

Fact: de ‘Functie ACT’

In de ambulante zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten geldt ‘assertive community treatment’ tegenwoordig als het neusje van de zalm. Voor ernstig ontregelde patiënten lijkt ACT het inderdaad de beste methode. Maar hoe kun je tegelijkertijd zorgen voor de veel grotere groep van tamelijk stabiele patiënten?

Een van de meest intensieve vormen van ambulante zorg is ‘assertive community treatment’ (ACT) (Test & Stein, 1978; Stein & Santos, 1998). Dit is een soort casemanagement voor ernstig ontregelde chronische psychiatrische patiënten bij wie heropname dreigt. Het bijzondere van ACT is de *shared caseload*; alle teamleden hebben contact met alle patiënten. Dagelijks bekijkt men welke medewerkers naar welke patiënten gaan. Verder is ACT-zorg dag en nacht beschikbaar, en daardoor veel intensiever dan regulier casemanagement. Een ACT-team is multidisciplinair, met casemanagers, een psychiater, een psycholoog, een verslavingsdeskundige en een trajectbegeleider voor arbeidsrehabilitatie. De laatste tijd is ook de ervaringsdeskundige in het team opgenomen (Van Slooten & Van Bakkum, 2005).

Er zijn meer verschillen met gewoon casemanagement. ACT werkt outreachend: via huisbezoek, op het dagcentrum of desnoods met een gesprek op straat. ACT is ‘assertief’: de hulpverleners gaan af op potentiële patiënten (*casefinding*), en onderhouden het contact (*casebinding*), waarbij ze drang niet schuwen. ACT hanteert een kleine *caseload* van gemiddeld tien patiënten per teamlid. Bij gewoon casemanagement zijn dit er vaak vijftientig tot dertig, en bij sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke (LZA) vaak meer dan zestig. ACT biedt continuïteit van zorg en het team is de poortwachter bij eventuele opname en bij ontslag.

ACT is *evidence based* (Marshall & Lockwood, 2002). Er kan bepaald worden in hoeverre een organisatie volgens het ACT-model werkt (Teague e.a.,

1998; Bond & Salyers, 2004). Bij schizofrene patiënten levert ACT veel lagere ziekenhuiskosten en een betere woonsituatie op (*Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*, 2005). Ze blijven beter in zorg, hebben meer kans op werk en zijn tevredener over de zorg.

In de Verenigde Staten bleek ACT effectiever dan lichtere vormen van casemanagement, zoals het ‘makelaarsmodel’ (Marshall & Lockwood, 2002) en *clinical casemanagement* (Harris, 1988). We weten weinig over de werkzaamheid van de afzonderlijke onderdelen. Het gaat waarschijnlijk vooral om ‘alle zorg bij de cliënt thuis, goed gecoördineerd met dienstverlening’ (Van der Gaag, 2005). In Engeland zijn er multidisciplinaire *community mental health teams* die veel huisbezoek afleggen, maar die niet geheel conform het ACT-model werken. Burns e.a. (2001) konden geen verschillen vinden tussen de effecten van deze teams en die van modelgetrouw georganiseerde ACT-teams. Daaruit blijkt dat varianten van ACT ook werkzaam kunnen zijn.

De keuze voor FACT

ACT is bedoeld voor de zwaarste subgroep LZA-patiënten: onstabiele, psychotische patiënten die vaak opnieuw opgenomen moeten worden. Meestal is er ook sprake van persoonlijkheidsstoornissen, problemen met middelengebruik, slechte medicatietrouw en zorgvermijding. Deze groep maakt echter maar zo’n 20% uit van de gehele groep langdurig zorgafhankelijken (Bond e.a., 2001). De vraag is wat je kunt bieden aan de 80% die meer stabiel functioneert.

Sinds 1997 werden bij GGZ Noord Holland-Noord alle LZA-patiënten (dus de 20% en 80% groep samen) begeleid door regionale casemanagementteams, met de psychiater en spv soms in het team, maar vaak ook op afstand beschikbaar. De teams begeleidde hun cliënten met individueel casemanagement (soms in duo’s, waardoor er meer continuïteit was bij vakantie of ziekte van een van de hulpverleners). Het was niet haalbaar om patiënten meerdere keren per week te bezoeken. Patiënten die dagelijkse zorg nodig hadden, werden daarom al snel (her)opgenomen. Omdat de teams nauwelijks multidisciplinair waren, ontbrak er expertise voor behandeling en rehabilitatie.

