
GESTRUCTUREERDE ZORGTOELEIDING MET CRITICAL TIME INTERVENTION

Elie Valencia, Senior onderzoeker, afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, Parnassia; Senior Lecturer, afd Epidemiologie Columbia University, New York.

Bert van Hemert, Psychiater, Stage-opleider Sociale Psychiatrie, Parnassia;

Daphne van Hoeken, Senior onderzoeker, afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, Parnassia

Annicka van der Plas, Junior onderzoeker, afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, Parnassia

Inleiding

In Amerika is een nieuwe variant ontwikkeld in het casemanagementschap, de Critical Time Intervention (CTI). Deze is in eerste instantie ontworpen om de continuïteit van zorg voor mensen met een ernstige psychische stoornis te verbeteren en om dak- en thuisloosheid te voorkomen. CTI is een gestructureerd casemanagement programma waarin binnen afgebakende tijd hiaten tussen behandelingen en diensten overbrugd worden om zodoende de continuïteit van zorg voor mensen met een ernstige psychische stoornis te verbeteren. Cliënten worden onder meer ondersteund in het aangaan van contacten met het zorgsysteem tijdens de overgangperiode van langdurige zorg naar zelfstandig of begeleid wonen. De interventie wordt op kritische momenten ingezet naast de gebruikelijke vormen van zorg (Valencia et al, 1994, 1996, 1997). Voornamelijk in New York is ervaring opgedaan met CTI.

Reden ontstaan CTI

Over het algemeen is er een gebrek aan continuïteit van behandelprogramma's in de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige psychiatrische stoornis. Deze kwetsbare groep loopt een groot risico op maatschappelijke marginalisatie. In Den Haag bijvoorbeeld kent ongeveer 10% van de patiënten met schizofrenie een episode van dak- of thuisloosheid (Valencia et al, 2005a, b). Zorgaanbieders, zoals klinische behandelafdelingen, leveren zelden de noodzakelijke continuïteit van zorg die deze cliënten nodig hebben om maatschappelijk te stabiliseren in een duurzame leefsituatie. Voor mensen met een ernstige psychiatrische stoornis zijn overgangen van laagdrempelige zorg naar langdurige zorg, en van intramurale zorg naar zelfstandig wonen kwetsbare perioden. Het gebrek aan ondersteuning gedurende deze overgangsperioden resulteert vaak in discontinuïteit van zorg, hetgeen weer tot dakloosheid kan leiden (Susser et al, 1992; Shern et al, 1997, Valencia et al 1994, 2005b. CTI richt zich op die problemen door een gespecialiseerde interventie aan te bieden voor het regelen van de overgangsperioden naar en tussen zorgsystemen.

CTI is specifiek bedoeld als aanvulling op het bestaande aanbod voor psychiatrische cliënten. Diensten en hulpverlening worden niet dubbel aangeboden. CTI kan zes tot negen maanden duren. Het wordt uitgevoerd door een team van casemanagers die een lage caseload hebben. Ze krijgen supervisie van een senior- behandelaar en hebben overlegmogelijkheid met een psychiater. Gezien de nadruk op het verbeteren van de continuïteit van zorg ligt, kan het CTI model speciaal van belang zijn bij het verbeteren van het zorgnetwerk voor personen met stoornissen in het schizofreniespectrum die moeilijk te binden zijn aan zorg.

Doel CTI

De einddoelen van het CTI programma zijn het efficiënt inzetten van het bestaande zorgaanbod en het bieden van ruimte aan de cliënt voor het optimaliseren van onafhankelijkheid en kwaliteit van leven passend bij de behoeften van de cliënt. CTI bemiddelt tussen de cliënt en het systeem, tussen vraag en aanbod. De CTI casemanager houdt rekening met de kwetsbaarheden, vaardigheden, middelen en motivatie van de cliënt, en zoekt in het bestaande aanbod naar passende hulp bij vragen en behoeften van de individuele cliënt. Het beschikbare woonaanbod, beroepsreintegratie mogelijkheden, financiële regelingen, enzovoort, moeten afgestemd worden op het niveau van de cliënt. De CTI casemanager probeert te verzekeren dat het samenbrengen tweerichtingsverkeer is, zowel de cliënt als de aanbieders worden uitgenodigd om zich aan elkaar aan te passen. Dit vormt een contrast met vele eerdere situaties die de cliënt is tegengekomen, waar hij zich maar moest aanpassen aan zijn omgeving.

