

# FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie

**De introductie van het FACT model verandert de zorg voor mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen ingrijpend. De voorheen weinig intensieve ambulante zorg en vaak langdurende opnames worden vervangen door actieve sociale psychiatrie. FACT wijkteams bieden multidisciplinaire 'outreachende' begeleiding en behandeling in de eigen omgeving van de cliënt. Ze richten zich op herstel ondersteunende zorg. Ze werken samen met partners in de buurt en kunnen zeer intensieve dagelijkse zorg bieden. Zo worden opnames bekort en voorkomen.**

door Remmers van Veldhuizen

## Waar komen we vandaan?

De groep met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA<sup>1</sup>), zoals psychotische stoornissen, wordt geschat tussen de 120.000 en 160.000 mensen. Zij werden tot enkele jaren geleden veelal individueel begeleid door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), of door woonbegeleiders vanuit een Beschermende Woonvorm. Daarbij waren weinig andere disciplines betrokken. De psychiater was op afroep beschikbaar, meestal voor medicatie beoordeling of bij dreigende opname. De begeleiding richtte zich vaak op 'stabiliseren' en ondersteunen van medicatiegebruik. Naast deze begeleiding gingen veel cliënten naar inloopcentra of Dag Activiteiten Centra. Veel van de begeleiding vond poliklinisch plaats, waarbij de cliënt dus naar de hulpverlener komt. Huisbezoeken vonden vooral plaats bij dreigende recidief psychose of andere terugval. Wanneer meer intensieve zorg nodig was,

kon dat ambulant nauwelijks worden gegeven. De individuele casemanager of SPV-er kon met een caseload van meer dan 40-50 cliënten, 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, draaideurcliënten en onnodig langdurige opnames in psychiatrische ziekenhuizen. Zo benutte Nederland ook veel meer bedden dan andere Europese landen.

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 cliënt in diens eigen omgeving en ook de kracht van de familie onvoldoende benut.

De sociale psychiatrie was met de langdurende (verblijfs)psychiatrie weinig inspirerend. In de negentiger jaren werd in Nederland, zoals in veel geïndustrialiseerde landen, de maatschappij complexer, met minder natuurlijke steunstructuren voor cliënten. Bovendien nam vanaf de tachtiger jaren de drugsproblematiek toe. Dat leidde rond 2000 vooral in de grote steden tot problematische situaties met meer thuisloze cliënten, met steeds meer overlast. Er moest wat gebeuren.

## Inspiratiebronnen voor verandering

Rond de eeuwwisseling werd in Rotterdam, Amsterdam en Utrecht gekozen

---

J.R. (Remmers) van Veldhuizen is psychiater. Hij adviseert GGZ-instellingen rond implementatie FACT en transmurale zorg en is voorzitter van de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (remmersv@hotmail.com).

# 1 Certificering ACT en FACT

Er is een modelgetrouwheidsschaal voor FACT opgesteld, de FACT schaal of FACTs. Deze FACTs heeft ruim zestig items, die onder andere aandacht besteden aan de personele samenstelling van het team, de organisatie van de zorg, de inhoud van de zorg, de samenwerking met de omgeving van het team, de kwaliteitsbewaking in het team en de scholing van teamleden. Met de FACTs kan in een dag door twee auditoren een FACT team goed in kaart worden gebracht. In 2008 is het Centrum Certificering ACT en FACT opgericht ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)). Dit heeft eind 2011 in totaal al 35 FACT teams via een audit beoordeeld op hun modelgetrouwheid en zal in 2012 meer dan vijftig teams beoordelen. Op grond van de scores kan het CCAF een certificaat, een voorlopig certificaat of een optimaal certificaat uitreiken. Dit blijft drie jaar geldig. Vanaf 2012 heeft deze certificering ook een plaats gekregen in de inkoopvoorwaarden van zorg door Zorgverzekeraars Nederland.

voor een andere aanpak: ACT (Assertive Community Treatment) met intensieve 'outreaching' hulp door multidisciplinaire teams. Hiermee waren Stein en Test in de USA al in de zeventiger jaren van de vorige eeuw gestart<sup>2</sup>. ACT richt zich op de groep cliënten die zorgmijdtend is, met risico voor thuisloosheid of veelvuldige opnames. ACT richt zich op de ernstigste 20% van de totale EPA groep. Men werkt met 'shared caseload', waarbij alle teamleden alle cliënten begeleiden. Een team van tien hulpverleners van diverse disciplines zorgt samen voor zo'n 100 cliënten en overlegt dagelijks over alle cliënten. De werkwijze is assertief en steeds outreachend: naar de cliënt en zijn netwerk toe, ter plekke waar hij leeft. Deze aanpak is in het Nederlands uitgebreid beschreven<sup>3</sup>.