Het ACT-model leek oplossingen te bieden: meer intensieve én meer multidisciplinaire zorg voor de moeilijkste patiënten. Maar we wilden niet naast onze bestaande casemanagementteams een standaard ACT-team starten. Een apart team zou het werkgebied van meerdere casemanagementteams moeten bestrijken om voldoende patiënten te hebben, en dat zou weer leiden tot lange reistijden van de hulpverleners. Ook zouden er in de regio twee

soorten zorg naast elkaar bestaan, waarvoor patiënten weer zouden moeten worden geïndiceerd. Dat zou weer discontinuïteit in de zorg opleveren. Ook qua organisatie leek dat gekunsteld.

Daarom besloten we alle functies te integreren in één team. De componenten van ACT moesten worden ingebouwd in de bestaande case-managementteams. Vanaf 2002 vormden we deze teams om in multi-disciplinaire teams. We gaven een duidelijker omschrijving van de positie van de psychiater in het team (Van Veldhuizen, 2003). In 2004 zetten we de stap naar FACT, Functie ACT (van Veldhuizen, 2005). De casemanagement-teams gingen werken met twee methoden tegelijk: enerzijds individuele begeleiding voor stabiele patiënten, en anderzijds de *shared caseload* aanpak met ACT-zorg voor patiënten met ernstiger problemen.

Werkwijze

Een FACT-team is te beschouwen als een wijkteam voor ongeveer tweehonderd langdurig zorgafhankelijke patiënten met een ernstig verlopende chronisch as 1-stoornis en een handicap op meerdere levensterreinen zoals wonen, zelfverzorging, financiën, daginvulling en relaties. In de regio Noord-Kennemerland werken vier van deze teams. Ze zijn onderdeel van het transmuraal circuit voor langdurige zorg 'De Dijk', dat beschikt over een eigen crisiskliniek, modulaire deeltijdbehandeling en een dubbele-diagnose afdeling. Naast casemanagers, spv's, een psychiater en een psycholoog, bestaat het team uit een trajectbegeleider, een verslavingsdeskundige en uiterlijk per 2007 een ervaringswerker. Een FACT-team levert langdurige zorg gericht op herstel en rehabilitatie, en daarnaast intensieve ACT-zorg.

Elke patiënt heeft een eigen casemanager, een vaste vervangend casemanager en een eigen psychiater. Het behandelplan wordt minstens een maal per jaar geëvalueerd. De casemanager komt op huisbezoek en werkt met de patiënt aan diens rehabilitatiedoelen. Anders dan voorheen kan hij de andere disciplines uit het team direct betrekken bij de begeleiding. Zo wordt het dus ook mogelijk om *evidence based* zorg zoals psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en begeleiding naar arbeid aan te bieden.

Wanneer het niet goed gaat met een patiënt kan de casemanager, de psychiater of een ander teamlid een patiënt indiceren voor ACT-zorg. Dan wordt de naam van de patiënt genoteerd op het 'factbord'. Daarop staan gemiddeld 25 patiënten, met achter elke naam wie de eigen casemanager is, welke huisbezoekafspraken er zijn (hoe vaak per dag, hoeveel maal per week), welke medicatieafspraken er zijn, wie de contactpersoon is uit het sociale netwerk, wat de juridische status is van de patiënt (bijvoorbeeld

voorwaardelijke RM of voorwaardelijk verlof) en andere bijzonderheden zoals afspraken bij de huisarts, of de datum van een laboratoriumonderzoek.

De casemanager die ‘zijn’ patiënt op het bord plaatst, krijgt vanaf dat moment steun van het team, maar houdt zelf de regie en het begeleiderschap. Hij actualiseert zonodig het crisisplan (het onderdeel van het behandelplan dat zich richt op crisis en het voorkómen daarvan). De psychiater ziet de patiënt binnen enkele dagen om de medicatie en de veiligheidsaspecten, zoals suicidegevaar of gevaar voor agressie te taxeren. Ook patiënten met een Bopz-titel en opgenomen patiënten staan op het factbord en krijgen zo extra aandacht.

