

Assertive Community Treatment (ACT)

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie : Marx, Stein & Test, Mendota Mental Health Institute in Wisconsin.

Website voor certificering: www.ccaf.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam : Maaïke van Vugt

E-mail : mvugt@trimbos.nl

Telefoon : 030-2959356

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving : Maaïke van Vugt

Titel interventie : Assertive Community Treatment (ACT)

Databank(en) : Langdurige GGZ

Plaats, instituut : Utrecht, Trimbos-instituut

Datum : 16 september 2015

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Inhoud

Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak.....	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	19
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	20
5. Samenvatting Werkzame elementen	25
6. Aangehaalde literatuur.....	26

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

ACT is gebaseerd op het door Stein, Marx en Test begin jaren zeventig ontwikkelde 'Training in community living program' als oplossing voor het 'draaideurpatiënt'-fenomeen: patiënten knapten op in de kliniek, gingen weer naar huis maar vanwege het gebrek aan goede ambulante zorg, moesten zij al snel weer worden opgenomen. Dit onderzoeksteam zag dat sommige patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en problemen op meerdere levensgebieden, beter behandeld konden worden in de gemeenschap dan in het ziekenhuis. Het doel van hun programma was het aanleren van vaardigheden in de gemeenschap in plaats van in het ziekenhuis. Een eerste onderzoek wees uit dat deze aanpak het aantal opnamedagen verminderde en de symptomen niet verergerde (Stein & Test, 1980). Deze resultaten leidden tot de ontwikkeling van een grootschaliger programma, dat later Assertive Community Treatment (ACT) genoemd werd. Het duurde vervolgens nog 20 jaar voordat ACT in Nederland werd geïmplementeerd.

Doelgroep

ACT is geïndiceerd voor een relatief kleine groep patiënten die zijn gediagnosticeerd met ernstige psychiatrische stoornissen, die langdurig last hebben van ernstige symptomen, en dientengevolge grote moeite hebben om zich zelfstandig in maatschappij staande te kunnen houden.

Doel

Het hoofddoel van ACT is herstel door middel van behandeling, begeleiding en rehabilitatie in de maatschappij, opdat patiënten met de hoogst mogelijke kwaliteit van leven in de maatschappij kunnen functioneren.

Aanpak

ACT is een model waarbij een multidisciplinair team patiënten helpt op meerdere levensgebieden tegelijk: psychiatrische diagnostiek en behandeling, medicatie, verslaving, huisvesting, werk, financiën, en algemene dagelijkse activiteiten. Het team werkt met een gedeelde caseload, alle hulpverleners kennen alle patiënten en werken samen in de behandeling. De kern van ACT is dat alle soorten hulpverlening door één team kunnen worden geboden en dat niets hoeft te worden uitbesteed. Andere kenmerken van ACT zijn een actieve benadering van de patiënt in zijn of haar eigen omgeving, een hoge contactfrequentie van drie à vier keer per week, 24-uurs verantwoordelijkheid voor crisisdiensten, continuïteit van zorg, en nauwe samenwerking met het steunsysteem.

Materiaal

De achtergrond en inhoud van ACT zijn beschreven in (inter)nationale artikelen. Daarnaast zijn er een ACT Toolkit en een Nederlands ACT boek uitgebracht. Deze bevatten informatie over achtergronden, opzet en werkwijze van de ACT teams, randvoorwaarden, onderzoeksresultaten en kwaliteitsbewaking.

Daarnaast is er een instrument beschikbaar dat de mate van modeltrouw aan het ACT model meet.

Onderbouwing

De doelgroep waarvoor ACT is geïndiceerd, heeft naast de psychiatrische aandoening(en) ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Een ACT team heeft verschillende disciplines in huis en kan de patiënt, zonder te hoeven door te verwijzen naar een andere zorgverlener, op verschillende

levensgebieden ondersteunen (integrale aanpak). ACT biedt (zeer) intensieve outreachende zorg, zo lang als nodig is.

Onderzoek

Sinds het ontstaan van ACT zijn er tal van onderzoeken gepubliceerd. De duidelijkste effecten van ACT werden gevonden op opname(dagen) en dakloosheid/stabiele huisvesting. Daarnaast bleek uit de studies dat wanneer het opnamegebruik op baseline hoog was en teams meer georganiseerd waren volgens het ACT-model, er op deze uitkomstmaat een daling te zien was.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

ACT is geïndiceerd voor (volwassen) patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (epa). Patiënten met epa zijn 'mensen met ernstige, langdurige psychiatrische stoornissen die aanzienlijke hulp van de GGZ en andere voorzieningen nodig hebben om het hoogst haalbare niveau van functioneren te bereiken of te behouden' (Van Weeghel e.a., 2002). Naast hun psychiatrische stoornis kampen deze patiënten met complexe problematiek, zoals verslaving, lichamelijke problemen of een slechte medische conditie, problemen op het gebied van werk en dagbesteding, slechte woonomstandigheden, weinig of ernstige verstoorde sociale relaties, financiële problemen en schulden en soms criminele gedragingen (o.a. Wilson, e.a., 1995; Mulder e.a., 2010).

Het betreft mensen die vaak een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben, veelvuldig (gedwongen) zijn opgenomen en/of (regelmatig) dakloos zijn (geweest). Een groot deel van deze patiënten onttrekt zich aan de hulpverlening.

De psychiatrische aandoening is in veel gevallen een (combinatie van) stoornis(sen) op As-1 van de DSM-IV. Meest voorkomende hoofddiagnose is schizofrenie/psychotische stoornis, zo blijkt ook uit onderzoek (o.a. Van Vugt e.a., 2011; Sytema e.a., 2007).

ACT is geïndiceerd voor een relatief kleine groep patiënten die zijn gediagnosticeerd met ernstige psychiatrische stoornissen, die langdurig last hebben van ernstige symptomen, en dientengevolge grote moeite hebben om zich zelfstandig in maatschappij staande te kunnen houden. Vanwege het ernstige en weerspannige karakter van hun symptomen, hebben deze patiënten meer kans op:

- frequent gebruik van crisisdiensten en klinische psychiatrische zorg;
- dakloosheid en/of slechte woonomstandigheden;
- verslavingsproblemen;
- betrokkenheid bij criminele activiteiten;
- zich onttrekken aan zorg.

Het gaat aldus om mensen die het meest gebruik maken van de duurste GGZ-zorg en die het meest lijden onder hun ernstige psychiatrische stoornis (Mulder & Kroon, 2009). Naar schatting 20% van de epa-populatie is geïndiceerd voor ACT-zorg (Mulder & Kroon, 2009). Dit in tegenstelling tot Flexible ACT, een model geïnspireerd op het ACT-model, dat zich richt op de gehele epa-populatie in een bepaald werkgebied (zie Werkbeschrijving Flexible ACT).

Intermediaire doelgroep

N.v.t.

Selectie van doelgroepen

ACT is geïndiceerd voor patiënten met psychiatrische stoornissen die ernstig lijden veroorzaken en het functioneren in de maatschappij in de weg staan (zie ook 1.1 doelgroep). Patiënten in ACT-teams zijn diensengevolge vaak gediagnosticeerd met schizofrenie of andere psychotische stoornissen of een bipolaire stoornis.

