

Assertive community Treatment (ACT) en Rehabilitatie

Twaalf pogingen om een belofte in te lossen

Jaap van Weeghel
Amsterdam,
10 december 2004

Inhoud presentatie

1. Het rehabilitatie-tekort van ACT
2. Twaalf strategieën voor herstel en rehabilitatie
3. Welke strategieën verdienen voorrang?
4. Slotopmerkingen

Assertive Community Treatment (ACT)

- ACT is Gouden Standaard voor casemanagement
- ACT duidelijke exponent sociale psychiatrie en rehabilitatie als sociale beweging
- Snelle opmars in Nederland (een hype?)

Kenmerken ACT:

- Voor de 'moeilijkste' cliënten (10 à 20%)
- Actieve, desnoods ongevraagde hulp
- Integratie behandeling, crisisinterventie, rehabilitatie en casemanagement
- Teambenadering
- 7 maal 24 uur bereikbaar
- Caseload 1:10

Het succes van ACT evidentie

- Houdt cliënten uit het ziekenhuis
- Blijvend contact met moeilijke cliënten
- Zorgt voor stabiele huisvesting
- Verbetering symptoom management
- Verbetering levensomstandigheden (o.a. inkomen)

Rehabilitatiebelofte nog niet ingelost

“ 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”

Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998

ACT boekt nauwelijks resultaten in:

- Zelfredzaamheid
- Deelname aan arbeid en opleidingen
- Sociaal netwerk
- Familierelaties
- Vermindering stigmatisering

Achtergronden rehabilitatietekort

- Sterk accent op bestrijden crisissituaties, stabiliseren psychiatrisch toestandbeeld en oplossen praktische problemen (Bond, 2003)
- Bij zoveel defensieve hulp komt offensievere benadering, gericht op persoonlijk herstel en sociale participatie, gemakkelijk in het gedrang
- Aanpak werkt afhankelijkheid cliënten in de hand (Estroff, 1981; Mueser et al, 1998)
- Teveel aandacht voor structurele kenmerken ACT-model, en te weinig voor processen in hulpverlening (Anthony, 2003)

Achtergronden rehabilitatietekort (vervolg)

- Casemanagers vinden het moeilijk om van stabilisering naar ontwikkeling over te schakelen (o.a. Kroon, 2003)
- Focus op stoornis-management; psychosociale interventies lage prioriteit (Dewa et al, 2003)
- Casemanagers vaak pessimistisch over herstel en rehabilitatie cliënten (McGrew et al, 2003)
- Casemanagers kunnen stigmatiserende houding jegens cliënten hebben (Murray & Steffen, 1999)

Vraagstelling

- Wat kunnen ACT-teams (meer) doen om het herstel en de rehabilitatie van cliënten te bevorderen?

NB Geldt ook voor andere ambulante GGZ-teams voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Herstellen

- Een persoonlijk proces dat mensen doormaken die meer greep op hun aandoening proberen te krijgen
- en die ondanks hun aandoening hun eigen leven weer vorm proberen te geven
- en daarbij gaandeweg een nieuw zelfgevoel ontwikkelen

(Patricia Deegan, Wilma Boevink)

Rehabilitatie

- Cliënten helpen bij het kiezen, verkrijgen en behouden van gewenste sociale rollen op het gebied van wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale relaties
- Herstellen doen cliënten zelf; rehabilitatie kan hen daarin ondersteunen
- Rehabilitatie is één manier om herstel te ondersteunen; goede behandeling, steun van familie en vrienden zijn andere manieren

Meer herstel en rehabilitatie in ACT

12 strategieën, op 5 niveaus

a. Veranderen samenstelling ACT-team:

1. Rehabilitatie-specialist toevoegen
2. Ervaringswerker toevoegen

b. Verrijken of beperken ACT-model:

3. Principes en methoden Strength Model invoeren
4. Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) invoeren
5. Gestabiliseerde cliënten verwijzen naar revalidatieteam

Meer herstel en rehabilitatie in ACT

12 strategieën, op 5 niveaus

c. Toevoegen specifieke interventies aan ACT:

6. 'Illness Management & Recovery (IMR) invoeren
7. Individual Placement & Support (IPS) invoeren, inclusief begeleid leren
8. Sociaal netwerk-benadering invoeren

d. Benutten specifieke voorzieningen buiten ACT:

9. Verbindingen met dagactiviteitencentra en clubhuizen
10. Benutten van lotgenotensteun en herstelgroepen

Meer herstel en rehabilitatie in ACT

12 strategieën, op 5 niveaus

e. Maatschappelijke omgeving beïnvloeden:

- 11. Maatschappelijk steunsysteem opbouwen
- 12. Maatschappelijke acceptatie bevorderen

1. Rehabilitatie-specialist toevoegen

- Verdeling rollen en verantwoordelijkheden
- Casemanager doet dagelijkse zorg en coördinatie
- Rehabilitatiewerker of trajectbegeleider doet rehabilitatie en sociale integratie
- Working Apart Together (Hermanides e.a., 1994)

2. Ervaringswerker toevoegen

Voordelen:

- Zinvol werk voor cliënten
- Rolmodel en bron van hoop voor cliënten
- Inspireren collega's tot rehabilitatie-aanpak
- Gevoelig voor onvervulde zorgbehoeften
- Meerwaarde bij casefinding en naar zorg toeleiden van sterk gemarginaliseerde personen

(Van Slooten & Van Bekkum, 2004)

3. Synthese ACT & Strength Model

Principes Strength Model (Rapp, 1998):

