

## UIT DE PRAKTIJK

*Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVB-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar [redactie@lvgn.nl](mailto:redactie@lvgn.nl).*

*Judith Warmelink beschrijft aan de hand van een casus de rol die een FACT-team kan hebben voor cliënten die vastlopen als gevolg van psychiatrische problemen, verslavingsproblemen en een LVB, de zogenaamde 'triple problematiek'.*

### FACT EEN PASSEND AANBOD VOOR JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING?

*Judith Warmelink<sup>1</sup>*

#### **Wat is ACT, wat is FACT?**

*Assertive Community Treatment (ACT)* is een organisatie-model voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. 'Assertive' wil zeggen dat de intensieve zorg die je mag verwachten binnen een psychiatrische kliniek omgezet is naar intensieve ambulante zorg, zo nodig in de vorm van bemoediging, in de leefwereld ('community') van cliënten. ACT is overgewaaid vanuit de Verenigde Staten en is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die steeds opnieuw terug moesten vallen op klinische zorg (Stein & Test, 1980; Mulder & Kroon, 2009).

Belangrijke kenmerken van ACT zijn: een multidisciplinair zorgaanbod, een laag aantal patiënten per hulpverlener, actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt (*assertive outreach*), een gedeelde caseload en intensieve zorg voor onbeperkte tijd. ACT is een goed omschreven model en veelvuldig op effectiviteit onderzocht, met positieve uitkomsten. Vanuit onderzoek kwam naar voren dat ACT ervoor zorgde dat het aantal opnames binnen deze groep patiënten significant afnam en dat de tevredenheid over de zorg vanuit patiënten toenam. ACT is daarmee een evidence-based practice voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen en is inmiddels opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie en de Richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp (de meest recente versies zijn als download beschikbaar op [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)).

In 1997 vond in Nederland een gecontroleerde studie plaats die het effect van gespecialiseerde klinische behandeling vergeleek met outreachende multidisciplinaire behandeling voor patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en een ernstige psychiatrische stoornis (Van Minnen, Hoogduin, & Broekman, 1997). Ambulante outreachende behandeling bleek even effectief in het verminderen van psychiatrische symptomen, van de patiënt en was goedkoper dan de klinische behandeling, maar vergrootte de last voor de sociale omgeving. In 84% van de patiënten die outreachende zorg ontvingen kon klinische opname worden voorkomen.

---

<sup>1</sup> GZ-psycholoog (K&J) bij Accare, een organisatie voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, met verschillende vestigingen in Noord-Nederland. Sinds juni 2011 maakt Judith deel uit van het FACT-team van Accare in Zwolle. Correspondentie: [j.warmelink@accare.nl](mailto:j.warmelink@accare.nl).

### *FACT: Functie - Assertive Community Treatment*

ACT richt zich volledig op de 20% meest zorgintensieve patiënten, terwijl een FACT-team zorg biedt aan *alle* vastgelopen patiënten waarbij outreachende, creatieve en soms langdurige zorg nodig is vanuit de (ortho)psychiatrie. Binnen het aanbod vanuit een FACT-team is er 'ACT-zorg' voor de 10 tot 20% meest zorgwekkende en vaak zorgmijdende jeugdigen (bijvoorbeeld jongeren met psychotische stoornissen of schizofrenie). Deze kinderen of jongeren worden zeer intensief, zo nodig dagelijks, bezocht en besproken binnen het FACT-team. Voor de begeleiding en behandeling kan elk teamlid worden ingezet. Zo nodig wordt er bemoeizorg ingezet, dit wil zeggen dat er zorg wordt geboden terwijl jongeren hier niet (meer) om vragen en liever met rust gelaten willen worden.

Jeugdigen vormen een relatief nieuwe doelgroep van FACT. Vanuit het Trimbos-instituut is hiervoor een eerste modelbeschrijving gegeven (Hendriksen-Favier 2011). FACT lijkt te voorzien in een behoefte aan een zorgvorm waarmee jongeren, die in de reguliere zorg tussen wal en schip vallen, kunnen worden behandeld en waarmee klinische opname voorkomen kan worden. Vooral bij 18- tot 25-jarigen ontstaan problemen binnen de reguliere hulpverlening, omdat ze volgens de wet zijn aangewezen op hulpverlening binnen volwassencircuits, maar in wezen nog met ontwikkelingstaken kampen die passen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie (Faber & Mostert, 2010).

