

Verslag GGZ-NHN Tweede Europese congres assertive outreach: Improving Integration Aviles, Asturias, Spanje

Rene Keet en Katinka Kerssens GGZ NHN, namens het reisgezelschap Aviles.

6 juli 2013

EAOF –building block with united senses 26 t/m 28 juni

Inhoud

Inleiding.....	2
Modelgetrouwheid.....	2
IDDT.....	5
Integrale of specialistische teams.....	6
Herstel.....	7
FACT in de UK.....	8
Afsluitende presentatie Rosen.....	9



Inleiding

Op 26 juni jl. startte in het gloednieuwe en zeer fraaie Niemeyer Centrum in Aviles, Spanje, het tweede Europese 'Assertive Outreach' congres. Dit 2,5 dagen durende congres is georganiseerd door een internationaal compact bestuur onder voorzitterschap van Niels Mulder, tevens voorzitter van F-ACT Nederland. Secretariaat Margret Overdijk, tevens bestuurslid van het CCAF en met dit jaar als speciaal lid van het bestuur de Spaanse vertegenwoordiger Dr. Juan José Martinez Jambrina.

Het dagelijks bestuur van het EAOF maakte gebruik van 8 adviseurs, een plaatselijk organisatie comité én een lokaal én internationaal wetenschappelijk comité om een zeer divers en inspirerend programma samen te stellen.

Met ruim 300 bezoekers, overwegend ambulante werkers binnen de geestelijke gezondheidszorg en/of onderzoekers is voor te stellen dat het kennis en praktijk delen de boventoon voerde binnen dit congres.

Modelgetrouwheid

Het programma startte net als 2 jaar geleden in Rotterdam, met een preconference. Het thema was het belang van modelgetrouwheid. De discussie werd als vanouds op scherp gezet door Tom Burns. Hij wordt door velen beschouwd als de criticaster van ACT. Mede op grond van zijn onderzoeken wordt ACT in de UK ontmanteld. Zijn onderzoek heeft aangetoond dat ACT geen meerwaarde heeft boven het community mental health team (CMHT), een sociaal psychiatrisch team met een veel grotere caseload. De kritiek op zijn onderzoek is de afgelopen jaren geweest dat alle conclusies zijn gebaseerd op opnamecijfers. Deze onderzoeken hebben daarom weinig zeggingskracht op het gebied van herstelgerichte doelen, zoals huisvesting, werk, betekenisvolle relaties. Het toevoegen van een psycholoog, een ervaringswerker en een IPS aan het team zal niet zo zeer bijdragen aan minder opnames, maar wel aan de kwaliteit van leven. Daarnaast is er kritiek op het instrument dat wordt gebruikt om de modelgetrouwheid te meten, de DACTs en de IFACT een voorloper van de DACTs. Deze drukken vooral de teamstructuur uit en in veel mindere mate het teamproces.

Burns opende zijn presentatie met een disclaimer. Gewoonlijk is dat het moment dat een psychiater aangeeft welke banden hij heeft met de industrie. Tom Burns' disclaimer was dat hij een psychiater is die toegewijd aan de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen én aan het

onderzoek daarnaar. Hij merkt dat mensen vaak boos op hem worden. Hij wil echt het beste voor de EPA doelgroep en hij wil van onderzoek leren hoe we de middelen voor de behandeling beter kunnen inzetten.

Hij startte met drie vragen die hem uit het veld worden gesteld:

1. Is opname in het ziekenhuis wel een goede uitkomstmaat
2. Vermindert ACT het risico op relapse
3. Heeft modelgetrouwheid ook zin buiten wetenschappelijk onderzoek

Zijn antwoorden zijn dat opnames een goede uitkomstmaat blijven. Hij wil voor alles voorkomen dat mensen opnieuw psychotisch worden en opname geeft dit goed weer. Desgevraagd gaf hij aan dat hij inderdaad het voorkomen van een relapse belangrijker vindt dan maatschappelijke integratie.

ACT voorkomt opnames niet beter dan CMHT. Risico op relapse is voor hem het belangrijkste doel van de behandeling. Modelgetrouwheid als een totaal rapportcijfer, zegt volgens hem weinig over het functioneren van het team. Wel ziet hij het als een belangrijk onderzoeksinstrument. In een metaregressie-analyse, kon zijn groep analyseren welke bestanddelen er echt toe doen in een team. Op grond daarvan kwam hij tot de conclusie:

Je hebt nodig:

- Een multidisciplinair team
- Een realistische caseload, maar hoger dan 1:10, zoals bij ACT
- Outreach: huisbezoeken (regelmatig en/of hoog percentage)
- Integraal aanbod: medische en sociale interventies
- De psychiater maakt deel uit van het team, aantal uren doet er minder toe

Als belangrijkste bestanddelen om opnames te voorkomen werden gevonden het integrale aanbod (medisch en sociale interventies) en de regelmatige huisbezoeken. (zie ook Burns T, Catty J, Wright C. Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? Acta Psychiatr Scand 2006; 113 (Suppl. 429): 33–35.)

Je hebt niet nodig:

- hele kleine caseload, zoals bij ACT 1:10
- de gehele reeks aan disciplines
- 24 uren service
- ‘whole team management’: ik denk dat hij de shared caseload bedoelde
- werken in diensten

Vervolgens presenteerde Remmers van Veldhuizen het verhaal van FACT en legde uit waarom we in Nederland juist hebben gekozen voor het meten van modelgetrouwheid in de praktijk, de praktijk van de CCAF. Dit beschermt immers de teams die de investering maken in een goed opgetuigd team tegen de `vals FACT teams, die wel de naam dragen, maar het in feite niet waarmaken. Het blijft opmerkelijk dat dit alleen in Nederland een gangbare praktijk is geworden. Om andere landen op weg te helpen is er nu wel een Engelstalige FACT manual verschenen (www.factfacts.nl)

Juanjo Jambrina presenteerde het `Aviles model' van ACT. Het eerste team is daar al in 1999 gestart. Dat team bestaat nu uit 2 psychiaters, 4 verpleegkundigen, 3 verpleegkundig assistenten en 1 psycholoog. Inmiddels zijn er verspreid over Spanje 27 teams actief. De meeste daarvan zijn recent, rond 2011 gestart. Aviles is dus echt een koploper in Spanje. Alle teams hebben 1 of meerdere psychiaters, 1-4 verpleegkundigen. Psychologen ervaringsdeskundigen en andere disciplines zijn minder vanzelfsprekend aanwezig.

De onderzoeker Greg Teague is vanaf het begin betrokken geweest bij onderzoek naar modelgetrouwheid. Hij was de ontwerper van de DACTs in de USA . Hij is zich daarom als geen ander bewust van de tekortkomingen van de DACTs en is nu al jaren bezig met onderzoek naar een beter instrument, de TMACTs. Hij benadrukt het belang van de relatie tussen structuur, proces en uitkomst.

De IFACT en DACTs meten vrijwel uitsluitend de structuur, de nieuwe TMACTs heeft veel meer focus op het proces. Hij heeft wel degelijk een correlatie gevonden tussen score op de TMACTs en duur van de opname, én ook met herstelgerichte doelen zoals wellbeing, empowerment, en social inclusion. Een belangrijk argument van Teague is dat met het meten van modeltrouw verschillen tussen uitkomsten kunnen verklaren. Als voorbeeld vertelde hij over het onderzoek naar COPS: Consumer Operated Psychiatric Services. In die zin is hij in tegenstelling tot Burns een onderzoeker die nieuwe inzichten wel vertaalt naar onderzoeksdesign.