Nadat de eerste ACT teams in Nederland in de grote steden succesvol bleken, leek deze assertive outreach ook wenselijk in meer landelijke / kleinstedelijke regio's. Dat leverde nieuwe vragen op. Was het verstandig om ons te richten op de 20% meest ernstige cliënten? Dat zou in een landelijke regio kunnen leiden tot forse reisafstanden per team. En welke hulp moesten we dan leveren aan de 80% lichtere? Was voor hen outreachende hulpverlening met huisbezoek ook niet de optimale keuze? En was voor hen het niet even belangrijk om zeer intensieve zorg beschikbaar te hebben ingeval van recidief psychose of terugval?

Daarom werd in GGZ Noord Holland Noord in 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 leveren. Zo wordt ACT een van de 'functies' die het team kan leveren en ontstond de naam 'Functie ACT' of 'FACT'<sup>4</sup>. Een FACT team kan goed schakelen tussen minder intensieve en zeer intensieve zorg. Het team komt dagelijks bijeen.

Cliënten die zorgintensivering behoeven worden geplaatst op het digitale FACT-bord (zie verderop). Zij worden dagelijks besproken en krijgen shared caseload. De meer stabiele cliënten worden met individueel casemanagement begeleid.

Verschillende ontwikkelingen in de schizofreniezorg speelden een rol bij de nadere invulling van het FACT model. De ontwikkeling van FACT viel samen met de ontwikkeling van de eerste multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2005) in Nederland. Gekozen werd om de interventies vanuit die richtlijn ook een plaats te geven in het FACT model. De multidisciplinaire FACT teams kunnen de evidence based interventies zelf leveren aan hun cliënten. Zo kan de psycholoog cognitieve gedragstherapie aanbieden of gezinsinterventies doen en kan de psychiater het medicatiemanagement verzorgen.

In dezelfde episode groeide in de GGZ de aandacht voor herstel<sup>5</sup> ondersteunende zorg en het 'krachtenmodel' (Strengths Model). Die visies werden mede geïncorporeerd in FACT. Daarbij was de stap om een ervaringswerker in het team op te nemen van groot belang. Daarnaast herkenden we de noodzaak voor de geïntegreerde behandeling van mensen met een 'dubbele diagnose' via de IDDT<sup>6</sup>. Ook kwam er aandacht om cliënten te helpen naar loonvormende arbeid via IPS<sup>7</sup>. Binnen FACT teams bleken al deze aspecten goed te combineren en elkaar te versterken. Zo ontstond een breder FACT model, dat is beschreven in het *Handboek FACT*<sup>8</sup>.

## Het FACT model

Een FACT wijkteam verzorgt in een regio de ambulante zorg voor alle mensen met EPA. Meestal blijken in een regio van gemiddeld 50.000 inwoners zo'n 180-200 cliënten geïndiceerd voor dit type zorg. Het grootste deel van hen krijgt individuele begeleiding door verpleegkundigen, sociaal psychiatrische verpleegkundigen

of agogisch opgeleide casemanagers. De begeleiding is gericht op het ondersteunen van eigen herstel van cliënten in de eigen situatie. Huisbezoek ('outreach') is daarbij essentieel. Huisbezoek levert andere relaties tussen cliënt en hulpverlener, het geeft andere invalshoeken en biedt mogelijkheden tot samenwerking met familie en met partners in de buurt. Die begeleiding wordt vorm gegeven door een multidisciplinair behandelplan. De cliënt kan via zijn casemanager beroep doen op psychiater, psycholoog, verslavingsdeskundige of andere disciplines in het team.