ACT is net als Flexible ACT mogelijk gecontra-indiceerd voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, omdat deze patiënten de samenwerkingsrelaties in een (Flexible) ACT team op de proef kunnen stellen (Mulder & Kroon, 2009). De effectiviteit van (reguliere) (Flexible) ACT voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen is tot op heden nog onvoldoende aangetoond (Weisbrod, 1983). Het is aannemelijk dat, mede om die reden, veel (Flexible) ACT teams een terughoudend beleid voeren met betrekking tot patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Cuddeback en Morrissey, 2011). Dit wil overigens niet zeggen dat in ACT teams enkel patiënten begeleid worden met een primaire diagnose op As-1. In de Forensische ACT teams zijn juist veel patiënten gediagnosticeerd met een (co-morbide) persoonlijkheidsstoornis (Place e.a., 2011).

Betrokkenheid doelgroep

ACT is ontwikkeld in het Mendota State Hospital in Madison, Wisconsin, Verenigde Staten. Het model is ontwikkeld door een onderzoeksteam dat als taak had om verschillende psychosociale behandelingen voor mensen met de diagnose schizofrenie te evalueren.

Partijen die betrokken zijn bij het onderhouden en doorontwikkelen van het Nederlandse ACT model (en het Flexible ACT model) zijn Stichting CCAF, Vereniging F-ACT NL, Trimbos-instituut, patiënten, familieleden en professionals (inclusief ervaringswerkers) uit de GGZ.

1.2 Doel

Hoofddoel

Eén van de grondleggers van het ACT-model, Leonard Stein, stelde dat het doel van ACT is om (1) in contact te komen en te blijven met patiënten om op die manier (2) hun klinische toestand te kunnen volgen, zodat (3) een effectieve behandeling kan worden gegeven, gericht op rehabilitatie en herstel' (Burns e.a., 2002). Het hoofddoel van ACT is herstel door middel van behandeling, begeleiding en rehabilitatie in de maatschappij, opdat patiënten met de hoogst mogelijke kwaliteit van leven in de maatschappij kunnen functioneren (www.samhsa.gov; SAMHSA, 2008).

Subdoelen

Doelen zijn individueel bepaald. Algemene subdoelen van ACT zijn:

- het verminderen van het 'draaideur-patiënten' fenomeen;

- het vergroten van de kwaliteit en stabiliteit van de woonsituatie;
- het vergroten van deelname aan de maatschappij (structurele activiteiten, betaald werk).
- vermindering/stabilisatie psychiatrische symptomen;
- het verminderen van problematiek op andere levensgebieden;
- het binden van patiënten aan het ACT-team: herstel van vertrouwen in de hulpverlening en het verhogen van motivatie voor behandeling.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

ACT is een model waarbij een multidisciplinair team patiënten helpt op meerdere levensgebieden tegelijk: psychiatrische diagnostiek en behandeling, medicatie, verslaving, huisvesting, werk, financiën, en algemene dagelijkse activiteiten. Het team werkt met een gedeelde caseload, alle hulpverleners kennen alle patiënten en werken samen in de behandeling. Deze benadering vergt een goede coördinatie, bijvoorbeeld door een dagelijks ochtendoverleg. Tevens is het van belang dat alle teamleden flexibel inzetbaar zijn, zodat men kan anticiperen op onverwachte gebeurtenissen. De kern van ACT is dat alle soorten hulpverlening door één team kunnen worden geboden en dat niets hoeft te worden uitbesteed. Andere kenmerken van ACT zijn een actieve benadering van de patiënt in zijn of haar eigen omgeving, een hoge contactfrequentie van drie à vier keer per week, 24-uurs verantwoordelijkheid voor crisisdiensten, continuïteit van zorg, en nauwe samenwerking met het steunsysteem (Bond e.a., 2001; McHugo e.a., 1999).

Principes van ACT:

- teambenadering (*shared caseload*): professionals met verschillende achtergronden (disciplines) werken nauw samen in één team, kennen en zijn verantwoordelijk voor alle patiënten die het team bedient;
- *outreach*: hulpverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagactiviteitencentrum of op straat, daar waar de patiënt zich bevindt;
- een kleine caseload: staf-patiënt verhouding is 1:10;
- hulp zo lang als nodig is;
- flexibiliteit: het ACT team kan flexibel inspringen op veranderingen in behoeftes van de patiënt;
- hulp op verschillende levensgebieden: het ACT team besteedt zo min mogelijk uit;
- verantwoordelijkheid voor klinische opname en ontslag;
- 24/7 beschikbaarheid voor crisis (N.B. in de praktijk wordt dit door Nederlandse ACT teams niet (meer) gerealiseerd.).

Inhoud van de interventie

Activiteiten en interventies van een ACT-team:

- Dagelijks ochtendoverleg: elke dag neemt het ACT-team de situatie van elke patiënt door, zodat het team snel de aard en intensiteit van de hulp kan aanpassen indien behoeftes van de patiënt zijn veranderd;
- Huisbezoeken: na het ochtendoverleg gaan de hulpverleners op pad om patiënten te bezoeken;

- Interventies gericht op de patiënt: crisisinterventie- en evaluatie; psycho-educatie; individuele ondersteunende gesprekken; praktische ondersteuning (wonen, huishouden); ondersteuning bij administratie en financiën, ondersteuning bij dagelijkse activiteiten; medicatiemanagement; psychologische interventies; arbeidsrehabilitatie; geïntegreerde dubbele diagnose behandeling (IDDT).
- Contacten met informeel steunsysteem (familie, huurbaas enz.) en familie-interventies;
- Opstellen en evalueren behandel- en crisis/signaleringsplannen i.s.m. patiënt;
- Uitkomsten meten: zowel op patiëntniveau (Routine Outcome Monitoring) als op teamniveau (ACT modelgetrouwheid).

Toelichting interventies:

Het implementeren en toepassen van evidence-based en best evidence interventies, is een belangrijke strategie om de kwaliteit van het ACT-aanbod te verhogen:

-Psycho-educatie: het geven van informatie aan patiënten of aan familie /naast betrokkenen over ziektebeeld, diagnostiek, behandeling, omgaan met beperkingen, bijwerkingen van medicatie, wetgeving, contacten, werk en opleiding en stigma's. Psycho-educatie bestaat uit herhaalde, gestructureerde informatie, training en voorlichting.

- Community living skills: begeleiding/ondersteuning en training van vaardigheden die nodig zijn in het dagelijks leven.

-Medicatiemanagement: richtlijnen voor systematische besluitvorming over medicatie, documenteren en monitoren van symptomen en neveneffecten.

-Psychologische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), traumabehandeling en illness management and recovery (IMR). IMR omvat psycho-educatie, medicatiemanagement, terugvalpreventie, lotgenotensteun, training in sociale en copingvaardigheden en cognitieve gedragstherapie.

-Familie-interventies: familieleden informatie bieden over de psychische stoornis en de behandeling ervan, spanningen in het gezin proberen te verminderen, sociale steun en empathie bieden, zich richten op de toekomst, het functioneren van alle gezinsleden proberen te verbeteren en een samenwerkingsrelatie tussen familie, patiënt en behandelteam beogen op te bouwen.

-Arbeidsrehabilitatie in de vorm van Individual placement and support (IPS): een vorm van arbeidsrehabilitatie met betaald werk als doel. De IPS-er zoekt naar banen naar wens en mogelijkheden van de patiënt, biedt ondersteuning bij het starten in die baan, biedt ondersteuning op lange termijn aan patiënt en werkgever en integreert arbeidshulp met ggz-hulp.