Hij gaf een pleidooi voor

- vertaal het herstel principe naar uitkomst van onderzoek

- pas het assertive outreach model aan aan de omstandigheden in je eigen land

- onderzoek waar mensen met EPA behoefte aan hebben en voorzie daarin. In een land als de USA is waarschijnlijk meer nodig, door het minder sterke sociale systeem
- meet modelgetrouwheid in de praktijk, niet alleen in onderzoek
- multidisciplinariteit is essentieel, evenals outreach en continuïteit in de behandeling

In een andere sessie deed Farkas ook een duit in het zakje van het modelgetrouwheid debat. Haar oordeel is dat modelgetrouwheidsschalen wel heel 'clinician driven' zijn, bepaald door de doelen van de behandelaar. Dit staat op gespannen voet met persoonlijke herstelgerichte doelen.

IDDT

Op donderdag opende Niels Mulder het congres met de punten waar we het in het debat op woensdag over eens waren. Om van assertive outreach te spreken zijn de volgende ingrediënten essentieel: outreach, een multidisciplinair team en integratie van medische en sociale diensten binnen 1 team. Daarop volgde een mooie plenaire presentatie van professor Torres uit Granada, die een historisch overzicht gaf van de ontwikkeling van de psychiatrie door de eeuwen, het opsluiten vanaf de middeleeuwen, de humanisering door Pinel in de 18^e eeuw, het ontstaan van de grote instituten en nu de beweging naar de maatschappij. Hij vatte het mooi samengevat met van de straat naar het asiel en van het asiel naar de maatschappij.

De belangrijkste presentatie die ochtend was die van Patrick Boyle, met name deskundig op het gebied van IDDT. De combinatie van psychiatrie en verslaving komt veel voor, met een piek voor bipolaire stoornissen. Hoe bereik je deze mensen: 'People do not engage to a service for a problem they think they do not have'

Hij stond uitgebreid stil bij roken. De prevalentie van roken bij mensen met een psychiatrische aandoening is 44%, bij EPA is dat 75%. Er is een sterke correlatie tussen roken en comorbiditeit en bij veel medicatie maakt roken dat een hogere dosis nodig is.

Er zijn vele redenen waarom behandelaren dit echter niet aanpakken. Ze hebben het te druk met andere zaken, zijn pessimistisch over de mogelijkheid én bereidheid van patiënten om te stoppen, beschouwen roken niet als aandoening maar als een gewoonte, of zelfs als zelfmedicatie, het is deel van de GGZ cultuur, met name de intramurale, veel behandelaren roken zelf en vinden dat je ten aanzien van roken de keuzevrijheid dient te respecteren. Dit laatste blijkt echter helemaal niet het geval. Reeds in 1994

toonde onderzoek van Buchanan aan dat mensen met EPA willen stoppen met roken. Het wordt ze vaak niet eens gevraagd.

Wat Patrick Boyle betreft gaat dit veranderen. Hij heeft veel waardering voor de Nederlandse aanpak van EPA. Hij is echter verbaasd dat we zo weinig actief zijn bij het bestrijden van verslaving bij deze groep. Het helpt hierbij om verslaving niet als slechte gewoonte, maar als een chronische aandoening te beschouwen. Volledig herstel van alcoholverslaving bijvoorbeeld duurt 4 tot 5 jaar.

Boyle introduceerde naast outreach ook een nieuwe term voor een van de taken van het ACT team: 'inreach'. Naast de outreach, het bezoeken in huis of op straat is er ook de inreach, de patient bezoeken in ziekenhuis en gevangenis. Verder pleitte hij voor het first place then train principe als alternatief. Hij illustreerde het klassieke alternatief, het stappenplan met een cartoon van een man die een lange trap op moet voor een bezoek aan de cardioloog en bezwijkt voor hij aankomt. Veel van zijn werk en van anderen is terug te vinden op: www.centerforebp.case.edu

Integrale of specialistische teams

Aan het eind van de ochtend presenteerden Annet Nugter, Joke Wijnen en Rene Keet een symposium over onze onderzoeksresultaten naar FACT, IHT en MBT voor een klein maar zeer betrokken publiek. Er ontstond een levendige discussie over de integratie van de verschillende teams die op verschillende manieren met de EPA groep bezig zijn. Dit was een goede opmaat van de workshop met Alan Rosen en Robert Mezzina over dit thema. Niet alleen in Nederland blijkt dit onderwerp voor een levendig debat te zorgen. In een andere workshop sneed Mike Finn dit thema ook aan: 'pool where you can, specialize where you must'.

Rosen analyseerde de voors en tegens van dit thema aan de hand van de Australische situatie. Welke teams zijn het beste: specialistische of generieke? Het ligt er volgens hem aan hoe je daarnaar kijkt. Australië was lang een gidsland voor vele betrokkenen in de sociale psychiatrie, ook voor Nederlandse professionals. Evengoed moet nu vastgesteld worden dat de deinstitutionalisering daar niet voltooid is.

Wat Rosen betreft hoeft niet alle zorg van uit 1 integraal team georganiseerd te worden. Gevaar daarvan is namelijk regression to the mean, een onvoldoende gedifferentieerd zorgaanbod. Waar verschillende teams, met verschillend focus en verschillende doelgroep bestaan gaat het om de samenwerking die bijvoorbeeld door co-locatie bevorderd kan worden: 'together under an umbrella'. In Australië is ook goede ervaring opgedaan met zogenaamde pit stop teams, die de zorg tijdelijk opschalen. Je zet dan ACT in voor kortere periodes. Dit lijkt wel op onze IHT teams. Van belang is

dat als je nieuwe teams opstart met een nieuw focus, je de medewerkers daar goed in traint.

Mogelijke oplossingen zijn: de supervisie-pyramide, modelgetrouwheid, mentornetwerken, communities of practice, inclusie van ervaringswerkers. In de discussie noemde Farkas de uitdaging voor de toekomst: met minder budget gaan we een grotere doelgroep bedienen, bijvoorbeeld de uitbreiding met de forensische groep. Verder benoemde zij dat we veel evidence hebben voor zaken die we in assertive outreach niet nodig hebben. Zij pleitte ervoor niet allen de evidence te implementeren, maar om eerst onze doelen te bepalen en daar een onderzoeksagenda op te maken. De take home messages van Rosen was de bekende song: 'it aint what you do, it's the way that you do it.'

Andere workshops vanuit GGZ NHN gingen over o.a. over wijzes waarop een crisis kan worden op gelost (de Grand, Hut en Hoff), over de intensieve opname (Hut, de Grand en de Paepe), over teamsamenwerken (Smidman, Hoff, Lakerman en Otto), Familie Motivationale Interventie (Keet en Lakerman), DACTs en FACTs (Roosenschoon en Bahler) en samen met het Zweedse FACT team over FACT en de Resource Group.

Herstel

Op vrijdagochtend heeft Marjan Farkas een andere pop song als motto: 'it don't mean a thing if it aint got that swing'. Haar belangrijke boodschap over herstel is dat het gaat om een persoonlijke reis. Het is onze taak deze reis te faciliteren met een reeks waarden die geïntegreerd dienen te worden in de infrastructuur en de dagelijkse praktijk.

Zij onderscheidt hierbij 5 kernwaarden. Ik geeft ze in het Engels weer, omdat een compacte vertaling in het Nederlands niet makkelijk is: person orientation, choice, partnership, hope en teach.

