordat er nog geen uitstroombeleid geformuleerd was en alle patiënten in zorg bleven. Later is, vanwege de grote instroom en beperkte capaciteit, de uitstroomtermijn bepaald op drie jaar behandeling na optreden van de eerste positieve symptomen. Op grond van het OPUS-onderzoek staat het besluit echter weer ter discussie aangezien dit aantoonde dat, wanneer de 'intensive outreach'-patiënten na twee jaar teruggeplaatst worden in de reguliere zorg, de geboekte gezondheidswinst verdwijnt (Nordentoft 2006). Men neigt naar een maximale behandelduur van vijf jaar.

De gevonden resultaten hebben betrekking op de doelgroep patiënten met een eerste psychose. Op grond van incidentiecijfers is berekend dat 8 van de 10 mensen met een eerste psychose in behandeling komen. Van dit deel van de totale populatie is 77% vertegenwoordigd in dit onderzoek. We hebben geen reden gevonden om te veronderstellen dat dit deel van de doelgroep niet representatief is voor de totale populatie. De lokale omstandigheden (het model wordt pas 2 jaar toegepast en de teamleden zijn ambitieus en enthousiast) en het feit dat het model een nieuwe voorziening is, zijn van invloed op de resultaten. De hier gepresenteerde inzichten dienen daarom wel gezien te worden vanuit dit noviteitseffect.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In de huidige ACT-praktijk van de ggz wordt weinig modelgetrouw geïmplementeerd getuige de vele matige scores op de DACTS (Van Dijk e.a. 2004). Het vermoeden bestaat dat deze modelaanpassingen onbewust gebeuren en dat vooral pragmatische en toevallige omstandigheden bepalend

zijn voor de uiteindelijke inhoud en vorm van de geboden zorg.

Dit artikel beschrijft een bewuste variatie op een EBP aan de hand van kritiek van patiënten en mantelzorgers. De door patiënten en mantelzorgers voorgestelde veranderingen sluiten aan bij het ACT-model; het aanbod dient daar nog meer aan te voldoen. Daarnaast wordt opgeroepen tot een specifieke invulling van of een grotere nadruk op bepaalde items. Er zijn geen punten aangedragen die strijdig zijn met de DACTS of er geheel in ontbreken. Het onderzoek bood dus geen aanwijzingen dat de essentiële ACT-kenmerken niet geïndiceerd zouden zijn voor de doelgroep.

Voor de doelgroep patiënten met een eerste psychose blijken de gewenste aanpassingen vooral betrekking te hebben op de (wijze van) communicatie met de doelgroepleden en netwerkpartners, bij het aanbod de nadruk leggen op meerdere levensgebieden (wonen, financiën, werk, school) en op de consequenties van te maken keuzen (rekening houden met school-, werktijden en (bij)werkingen van medicijnen). Het betrekken van mantelzorgers in het primaire proces (familiegroepen, psycho-educatie) blijkt van groot belang voor zowel de patiënt als de mantelzorger en kan beschouwd worden als een essentieel bestanddeel voor deze doelgroep. Een item dat voor deze doelgroep eveneens een essentieel kenmerk lijkt te zijn, is een ruime beschikbaarheid aan arbeidsrehabilitatiedeskundigheid.

LITERATUUR

- Addington, D., Addington, M.D., & Patten, S. (2007). Relapse rates in an early psychosis treatment service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 126-131.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 319-327.
- Billings, J., Johnson, S., Bebbington, P., e.a. (2003). Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions. Pan-London Assertive Outreach Study, part 2. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 183, 139-147.

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., e.a. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bond, G.R., Evans, L., Salyers, M.P., e.a. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2, 75-87.
- Burns, T., White, I., Byford, S., e.a. (2002). Exposure to case management: relationships to patient characteristics and outcome. Report from the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 181, 236-241.
- Byford, S., Fiander, M., Torgerson, D.J., e.a. (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. UK700 Group. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 176, 537-543.
- Davison, G.C. (2000). Stepped care: doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 580-585.
- Dijk, B.P. van, Roosenschoon, B.J., Kroon, H., e.a. (2004). Modelgebruik van Assertive Community Treatment in Nederland. Een pilot-studie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 931-943.
- Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51, 759-765.
- Dodwell, D. (2001). What constitutes intensive treatment? *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 178, 279-280.
- Drake, R.E., Goldman, H.H., Leff, H.S., e.a. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52, 179-182.
- Fenwick, E., & Byford, S. (2005). A guide to cost-effectiveness acceptability curves. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 187, 106-108.
- Gomory, T. (2001). A critique of the effectiveness of assertive community treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52, 1394-1395.
- Henskens, R., Garretsen, H., Mulder, C.L., e.a. (2005). Fidelity of an outreach treatment program for chronic crack abusers in the Netherlands to the ACT model. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 56, 1451-1454.
- Holloway, F., & Carson, J. (2001). Case management: an update. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47, 21-31.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., e.a. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, 85-90.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., e.a. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332, 815-820.
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S., e.a. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 358-363.
- The Lewin Group. (2000). *Assertive Community Treatment, Literature Review Prepared For: Health Care and Financing Administration (HCFA) And Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*. <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits>.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGlashan, T.H. (2005). Early detection and intervention in psychosis: an ethical paradigm shift. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, 113-115.
- McGorry, P., Nordentoft, M., & Simonsen, E. (2005). Introduction to 'Early psychosis: a bridge to the future'. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, 1-3.
- McGorry, P.D. (2004a). An Overview of the Background and Scope for Psychological Interventions in Early Psychosis. In J.F.M. Gleeson & P.D. McGorry (Red.), *Psychological Interventions in Early Psychosis* (pp. 1-21). Chichester: Wiley.
- McGorry, P.D. (2004b). Value of early intervention in psychosis. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 185, 172.
- McGrew, J.H., & Bond, G.R. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113-125.
- McGrew, J.H., Bond, G.R., Dietzen, L., e.a. (1995). A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 46, 696-701.
- Mowbray, C.T., Holter, M.C., Teague, G.B., e.a. (2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *The American Journal of Evaluation*, 24, 315-340.
- Mulder, C.L., & Kroon, H. (2005). *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Nordentoft, M. (2006). http://www.iepa.org.au/conference/IEPA_Copen_2002_abs1.pdf.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., e.a. (2003). OPUS project: a randomised controlled trial of integrated psychiatric treatment in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 60, 297.
- Norman, R.M., Lewis, S.W., & Marshall, M. (2005). Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, 19-23.

- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., e.a. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331, 602.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., e.a. (2001). Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.
- Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., e.a. (2004). Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 185, 306-311.
- Salyers, M.P., Bond, G.R., Teague, G.B., e.a. (2003). Is it ACT yet? Real-world examples of evaluating the degree of implementation for assertive community treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30, 304-320.
- Schaedle, R., McGrew, J.H., Bond, G.R., e.a. (2002). A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 53, 207-210.
- Scully, P.J., Coakley, G., Kinsella, A., e.a. (1997). Executive (frontal) dysfunction and negative symptoms in schizophrenia: apparent gender differences in 'static' v. 'progressive' profiles. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 171, 154-158.
- Spencer, E., Birchwood, M., & McGovern, D. (2001). Management of first-episode psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 133-140.
- Teague, G.B., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
- Thornicroft, G. (2000). Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51, 703.
- Vlaminck, P. (2003). *De moderne aanpak van de vroege psychose*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Weaver, T., Tyrer, P., Ritchie, J., e.a. (2003). Assessing the value of assertive outreach. Qualitative study of process and outcome generation in the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 183, 437-445.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Slooff, C.J., e.a. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.

AUTEURS

M.J.M. VERHAEGH is gezondheidswetenschapper en werkzaam als science practitioner bij GGZ Eindhoven, departement Tranzo, Universiteit van Tilburg.

I.M.B. BONGERS is sociaal epidemioloog en werkzaam als manager kennisontwikkeling bij GGZ Eindhoven, departement Tranzo, Universiteit van Tilburg.

H. KROON is psycholoog en werkzaam als programmahoofd re-integratie bij het Trimbos-instituut Nederland.

H.F.L. GARRETSSEN is socioloog en hoofd van het departement Tranzo Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: M.J.M. Verhaegh, GGZ Eindhoven, Boschdijk 771, Postvak 1501, 5626 AB Eindhoven. Tel.: 06-51100837. Fax: 040-2970893.

E-mail: mjm.verhaegh@ggze.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-6-2007.

SUMMARY

Assertive Community Treatment for patients with a first episode psychosis. Model fidelity and specific adaptations for particular target groups – M.J.M. Verhaegh, I.M.B. Bongers, H. Kroon, H.F.L. Garretsen –

BACKGROUND Assertive Community Treatment (ACT) is an evidence-based treatment model, which has been frequently discussed and investigated and which has been used mainly with patients suffering from 'severe mental illness'. It is a pro-active type of treatment involving a multidisciplinary team who provide outreach and intensive care (treatment, rehabilitation and support). Increasingly, the ACT model is being used with other target groups such as patients with a first episode psychosis. Frequently ACT is not being implemented strictly in accordance with the original model. As a result, various combinations of elements of ACT are being presented.

AIM Primarily to find out whether the original components of ACT can be varied in such a way that it combines the best possible treatment procedures for the target group of patients suffering from a first episode psychosis.

METHOD Model fidelity was measured and patients and their carers were asked to state to what extent the care provided met their care requirements. The results were used for adaptations of the original model. However, it was assumed from the outset that any variations on the essential elements of the ACT model could undermine the fundamental principles of ACT and affect its efficacy. We therefore adhered to the original model as strictly as possible, looking particularly at the care requirements of patients and carers and examining which elements of the model could be used to improve the care of patients with a first episode psychosis.

RESULTS AND CONCLUSION Results show that it is possible to implement the original ACT model successfully and that patients and caregivers are satisfied with the model. There is strong evidence that the implementation of elements of the ACT in specific combinations can increase the efficacy of the ACT when it is applied to special groups of patients, such as those with a first episode psychosis. However, considerable care and caution are called for when ACT is being adapted in this way for use with special groups of patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)11, 789-798]

KEY WORDS ACT, assertive community treatment, first episode, model fidelity, psychotic disorders