-IDDT: geïntegreerde dubbele diagnose behandeling voor patiënten die naast hun psychiatrische aandoening last hebben van verslavingsproblematiek. Verder omvat de behandeling actieve outreach om patiënten in zorg te krijgen, motiverende gespreksvoering, somatische zorg, woonbegeleiding.

- Illness Management and Recovery (IMR) skills: IMR omvat psycho-educatie, medicatiemanagement, terugvalpreventie, lotgenotensteun, training in sociale en copingvaardigheden en cognitieve gedragstherapie.

- Herstelondersteunende zorg: herstel, vooral in de context van ernstige psychiatrische aandoeningen, omarmt een hoopvolle visie voor mensen die psychiatrische stoornissen ervaren. Het ultieme doel van ACT is om het herstelproces van de patiënt te ondersteunen, opdat patiënten zo zelfstandig mogelijk en met de hoogst mogelijke kwaliteit van leven in de maatschappij kunnen functioneren.

Het verloop van de ernstige psychische ziekte en het herstelproces verschillen per patiënt; als gevolg hiervan is de ACT-aanpak sterk geïndividualiseerd. Er zijn diensgevolge ook geen tijdslijmieten op de duur van de ACT-behandeling.

2. Uitvoering

Materialen

- ACT toolkit (www.samhsa.gov; SAMHSA, 2008) bestaande uit de onderdelen 'Getting Started', 'Building Your Program', 'Training Frontline Staff', 'Evaluating Your Program', 'Using Multimedia', 'The Evidence'.
- ACT boek (Mulder & Kroon, 2009): bevat informatie over achtergronden, opzet en werkwijze van de ACT teams, en ACT voor verschillende doelgroepen. Ook is er aandacht voor onderzoeksresultaten en certificering.
- Diverse (internationale en Nederlandse) artikelen over ACT: dit zijn artikelen over (de ontwikkeling van) het model, de ontwikkeling van de modelgetrouwheidsschaal en onderzoek naar de effectiviteit van ACT.
- Op de website van de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (www.ccaf.nl) is informatie te vinden over de modellen ACT en FACT, de vereisten, procedures en kosten van een audit voor certificering. Op de (F)ACT-kaart zijn alle (F)ACT-teams in Nederland te vinden en in het keurmerkregister staan alle door het CCAF gecertificeerde teams. Via deze website zijn de instrumenten te downloaden, die het CCAF gebruikt bij de audits van (F)ACT-teams. Ook de scores die teams moeten halen in een audit om een keurmerk te krijgen, zijn er te vinden.

Locatie en type organisatie

Ggz-instellingen en verslavingszorginstellingen.

Deze beschrijving richt zich op de doelgroep 'volwassen patiënten met epa'; voor de volledigheid volgt hieronder een kort overzicht met specifieke doelgroepen waarbij ACT ook (steeds vaker) wordt toegepast:

- forensisch + ernstige psychiatrische problematiek;
- LVB + ernstige psychiatrische problematiek (VG-sector);
- patiënten met een eerste psychose;
- jeugdigen met complexe problematiek.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Een ACT-team is multidisciplinair van samenstelling en bevat idealiter de volgende disciplines:

- Meewerkend teamleider;
- Psychiater;
- Psychiatrisch verpleegkundige;
- Arbeidsdeskundige;
- Verslavingsdeskundige;
- Ervaringsdeskundige;
- Teamsecretaresse;
- Aanvullende professionals: mensen met een opleiding in het sociaal maatschappelijk werk, verpleging, rehabilitatie, psychologie, of ergotherapie.

N.B. De disciplines psycholoog en maatschappelijk werker worden in het ACT-model niet apart genoemd. De maatschappelijk werker (*social worker*) is in de Amerikaanse hulpverlening ruim vertegenwoordigd (i.t.t.

verpleegkundige) en is dientengevolge niet opgenomen in de lijst met disciplines. De psycholoog is terug te vinden onder 'aanvullende professionals'. In Nederland is het gebruikelijk om deze twee disciplines wel op de lijst van 'benodigde disciplines van een ACT-team' te zetten.

Meewerkend teamleider

Voor een ACT-team is een meewerkend teamleider van groot belang (Van Vugt e.a., 2011). Een meewerkend teamleider besteedt minstens 50% van zijn tijd aan directe patiëntenzorg. Succesvolle ACT teamleiders hebben zowel management als klinische vaardigheden en gezag (www.samhsa.gov).

Hun management verantwoordelijkheden omvatten:

- het aanstellen van teamleden;
- het 'managen' van het team;
- opstellen van een opleidings- en scholingsplan voor het team;
- het trainen van teamleden dan wel laten trainen van teamleden;
- monitoring van ACT modelgetrouwheid;
- toezicht houden op diverse andere kwaliteitsaspecten;
- toezicht houden op financiën.

De klinische verantwoordelijkheden van een teamleider omvatten:

- het bieden van directe patiëntenzorg;
- monitoring van de voortgang van de patiënten;
- toezicht op prestaties/kwaliteit van de teamleden;
- het geven van feedback aan teamleden.

Aangeraden wordt dat ACT teamleiders minstens een HBO-opleiding hebben afgerond in een relevante discipline, zoals de verpleging, maatschappelijk werk of psychologie.

Psychiater

Psychiaters hebben verschillende rollen in ACT-teams:

- verantwoordelijkheid in monitoring van de klinische situatie/voortgang van een patiënt;
- klinisch leiderschap;
- het uitvoeren en monitoren van klinische interventies (waaronder farmacotherapie, middelengebruik, comorbiditeit, somatiek);
- samen met teamleider verantwoordelijk voor kwaliteit van ACT;

Psychiatrisch verpleegkundige

Psychiatrisch verpleegkundigen in ACT-teams zijn verantwoordelijk voor:

- monitoring somatische gezondheid van de patiënt;
- coördinatie/actieve doorverwijzing en (indien nodig) begeleiding naar somatische gezondheidszorg;
- monitoring en beoordeling psychiatrische situatie van de patiënt;
- behandeling en psycho-educatie.

Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige ondersteunt patiënten bij het vinden van werkgerelateerde activiteiten en een betaalde baan, en biedt begeleiding op de werkplek.

Verslavingsdeskundige

De taken van een verslavingsdeskundige in een ACT team zijn:

- het in kaart brengen en monitoring van verslavingsproblemen bij de patiënten;
- geïntegreerde dubbeldiagnosebehandeling die aansluit bij de fase van de patiënt;
- coachen van andere teamleden op het gebied van geïntegreerde dubbeldiagnosebehandeling.

Ervaringsdeskundige

De ervaringsdeskundige is iemand die zelf ernstige episoden van psychiatrische problematiek heeft meegemaakt. De ervaringsdeskundige heeft een belangrijke rol in het bevorderen van herstelgerichte zorg vanuit het ACT-team:

- deelt persoonlijke ervaringen die het team en de patiënten ten goede komen;
- deelt ervaring over het omgaan met symptomen/psychiatrische ziekte;
- deelt ervaring over herstelproces;
- bevordert een teamcultuur die de keuze van de patiënt en zijn zelfbeschikking maximaliseert;
- biedt begeleiding aan patiënten en familie;
- biedt overige rehabilitatie en herstelactiviteiten (bijv. opzetten en leiden van een lotgenotengroep).