Met een deel van de cliënten (gemiddeld



20-40 personen) gaat het minder goed. Bij hen kan recidief psychose dreigen, kan middelengebruik uit de hand lopen of zijn er actuele life events of maatschappelijke problemen (dreigende huisuitzetting e.d.). Zij worden geplaatst op het FACT bord. Dat bord wordt dagelijks in een ochtendrapport besproken door alle teamleden. Indien nodig wordt dan intensieve zorg geregeld door meerdere teamleden (shared caseload), waardoor de zorg thuis kan worden geïntensiveerd tot dagelijkse begeleiding.

Wanneer toch opname nodig is, werkt het team transmurale samen met de kliniek. De kliniek en het FACT team

werken er samen aan om de opname te laten verlopen als een intermezzo in de ambulante begeleiding met behoud van de eigen behandoelen van de cliënt. Zo bepaalt het FACT team niet alleen de opnames in de kliniek, maar teamleden houden tijdens de opname contact met de cliënt en de klinische behandelaars. Ook zeer kortdurende opnames met 'Bed op Recept' passen daarin. Wanneer wij een huidige FACT regio vergelijken met de zorg van 15 jaar geleden dan kennen wij de cliënt, zijn familie en maatschappelijke omgeving beter en weten waar en hoe hij woont, wat zijn ambities zijn en welke support daarbij nodig is. Zowel behandeling als support als herstel-ondersteunende zorg zijn beschikbaar. De cliënt weet beter wat wij te bieden hebben en daarover zijn afspraken



De eigen kracht van de cliënt en die van de familie werden onvoldoende benut.

gemaakt in een toegankelijk behandelplan. Als een terugval dreigt kunnen we de zorg thuis intensief opschalen of desnoods de opname in transmurale regie laten verlopen. De continuïteit van zorg is aanzienlijk beter, er is minder drop-out. De tevredenheid en klinische uitkomsten houden we bij met de ROM (routine outcome monitoring) en worden eens per jaar met cliënt overlegd.

Cliënten, families, professionals en beleidsmakers zijn positief. Het FACT model is goed omschreven en goed te implementeren. Inmiddels zijn er al 150 teams. Deze ontwikkeling zet door. De intensieve outreachende aanpak is weliswaar duurder dan voorheen, maar de (hoge) kosten van opnames nemen af. Bovendien wordt er op andere terreinen winst geboekt: meer mensen functioneren beter en de

FACT teams reageren beter op (dreigende) overlast.

### Het FACT team: praktische informatie

De personele samenstelling van FACT-teams is afgestemd op ongeveer 200 cliënten. Dat vereist tenminste voldoende casemanagers (+ 7) en een psychiater (0,8-1). Daarnaast worden 0,6-0,8 psycholoog, verslavingsdeskundige, arbeidsdeskundige (IPS) en ervaringdeskundige toegevoegd. Zo ontstaat een team van 10-12 FTE, waarbinnen de psychiatrische en verslavingsdeskundigheid breed zijn vertegenwoordigd. De casemanager als persoonlijk begeleider is de eerste aanspreekpersoon voor de cliënt en zijn steunsysteem. Hij bezoekt en begeleidt de cliënt met regelmaat. Hij zorgt er voor dat de cliënt een actueel behandelplan heeft en kan andere hulpverleners bij de behandeling betrekken, bijvoorbeeld de psychiater voor medicatie of de trajectbegeleider voor werk.

Voor cliënten op het FACT bord werken de casemanagers samen met alle teamleden in de *shared caseload*. De psychiater is direct betrokken rond vragen van medicatie, voorkomen van opnames e.d. De verpleegkundige casemanagers zijn veelal voorheen in de kliniek opgeleid en hebben een aanvullende FACT training gehad, gericht op outreachend werken. Daarnaast zijn er sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, met extra deskundigheid in crisis interventie en omgaan met complexe systemen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook zij hebben een eigen caseload, evenals de psycholoog. Zo wordt de gemiddelde caseload van de casemanagers 25 per FTE.