De Methode

CTI bestaat uit twee onderdelen. De eerste is het versterken van de banden van de cliënt met langdurige zorg en diensten, familie en vrienden. In hoeverre deze steun beschikbaar is varieert per situatie, maar psychiatrisch patiënten en hun netwerk hebben vaak hulp nodig om een goede relatie te onderhouden. Het tweede onderdeel bestaat uit het verzorgen van praktische en emotionele steun en hulp gedurende de kritische tijd van binding met zorg of gedurende de overgang naar nieuwe zorg.

Het werk in de CTI richt zich op specifieke gebieden die belangrijk zijn voor het verbeteren van continuïteit van zorg en voor de banden van de cliënt met zijn netwerk. Op deze gebieden worden interventies uitgevoerd, te weten: psychiatrische behandeling, financiën, verslaving, wonen / huisvesting, crisismanagement en familie.

De methodische fasen van CTI

CTI wordt uitgevoerd in drie opeenvolgende fasen: de veranderingsfase, de testfase en de overdracht van zorg. De intensiteit van het contact tussen de CTI case manager en de cliënt neemt in de loop van de tijd af. Elk van deze fasen duurt ongeveer twee tot drie maanden. CTI omvat de verschuiving van een pro-actieve aanpak in de eerste fase naar contact maken met diensten en zorg ter ondersteuning van de leefvaardigheden in de derde fase. Daartussen wordt de kans geboden om het opgezette netwerk te volgen en aanpassingen te maken op basis van korte- en lange termijn behoeften van de cliënt. De CTI casemanager is een tijdelijk begeleider en geen lange termijn behandelaar.

Fase 1 Verandering

Aan het begin van de interventie periode stelt het CTI team een behandelplan op, met aandacht voor de genoemde aandachtsgebieden: psychiatrische behandeling, medicatiebeheer, financiën, middelenmisbruik, huisvesting crisismanagement en gezinsinterventies. Extra aandacht is er voor factoren die in het verleden tot dakloosheid en uitval uit behandeling hebben geleid, naast aandacht voor huidige wensen en problemen. Aangezien de interventie zich in beperkte tijd afspeelt, moet een prioriteit aangebracht worden; bepaalde zaken hebben direct aandacht nodig, andere kunnen later geregeld worden. Als cliënten problemen op het gebied van drugs en/of alcohol hebben wordt doorgaans in deze fase motiverende gespreksvoering opgestart.

De belangrijkste activiteit in deze fase is het bemiddelen tussen de cliënt en de passende diensten. De cliënt kan een psychiater nodig hebben en misschien in

dagbehandeling willen of naar een dagopvang. Sommige cliënten willen graag een vak leren, en sommigen willen werk vinden. De casemanager stelt samen met de cliënt vast welke keuzes haalbaar en wenselijk zijn. CTI casemanagers kunnen als vangnet dienen in het bieden van directe zorg als andere behandelaars uitvallen of nog niet benaderd zijn.

In de Veranderingsfase ligt de focus op het vergemakkelijken van de overgang van de cliënt van een opvang of instelling, naar andere vormen van zorg en diensten in de gemeenschap. In deze periode komen vaak praktische en emotionele zaken aan de orde, zoals het vinden van goede verwijzingen en het helpen van de cliënt met het omgaan met zijn angsten en nieuwe uitdagingen. De vaardigheden van de CTI casemanager om efficiënt en effectief problemen op te lossen zijn van wezenlijk belang, net als zijn vaardigheid om de kwaliteiten van de cliënt te vinden en te stimuleren.