Psycholoog

De GZ-psycholoog in een ACT-team vervult de rol van diagnosticus, co-behandelaar (i.s.m. de psychiater), ondersteuner, wetenschapper en innovator. De psycholoog voert psychologische evidence-based interventies uit, zoals CGT en EMDR.

Maatschappelijke werker

De maatschappelijk werker in een ACT-team ondersteunt patiënten bij het oplossen van en omgaan met hun problemen in hun dagelijks leven. Vaak houdt de maatschappelijk werker zich bezig met ondersteuning op het gebied van administratie en financiën. De maatschappelijk werker gaat (indien nodig) met patiënten mee naar bijvoorbeeld uitkeringsinstanties.

Teamsecretaresse

Een teamsecretaresse kan voor een ACT-team verschillende taken uitvoeren, zoals:

- tijdens het dagelijks bordoverleg wijzigingen en afspraken noteren;
- plannen van behandelplanevaluaties;
- plannen van Routine Outcome Monitoring (ROM);
- plannen van intervisie, supervisie, teamdag e.d.;
- monitoring opleidings- en scholingsplan;
- telefonische bureaudienst.

Kwaliteitsbewaking

Het ACT-model is uitvoerig beschreven in diverse (internationale) publicaties, de uitgebreide ACT Toolkit (www.samhsa.gov; SAMHSA, 2008) en het Nederlandse ACT boek (Mulder & Kroon, 2009).

De mate waarin het ACT team werkt volgens de principes van het model, kan worden gemeten met de modelgetrouwheidsschaal DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale). Deze schaal bestaat uit 28 items die de elementen van het model weergeven. Elk punt op de schaal wordt beoordeeld aan de hand van een aan het gedrag verankerde beoordelingsschaal met 5 punten waarbij 1 ('niet geïmplementeerd') en 5 ('volledig geïmplementeerd') betekent (Teague e.a, 1998). De DACTS is vertaald naar het Nederlands en in een pilot-onderzoek getest op toepasbaarheid in de Nederlandse situatie (Van Dijk e.a., 2004).

In de Nederlandse versie van de DACTS is een addendum toegevoegd met drie items: somatische zorg, crisisinterventieplan en teamgeest.

Daarnaast is er een organisatieschaal voor Evidence Based Practices beschikbaar, de GOI (General Organisation Index), die ingaat op meer randvoorwaardelijke, organisatorische en procesmatige aspecten voor het implementeren van een Evidence Based Practice zoals ACT. De GOI bestaat uit 12 items, die ook worden beoordeeld op een 5-puntsschaal.

Teams kunnen bij de Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT (CCAF) een audit aanvragen, waarna onafhankelijke beoordelaars bepalen in hoeverre een team voldoet aan de standaarden. Een ACT-team met een keurmerk voldoet aan kwaliteitsstandaarden op het gebied van: teamstructuur, organisatie, zorgaanbod, addendum en GOI.

Aan de hand van deze modelgetrouwheidsschalen worden teams gedurende een dag bezocht door twee auditors. Teams met een keurmerk worden opgenomen in het keurmerkregister ACT en Flexible ACT.

Randvoorwaarden

Om een goede implementatie van ACT te kunnen bewerkstellingen, is allereerst consensus over de keuze voor ACT nodig. Vervolgens is het van belang dat de volgende aspecten aanwezig zijn:

- Integratie van ACT in de instelling, in beleid en procedures;
- Training van de staf in ACT principes;
- Continue monitoring en evaluatie van de implementatie van ACT.

De randvoorwaarden van ACT hebben betrekking op onderstaande niveaus:

-Directe belanghebbenden: Organisaties werken patiëntgericht en leveren zorg op maat. Ze formuleren beleid voor de omgang met familie, naasten en burens waarbij het niet alleen gaat om service bieden, betrouwbaarheid, toegankelijkheid en samenwerken, maar ook om investeren in psycho-educatie en gezinsinterventies.

-Direct uitvoerend niveau: De teams en professionals hanteren de 'standaard' zoals beschreven in de modelgetrouwheidsschaal DACTS: de optimale teamopbouw, de inhoudelijke eisen aan teams, de wijze van organiseren en implementeren en de ontwikkelnoodzaak.

-Instellingsniveau: In de visie en missie neemt de instelling de patiënt, de familie en burens als klant en partner. De taken, de doelgroepen en het verzorgingsgebied van de teams zijn afgebakend. De relatie tussen ACT, psychiatrisch ziekenhuis en RIBW (Regionale Instelling Beschermende Woonvormen) is gedefinieerd en er is transmurale zorg georganiseerd. Verder is er een patiëntenplatform, zijn er ervaringsdeskundigen en familievertegenwoordigers, is er kwaliteitsbeleid en is er aandacht voor opleidingen.

-Samenwerkende instellingen eerste lijn en ggz: Op dit niveau gaat het om huisartsen, eventuele partners in zorg, verslavingszorg, partners in oggz, samenwerking in vangnet en advies, verstandelijk gehandicaptensector. Er is een goede afstemming met de eerste lijn en er is samenwerking in het lokale zorgnetwerk en/of de oggz. Er is afstemming met thuiszorg en eventueel begeleid wonen of RIBW en er zijn afspraken over bemoeizorg gemaakt.

-Maatschappelijk niveau: Hier gaat het om samenwerking met buurtverenigingen, gemeente, woonserviceinstanties, woningbouwcorporaties, thuiszorginstanties, andere maatschappelijke partners en politie. De wijze van samenwerking met partners moet lokaal worden ingekleurd. Meestal zijn diverse teamleden portefeuillehouder voor het onderhouden van contact met de verschillende maatschappelijke stakeholders.

-Voorwaardenscheppend niveau: De financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor, gemeente) en de overheid zijn van belang als het gaat om de haalbaarheid en betaalbaarheid. ACT-teams bieden een combinatie van behandeling, zorg, begeleiding en rehabilitatie die leiden tot vermaatschappelijking. Financiers die de zorg op verschillende aspecten beoordelen en afrekenen, willen die onderdelen ook kunnen herkennen. Voor hen is het keurmerk ACT en FACT van belang.

Implementatie

Implementatie van ACT gebeurt aan de hand van PDCA cyclus (Plan, Do, Check, Act) en met gebruik van de modelgetrouwheidsschaal voor ACT die vrij beschikbaar is. Teams kunnen aan de hand van een (interne of externe) audit een verbeterplan opstellen en zich door ontwikkelen. Daarnaast zijn de ACT toolkit en het Nederlandse ACT boek leidraad bij de implementatie. Zowel in de Toolkit als het ACT boek wordt het model beschreven en met name in de Toolkit wordt uitvoerig aandacht besteed aan monitoring en interne kwaliteitsverbetering. Er zijn eisen geformuleerd aan de behandelplancycclus en resultaten van zorg.

