

Flexible Assertive Community Treatment

Werkblad beschrijving interventie

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam	GGZ Noord-Holland-Noord
Adres	Kennemerstraatweg 464
Postcode	Postbus 18, 1850 BA
Plaats	Heiloo
Telefoon	072 531 2312
Website	www.ggz-nhn.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam	Margret Overdijk
Adres	Postbus 543
Postcode	3440 AM
Plaats	Woerden
Email	info@ccaf.nl
Website van interventie	www.ccaf.nl

Referentie

Naam auteur	Maaïke van Vugt
Titel interventie	Flexible Assertive Community Treatment
Databank	Langdurige GGZ
Plaats, instituut	Utrecht, Trimbos-instituut
Datum	10 juni 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1. Probleemomschrijving.....	5
2. Beschrijving interventie.....	7
3. Onderbouwing.....	14
4. Uitvoering.....	16
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	20
6. Onderzoek naar de effectiviteit	21
7. Aangehaalde literatuur	26

Samenvatting

Doelgroep

Flexible ACT¹ richt zich op volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen (epa). Deze mensen hebben naast hun psychiatrische aandoening ernstige beperkingen in hun maatschappelijk en/of sociaal functioneren. Sommigen van hen willen geen contact met hulpverleners.

Doel

Flexible ACT beoogt mensen met epa zo te behandelen, te begeleiden en te ondersteunen in hun herstelproces opdat zij met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en naar tevredenheid kunnen deelnemen aan de samenleving.

Aanpak

Flexible ACT werkt outreachend en assertief: hulpverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagcentrum of op straat, daar waar de patiënt zich bevindt. Zij onderhouden het contact, desnoods met dwang- of drangmiddelen. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team. Een team begeleidt ongeveer 180-220 patiënten in een welomschreven gebied. Bij de dagelijkse overdracht wordt gebruik gemaakt van een digitaal planbord, waarop elke medewerker een patiënt kan plaatsen die extra aandacht nodig heeft.

Materiaal

De achtergrond en inhoud van Flexible ACT zijn beschreven in artikelen, verschenen in zowel Nederlandse als internationale tijdschriften. Daarnaast is er een FACT Handboek uitgebracht onder redactie van Remmers van Veldhuizen e.a., in 2008 uitgegeven door De Tijdstroom in Utrecht. Dit handboek bevat informatie over achtergronden, opzet en werkwijze van de teams en de manier waarop de verschillende disciplines interventies aanbieden aan de patiënt en diens omgeving. Ook is er aandacht voor organisatorische randvoorwaarden, financiering, onderzoeksresultaten en certificering.

Daarnaast is er een instrument beschikbaar dat de mate van modeltrouw aan het Flexible ACT model meet: de Flexible ACT schaal.

Onderbouwing

Wat maakt dat de interventie belangrijk is en welke problematiek wordt hiermee aangepakt/behandeld?

De doelgroep waarvoor Flexible ACT is geïndiceerd, heeft naast de psychiatrische aandoening(en) ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Een Flexible ACT team heeft verschillende disciplines in huis en kan de patiënt, zonder te hoeven door te verwijzen naar een andere zorgverlener, op verschillende levensgebieden ondersteunen (integrale aanpak).

Onderzoek

Tot op heden is er geen gerandomiseerde gecontroleerde studie naar Flexible ACT uitgevoerd. Wel zijn er enkele Nederlandse effectstudies over Flexible ACT gepubliceerd. Zo bleek uit een observationele studie (Bak et al., 2007, 2008) dat het aantal patiënten in remissie toenam in de periode na de introductie van Flexible ACT, echter na correctie voor vertekende factoren was dit verschil niet meer significant. Een onderzoek van Drukker et al. (2013) vergeleek patiënten in Flexible ACT met patiënten die ooit Flexible ACT zorg hadden maar op het moment van de meting niet meer, en met een groep patiënten die nooit Flexible ACT zorg had ontvangen. Patiënten in Flexible ACT hadden meer ambulante contacten met hulpverleners en een beter psychosociaal functioneren dan de patiënten in de twee controlegroepen.

In een recent gepubliceerde studie uitgevoerd in Noord-Holland Noord (Nugter e.a., 2015) is de implementatie van Flexible ACT in drie wijkteams gedurende 2,5 jaar gevolgd. De belangrijkste bevindingen zijn een afname in de onvervulde zorgbehoeftes, een verbetering in kwaliteit van leven en vermindering van het aantal opnames en de duur van de opnames.

¹ Flexible ACT werd voorheen afgekort tot FACT en wordt in de praktijk nog vaak zo genoemd.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Flexible ACT is ontwikkeld voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek (epa). Deze mensen hebben naast hun psychiatrische aandoening (ernstige) problemen op verschillende levensgebieden. Nederland telt naar schatting 160.000 mensen (Delespaul e.a., 2013; zie ook verderop in dit document) met een ernstige psychiatrische aandoening, bijvoorbeeld psychotische stoornissen of een ernstige depressie. Van hen worden meer dan 100.000 buiten het psychiatrisch ziekenhuis in de maatschappij begeleid. Vaak leiden ze een teruggetrokken leven met weinig sociale contacten en is hun bestaan in wankel evenwicht: een terugval of crisis ligt altijd op de loer. Deze patiënten hebben regelmatig bijkomende problemen, zoals een verslaving, een verstandelijke handicap, een gedragsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Regelmatig hebben ze ook lichamelijke klachten; hun levensverwachting is aanzienlijk lager dan de rest van de bevolking (Tiihonen e.a., 2009). Een deel van deze groep raakt dakloos, verliest een baan of komt met justitie in aanraking. Voor hun familie vormt de bezorgdheid over en de zorg voor deze mensen met hun ingewikkelde psychiatrische problemen vaak een zware last. De omgeving voelt zich soms onveilig, bijvoorbeeld omdat de patiënten door onbegrepen gedrag voor overlast zorgen of delicten plegen. Zelf zijn deze patiënten ook regelmatig slachtoffer van delicten.

Behalve met de eigen beperkingen heeft de psychiatrische patiënt ook te maken met stigmatisering. Ze worden geconfronteerd met burgers die vooroordelen hebben over wat psychiatrische patiënten wel of niet kunnen, of die denken dat ze gevaarlijk kunnen zijn. Vergelijkbare vooroordelen leven bij veel hulpverleners, wat de patiënt soms stoort in het vertrouwen in zijn eigen herstel (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Tot zo'n 15 jaar geleden werden deze patiënten veelal individueel begeleid door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv), casemanager of een woonbegeleider vanuit de beschermde woonvorm. De psychiater was op afroep beschikbaar, meestal voor medicatiebeoordeling of bij een dreigende klinische opname. De begeleiding richtte zich vaak op 'stabiliseren' en ondersteunen van medicatiegebruik. Naast deze begeleiding gingen veel patiënten naar inloopcentra of Dag Activiteiten Centra. Veel van de begeleiding vond poliklinisch plaats, waarbij de patiënt naar de hulpverlener komt. Huisbezoeken vonden vooral plaats bij dreigende terugval. Wanneer meer intensieve zorg nodig was, kon dat ambulantly nauwelijks worden gegeven. De individuele casemanager of SPV kon met een caseload van meer dan 40-50 patiënten, niet meer dan een tot twee maal per week begeleiding bieden. Noodzaak tot zorgintensivering leidde zo snel tot klinische opname of deeltijdbehandeling. Daarbij bestond onvoldoende afstemming en continuïteit tussen de ambulante en klinische zorg. Dit systeem leidde tot drop out, draaideurpatiënten en onnodig langdurige opnames in psychiatrische ziekenhuizen. De bejegening en behandeling binnen de psychiatrische klinieken stonden weliswaar op hoog niveau, maar binnen de klinische setting is het veel moeilijker om rehabilitatie of praktische ondersteuning bij maatschappelijke re-integratie te bieden. Zo werden de eigen kracht van de patiënt in diens eigen omgeving en ook de kracht van de familie onvoldoende benut. In de negentiger jaren werd in Nederland, zoals in veel westerse samenlevingen, de maatschappij complexer, met minder natuurlijke steunstructuren voor patiënten. Bovendien was vanaf de tachtiger jaren de drugsproblematiek toegenomen. Dat leidde rond 2000 vooral in de grote steden tot problematische situaties met meer thuisloze patiënten, met steeds meer overlast. Rond de eeuwwisseling werd in grote steden als Rotterdam, Amsterdam en Utrecht gekozen voor een andere aanpak: Assertive Community Treatment (ACT) met intensieve 'outreaching' hulp door multidisciplinaire teams (Van Veldhuizen, 2012).

