
ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT EN REHABILITATIE

Jaap van Weeghel

Teams voor Assertive Community Treatment (ACT) onderhouden duurzame contacten met moeilijke cliënten, houden hen uit het psychiatrisch ziekenhuis en helpen hen aan stabiele huisvesting in de samenleving. Cliënten van ACT zijn bovendien tevreden met de zorg die hen geboden wordt. Dit zijn prestaties van formaat, temeer omdat ACT niet voor alle mensen met psychische stoornissen is bedoeld maar voor de 10%, a 20%, met de grootste beperkingen. Hiermee is ACT een belangrijke exponent van rehabilitatie in de betekenis van een sociale beweging die streeft naar lotsverbetering en burgerschap voor mensen met psychische beperkingen (Wilken e.a., 2003).

Toch is de rehabilitatiebelofte niet volledig ingelost. Zo is niet overtuigend aangetoond dat cliënten vanwege ACT vaker betaald werken, een rijker sociaal netwerk hebben, zich minder gestigmatiseerd voelen of een betere kwaliteit van leven ervaren. Zo wijst Anthony (2003) erop dat ACT nauwelijks bijdraagt aan het herstelproces van cliënten. En Mueser e.a. (1998) stellen: "If models of intensive community care are to improve the lives of persons with major mental illnesses, they have to demonstrate more success than simply helping patients to stay out of the hospital". Al in de beginjaren van het ACT-model constateerde Estroff (1981) dat ACT de afhankelijkheid van cliënten in de hand werkt. Zij leren geen vaardigheden om zich in de samenleving staande te houden en hun doelen te bereiken. ACT-clieënten verblijven wel in de samenleving maar maken er nauwelijks deel van uit.

Nu richten ACT-teams zich op cliënten met een wankel psychische conditie en die op veel levensgebieden niet erg zelfredzaam zijn. Het is dus niet verwonderlijk dat de meeste hulp van ACT-teams bestaat uit het bestrijden van crisissituaties, het stabiliseren van het psychiatrische toe-standsbeeld en het helpen oplossen van praktische problemen in het leven van cliënten. Bij zoveel defensieve hulp komt een offensievere benadering, gericht op persoonlijk herstel en sociale participatie van cliënten, gemakkelijk in het gedrang. Uit Canadees onderzoek (Dewa e.a., 2003) bleek dat casemanagers van ACT-teams inderdaad veel meer tijd aan medisch-psychiatrische taken dan aan rehabilitatie-activiteiten besteden. Volgens de onderzoekers moeten ACT-teams meer gaan investeren in specifieke interventies als arbeidsrehabilitatie, begeleid leren en trainingen in praktische en sociale vaardigheden. Dienovereenkomstig vinden Mueser e.a. (1998) dat als ACT beoogt cliënten zelfstandiger te maken, het accent niet langer op directe hulp bij alle voorkomende problemen mag liggen.

Het is de vraag of ACT-teams hieraan gehoor zullen geven. Onderzoek van McGrew e.a. (2003) leert namelijk dat deze teams psychosociale interventies van ondergeschikt belang vinden in het ACT-model. Deze teams verwachten de grootste therapeutische winst van medisch-psychiatrische activiteiten, regelmatig huisbezoek en probleemoplossende hulp. Van ontwikkelingsgerichte interventies - zoals begeleid leren en arbeidsrehabilitatie - wordt het minste heil verwacht. ACT-hulpverleners lijken dus nauwelijks te geloven in de groeipotentie van hun cliënten. Een aantal van hen neemt zelfs een stigmatiserende houding tegenover cliënten aan (Murray & Steffen, 1999). Anthony (2003) schrijft dit rehabilitatietekort van ACT mede toe aan de overmatige aandacht voor de structurele kenmerken van dit model (lage caseload, multidisciplinair team, 7 maal 24 uur crisisopvang, etc). Het primaat moet volgens Anthony juist liggen bij de processen die zich tussen cliënt en hulpverlener voltrekken, zoals samen doelen formuleren, vaardigheidstrainingen, een begeleidingsplan opstellen, een werkrelatie opbouwen, coachen en de omgeving aanpassen.

Ook in Nederland ligt het accent op probleemgericht werken, en is men niet erg optimistisch over de rehabilitatiekansen van cliënten (o.a. Van Erp e.a., 1998). Veel casemanagers lijken een laddermodel te hanteren: eerst moeten cliënten psychisch stabiel zijn, daarna zelfstandig wonen en pas dan kunnen zij hun dagbesteding en sociale relaties oppakken (Van Hoof e.a., 1999; Droes & Van Weeghel, 1999). Cliënten en casemanagers raken gemakkelijk gewend aan een probleemgerichte werkwijze waardoor de overgang naar ontwikkelingsgerichte interventies moeilijk wordt gemaakt. In casemanagement-projecten worden dan ook nauwelijks specifieke

rehabilitatie-interventies toegepast (Kroon e.a., 2000).