Kosten

Amerikaanse berekeningen:

Hoewel diverse (lokale) factoren de kosten kunnen beïnvloeden, wordt geschat dat ACT \$10.000 tot \$15.000 per persoon per jaar kost, gebaseerd op een team bestaande uit 10-12 personen en een staf-patiënt verhouding van 1:10. Medicatie en huisvesting kunnen bijkomende kostenposten zijn (Allness & Knoedler, 2003; NAMI, 2007). De kosten van ACT in Nederland zijn niet bekend. Wel is in Amsterdam een kosteneffectiviteitsanalyse verricht (Dekker e.a., 2002). Er werd een significant verschil gevonden tussen ACT en de controlegroep op het aantal opnamedagen; na twee jaar was er een afname van 66% in ACT t.o.v. 34% in de controlegroep. Dit resulteerde in 5% minder kosten voor ACT t.o.v. de controlegroep.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard, ernst en gevolgen

ACT is gebaseerd op het door Stein, Marx en Test begin jaren zeventig ontwikkelde 'Training in community living program' als oplossing voor het fenomeen 'draaideurpatiënt' (patiënten knapten op in de kliniek, gingen weer naar huis maar vanwege het gebrek aan goede ambulante zorg, moesten zij al snel weer worden opgenomen). Het trio zag dat sommige patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en problemen op meerdere levensgebieden, beter behandeld konden worden in de lokale gemeenschap dan in het ziekenhuis. Het doel van hun programma was het aanleren van vaardigheden in de gemeenschap in plaats van in het ziekenhuis, zodat het probleemoplossend vermogen van de patiënten vergroot werd. Een eerste onderzoek wees uit dat deze aanpak het aantal opnamedagen verminderde en de symptomen niet verergerde (Stein & Test, 1980). Deze resultaten leidden tot de ontwikkeling van een grootschaliger programma, dat later Assertive Community Treatment (ACT) genoemd werd. Het duurde vervolgens nog 20 jaar voordat ACT in Nederland werd geïmplementeerd.

Tot zo'n 15 jaar geleden werden in Nederland patiënten met epa veelal individueel begeleid door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv), casemanager of een woonbegeleider vanuit de beschermde woonvorm. De psychiater was op afroep beschikbaar, meestal voor medicatiebeoordeling of bij een dreigende klinische opname. De begeleiding richtte zich vaak op 'stabiliseren' en ondersteunen van medicatiegebruik. Naast deze begeleiding gingen veel patiënten naar inloopcentra of Dag Activiteiten Centra (DAC). Veel van de begeleiding vond poliklinisch plaats, waarbij de patiënt naar de hulpverlener toegaat. Huisbezoeken vonden vooral plaats bij dreigende terugval. Wanneer meer intensieve zorg nodig was, kon dat ambulant nauwelijks worden gegeven. De individuele casemanager of SPV kon met een caseload van meer dan 40-50 patiënten, niet meer dan een tot twee maal per week begeleiding bieden. Noodzaak tot zorgintensivering leidde zo snel tot klinische opname of deeltijdbehandeling. Daarbij bestond onvoldoende afstemming en continuïteit tussen de ambulante en klinische zorg. Dit systeem leidde tot drop out, draaideurpatiënten en onnodig langdurige opnames in psychiatrische ziekenhuizen. De bejegening en behandeling binnen de psychiatrische klinieken stonden weliswaar op hoog niveau, maar binnen de klinische setting is het veel moeilijker om rehabilitatie of praktische ondersteuning bij maatschappelijke re-integratie te bieden. Zo werden de eigen kracht van de patiënt in diens eigen omgeving en ook de kracht van de familie onvoldoende benut. In de negentiger jaren werd in Nederland, zoals in veel westerse samenlevingen, de maatschappij complexer, met minder natuurlijke steunstructuren voor patiënten. Bovendien was vanaf de tachtiger jaren de drugsproblematiek toegenomen. Dat leidde rond 2000 vooral in de grote steden tot problematische situaties met meer thuisloze patiënten, met steeds meer overlast. Rond de eeuwwisseling werd in grote steden als Rotterdam, Amsterdam en Utrecht gekozen voor een andere aanpak: Assertive Community Treatment (ACT) met intensieve 'outreaching' hulp door multidisciplinaire teams (Van Veldhuizen, 2012).

Spreiding

Delespaul e.a. (2013) kwamen tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland van 281.000 (de populatieprevalentie). Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische

aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. De zorgprevalentie werd geschat op 160.000 epa-patiënten tussen 18 en 65 jaar in de ggz, inclusief de verslavingszorg en de forensische zorg. Dit komt overeen met de schatting van Van Busschbach e.a. (2004). Voor de totale bevolking, dus inclusief kinderen en jeugdigen (< 18 jaar) en ouderen (> 65 jaar), schatten Delespaul e.a. het aantal epa-patiënten in zorg op 216.000. In dichtbevolkte gebieden kan het percentage van mensen met epa 2,5 keer hoger zijn dan gemiddeld en in sommige wijken van 6000 inwoners kan het percentage een factor 6 verhoogd zijn ten opzichte van even grote wijken elders. De verschillen houden onder andere verband met een lage sociaal economische status van een woonwijk en een verminderde sociale cohesie (Delespaul, 2013).

De doelgroep van ACT wordt geschat op 20% van de epa-populatie (Mulder & Kroon, 2009). ACT teams bevinden zich in Nederland met name in de grote steden.

Oorzaken

De ernst van de psychiatrische aandoening en bijkomende problematiek op andere levensgebieden, het gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening, het gebrek aan motivatie voor behandeling, weinig tot geen ziekte-inzicht en weinig tot geen sociaal ondersteunend sociaal netwerk leiden tot situaties waarin de patiënt zich onttrekt aan zorg, niet meer deelneemt aan de samenleving, verloedert en afglijdt met grote risico's om uiteindelijk gedwongen opgenomen te moeten worden.

Aan te pakken factoren

Factoren die een ACT-team aanpakt zijn:

- psychiatrische symptomen (bijbehorende doelen: vermindering/stabilisatie psychiatrische symptomen, het verminderen van draaideur-patiënten fenomeen, herstel);
- problematiek op andere levensgebieden (bijbehorende doelen: het vergroten van deelname aan de maatschappij en het vergroten van de kwaliteit en stabiliteit van de woonsituatie, herstel);
- het gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening en het gebrek aan motivatie voor behandeling (bijbehorend doel: het binden van patiënten);

Verantwoording

- Vermindering/stabilisatie psychiatrische symptomen: een ACT-team voert richtlijnconforme farmacotherapie uit en biedt psycho-educatie en passende evidence-based psychologische interventies;
- Het verminderen van draaideur-patiënten fenomeen: crisispreventie en -interventie. Een ACT team probeert een opname te voorkomen door elke ochtend de status van de patiënten door te nemen en indien nodig door middel van intensivering van contact. Is een klinische opname toch nodig, dan houdt het team contact met de patiënt gedurende de opnameperiode en heeft het team overleg met de kliniek over de voortgang. In afstemming met de kliniek bepaalt het ACT team de planning van ontslag. Een ACT-team maakt gebruik van drang- en dwanginterventies indien patiënten vanuit hun psychiatrische ziekte (met verminderde wilsbekwaamheid) een gevaar opleveren voor zichzelf of voor anderen.