ACT werd in de jaren 70 in de VS ontwikkeld (Marx et al., 1973; Stein & Test, 1980) om een antwoord te bieden op het draaideur-fenomeen in de geestelijke gezondheidszorg: patiënten knapten op tijdens hun klinische opname, maar eenmaal thuis verslechterden zij al snel en werden vervolgens weer opgenomen. De gedachte van de ontwikkelaars van ACT was dat patiënten in hun thuissituatie begeleid moesten worden. Een team van tien hulpverleners van diverse disciplines zorgt samen voor zo'n 100 patiënten en overlegt dagelijks over alle patiënten. De werkwijze is assertief en outreachend: naar de patiënt en zijn netwerk toe, ter plekke waar hij leeft. Nadat de eerste ACT teams in Nederland in de grote steden succesvol bleken, leek deze assertive outreach ook wenselijk in meer landelijke en kleinstedelijke regio's. Dat leverde echter nieuwe vraagstukken op. ACT richt zich op epa-patiënten die de zorg mijden, een groot risico lopen op dakloosheid en veelvuldige terugvallen. Deze groep beslaat ongeveer 20% van de epa-patiënten. In een landelijke regio zou dat leiden tot forse reisafstanden per team. En was voor de lichtere groep epa-patiënten hulpverlening met huisbezoeken en zeer intensieve zorg in geval van een recidief psychose of terugval ook niet de optimale keuze? Daarom werd in GGZ Noord Holland Noord vanaf 2003 gekozen voor een aanpak waarbij één team alle mensen met epa in een regio kan bedienen. Dat team kan zowel individueel casemanagement als ACT zorg leveren. Een team dat goed kan schakelen tussen minder intensieve en zeer intensieve zorg en daarmee flexibel is: Flexible ACT.

Spreiding

Delespaul e.a. (2013) kwamen tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen van 281.000 (de populatieprevalentie). Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. De zorgprevalentie werd geschat op 160.000 epa-patiënten tussen 18 en 65 jaar in de ggz, inclusief de verslavingszorg en de forensische zorg. Dit komt overeen met de schatting van Van Busschbach e.a. (2004). Voor de totale bevolking, dus inclusief kinderen en jeugdigen (< 18 jaar) en ouderen (> 65 jaar), schatten Delespaul e.a. het aantal epa-patiënten in zorg op 216.000. In dichtbevolkte gebieden kan het percentage van mensen met epa 2,5 keer hoger zijn dan gemiddeld en in sommige wijken van 6000 inwoners kan het percentage een factor 6 verhoogd zijn ten opzichte van even grote wijken elders. De verschillen houden onder andere verband met een lage sociaal economische status van een woonwijk en een verminderde sociale cohesie (Delespaul, 2013). Een Flexible ACT team beslaat een bepaalde regio, het verzorgingsgebied. Meestal blijken in een regio van gemiddeld 50.0000 inwoners tussen de 180-200 patiënten geïndiceerd voor dit type zorg.

Gevolgen

De doelgroep waarvoor Flexible ACT is geïndiceerd, heeft naast de psychiatrische aandoening ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Een Flexible ACT team heeft verschillende disciplines in huis en kan de patiënt, zonder te hoeven door te verwijzen naar een andere zorgverlener, op verschillende levensgebieden ondersteunen (integrale aanpak). Indien het slechter gaat met een patiënt, kan het Flexible ACT team de zorg snel intensiveren. En als een patiënt (toch) opgenomen moet worden, houdt het team contact met de patiënt en met de kliniek. Ten opzichte van hulpverlening door een enkele SPV of casemanager is de meerwaarde van Flexible ACT dat door de verschillende deskundigheden in het team de voorwaarden aanwezig zijn om effectieve behandelingen, rehabilitatie en herstel te kunnen toepassen. Daarnaast heeft het team de mogelijkheid om de zorg te intensiveren bij een dreigende crisis van een patiënt. Een individuele casemanager of SPV met een caseload van meer dan 40 patiënten, heeft minder mogelijkheden de zorg te intensiveren indien dat nodig is. Met als (mogelijk) risico dat patiënten vaker en langer worden opgenomen. Daarnaast ontbreekt het de individuele casemanager of SPV aan expertise op alle verschillende levensgebieden, waardoor doorverwijzing noodzakelijk is (naar bijv. GZ-psycholoog, trajectbegeleider of verslavingsdeskundige). Dit leidt tot discontinuïteit van zorg en een verhoogd risico op drop-out.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen (epa). Deze mensen kampen naast hun psychiatrische aandoening met problemen op verschillende levensgebieden, zoals financiën, werk en dagbesteding, verslaving en sociale relaties. De psychiatrische aandoening is in veel gevallen een (combinatie van) stoornis(sen) op As-1 van de DSM-IV. Meest voorkomende hoofddiagnose is schizofrenie/psychotische stoornis, zo blijkt ook uit onderzoek van Nugter e.a. (2015) bij drie Flexible ACT teams.

Het betreft mensen die meestal al lang in zorg zijn en lang of zelfs blijvend zorg nodig houden. Ze wonen buiten het psychiatrisch ziekenhuis: in hun eigen huis, alleen, bij hun ouders of partner. Ook kunnen ze (alleen of in groepseenheden) wonen in voorzieningen: in beschermende woonvormen (BW), in pensions of binnen de maatschappelijke opvang (MO). Een kleine groep patiënten heeft geen vaste verblijfplaats en is dak- of thuisloos. Veel patiënten uit de doelgroep zijn in het verleden regelmatig en soms lang in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest. Een aantal patiënten heeft ook tijdens de begeleiding door Flexible ACT nog af en toe of zelfs met (grote) regelmaat een opname nodig.

Intermediaire doelgroep

Niet van toepassing.

Selectie van doelgroepen

Patiënten worden door een ggz- of verslavingsinstelling toegelaten tot een Flexible ACT team als zij voldoen aan de inclusiecriteria van het desbetreffende team. GGZ-NHN heeft de toelatingscriteria als volgt samengevat: 'patiënten met een ernstige langerdurende psychiatrische stoornis op As 1 (DSM-IV), gepaard gaande met beperkingen op meerdere levensgebieden. Verslaving en persoonlijkheidsproblematiek zijn veelal bijkomende problemen'.

De kenmerken van de doelgroep zijn:

- psychiatrische stoornis op As 1;
- beperking in het sociale functioneren;
- chronisch verloop van de stoornis;
- langdurig contact met de ggz;
- min of meer complexe problematiek;
- zorgvragen op meerdere levensgebieden (Van veldhuizen e.a., 2008).

Flexible ACT is net als ACT mogelijk gecontra-indiceerd voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, omdat deze patiënten de samenwerkingsrelaties in een (Flexible) ACT team op de proef kunnen stellen (Mulder & Kroon, 2009). De effectiviteit van (reguliere) (Flexible) ACT voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen is tot op heden nog onvoldoende aangetoond (Weisbrod, 1983). Het is aannemelijk dat, mede om die reden, veel (Flexible) ACT teams een terughoudend beleid voeren met betrekking tot patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Cuddeback en Morrissey, 2011). Dit wil overigens niet zeggen dat in Flexible ACT teams enkel patiënten begeleid worden met een primaire diagnose op As-1. Uit onderzoek van Nugter e.a. (2015) bleek dat bij 10% van de Flexible ACT patiënten een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose was vastgesteld. Ook komt een persoonlijkheidsstoornis als co-morbide problematiek regelmatig voor.

In de Forensische (Flexible) ACT teams zijn juist veel patiënten gediagnosticeerd met een (co-morbide) persoonlijkheidsstoornis (Place e.a., 2011).

2.2 Doel

Hoofddoel

Flexible ACT beoogt mensen met epa zo te behandelen, te begeleiden en te ondersteunen in hun herstelproces opdat zij met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en naar tevredenheid kunnen deelnemen aan de samenleving.

Subdoelen

Doelen zijn individueel bepaald en kunnen worden ingedeeld in de volgende vijf (algemene) subdoelen van Flexible ACT (van veldhuizen e.a., 2008):

1. **Behandeling:** Flexible ACT is er op gericht om allereerst de patiënt een goede behandeling te bieden, Richtlijnconform en uitgaande van de hersteldoelen van de patiënt. Dit betekent medicatie, psychologische interventies, psycho-educatie, verslavingsbehandeling, arbeidstoeleiding en gezinsbenadering.
2. **Crisisinterventie:** in tijden van crisis, terugkerende psychose of maatschappelijke problemen wordt door middel van optimale crisisinterventie de patiënt in staat gesteld die episode veilig te overwinnen, zo mogelijk zonder terugval en zonder heropname. Als opname nodig is, dient deze zo kort mogelijk te duren en het gewone leven zo min mogelijk te verstoren. Ook tijdens crisis is er blijvende aandacht voor de hersteldoelen van de patiënt.
3. **Begeleiding:** de patiënt wordt ondersteund bij het herpakken van sociale en maatschappelijke rollen. Meedoen in de maatschappij op een wijze die de patiënt op dat moment wenst, via dagbesteding of werk, via de buurt, de burens of via lotgenotencontact. Het kan ook betekenen dat er aandacht is voor middelengebruik, voor werkhervatting en voor schuldsanering.
4. **Omgeving:** Flexible ACT beoogt de maatschappelijke participatie van de patiënt te ondersteunen en richt zich daarom ook op de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving. De familieleden zijn voor Flexible ACT een zeer belangrijke partij; zij bieden vaak steun, maken zich zorgen en kennen de patiënt veel langer dan de hulpverlening. Soms is het contact verbroken, maar bestaat wel de behoefte dat weer op te bouwen. Flexible ACT zal ook voor de buurt en voor instanties een betrouwbare en toegankelijke partner moeten zijn.
5. **Veiligheid:** het organiseren van veiligheid en het desnoods bieden van drang- en dwanginterventies, vooral wanneer patiënten vanuit hun psychiatrische ziekte (met verminderde wilsbekwaamheid) een gevaar opleveren voor zichzelf of voor anderen. Indirect hangt dit samen met het doel van participatie, omdat participatie beter zal verlopen wanneer een buurt ziet dat men niet bezorgd hoeft te zijn voor gevaar of overlast.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Flexible ACT staat voor een geïntegreerde behandeling en herstelondersteunende zorg vanuit een organisatie-model gebaseerd op evidence based en best practice interventies. Een Flexible ACT team werkt *outreaching* en assertief: hulpverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagactiviteitencentrum of op straat, daar waar de patiënt zich bevindt. Zij onderhouden het contact, desnoods met dwang- of drangmiddelen. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team (zie 4.Uitvoering). Een team begeleidt ongeveer 180-220 patiënten in een welomschreven gebied van ongeveer 50.000 inwoners.