Ondertussen wordt in de westerse wereld een aantal trends zichtbaar in de rehabilitatiepraktijk van mensen met psychische beperkingen. Ten eerste worden herstel, vraaggerichtheid en empowerment steeds meer richtinggevend voor het denken over rehabilitatie. Verder richt rehabilitatie zich steeds meer op het functioneren van cliënten in reguliere settings en op de vaardigheden en ondersteuning die zij daarbij nodig hebben. Rehabilitatiemethoden zijn pluriform, uiteenlopend van ervaringsleren tot trainingssessies, uiteenlopen, maar er wordt ook steeds meer nadruk op specificiteit gelegd. Daarbij lijkt een snelle invoeging van cliënten effectiever dan een aanpak van langdurige, stapsgewijze voorbereiding. Voorts lijkt rehabilitatie meer succes te hebben als het in multidisciplinaire ambulante teams wordt geïntegreerd met zorg en behandeling. Tot slot dient het bij rehabilitatie niet alleen te gaan om training en ondersteuning van cliënten, maar evenzeer om aanpassingen in de samenleving en het tegengaan van stigmatisering en discriminatie.

Het ACT-model is flexibel genoeg om nieuwe inzichten en interventies te incorporeren, zo is in de afgelopen jaren gebleken. Dat is een goed vertrekpunt om naar strategieën te zoeken die het herstel en de rehabilitatie van ACT-clients kunnen bevorderen. In tabel 1 zijn de twaalf strategieën opgenomen die uit een literatuurverkenning naar voren komen.

Tabel 1

Strategieën ter bevordering van herstel en rehabilitatie in de ACT-praktijk

- | |
|--|
| <p><i>a. Veranderen samenstelling ACT-team:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Rehabilitatie-specialist toevoegen2. Ervaringswerker toevoegen <p><i>b. Vrijmaken of beperken ACT-model:</i></p> <ol style="list-style-type: none">3. Principles en methoden Strengths Model invoeren4. Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) invoeren5. Gestabiliseerde cliënten verwijzen naar mobiel rehabilitatieteam <p><i>c. Toevoegen specifieke interventies aan ACT:</i></p> <ol style="list-style-type: none">6. 'Illness Management and Recovery' (IMR) invoeren7. Individual Placement and Support (IPS) invoeren (inclusief begeleid leren)8. Sociaal netwerk-benadering invoeren <p><i>d. Benutten specifieke voorzieningen buiten ACT</i></p> <ol style="list-style-type: none">9. Verbindingen leggen met dagactiviteitencentra en clubhuizen10. Benutten van lotgenotensteun en herstelgroepen <p><i>e. Niveau van maatschappelijke omgeving</i></p> <ol style="list-style-type: none">11. Maatschappelijk Steunsysteem opbouwen12. Maatschappelijke acceptatie bevorderen |
|--|

De strategieën in tabel 1 lopen uiteen van betrekkelijk eenvoudig naar uiterst complex, en van zeer bekend tot geheel nieuw in de Nederlandse praktijk. In het navolgende worden alle twaalf strategieën toegelicht.

Literatuur

- Anthony, V.V.A. (2003). Studying evidence-based processes, not practices. *Psychiatric services*, 54, 1, 7.
- Dewa, C.S., Horgan, S., McIntyre, D., Robinson, C, Krupa, T, Eastabrook, S. (2003). Direct and indirect time inputs and assertive community treatment. *Community Mental Health Journal*, 39, 17-32.
- Drees, J. & J. van Weeghel (1999). De persoonlijke maatschappelijke steun-systemen van GGZ-clients. In: GGZ Nederland (redactie), *Uit de marge*. Congresbundel. Utrecht: GGZ Nederland.
- Erp, N. van, H. Kroon en J. Wolf (1998). Zorg aan huis voor mensen met langdurige psychische problemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 598-609.
- Estroff, S. (1981). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American Community*. London: University of California Press.

- Kroon, H., Hoof, F. van, Wolf, J. (2000). Praktijk en opbrengsten van casemanagement op de lange termijn. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McGrew, J.H., Pescosolido, B. & Wright, E. (2003). Case managers' perspectives on critical ingredients of Assertive Community Treatment and on its implementation. *Psychiatric Services*, 54, 370-376.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of the research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Murray, M.G., & Steffen, J.J. (1999). Attitudes of case managers toward people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 35 (6), 505-514.
- Wilken, J.P., J. Drees, J. van Weeghel, E. Karman-Mogendorff. Rehabilitatie: naar een gemeenschappelijk referentiekader. *Passage, tijdschrift voor rehabilitatie*, 12 (2003), 3, 140-149.

Gegevens auteur

Dr. Jaap van Weeghel,

Hij is andragoloog en hij is verbonden aan het Trimbos Instituut als voorzitter van het Centrum Behandeling Zorg en Reïntegratie.