- Verminderen van de problematiek op andere levensgebieden: een ACT team begeleidt en ondersteunt de patiënt op alle levensgebieden die het herstelproces in de weg (kunnen) staan. ACT ondersteunt bij praktische zaken, zoals hulp bij administratie, financiën en schuldsanering, bij het vinden of behouden van dagbesteding of werk, bij het aangaan van sociale contacten en het herstelproces. ACT is daarnaast alert op lichamelijke problematiek en begeleidt indien nodig naar somatische zorg, heeft oog voor de woonomstandigheden van de patiënt, de verslavingsproblematiek enz. Daarnaast worden familieleden van de patiënt nadrukkelijk betrokken bij de behandeling en onder onderhoudt een ACT team nauw contact met lokale instanties (welzijnswerk, politie, enz.).
- Het binden van patiënten: door aan te sluiten bij de behoeftes van de patiënt probeert een ACT-team het vertrouwen van de patiënt herwinnen/op te bouwen. Veel patiënten in ACT-teams hebben reeds een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug, waarin zij dikwijls het vertrouwen in de hulpverlening zijn kwijtgeraakt. Daarnaast heeft een groot deel van de patiënten weinig tot geen ziekte-inzicht en een gebrek aan motivatie voor behandeling. Door aan te sluiten bij de (eerste) (levens) behoeftes van de patiënt zoals het regelen van een woning, in plaats van meteen beginnen over psychose en medicatie, wordt langzaam het vertrouwen gewonnen en kan gewerkt worden aan andere doelen. Het bieden van een inloop, waar patiënten een kopje koffie kunnen drinken en een praatje kunnen maken, het organiseren van lunches (waar patiënten samen met het ACT-teamleden een lunch bereiden), het bieden van de mogelijkheid om gebruik te maken van een computer en andere laagdrempelige activiteiten zijn andere belangrijke bindmiddelen van een ACT-team.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Implementatie van ACT modelgetrouwheid in Nederland

Onderzoek van Van Vugt et al. naar ACT modelgetrouwheid (2011) bij 20 ambulante teams laat zien dat ten tijde van het onderzoek de implementatie van ACT in Nederland nog niet op een hoog niveau was. Er was één ACT-team dat met een score van 4.0 op de ACT-modelgetrouwheidsschaal tegen hoge modeltrouw aan zat (voor hoge modeltrouw is een score van ≥ 4.1 nodig). Na twee jaar bleken de modelgetrouwheidsscores niet veranderd. Hierbij moet opgemerkt worden dat niet alle teams hoge ACT-modelgetrouwheid nastreefden.

In tegenstelling tot andere landen, zoals de Verenigde Staten en Canada (Torrey et al., 2001; George et al., 2009; Hartford et al., 2003 in Van Vugt, 2015) is de implementatie van het ACT model in Nederland niet onderdeel van een transformatieproces in de GGZ vanuit de overheid en was er ook geen sprake (financiële) overheidssteun. De implementatie van ACT was een keuze van de GGZ-instellingen; deze bottom-up benadering heeft een aantal voordelen ten opzichte van een top-down benadering; zo is er sprake van intrinsieke motivatie op teamniveau. Het heeft echter ook een aantal nadelen, zoals het gebrek aan een brede ondersteuning en gedeelde visie vanuit de overheid en daarmee een gebrek aan facilitatie van een goede implementatie van het model. Een verandering van casemanagement naar een teambenadering kan bereikt worden zonder financiële steun; het vereist een andere 'mindset' en visie van teamleden. Maar voor andere onderdelen van het model, zoals het toepassen van geïntegreerde verslavingsbehandeling, zijn financiële middelen nodig voor de scholing van teamleden en het opzetten van interventies (Van Vugt, 2015). Uit het onderzoek bleken juist de onderdelen '*service delivery*', waaronder geïntegreerde verslavingsbehandeling, slecht geïmplementeerd.

Het ACT-model schrijft ook de ervaringsdeskundige als teamlid voor. Ten tijde van het ontstaan van de eerste ACT-teams in Nederland, was een ervaringsdeskundige een zeldzaamheid in de GGZ. Bij de start van het onderzoek had 20% van de teams een ervaringsdeskundige in het team; twee jaar later was dit 35%. Het ACT-model is waarschijnlijk een stimulerende factor geweest voor de implementatie van ervaringsdeskundigen in ambulante GGZ-teams. Het lage percentage laat echter ook zien dat de voorschriften van een model en intrinsieke motivatie op teamniveau niet voldoende zijn om te kunnen bewerkstelligen dat ervaringsdeskundigen als vanzelfsprekend teamlid worden gezien.

ACT modelgetrouwheid in een internationale context

De mate van implementatie van ACT is ook in andere landen een belangrijk onderwerp (Mancini et al., 2009; Bjorklund et al., 2009; Ministry of Health and Long-Term Care, 2005 in Van Vugt, 2015). Een onderzoek gepubliceerd in 1995 liet zien dat veel ACT-teams in de Verenigde Staten de implementatie niet goed van de grond kregen of in de loop van de tijd steeds meer verwijderd raakten van het ACT-model (Deci et al., 1995 in Van Vugt, 2015). Teague et al. (2014 in Van Vugt, 2015) benadrukken dat een 'programma-interventie' zoals ACT meer complex is dan interventies die uitgevoerd worden door een individuele professional, zoals bijvoorbeeld CGT. Een model zoals ACT bevat zowel organisatorische aspecten, type behandelingen als interacties met andere programma's en interventies.

Financiële steun, training en consultatie, monitoring van de modelgetrouwheid, effectief leiderschap, en een innovatieve cultuur zijn cruciale factoren voor een succesvolle implementatie van complexe interventies zoals ACT (George et al., 2009; Mancini et al., 2009 in Van Vugt, 2015). Gebaseerd op literatuur over de implementatie van ACT en het vasthouden daarvan, beschrijven Monroe-DeVita et al. (2012 in Van Vugt, 2015) in meer detail de belangrijke factoren om een hoge ACT modelgetrouwheid te kunnen bereiken. De auteurs concluderen dat *“no single strategy is sufficient for ensuring adequate ACT implementation and services of consistently good quality”*. Voor een succesvolle implementatie van ACT raden de auteurs een combinatie van beleids- en administratieve factoren (zoals certificering, financiering, toegewijd leiderschap), training en consultatie, operationele factoren (zoals gerichte selectie van teamleden) en evaluatie strategieën (zoals uitkomsten monitoring, modelgetrouwheidsmetingen) aan.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Om conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit van ACT, is in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR-S) gezocht naar publicaties van januari 2003 tot juli 2009. Als uitgangspunt is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen voor de zorg voor mensen met schizofrenie, en systematische reviews of meta-analyses. Conclusies in de MDR-S zijn gebaseerd op één systematische review, één meta-analyse en zes RCT's. In deze beschrijving zijn de RCT's uit de MDR-S die specifieke doelgroepen onderzochten (eerste psychose, ouderen) of RCT's van mindere kwaliteit achterwege gelaten, conform de criteria van het Erkenningstraject. Daarnaast zijn relevante publicaties van vóór en ná verschijning van de MDR-S meegenomen; één Nederlandse RCT die niet is meegenomen in onderstaande reviews en één systematische review uit 2010.

1. Burns e.a., 2007 (In de MDR-S)

A. Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336-342.

B. Methode: systematische review en meta-regressie van data van RCT's.

Geïnccludeerde studies zijn RCT's die intensief casemanagement hebben vergeleken met standaard zorg of laag intensief casemanagement.

Uitkomstmaat: opnameduur (gemiddeld aantal dagen per maand)

Meetinstrumenten: n.v.t.