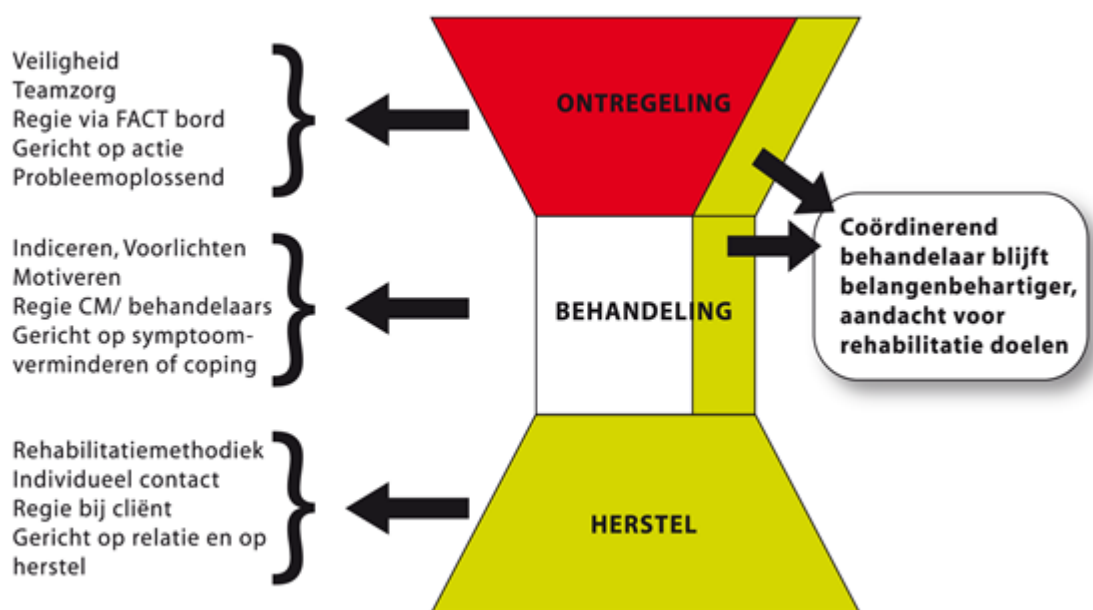
Het grootste deel van de patiënten in Flexible ACT krijgt individuele begeleiding door verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Daarnaast hebben zij contact met andere disciplines uit het team, afhankelijk van de persoonlijke doelen van de patiënt. Bij een (relatief klein) deel van de patiënten (meestal tussen 20-40 personen bij een caseload van 200 patiënten) is extra alertheid nodig. Bij hen kan recidief psychose dreigen, kan het middelengebruik uit de hand zijn gelopen of zijn er actuele *life events* of maatschappelijke problemen zoals een dreigende uithuiszetting. Zij worden op het FACT-bord geplaatst en dagelijks in een ochtendrapport besproken door alle teamleden. Indien nodig wordt de zorg geïntensiveerd ('opgeschaald') door meerdere teamleden in te zetten (*shared caseload*). Wanneer toch een opname nodig is, werkt het team samen met de kliniek en houdt het contact met de patiënt gedurende de opnameperiode.

Bij stabiele patiënten heeft het team (gemiddeld) eens per week contact, bij patiënten die op het bord staan kan indien noodzakelijk de zorg geïntensiveerd worden naar elke dag of zelfs meerdere keren per dag. Daarnaast onderhoudt het team, zowel bij stabiele als bij patiënten op het bord, contact met het informele netwerk van de patiënt, zoals familieleden.

Het zandlopermodel

Flexible ACT-teams bieden verschillende soorten zorg, die een antwoord zijn op verschillende situaties waarin de patiënt zich bevindt. Er worden drie processen onderscheiden die gelijktijdig kunnen spelen (zie figuur 1).

1. Ontregeling waarbij de patiënt in crisis verkeert, dreigt terug te vallen, meer symptomen heeft of drugs gebruikt. De patiënt heeft alle energie nodig om zich staande te houden. In deze fase gaat het om ondersteunen, overnemen, beschermen en indien nodig drang of uiteindelijk dwang. Men werkt als teamlid, maakt teamafspraken over gezamenlijk en eenduidig optreden. De persoonlijke begeleider treedt ook als regisseur van de teamzorg op.
2. Behandeling waarbij het kan gaan om medicamenteuze behandeling, psychologische interventies of interventies gericht op verslavingsproblematiek of vaardigheidstraining. De casemanagers hebben een rol bij het indiceren, informeren en motiveren en bij het geven van (groeps)behandeling. De casemanager werkt nauw samen met psychiater, psycholoog of andere hulpverlener. Als persoonlijk begeleider evalueert hij de behandeling ook met de patiënt en geeft hij eventueel uitleg daarover aan naastbetrokkenen.
3. Herstel waarbij de patiënt bezig is met zijn zelfgestuurde (en door het team met onder andere rehabilitatie ondersteunde) herstelproces.



Figuur 1 Het zandlopermodel (CM=casemanager)

Deze drie processen volgen elkaar niet chronologisch op maar gaan samen of wisselen elkaar af. De zandloper laat zien dat de werkwijze en focus van het team verschuiven wanneer de patiënt in een andere fase terechtkomt. Dit is schematisch samengebracht in het zandlopermodel. In de linker kolom wordt duidelijk gemaakt hoe de zorgnoden, de zorgvraag, de wijze van zorgverlening en de regie per fase wisselen. Het model laat de rollen van het team en van de individuele hulpverleners zien. De ene hulpverlener zit in het team met dezelfde patiënt veel meer in een regelfase, terwijl de ander hem ondersteunt bij zijn herstel. De verticale band aan de rechterkant geeft aan dat de coördinerende behandelaar in de rol van persoonlijk begeleider of casemanager ook tijdens een ontregeling of tijdens behandelactiviteiten het herstelproces blijft steunen en de rehabilitatiedoelen van de patiënt in het oog houdt.

Uitgangspunt bij Flexible ACT zijn de hulp- en ondersteuningsvragen van de cliënt. Flexible ACT-zorg moet aansluiten bij zijn behoeften en mogelijkheden, waardoor standaardzorgpakketten niet geschikt zijn. Het gaat om individuele combinaties van behandeling, rehabilitatie, praktische hulp en andere herstelondersteuning waarbij patiënten zelf keuzes kunnen maken. Als er sprake is van bemoeizorg, geldt dat meestal niet voor alle terreinen en bemoeizorg is in principe tijdelijk.

De bordprocedure

Bij de dagelijkse overdracht, waarbij alle teamleden aanwezig zijn, wordt gebruik gemaakt van een digitaal planbord, een Excel-bestand, geprojecteerd met een beamer. Het bord is niet alleen bedoeld om de dagelijkse taken duidelijk te maken en te verdelen maar ook om informatie uit te wisselen (Van Veldhuizen e.a., 2008). Hierdoor is intensieve teamzorg op indicatie mogelijk en is er meer informatie over de patiënten beschikbaar, omdat bijvoorbeeld ook de terloopse informatie die de hulpverlener krijgt (op straat, in een winkel, een signaal van de buurman) gedeeld wordt in het team. Ook de informatie over de aanpak verbetert. Lukt de aanpak van de ene hulpverlener niet, dan heeft een collega misschien een aanpak die wel werkt. Het bord fungeert als digitaal geheugen omdat afgesproken interventies op het bord gecheckt worden. Ook patiënten die opgenomen of in detentie zijn, krijgen blijvend aandacht. Het team is als geheel verantwoordelijk voor probleemgevallen, waardoor de werklust minder zwaar drukt. Tegelijk is er ruimte voor individuele contacten en persoonlijke begeleiding.

De werkwijze van het bord ziet er als volgt uit.

1. De patiënt staat niet op het digibord. De individuele hulpverlener werkt met individueel casemanagement vanuit het multidisciplinaire team en kan indien gewenst andere disciplines raadplegen of erbij betrekken. Patiënten die niet op het bord staan, worden regelmatig door het team gezien.
2. De hulpverlener zet de patiënt op het bord omdat hij extra informatie wil verzamelen of de visie van verschillende disciplines wil horen of als hij het team ervan op de hoogte wil stellen dat er bijvoorbeeld een crisis dreigt en er binnenkort meer zorg nodig is.
3. De patiënt staat op het digibord en heeft intensivering van zorg nodig. De patiënt krijgt ACT-zorg door een team met shared caseload, waardoor bredere multidisciplinaire taxatie en zo nodig dagelijkse zorg georganiseerd kan worden.