Van belang is dat de groep FACT-werkers veel verschillende kennis heeft. Naast de verpleegkundige invalshoek is de agogische invalshoek van belang. De maatschappelijke werkende of de rehab-coach brengen een belangrijke extra visie in het team, met aandacht voor het sociaal functioneren met behulp van de hulpbronnen in de maatschappij. Overigens wordt van alle teamleden verwacht dat zij rehabilitatieprocessen kunnen ondersteunen. Bij die processen van herstel en rehabilitatie speelt de ervaringswerker een belangrijke rol. Veel ervaringswerkers hebben in een FACT team een betaalde vaste baan. Zij hebben opleidingen gehad

## De stap om een ervaringswerker in het team op te nemen was van groot belang.

om hun eigen ervaringen als cliënt te benutten in het directe zorgproces. Ze leggen vaak op andere wijze contact, zijn soms tolk tussen cliënt en hulpverlener. Ze hebben meestal geen eigen caseload, maar zijn actief in de shared caseload en in 'casefinding en casebinding' en bijvoorbeeld in (groeps)activiteiten rond herstel.

Dat binnen FACT zowel de psychiater als de psycholoog werkt, biedt de mogelijkheid om goede diagnostiek en behandelplannen te realiseren. Medicatie, aandacht voor somatiek en metabole screening gaan goed samen met cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie of EMDR. In het team moeten tenminste twee personen actuele verslavingsdeskundigheid hebben. De geïntegreerde dubbele diagnose aanpak is van groot belang. Veel teams hebben 50-70 % cliënten met comorbiditeit. Daarom volgen steeds meer teams trainingen in motiverende gespreksvoering.

De dagelijkse coördinatie en sturing van het team en het afspreken van acties met shared caseload ligt bij de 'FACT bord voorzitter'. Tenminste twee of drie teamleden kunnen die rol vervullen. Zij zijn opgeleid om de FACT bord bespreking te leiden, zij bedienen het digitale FACT bord, ze coördineren de dagelijkse hulpverlening en zorgen voor aantekeningen in de digitale dossiers.

### De FACT-bord procedure

Zoals boven beschreven heeft een FACT-team twee werkwijzen waarop men de cliënten begeleidt: 1) de individuele begeleiding en 2) de ACT begeleiding door het hele team. Het kenmerk van FACT is dat er tussen die twee werkwijzen flexibel kan worden geschakeld. Wanneer de individuele begeleiding niet voldoende is, ontstaat de vraag naar 'zorgintensivering'. Dan wordt de naam van de cliënt vermeld op het digitale FACT-bord. Dit is een Excel spreadsheet, die met een beamer wordt geprojecteerd tijdens het ochtendrapport van het team. De cliënten op het bord worden dagelijks besproken. Achter elke naam staat wie de eigen casemanager is, welke huisbezoekafspraken er zijn (1-2 per dag, hoeveel maal per week), welke (medicatie-) afspraken er zijn, wie de contactpersoon is vanuit het sociale netwerk en familie, wat de juridische status is van de cliënt en andere

bijzonderheden die aandacht vragen, zoals bezoek aan de huisarts, het laboratorium of een afspraak met huisvesting of advocaat. Tevens worden de doelen van de cliënt en van het team kort benoemd. In een gemiddeld FACT wijkteam worden dagelijks 20-40 personen op het FACT bord besproken. Het bord is cruciaal bij de coördinatie van activiteiten en bij het delen van informatie. Bij wijkgericht werken komen meerdere teamleden de cliënten op straat of elders in de wijk tegen. Ze horen ook de verhalen van cliënten over andere cliënten en ze worden geïnformeerd door de buurtmeester. Zo ontstaat er in het team een breder beeld van het functioneren van cliënten. Dat is bij zorgmijders van extra belang. Daarnaast fungeert het bord als geheugensteun: cliënten, die opgenomen zijn of in detentie zitten, blijven zo in de aandacht. Ook cliënten met een Bopz-machtiging staan op het FACT bord, om de begeleiding en risicomangement te coördineren en als reminder voor formele procedures. In de praktijk bleek dat het dagelijks FACT bord overleg ook behulpzaam is bij de vorming en explicitering van de teamvisie. Het team bespreekt immers dagelijks het concrete handelen en de bejegening van de moeilijkste cliënten. Door de shared caseload leren teamleden van elkaar en wordt op een pragmatische wijze de visie en missie van het FACT team dagelijks onderling verduidelijkt. Dat biedt informatie aan nieuwe teamleden en personen die in opleiding zijn. FACT-teams hebben een beschreven procedure rond het FACT-bord. Ieder teamlid kan een cliënt aanmelden voor het FACT-bord. Vervolgens is er een stappenplan: de persoonlijk begeleider van de op het bord geplaatste cliënt schetst diens achtergronden en benoemt de gewenste acties. Vaak is eerder met cliënt een crisisplan opgesteld. Dat wordt geactualiseerd. Vervolgens worden in het team de afspra-