Meetmomenten: baseline en 24- maanden follow-up of dichtstbijzijnde follow-up moment.

Doelgroep: patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de samenleving.

C. Respondenten: 29 studies met bruikbare data, 52 onderzoekscentra, n=5961 (N.B. zo staat het in de Richtlijn, maar als je het artikel zelf leest, is het onduidelijk wat de n is van die 29 studies.)

Resultaten: Studies waarbij op baseline of in de controlegroep het opnamegebruik hoog was, vonden vaker dat intensief casemanagement resulteerde in een lagere opnameduur (coëfficiënt -0.23, 95%

betrouwbaarheidsinterval (BI)=−0.36 tot −0.09, voor opnameduur op baseline; −0.44, BI= −0.57 tot −0.31, voor opnameduur in controle groepen). Teams die meer waren georganiseerd volgens het ACT-model, lieten vaker een daling van de opnameduur zien (coëfficiënt −0.31, BI= −0.59 tot −0.03).

D. Beperkingen

- Alleen opnameduur als uitkomstmaat;
- Follow-up periode verschilt per studie;
- Heterogeniteit tussen de verschillende onderzoekscentra en studies
- De mate van ACT modelgetrouwheid is niet gemeten met het meest gebruikelijke instrument (DACTS) maar met de IFACT, waarmee retrospectief modeltrouw wordt bepaald;
- Modelgetrouwheid kon niet voor alle studies worden bepaald; bij 14 van de 29 studies konden geen modelgetrouwheidsscores bepaald worden. Negen van 14 studies met ontbrekende modelgetrouwheidsscores hadden een lager opnamegebruik in de interventiegroep; indien er sprake was van een goede modelgetrouwheid, zou dit de relatie tussen ACT-modelgetrouwheid en vermindering van de opnameduur hebben versterkt.

2. Coldwell & Bender 2007 (in de MDR-S)

A. Coldwell, C.M., & Bender, W.S. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399.

B. Methode: meta-analyse van RCT's en observationele studies naar de effectiviteit van ACT bij daklozen met een ernstige psychiatrische aandoening.

Uitkomstmaten: dakloosheid, ernst van de symptomen, opname

Meetinstrumenten: ernst van de symptomen: verschilt per studie (o.a. Brief Psychiatric Rating Scale, Global Severity Index)

Meetmomenten: baseline en post-treatment

Doelgroep: daklozen met een ernstige psychiatrische aandoening.

C. Respondenten: zes RCT's (totaal 921 patiënten) en vier observationele studies (totaal 4.845 patiënten), totaal n= 5.775 patiënten.

Resultaten:

In de RCT's lieten patiënten in ACT een 37% (95% BI=18%–55%) grotere afname zien van dakloosheid en een 26% (95% BI=7%–44%) grotere reductie in ernst van de symptomen vergeleken met patiënten in standaard zorg. Opname-uitkomsten lieten geen significante verschillen zien tussen de twee groepen.

In de observationele studies lieten patiënten in ACT een 104% (95% BI= 67%–141%) afname in dakloosheid en een 62% (95% BI=0%–124%) afname in ernst van de symptomen zien vergeleken met patiënten in de controlegroepen.

D. Beperkingen

- klein aantal studies (per uitkomstmaat);

- Met betrekking tot de uitkomstmaat ernst van de symptomen rapporteerden de studies een diversiteit aan meetinstrumenten; in de meta-analyse is de aanname gemaakt dat deze vergelijkbaar waren.

3. Sytema e.a., 2007 (in de MDR-S)

A. Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007).

Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 116, 105–112.

B. Methode: een open gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van ACT in Winschoten in Nederland.

Hoofduitkomstmaten: drop-out/in contact blijven met hulpverlening, dakloosheid, opnamedagen

Secundaire uitkomstmaten: ernst van de symptomen, zorgbehoeften, sociaal functioneren, kwaliteit van leven en tevredenheid met zorg.

Meetinstrumenten:

ernst van de symptomen: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS);

zorgbehoeften: Camberwell Assessment of Needs (CANSAS);

sociaal functioneren: Social Functioning Scale (SFS);

verslaving: Dartmouth Assessment of Lifestyle Interview (DALI);

kwaliteit van leven en tevredenheid met zorg: Manchester short assessment of quality of life (MANSA) en Client Satisfaction Questionnaire (CSQ).

Meetmomenten: baseline, na 12 maanden en eind van de studie (range van 15-24 maanden)

Doelgroep: patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen met een HoNOS score van 15 of hoger (Health of the Nation Outcome Scales).

C. Respondenten: n=59 in ACT en n=59 in standaard zorg.

Resultaten: ACT zorgde voor een significante reductie in 'verlies van contact' met de patiënt vergeleken met standaardzorg (Peto: OR 0,10; 95%-BI= 0,03-0,33). Er werden geen andere significante verschillen gevonden.

D. Beperkingen

- Alle hulpverleners, behalve de teamleider, waren gedetacheerd naar het ACT-team en werkten slechts 50% van hun tijd in het ACT team;
- De totale ACT modelgetrouwheidsscore wordt niet gerapporteerd;
- Het dropout percentage in de controlegroep was bijna 25% en dit heeft mogelijk de uitkomsten beïnvloed;
- De studie is uitgevoerd in een landelijk gebied.

4. Morse e.a., 2006 (in de MDR-S)

A. Morse, G.A., Calsyn, R.J., Dean Klinkenberg, W.D., Helminiak, T.W., Wolff, N., Drake, R.E., e.a. (2006).

Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42(4), 377-404.

B. Methode: een RCT naar de effectiviteit en kosten van Integrated Assertive Community Treatment (IACT= ACT + geïntegreerde verslavingsbehandeling), Assertive Community Treatment Only (ACTO) vergeleken met een controlegroep die standaardzorg aangeboden kreeg.

Uitkomstmaten: cliënttevredenheid, stabiele huisvesting, symptomen, verslavingsproblemen zorggebruik en kosten.

Meetinstrumenten: symptomen: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986); tevredenheid: 10-item schaal voor dit project ontwikkeld; verslaving: zelfrapportage van gebruik en navraag door hulpverlener.

Meetmomenten: baseline, 6 maanden, 12 maanden, 18 maanden en 24 maanden follow-up.

Doelgroep: dakloze patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en verslavingsproblematiek.

C. Respondenten: totaal n=149 geïnccludeerde patiënten; IACT n=46; ACTO n=54; controlegroep n=49.

Resultaten: Er was een significant effect van behandeling op het aantal contacten ($F(2,143)=40,87$; $p<0,001$; $\eta^2=0,36$) en aantal verslavingsbehandelcontacten ($F(2,143)=9,60$; $p<0,001$; $\eta^2=0,12$). Patiënten in ACTO hadden meer contacten dan de controle- en IACT-behandelgroepen, en patiënten in IACT hadden significant meer contact dan de controlegroep. Voor verslavingsbehandelcontacten was er geen duidelijk verschil tussen ACTO en IACT. De patiënten van beide behandelingen hadden wel meer verslavingsbehandelcontacten dan de controlegroep. Er was geen significant effect van behandeling op tevredenheid ($F(2,144)=3,46$; $p=0,03$; $\eta^2=0,05$) en stabiele huisvesting ($F(2,145)=3,76$; $p=0,03$; $\eta^2=0,05$). Patiënten in IACT en ACTO waren meer tevreden en rapporteerden meer stabiele woondagen vergeleken met standaardzorg. Er waren geen significante verschillen tussen de behandelingen voor psychiatrische symptomen en verslaving. Wel was er een significant effect van behandeling op totale kosten ($F(2,146)=4,00$; $p=0,02$; $\eta^2=0,05$). De kosten voor IACT en standaardzorg lagen significant lager dan voor ACTO.