Elk teamlid kan een patiënt op het bord plaatsen (eventueel ook op signalen van buiten, zoals familie). De eigen persoonlijk begeleider behoudt de regie, beziet of het crisisplan moet worden geactualiseerd en vormt een oordeel over de noodzaak van 7 x 24-uursdienst. De psychiater beoordeelt binnen 24 uur de medicatie en eventueel gevaar. Het team overweegt of de patiënt en zijn familie geïnformeerd moeten worden. Voor plaatsing op het bord geldt dat er sprake moet zijn van één van de volgende criteria:

- toename van symptomen, crisis
- overlast
- verwaarlozing
- zich niet houden aan afspraken, zorgmijndend gedrag
- regelmatige opnamen
- patiënten die bovenstaande redenen langdurig vertonen
- tijdens en na een opname
- intensivering van behandeling

- levensgebeurtenissen
- nieuwe patiënten.

De beslissing om een patiënt van het FACT-bord af te halen, wordt genomen door het team tijdens het teamoverleg. De patiënt wordt geïnformeerd en de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met het team, de patiënt en diens naasten. Zo nodig wordt het crisisplan bijgesteld en het behandelplan aangepast.

Evidence based en best evidence interventies

Het implementeren en toepassen van evidence-based en best evidence interventies, is een belangrijke strategie om de kwaliteit van het Flexible ACT-aanbod te verhogen (Van Veldhuizen e.a., 2008):

-Psycho-educatie: het geven van informatie aan patiënten of aan familie /naast betrokkenen over ziektebeeld, diagnostiek, behandeling, omgaan met beperkingen, bijwerkingen van medicatie, wetgeving, contacten, werk en opleiding en stigma's. Psycho-educatie bestaat uit herhaalde, gestructureerde informatie, training en voorlichting.

-Medicatiemanagement: richtlijnen voor systematische besluitvorming over medicatie, documenteren en monitoren van symptomen en neveneffecten.

-Psychologische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), traumabehandeling en *illness management and recovery* (IMR). IMR omvat psycho-educatie, medicatiemanagement, terugvalpreventie, lotgenotensteun, training in sociale en copingvaardigheden en cognitieve gedragstherapie.

-Familie-interventies: familieleden informatie bieden over de psychische stoornis en de behandeling ervan, spanningen in het gezin proberen te verminderen, sociale steun en empathie bieden, zich richten op de toekomst, het functioneren van alle gezinsleden proberen te verbeteren en een samenwerkingsrelatie tussen familie, cliënt en behandelteam beogen op te bouwen.

-Individual placement and support (IPS): een vorm van arbeidsrehabilitatie met betaald werk als doel. De IPS-er zoekt naar gewenste banen naar wens en mogelijkheden van de patiënt, biedt ondersteuning bij het starten in die baan, biedt ondersteuning op lange termijn aan patiënt en werkgever en integreert arbeidshulp met ggz-hulp.

-Dubbele diagnose: geïntegreerde dubbele diagnose behandeling voor patiënten die naast hun psychiatrische aandoening ook last hebben van verslavingsproblematiek. Verder omvat de behandeling actieve *outreach* om patiënten in zorg te krijgen, motiverende gespreksvoering, somatische zorg, woonbegeleiding.

Locatie en uitvoerders

Een Flexible ACT team is een team dat bestaat uit hulpverleners van een GGZ-instelling of een verslavingszorginstelling.

Het team is multidisciplinair van samenstelling en bevat idealiter de volgende disciplines:

- Verpleegkundige, waaronder SPV/verpleegkundig specialist
- Ervaringsdeskundige
- Psychiater
- Verslavingsdeskundige
- Trajectbegeleider
- Maatschappelijk werkende en/of financieel/juridisch medewerker
- GZ-psycholoog

Inhoud van de interventie

Flexible ACT beoogt de doelgroep zodanig te behandelen, te ondersteunen en te begeleiden dat zij succesvol en naar tevredenheid optimaal kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij op een wijze die henzelf aanspreekt en die veilig is. Leidende principes zijn een geïntegreerde aanpak en herstelondersteunende zorg, gebruik makend van evidence based en best practice interventies. Welke activiteiten een Flexible ACT team uitvoert is afhankelijk van de wensen van de patiënt en de fase waarin hij/zij verkeert.

In het algemeen zijn de activiteiten van Flexible ACT te omschrijven aan de hand van de volgende zeven c's (Van Veldhuizen e.a., 2008):

- cure (richtlijn conform behandelen);
- care (zorg, rehabilitatie);
- crisisinterventie (opname voorkomend en bekortend, zorg en behandeling in de thuissituatie opschalen, 24-uursbereikbaarheid);
- community support (maatschappelijk steunsysteem (op)bouwen en benutten, arbeid/opleiding mogelijk maken, toe leiden naar wijkactiviteiten, enz.);
- cliëntdeskundigheid ondersteunen (ervaringswerkers, empowerment, herstel);
- controle (uitvoeren BOPZ-maatregelen, veiligheid in de wijk);
- check (evalueren van effecten van de zorg op individueel en groepsniveau).

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Flexible ACT is ontwikkeld in Noord Holland-Noord door Remmers van veldhuizen en Michiel Bähler in nauwe samenwerking met het veld. Partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen, onderhouden en doorontwikkelen van het model zijn Stichting CCAF, Vereniging F-ACT NL, Trimbos instituut, patiënten, familieleden en professionals (inclusief ervaringswerkers) uit de GGZ.

Buitenlandse interventie

Flexible Assertive community treatment is de Nederlandse variant van ACT. ACT werd begin jaren zeventig ontwikkeld in de Verenigde Staten (Marx et al., 1973; Stein & Test, 1980). Een aantal hulpverleners dat in een psychiatrisch ziekenhuis aangesteld was om nieuwe intramurale behandeltechnieken te ontwikkelen voor mensen met schizofrenie, constateerde dat mensen opgeknapt het ziekenhuis verlieten maar kort daarna opnieuw werden opgenomen met ernstige symptomen. In het ziekenhuis kreeg de persoon alle aandacht, daarbuiten moest hij het plotseling voor het grootste deel zelf uitzoeken. Deze hulpverleners kwamen op het idee om de ambulante zorg het niveau te geven van klinische zorg. Het personeel van klinische behandelafdelingen werd letterlijk overgeplaatst naar de ambulante zorg. Het doel van ACT was om mensen buiten het ziekenhuis te houden en hun de vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk te leven. De oorspronkelijke benaming is dan ook *Training in Community Living*.

Assertive Community Treatment is door een invloedrijke groep deskundigen (Drake et al., 2001) erkend als een *evidence-based practice* voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en is in Nederland opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. ACT is de meest uitvoerig onderzochte organisatievorm voor mensen met epa. De eerste studies dateren uit de beginjaren van ACT, de jaren 70 van de vorige eeuw, en sindsdien zijn er tientallen onderzoeken gepubliceerd.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

- Assertive Community Treatment (ACT). Nog niet opgenomen in één van de databanken.
- ACT en (Flexible) ACT voor specifieke doelgroepen (jeugd, forensisch, LVB). Deze zijn niet opgenomen in één van de databanken van effectieve interventies.
- Flexible Assertive Community Treatment is in 2011 opgenomen in de databank Sociale interventies van Movisie.

Overeenkomsten en verschillen

Flexible ACT is de Nederlandse variant van ACT. Beide zijn organisatiemodellen voor het leveren van behandeling, zorg en rehabilitatie aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, die problemen hebben op meerdere levenssterreinen. ACT is een evidence-based model, Flexible ACT

heeft die kwalificatie niet, maar is wel opgenomen in de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. De belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen ACT en Flexible ACT zijn:

-ACT richt zich op de 20% meest ernstige en zorgmijdende patiënten, terwijl Flexible ACT zich richt op alle patiënten in een bepaalde regio of wijk. In een gemiddeld ACT-team zijn ongeveer 100 patiënten opgenomen, in een Flexible ACT-team 180-220 patiënten.

-Bij ACT kennen de teamleden alle patiënten, is er een gemeenschappelijke caseload van 1 op 10 en werkt men in een multidisciplinair team. Bij Flexible ACT werkt men ook in een multidisciplinair team, maar is de patiënt bekend bij één of twee behandelaars (exclusief de psychiater) en is er een vooral individuele caseload van 1 op 20-30 waarbij er bij bepaalde patiënten wel sprake is van samenwerking.

-Alle patiënten staan bij ACT op een *whiteboard* en de tijdsduur van de behandeling is niet gelimiteerd. Ook bij Flexible ACT is de tijdsduur van de behandeling niet gelimiteerd, maar alleen de patiënten die intensieve zorg nodig hebben, komen op het whiteboard.

-Het zorgaanbod van ACT is vooral outreachend, meestal wijkoverstijgend. Het zorgaanbod van Flexible ACT is outreachend, binnen de instelling en wijkgericht.