De patiënten op het factbord worden drie tot vier keer per week in het team besproken: hoe de situatie is, wie patiënt heeft gezien of bezocht, en alle andere informatie. Men spreekt af wie de patiënt bezoekt, wanneer en hoe vaak – desgewenst meermalen daags, ’s avonds of in het weekend. Als het nodig is, kan men besluiten om met z’n tweeën te gaan (bijvoorbeeld voor de veiligheid). De patiënt kan 24 uur per dag naar het team bellen. Wanneer deze intensieve zorg niet voldoende is, kan de casemanager of de psychiater van het team een Bed op Recept aanbieden of een opname indiceren. Als een patiënt wordt opgenomen of in detentie raakt, staat dat ook op het factbord. Opname of detentie wordt ook gezien als crisis. De casemanager houdt contact met de kliniek en met de patiënt om het ontslagplan voor te bereiden. De kliniek nodigt de casemanagers ook uit bij besprekingen. Zo krijgen poortwachterfunctie en de transmuraliteit vorm.

Eerste indrukken

GGZ-Noord Holland-Noord bestaat uit twee subregio’s (zie kaartje). We hebben het FACT-model eerst geïntroduceerd in vier teams in het circuit langdurige zorg De Dijk van de regio Noord Kennemerland (225.000 inwoners). Dit jaar start in deze regio een vijfde team. We zien namelijk dat door deze aanpak meer patiënten in zorg komen en blijven, waardoor de totale groep patiënten groeit. Zo lijkt het erop dat het percentage LZA-patiënten die niet in zorg zijn, in onze regio daalt, conform de wens van de Gezondheidsraad en GGZ Nederland. In de regio Kop van Noord Holland (Den Helder en Schagen, samen 180.000 inwoners) starten nu vier FACT-teams. Zo zijn er straks negen teams voor zo’n 425.000 inwoners.

In een wijkteam voor ongeveer tweehonderd patiënten staan gemiddeld vijftien tot 25 patiënten op het factbord. Tussen de acute en de stabiele groep (zie boven) loopt geen scherpe scheidslijn. Patiënten komen vanuit de stabiele groep in de ACT-groep als er recidief psychose dreigt, door

sociale gebeurtenissen (dreigende huisuitzetting) of in verband met verslavingsproblemen. En patiënten gaan weer van het factbord af als ze weer stabiel functioneren. Deze pendelbeweging levert een sterk argument voor FACT; de patiënt houdt zorg uit hetzelfde team.

Het FACT-model is nog niet overal volledig ingevoerd. Er worden nog steeds patiënten opgenomen zónder dat ze eerst op het factbord hebben gestaan. Dan hebben we de vroege signalen dus gemist. We merken dat sommige casemanagers terughoudend blijven om de individuele zorg om te zetten in teamzorg. Dat was ook de bevinding van Van Dijk e.a. (2004). De individuele relatie lijkt een heilig huisje in ambulante hulpverlenersland. Men vindt teamzorg onpersoonlijk. Maar wanneer gebrek aan teamzorg leidt tot opname, komt de patiënt van de regen in de drup. En bovendien heeft het juist ook vaak zijn voordeel dat meerdere personen contact hebben met de patiënt: iedereen ziet en heeft andere mogelijkheden.

Met name bij het begeleiden van overlast veroorzakende patiënten is *teamwork* steeds belangrijker. Niet alleen vanwege de onderlinge samenwerking, maar ook om consequent te kunnen optreden en met elkaar te kunnen overleggen.

Inmiddels wordt de zorg in Noord-Holland-Noord steeds meer ambulante. Was in 2000 nog 28% van het budget gereserveerd voor ambulante zorg, in 2005 lag dit rond 47%. Dit komt deels door een toename van het aantal patiënten. Mogelijk zal die groei de volgende jaren afzwakken, wanneer de hele doelgroep is bereikt. Eerst kwam veel instroom via het regionale OGGZ-team. Maar nu men de LZA-patiënten goed kan onderbrengen bij de FACT wijkteams, treft de OGGZ

steeds minder 'onverzorgde' psychiatrische patiënten aan. De OGGZ verwijst nog maar twintig 'nieuwe' patiënten per jaar door naar De Dijk. De constatering van de Gezondheidsraad (2004) dat een kwart van de LZA-patiënten niet in zorg is, lijkt voor onze regio niet meer op te gaan.

De FACT-teams raken steeds meer thuis in de wijk of regio. De contacten met wijkagenten en andere instanties in de buurt zijn goed. De teams werken samen met aandachtsfunctionarissen voor de politie, woningbouwverenigingen en verslavingszorg. Twee teams zijn actief met 'kwartiermaken' (Kal, 2002). In Alkmaar hebben twee wijkteams projecten in buurthuizen opgestart, samen met de gemeente, wijkmeesters en welzijnsinstellingen.



De FACT-teams streven ernaar om te werken volgens de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. We scoren nog laag op onderdelen als familie-educatie en IPS (*individual placement and support*), maar de psycholoog kan cognitieve gedragstherapie en gezinsinterventies indiceren en uitvoeren, en de trajectbegeleider de IPS. Ook activiteiten rond rehabilitatie en ‘herstel’ (Boevink e.a., 2002) zijn goed te realiseren binnen FACT – misschien wel beter dan binnen ACT.

In de vs klagen cliënten soms dat de ACT verwordt tot een té assertieve ‘gezondheidspolitie’. Zo’n ontwikkeling is slecht te rijmen met de eis dat de cliënt het initiatief houdt bij zijn eigen herstel (Lieberman & Kopelowicz, 2005). Anthony (2003) pleit daarom voor ‘recovery oriented ACT teams’. Meer dan ACT heeft FACT aandacht voor de langzame en kwetsbare processen, omdat wij ons ook richten op de stabiele patiënten. Bovendien bieden we continuïteit van persoon en team als de patiënt terechtkomt in een moeilijke fase. Zo kunnen rehabilitatiedoelen en resultaten beter beklijven.

FACT-teams kunnen niet zonder verslavingsdeskundigen. Patiënten met comorbide problematiek stellen ons vaak voor grote problemen, maar de wijkteams werken samen met de Dubbele Diagnose Kliniek van De Dijk. Bijna de helft van de patiënten daar wordt opgenomen met een maatregel. Bij opname houdt het wijkteam contact. De behandel doelstellingen worden realistisch geformuleerd: voor veel patiënten is die kliniek nu eenmaal een regelmatige *pitstop* in het circuit.

Een kleine groep patiënten staat vrijwel continu op het FACT-bord. Dit zijn voormalige *longstay*-patiënten die blijvend intensieve dagelijkse zorg nodig hebben om zich buiten het ziekenhuis te kunnen handhaven. In de vs en Australië, waar de *longstay* vrijwel geheel is afgebouwd, is deze groep nog groter. Een andere groep op het bord bestaat uit patiënten met een Bopz-titel. Ook bij hen is de teamaanpak belangrijk. Behandelplannen in het kader van een Voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging vragen veel doorzettingsvermogen en overredingskracht van behandelaars. Support en monitoring door het team zijn daarbij een welkome steun.

In vier FACT-teams vult men bij elke patiënt jaarlijks voorafgaand aan de behandel evaluatie twee vragenlijsten in; de HoNOS (Mulder e.a., 2004) en de Mansa (Priebe e.a., 1999). Deze instrumenten werken tweeledig. Ze geven de casemanagers informatie over de gebieden waarover patiënten nog niet tevreden zijn en waaraan het behandelteam aandacht moet besteden. Daarnaast worden ze gebruikt om de werkwijze van de wijkteams en hun effectiviteit te evalueren. Zo blijken veel patiënten tevreden over hun huisvesting. Dakloosheid komt bij onze doelgroep vrijwel niet meer voor. De patiënten klagen daarentegen over te weinig mogelijkheden voor intieme en seksuele relaties, over hun voortdurende symptomen en over te weinig geld.

Beschouwing

Het ACT-model is *evidence based* voor de ernstigste LZA-patiënten. Het FACT-model heeft dit predicaat niet. Toch is werken met FACT verantwoord. Ten eerste is de werkzaamheid van ACT in Nederland nog niet aangetoond. Van Dijk e.a. (2004) beoordeelden de modelgetrouwheid van Nederlandse ACT-teams als matig. Dat leek te komen door de recente start van die teams en de moeite die ze hadden met het werken met een *shared caseload*. Daarnaast toonden Burns e.a. (2001) aan dat (althans in een ander GGZ-systeem dan het Nederlandse) andere varianten even werkzaam kunnen zijn als ACT.