FACT vanuit Accare is bedoeld voor jongeren met psychische klachten en/of gedragsproblemen, die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd en tegelijkertijd de juiste behandeling vermijden, niet kunnen vinden of niet kunnen vasthouden. Het FACT-team is creatief, laagdrempelig en flexibel en sluit aan bij alle knelpunten die de jongere op dat moment ervaart. FACT voor jeugdigen is nog volop in ontwikkeling. Verschillende organisaties, waaronder Accare, werken samen met het Trimbos-instituut aan een goede, specifieke, met cijfers onderbouwde modelbeschrijving. Het aantal FACT-teams voor jeugdigen neemt nog steeds toe, wellicht mede vanuit de steeds breder gedragen overtuiging dat langdurige opnames op langere termijn onvoldoende effect sorteren en herhaaldelijke opnames zorgen voor een afname van vaardig gedrag bij zowel jongeren als de mensen daaromheen.

### **Wie werken er in een FACT-team voor jongeren?**

Voor het bedienen van jeugdige psychiatrische cliënten is net als bij volwassen cliënten met ernstige psychiatrische problematiek een multidisciplinair team vereist met een: medisch secretaresse, (kinder- en jeugd)psychiater, verslavingsdeskundige, maatschappelijk werker en/of sociaal-juridisch dienstverlener, ervaringsdeskundige en een (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundige. Een essentieel verschil tussen FACT Jeugd en het reguliere model voor volwassenen is dat jongeren nog niet zelfstandig zijn en de hulpverleners te maken hebben met de ouders als opvoeders en gezagsdragers. Ouders spelen dus een belangrijke rol bij de behandeling.

Om tegemoet te komen aan de specifieke kenmerken en behoeften van de jonge doelgroep vragen bepaalde functies om een wat andere invulling dan bij volwassen-FACT. Ook dient het team te worden uitgebreid met een systeemtherapeut en een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog en is specifieke deskundigheid wenselijk binnen het team op het gebied van trauma's bij jongeren. In plaats van een arbeidsdeskundige is het zinvol om bij FACT Jeugd een trajectbegeleider aan te stellen, die kennis heeft van zowel arbeidstrajecten als het onderwijssysteem.

### **Waarom juist FACT bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische klachten?**

FACT is een effectieve organisatievorm omdat het de kennis vanuit de psychiatrie direct koppelt aan doelen van de jongeren, zoals het vinden of behouden van een opleiding of het aangaan en behouden van sociale contacten. Voor jongeren (en ouders) met een licht verstandelijke beperking is FACT

passend omdat je niet alleen (verbale) adviezen geeft, maar actief meehelpt om praktische problemen op te lossen en op betekenisvolle plekken aanwezig kunt zijn om coaching en/of steun te bieden. Op die manier word je voor jongeren en de mensen om hen heen een betrouwbare volwassene. Je bouwt al doende aan een goed behandelcontact en een goed netwerk om de jongere heen, hetgeen de kans op het slagen van een behandeling enorm verhoogt.

Verder heeft FACT als doel om het aantal hulpverleners rondom een jongere te verminderen. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking heeft dit als voordeel dat er vaste, herkenbare aanspreekpunten zijn en de hulpverlening wordt overzichtelijker en minder hectisch. Vanuit het FACT-team wordt sterk systemisch gewerkt en zo nodig wordt voor het gezin als geheel naar passende ondersteuning gezocht om versnippering te voorkomen. Tenslotte heeft FACT als doel om jongeren die extra kwetsbaar zijn door een cognitieve en sociaal-emotionele achterstand in hun ontwikkeling niet tussen wal en schip te laten vallen. FACT gaat er niet vanzelfsprekend van uit dat jongeren hulpvragen kunnen formuleren en plannen kunnen maken. Daarom is een FACT-team zelf actief in het maken, behouden en zo nodig herstellen van contact.

### **Casus**

C. is een dakloze, rondzwervende dame van 18 jaar oud, die wisselend verblijft bij vrienden. Ze is door een jongerenadviseur van de Gemeente verwezen naar het FACT-team van Accare vanwege ernstige problemen op vrijwel alle levensgebieden. C. heeft zich bij de gemeente gemeld met het verzoek om een uitkering te ontvangen en ze wil graag een plek om te wonen. Ze heeft aangegeven dat ze drugs gebruikt, maar hier graag mee wil stoppen. Ook wil ze graag weten of ze psychotisch is of een andere diagnose heeft. Er is bij C. sprake van een belaste voorgeschiedenis (verwaarlozing, misbruik en meerdere andere traumatische ervaringen). Ze heeft verschillende vormen van hulp ontvangen (jeugdzorg, poliklinische hulp vanuit de kinder- & jeugdpsychiatrie en een klinische opname), maar loopt opnieuw vast. Tot haar 18e levensjaar stond C. nog onder toezicht, maar sinds de zomer is er geen gezinsvoogd meer betrokken en kan ze niet terugvallen op haar familie.