D. Beperkingen

- Geen baseline meting voor het aantal contacten, verslavingsbehandelcontacten en cliënttevredenheid;
- Analysetechniek met ANOVA.

5. Dekker et al., 2002

A. Dekker, J., Wijdenes, W., Koning, Y.-A., Gardien, R., Hermandes-Willenborg, L., & Nusselder, H. (2002). Assertive Community Treatment in Amsterdam. *Community Mental Health Journal*, 38, 425-434.

B. Methode: een RCT naar de effectiviteit van ACT in Amsterdam. ACT is in dit onderzoek vergeleken met standaard ambulante zorg en klinisch casemanagement (samen de controlegroep).

Uitkomstmaten: aantal klinische opnames, aantal opnamedagen, aantal contacten met team, kosten, functioneren en symptomen.

Meetinstrumenten: GAF, Groninger Social Behaviour Questionnaire (GVSG; De Jong & Van de Lubbe, 1994), BPSR (Guy, 1976), SCL-90 (Derogatis e.a., 1973).

Meetmomenten: baseline, na 1 jaar en na 2 jaar.

Doelgroep: patiënten met een lange hulpverleningsgeschiedenis en opnames in het verleden, in Amsterdam.

C. Respondenten: n=51 in ACT, n=50 in controlegroep.

Resultaten: Er werd enkel een significant verschil gevonden tussen ACT en de controlegroep op het aantal opnamedagen; na twee jaar was er een afname van 66% in ACT t.o.v. 34% in de controlegroep. Dit resulteerde in 5% minder kosten voor ACT t.o.v. de controlegroep.

D. Beperkingen

- klein aantal patiënten;
- ACT implementatie in pril stadium

6. Dieterich e.a., 2010

A. Dieterich, M., Irving, C.B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness (Review). The Cochrane Library 2010, Issue 11.

B. Methode: een systematische review en meta-analyse van RCT's naar de effectiviteit van intensief casemanagement, waaronder ACT. Intensief casemanagement (ICM) wordt vergeleken met standaard zorg of niet-intensief casemanagement. Onder ICM vallen de volgende interventies: ACT, Assertive Outreach en casemanagement indien de caseload <20 per 1 FTE.

In de review en meta-analyse zijn twee vergelijkingen gemaakt: 1. ICM versus standaard zorg en 2. ICM versus niet-ICM.

Hoofduitkomstmaten: zorggebruik, gemiddeld aantal opnamedagen per maand, drop-out (geen contact meer met hulpverlening).

Secundaire uitkomstmaten: o.a. kwaliteit van leven, functioneren, symptomen, tevredenheid en kosten.

Meetinstrumenten: divers (verschilt per geïnccludeerde studie)

Meetmomenten: baseline en vervolgmetingen verschillend per studie. Uitkomsten werden ingedeeld in short term (tot 6 maanden), medium term (7 tot 12 maanden) en long term (>12 maanden). Indien beschikbaar, werd de 24 maanden follow-up gebruikt voor het berekenen van het gemiddeld aantal opnamedagen per maand.

Doelgroep: patiënten met epa tussen 18-65 jaar in een ambulante setting.

C. Respondenten: 38 trials en 7328 patiënten.

Resultaten: ICM bleek op verschillende uitkomstmaten effectief vergeleken met standaard zorg. ICM liet geen duidelijke voordelen zien t.o.v. niet-ICM. Uit aanvullende analyses bleek dat het ACT model een rol speelde in de resultaten van ICM. ICM bereikte de beste resultaten bij patiënten die een hoog opnamegebruik hadden op baseline.

D. Beperkingen:

- ACT wordt in deze review niet apart geanalyseerd.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Uit onderzoek bij Nederlandse ACT teams (Van Vugt e.a., 2011) blijkt dat een gedeelde caseload, dagelijkse bespreking van de patiënten en een meewerkende teamleider belangrijke en onderscheidende elementen zijn van Assertive Community Treatment. Ook een systematische review en meta-analyse (Burns e.a., 2007) concludeerden dat teamorganisatie (o.a. gedeelde caseload) belangrijk is. De onderscheidende kenmerken van ACT ten opzichte van andere (individuele) zorg voor deze doelgroep, de teambenadering en teamverantwoordelijkheid, blijken dus van belang te zijn.

6. Aangehaalde literatuur

Allness, D.J., & Knoedler, W.H. (2003). A manual for ACT start-up: Based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illness. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill.

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159.

Burns, T., & Firn, M. (2002). *Assertive outreach in mental health: A manual for practitioners*. Oxford: Oxford University Press.

Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335, 336–342.

van Busschbach J.T., Visser, E., Sytema, S., & Bastiaansen, P. (2004). *Zorg voor mensen met langdurende psychiatrische problematiek. Onderzoek in een regio met een geïntegreerd GGZ-aanbod*. Groningen: RGOc.

Cuddeback, G.S., & J.P. Morrissey (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Versus FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 90-97.

Delespaul, Ph., & De Consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.

van Dijk B.P., Mulder C.L., Roosenschoon B.J. (2004). *Nederlandse handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)*. Rotterdam (NT): Bavo RNO Groep/ GGZ Europort.

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 disorders study. *Psychiatric Services*, 50, 818–824.

Mulder, N., & Kroon, H. (Red.). (2009). *Assertive Community Treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen (2e, herz. dr.)*. Amsterdam: Boom.

Mulder, C.L., Van der Gaag, M., Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E.G., Dries, P., Faber, G., de Haan, L., van der heijden, F.M.M.A., Kempen, R.W., Mogendorff, E.S.G., Slooff, C.J., Sytema, S., Wiesma, D., Wunderink, L., & van Os, J. (2010). Routine Outcome Monitoring for patients with severe mental illness: a consensus document. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52(3), 169-179.

National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2007). *Assertive Community Treatment: Investment Yields Outcomes*. Factsheet. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill.

Place, C, Vugt, M. van, Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving forensische (F)ACT*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Assertive Community Treatment: Getting Started with EBPs*. DHHS Pub. No. SMA-08-4344, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.*, 116, 105-112.

Teague, G.B., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216–231.

van Veldhuizen, R.(2012). FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie. *Psychopraktijk*, 2, jaargang 4.

van Vugt, M.D., Kroon, H., Delespaul, P.A., Dreef, F.G., Nugter, A., Roosenschoon, B.J., e.a. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 154-160.

van Vugt, M.D. (2015). Assertive Community Treatment in the Netherlands. Dissertation.

van Weeghel, J., Michon, H., & Kroon, H. (2002). Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team; de betekenis van het Individual Placement and Support model uit de Verenigde Staten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 10, 936-950.

Weisbrod, B.A., Test, M.A., & Stein, L.I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.

Wilson, D., Tien, G., & Eaves, D. (1995). Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: an assertive case management program. *International Journal of Law and Psychiatry* 18, 61–69.