ken gemaakt. De psychiater beoordeelt binnen 24 uur medicatie en veiligheidsaspecten. Daarnaast beziet het team de noodzaak van 7 x 24 uurs afspraken met de crisisdienst of met de kliniek. Of voor FACT in het weekend.

Teamzorg wordt beëindigd wanneer een cliënt weer stabiel kan functioneren zonder teambegeleiding. Dan wordt zijn naam van het bord verwijderd. Dat kan alleen in de dagelijkse bordbespreking met akkoord van het team en met name de psychiater. Van belang is dat de persoonlijk begeleider een evaluatie maakt met de cliënt van de periode van opgeschaalde zorg en op grond daarvan het crisisplan aanpast.

### Behandeling, zorg, rehabilitatie en herstel binnen FACT

FACT-wijkteams staan voor een heel divers aanbod aan een heel diverse groep. Het FACT model stelt ons in staat om aan de meeste mensen van die groep behandeling en begeleiding te geven zoals de Multidisciplinaire Richtlijn Psychotische Stoornissen die voorschrijft. Maar er zijn in elke wijk ook mensen met EPA die minder gediend zijn van GGZ bemoeienis: de al dan niet zorgwekkende, zorgmijders. Ook op hen richt de zorg van het FACT team zich, soms via een volgen op afstand, soms ook via gedwongen interventies via de Wet Bopz. Het blijkt dat FACT er (beter dan de gebruikelijke zorg) in slaagt om de doelgroep goed in zorg te houden. Het drop out percentage is heel laag. En het voorkomen van drop out voorkomt ook dat mensen ernstig afglijden en eventueel overlast veroorzaken. Wanneer het een team lukt om mensen in zorg te houden en tot zorg te verleiden, kunnen die risico's verminderen. Dat is van groot belang voor de acceptatie in de buurt. Want waar FACT beoogt om maatschappelijke participatie van de cliënt te ondersteunen zal FACT voor de buurt en voor instanties een betrouwbare en toegankelijke partner moeten zijn. Maar allereerst wil FACT cliënten ondersteunen in hun eigen herstelproces. Wij merken dat herstel en rehabilitatie meer kansen heeft in de eigen omgeving van de cliënt. Daar is duidelijker waaraan iemand wil werken, in je eigen omgeving kun je oefenen met vaardigheden die je elke dag nodig hebt. De ervaringsdeskundige in het FACT team kan op een heel

eigen manier het herstel ondersteunen, soms ook met herstelgroepen van lotgenoten. De familieleden zijn voor FACT een zeer belangrijke partij. Zij bieden vaak steun, maken zich zorgen, kennen de cliënt veel langer dan de hulpverlener. Ook voor hen is het laagdrempelig contact met de wijkteams plezierig.

De behandel-, rehabilitatie- en herstel-doelen komen bij elkaar samen in het behandelplan van de cliënt. Het behandelplan wordt één keer per jaar met de cliënt geëvalueerd. Routine vragenlijsten voor de 'routine outcome monitoring' zijn een goede gespreksbasis om te zien of de eerdere plannen haalbaar bleken en of er doelen moeten worden bijgesteld. In het plan worden de wensen van de cliënt en de afspraken met het behandelteam (over behandeling, medicatie, over begeleiding, over zoeken naar werk, over eventuele interventies bij crisis, over contacten met familie) in gewone, begrijpelijke taal vermeld.