Fase 2 Testen

Deze fase is gewijd aan het testen en aanpassen van het zorgsysteem dat rond de cliënt is gebouwd. De casemanager moet goed inschatten hoe actief ze zich moet opstellen in deze fase. Indien mogelijk moet ze even een pas terug doen en kijken hoe stabiel de nieuwe banden zijn. Wanneer het systeem goed en soepel lijkt te functioneren, dan stelt ze zich minder actief op.

Een belangrijke functie van de Testfase is het inschatten van het niveau van functioneren van de cliënt. Het gaat daarbij om het verbeteren van de kwaliteiten en inspelen op zwakke kanten. Om dit te bereiken evalueren de cliënt en de CTI casemanager de verwijzingen naar (zorg)instellingen en passen die waar nodig aan. Daarnaast maakt de casemanager een meer uitgebreide in vivo assessment van behoeften. Aangezien de basis opgezet is kan de casemanager observeren waar nog hiaten zitten en waar de cliënt meer of minder ondersteuning nodig heeft.

Als zich problemen voordoen kan de CTI casemanager een bijeenkomst plannen waarbij iedereen samenkomt om het probleem op te lossen. De casemanager is een tussenpersoon, een bemiddelaar, tussen de cliënt en het zorgsysteem om hem heen. De nieuwe banden zijn nog onwennig en moeten nog verstevigd worden. De CTI casemanager bekijkt hoe goed de cliënt met zijn verkregen onafhankelijkheid omgaat, en staat klaar om bij te springen of om een stap terug te doen waar nodig. Dit kan per aandachtsgebied variëren. De cliënt wordt meer onafhankelijk en leunt minder op CTI

Fase 3 Overdracht van zorg

Aangezien met deze fase de CTI relatie eindigt, is het van groot belang dat alle verwijzingen naar (zorg)instellingen goed werken. Het kan nog nodig zijn om de puntjes op de i te zetten, maar in de ideale situatie moet alles goed werken zodat het netwerk voor lange tijd ondersteuning kan bieden. Tijdens deze fase moeten de CTI casemanager, de cliënt en de sleutelfiguren van het nieuwe netwerk samen komen tot een definitieve overdracht van zorg bespreken en doelen voor de lange termijn doornemen en afstemmen. De sleutelfiguren zijn o.a. gezinsleden, een therapeut of psychiater of iemand van de begeleid wonen instelling. Dit moet aan het begin van deze fase gebeuren, zodat eventueel later resterende knelpunten nog verholpen kunnen worden.

De belangrijkste stap van de fase van Overdracht van Zorg is het omgaan met het beëindigen van het contact en het beoordelen van lange termijn doelen van de cliënt. CTI casemanagers moeten alert zijn op gevoelens van scheiding die bij de cliënt kunnen leven in deze fase, aangezien het beëindigen van de interventie

herinneringen aan het verleden kan oproepen. CTI biedt de kans op een nieuwe manier van afscheid voor de cliënt, een afscheid dat wordt gepland en waarin het afscheid zelf besproken wordt, zowel op praktisch als emotioneel niveau.

In de begeleiding van de cliënt wordt er in alle fasen gekeken naar de concrete wensen, de psychologische wensen en de kwaliteiten van de cliënt. Het gaat hierbij om waar de cliënt uiteindelijk hoopt uit te komen en wat haalbaar is gezien de mogelijkheden die er zijn qua voorzieningen en mogelijkheden die de cliënt zelf heeft.

De doelgroep

CTI is opgezet om aansluiting bij zorg en middelen te vergemakkelijken voor mensen met een ernstige psychische stoornis die een geschiedenis van instabiele zorg- en woonsituaties hebben en die vanuit een opvang, de straat, een psychiatrisch ziekenhuis, of detentie terugkeren naar de maatschappij. De doelgroep van dak- en thuislozen kan worden onderverdeeld in de volgende subgroepen (Wolf e.a.2002)

- Feitelijk dakloze mensen: mensen die voor hun overnachting vooral zijn aangewezen op straat of op een kortdurend verblijf in laagdrempelige opvangvoorzieningen of bij familie, vrienden of kennissen.
- Marginaal gehuisveste mensen: mensen met een eigen woonruimte waarvoor zij huur of hypotheek betalen of mensen die (min of meer) permanent inwonen bij familie en daar deel uitmaken van het huishouden, die maatschappelijk verkommeren
- Residentieel dakloze mensen: mensen die een min of meer permanente verblijfplaats hebben in woonvoorzieningen en pensions binnen en buiten de maatschappelijke opvang.