-Beleid en methodiek van ACT en Flexible ACT zijn beide gericht op stabilisatie en (latere) behandeling, rehabilitatie en herstelondersteunende zorg; in Flexible ACT-teams zal de stabilisatie wat minder vaak nodig zijn en zijn meer patiënten gericht bezig met rehabilitatie en herstel.

Toegevoegde waarde

Wat is de toegevoegde waarde van deze interventie ten opzichte van hierboven genoemde vergelijkbare interventies in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

In vergelijking met ACT is Flexible ACT geschikter in de meer landelijke gebieden, omdat het een bredere epa-doelgroep bedient. De toegevoegde waarde van Flexible ACT is dat het kan schakelen tussen intensieve ACT aanpak waarbij het gehele team betrokken is bij de patiënt naar een minder intensieve aanpak waarbij de teambenadering minder op de voorgrond staat.

3. Onderbouwing

Oorzaken

De patiënten in Flexible ACT teams hebben een ernstige psychiatrische stoornis, zoals psychotische problematiek. Dit wordt vaak gecompliceerd door middelengebruik, persoonlijkheidsproblematiek en verstandelijke of cognitieve beperkingen. Deze complexe problematiek leidt veelal tot beperkingen op meerdere levensgebieden en dat leidt weer tot complexe zorgvragen.

Aan te pakken factoren

Flexible ACT staat voor een integrale aanpak. Een Flexible ACT team heeft zowel aandacht voor de psychiatrische problematiek als de problemen op verschillende andere terreinen en richt zich op herstelondersteuning.

Verantwoording

1. **Behandeling:** een Flexible ACT team werkt richtlijnconform en heeft met de verscheidenheid aan disciplines de juiste expertise in huis om een breed behandelaanbod te bieden (medicatie, psychologische interventies, psycho-educatie, verslavingsbehandeling, arbeidstoeleiding en gezinsbenadering).
 2. **Crisisinterventie:** een Flexible ACT team probeert een opname te voorkomen door middel van opschaling van zorg (intensivering van contact, teaminzet). Is een klinische opname toch nodig, dan houdt het team contact met de patiënt gedurende de opnameperiode en heeft het team overleg met de kliniek over de voortgang. In afstemming met de kliniek bepaalt het Flexible ACT team de planning van ontslag.
 3. **Begeleiding:** een Flexible ACT team begeleidt en ondersteunt de patiënt om zijn eigen persoonlijke doelen te bereiken. Flexible ACT ondersteunt bij praktische zaken (zoals hulp bij administratie en financiën en schuldsanering waar met name de maatschappelijk werker een rol in speelt), bij het vinden of behouden van dagbesteding of werk (waar met name de arbeidsdeskundige een rol in speelt), bij het aangaan van sociale contacten en het herstelproces (waarin met name de ervaringsdeskundige een belangrijke rol kan spelen).
 4. **Omgeving:** Flexible ACT ondersteunt de maatschappelijke participatie van de patiënt en richt zich daarom ook op de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving. De familieleden van de patiënt worden nadrukkelijk betrokken bij de behandeling. Ook onderhoudt een Flexible ACT team nauw contact met de buurt (wijk) en instanties (woningbouw, buurthuizen, wijkagent enz.) en participeert het in wijkoverleggen.
 5. **Veiligheid:** indien noodzakelijk past een Flexible ACT team drang- en dwanginterventies toe, vooral wanneer patiënten vanuit hun psychiatrische ziekte (met verminderde wilsbekwaamheid) een gevaar opleveren voor zichzelf of voor anderen. Indirect hangt dit samen met het doel van participatie, omdat participatie beter zal verlopen wanneer een buurt ziet dat men niet bezorgd hoeft te zijn voor gevaar of overlast.
-

Werkzame elementen

Uit onderzoek bij Nederlandse ACT teams (Van Vugt e.a., 2011) blijkt dat een gedeelde caseload, dagelijkse bespreking van de patiënten en een meewerkende teamleider belangrijke en onderscheidende elementen zijn van Assertive Community Treatment. Ook een systematische review en meta-analyse (Burns e.a., 2007) concludeerde dat teamorganisatie (o.a. gedeelde caseload) belangrijk is. De onderscheidende kenmerken van ACT ten opzichte van andere (individuele) zorg voor deze doelgroep, de teambenadering en teamverantwoordelijkheid, blijkt dus van belang te zijn. Aangenomen kan worden dat ook voor Flexible ACT geldt.

4. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie:

- FACT Handboek (onder redactie van Remmers van Veldhuizen e.a., 2008): bevat informatie over achtergronden, opzet en werkwijze van de teams en de manier waarop de verschillende disciplines interventies aanbieden aan de patiënt en diens omgeving. Ook is er aandacht voor organisatorische randvoorwaarden, financiering, onderzoeksresultaten en certificering.
- Diverse artikelen over Flexible ACT: dit zijn artikelen over (de ontwikkeling van) het model, de ontwikkeling van de modelgetrouwheidsschaal en onderzoek naar de effectiviteit van Flexible ACT.
- Op de website van de Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT (www.ccaf.nl) is informatie te vinden over de modellen ACT en Flexible ACT, de vereisten, procedures en kosten van een *audit* voor certificering. Op de Flexible ACT-kaart zijn alle Flexible ACT-teams in Nederland te vinden en in het keurmerkregister staan alle door het CCAF gecertificeerde teams. Via deze website zijn de instrumenten te downloaden, die het CCAF gebruikt bij de audits van Flexible ACT-teams. Ook de scores die teams moeten halen in een audit om een keurmerk te krijgen, zijn er te vinden
- Binnen GGZ Noord-Holland-Noord is een opleiding tot FACT-casemanager ontwikkeld voor voormalige klinisch verpleegkundigen en voormalige woonbegeleiders. Tevens is er een training ontwikkeld voor startende teams en voor voorzitters van het FACT-bord overleg (www.ggz-nhn.nl).

Type organisatie

Organisaties die werken met genoemde doelgroep kunnen de interventie uitvoeren. Dit zijn ggz-instellingen en verslavingszorginstellingen.

Deze beschrijving richt zich op de doelgroep 'volwassen patiënten met epa'; voor de volledigheid volgt hieronder een kort overzicht met specifieke doelgroepen waarbij (Flexible) ACT ook (steeds vaker) wordt toegepast:

- forensisch + ernstige psychiatrische problematiek (vaak wordt gekozen voor forensisch ACT);
- LVB + ernstige psychiatrische problematiek (VG-sector);
- patiënten met een eerste psychose;
- jeugd met complexe problematiek.

Opleiding en competenties

Een Flexible ACT-team is een multidisciplinair team, dat idealiter bestaat uit de volgende disciplines: een psychiater, een psycholoog, een IPS-trajectbegeleider (Individual Placement and Support), een ervaringsdeskundige, een verslavingsdeskundige en medewerkers met een verpleegkundige of agogische achtergrond.

Het werken in een Flexible ACT-team vraagt specifieke competenties. De teamleden moeten flexibel kunnen schakelen tussen probleemgerichte, behandelgerichte en herstelgerichte rollen. Daarnaast moeten ze in staat zijn om zowel individueel als in teamverband begeleiding en behandeling te bieden.

Verpleegkundige

Het Flexible ACT-team bestaat voor het grootste deel uit medewerkers met een verpleegkundige of agogische achtergrond. In Flexible ACT-teams werken vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen, ook wel niveau 5-verpleegkundigen genoemd. Zij hebben de rol van casemanager (persoonlijk begeleider) en zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van de behandeling. Daarnaast levert de casemanager ook de begeleiding en praktische ondersteuning van de patiënt. Naast de hbo-verpleegkundigen zijn er in het Flexible ACT-team ook meer gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam: de SPV en/of een verpleegkundig specialist (VS). De SPV heeft een specifieke rol in de begeleiding en behandeling bij patiënten met complexe zorg, het bieden van crisiszorg, het leiden van groepen en het coachen van casemanagers. De SPV en de VS zullen beide ook de rol van persoonlijk begeleider op zich nemen, maar worden daarnaast ook ingezet voor meer complexe interventies, bijvoorbeeld systeemproblematiek en crisisinterventie. De SPV heeft na de opleiding tot verpleegkundige nog de MGZ-opleiding (maatschappelijke gezondheidszorg) tot SPV gevolgd. De verpleegkundig specialist heeft na de hbo-opleiding tot verpleegkundige een masteropleiding tot VS gevolgd.

Psychiater

De Flexible ACT-psychiater heeft een rol in de behandeling, ontregeling en herstel. De psychiater bepaalt het doel van de behandeling, vervult de rol van *playing captain*, zorgt voor Routine Outcome Monitoring, voert farmacotherapie uit en houdt zich bezig met middelengebruik (dubbele diagnose), comorbiditeit, somatiek, psychologische interventies en de familie. Daarnaast moet de psychiater er bij ontregeling voor zorgen dat er wordt toegewerkt naar behandeling, wat soms acuut ingrijpen betekent en soms bemoeizorg. Bij herstel heeft de psychiater een ondersteunende rol.

Psycholoog

De psycholoog is co-behandelaar in het Flexible ACT-team en vervult vijf rollen: diagnosticus, behandelaar, ondersteuner, wetenschapper en innovator.

IPS-trajectbegeleider (Individual Placement and Support)

Een IPS-trajectbegeleider ondersteunt patiënten bij het vinden van een betaalde baan en begeleidt hen daarna intensief op de werkplek.

Verslavingsdeskundige

De verslavingsdeskundige biedt geïntegreerde dubbeldiagnosebehandeling (IDDT) aan patiënten en coacht collega's om dit toe te passen.

Ervaringswerker

De ervaringsdeskundige is iemand die zelf ernstige episoden van psychiatrische problematiek heeft meegemaakt. De ervaringsdeskundige heeft een belangrijke rol in het bevorderen van herstelgerichte zorg vanuit het Flexible ACT-team.

Andere disciplines

De ergotherapeut, de sociaal pedagogisch hulpverlener en maatschappelijk werkenden vervullen vaak ook een rol in een Flexible ACT-team. Ook zij kunnen als *casemanager* een aantal patiënten begeleiden. Daarnaast brengen ze een andere competentie in die ook naar andere teamleden kan worden overgedragen en bij andere patiënten kan worden ingezet.

De ergotherapeut richt zich op praktische beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Hij/zij maakt een inschatting van de trainbaarheid van de patiënt en welke hulpmiddelen of protheses van dienst kunnen zijn.

De woonbegeleider is geen specifieke discipline maar een functie. De woonbegeleider begeleidt psychiatrische patiënten bij het wonen. De functie wordt meestal ingevuld door verpleegkundigen of agogisch medewerkers, bijvoorbeeld de mbo-opgeleide sociaal pedagogisch werker (SPW), de hbo-opgeleide beroepsbeoefenaren maatschappelijk werker (MW) en sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH). De verpleegkundige is goed in staat om tijdig mogelijke gezondheidsproblemen te signaleren of te voorkomen, de agogisch medewerker kan vooral zijn deskundigheid in interactie en communicatie inzetten. Vaak worden maatschappelijk werkers ingezet als sociaaljuridisch dienstverlener (SJD). Zij moeten dan over een forse dosis juridische kennis beschikken.

Professionele gesprekken voeren, inzicht verkrijgen in de sociale achtergrond van problemen en planmatig werken zijn belangrijke vaardigheden voor de SJD-er.

Kwaliteitsbewaking

Het Flexible ACT-model is beschreven in een Handboek FACT, waarbij ook aandacht is besteed aan interne kwaliteitsverbetering. Er zijn eisen geformuleerd aan de behandelplancycclus en resultaten van zorg worden gemonitord via Routine Outcome Monitoring (ROM). Tevredenheidsonderzoek van patiënten, familie, naasten en burens en evaluatie van ervaringen moeten deel uitmaken van de verbetercycclus.

De mate waarin het Flexible ACT team werkt volgens de principes van het model, kan worden gemeten met de modelgetrouwheidsschaal FACTs. Deze schaal bestaat uit 60 items die de elementen van het model weergeven. Elk punt op de schaal wordt beoordeeld aan de hand van een aan het gedrag verankerde beoordelingsschaal met 5 punten waarbij 1 ('niet geïmplementeerd') en 5 ('volledig geïmplementeerd') betekent. De schaal is deels afgeleid van een ACT modelgetrouwheidsschaal uit de VS (DACTS). Teams kunnen bij de Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT (CCAF) een audit aanvragen, waarna onafhankelijke beoordelaars bepalen in hoeverre een team voldoet aan de standaarden. Een Flexible ACT-team met een keurmerk voldoet aan kwaliteitsstandaarden (FACTs) op het gebied van: teamstructuur; teamproces; diagnostiek, behandeling, interventies; zorgorganisatie, maatschappelijke zorg; monitoring; professionalisering.

Aan de hand van deze modelgetrouwheidsschalen worden teams gedurende een dag bezocht door twee auditors. Teams met een keurmerk worden opgenomen in het keurmerkregister ACT en Flexible ACT.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden hebben betrekking op onderstaande niveaus:

-Directe belanghebbenden: Organisaties werken patiëntgericht en leveren zorg op maat. Ze formuleren beleid voor de omgang met familie, naasten en burens waarbij het niet alleen gaat om service bieden, betrouwbaarheid, toegankelijkheid en samenwerken, maar ook om investeren in psycho-educatie en gezinsinterventies.

-Direct uitvoerend niveau: De teams en professionals hanteren de 'standaard' zoals beschreven in de modelgetrouwheidsschaal FACTs: de optimale teamopbouw, de inhoudelijke eisen aan teams, de wijze van organiseren en implementeren en de ontwikkelnoodzaak.

-Instellingsniveau: In de visie en missie neemt de instelling de patiënt, de familie en burens als klant en partner. De taken, de doelgroepen en het verzorgingsgebied van de teams zijn afgebakend. De relatie tussen Flexible ACT, psychiatrisch ziekenhuis en RIBW (Regionale Instelling Beschermende Woonvormen) is gedefinieerd en er is transmurale zorg georganiseerd. Verder is er een patiëntenplatform, zijn er ervaringsdeskundigen en familievertegenwoordigers, is er kwaliteitsbeleid en is er aandacht voor opleidingen.

-Samenwerkende instellingen eerste lijn en ggz: Op dit niveau gaat het om huisartsen, eventuele partners in zorg, verslavingszorg, partners in oggz, samenwerking in vangnet en advies, verstandelijk gehandicaptensector. Er is een goede afstemming met de eerste lijn over acceptatie, terugleiding en somatiek. Verder is er samenwerking in het lokale zorgnetwerk en/of de oggz. Er is afstemming met thuiszorg en eventueel begeleid wonen of RIBW en er zijn afspraken over bemoeizorg gemaakt.

-Maatschappelijk niveau: Hier gaat het om samenwerking met buurtverenigingen, gemeente, woonservice-instanties, woningbouwcorporaties, thuiszorginstanties, andere maatschappelijke partners en politie. Het Flexible ACT-team moet herkenbaar, bereikbaar en responsief in de buurt aanwezig zijn. Het moet proactief zijn in de samenwerking, 'kwartier maken'. Kwartier maken betekent dat een plaats voorbereid wordt op de komst van de patiënten (Kal, 2002 in: Van Veldhuizen e.a., 2008). De wijze van samenwerking met partners moet lokaal worden ingekleurd. Meestal zijn diverse teamleden portefeuillehouder voor het onderhouden van contact met de verschillende maatschappelijke *stakeholders*.

-Voorwaardenscheppend niveau: De financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor, gemeente) en de overheid zijn van belang als het gaat om de haalbaarheid en betaalbaarheid. Flexible ACT-teams bieden een combinatie van behandeling, zorg, begeleiding en rehabilitatie die leiden tot vermaatschappelijking. Financiers die de zorg op verschillende aspecten beoordelen en afrekenen, willen die onderdelen ook kunnen herkennen. Voor hen is het keurmerk ACT en Flexible ACT van belang.

Implementatie

Implementatie van Flexible ACT gebeurt aan de hand van PDCA cyclus (Plan, Do, Check, Act) en met gebruik van de modelgetrouwheidsschaal voor Flexible ACT die vrij beschikbaar is. Teams kunnen aan de hand van een interne audit een verbeterplan opstellen en zich door ontwikkelen. Daarnaast is het Handboek FACT leidraad bij de implementatie. In het Handboek wordt het model beschreven en wordt aandacht besteed aan interne kwaliteitsverbetering. Er zijn eisen geformuleerd aan de behandelplancyclus en resultaten van zorg worden gemonitord via Routine Outcome Monitoring (ROM). Tevredenheidsonderzoek van patiënten, familie, naasten en burens en evaluatie van ervaringen moeten deel uitmaken van de verbetercyclus.

Kosten

De kosten van de interventie variëren. Uitgaande van een gemiddelde regio van 50.000 inwoners waarin rond de 180 - 200 EPA-patiënten zorg van een Flexible ACT-team behoeven, komen de kosten voor een team en voor de randvoorwaarden iets hoger dan een miljoen euro per jaar. Het gaat hierbij alleen om de directe personele en huisvestingskosten van het team bij een veelal nog niet 100% toegerust team. Daarin zijn niet de organisatiekosten, overhead en bestuurskosten van de instelling, financiële en voorwaardenscheppende afdelingen, gebouwen, opleidingen, ontwikkeling en dergelijke meegenomen.

GGZ Noord-Holland-Noord heeft samen met maatschappelijke partners een 'Maatschappelijke Business Case' (MBC) opgezet waarin kosten en opbrengsten op diverse terreinen worden vergeleken. Daaruit blijkt dat GGZ-NHN minder werkt met klinische bedden dan elders, dat de ambulante ggz duurder is maar dat de totale ggz-kosten per hoofd van de bevolking vijf tot tien procent lager lijken te liggen. Daarnaast zijn er maatschappelijke baten (minder overlast, meer patiënten met betaald werk), waardoor de kosten van de interventie op andere gebieden worden terugverdiend (Regionale Werkgroep Transitie Noord-Holland-Noord, 2010).