531

Naar onze indruk is modelgetrouwe ACT alleen in de grote steden van ons land een betere keuze bij de moeilijkste, vaak dakloze patiënten. Dat gebeurt nu in Rotterdam, Utrecht en Delft. Naast die ACT-teams moet men daar nog wel adequate zorg organiseren voor de overige LZA-patiënten. In minder stedelijke gebieden pleiten we voor FACT. Door de continuïteit tussen de 80% groep en de 20% groep en het kleinere verzorgingsgebied, ontstaan dan betere kansen voor herstel en integratie in de wijk.

Bond (2005) schat dat in een regio van vijftigduizend inwoners ongeveer 250 LZA-patiënten zijn, van wie er vijftig een ACT-indicatie hebben. Volgens de Gezondheidsraad (2004) kan men in een regio van vijftigduizend inwoners ongeveer driehonderd LZA-patiënten verwachten. Bij GGZ Noord-Holland-Noord kwamen wij werkende weg ook bij regio's van ongeveer vijftigduizend inwoners met zo'n 200 tot 250 LZA-patiënten, waarvan 20 tot 25 patiënten op het 'factbord'. Dat is minder dan de 20% die Bond e.a. (2001) schatten. Maar anders dan in de vs zijn hier nog patiënten opgenomen op de *longstay*. Mogelijk is het aantal ACT-patiënten in de wijkteams ook lager, doordat de zorg voor de stabiele groep zóveel verbetert dat patiënten minder in crisis raken.

Inmiddels wint het FACT-model terrein. Er is veel belangstelling uit andere (ook stedelijke) regio's. In het doorbraakproject voor het implementeren van de richtlijn schizofrenie (Trimbos-instituut, 2005) kiezen zes teams voor invoering van FACT. Het Trimbos-instituut onderzoekt bij twintig ACT- en FACT-teams hoe modelgetrouw ze werken en onder welke omstandigheden het ene model beter werkt dan het andere.

Zo ontwikkelen ACT én FACT zich tot een blauwdruk voor de LZA-zorg in Nederland. Voor continuïteit van financiering is het wenselijk dat de gemeenten en de verzekeraars deze twee modellen omarmen. Onderdelen van deze zorg, zoals de begeleidende activiteiten en arbeidstoeleidendende activiteiten, lijken te passen binnen de wmo. Maar we benadrukken dat het gaat om integrale, geneeskundige behandel- en zorgteams, die als zodanig gefinancierd moeten worden.

Met FACT-teams kunnen we de hele groep LZA-patiënten multidisciplinair begeleiden buiten het ziekenhuis, zonodig met intensieve bemoeizorg. FACT kan de zorg flexibeler maken, met meer continuïteit. Het is een aantrekkelijk model om de richtlijn schizofrenie te implementeren. Het biedt ruimte aan rehabilitatie, herstel en vermaatschappelijking, maar het kan (desnoods met drang en dwang) ook bijdragen aan vermindering van overlast. Het model blijkt stapsgewijs in te voeren. Er komen meer LZA-patiënten in zorg, terwijl het aantal opnamedagen terugloopt. De verdere invoering van ACT en FACT is een belangrijke stap in de GGZ, waar de zorg voor deze groepen nog al eens versnipperd was, en bij crises vaak besloten werd tot opname.



Literatuur

- Anthony, W.A., S. E. Rogers & M. Farkas (2003). Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39, 101-114.
- Boevink, W., W. Beuzekom, J. van Gaal, E. Jadby, A. Jong, F. Klein Bramel, M. Kole, M. Loo, S. Scholtus & C. van der Wal, (2002). *Samen werken aan herstel*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bond, G.R., R.E. Drake, K.T. Mueser & E. Latimer. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 3, 142-157.
- Bond, G.R., & M.P. Salyers (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth Assertive Community Treatment Scale. *cns Spectrum*, 9, 12, 937-942.
- Bond, G.R., M.P. Salyers, A.L. Rollins & L.L. Moser (2005). Toekomstige ontwikkelingen van ACT. In: C.L. Mulder & H. Kroon (red.), *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure and Care Publishers, 205-241.
- Burns, T., A. Fioritti, F. Holloway, U. Malm & W. Rössler (2001). Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52, 631-636.
- Dijk, B. van, B.-J. Roosenschoon, H. Kroon & N. Mulder (2004). Modelgetrouwheid van Assertive Community Treatment in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 931-943.
- Gaag, M. van der (2005). *Trouw aan de patiënt of aan het model*. Inleiding op het derde Nationale ACT Congres te Heiloo (29 september 2005).
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen, Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Harris, M. (1988). New directions for clinical casemanagement. *New Directions for Mental Health Services*, 40, 87-96.
- Kal, D. (2002). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom.
- Lieberman, R.P., & A. Kopelowicz (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56, 735-742.
- Marshall, M., & A. Lockwood (2002). Assertive