### ACT en FACT succesvol geïmplementeerd

In 2011 bestaan er inmiddels 150 FACT teams, deels nog in opbouw. Steeds meer instellingen kiezen voor het FACT model, inclusief de bijbehorende transmurale opzet. Hiermee is een grootschalige innovatie gaande in de GGZ. De sociale psychiatrie die beoogt de cliënt in de maatschappij te helpen een eigen waardevolle plek te vinden heeft via ACT en FACT nieuw instrumentarium gekregen. In regio's waar FACT stevig is geïmplementeerd, blijkt dat we minder opnamebedden nodig hebben. Opnames zijn vaak nog wel nodig, maar duren veel korter. Zo kunnen we psychiatrische bedden afbouwen en de daarmee vrijkomende gelden benutten in de ambulante zorg. Voor de volgende jaren wordt door experts een afbouw van 10 tot 20 % van de capaciteit van psychiatrische bedden in Nederland verwacht.

Het lijkt er op dat FACT zich in de Nederlandse GGZ nog verder zal ontwikkelen. Voor de EPA groep lijkt FACT het model van keuze te worden. Daarnaast worden voor andere doelgroepen de principes van ACT en van FACT steeds vaker benut. In de Vereniging F-ACT Nederland zijn inmiddels platforms aan de gang met Forensische (F)ACT en (F)ACT voor speciale doelgroepen zoals Kinder en Jeugd Psy-

chiatrie, Verslavingszorg, Mensen met een Persoonlijkheidsstoornis en voor Licht Verstandelijk Beperkten. Het is de vraag of we op den duur al die teams ook 'FACT' moeten gaan noemen, of dat ze hun eigen namen gaan krijgen. De aanpak in die teams verschilt immers op geleide van behoefte van de cliëntengroep. Daarbij lijken drie belangrijke centrale werkwijzen in al die teams van belang. Ten eerste het flexibel kunnen schakelen tussen laag intensieve en hoog intensieve zorg door het zelfde team. Ten tweede de combinatie van specialistische behandeling, herstel ondersteunende zorg en directe support. En ten derde de outreach en de inspiratie van het huisbezoek en samenwerking met andere maatschappelijke partijen. De grote verandering voor de cliënten door deze sociale psychiatrie is dat zij behandeling en begeleiding krijgen in hun eigen omgeving. Afhankelijk van hun behoefte kan die begeleiding variëren tot soms heel intensieve begeleiding om opnames te voorkomen. Daarbij kennen de hulpverleners hun thuissituatie en werken ze samen met de mensen die voor hen van belang zijn, zoals de familie en eventueel de buurt. Doordat het FACT team zo flexibel is, ervaart de cliënt continuïteit van zorg, waardoor minder mensen afhaken. Ook mensen die vanuit hun eigen opvatting niet direct om hulp willen vragen en de zorg zelfs actief mijden, kunnen soms worden 'verleid' om toch begeleiding te accepteren.

### Tot slot

Door FACT is de GGZ aanwezig in de maatschappij om mensen met EPA te steunen om optimaal mee te doen in de maatschappij op een eigen manier, die telt voor cliënten. Zo kunnen we deze mensen optimale kansen bieden om in hun eigen omgeving te overleven en te slagen en aan hun herstel te werken met alle maatschappelijke hulpbronnen die daarvoor kunnen dienen.

### Noten

- 1 De meest gebruikte Engelse term is Severe Mental Illness (SMI)
- 2 Stein LI & MA Test (eds) (1978) *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press
- 3 Mulder N & H Kroon (red) (2009) *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- 4 Veldhuizen JR van ea (2006) Fact: de 'Functie ACT'. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 61: 525-534
- 5 Herstel of Recovery verwijst naar een beweging vanuit de cliëntenbeweging waarin mensen aan eigen herstel werken; daarbij gaat het niet om herstellen van de aandoening, maar ook om herstellen met je beperkingen, andere betekenis eraan geven, er mee leren omgaan, eigen krachten te ontwikkelen e.d.
- 6 IDDT= Integrated Dual Diagnosis Treatment
- 7 IPS = Individual Placement and Support
- 8 Veldhuizen JR van ea (red) (2008) *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom