

Ambulante behandeling voor patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen**EPA**

In Nederland kennen we naar schatting 280.000 mensen (jeugd, volwassenen en ouderen) met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), waarvan ongeveer 75% (215.000) in zorg is bij een GGZ instelling (Delespaul et al. 2013). Een klein gedeelte van deze patiënten verblijft in de kliniek of in een beschermde woonvorm.

Patiënten met EPA kenmerken zich door een ernstige As I stoornis, veelal met comorbiditeit op As I en As II, in combinatie met problemen op diverse levensgebieden (As III en IV), een (verwachte) behandelduur van minimaal 2 jaar en een episodisch verloop met perioden van verbetering en verslechtering.

Ambulante behandeling

Het accent voor de behandeling van patiënten met EPA ligt op het ambulante traject in de tweedelijns GGZ, waarbij een klinische opname alleen geschiedt wanneer de patiënt tijdelijk niet in zijn eigen omgeving kan zijn, bijvoorbeeld in verband met de veiligheid voor zichzelf of anderen. De duur van de ambulante behandeling voor patiënten met EPA varieert, maar beslaat meestal meerdere jaren. Momenteel wordt er steeds meer gestuurd op uitstroom naar de eerste lijn waar dat kan.

Het aantal patiënten met EPA dat ambulant behandeld wordt zal toenemen de komende jaren, aangezien we toenemend patiënten ambulant (willen) behandelen en het bestuurlijk akkoord GGZ voorziet in een 30% reductie van psychiatrische bedden in de periode 2013-2020.

Best omschreven modellen: ACT en FACT

Ambulante behandeling voor patiënten met EPA kan op diverse manieren, maar de best omschreven en onderzochte vormen zijn ACT en FACT (zie ook de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie).

Belangrijke ingrediënten die ACT en FACT bieden zijn;

1. Multidisciplinaire behandeling en zorg.
2. Outreachend waar nodig.
3. Opschalen naar intensieve ACT-zorg (i.g.v. FACT).
4. Aanbieden van de richtlijnconforme interventies (farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie, individual placement and support, geïntegreerde dubbele diagnose behandeling en familie interventies).
5. Werken met ervaringsdeskundigen.
6. Behandeling zo lang als nodig en uitstroom naar de eerste lijn waar kan. Door het toepassen van deze interventies en het werken met ervaringsdeskundigen ondersteunt het (F)ACT model EPA patiënten bij hun werken aan herstel (ACT en FACT Boeken).

Zorg van velen

Voor begeleiding bij sociaal maatschappelijke problemen (financiën, wonen, werk) werken de (F)ACT teams nauw samen met de maatschappelijke steunsystemen van de patiënt (naasten, vrijwilligers) en met (gemeentelijke) diensten. Door de integratie van bemoeizorg in (F)ACT worden tevens die patiënten behandeld die zichzelf verwaarlozen en die de gemeente en anderen overlast bezorgen.

Onderzoek

Er bestaan modelgetrouwheidsschalen die meten in hoeverre bovenstaande ingrediënten daadwerkelijk aanwezig zijn in het (F)ACT team. Dit maakt de werkwijze van (F)ACT transparant en geeft duidelijkheid over de mate waarin patiënten goede behandeling krijgen. *Vervolg z.o.z.*

Nederlands onderzoek heeft laten zien dat betere ACT-modelgetrouwheid samenhangt met meer verbetering in psychosociaal functioneren en dat (F)ACT geassocieerd was met meer remissie (Bak et al. 2007), meer tevredenheid over de kwaliteit van leven, afnemen onvervulde zorgbehoeften (publicatie onderzoek West-Friesland), minder delicten (Staring et al. 2011) en minder zorguitval (Sytema et al. 2007) in vergelijking met andere ambulante werkwijzen. Deze effecten zijn voor geen enkele andere vorm van ambulante behandeling aangetoond.

Kosten

Uit het onderzoek dat er tot toe verricht is blijkt dat regio's waarin ACT en FACT tot het standaard ambulante aanbod behoren niet duurder (mogelijk zelfs goedkoper m.b.t. kosten ZVW) uit zijn in vergelijking met regio's waarin andere vormen van ambulante zorg worden verleend (Haan et al. 2012).

Certificeren

Door het toepassen van de modelgetrouwheidsschalen die er bestaan voor (F)ACT bestaat de mogelijkheid om te toetsen in hoeverre een bepaald team werkt volgens het beschreven model. Dit is belangrijk omdat in eerder onderzoek is gevonden dat er een verband bestaat tussen de mate van implementatie van ACT en verbeteringen in het psychosociaal functioneren. Voldoende modelgetrouwe (F)ACT teams krijgen een certificaat na een formele visitatie procedure. Hiermee is de kwaliteit van de (F)ACT teams bewaakt en transparant.

Andere ambulante modellen

Er bestaan in Nederland en daarbuiten diverse andere modellen voor ambulante behandeling aan patiënten met EPA. Geen van deze vormen is echter zo duidelijk omschreven en onderzocht. Ook is er bij geen enkele andere vorm van ambulante behandeling duidelijk wat men precies aanbiedt en in welke mate patiënten daadwerkelijk gebruik maken van de interventies die in de multidisciplinaire richtlijnen beschreven staan.

Het verdient dus de voorkeur om ambulante behandeling te bieden volgens het ACT of FACT model en dat andere modellen pas worden toegepast nadat ze zijn omschreven en onderzocht.

Conclusie

Anno 2013 bieden gecertificeerde ACT en FACT teams de beste garantie op een kosteneffectieve ambulante behandeling en zorg voor patiënten met EPA.

Referenties

Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, á Campo J, Poddighe G, Drukker M. An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007;42:125-130

Delespaul P. en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013;6:427-439

Haan J de, Ruiter G de, Neijmeijer S, Yerro R ben, Beersen N, Berg M. Onderzoek naar de meerwaarde van Functie Assertive Community Treatment (FACT). Verkennende analyse van invloed van FACT in de regio op basis van declaratiegegevens. Rapport in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland door KPMG Plexus, 2012

Mulder CL, Kroon H. *Assertive Community Treatment*. Boom, Utrecht 2013

Staring AB, Blaauw E, Mulder CL. The effects of assertive community treatment including integrated dual diagnosis treatment on nuisance acts and crimes in dual-diagnosis patients. *Community Mental Health Journal* 2012;48:150-152

Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116:105-12

Veldhuizen R van, Bahler M, Polhuis D, Os J van. *Handboek FACT*. De Tijdstroom, Utrecht, 2008