- Community Treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*, 4, 2002.
- Mulder, C.L., A.B.P. Staring, V.J.A. Buwalda, D. Kuijpers, S. Sytema & A.L. Wierdsma (2004). De Health Of nations Outcome Scale (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 273-285.
- Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. (2005) Utrecht: Trimbos-instituut.
- Priebe, S., P. Huxley & S. Knight (1999). Application and results of Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Slooten, J.D.F. van, & C.A.J. van Bekkum (2005). Ervaringsdeskundigheid in ACT: de winst en de weerstand. In: C.L. Mulder & H. Kroon (red.), *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure and Care Publishers, 129-148.
- Stein, L.I., & A.B. Santos (1998). *Assertive Community Treatment of persons with severe mentally illness*. New York: W.W. Norton.
- Teague, G.B., G.R. Bond & R.E. Drake (1998). Program Fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
- Test, L.I., & M.A. Stein (eds.) (1978). *Alternatives to mental hospital treatment*. New York/London: Plenum Press.
- Trimbos-instituut (2005). *Doorbraakproject Implementatie Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veldhuizen, J. R. van (2002). De Psychiater in teams voor Assertive Community Treatment (ACT). *Passage*, 11, 224-231
- Veldhuizen, J.R. van (2005). FACT: de Functie ACT, een Nederlandse variant. In: C.L. Mulder & H. Kroon (red.), *Assertive Community Treatment*, . Nijmegen: Cure and Care Publishers, 175-187.

Summary

Veldhuizen, J.R. van, M. Bähler & W. Teer 'FACT: de "Functie ACT"'

► Assertive community treatment is an evidence-based organisational model for the care of people with severe mental illness. We designed a Dutch integrated variant called FACT. A FACT team is a multidisciplinary case management team with an individual approach, complemented by a shared caseload approach if needed. For the more stable long-term psychiatric patients, FACT provides coordinated multidisciplinary treatment with individual case management. Unstable patients at risk for relapse or readmission receive intensive assertive outreach care. Expected advantages of the FACT model are better continuity of care, more opportunities for recovery-oriented care, a more neighbourhood-based approach to facilitate social integration, and room for implementing other evidence-based practices within the model.

Personalia

Drs J.R. van Veldhuizen (1946) is psychiater en directeur zorgontwikkeling van GGZ Noord Holland Noord. Van 1986 tot 1990 ontwikkelde hij de Opname Vervangende Dag Behandeling met Bed op Recept. Van 1990-1999 werkte hij als Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. Hij initieerde Spits (Substituerende Psychiatrische Intensieve Thuiszorg) en Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT) naar Australisch Model. In 1998 publiceerde hij over 'zorgverlamming' in MGv 98-12.

Sinds 2002 pleit hij voor vervanging van de Wet Bopz door een behandelwet.

Adres: r.vanveldhuizen@ggz-nhn.nl]

Drs M. Bähler (1959) is psycholoog en beleidsadviseur zorgontwikkeling van GGZ Noord Holland Noord. Hij was betrokken bij het tot stand komen van de casemanagement-teams vanaf 1995 en ontwikkelde met de eerste auteur het FACT model. Hij is nauw betrokken bij het Platform Ervaringsdeskundigheid in Noord Holland Noord en bij de invoering van IPS.

Drs W. Teer (1954) is beleidspsychiater en eerste geneeskundige van LZA Circuit de Dijk, onderdeel van GGZ Noord Holland Noord. Hij was onder meer verantwoordelijk voor de implementatie van het FACT -model en voor invoering van de kwaliteitsinstrumenten HoNOS en Mansa.