De eerste fase is gericht op het opbouwen van contact met C., het verkrijgen van inzicht in haar huidige niveau van functioneren en het bespreken van en aansluiten bij haar hulpvragen. Omdat ze geen geld heeft om met de bus te gaan en ze niet weet waar onze polikliniek zich bevindt, zoeken we haar op. Ze is op dat moment bij de ouders van een 'vriendje' en staat buiten te roken als we haar voor het eerst ontmoeten.

Daarna volgen gesprekken waarbij C. soms wel naar de polikliniek komt en wij haar soms opzoeken na een SMS-contact, waarin ze aangeeft geen fiets of ander vervoersmiddel te hebben. Er ontstaat contact en C. geeft aan dat ze vaak teleurgesteld is in de hulpverlening. Ze is al op jonge leeftijd onderzocht, heeft hulp gehad vanwege ernstige relatieproblemen tussen haar ouders en vanwege seksueel misbruik door een buurjongen. Sinds 2005 woont ze soms thuis en soms op woongroepen, waar ze ook veelvuldig is weggegaan. Het contact met de gezinsvoogd vond ze waardeloos. C. geeft aan dat ze dit niet als hulp heeft ervaren; er was geen vertrouwensrelatie.

Het overlijden van haar moeder in 2008 heeft C. verder uit balans gebracht. In die periode is ze ook harddrugs gaan gebruiken en liepen de ruzies met familieleden verder op, waardoor ze uiteindelijk voor 11 maanden in een gesloten setting is geplaatst. Ze vertelt dat ze zich niet helemaal heeft laten zien en zich rustig heeft gehouden. Dit deed ze omdat ze soms bang was voor andere meiden op de groep en om met rust gelaten te worden door behandelaren. Ze heeft die periode als goed ervaren; de structuur, de duidelijkheid en de begrenzing boden rust en dit mist ze nu. Ze voelt zich verloren en zegt dat ze nu wel 18 is, maar dat ze zich vaak nog een klein meisje voelt dat nog niets van de wereld af weet. Ze mist haar moeder enorm op die momenten.

Hoewel C. niet alle gebeurtenissen helemaal chronologisch vertelt, komt ze tijdens de gesprekken nooit psychotisch of verward over. Wel wisselen haar stemmingen soms heftig gedurende een gesprek en komen de onmacht, de eenzaamheid en het verdriet duidelijk naar voren. C. geeft aan dat ze wel eens aan suïcide denkt, omdat ze dan geen perspectieven meer ziet. Ze heeft in het verleden twee maal een suïcidepoging gedaan en een periode zichzelf regelmatig in haar armen gesneden. Volgens C. is er op dit moment geen sprake van automutilatie naast het forse druggebruik dat als een vorm van ernstige zelfbeschadiging wordt beschouwd.

Tijdens de intakefase belt C. een aantal keren in paniek omdat ze ruzie heeft met vriendjes en zich bedreigd voelt. Wij hebben haar opgezocht en vanwege agressieve uitingen van deze vriendjes is de politie aanwezig geweest tijdens de bezoeken om haar en onze veiligheid te borgen. Na een aantal van dit soort incidenten, in combinatie met financiële zorgen en problemen vanwege het niet hebben van een vaste verblijfplek, besluit C. in overleg met ons om tijdelijk te gaan verblijven in een crisisopvang voor zwerfjongeren. In eerste instantie wil ze geen contact met haar familie en ze wil ook niet dat wij contact zoeken of familieleden informeren als er naar haar gevraagd wordt. Gaandeweg staat C. open voor contact en mogen we telefonisch contact zoeken met haar vader, opa en oma.

C. neemt ons gaandeweg steeds meer in vertrouwen en geeft ons inzicht in haar gedrag. Ze vertelt steeds meer over haar druggebruik; naast cannabis blijkt ze af en toe ook XTC, LSD, paddo's, truffels, crack en cocaïne te gebruiken. Ze gebruikt dit alleen als het haar in een groepsituatie wordt aangeboden. C. kan dan geen 'nee' zeggen, terwijl ze ook regelmatig angstig is als ze heeft gebruikt en ze ziet hoe anderen hier op reageren. Soms heeft ze ook veel plezier en kan ze er heel helder van nadenken en zaken goed ordenen.

