

# Literatuurstudie naar de effectiviteit van forensische (F)ACT



Caroline Place  
Maaïke van Vugt  
Laura Neijmeijer

## **Literatuurstudie naar de effectiviteit van Forensisch (F)ACT**

Artikelnummer: AF1105

©Trimbos-instituut, Utrecht, 2011

 **Trimbos  
instituut**

Netherlands Institute of  
Mental Health and Addiction

## **Literatuurstudie naar de effectiviteit van Forensisch (F)ACT**

Deze literatuurstudie maakt onderdeel uit van het Forensisch (F)ACT project, een twee jaar durend project dat het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met acht forensische (F)ACT-teams heeft uitgevoerd. Doel van dit landelijke project was het ondersteunen en stimuleren van de ontwikkeling van specifieke (F)ACT-teams voor forensisch psychiatrische cliënten.

Er is een brede literatuursearch uitgevoerd met behulp van PsychINFO en PubMed. Gezocht is naar internationale wetenschappelijke publicaties over ACT of daaraan gerelateerde zorgmodellen (zoals intensief casemanagement en assertive outreach) voor de doelgroep van forensisch psychiatrische cliënten.

### **Inleiding**

*Assertive Community Treatment* (ACT) is een organisatiemodel voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (epa) in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. ACT biedt intensieve, multidisciplinaire, outreachende en langdurige zorg (Stein & Test, 1980). Momenteel zijn er in Nederland zo'n 30 ACT teams actief, voornamelijk in de (grote) steden. Functie ACT (FACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. Waar ACT zich richt op de meest ernstige, vaak zorgmijdende cliënten, bieden de Functie ACT teams ondersteuning voor een bredere groep cliënten met een langdurige zorgbehoefte. Een FACT team combineert casemanagement met ACT. Aan de meer stabiele cliënten biedt dit team individuele behandeling, aangevuld door andere disciplines. Wanneer het slechter met een cliënt gaat, wordt de zorg 'opgeschaald', wat betekent dat wordt overgegaan op intensieve ACT zorg vanuit het gehele team (Van Veldhuizen, 2007).

In Nederland zijn vanaf 2008 op een aantal plaatsen forensische (F)ACT teams van start gegaan. Deze teams richten zich op cliënten met ernstige psychiatrische én justitiële problemen. Zij bouwen voort op het (F)ACT model en pogen daarnaast specifieke forensische deskundigheid binnen de teams te implementeren. Ook internationaal zijn er forensische ACT teams opgericht. Tot op heden is er echter weinig standaardisatie van het model (Morrisey et al, 2007; Cuddeback et al, 2009).

## **Effectiviteit Forensisch(F)ACT**

ACT is veelvuldig onderzocht en effectief gebleken voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (epa); het standaard casemanagement model is niet effectief gebleken voor deze doelgroep (Marshall & Lockwood, 1998; Dieterich et al, 2010). ACT resulteert in betere klinische uitkomsten voor epa-cliënten; voor effecten op justitiële uitkomstmaten is minder bewijs (Bond et al., 2001).

Deze literatuurstudie gaat in op het gebruik van forensisch (F)ACT en (F)ACT bij een forensische doelgroep. Het betreft een overzicht van internationale literatuur; in Nederland heeft tot op heden geen effectonderzoek plaatsgevonden naar forensisch (F)ACT. Studies naar ACT en ACT-achtige zorgvormen als *assertive outreach* (AO) en intensieve casemanagement (ICM) zijn meegenomen in dit effectiviteitsoverzicht.

De onderzoeken van deze literatuurstudie kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën:

- A) Reguliere ACT (incl. AO en ICM), epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten
- B) Reguliere ACT (incl. AO en ICM), forensische epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten
- C) Forensische ACT (incl. forensisch AO en forensisch ICM), forensische epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten

### **A. Reguliere ACT, epa-clienten, justitiële uitkomstmaten**

In een literatuurreview naar effecten van ACT (Bond et al, 2001) blijkt uit de 25 gevonden *random controlled trials* (RCT's) dat ACT over het algemeen niet zo effectief is op specifieke justitiële uitkomstmaten, zoals het terugdringen van het aantal arrestaties en de detentieduur. Van de 25 RCT's waren er 10 die ingingen op justitiële uitkomstmaten. Zeven studies vonden geen verschil in effecten tussen ACT en controlegroep, twee studies waren in het voordeel van ACT en 1 in het nadeel van ACT.

Calsyn en collega's (2005) beschrijven een gerandomiseerde gecontroleerde studie bij dakloze cliënten met een dubbele diagnose die zijn toegewezen aan ACT-zorg, standaardzorg of een geïntegreerde behandeling. Er golden geen diagnosegebonden exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek. Iets meer dan de helft (51%) van de cliënten had schizofrenie. ACT blijkt in het reduceren van crimineel gedrag niet effectiever te zijn dan standaardzorg of een geïntegreerde behandeling (N=144). Eerder crimineel gedrag was de sterkste indicator van zes forensische uitkomstmaten: ernstige delicten (*major offences*), minder ernstige delicten (*minor offences*), druggerelateerde delicten, opsluitingen, arrestaties en dagvaardingen. Het type behandeling en de hoeveelheid verkregen zorg hadden geen voorspellende waarde voor crimineel gedrag. Wel lieten cliënten in ACT-zorg of in de geïntegreerde behandeling minder hospitalisatie zien, hadden

een betere huisvesting, waren mentaal gezonder en lieten soms minder drugsgebruik zien. Deze positieve uitkomsten hadden echter geen verband met of invloed op de forensische uitkomstmaten. De auteurs concluderen daarom dat meer gespecialiseerde interventies nodig zijn om crimineel gedrag door mensen met een dubbele diagnose te verminderen.

Een kleinschalig onderzoek van Ahrens en collega's (2007) onder vijftien adolescenten en jongvolwassenen met ernstige aanhoudende psychiatrische aandoeningen, naar de werking van *Program Assertive Community Treatment (PACT)* laat na één jaar een significante daling zien van het aantal detentiedagen, het aantal dagen in forensische behandeling en het aantal opnamedagen voor psychiatrische problematiek. Van de vijftien cliënten had 87% een psychotische stoornis (waarvan 20% schizofrenie en 76% schizoaffectief) en de andere twee cliënten hadden een bipolaire stoornis.

Clarke en collega's (2000) beschrijven de uitkomsten van een RCT van twee verschillende ACT programma's versus standaardzorg. 163 cliënten werden random toegewezen aan 1) ACT met ervaringsdeskundigen als medewerkers, (2) ACT zonder ervaringsdeskundigen als medewerkers en (3) standaardzorg. Inclusiecriteria waren een (gerapporteerde) geschiedenis van psychotische symptomen. Er waren geen verschillen tussen de drie groepen bij de nulmeting. Uit de baseline data bleek dat 60% schizofrenie had, 33% een verslavingsprobleem, 63% minstens een keer gearresteerd was en 32% dakloos was. Personeel van beide ACT programma's had een intensieve ACT training gehad aan het begin en gedurende de studie. De teams bereikten geen hoge modelgetrouwheid op de DACTS. De standaardzorg implementeerde gedurende de studie enkele elementen van ACT (zoals multidisciplinariteit en gedeelde caseload), maar er was geen sprake van een volledige ACT implementatie. Er werden geen verschillen gevonden tussen ACT en standaardzorg op verschillende uitkomstmaten als dakloosheid en periode tot eerste opname. De periode tot arrestatie was significant korter bij cliënten in de standaardzorg dan ACT cliënten, maar er waren geen significante verschillen in het totaal aantal cliënten dat gearresteerd was. Significante voorspellers van periode tot arrestatie was de minderheidsstatus (blank versus anders). Een eerdere arrestatie was geen significante voorspeller. Vergelijking tussen ACT met en ACT zonder ervaringsdeskundigen, resulteerde niet in significante verschillen op de uitkomstmaten periode tot eerste dakloosheid, arrestatie en gebruik van de crisisdienst. De periode tot de eerste psychiatrische opname was korter bij cliënten in het ACT team zonder ervaringsdeskundigen. Het aantal opnames was significant hoger bij cliënten in het ACT team zonder ervaringsdeskundigen dan bij cliënten in het team met ervaringsdeskundigen.

In een Engelse RCT van Walsh en anderen (2001), onderdeel van de UK700 Group, werden de effecten van intensief casemanagement bij cliënten met een psychotische stoornis onderzocht. Inclusiecriteria waren: 18-65 jaar, psychotische stoornis als diagno-

se, minstens twee opnames met één in de afgelopen twee jaar. Intensief casemanagement (ICM) werd vergeleken met standaardzorg voor twee jaar, waarbij caseloadgrootte een belangrijk verschil tussen de zorgvormen was. De primaire uitkomstmaat van studie was fysiek geweld. In totaal zijn 708 cliënten geïnccludeerd, 50% in de interventie groep en 50% in de controle groep. Gedurende de tweejarige studie pleegde 22% fysiek geweld tegen een persoon en bij 66% werd gewelddadig gedrag gerapporteerd. Er werd geen significant verschil tussen de twee groepen gevonden. Risicofactoren voor geweld waren: eerdere geweldpleging, jonge leeftijd, drugs misbruik, slachtofferschap en leerproblemen. Na correctie voor deze factoren, bleek er eveneens geen verschil in uitkomstmaat tussen de twee groepen. Dit ondanks het feit dat de cliënten in ICM meer contacten met de hulpverleners hadden dan standaardzorg en dat hulpverleners van ICM meer contact hadden met het justitiële systeem.

### *Conclusie*

Bovenstaande studies laten een wisselend beeld zien van de effecten van reguliere ACT (inclusief AO en ICM) op justitiële uitkomstmaten bij mensen met ernstige psychiatrische problemen. De meeste studies laten geen significante verschillen zien tussen reguliere ACT en controlegroep. Studies tonen aan dat ACT op reguliere uitkomstmaten overwegend positieve resultaten boekt.

## **B. Reguliere ACT, forensische epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten**

Een gerandomiseerd, gecontroleerd longitudinaal onderzoek van Martin & Scarpitti (1993) bij 455 voorwaardelijk vrijgelaten personen in Delaware toont bij een follow-up na zes maanden geen verschil tussen de ACT groep en de controlegroep op het gebruik van drugs en het uitvoeren van criminele handelingen die arrestatie tot gevolg kunnen hebben. De diagnose(s) van de respondenten zijn niet bekend; allen gebruikten drugs. De beperkte steekproefomvang (uiteindelijk is slechts over de eerste 135 cliënten gerapporteerd) en het variabele patroon van significante uitkomsten maken een goed onderbouwde conclusie over de effecten niet mogelijk. Daarnaast is er een groot verschil tussen de theorie van het ACT model en de implementatie van ACT in de praktijk; de ACT-interventie was niet zo assertief als voorgeschreven.

In een twee jaar durende gerandomiseerde en gecontroleerde studie van Cosden en collegae (2005) naar *Mental Health Treatment Courts* (MHTC) werden 235 cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (37% stemmingsstoornis, 28% schizofrenie, 23% bipolaire stoornis; 83% Dubbele Diagnose) die niet-gewelddadige delicten pleegden, toegewezen aan MHTC ondersteund door een ACT-team (137 cliënten) of aan reguliere zorg (98 cliënten). Er werden geen significante verschillen gevonden op justitiële

uitkomstmaten als dagen in detentie of aantal detenties. Hiervoor wordt als verklaring gegeven dat de controlegroep steeds meer ACT-achtige interventies ging gebruiken. Wel bleek uit deze studie dat ACT-cliënten langer in zorg bleven, beter herstelden en minder vaak terugvielen in criminaliteit dan de controlegroep. Daarnaast waren cliënten uit de controlegroep eerder geneigd een misdaad te plegen met het risico op een nieuwe veroordeling. De cliënten van het ACT-team kwamen ook weer in aanraking met justitie, maar werden minder vaak opnieuw veroordeeld; de veroordelingen hingen namelijk vooral samen met het overtreden van voorwaarden en niet met het plegen van nieuwe misdrijven. In de ACT-conditie waren de gevangenisdagen dus meer preventief van aard dan in de controleconditie, waar de gevangenisstraf vaker een gevolg was van terugval in daadwerkelijke 'nieuwe' criminaliteit. Beide groepen lieten een vermindering van drugsgebruik zien, ontwikkelden levensvaardigheden en ervoeren een hogere kwaliteit van leven. De verbeteringen voor de cliënten in de ACT-conditie waren hoger dan die van de controlegroep. Deze bevindingen zijn ook gepubliceerd in het artikel van Cosden en collega's (2003) over dit project.

Deze eerdere publicatie van Cosden en collega's (2003) beschreef een gerandomiseerde gecontroleerde evaluatiestudie van *Mental Health Treatment Courts* (MHTC) met follow-up gegevens na zes maanden en na twaalf maanden. Van de 235 cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en delictgeschiedenis van niet-gewelddadige delicten, werd de experimentele groep toegewezen aan MHTC ondersteund door een ACT-team en de controlegroep kreeg standaardzorg. Er zijn follow-up gegevens bekend van 85 MHTC/ACT cliënten en 65 cliënten die reguliere zorg ontvingen (respons=64%). Voor beide groepen geldt dat zij meer tevreden waren met het leven en zelfstandiger leven leiden. Bij cliënten in de MHTC/ACT-conditie was er ook sprake van een reductie in drugsgebruik en minder terugval in 'nieuwe' criminaliteit, in tegenstelling tot de cliënten in de controlegroep.

Uit een onderzoek van Wilson, Tien en Eaves (1995) blijkt dat cliënten met ernstige sociale, gedragsmatige problemen en een geschiedenis van meerdere psychiatrische opnames gebaat zijn bij begeleiding door een *assertive* casemanagement team (*Inter-Ministerial Project: IMP*) na vrijlating uit een lokale gevangenis (*correctional centre*). Het team had net als bij *assertive community treatment* een gezamenlijk caseload, intensief contact en contact op de plek waar de cliënt zich bevindt. De casemanagers bezochten de deelnemers drie tot vier weken voordat ze vrijgelaten worden om assessments te doen en de behoeften in kaart te brengen. De dag van vrijlating worden deelnemers opgehaald door het team. Niet alle daders kwamen in aanmerking voor het IMP. De volgende voorwaarden werden gesteld: geschiedenis van betrokkenheid bij criminaliteit en justitie, geschiedenis van betrokkenheid in de geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuisopnames, meerdere psychiatrische diagnoses (as I/II), ernstige antisociale (*non-*

*adaptive social*) gedragspatronen, geïdentificeerd als moeilijke chronische multisysteem gebruiker, plannen om in Vancouver te gaan wonen en bereidwilligheid om deel te nemen. De controlegroep bestond uit mannen die ook in aanmerking kwamen voor het IMP maar 1) buiten de regio gingen wonen 2) uitgesloten werden vanwege gebrek aan capaciteit in het team 3) deelname weigerde. Van de 26 personen in de experimentele groep was 54% na 18 maanden nog steeds in behandeling bij IPM, 35% is voor langer dan 3 maanden opgenomen in detentie of ziekenhuis en 12% was verhuisd buiten de regio (drop-out). De 33 personen in de controlegroep verschilden niet significant qua demografische kenmerken en psychische gezondheidsprofielen. Kenmerken van de totale groep waren: allen werkloos, gemiddeld 32 jaar, 73% blank, laagopgeleid, 85% onge-trouwd, 91% alcoholdrugsmisbruik, 39% schizofrenie als hoofddiagnose, 22% persoonlijkheidsstoornis, 14% affectieve stoornis en 10% verslavingsstoornis. Bijna de helft was veroordeeld voor een vermogensdelict (45%) en 38% voor een delict gericht tegen een persoon. Ook in het aantal detentiedagen 6, 12 en 18 maanden voorafgaand aan de huidige detentie verschilden de controlegroep en de experimentele groep niet significant. Het aantal dagen in detentie is eveneens 6, 12 en 18 maanden na vrijlating gemeten. De cliënten van de experimentele groep verbleven vergeleken met de controlegroep minder dagen in een gevangenis, zowel 6 maanden, 12 maanden als 18 maanden na vrijlating. Daarnaast verbleven ze langer in de samenleving voordat ze gearresteerd worden (gemiddeld 271 t.o.v. 120 dagen). Er is tussen de groepen geen verschil gevonden in het type delict waarvoor de cliënten opnieuw veroordeeld waren.

McGuire & Rosenheck (2004) analyseerden data van meer dan 5000 daklozen met een ernstige psychiatrische aandoening en maakten een onderverdeling in drie groepen op basis van hun detentiegeschiedenis: geen detentiegeschiedenis, een korte detentiegeschiedenis (<6 maanden) en een lange detentie. De cliënten kregen twaalf maanden Assertive Community Treatment services. Van de totale groep had 37% schizofrenie, 31% een psychotische stoornis, 49% een ernstige depressie, 20% een bipolaire stoornis, 22% een persoonlijkheidsstoornis, 15% een posttraumatische stressstoornis (PTSS), 18% angststoornis, 42% alcoholafhankelijkheid, 38% drugsafhankelijkheid en 34% een dubbele diagnose (DD). De cliënten met een lange detentiegeschiedenis scoorden hoger op psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek (zowel drugs, alcohol als DD) dan de cliënten uit de andere twee groepen. Dezelfde verschillen werden gevonden voor misbruik in de kindertijd, stabiliteit van gezin en een antisociale gedragsstoornis (*conduct disorder*). De cliënten met een lange detentiegeschiedenis hadden een langere dakloosheidsgeschiedenis dan de groep zonder detentieverleden. De uitkomsten na twaalf maanden (na controle voor baselineverschillen, N=5434) tonen aan dat de twee groepen met een detentieverleden slechtere psychiatrische uitkomsten hadden dan de groep zonder detentieverleden. De groep met een lang detentieverleden keerde vaker terug naar

detentie. Op andere uitkomstmaten (opnames, aantal werkloze dagen, verslavingsproblematiek) zijn geen significante verschillen gevonden tussen de groepen. In de totale kosten was eveneens geen significant verschil tussen de groepen. De auteurs concluderen voorzichtig dat ACT effectief kan zijn voor dakloze psychiatrische cliënten met een detentieverleden.

Fakhoury & Priebe (2006) analyseerden 580 cliënten van de *Pan-London Assertive Outreach Study*. De cliënten kwamen uit 24 verschillende *Assertive Outreach* teams in Londen. Een meerderheid (74%) had de diagnose schizofrenie, bij 16% was sprake van alcoholmisbruik en bij 19% drugsgebruik. Analyses toonden aan dat de 'verslaafde groep' vaker een man en vaker een nieuwe cliënt was. Deze groep was daarnaast vaker opgenomen, had vaker geweld gepleegd in de afgelopen twee jaar en was vaker gearresteerd in de afgelopen twee jaar. Een arrestatie in de afgelopen twee jaar was de sterkste voorspeller van drugsmisbruik en de twee na sterkste voorspeller van alcoholmisbruik. Uit de *sample* van 580 cliënten zijn twee verschillende groepen onderscheiden ( $n_1=410$  en  $n_2=77$ ). In de groep van  $n=77$  hadden alle cliënten (minstens) één arrestatie in de afgelopen twee jaar gehad en de meerderheid (92%) had geweld gepleegd in de afgelopen twee jaar. Bij de andere groep was bij slechts enkele cliënten sprake van een arrestatie in de afgelopen 2 jaar (4%) en had bijna een kwart geweld gepleegd. Uit de negen maanden follow-up data bleek dat de cliënten uit de  $n=77$  groep significant vaker waren opgenomen (52%) en significant vaker gedwongen opgenomen (39%). De auteurs wijzen op de noodzaak van het vergroten van de vaardigheden van de *assertive outreach* medewerkers in dubbele diagnose problematiek en forensische psychiatrie. Daarnaast concluderen de onderzoekers dat voor de behandeling van deze specifieke doelgroep forensische deskundigheid vereist is.

Het *Nathaniel Project* in New York (2002; in Parker, 2004), een toewijzing naar behandeling volgens het ACT-model in plaats van een gevangenisstraf, werd als effectief alternatief gezien. Er waren significant betere resultaten voor de ACT-conditie vergeleken met detentie op het gebied van huisvesting vinden, cliënten in behandeling houden en het verminderen van het aantal arrestaties<sup>1</sup>.

### *Conclusie*

Van de zes studies laten drie RCT's en één longitudinale studie positieve resultaten zien op justitiële uitkomstmaten bij de forensische doelgroep in het voordeel van ACT. Eén RCT heeft geen significante resultaten gevonden tussen ACT en standaardzorg. ACT lijkt een geschikte zorgvorm voor recidivevermindering bij de forensische doelgroep. De studies laten een wisselend beeld zien wat betreft reguliere uitkomstmaten.

---

<sup>1</sup> Deze studie is niet opgenomen in het effectiviteitschema, omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is.

### C. Forensisch ACT, forensische epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten

In een gerandomiseerde gecontroleerde studie bij psychiatrische cliënten die de gevangenis verlieten, vergeleken Solomon en Draine (1995) ACT-zorg (n=37) met intensieve forensische case management (n=35), en met standaard zorg (n=22). De inclusiecriteria waren gedetineerden met een ernstige psychiatrische stoornis (inclusief persoonlijkheidsstoornissen), lage GAF<sup>2</sup> score, zonder huis bij vrijlating en een behandelgeschiedenis. Van de respondentengroep had 83% schizofrenie bij aanmelding, 53% verslavingsproblemen en 10% een ernstig affectieve stoornis. Het ACT team bestond uit teamleden – één uitgezonderd – met een specialisme in de forensische psychiatrie. Het ACT team werkte samen met reclasseringsmedewerkers. Ook alle casemanagers van de controlegroep waren gespecialiseerd in forensische problematiek. Zowel de casemanagers van FICM als het ACT team werkte *outreachend* (inclusief bezoeken in de gevangenis) en hadden een even grote caseload. De standaardzorg was niet *outreachend* en beschikte niet over forensische kennis of diensten. De onderzoekers vonden dat meer cliënten van het ACT team terugkeerden naar de gevangenis in vergelijking met de andere twee condities (60% versus 40% en 36%). Dit was echter geen significant verschil. Hiervoor worden vier verklaringen gegeven: (1) cliënten in de ACT-zorgvorm werden intensiever gevolgd, waardoor schendingen van afspraken eerder gerapporteerd werden aan het justitiële systeem, (2) er werd teveel aandacht besteed aan monitoren en controle, maar te weinig aan behandelalternatieven, (3) een onvrijwillige psychiatrische opname was eenvoudiger te realiseren via een gevangenisstraf, en (4) de studie was moeilijk uit te voeren bij deze doelgroep en veel cliënten, met name die werden doorverwezen naar de reguliere zorg, verdwenen uit beeld. Op sociale en klinische uitkomstenmaten werden geen significante verschillen gevonden.

*Project Link* in Rochester, New York (Lamberti et al, 2001; Weisman et al, 2004) is gebaseerd op een combinatie van elementen van drie modellen: ACT, aangepaste therapeutische gemeenschap en *jail diversion* (toewijzing naar behandeling). *Project Link* integreert daarmee de gezondheidszorg, het justitiële systeem en de sociale voorzieningen in de gemeenschap. *Project Link* is een mobiel team, dat toegang heeft tot dubbele diagnose instellingen, cultureel competente medewerkers en nauwe samenwerking heeft met het justitiële systeem. Het team bestaat uit een forensische psychiater, een nurse practitioner en vijf advocaten. Als een cliënt uit een kliniek binnen de gevangenis wordt aangemeld, gaat het team eerst naar de gevangenis voor een voorlopig diagnostische evaluatie. Als een cliënt is toegewezen aan een advocaat van *Project Link*, ondersteunt deze hem tijdens rechtbankbezoeken. De advocaten onderhouden contact met het ge-

---

<sup>2</sup> GAF: Global Assessment of Functioning. Een lage GAF score betekent slechter/een lager functioneren.

vangenispersoneel, de rechter en reclasseringsmedewerker. Tijdens het project zijn verschillende sessies georganiseerd met reclassering en de advocaten waarin informatie werd uitgewisseld en de rolverdeling duidelijk werd en voortdurende communicatie benadrukte. Er is een vergelijkend onderzoek met voor- en nameting uitgevoerd naar dit project bij 44 criminele cliënten die uit de gevangenis worden ontslagen en hulp ontvingen in hun resocialisatie- en rehabilitatieproces. In dit beschrijvende onderzoek (Weisman et al, 2004) ziet men het aantal gevangenisdagen, opnamedagen, gemiddeld aantal arrestaties, gemiddeld aantal opnames in een gevangenis of kliniek significant dalen na het starten van de behandeling in het ACT-team ten opzichte van het aantal dagen voor de inclusie in het onderzoek (N=44). Ook blijkt dat de jaarlijkse zorgkosten per cliënt lager te zijn bij ACT. Kenmerken van de eerste zestig deelnemers aan het project: 80% man, 86% Afrikaanse afkomst, 53% schizofrenie, 22% psychotische stoornis niet anders omschreven, 36 jaar en 90% met een verleden van comorbide middelenmisbruik of afhankelijkheid bij aanmelding.

Lamberti en anderen (2004) selecteerden forensische ACT-programma's die arrestaties en opsluiting van cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening proberen te voorkomen, op basis van drie criteria: 1) alle cliënten hebben een geschiedenis van betrokkenheid met het justitiële systeem 2) organisaties uit het justitiële veld zijn de primaire verwijzers 3) nauwe samenwerking met justitie en andere partijen in het justitiële veld om deelname aan behandeling te bevorderen. Op basis van deze criteria werden 16 programma's aangemerkt als forensische ACT. Kenmerken waren: 69 procent van de programma's hadden een reclasseringsambtenaar in het team; 50 procent hadden een component van residentiële supervisie, waarvan 30 procent residentiële verslavingsbehandeling boden. Het residentiële component is niet in overeenstemming met de principes van het ACT model (Jennings, 2009). Lamberti en collega's (2004) vinden drie unieke elementen van forensische ACT teams ten opzichte van reguliere ACT teams: forensische ACT-teams accepteren verwijzingen van strafrechtelijke instanties, werken samen met justitie om deelname aan behandeling te bevorderen en zoeken partners in het justitiële veld. Drie forensische ACT-programma's rapporteerden over de effecten in een wetenschappelijk tijdschrift. De drie studies hadden een voor- en nameting zonder controlegroep:

- bovengenoemde studie naar *Project Link*; aantal detentiedagen, arrestaties en opnames nam significant af, functioneren verbeterde significant (Lamberti et al, 2001)
- pilotstudie van het *Arkansas Partnership Program*; tijdens het verblijf van gemiddeld 508 dagen in de samenleving was er bij 17 van de 18 deelnemers geen sprake van een nieuwe arrestatie of middelenmisbruik (Cimino & Jennings, 2002; in Lamberti et al, 2004)

- *Threshold Jail Linkage Project*: totaal aantal gevangenisdagen en opnamedagen nam tijdens het eerste deelname jaar sterk af bij de eerste dertig deelnemers: van 2741 detentiedagen naar 469 dagen en van 2153 opnamedagen naar 321 (Gold, 2001; in Lamberti e.a. 2004). Dit bespaarde veel kosten.

Over de effecten van de laatste twee programma's is opnieuw gerapporteerd over studies met een grotere cliëntengroep of aangevuld met kwalitatieve data, zie hieronder.

Davis en collega's (2006) onderzochten ACT bij ernstig psychiatrische cliënten met herhaaldelijke forensische betrokkenheid. Het *Thresholds Jail Linkage Project* in Chicago is voortgezet vanwege eerder behaald succes. Het verbindingsteam (*Linkage team*) en het nazorgteam vormen twee onderdelen van het ACT team. Het verbindingsteam, bestaande uit vier personen, begeleidt de cliënt het meest intensief tijdens detentie en voordat hij/zij behandeld wordt in de geestelijke gezondheidszorg. Daarna wordt de cliënt overgedragen aan het nazorg ACT team. Dit is een multidisciplinair team van tien personen; een weekend casemanager, twee casemanagers, psychiater op consultatiebasis, programma supervisor en een part time verpleegkundige. Voor het ACT nazorgteam kwamen gedetineerden in aanmerking die verwezen waren naar geestelijke gezondheidszorg binnen de gevangenis, een AS I stoornis hadden, minimaal twintig keer voor de rechter zijn verschenen en minimaal vijf opnames hadden gehad. Er is voorrang gegeven aan personen die niet-gewelddadige delicten hadden gepleegd en naar verwachting een laag risico op geweld hadden. Gedetineerden werden benaderd door een maatschappelijk werker. Slechts weinig gedetineerden weigerden deelname en bleven liever in de gevangenis. De pilot startte in 1997 en in 1999 was het project geïntegreerd in de routine. Tussen 1999 en 2003 zijn 96 cliënten behandeld door het ACT team. 72% was man, 44% had schizofrenie, 18% een schizo-affectieve stoornis en 17% een bipolaire stoornis. Van de 96 cliënten verbleef ruim een derde minder dan een jaar bij het ACT team; twee werden verbonden aan een ander Threshold team en 33 cliënten aan andere programma's omdat de diensten die het ACT leverden niet noodzakelijk waren voor deze cliënten. 18% werd na een jaar nazorg verbonden aan andere programma's en 38% bleef voor 3 jaar bij het team voor extra ondersteuning. Het criterium voor het verbinden van een cliënt aan een ander programma of dienst was minimaal een jaar in zorg zijn bij het ACT team. Arrestatie, detentiedagen, opnamedagen en aantal opnames zijn gemeten drie jaar voordat iemand nazorg kreeg en drie jaar erna. De duur van nazorg was een significant voorspellende factor (<1 jaar, 1-2 jaar, 2-3 jaar) voor veranderingen in het aantal ziekenhuisopnames, detentiedagen en opnamedagen. Er was een significant verband tussen duur van de nazorg en het aantal detentiedagen. Het gemiddeld aantal arrestaties verschilde niet significant tussen de drie groepen. De auteurs concluderen dat ACT effectief is in het verminderen van het aantal detentiedagen en ziekenhuisopnames, maar niet in het aantal arrestaties. Als verklaring wordt hiervoor gegeven dat IDDT niet

goed geïmplementeerd was. Van de deelnemers die naar een ander programma zijn verwezen, is geen vervolgmeting gedaan.

Smith en collega's (2010) beschrijven de werking van het eerder genoemde *Arkansas Partnership Program* in een follow-up studie voor cliënten met ernstige, aanhoudende psychiatrische aandoeningen met bijkomend middelenmisbruik en betrokkenheid bij justitie (*criminal justice involvement*). Dit programma is een variatie op het forensische ACT-model, omdat het verrijkt is met een residentieel rehabilitatieprogramma dat geïntegreerde dubbele diagnose rehabilitatie biedt door gebruik te maken van cognitieve gedragsmethoden en methoden die gebaseerd zijn op vaardigheden. Het eerste cohort van 18 deelnemers is uitgebreid met 73 deelnemers. De deelnemers hadden over het algemeen een hoog risicoprofiel, schizofrenie (47%), dubbele diagnose problematiek en waren niet toerekeningsvatbaar verklaard (95%). De resultaten van 91 cliënten, die het programma hebben afgemaakt, zijn positief; weinig nieuwe overtredingen (slechts 1 opsluiting en 5 werden opnieuw gearresteerd), psychiatrische stabiliteit (slechts 8 cliënten werden opnieuw intramuraal psychiatrisch behandeld), abstinentie van middelengebruik, stabiele huisvesting (de meeste cliënten verhuisden niet meer dan 3 keer per jaar) en zinvolle activiteiten voor tenminste 10 uur per week. Het arrestatiepercentage van 5% is laag vergeleken met een andere zorgvormen: ACT, FACT, IDDT en FICM bij personen met een psychiatrische stoornis handicap en justitiële betrokkenheid (20%, 22%, 56% en 52%; Bond et al, 2001, Solomon & Draine, 1995, Calsyn et al, 2005). De groep cliënten die het meest succesvol was (geen recidive en geen opnames), bleef substantieel langer in behandeling (354 opnamedagen ten opzichte van 286 dagen), wat suggereert dat een verlengd, gestructureerd programma van geïntegreerde rehabilitatie (ACT en kliniek) de uitkomsten verbetert. Naast de kanttekening dat het een variatie op forensische ACT betreft, is er sprake van een negatieve selectie bias (de problematiek in de groep cliënten die deelnamen aan het programma is wellicht ernstiger dan de reguliere forensische ACT populatie) en er was geen sprake van een controlegroep<sup>3</sup>.

Het *County Collaborative Jail Linkage Project* (Lurigio et al, 2000; McCoy et al, 2004) is een proefproject waarin cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en een criminele achtergrond worden opgenomen. Dit project sluit op gelijke wijze als het Project Link drugsmisbruik behandeling in, maar kent minder samenwerking met het justitiële systeem (Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Service, 2009). De caseload per hulpverlener bestond uit zes cliënten (in plaats van 1:10 ratio), er was veel aandacht voor de criminele achtergronden van de cliënten en er werd samengewerkt met het justitiële systeem. Cliënten worden ondersteund in alle fases van het strafrechtproces. Het team neemt alleen aanmeldingen aan van de Cook County gevangenis. Tij-

---

<sup>3</sup> Deze studie is niet opgenomen in het effectiviteitschema, omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is. De nulmeting is niet beschreven en daardoor is het onduidelijk of er vooruitgang is door de behandeling.

dens opname in het project ontvingen de cliënten psychiatrische behandeling, algemene gezondheidszorg, ondersteuning bij huisvesting, uitkeringen en andere sociale services. In een vergelijkende studie zonder controlegroep zijn gegevens van interviews met de 24 deelnemers - voor deelname en één jaar na deelname aan het project - gebruikt. Hieruit bleek dat vele cliënten verbeterden op diverse aspecten, zoals woonomstandigheden, sociale contacten, therapietrouw en druggebruik. Het aantal gevangenis- en opnamedagen verminderde substantieel (beide met 90%) en ook het aantal arrestaties verminderde aanzienlijk (67%). De interventies van het *County Collaborative Jail Linkage Project* bleken meer op Forensisch Intensief Casemanagement te lijken dan op ware Forensische Assertive Community Treatment (Morrissey, et al, 2007). Het verschil tussen Forensische ACT en Forensisch Intensief Casemanagement (FICM) is dat bij FICM een casemanager een individuele caseload heeft, er geen sprake is van teams die zichzelf aandrijven, er is geen 24/7 capaciteit en er wordt verwezen naar psychiatrische behandeling, eerder dan dat het direct geboden wordt (Schaedle et al, 2002).

Parker (2004) heeft een studie gedaan naar ACT bij mensen die ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard en voorwaardelijk vrijgelaten zijn. De voorwaardelijke vrijlating is vormgegeven volgens het ACT model. Het programma werkt effectief samen met de rechtbank, waardoor de voorwaarden veelal gebaseerd zijn op hetgeen de manager van het team aandraagt. Het naleven van het programma wordt altijd als voorwaarde opgenomen d.w.z. wekelijkse gesprekken met teamleider, maandelijkse afspraken met psychiater, medicatietrouw en aanwezigheid bij maandelijkse bijeenkomsten. Het ACT team begeleidt cliënten al als ze nog niet voorwaardelijk vrijgelaten zijn, maar nog in het ziekenhuis verblijven. Het team bestaat uit een manager (tevens maatschappelijk werker), vier/vijf casemanagers, een teamleider, een verpleegkundige, een maatschappelijk werker en een parttime forensisch psychiater. De manager, verpleegkundige en psychiater functioneerden niet als casemanagers. Het team is 24 uur per dag, zeven dagen in de week bereikbaar en heeft een overall caseload ratio van 20:1. Interventies voor middelengebruik werden gegeven door een verslavingsteam, waarmee nauw werd samengewerkt. De studie had betrekking op 83 cliënten: 74% man, gemiddeld 47 jaar, 71% schizofrenie, 42% (actuele) alcohol- of drugsproblemen, met name geweldsmisdrijven, 72% had een verleden van psychiatrische opnames. Gemiddeld verbleven de respondenten 4,3 jaar in het ziekenhuis. De potentiële periode in gemeenschap (van datum vrijlating tot einddatum studie) was 3,4 jaar. De werkelijke periode in de gemeenschap was 2,8 jaar. Dit wil zeggen dat het ACT team de cliënten in 83% van de tijd in de gemeenschap begeleidde. Gegevens zijn retrospectief verzameld middels rechtbankverslagen en een computer database van het ziekenhuis. 47% van de cliënten was opnieuw opgenomen in het ziekenhuis en 5% was gearresteerd. In totaal waren er 60 ziekenhuisopnames en 5 arrestaties. Het gemiddelde verblijf in het ziekenhuis was 1,2 jaar. Geen van

de arrestaties leidde tot een gevangenisstraf. Er is een jaarlijkse score berekend door het aantal cliënten met een opname of arrestatie te delen door de potentiële periode in de gemeenschap (*exposure* tijd). De jaarlijkse opnamescore is 14% en de jaarlijkse arrestatiescore is 1,4%. Vergeleken met drie andere overkoepelende programma's in kader van voorwaardelijke vrijlating die niet gebaseerd zijn op het ACT model is de arrestatieratio laag (3-8%) en de opnameratio vergelijkbaar of laag (15-26%).

De periode van voorwaardelijke vrijlating was een positieve voorspeller van arrestatie en opname. Paranoïde schizofrenie was een negatieve voorspeller. De auteurs concluderen dat het ACT model effectief is voor cliënten die ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard en voorwaardelijk zijn vrijgelaten. Het team heeft resultaten geboekt als lage arrestatiescore, matige opnamescore en een lange periode in de gemeenschap. De auteurs geven aan dat ACT een potentiële *best practice* is om te zorgen voor een veilige samenleving en goede zorg voor deze doelgroep. Beperking van het onderzoek is dat de studies waarmee vergeleken is, dateren uit een periode dat nog geen atypische antipsychotica gebruikt werden, hetgeen de positieve uitkomsten kan verklaren. Een nadeel van de jaarlijkse scores is dat niet kon worden meegenomen of een cliënt vaker dan één keer was gearresteerd of opgenomen<sup>4</sup>.

Cusack en collega's (2010) voerden in Californië een gerandomiseerde klinische studie met controlegroep uit naar het effect van forensische ACT (N=72) in vergelijking met reguliere zorg (N=62) onder cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die frequent in de gevangenis terecht kwamen. Het ging om mensen met een ernstige stoornis op as 1. Cliënten met een verslaving of persoonlijkheidsstoornis werden echter niet uitgesloten. Cliënten die ernstige geweldsdelicten hadden gepleegd of veelpleger waren mochten niet deelnemen aan het onderzoek. De diagnoses bij forensisch ACT waren als volgt: 61 psychotisch stoornis, 29% affectieve stoornis, 77% dubbele diagnose. Diagnoses in de standaardzorg waren: 72% psychotische stoornis, 24% persoonlijkheidsstoornissen en 64% dubbele diagnose. Het forensische ACT team bestond uit een team dat ACT modelgetrouw werkte, versterkt met een full time reclasseringsmedewerker. Deze medewerker stelt de voorwaarden van het toezicht samen met de deelnemer en de rechtbank vast, achterhaalt eerdere arrestaties, delictgeschiedenis en detentiedagen. Bij detentieopname werd medicatie voortgezet en werd het forensisch ACT team op de hoogte gebracht bij veranderingen. Uitkomsten zijn gerapporteerd na 12 maanden en 24 maanden. Na 12 maanden hadden cliënten in de experimentele groep (forensische ACT) significant minder vaak in de gevangenis gezeten, hadden meer ambulante contacten en minder opnamedagen dan de controlegroep. Cliënten in forensische ACT-zorg hadden een grotere kans de gevangenis te vermijden, maar eenmaal in de gevangenis was er

---

<sup>4</sup> Deze studie is niet opgenomen in het effectiviteitschema, omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is. Er is geen vervolgmeting en daardoor is het onduidelijk of er vooruitgang is door de behandeling.

geen verschil in het aantal detentiedagen tussen de twee groepen. Het totaal aantal veroordelingen voor beide groepen was laag en er was geen verschil tussen beide groepen. De bevindingen na 24 maanden volgen een vergelijkbaar patroon.

In de SAMHSA *jail diversion* studie (Broner et al, 2004; Steadman & Naples, 2005) wordt de effectiviteit van FICM op negen locaties geëvalueerd. Deze niet-gerandomiseerde gecontroleerde tweejarige studie evalueerde het effect van *jail diversion*<sup>5</sup> voor gedetineerden die waren toegewezen aan FICM of aan reguliere zorg. De experimentele groep die was toegewezen aan FICM rapporteerden meer dagen in de gemeenschap, meer gebruik van diensten en minder gevangensdagen dan de controlegroep. Er werden geen consistente verschillen gevonden op symptomen of kwaliteit van leven. Kortom, FICM heeft volgens deze studie een positief effect op forensische uitkomstmaten, maar heeft weinig effect op algemene geestelijke gezondheid uitkomsten. Een verklaring hiervoor is dat er geen *evidence-based* intensieve behandelingen werden aangeboden.

Godley en anderen (2006) hebben onderzoek gedaan naar intensief casemanagement bij 54 cliënten met een dubbele diagnose en justitiële betrokkenheid. Betrokkenheid bij justitie werd over het algemeen gedefinieerd als een verwijzing van het justitiële systeem. Via maandrapportages over de voortgang van de behandeling, het voldoen aan de gestelde voorwaarden en de urinetestresultaten werden reclasseringsmedewerker, procureur en rechter op de hoogte gehouden. Er was intensief contact tussen cliënt en hulpverleners (caseload ratio was 1:10). Elke cliënt werd begeleid door twee type casemanagers: *Treatment Alternatives for Street Crimes/Safe Communities* (TASC) case managers en dubbele diagnose (DD) casemanagers. TASC hield toezicht op de voorwaarden die gesteld waren door de reclassering of rechter en onderhield contact met het justitiële systeem. De DD casemanagers boden intensief case management en waren primair verantwoordelijk voor de toegang tot verslavingszorg en psychiatrische behandeling. Kenmerken van de doelgroepen waren: 71% man, 61% blank, 32% Afrikaanse Amerikaan, 31 jaar, 63% woont bij familie. Twee derde had een persoonlijkheidsstoornis (waarvan de helft NAO). De andere cliënten hadden een ernstige depressie, schizofrenie of een bipolaire stoornis. De helft van de cliënten was door de reclassering verwezen naar het casemanagementteam en 39% door een rechter. Een belangrijk doel van het team was de toegang tot passende behandeling te verbeteren voor deze dubbele diagnose doelgroep. Na zes maanden begeleiding zijn positieve resultaten gevonden voor kwaliteit van leven (88% vond het leven nu beter dan afgelopen jaar). Er waren meer positieve verhuizingen dan negatieve of neutrale verhuizingen (47 vs. 26 en 6). Andere uitkomstmaten zijn tijdens de intake en na zes maanden gemeten. Lichamelijke gezondheid is

---

<sup>5</sup> *Jail diversion* is een soortgelijke vorm van de Nederlandse voorwaardelijke veroordeling. Bij *jail diversion* worden mensen met een psychiatrische stoornis die in aanraking zijn gekomen met justitie toegewezen naar zorg in plaats van naar detentie (Drain & Solomon, 1999).

significant verbeterd; het aantal cliënten met juridische problemen daalde significant (95% vs. 70%). Dit gold eveneens voor het aantal cliënten in detentie (74% vs. 26%), het gemiddeld aantal detentieopnames per cliënt (1,1 vs. 0,3), het aantal detentiedagen afgelopen maand (7 vs. 2) en het aantal detentiedagen afgelopen zes maanden (40 vs. 8). Na zes maanden hadden significant minder cliënten betaald werk. Er was een significante afname in symptomen. De ernst van het middelengebruik, gemeten met de ASI, nam op de meeste schalen af maar niet significant. Alleen voor de juridische status werd een significante afname gevonden.

De studie van Simpson en collegae (2006) is een retrospectieve studie, gebruikmakend van gedocumenteerde data, met 105 cliënten die in de periode 1998-2004 zijn overgedragen van een forensische klinische setting (waar ze gemiddeld 51 maanden verbleven) naar het *Forensisch Community team* (FCT, zie ook Skipworth). Van deze cliënten was 88% man, 89% had een psychotische stoornis, 78% een dubbele diagnose en 22% een persoonlijkheidsstoornis. De auteurs geven aan dat het aantal personen met een persoonlijkheidsstoornis waarschijnlijk een onderschatting is, aangezien de diagnoses op klinische gronden en niet middels gestructureerde screening instrumenten zijn vastgesteld. In de delictgeschiedenis was geweld het meest voorkomende delict (n=36). De cliënten waren gemiddeld 22 maanden in zorg bij het FCT. FCT kenmerkte zich door een combinatie van ACT-elementen en o.a. het gebruik van het abstinentiemodel voor verslavingsproblematiek en urinecontroles. Bij bijna alle cliënten was sprake van een gedwongen behandeling, maar verder maakte FCT nauwelijks gebruik van dwang en drang (*leverage*). De totale follow-up periode was 58 maanden. Bijna de helft is gedurende die periode doorverwezen naar reguliere zorg, 19% was (weer) opgenomen in een forensische klinische setting en een derde bleef in zorg bij FCT. Van de forensische heropnames vond ongeveer de helft binnen een half jaar plaats en slechts één vanwege een arrestatie. Aan het eind van de studie woonde de helft van de cliënten zelfstandig of bij familie (42% t.o.v. 28% bij start van FCT) en de helft had enige vorm van betaald werk. Van de 48 cliënten die bij FCT stabiel waren en viel 9% terug in crimineel gedrag na de overgang naar reguliere zorg. Volgens de auteurs is dit wellicht doordat in de reguliere zorg minder face to face contact is, er minder relaties zijn met belangrijk ondersteunend personeel, er geen abstinentiemodel wordt gehanteerd en minder nadruk ligt op culturele en levensstijl factoren. De auteurs concluderen het volgende: "*Broad based assertive mandated and committed forensic rehabilitation can achieve high quality outcomes. These levels of function may not be sustained under less assertive care*" (Simpson et al., 2006 p.834).

De '*cross-site*' evaluatie van het California's Mentally Ill Offender Crime Reduction Grant program (California Board of Corrections, 2005) is gebaseerd op geaggregeerde data van 20 locale projecten. De projecten hadden een RCT of quasi-experimenteel de-

sign met een adequate controlegroep. In totaal was er data van 4741 cliënten, verdeeld over de experimentele groep (Forensisch ACT of FICM, n=2472) en de controlegroep (standaardzorg, n=2269). De data zijn nooit gepubliceerd, maar wel beschreven in rapporten (Mentally Ill Offender Crime Reduction Grant Program, overview of statewide evaluation findings, 2005). Er zijn kleine verschillen gevonden (3-4%) in het voordeel van de experimentele groep, dus Forensisch ACT of FICM, op verschillende justitiële uitkomstmaten (proces-verbaal opgenomen (*any booking*), veroordeeld, aantal detentiedagen), alcohol- en drugsproblematiek, GAF score (functioneren), dakloosheid en financiële zelfstandigheid. Programma's met gemiddelde tot hoge ACT modelgetrouwheid (volgens de DATCS) hadden betere uitkomsten, zowel op justitiële- en functioneringsuitkomstmaten.

In 'Forensic Assertive Community Treatment- First year in review' (Georgia Rehabilitation Outreach) wordt gerapporteerd over de uitkomsten van een project in Atlanta voor dakloze psychiatrische cliënten. Het project is opgezet omdat men zag dat cliënten met ernstige psychiatrische problematiek, dubbele diagnose-problematiek en dakloosheid zwierven van gevangenis, kliniek naar straat (en weer terug). Deze cliënten pleegden kleine/onschuldige vergrijpen en werden niet behandeld, hetgeen dakloosheid en recidive weer voedde. Na een jaar FACT (n=60) was er een grote reductie in detentie, dakloosheid en opname en was de kwaliteit van leven verbeterd. Dit alles bespaarde in kosten. Het is onbekend wat de forensische gehalte is van deze behandeling<sup>6</sup>.

### *Conclusie*

Er is (enig) bewijs dat forensische ACT leidt tot minder criminaliteit of detentiedagen bij forensische epa-clieënten. De acht studies laten overwegend positieve resultaten zien op zowel reguliere als forensische uitkomstmaten. Van de twee RCT's heeft één niet significante resultaten en één heeft positieve resultaten op justitiële uitkomstmaten in voordeel van ACT.

### **Effectiviteitschema**

In het effectiviteitschema (zie, p. 18) zijn de gepubliceerde studies uit deze literatuurstudie opgenomen. Alleen RCT's of studies met ten minste één vervolgmeting zijn hiervoor geselecteerd. Enkele studies die wel in bovenstaande tekst zijn beschreven, zijn derhalve niet opgenomen vanwege het niet voldoen aan deze criteria en/of het ontbreken van volledige informatie. In de legenda (p. 23) worden afkortingen uit het effectiviteitschema toegelicht. Alle genoemde studies zijn terug te vinden in de literatuurlijst (p. 24).