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

Er is geen procesevaluatie verricht naar Flexible ACT. In het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008) omschrijven de ontwikkelaars Van Veldhuizen en Bähler op basis van contacten met het veld en ervaringskennis hoe medewerkers de implementatie van Flexible ACT ervaren. De tevredenheid met de Flexible ACT-structuur in de meeste teams is een opvallend gegeven. De mix van individueel werken en de *shared caseload* spreekt aan. De FACT-bordbijeenkomsten zijn een goed dagelijks contact voor medewerkers die een groot deel van de dag op pad zijn. De omschakeling van individueel casemanagement naar Flexible ACT met *shared caseload* is voor sommige medewerkers echter ook moeilijk. Veel medewerkers denken dat ze vooral de probleemgevallen van andere teamleden erbij krijgen en realiseren zich niet dat de eigen probleemgevallen ook kunnen worden aangemeld voor teamaanpak. Daarnaast kunnen ze moeilijk afstand nemen van de therapeutische één-op-één-relatie. Nogal eens vrezen hulpverleners het verlies van de vertrouwensrelatie: “Alleen ik kom bij hem binnen” en “Als ik iemand anders meeneem, doe hij de deur helemaal niet meer open.” Die argumenten verdwijnen vaak als men de proef op de som neemt en toch met *shared caseload* gaat werken. Dan wordt duidelijk dat het contact door meerdere teamleden juist de kans op een ‘klik’ doet toenemen, dat andere teamleden andere mogelijkheden zien of dat ze juist tegen de zelfde problemen oplopen (wat ook wel eens een opluchting kan zijn voor de eenzame hulpverlener). Dan merken de hulpverleners ook dat de druk op de individuele hulpverlener afneemt en dat waarnemingen bij vakantie en ziekte minder storend hoeven te zijn.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie in Nederland en wat zijn daarvan de uitkomsten?

Nummers 1 t/m 5 worden besproken in het artikel van Norden & Norlander, 2014.

(Tommy Nordén & Torsten Norlander. Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014, 10, 87-91.)

1. Bak e.a., 2008; Bak e.a., 2007

A. Bak, M., Drukker, M., de Bie, A., à Campo, J., Poddighe, G., van Os, J. & Delespaul, Ph. (2008). Een observationale trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 253-262.

Maarten Bak, Jim van Os, Philippe Delespaul, Arthur de Bie, Joost à Campo, Giovanni Poddighe, Marian Drukker (2007). An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2007) DOI 10.1007/s00127-006-0147-y.

B. Methode: observationele quasi experimentele pre-post studie

Flexible ACT werd begin 2002 in de regio Maastricht geïntroduceerd. Met gegevens van de Zorgmonitor, die in 1998 geïntroduceerd werd in de regio, werd de proportie van patiënten in remissie vergeleken in twee elkaar niet overlappende cohorten patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Deze werden elk maximaal 4 jaar gevolgd, namelijk de periode vóór de introductie van Flexible ACT van 1998–2001 (n=116) en ná de introductie van Flexible ACT van 2002–2005 (n=38). Om 'besmetting' van data te voorkomen, overlaptten de 2 periodes elkaar niet en werden patiënten die voor de introductie van Flexible ACT metingen hadden, geëxcludeerd uit het tweede cohort.

Meetinstrumenten: De Zorgmonitor bestaat uit verschillende gevalideerde meetschalen: de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Lukoff e.a. 1986; Ventura e.a. 1993), de Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Slade e.a. 1996), de GAF, een enkelvoudig item over de tevredenheid over de zorgverlening (zorgsatisfactie) en vijf korte items betreffende de kwaliteit van leven. De BPRS en de GAF werden door de hulpverleners gescoord, de CAN door patiënt en hulpverlener samen en de items over zorgsatisfactie en kwaliteit van leven door de patiënten autonoom. Naast data van de Zorgmonitor werden ook gegevens uit het Psychiatrisch Casus Register (PCR) Zuid- Limburg gebruikt. In het PCR wordt sinds 1983 alle GGZ-consumptie, intramuraal en ambulant, van patiënten in de regio geregistreerd. Van elke casus is bekend wanneer en voor hoe lang de betreffende patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen was en of de patiënt een ambulant behandelcontact had.

Meetmomenten: elke patiënt heeft tenminste twee meetmomenten.

Doelgroep: ambulante volwassen mensen met epa in de regio Maastricht die tenminste twee metingen hadden van de Zorgmonitor in de periode 1998-2005 en die bij de vorige meting niet aan de remissiecriteria voldeden (en dus een kans op een transitie naar remissie hadden).

C. Respondenten: het eerste cohort bestond uit 116 patiënten en het tweede cohort uit 38 patiënten, dus in totaal 154 patiënten.

Resultaten: de proportie patiënten in remissie, nam toe van 19% in de periode voor de introductie van Flexible ACT naar 31% in de periode erna (oddsratio: 2,21; 95%-bi: 1,03–4,78), maar na correctie

voor vertekenende factoren was het verschil niet meer significant (oddsratio: 1,77; 95% bi: 0,64–4,88).

De onderzoekers concluderen dat Flexible ACT in de dagelijkse praktijk kan samengaan met een afname in de ernst van de psychiatrische symptomen, mogelijk doordat bij Flexible ACT het zorgaanbod minder gefragmenteerd is.

D. Beperkingen:

- De resultaten van de vergelijking voor en na introductie van Flexible ACT bereikten na correctie voor vertekenende factoren geen statistische significantie. De auteurs wijten dit aan een gebrek aan power.
- De groep in de tweede cohort was klein, namelijk 38 patiënten. Na correctie voor vertekende factoren vielen uit dit cohort nog 18 patiënten af.
- Tussen beide cohorten ligt een periode van 4 jaar. Het is mogelijk dat historische effecten, zoals culturele, macro-economische of politieke factoren de verschillen in uitkomsten hebben beïnvloed.

2. Drukker e.a., 2008

A. Marjan Drukker, Myrte Maarschalkerweerd, Maarten Bak, Ger Driessen, Joost à Campo PhD, MD, Arthur de Bie, MD, Giovanni Poddighe, Jim van Os, Philippe Delespaul. (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*. 2008 Dec 4;8:93. doi: 10.1186/1471-244X-8-93.

B. Methode:

In 2002 zijn drie Flexible ACT teams geïmplementeerd in Limburg. Patiënten die Flexible ACT kregen zijn vergeleken met patiënten die standaardzorg ontvingen. Zij zijn in paren gematched op de baseline 'ernst van psychiatrische stoornis' en 'leeftijd'.

Meetinstrumenten: voor de data van deze studie is gebruik gemaakt van een samengevoegde database bestaande uit Psychiatric Case Register (PCR) en de Cumulative Needs for Care Register (CNCR). Deze database verschaft informatie over demografische variabelen, psychopathologie, algemeen functioneren, de zorgbehoefte, de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg.

Meetmomenten: tenminste twee metingen

Doelgroep: patiënten met epa.

C. Respondenten: de groep patiënten die een Flexible ACT behandeling ondergingen bestond uit 240 respondenten en de controlegroep uit 200.

Resultaten: binnen de subgroep van patiënten met een onvervulde behoefte naar zorg met betrekking tot psychotische symptomen aan het begin van de studie, bleek het voor patiënten die Flexible ACT ondergingen waarschijnlijker om in remissie te komen dan voor patiënten die een standaardbehandeling ondergingen (OR=6.70, p=0.002, 95% CI=1.97-22.7). Dit suggereert dat Flexible ACT een verschil maakt tussen patiënten die zelf een onvervulde behoefte aan zorg signaleren en patiënten bij wie de hulpverlener dit signaleert. Patiënten met een alcoholafhankelijkheid lijken in dit onderzoek niet te profiteren van Flexible ACT. De onderzoekers geven daarbij aan dat in deze startende teams nog niet was voorzien in voldoende (modelgetrouwe) aanwezigheid van verslavingsdeskundigen. De onderzoekers concluderen dat Flexible ACT eerder meer dan minder effectief is dan standaardzorg. Echter, dit geldt alleen wanneer er sprake is van een zorgbehoefte met betrekking tot psychotische symptomen. Voor verslavingsproblematiek lijkt dus specifieke deskundigheid in het team noodzakelijk.

D. Beperkingen:

- De eerste meting van Cumulative Needs for Care Register vond plaats ná introductie van Flexible ACT.

3. Drukker e.a., 2011

A. Drukker M, van Os J, Sytma S, Driessen G, Visser E, Delespaul P (2011). Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273-8.

B. Methode:

Een groep patiënten in Flexible ACT werd vergeleken met een groep patiënten die standaardzorg ontvingen. Hiertoe werden Flexible ACT patiënten uit Limburg gematched met patiënten uit Noord-Nederland, waar Flexible ACT nog niet was geïmplementeerd.

Meetmomenten: Baseline meting (behandelstatus, leeftijd, geslacht) en meting in een periode van vijf jaar voor de uitkomstmaten.

Uitkomstmaten: aantal dagen klinische en ambulante zorg en aantal opnamedagen in de periode 1-1-1999 en 1-7-2004.

Doelgroep: epa patiënten

C. Respondenten: Flexible ACT n=114; standaardzorg n=330.

Resultaten: Flexible ACT patiënten hadden meer ambulante contacten dan de patiënten in standaardzorg. De toegenomen ambulante contacten resulteerden in hogere kosten voor Flexible ACT.

D. Beperkingen:

– De kosten-effectiviteit analyse heeft beperkingen, aangezien het niveau van functioneren niet beschikbaar was voor de controlegroep.