Het verschil met Assertive Community Treatment

De laatste jaren is in Nederland de Assertive Community Treatment (ACT) sterk in opkomst. Er zijn overeenkomsten tussen ACT en CTI want ze hebben beide vergelijkbare onderliggende principes (actief achter cliënt aan, hulp initiëren, belangenbehartiging, coördineren etc.) maar de toepassing in het CTI is qua tijd aan een limiet gebonden. Terwijl ACT diensten biedt voor een onbepaalde tijd, zijn de diensten van CTI beperkt van duur en alleen gericht op de periode van overgang naar bestaande, reguliere zorg en ondersteuning. Daarnaast is het doel van ACT veelomvattend en ingrijpend, terwijl de focus van CTI zich beperkt tot bestending van behandeling, woonsituatie, en steunsystemen en het voorkomen van zich herhalende crises, gedurende een periode van verandering.

Effectiviteit van CTI

CTI was effectief in een gerandomiseerd klinisch experiment bij een groep ernstig psychiatrisch cliënten die dakloos waren in New York in de jaren 90 (Susser et al, 1997, Lennon et al, 2005). De meerderheid van de proefpersonen had stoornissen in het schizofreniespectrum en een lange geschiedenis van instabiliteit in zorgcontacten (Susser et al, 1997; Valencia et al, 1997). Mannen in de CTI groep ontvingen individueel op maat gesneden diensten en hadden regelmatig contact met een CTI casemanager, voor een periode van negen maanden waarin ze de overstap maakten naar zelfstandig wonen. De controlegroep kreeg het standaardaanbod in deze periode.

De belangrijkste uitkomstmaat was het aantal dakloze nachten die men ondervond in de follow-up periode van 18 maanden. Cliënten in de CTI groep hadden significant minder dakloze nachten dan de controlegroep, namelijk een gemiddelde

van 30 nachten in vergelijking tot 91 nachten in de groep die alleen de gebruikelijke zorg ontving. In dit experiment hielp CTI ook in het verminderen van negatieve symptomen van schizofrenie en bleek het een kosteneffectieve interventie (Herman et al, 2000; Jones et al, 2003).

Het CTI-model kan relatief gemakkelijk worden aangepast voor gebruik in een andere setting. Het is een aantrekkelijke interventie, omdat het een eenvoudige, goedkope, gestructureerde en in de tijd beperkte aanpak is. Met het model wordt nu ook ervaring opgedaan in ziekenhuizen in het noord-oosten van Amerika en in twee gevangenissen (in USA en in Engeland) In Amerika wordt de methodiek van CTI door de overheid aanbevolen voor replicatie en verspreiding als een effectieve, evidence based benadering om de incidentie van dak of thuisloosheid terug te dringen onder personen met een ernstige psychiatrische stoornis (US Commission on Mental Health, 2003; US Department of Health and Human Services, 2003).

Met steun van ZonMW en de Stichting tot Steun werd CTI recent vertaald in het Nederlands en aangepast aan de doelgroep in Den Haag. Met behulp van onderzoek bij de doelgroep, interviews met behandelaren, en een panel van deskundigen werd de handleiding van CTI toegesneden op de zorg voor dak- en thuisloze patiënten met een stoornis in het schizofrenie spectrum. De Nederlandse versie van CTI bevat aanpassingen rond het bespreken van middelengebruik, het benaderen van crisissituaties, het gebruik van medicatie en het omgaan met financiële problemen (Valencia et al, 2005a,b, 2006).

Aspecten voor implementatie van CTI

Een belangrijke kracht van het CTI model ligt in zijn aanpasbaarheid naar diverse verschillend vormgegeven zorgsystemen. Het oorspronkelijke model is ontwikkeld op basis van omstandigheden die kenmerkend zijn voor de zorgkaart en het zorgsysteem in New York. Effectiviteit van CTI is aangetoond bij bezoekers van de nachtopvang in New York (Susser et al., 1997), maar kan toegepast worden op ernstig psychiatrische cliënten in verschillende situaties waarin verandering een rol speelt. Zo kan CTI bijvoorbeeld gebruikt worden voor dakloze psychiatrische cliënten, cliënten in onstabiele woonsituaties, gedetineerden met psychiatrische problemen, of cliënten in een therapeutische gemeenschap of psychiatrisch ziekenhuis. Hieronder behandelen we enkele aspecten van implementatie van CTI.

Het kiezen van een thuisbasis

Het is belangrijk een goede "thuisbasis" te hebben van waaruit voorbereidend werk zo efficiënt mogelijk gedaan kan worden. De thuisbasis moet toegang bieden tot psychiatrische zorg en toegankelijk zijn zodat de CTI casemanager bereikt kan worden. Voorbeelden van plaatsen waar CTI een thuisbasis kan hebben zijn: een inloophuis, een dag- of nachtopvang, de medische dienst in een gevangenis, een ambulante of klinische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

Het CTI en de caseload

Het team bestaat in de ideale situatie uit casemanagers, een verpleegkundige, een teamleider en een psychiater in deeltijd. CTI-werkers moeten bekend zijn met de sociale kaart en hun weg weten in het zorgaanbod voor mensen met een ernstige psychische stoornis. In de eerste periode van CTI moet de caseload niet hoger zijn dan 10 tot 12 cliënten per casemanager. Wanneer cliënten eenmaal in de Testfase van CTI zijn kan de caseload oplopen tot 20 cliënten per casemanager. Dit omdat cliënten naarmate ze verder zijn in het proces meer en meer terecht kunnen bij het gevestigde netwerk en minder vaak contact hebben met de CTI casemanager.

Het netwerk waarbinnen CTI opereert

Het is van belang dat het CTI programma toegang heeft tot een breed netwerk van diensten en instellingen zodat voor elke individuele cliënt naar gelang zijn behoeften en functioneringsniveau contacten gelegd kunnen worden. Zo zal voor cliënten met een redelijke mate van zelfstandigheid verwijzing plaatsvinden naar vrijwilligerswerk, zelfhulpgroepen en een psychiater, terwijl cliënten die meer hulp nodig hebben verwezen worden naar een ACT-team voor begeleiding op de langere termijn. Het is daarom belangrijk om samenwerkingsafspraken te maken en convenanten te sluiten met belangrijke partners. Investeren in samenwerking is een cruciale randvoorwaarde voor een goede implementatie van CTI. Maak deel uit van overlegstructuren en ketenafspraken (zorg bijvoorbeeld dat CTI altijd is vertegenwoordigd op vergaderingen). Bespreek cultuurverschillen en visieverschillen die bij verschillende ketenpartners en samenwerkingspartners kunnen leven.

Tot slot

CTI is een uit Amerika overgekomen model. In deze bijdrage is CTI als zodanig beschreven en naast de uitleg over het model is ook aangegeven waar het model aan moet voldoen. In Amerika heeft het bij dakloze mensen met een ernstige psychiatrische stoornis zijn werking aangetoond. De vraag is natuurlijk in hoeverre dit model in Nederland te gebruiken is. De verschillen met bestaande casemanagementprojecten zijn vooral dat CTI in een kritische fase voor een afgeperkte periode van de tijd wordt ingezet, met als doel om de cliënt stabiel in de reguliere zorg te brengen. Het kan een doelmatige aanvulling zijn naast het veel duurder ACT-model. CTI biedt in ieder geval een model dat aandacht verdiend en uitgetoend zou moeten worden om te kijken in hoeverre het in Nederland de zorg voor kwetsbare mensen kan versterken.