---

<sup>6</sup> Deze studie is niet opgenomen in het effectiviteitschema, omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is.



## Effectiviteitschema

| Categorie | Auteurs+ jaartal     | Design | N                                 | ACT FOR                                  | Doelgroep  | Uitkomstmaten REG                        | Uitkomst REG | Uitkomstmaten FOR   | Uitkomst FOR  |
|-----------|----------------------|--------|-----------------------------------|--|--|--|--------------|---|---|
| A         | Bond et al. (2001)   | RCT    | 10 studies (RCT's)                | ACT vs. controle-groep                   | REG  | O.a. opnamedagen                         | Overwegend + | Gevangenisdagen   | 2 RCT's + (ACT beter)<br>1 RCT - (ACT slechter)<br>7 RCT's n.s. |
| A         | Calsyn et al. (2005) | RCT    | N=144                             | ACT vs. CAU en geïntegreerde behandeling | REG<br>51% schizofrenie (rest onbekend)  | O.a. hospitalisatie, drugsgebruik        | +            | Ernstige delicten, minder ernstige delicten, drugsgerelateerde delicten, detentie, arrestaties en dagvaardingen | n.s.  |
| A         | Clarke et al. (2000) | RCT    | N=163<br>EG=57<br>EG2=57<br>CG=49 | 2 ACT vormen vs. CAU                     | REG (maar 63% had minstens een arrestatie)<br><br>60% schizofrenie, 33% verslaving | Dakloosheid en periode tot eerste opname | n.s.         | Periode tot arrestatie<br><br>Aantal gearresteerde cliënten   | +<br><br>n.s.   |
| A         | Walsh et al. (2001)  | RCT    | N=708<br>EG=353<br>CG=355         | ACT - Assertive outreach vs. CAU         | REG<br>Inclusie was psychotische stoornis  |  |              | Fysiek geweld   | n.s.  |
| A         | Ahrens et al. (2007) | LONG   | N=15                              | ACT                                      | REG<br>adolescent en jongvolwassenen   | Tijdsduur van psychiatrische opnamen     | +            | Aantal detentiedagen, aantal dagen in forensische behandeling   | +   |

|   |                           |     |  |   |  |  |               |                                  |   |               |
|---|---------------------------|-----|--|---|--|--|---------------|----------------------------------|---|---------------|
|   |                           |     |  |   | 87% psychotische stoornis  |  |               |                                  |   |               |
| B | Martin & Scarpitti (1993) | RCT | N=135  | ACT - (ACT maar niet assertief) vs. CAU       | FOR  |  |               |                                  | Gebruik van illegale drugs en uitvoeren van criminele handelingen die arrestatie tot gevolg kunnen hebben | n.s.          |
| B | Cosden et al. (2005)      | RCT | N=235<br>EG=137<br>CG=98   | ACT vs. CAU                                   | FOR<br><br>37% stemmingsstoornis, 28% schizofrenie, 23% bipolair, 83% DD   | In zorg houden, herstel<br><br>Kwaliteit van leven, drugsgebruik en levensvaardigheden | +             | n.s. (beide groepen verbetering) | Aantal dagen in detentie of aantal detenties<br><br>Terugval in criminaliteit, plegen misdrijven          | n.s.<br><br>+ |
| B | Cosden et al. (2003)      | RCT | N=235,<br>EG=137<br>CG=98<br>follow-up data van<br>N=150<br>EG=85<br>CG=65 | ACT vs. CAU met ACT achtige elementen         | FOR<br>Voor N=235: 37% stemmingsstoornis, 28% schizofrenie, 23% bipolair, 83% DD                                     | Tevreden met het leven en onafhankelijker leven<br><br>Drugsgebruik                    | n.s.<br><br>+ |                                  | Terugval in 'nieuwe' criminaliteit  | +             |
| B | Wilson et al. (1995)      | RCT | N=59<br>EG=26<br>CG=33   | ACT - Assertive Case-management vs. geen zorg | FOR<br><br>39% schizofrenie als hoofd-diagnose, 22% persoonlijkheidsstoornis, 10% verslavingstoornis, 14% affectieve |  |               |                                  | Aantal dagen in detentie, periode tot arrestatie<br><br>Type delict                                       | +             |

|   |                            |      |                                  |                               |   |  |   |                           |              |
|---|----------------------------|------|----------------------------------|-------------------------------|---|--|---|---------------------------|--------------|
|   |                            |      |                                  |                               | (stemming)stoornis  |  |   |                           |              |
| B | McGuire & Rosenheck (2004) | LONG | N=5434                           | ACT                           | Indeling in drie groepen: REG (geen detentieverleden), twee groepen FOR (lang en kort detentieverleden)<br><br>68% schizofrenie e.a. psychotische stoornissen, 22% persoonlijkheidstoornis<br>Bij nulmeting FOR met lang detentieverleden ernstigere psychiatrische en verslaving problematiek dan andere 2 groepen | Psychiatrische uitkomsten<br><br>Opnames, aantal werkloze dagen, verslaving, totale kosten | FOR (kort en lang) –<br><br>n.s. tussen 3 groepen | Detentieopname            | FOR (lang) – |
| B | Fakhoury & Priebe (2006)   | LONG | N=580                            | ACT – Assertive outreach      | Indeling in twee groepen: REG (n=410) en FOR (n=77)<br><br>74% schizofrenie<br>16% alcoholmisbruik<br>19% drugsgebruik  | Opnames en gedwongen opnames   | FOR –   |                           |              |
| C | Solomon en Draine (1995)   | RCT  | N=94<br>EG=37<br>CG=35<br>CG2=22 | ACT + FOR vs. CAU en ACT-FICM | FOR<br><br>83% schizofrenie, 53% verslaving, 10% affectieve (stemming)stoornis  | Sociale en klinische uitkomstmaten   | n.s.  | Detentie                  | n.s.         |
| C | Cusack et al. (2010)       | RCT  | N=134<br>EG=72,                  | ACT + FOR vs CAU              | FOR   | Ambulante contacten, opnamedagen   | +   | Aantal keer in gevangenis | +            |

|   |  |  |              |   |   |  |               |   |           |
|---|--|--|--------------|---|---|--|---------------|---|-----------|
|   |  |  | CG=62        |   | FOR ACT: 61% psychotische stoornis, 29% affectieve stoornis, 77% DD<br>CAU: 72%, 24%, 64% |  |               | Aantal detentiedagen, aantal veroordelingen   | n.s.      |
| C | SAMHSA Jail Diversion studie   | QUASI (niet-gerandomiseerde gecontroleerde studie) | N=9 locaties | ACT-<br>FOR FICM vs.<br>CAU                                 | FOR   | Dagen in gemeenschap, gebruik van diensten<br>symptomen, kwaliteit van leven     | +<br><br>n.s. | Aantal detentiedagen  | +         |
| C | Project Link Weisman et al. (2004)   | LONG   | N=44         | ACT -<br>(integratie van 3 modellen waaronder ACT) +<br>FOR | FOR<br><br>53% schizofrenie, 22%<br>psychotische stoornis                                 | Opnamedagen, gemiddeld aantal opnames in kliniek, jaarlijkse zorgkosten          | +             | Aantal gevangenisdagen, gemiddeld aantal arrestaties, gemiddeld aantal keer detentieopnames | +         |
| C | County Collaborative Jail Linkage Project Lurigio et al. (2000)<br>McCoy et al. (2004) | LONG   | N=44         | ACT -   | FOR<br><br>Diagnoses onbekend   | Woonomstandigheden, sociale contacten, therapietrouw, opnamedagen en druggebruik | +             | Aantal gevangenisdagen, aantal arrestaties  | +         |
| C | Davis et al. (2006)  | LONG   | N=96         | ACT   | FOR<br><br>Inclusie=As1 stoornis: 44% schizofrenie, 18% schizo-affectief, 17% bipolair    | Ziekenhuisopnames en aantal opnamedagen  | +             | Aantal detentiedagen<br>Aantal arrestaties  | +<br>n.s. |

|   |                       |   |       |                                 |  |   |  |   |   |
|---|-----------------------|---|-------|---------------------------------|--|---|--|---|---|
| C | Godley et al. (2000)  | LONG  | N=54  | ACT - FICM                      | FOR  | Symptomen en lichamelijke gezondheid<br>Betaald werk<br>Ernst middelengebruik                               | +<br><br>-<br><br>n.s.                     | Aantal detentiedagen, juridische problemen, aantal cliënten in detentie, gemiddeld aantal detentieopnames per cliënt                      | +   |
| C | Simpson et al. (2006) | LONG retrospectieve dossier studie 58 maanden | N=105 | ACT - Forensisch Community team | FOR<br>89% psychotische stoornis, 78% DD, 22% persoonlijkheidsstoornis<br>Gemiddeld 55 maanden opgenomen voorafgaand aan FCT | Bij familie of zelfstandig wonen<br>Enige vorm van betaald werk<br>Verwijzing naar reguliere community zorg | 48% t.o.v. 28% bij start FCT<br>52%<br>46% | Opname klinische forensische setting<br>Opnieuw crimineel gedrag tijdens FCT<br>Opnieuw crimineel gedrag na transitie naar reguliere zorg | 19%<br>1%<br>19% (10% veroordeeld tot detentie)<br><br>NB: significantie onbekend |

