
ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT

De SPV als evidence-based werker

Niels Fermont, SPV, werkzaam GGZ-instelling AMC/deMeren, Acuu
BehandelTeam. Artikel is afstudeeropdracht spv-opleiding Hogeschool Amsterdam.

Inleiding

Als aankomend Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige ging mijn aandacht uit naar de langdurige zorg voor patiënten waarbij het huidige zorgaanbod tekort lijkt te schieten. Een doelgroep, die matige compliance heeft met de behandeling, veelal kampt met co-morbiditeit en slecht scoort op verschillende levensvlakken als psychische gesteldheid, sociale integratie en welzijn.

Deze groep, ook wel de zorgwekkende zorgmijders genoemd, is veel onder de aandacht geweest. Vanuit de samenleving komt steeds meer kritiek op de overlast die een deel van deze groep veroorzaakt. Gemeente en overheid reageren hierop met maatregelen als ISD (Inrichting Stelselmatige Daders), Meldpunt Sociale Overlast en versoepelde mogelijkheden tot gedwongen opnames. De hardere aanpak, die de overheid heeft ingezet, confronteert hulpverleners nogmaals met de moeilijkheid van de problematiek. Zorginstellingen dragen ook hun steentje bij en zoeken naar vernieuwende en evidence-based behandelmodellen.

Eén van de modellen die door de zorginstellingen worden toegepast is het Assertive Community Treatment model. Een hoorcollege door gastspreker Rokus Lopik (2005) aan de Hogeschool van Amsterdam (HVA) over Assertive Community Treatment (ACT) wekte mijn interesse voor deze vorm van behandelen. Lopik, net terug uit New York, sprak er met veel enthousiasme over zijn ervaring met ACT in de Verenigde Staten. Met als lijfspreuk, "Ik wil de beste Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) zijn", pleit hij voor algemene invoering van ACT-teams in de behandeling van cliënten met een kluwen aan psychische, lichamelijke, sociale en maatschappelijke problematiek. Een literatuurrecherche naar onderzoek over ACT wees al snel op tegenstrijdige bevindingen. Een schrijven over de betrouwbaarheid van de bestaande onderzoeken valt niet binnen het kader van de SPV-opleiding. Vragen over de effectiviteit van ACT zouden enkel aan de hand van gedegen wetenschappelijk onderzoek beantwoord kunnen worden. Ik vroeg mij af wat ik dan wel met dergelijke onderzoeksresultaten kon. In dit artikel geef ik antwoord op de vraag:

"Welke conclusies kan de SPV trekken uit de tal van wetenschappelijke onderzoeken naar Assertive Community Treatment ten behoeve van zijn praktische vaardigheden?"

Alvorens deze vraag te beantwoorden zal ik het ACT-model nader toelichten, iets vertellen over evidence-based werken en gevonden onderzoeksresultaten ter discussie stellen.

Assertive Community Treatment

ACT is ontwikkeld in de jaren zeventig van de vorige eeuw in Madison, Wisconsin (US). Leonard Stein en Mary-Ann Test ontwikkelden het "Program for Assertive Community Treatment" (Wunderink 2005) als reactie op de massale sluiting van psychiatrische ziekenhuizen. Het model is gebaseerd op een multidisciplinaire aanpak, met als doel cliënten in contact brengen met de reguliere hulpverlening

en opnames te voorkomen. Daarnaast is ACT ontwikkeld om het sociale functioneren en de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. ACT wordt als wetenschappelijk beproefde methode al dertig jaar toegepast in de Verenigde Staten, Canada en Engeland (ggzconsult 2006).

In Amsterdam is er een opvallende opkomst van ACT-teams bij de verschillende instellingen. Het nog in ontwikkeling zijnde ACT-team van De Meren richt zich op de zorgwekkende zorgmijders binnen het zorgprogramma psychotische stoornissen. Daarnaast start De Meren op korte termijn het VIP-project (Vroege Interventie Psychose), wat zich in ACT vorm richt op vroegtijdige intensieve behandeling van prodromale symptomen (symptomen met een voorspellende waarde) van psychosen en schizofrenie. GGZ instelling Mentrum kent al enige tijd een ACT-team en is nu bezig deze benaderingswijze uit te breiden naar een veelvoudigheid hiervan. Ook verslavingszorg instelling Jellinek zal zich binnenkort profileren met zijn eigen ACT benadering.

De groeiende belangstelling voor ACT bleek onder andere uit enkele Noorderlicht radio-uitzendingen (VPRO 2004). Verslaggever Gerrit Kalsbeek ging in de uitzendingen op pad met Riagg Rijnmond Zuid en volgde hulpverleners op zoek naar probleem mensen van de PGA-700 lijst (Lijst met 700 overlastbezorgende Rotterdamers die Persoons Gerichte Aandacht behoeven, waarvan een deel met ACT benaderd en behandeld wordt). Hij sprak met verslaafden, bestuurders, ambtenaren, vrijwilligers en andere stadgenoten over deze nieuwe vorm van aanpak en bracht de luisteraars elk uur rechtstreeks verslag.

Belangrijke aspecten van Assertive Community Treatment

Maatstaf om ACT-teams op hun functionaliteit te toetsen is de "Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)". Dit door Teague, Bond en Drake in 1998 ontwikkelde protocol bevat 28 programmaspecifieke items. Aan de hand van de items kan de adequaatheid van de implementatie worden getoetst. Een aantal van de ACT specifieke parameters zijn: intensief casemanagement met een kleine caseload (1:10), teambenadering door verschillende disciplines (waaronder een ervaringsdeskundige), zero drop-out beleid en 24 uren bereikbaarheid.

Onderzoek naar welk onderdeel van de behandeling welk effect heeft is schaars. Een van de onderdelen waarin de SPV een grote rol heeft is het casemanagement. De functionaliteit van casemanagement binnen ACT wordt hierna uitgelicht.

Judith Wolf e.a. (Trimbos 2002) geven in een publicatie over casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problematiek een systematisch overzicht van interventie en effect. Dertien studies worden onder de loep genomen en gezocht wordt naar de effectiviteit van ACT en intensief casemanagement.

De systematische review bevat acht studies naar de effectiviteit casemanagement bij verslaafden. De resultaten zijn zeer divers. Het blijkt dat cliënten langer in behandeling blijven dan bij reguliere behandeling. Bekend zou zijn dat langere behandeling of meer contact leidt tot een verhoogde kans van de afname van het middelengebruik en zou daarmee de kans op verbetering op andere leefgebieden verhogen. Verbeteringen als aangaan van vervolgbehandeling, strafbaar gedrag, werken, wonen, lichamelijk en psychisch functioneren worden in meerdere van deze acht studies aangetoond. Er wordt geconcludeerd dat casemanagement een meerwaarde heeft voor de situatie van verslaafden, maar er is onvoldoende eenduidig bewijs voor het effect van casemanagement om het evident te noemen.

Vier andere studies in de review naar het effect bij dakloze verslaafden geven idem dito wisselende resultaten. Er worden verbeteringen gevonden op alle

onderzochte gebieden en enige evidentie blijkt voor het effect van casemanagement voor dakloze verslaafden. Deze verbeteringen deden zich niet altijd voor op het verslavingsgedrag of de woonsituatie. Wel was er effect op de contactfrequentie en duur van de behandeling. Zij verwijzen hierbij naar het gegeven dat toename in duur en frequentie van behandelcontacten een positief prognostisch gegeven is.

Bij verslaafden met ernstige psychiatrische problematiek blijkt ook enige evidentie voor een effect van casemanagement. Zeven studies tonen aan dat er meerwaarde is door casemanagement op maten als cliënttevredenheid, middelengebruik, afname van psychische symptomen, sociaal functioneren en zorggebruik. Er is aanwijzing dat verslaving een negatieve uitkomst heeft op casemanagement, waardoor het minder effectief is gebleken dan bij cliënten met uitsluitend psychische problemen.