Referenties

- Herman D, Opler L, Felix A, Valencia E, Wyatt R, Susser E. *Critical time Intervention Impact on Psychiatric Symptoms*. Journal of Nervous and Mental Disease. 2000; 188(3) 135-140.
- Jones K, Colson P, Holter M, Lin S, Valencia E, Susser E, Wyatt R. *Cost Effectiveness of Critical Time Intervention to reduce homelessness among persons with mental illness*. Psychiatric Services, 54:884-890, June 2003
- Jones K, Colson P, Valencia E, Susser E. *A Preliminary Cost Effectiveness Analysis of an Intervention to Reduce Homelessness among the Mentally Ill*. Psychiatric Quarterly. 1994; 65:243-256.
- Lennon MC, McAllister W, Kuang L, Herman DB. *Capturing intervention effects over time: reanalysis of a critical time intervention for homeless mentally ill men*. Am J Public Health. 2005 Oct; 95(10):1760-6.
- Shern D, Felton C, Hough R, Lehman A, Goldfinger S, Valencia E, Dennis D, Straw R, Wood P. *Housing Outcomes for Homeless Adults with Mental Illness: Results from the Second-Round McKinney Program*. Psychiatric Services. 1997; 48:239-241.
- Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai W.Y., Wyatt R. *Preventing Recurrent Homelessness Among Mentally Ill Men: A "Critical Time" Intervention after Discharge from a Shelter*. American Journal of Public Health. 1997; 87:256-262.
- Susser E, Valencia E, Goldfinger S. *Clinical Care of the Homeless Mentally Ill: Strategies and Adaptations*. In Lamb HR, Bachrach L, Kass F (eds.). *Treating The Homeless Mentally Ill*. American Psychiatric Association. 1992; 127-140.
- United States Department of Health and Human Services. *Ending chronic homelessness: Strategies for action*. Report from the Secretary's Work Group on ending chronic homelessness. United States Government. March 2003.
- United States President's New Freedom Commission on Mental Health. *Achieving the promise: transforming mental health care in America*. Final report to the President. United States Government. July 2003.

- Valencia E, van Hemert AM, van Hoeken D, Schols D, van der Plas A, van Bladeren A, Hoek W. *Assessment of a representative sample of people with schizophrenia and homelessness in treatment in The Hague, Netherlands*. Poster presentation 643. 13th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia Research, Davos, Switzerland, February 2006.
- Valencia E, van Hoeken D, van Hemert AM, Hoek W. *Characteristics of patients with schizophrenia and homelessness in The Hague, The Netherlands*. Presentation number 3790.00. XIII World Congress of Psychiatry, Cairo, Egypt, 2005a.
- Valencia E, van Hemert AM, van Hoeken D, Schols D, van der Plas A, van Bladeren A, Hoek W. *Aanpassing van de Critical Time Intervention (CTI) methode voor thuisloze mensen met schizofrenie in Den Haag*. Poster presentatie. Schizofreniecongres, Kenniscentrum Schizofrenie. Zwolle, 2005b.
- Valencia E, Susser E, Torres, Felix A, Conover S. *Critical Time Intervention for homeless mentally ill individuals in transition from shelter to community living*. In *Mentally Ill and Homeless: Special Programs for Special Needs*. Breakey W and Thompson J (eds). Gordon and Breach Science Publishers, Newark, New Jersey. 1997. pp. 75-94.
- Valencia E, Susser E, McQuiston H. *Critical Time Points in the clinical care of homeless mentally ill Individuals*. In *Practicing Psychiatry in the Community: A Manual*. Vaccaro J and Clark G (eds.). Washington. D.C. American Psychiatric Association Press. 1996. pp. 259-276.
- Valencia E, Susser E. *The New York City Critical Time Intervention Study: Guiding the Transition to Independent Living*. In *Making a Difference: Interim Status Report of the McKinney Research Demonstration Program for Homeless Mentally Ill Adults with Serious Mental Illness*. Center for Mental Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. US Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland. 1994. pp. 79-95.