## **Legenda effectiviteitschema**

### *Categorie (soort studie)*

A: reguliere ACT, epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten

B: reguliere ACT, forensische epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten

C: forensische ACT, forensische epa-cliënten, justitiële uitkomstmaten

### *Auteurs en jaartal*

Auteur van artikel en publicatiejaar, evt. naam van project

### *Design*

RCT: random controlled trial

Quasi: quasi-experimentele studie

LONG: longitudinale studie (2 of meer metingen)

### *Type zorg*

ACT: assertive community treatment (ACT)

ACT - : ACT-achtig, zoals intensief casemanagent (ICM), assertive outreach, assertive casemanagement

FOR: forensische zorgvorm zoals forensische ACT (FACT), forensisch intensief casemanagement (FICM)

CAU: care as usual, standaardzorg

### *N*

N: totaal aantal respondenten

CG: aantal respondenten in controlegroep

EG: aantal respondenten in experimentele groep

### *Doelgroep*

FOR: forensische doelgroep

REG: reguliere doelgroep

Beschrijving van belangrijkste diagnoses

### *Uitkomstmaten REG (reguliere uitkomstmaten)*

Aantal opnames, aantal opnamedagen, sociaal/psychisch functioneren, tevredenheid, huisvesting etc.

### *Uitkomstmaten FOR (forensische uitkomstmaten)*

Aantal detentiedagen, aantal keer in detentie, aantal veroordelingen, aantal arrestaties etc.

*Uitkomsten REG en uitkomsten FOR*

+ positieve uitkomst

- negatieve uitkomst

n.s. niet significant



## Literatuurlijst

Ahrens, C., Frey, J., Knoedler, W., et al. (2007). Effect of PACT on inpatient psychiatric treatment for adolescents with severe mental illness: a preliminary analysis. *Psychiatric Services*, 58(11): 1486-1488.

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., et al. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9: 141-159.

Broner, N., Lattimore, P. K., Cowell, A. J., et al. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use: outcomes from a national multi-site study. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4): 519-541.

California Board of Corrections, Mentally Ill Offender Crime Reduction Grant Program, overview of statewide evaluation findings (2005).

Calsyn, R.J., Yonker, R.D., Lemming, M.R., et al. (2005). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal Behavior and Mental Health*, 15: 236-248.

Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Service (2009). Assertive Community Treatment: Intervention Fact Sheet. Geraadpleegd via [http://www.cbhs-cjr.rutgers.edu/pdfs/ACT\\_Fact\\_Sheet\\_2\\_09.pdf](http://www.cbhs-cjr.rutgers.edu/pdfs/ACT_Fact_Sheet_2_09.pdf).

Cimino, T. & Jennings, J.L. (2002). Arkansas Partnership Program: An Innovative Continuum of Care Program for Dually Diagnosed Forensic Patients. *Psychiatric rehabilitation skills*, 6(1): 104-114.

Clarke, G.N., Herinckx, H.A., Kinney, R.F., et al. (2000). Psychiatric Hospitalizations, Arrests, Emergency Room Visits, and Homelessness of Clients with Serious and Persistent Mental Illness: Findings from a Randomized Trial of Two ACT Programs vs. Usual Care. *Mental Health Services Research*, 2(3): 155-164.

Cosden, M., Ellens, J.K., Schnell, J.L., et al. (2003). Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21: 415-427.

Cosden, M., Ellens, J.K., Schnell, et al. (2005). Efficacy of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 23: 199-214.

Cuddeback, G.S., Morrissey, J.P., Cusack, K.J., et al. (2009). Challenges to Developing Forensic Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric rehabilitation*, 12: 225-246.

Cusack, K., Morrissey, J., Cuddeback, G., et al. (2010). Criminal Justice Involvement, Behavioral Health Service Use, and Costs of Forensic Assertive Community Treatment: A Randomized Trial. *Community Mental Health Journal*, DOI 10.1007/s10597-010-9299-z. Springer Science+Business Media, LLC.

Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B., et al. (2010). Intensive case management for severe mental illness (Review). *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library*, issue 11.

Fakhoury, W.K.H. & Priebe, S. (2006). An unholy alliance: substance abuse and social exclusion among assertive outreach patients. *Acta Psychiatr Scand*, 114: 124-131.

Georgia Rehabilitation Outreach, Inc. (2005). Forensic Assertive Community Treatment-First year in review.

Godley, S. H., Finch, M., Dougan, L., et al. (2000). Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2): 137-148.

Jennings, J. (2009). Does assertive community treatment work with forensic populations? Review and recommendations'. *The Open Psychiatry Journal*, 3: 13-19.

Lamberti, J. S., Weisman, R. L., Schwarzkopf, S. B., et al. (2001). The mentally ill in jails and prisons: Towards an integrated model of prevention. *Psychiatric Quarterly*, 72(1): 63-77.

Lamberti, J., Weisman, R., & Faden, D. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults with Severe Mental Illness. *Psychiatric services*, 55(11): 1285-1293.

Lurigio, A.J., Fallon, J.R., & Dincin, J. (2000). Helping the mentally ill in jails adjust to community life: A description of a postrelease act program and its clients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44: 532-548.

Marshall M., & Lockwood A. (1998). Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*; 2: CD001089 DOI: 10.1002/14651858 CD001089 Library;(4):Update Software, 1998.

Martin, S., & Scarpitti, F. (1993). An Intensive Case Management Approach for Paroled IV Drug Users. *The Journal of Drug Issues* 23(1): 43-59.

McCoy, M., Roberts, D., Hanrahan, P., et al. (2004). Jail linkage assertive community treatment services for individuals with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3): 243-250.

McGuire, J.F. & Rosenheck, R.A. (2004). Criminal History as a Prognostic Indicator in the Treatment of Homeless People With Severe Mental Illness, *Psychiatric Services*, 55: 42–48.

Morrissey, J.P., Meyer, P., & Cuddeback, G.S. (2007). Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions. *Community Mental Health Journal*, 43: 527-544.

Parker, G.F. (2004). Outcomes of Assertive Community Treatment in an NGRI Conditional Release program. *J Am Acad Psychiatry Law*, 32: 291-303.

Schaedle, R., McGrew, J. H., Bond, G. R., et al. (2002). A comparison of experts perspectives on assertive community treatment and intensive case management. *Psychiatric Services*, 53(2): 207-210.

Simpson, A.I.F., Jones, R.M., Evans, C., et al. (2006). Outcome of Patients Rehabilitated Through a New Zealand Forensic Psychiatry Service: A 7.5 Year Retrospective Study *Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law* 24: 833–843.

Skipworth, J. Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 47–53.

Smith, R., Jennings, J., & Cimino, A. (2010). Forensic Continuum of Care with Assertive Community Treatment (ACT) for Persons Recovering from Co-occurring Disabilities: Long-Term Outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(3): 207-218.

Solomon, P., & Draine, J. (1995). One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review*, 19: 256-273.

Steadman, H. J., & Naples, M. (2005). Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Behavioral Sciences and the Law*, 23(2): 163-170.

Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37: 392-397.

Veldhuizen, J.R. van (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43: 421-433.

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., et al. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *Topic*: 84;161;170;298. *BMJ*, 323:1-5.

Weisman, R.L., Lamberti, J.S., & Price, N. (2004). Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 75: 71-85.

Wilson, D., Tien, G., Eaves, D. (1995). Increasing the Community Tenure of Mentally Disordered Offender: An Assertive Casemanagement Program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(1): 61-69.