Zij werkte die als volgt uit:

Waarde

Person orientation,
Choice,
Partnership,
Hope,
Teach

Dus niet:

diagnosis
coercion (dwang)
compliance
helplessness
take over

Bij de organisatie van de zorg gaat het erom hoe je deze waarden integreert in de infrastructuur. Ook zij gebruikte het voorbeeld van gescheiden toiletten

als een voorbeeld van hoe het niet moet. Het gaat erom de gedeelde waarden ook steeds weer te benoemen, door ze steeds weer te bespreken en als posters aan de muur te hangen. Deze kernwaarden zijn echter op zich niet voldoende. Het gaat erom dat deze worden vertaald naar strategieën. First person reports, ervaringsverhalen, helpen daarbij.

FACT in de UK

Mike Firn besprak in een workshop de reeds gepubliceerde studie naar de introductie van FACT in London. Een bijzondere studie, twee ACT teams werden ontmanteld en samen met 6 CMHT omgevormd tot FACT teams. Het ontmantelen van ACT teams gebeurt in de gehele UK, de studie van Killaspy wordt als wetenschappelijke onderbouwing gezien dat het kan, en de crisis als financiële noodzaak de middelen beter in te zetten. Er zijn bij deze transformatie drie doelen: bied voor de gehele bevolking (1) tegen de laagst mogelijke kosten (2) de beste mogelijke zorg (3).

De opzet was een non-inferiority design: bewijzen dat FACT niet minder goed is. Tot verbazing van de onderzoekers pakte het echter zo uit dat de patiënten in het ACT team beter gedijden: minder opnames, halvering van beddengebruik, minder contacten zónder toename van crisissituaties. De resultaten waren al bekend door de publicatie. Zijn presentatie was echter zeer interessant doordat wij hoorden hoe de verschillende teams, CMHT en ACT aankeken tegen deze introductie van FACT. Bij de CMHT medewerkers was er aanvankelijk actief verzet was tegen een aantal elementen van FACT. Een bordbespreking iedere ochtend, daar hadden ze echt geen tijd voor, de shared caseload leek alleen maar lastig. Na een jaar zagen ze juist de voordelen en wilden de CMHT werkers niet meer terug naar de oude situatie. 'Dankzij de gedeelde caseload kan ik weer rustig slapen', was een veel zeggende quote.

Voor de werkers uit de ACT teams was het bijzonder om vast te stellen dat ze kennelijk met nog minder opnames én met minder ambulante contacten toe konden, zonder dat dit tot meer crisissen leidde. Zij stelden vast dat zij in de loop van de jaren aan sommige patiënten onnodig veel zorg hebben geboden. Patiënten zijn daardoor te afhankelijk gemaakt door het ACT team en bleken meer veerkracht te hebben dan het team doorhad. De FACT methode bood wel de mogelijkheid de zorg tot grote intensiteit op te schalen waar dat nodig is. Ook is er altijd de overtuiging bij ambulantisering dat de bodem is bereikt en blijkt er toch meer mogelijk te zijn.

Wat betreft de kosten effectiviteit: het sluiten van de 2 ACT teams heeft 72000 pond opgeleverd, de totale baten worden geschat op 1,1 miljoen. Een vervolgstudie is al gepland. In september gaat wederom een ACT team sluiten, in de wijk Kingston. Daarbij zullen ze bij de opzet de Engelstalige FACT manual hanteren.

Afsluitende presentatie Rosen

Het congres werd afgesloten door Alan Rosen. Deze presentatie leidde tot veel debat na afloop. Hij haalde hard uit naar het onderzoek van Burns, hoe de Engelsen hebben gezorgd voor de teloorgang van ACT én ook naar zorgorganisatiemodellen die afgeleid zijn van ACT, maar niet zijn gebaseerd op eigenstandig onderzoek naar effectiviteit, zoals FACT. Zo wist hij velen tegen zich in het harnas te jagen. Toch had hij ook veel zinnigs te melden. Het onderzoek naar (F)ACT schiet tekort, en als we ons willen presenteren als evidence based practice, is er nog veel werk aan de winkel. Het is nu te gemakkelijk voor tegenstanders om vast te stellen dat wij ons meer op ideologie dan op empirie baseren.