- Nadruk op sterke punten cliënten
- Werkrelatie casemanager-cliënt centraal
- Interventies gericht op zelfbepaling
- Samenleving oase van hulpbronnen i.p.v. obstakel
- Contacten met cliënten in gemeenschap
- Cliënten kunnen leren en veranderen

4. Rehabilitatie-aanpak (IRB) invoeren

- IRB is overal te gebruiken, maar niet voor alles (Dröes, 2000)
- Voorbeeld ACT+IRB: Kramer et al (2003)
- Training in beide benaderingen
- Teamleden vonden principes en praktijk ACT en IRB niet strijdig

5. Gestabiliseerde cliënten verwijzen naar revalidatieteam

- ‘Cliënten nooit uitschrijven’ ooit centraal kenmerk ACT (Hotel California)
- Erkenning dat ACT-model grenzen heeft
- Verwijzen naar algemeen mobiel team dat meer gericht is op herstel en revalidatie

6. Illness Management and Recovery (IMR) invoeren

- IMR: cliënten goed informeren over aandoening, copingvaardigheden leren, competenties om controle over eigen leven te herwinnen en persoonlijke doelen te verwezenlijken
- IMR omvat: psycho-educatie, medicatie management, terugvalpreventie, leren copingvaardigheden, lotgenotensteun, training sociale vaardigheden, cognitieve gedragstherapie
- Veel van deze interventies zijn bewezen effectief
- Nieuw aan IMR: samenhangend pakket, verbinding met idealen cliëntenbeweging (empowerment, herstel)

Individual Placement and Support (IPS) invoeren

Principes IPS:

- Regulier betaald werk als doel
- Voorkeuren cliënt centraal
- Snel zoeken naar gewenste baan (place-then-train)
- Ondersteuning op lange termijn
- Continue inschatting arbeidsmogelijkheden
- Integratie trajectbegeleiding en andere hulp in GGZ-team

IPS bewezen effectief in de Verenigde Staten, maar werkt het ook in Nederland?

8. Sociaal netwerk-benadering invoeren

- Niet ermee wachten tot de cliënt 'stabiel' is
- Beginnen met versterken bestaande netwerk
- Persoonlijk steunsysteem opbouwen
- Kwartiermaken én vaardigheden aanleren
- Planmatig werken: IRB of sociaal netwerk-benadering van Baars e.a. (1990) en Driedonks (1993)

9. Verbindingen met dagactiviteitencentra en clubhuizen

- Fountain Houses in VS (Waterheuvel in Amsterdam)
- Dagactiviteitencentra: meer veilige thuishaven dan stimulerende uitvalsbasis (Ketelaars e.a., 2000)
- Rehabilitatiecentra
- Outreachender aanpak voor ACT-cliënten?

10. Benutten lotgenotensteun en herstelgroepen

- Vormen van ondersteuning die de kracht en ervaring van cliënten zelf benutten
- Kan leiden tot gunstiger zelfbeeld, meer zelfvertrouwen en empowerment; helpt sociaal isolement voorkomen; bron van hoop en inspiratie
- Lotgenotensteun aanvulling of alternatief voor professionele hulp

11. Maatschappelijk Steunsysteem (MSS) opbouwen

- In een MSS hebben hulp- en dienstverleners, instellingen en informele steungevers zich verenigd om samen met cliënten de benodigde ondersteuning te organiseren
- Een MSS kan sociale speelveld van cliënten vergroten
- MSS van onderaf opbouwen en van bovenaf aansturen
- ACT-teams en andere mobiele teams vormen het professionel hart van een MSS
- Voorbeelden MSS in Amsterdam, Utrecht, Zaanstad, Den Haag, Dordrecht, etc.

12. Maatschappelijke acceptatie bevorderen

- Rehabilitatie-inspanningen grotendeels teniet door maatschappelijke afwijzing
- Stigmatisering heeft ernstige gevolgen ('tweede ziekte')
- Anti-stigma interventies: protest, voorlichting, contact, wet- en regelgeving
- Stigma en zelf-stigma: twee kanten van dezelfde medaille
- Cliënt belangrijkste actor in anti-stigma strategieën

Welke strategieën verdienen voorrang?

Voorkeuren 28 deelnemers workshop op ACT-congres op 7 oktober 2004 in Rotterdam:

- Geen enkele strategie kreeg meerderheid
- Gedeelde eerste plaats: IRB, IMR en Sociaal netwerk-benadering
- Ook veel aanhang: aanstellen ervaringswerker en opbouwen MSS
- Bij vier van deze vijf strategieën is ACT-team zelf de belangrijkste actor

Eigen Top-vijf strategieën

- Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)
- Illness Management and Recovery (IMR)
- Individual Placement and Support (IPS), inclusief begeleid leren
- Aanstellen ervaringswerker
- Opbouwen maatschappelijk steunsysteem

NB: Strategieën vertonen overlap, verwijzen naar elkaar of liggen in elkaars verlengde

Slotopmerkingen

- Komende jaren zullen leren welke strategieën in Nederlandse ACT-praktijk gekozen worden
- Strategieën moeten voortvloeien uit heldere visie op herstel en rehabilitatie
- Belang van gelijkwaardige en stimulerende werkrelatie cliënt-hulpverlener, gebaseerd op waarden presentiebenadering én rehabilitatie
- Nieuwe rollen en taken; tijd en procedures
- Voor alle betrokkenen duidelijk maken dat bevorderen van herstel en rehabilitatie zonder aanzien des persoons tot de standaard van ACT behoort