4. Drukker e.a, 2013

A. Marjan Drukker, Ellen Visser, Sjoerd Sytma and Jim van Os (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2013, 9, 202-209.

B. Methode:

In Noord-Nederland werden patiënten in Flexible ACT vergeleken met patiënten die ooit Flexible ACT zorg hadden maar op het moment van de meting niet meer, en met een groep patiënten die nooit Flexible ACT zorg had ontvangen.

Meetinstrumenten: Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS) en zorgconsumptie. De HoNOS werd in het kader van een ander onderzoek jaarlijks bij patiënten met anti psychotische medicatie afgenomen, informatie over zorgconsumptie werd verkregen uit het Psychiatrisch Casus register.

Meetmomenten: drie patiënten hadden drie metingen, 130 patiënten twee metingen en de overige patiënten één meting.

Doelgroep: patiënten met epa die antipsychotische medicatie gebruiken.

C. Respondenten: 645 patiënten

Resultaten: de data lieten zien dat de meeste patiënten in Flexible ACT ook perioden zonder Flexible ACT hadden. Patiënten in Flexible ACT hadden meer ambulante contacten met hulpverleners en een beter psychosociaal functioneren dan de patiënten in de twee controlegroepen.

D. Beperkingen:

- Baseline kenmerken kunnen verschillen tussen de drie groepen; dit is niet onderzocht
-De duur van Flexible ACT varieerde van 1 dag tot 10 jaar.

5. **Firn e.a., 2013**

A. Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the fact model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 2013; p. 997-1003

B. Methode: pre-post studie

In deze Engelse studie werden resultaten van patiënten bekeken die overgingen van Assertive Outreach teams (AOT) naar Community Mental Health Teams (CMHT) die volgens het Flexible ACT model werkten.

Uitkomstmaten: o.a. sociodemografische gegevens, opname(dagen), aantal contacten met het team

Meetmomenten: nulmeting en 12 maanden follow-up

Doelgroep: epa-patiënten in Assertive Outreach teams

C. Respondenten: n=112 patienten

Resultaten: de periode in CMHT met Flexible ACT resulteerde in aanzienlijk minder opnames en minder bedgebruik met minder hulpverlenerscontacten, vergeleken met de periode in AOT. Daarnaast bleek het model kosteneffectief. Wel was de engagement van de patiënten significant slechter, maar dit resulteerde niet in een toegenomen beroep op crisisdiensten.

D. Beperkingen:

- Geen controlegroep

- De auteurs geven het volgende aan: "The FACT model implemented in our localities is not equivalent to FACT teams in the Netherlands, which are subject to a fidelity and certification process". Het is onduidelijk hoeveel Assertive Outreach en standaardzorg er in de pre-conditie aanwezig was en hoeveel Flexible ACT en standaardzorg er in de post-conditie aanwezig was.

6. **Nugter e.a., 2015**

A. Nugter, M.A., Engelsbel, F., Bahler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2015). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Ment Health J*, 2015 DOI 10.1007/s10597-015-9831-2.

B. Methode:

In Noord-Holland Noord is de implementatie van Flexible ACT in drie wijkteams gedurende 2,5 jaar gevolgd, waarbij aan het begin en daarna jaarlijks de modelgetrouwheid en patiëntuitkomsten zijn gemeten. Zorggebruik (opnames, face to face contacten) werden gedurende de hele periode bijgehouden.

Meetinstrumenten en uitkomstmaten: op patientniveau: remissie, functioneren gemeten met HoNOS, kwalitatief van leven gemeten met MANSA, zorgbehoeften gemeten met CANSAS, zorgsatisfactie en sociale inclusie (waaronder het hebben van werk). Op teamniveau: modelgetrouwheid van Flexible ACT is afgenomen met de Flexible ACT schaal.

Meetmomenten: patientniveau: baseline werd afgenomen binnen een half jaar, T1 na 12 maanden en T2 na 24 maanden. Teamniveau: baseline bij start implementatie Flexible ACT, T1 na 12 maanden en T2 na 24 maanden.

Doelgroep: epa patiënten

C. Respondenten: 372 patiënten

Resultaten: op patientniveau: een afname in de onvervulde zorgbehoeftes, een verbetering in kwaliteit van leven en vermindering van het aantal opnames en de duur van de opnames. Op teamniveau: na twee jaar hadden twee van de drie teams de status van 'uitstekende implementatie van Flexible ACT' bereikt, het derde team bereikte de status 'voldoende implementatie'.

D. Beperkingen:

- Het betreft een naturalistische studie, er zijn geen controlegroepen.
- De teams hadden al ervaring met intensief casemanagement. De modelgetrouwheidsscores waren op baseline hoger dan 3.1, wat een matige implementatie van Flexible ACT betekent.
- Vanwege het beperkt aantal teams kon de relatie tussen modelgetrouwheid en uitkomsten niet onderzocht worden.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze of een vergelijkbare interventie (in Nederland en in het buitenland) en wat zijn daarvan de uitkomsten?

ACT is de meest uitvoerig onderzochte organisatievorm voor mensen met epa. De eerste studies dateren uit de beginjaren van ACT, de jaren 70 van de vorige eeuw, en sindsdien zijn er tientallen onderzoeken gepubliceerd. Samenvattend kan gesteld worden dat de eerste gerandomiseerde effectonderzoeken, vóór 1998 en veelal in Amerika uitgevoerd, duidelijk positieve resultaten lieten zien van ACT ten opzichte van standaardzorg, met name op het gebied van stabiele huisvesting, opnames en het beter in zorg houden van patiënten. De latere gerandomiseerde effectstudies, vanaf 1998 uitgevoerd binnen en buiten Amerika, laten wisselende resultaten zien. Een deel van de studies vond wel positieve resultaten voor ACT, maar een deel van de studies vond geen verschil tussen ACT en controlegroep. Met name de uitkomstmaten 'opnames' en 'opnameduur' lieten, in tegenstelling tot de eerste studies, geen positieve effecten zien ten faveure van ACT.

De eerste gerandomiseerde effectstudie naar ACT in Nederland vond plaats in Amsterdam (Dekker et al., 2002) en liet zien dat ACT leidde tot een verminderd aantal opnamedagen. Er werden geen effecten gevonden op andere uitkomstmaten. De andere Nederlandse RCT (Sytema et al., 2007) werd uitgevoerd in Winschoten. ACT bleek significant beter dan standaardzorg ten aanzien van het in zorg houden van patiënten, maar ACT liet geen betere resultaten zien dan de controle groep voor andere uitkomstmaten. Het ging in beide gevallen om weinig modelgetrouwe implementaties van ACT.

7. Aangehaalde literatuur

Bak, M., Drukker, M., de Bie, A., à Campo, J., Poddighe, G., van Os, J. & Delespaul, Ph. (2008). Een observationale trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 253-262.

Bak, M., van Os, J., Delespaul, P., de Bie, A., à Campo, J., Poddighe, G., & Drukker, M. (2007). An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2007) DOI 10.1007/s00127-006-0147-y.

Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335, 336–342.

Busschbach J.T., van, Visser, E., Sytma, S., & Bastiaansen, P. (2004). *Zorg voor mensen met langdurende psychiatrische problematiek. Onderzoek in een regio met een geïntegreerd GGZ-aanbod*. Groningen: RGOc.

Cuddeback, G.S. & J.P. Morrissey (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Versus FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 90-97.

Delespaul, Ph., & De Consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.

Dekker, J., Wijdenes, W., Koning, Y.A., Gardien, R., Hermandes-Willenborg, L., & Nusselder, H. (2002). Assertive Community Treatment in Amsterdam. *Community Mental Health Journal*, 38, 425-434.

Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., Driessen, G., à Campo, J., de Bie, A., Poddighe, G., van Os, J., & Delespaul, P. (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*. 2008 Dec 4;8:93. doi: 10.1186/1471-244X-8-93.

Drukker, M., van Os, J., Sytma, S., Driessen, G., Visser, E., & Delespaul, P. (2011). Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273-8.

Drukker, M., Visser, E., Sytma, S. & van Os, J. (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2013, 9, 202-209.

Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the fact model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 2013; p. 997-1003

Marx, A.J., Test, M.A., & Stein, L.I. (1973). Extrohospital management of severe mental illness. Feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.

Mulder, N., & Kroon, H. (Red.). (2009). *Assertive Community Treatment: Bemoezing voor patiënten met complexe problemen* (2e, herz. dr.). Amsterdam: Boom.

Nugter, M.A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2015). *Community Mental Health Journal*, DOI 10.1007/s10597-015-9831-2.

Place, C, Vugt, M. van, Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving forensische (F)ACT*. Utrecht: Trimbos-instituut.

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.

Sytma, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.*, 116, 105-112.

- Tiihonen, J., Lönnqvist, J. & Wahlbeck, K. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population based cohort study (FIN11study). *Lancet*, 374, 620-627.
- Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. van. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Veldhuizen, R., van. (2012). *FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie*. *Psychopraktijk*, 2, jaargang 4.
- Vugt, M.D. van, Kroon, H., Delespaul, P.A., Dreef, F.G., Nugter, A., Roosenschoon, B.J., e.a. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 154-160.
- Weisbrod, B.A., Test, M.A., & Stein, L.I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.