Een algemene uitspraak over de effectiviteit van casemanagement wordt onder andere door de wisselende kwaliteit van de onderzoeken en de verschillende gehanteerde modellen van casemanagement onmogelijk geacht. Toch vinden zij duidelijke aanwijzingen voor de meerwaarde van casemanagement. De problematiek rondom verslaafden kan verbeteren en de lengte van het behandelcontact positief beïnvloedt.

Evidence-based werken

Een moderne term in de gezondheidszorg is het zogenaamde evidence-based werken. Een definitie voor evidence-based werken werd onder andere beschreven op het symposium Spoedeisende Psychiatrie (Woerden 2006). Mulder en Van Hemert citeerden hiervoor David Sackett e.a. (BMJ 1996) met: *"het nauwgezet, expliciet en verstandig gebruik van de best beschikbare evidentie"*. Op de onderdelen van deze definitie zal ik hierna verder ingaan.

Informatie is in tal van vormen beschikbaar. Lezingen, boeken, tijdschriften, internet maar ook opleiders, collega's en cliënten vormen een onuitputtelijke bron van informatie. Zoekmachine Google overtreft als gebruikelijk ieders padvinderschap met circa 1.170.000 hits voor Assertive Community Treatment in maar liefst 0,05 seconden.

De vraag die onherroepelijk volgt op het vinden van ruim een miljoen hits is: "en nú!?". Duidelijk mag zijn dat niet al deze informatie even betrouwbaar zal zijn. Een welkome hulp bij de selectie is het toevoegen van enkele zoektermen. Bijvoorbeeld de naam van een als betrouwbaar bekend staande auteur of onderzoeker. Maar ook de vindplaats zegt over het algemeen wel iets over de betrouwbaarheid van een artikel. Sites van onder andere Cochrane, Pubmed, Nice, Trimbos en GGZ-Richtlijnen kunnen als behoorlijk betrouwbaar gezien worden.

Er zijn verschillende onderzoeksmethoden die bijdragen aan de mate van betrouwbaarheid. Om de mate van betrouwbaarheid te toetsen bestaat er de volgende indeling (Van der Velde 2006):

- A1: systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
- A2: gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerd, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie.
- B: gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek. (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek).
- C: niet-vergelijkend onderzoek
- D: meningen van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Er is nu gesproken over beschikbaarheid en mate van betrouwbaarheid (evidentie). Maar zoals de definitie van evidence-based werken al aangeeft is er meer nodig dan enkel het toepassen van de best beschikbare zorg. Er moet ook sprake zijn van nauwgezet, expliciet en verstandig gebruik. Er bestaan verschillende onderzoeken naar Assertive Community Treatment met dezelfde consistente positieve uitkomsten. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat men er verstandig aan doet om ACT wereldwijd in te voeren. Maar hoe zit het dan met de nauwgezetheid en de expliciete uitvoering ervan. Criterium voor de in A2 omschreven onderzoeksmethode is dat onderzoek vergelijkend moet zijn. Door onder andere het gebruik van internet zijn onderzoeksgegevens van over de hele wereld binnen een fractie van een seconde beschikbaar. Deze globalisering van onderzoek roept de vraag op of vergelijking nog wel altijd mogelijk is. Veel onderzoek naar ACT richt zich op het ziektegedrag naar aanleiding van het behandel aanbod. Uitgaande dat gedrag voortkomt uit gedachten die op hun beurt weer gevormd worden door factoren als levenservaring, regiogebonden normen en waarden, cultuur, religie, enzovoorts, lijkt enige voorzichtigheid geboden in het veralgemeniseren van de onderzoeksresultaten en het toepassen ervan in onvergelijkbare situaties.

Onderzoek

Over de mondiale consistentie van de onderzoeksresultaten lopen de meningen uiteen.

Tijdens het symposium 'De Amsterdamse School' (Amsterdam 2006) over het Levenslooperspectief van Psychosen en Schizofrenie was er ook aandacht voor de ACT benadering. Lieuwe de Haan opent zijn toespraak met een vastberaden 'já' op de vraag of vroegtijdig behandelen tot beter resultaat leidt in de behandeling van schizofrenie.

De Haan refereert hierbij aan een gerandomiseerd onderzoek van Petersen e.a. (BMJ 2005) aan de Copenhagen Hospital Corporation en Psychiatric Hospital Aarhus in Denemarken. Intensieve vroegtijdige behandeling volgens ACT zou, in vergelijking met standaard behandeling, tot zeven weken kortere duur van een onbehandelde psychose (DOP) leiden. Kortere DOP zou een significante positieve invloed hebben op het aantal opnames, secundaire negatieve symptomen, de sociale inbedding, drugsgebruik, betrokkenheid van familie en de kwaliteit van leven. Uitval uit deze studies en therapieontrouw blijven ondanks de intensieve interventie een groot probleem en behoeven extra aandacht aldus De Haan.

Veelvuldig aangehaald onderzoek in de bewijsvoering vóór ACT is Amerikaans onderzoek van Marshall en Lockwood (Cochrane 2006).

Zij schrijven over de effectiviteit van ACT als alternatief voor 1) standaard sociaal psychiatrische zorg, 2) klinische rehabilitatieprogramma's en 3) casemanagement voor ernstig psychiatrisch zieken. Deze systematische review richt zich op uitkomsten in A) het behandelcontact, B) vermindering van ziekenhuisopnames, C) verbetering in het ziektebeeld en sociaal functioneren en D) de kosten.

ACT in vergelijking met standaard sociaal psychiatrische zorg leidt tot een toename in behandelcontact (OR 0.51, 99%CI 0.37-0.70) en minder opnames (OR 0.59, 99%CI 0.41-0.85). Significante verbeteringen werden gevonden op het gebied van huisvesting, werk en cliënttevredenheid. Er waren geen verschillen in het psychisch en sociaal functioneren. Ziekenhuiskosten worden door ACT verlaagd, maar heeft geen helder voordeel wanneer de totale kosten meeberekend worden.

In vergelijking met klinische rehabilitatieprogramma's werden geen verschillen gevonden in de mate van behandelcontact. Wel werden ACT behandelenden minder (OR 0.2, 99%CI 0.09-0.46) en korter opgenomen in ziekenhuizen.

De zelfstandigheid wat betreft wonen steeg aanzienlijk (OR (voor niet zelfstandig wonend) 0.19, 99%CI 0.06-0.54), maar er werden geen uitgesproken verschillen gevonden op klinisch en sociaal vlak. Voor bepaling van de kosteneffectiviteit waren te weinig gegevens beschikbaar.

Gegevens over behandelcontact en opnamefrequentie waren onvoldoende beschikbaar voor een verantwoorde vergelijking tussen ACT en casemanagement. De opnameduur zou wel aantoonbaar lager liggen dan bij de controlegroep die standaard casemanagement ontving. Voor vergelijkingen op klinisch en sociaal vlak waren te weinig gegevens beschikbaar. De kosten waren, net als bij de vergelijking met standaard sociaal psychiatrische zorg, minder aan het ziekenhuis gebonden, maar leidden tot meer kosten elders.

De schrijvers concluderen dat ACT een klinisch effectieve manier is om de ernstig psychiatrisch zieken in de samenleving te benaderen. ACT kan, wanneer goed uitgevoerd, bijdragen aan een verlaging van de kosten terwijl de resultaten verbeteren en de cliënttevredenheid stijgt. Zij sporen beleidsmakers, klinici en consumenten aan zich in te zetten voor de invoering van ACT-teams.

Na invoering van ACT bij verschillende Engelse instellingen werden niet de verwachte successen behaald. Uit studies bleek dat successen in het terugdringen van ziekenhuisopnames elders niet werden bereikt in Engelse instellingen. Naar aanleiding van de verschillen in onderzoeksresultaten deden Matthew Fiander e.a. (BJP 2003) onderzoek naar de vergelijkbaarheid van ACT in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Onderzoek werd gedaan aan de hand van twee jaar onderzoeksgegevens. Zowel de Amerikaanse als Engelse ACT-teams werden aan de hand van een voorloper op de Dartmouth ACT Scale (DACTS) getest op betrouwbaarheid. Hieruit bleek een overeenkomstige score van modelgetrouwheid. Verschil in uitkomsten werden toegeschreven aan gevonden verschillen in intensiteit en type van de interventies en/of door de betere standaard zorg die in het Verenigd Koninkrijk gegeven wordt ten opzichte van de Verenigde Staten.

Ervaring en meningen

We hebben nu een aantal artikelen gezien met volgens de literatuur betrouwbare bewijskracht. Gestructureerd, grondig en vergelijkend onderzoek met hier en daar boeiende resultaten. Het lijkt vanzelfsprekend dat werken aan de hand van bewezen onderzoeksresultaten de voorkeur heeft. Volgens de indeling van Van der Velde komen meningen van deskundigen op de laatste plaats in de bewijsvoering voor evidence-based werken. Is hiermee het tegenovergestelde ook een feit, dat men in de laatste plaats moet vertrouwen op de mening van een professional?

Een professional die hier een duidelijke mening over heeft is Rembrandt Zuiderhoudt. Op het symposium Spoedeisende Psychiatrie (Woerden 2006) vat hij de dag samen. Hierbij licht hij op ludieke doch serieuze wijze de beperktheid van wetenschappelijk onderzoek binnen de gezondheidszorg toe. Wanneer een behandeling op basis van ervaring al jarenlang toegepast wordt en de algemene mening is dat deze effectief is, dan kun je als wetenschapper de cliënt niet onthouden van deze behandeling als hetgeen daar tegenover staat niet bewezen effectiever is. Een schizofreen die in zijn psychose overtuigd is te kunnen vliegen, onderwerp je al staande op de richel van een flat niet aan wetenschappelijk onderzoek.

Deze beperking in de wetenschap hebben we te danken de Griekse arts Hippocrates, die zijn leerlingen al in 400 v. Chr. een eed liet afleggen, waarin zij onder streng toezienend oog van alle goden en godinnen zwoeren zich naar hun beste weten te gedragen. De huidige eed die artsen afleggen lijkt niet meer zo veel op die van 400 jaar geleden (Wikipedia 2006).

Het woord van God wordt ook niet meer in elke beleidsvergadering meegenomen. Behandelaren hebben desondanks wel hun ethische verantwoordelijkheid en daarmee staat na 2400 jaar nog steeds overeind dat je een patiënt geen schade doet. Ook niet in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Om een inzicht te krijgen in de functionaliteit van meningen zocht ik naar hulpverleners op de werkvloer. Maria Zijlstra, sociaal psychiatrisch verpleegkundige in Amsterdam biedt cliënten in de vorm van een cursus cognitieve gedragstherapie (CGT). In de twee jaar dat zij dit nu doet gaat ze in gesprek met cliënten over hun wanen en stelt zich ten doel de cliënt weerbaar te maken tegen wanen en denkfouten. Uitgaande van de visie dat een waan ontstaat vanuit een (psychisch) trauma, trekt zij de noodzaak van medicatie in twijfel. Vooral de overdaad aan medicatie en beperkte bijgeleverde therapie baart haar zorgen.

Het Interview:

Maria ontvangt me in haar kamer op locatie Nienoord van GGZ instelling De Meren, voorheen de RIAGG. In het midden van de kamer staat pontificaal de Flap-over waar zij haar cliënten aantekeningen op laat maken. Nog voor binnen te zijn begint ze enthousiast te vertellen. "Het werkt écht!" Zegt ze opgewekt en wijst naar de krabbels van haar vorige klant. Eveneens enthousiast neem ik plaats op een stoel tussen de stapeltjes literatuur en aantekeningen. Ze vervolgt. In de vier jaar dat ze werkzaam bij De Meren was heeft ze zich bijgeschoold tot bijna behandelaar. Als B verpleegkundige en later als SPV ging ze ondanks tegengestelde stromingen altijd al in op wanen. Het ontstaan van een psychose zoekt ze in traumatische ervaringen uit het verleden. Hierbij verwijst ze naar het werk van Prof. David Fowler. Twee jaar geleden startte ze de begeleiding van cliënten met psychoses en wanen aan de hand van CGT volgens Judith Beck. Na diverse trainingen en cursussen staat ze nu op het punt om haar laatste reeks interventies te ondergaan waarna ze zich daadwerkelijk behandelaar mag noemen. Al is ze van mening dat ze nu ook behandelt.

Op de vraag over haar mening over ACT kijkt ze bedenkelijk. Naar haar idee is het 24 uur aanwezig zijn eerder betuttelend en maakt het afhankelijk. Ze heeft meer geloof in het aanbieden van kwaliteitszorg als CGT en Motiverende Gespreksvoering. Gedachten uitpluizen volgens Mark van de Gaag is de basis waarmee ze samen met de cliënt wanen en denkstoornissen te lijf gaat. Medicatie kan in crisis de druk van de ketel halen, maar de waan leeft voort in iemands gedachten. Die moet je aanpakken, aldus Zijlstra.

De successen die ze behaalt lijken aanzienlijk. Een aantal van haar cliënten zijn momenteel gestopt met hun medicatie en doen het prima. Grootste winst: ze hebben het idee dat ze hun ziekte zelf in handen hebben. Zijlstra kijkt uit naar haar laatste diploma, want dan mag ze als behandelaar haar successen ook publiceren.

Conclusies

Ten aanzien van Assertive Community Treatment

Er kan geconcludeerd worden dat onderzoeksresultaten wisselend zijn. Welk effect welk deel van het ACT-model heeft is mij niet duidelijk geworden. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door verschillen in interpretatie van het ACT-model of door verschillen in standaard zorg. Toch lijkt uit de verschillende onderzoeken aannemelijk dat bepaalde handelwijzen bij kunnen dragen aan de kwaliteit van zorg. Ook wordt duidelijk dat de uitvoering van ACT aan strikte regels gebonden behoort te zijn. Alleen de 24 uren aanwezigheid of enkel intensief casemanagement zal niet afdoende zijn om tot wenselijke resultaten te komen.

Ten aanzien van de rol van de SPV in het evidence-based werken

De rol van de SPV lijkt in de eerste plaats te liggen in het bekend zijn met de ontwikkelingen. Bekendheid met onderzoeksresultaten, maar ook de bekendheid met hoe deze te interpreteren en de mate van betrouwbaarheid te kunnen inschatten. De SPV heeft een duidelijk overstijgende functie en dient zijn eigen handelen te toetsen aan de hand van vakliteratuur. Het evidence-based werken vereist nauwgezet, expliciet en verstandig gebruik van onderzoeksresultaten. Rol van de SPV hierin zou men kunnen zoeken in een juiste afstemming van de verschillende onderdelen van ACT. Bij de implementatie van het ACT-model kan de expertise van de SPV gebruikt worden om het model aan te passen aan de Nederlandse of lokale situatie. Hierbij lijkt de kennis van de SPV over de sociale kaart en het beschikbare behandelaanbod van groot belang.

Mijn mening

De grote schaal waarmee ACT zijn intrede tot de Nederlandse gezondheidszorg heeft gedaan bekijk ik met kritische blik. Is dit het zoveelste falende model dat door enthousiaste hulpverleners wordt geïmplementeerd? De gemiddelde hulpverlener siert zich met zijn doenerkarakter. Maar het altijd willen klaar staan en helpen heeft ook nadelen. Het ontnemen van iemands autonomie lijkt contraproductief bij een groep die gezien hun omstandigheden al niet veel heeft om trots op te zijn. Stress heeft een zeer sterke invloed op de ontwikkeling van een psychose. De basis om in een stressvolle periode jezelf te herwinnen lijkt mij dat je ergens nog een beetje zelfvertrouwen hebt. Is ACT daarmee dan een slecht model in de benadering van zorgwekkende zorgmijders? Ik denk het niet, maar ik ben wel van mening dat wanneer je zeven dagen per week te consulteren bent, je die tijd zinvol moet benutten. Het klakkeloos meer aanbieden van het huidige zorgaanbod lijkt mij niet effectief. Een goede implementatie van bijvoorbeeld Cognitieve Gedragstherapie en Motiverende Gespreksvoering, maar ook aandacht voor de attitude en bejegening van hulpverleners lijken mij hierin de beste opties tot een verbeterde situatie van de cliënt. Als SPV zie ik het als taak om binnen het ACT model te zorgen voor verwijzing op maat. ACT dient daarbij als leidraad en kan voor korte lijnen zorgen in de verwijzing naar het juiste zorgaanbod. Ook heeft de SPV een grote rol in het bedenken van alternatieven wanneer de behandeling dreigt spaak te lopen.

Eén van de doelen van ACT is het reduceren van het aantal opnames. De SPV heeft met de strategie van naast de cliënt staan de positie om samen naar alternatieven te kijken. Tijdens mijn werk als verpleegkundige op verschillende gesloten psychiatrische afdelingen verbaasde ik mij over de zin van opnames. Iemand gedwongen laten opknappen van een door stress geluxeerde ziekte klinkt al contraproductief. Het vervolgens plaatsen op een afdeling om met tien vreemden je huiskamer, tv, douche en toilet te kunnen delen verzwakt de procedure nog verder. Plaats jezelf eens met je tien beste vrienden in een luxueus hotel. Doe de deur drie weken op slot en test je resultaat. Ondanks de luxe, ik zou helemaal gek worden. Ik weet niet of er enige evidentie voor is, maar ervaring en mening leert mij dat een patiënt de ruimte nodig heeft.

Gebruikte bronnen

Internet

- Fiander M e.a.. "Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA", *The British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 248-254, <http://bjp.rcpsych.org>
- GGZconsult on-line. "Dossier Assertive Community Treatment", www.ggzconsult.com
- Google Nederland. Internetzoekmachine, www.google.nl
- Kalsbeek G. "De ACT-Methode", De Ochtenden, VPRO 2004, www.vpro.nl

- Marshall M en Lockwood A. "Assertive community treatment for people with severe mental disorders", The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1, John Wiley & Sons, Ltd www.cochrane.org
- Petersen L e.a.. "A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness", British Medical Journal 2005; 331-602, 17 september, www.bmj.com
- Sackett D e.a.. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", British Medical Journal 1996; 312: 71-72, 13 januari, www.bmj.com
- Wikipedia, de vrije encyclopedie. "De eed van Hypocrates", www.wikipedia.org
- Wolf J e.a. "Een systematisch overzicht van interventie en effect", Trimbos-instituut 2002, Kerkebosch, www.trimbos.nl
- Wunderink, L. *Zorg met Kleefkracht*, SP april 2005, www.nvsvp.nl

Bijeenkomsten

- Haan, L de. "Vroeg behandelen: beter resultaat?", Symposium De Amsterdamse School, Psychosen en schizofrenie een levensloop perspectief, 27 januari 2006 AMC, Amsterdam
- Lopik R. "Assertive Community Treatment", hoorcollege aan de Hogeschool van Amsterdam 19 april 2005
- Mulder C.L en Hemert A.M van. "We doen maar wat?! Over (het gebrek aan) evidence-based werken in de spoedeisende psychiatrie", Symposium Spoedeisende Psychiatrie, 10 maart 2006, Meeting Plaza, Maarssen
- Velde V van der. "Op zoek naar evidence", workshop 2, Symposium Spoedeisende Psychiatrie, 10 maart 2006, Meeting Plaza, Maarssen
- Zijlstra M, "Interview met Maria Zijlstra", Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, GGZ AMC/DeMeren, december 2005, locatie Nienoord, Diemen
- Zuiderhoudt R. "De spoedeisende psychiatrie: evidence-based of toch vooral practice-based?", Symposium Spoedeisende Psychiatrie, 10 maart 2006, Meeting Plaza, Maarssen