### **Beknopte diagnostische conclusies na intakefase**

Uit de intake komt naar voren dat C. een borderline persoonlijkheidsstoornis, ernstige verslavingsproblematiek, een licht verstandelijke beperking en een verstoorde identiteitsontwikkeling heeft door een zeer negatief samenspel van aanleg- en omgevingsfactoren. Daarnaast lijkt er nog steeds sprake te zijn van posttraumatische stress, ondanks een eerdere behandeling met EMDR. Feitelijk zou het gedragsbeeld van C. pas goed in beeld kunnen worden gebracht wanneer het cannabisgebruik gestopt of op zijn minst zeer beperkt is. Kenmerken van een psychose zijn niet naar voren gekomen. Vanuit de beschrijvingen die C. geeft, hangen de verstoorde waarneming en de vreemde gedachten samen met druggebruik. C. beschikt nog niet over de startkwalificaties om aan het werk te kunnen. Beschermende factoren zijn dat zowel de familie als C. zelf graag willen werken aan een positieve relatie. C. geeft aan dat de band tussen haar en haar vader altijd warm is geweest. Het lijkt erop dat de basale gehechtheid goed is. Als C. niet onder invloed is, is haar motivatie om te stoppen groot.

### **Verloop van de behandeling/begeleiding van november 2011 tot maart 2012**

In samenspraak met C. hebben we een behandelplan opgesteld vanuit haar eigen doelen. C. geeft aan dat haar doel is om uiteindelijk op zichzelf te kunnen wonen, werk te vinden, goed met geld om te kunnen gaan, te stoppen met het gebruik van drugs en ze wil haar rijbewijs graag halen. De teamleden communiceren zoveel mogelijk met en via C. en wisselen daarnaast informatie uit via het Elektronisch Patiëntendossier, e-mail, telefoon en door middel van cliëntbesprekingen.

#### *Specifiek voor FACT*

In deze behandelperiode is C. tot 2 maal toe even 'verdwenen'. Ze is dan met 'vrienden' op pad en ziet het dan niet meer zitten en wil opnieuw beginnen in een andere stad. Vanuit het FACT-team

wordt actief gezocht naar contact met C.; de behandelrelatie wordt niet beëindigd. De eerste keer is er na een paar dagen weer telefonisch contact en overleg mogelijk. De tweede keer is C. helemaal niet meer rechtstreeks bereikbaar doordat haar telefoon is afgesloten, maar komen we via vader weer in contact met C. We bezoeken C. uiteindelijk bij vader thuis. C. pakt vervolgens de draad weer op en geeft aan dat ze vertrouwen heeft in het FACT-team.

### **Taakverdeling binnen het FACT-team**

*Wonen/ werken/ dagbesteding/ financiën*

De maatschappelijk werkster pakt met C. het aanvragen van de CIZ-indicatie op en ordent samen met C. al haar papieren. Samen zoeken ze via internet en andere kanalen naar geschikte woonvormen met voldoende begeleiding. Na contact met verschillende aanbieders worden meerdere woonvormen bezocht. C. toont vaak weerstand tegen bepaalde afspraken en regels die bij begeleid wonen gelden, hetgeen het vinden van een plek om te wonen bemoeilijkt. Deze weerstand wordt vertaald naar angst voor verandering en angst voor controleverlies; er moet iedere keer weer opnieuw worden gezocht naar een samenwerkingsrelatie op dit vlak.

C. weigert uiteindelijk alle voorgestelde vormen van begeleid wonen en wil een appartementje met haar vriend en begeleiding vanuit het FACT-team. Ondanks de inschatting van het FACT-team dat dit niet de optimale keuze is voor C. wordt aangesloten op deze wens. De inschrijfkosten bij de woningbouwvereniging worden op verzoek van C. door haar budgetbeheerder overgemaakt en voor- en nadelen worden herhaaldelijk besproken. Met één specifieke aanbieder van begeleid wonen kan de afspraak worden gemaakt dat de deur op een kier blijft en dat C. gebruik kan maken van dit aanbod als ze van gedachten verandert.

Daarnaast bezoeken C. en de maatschappelijk werkster samen het UWV voor de aanvraag van een Wajonguitkering. C. raakt gaandeweg zeer gefrustreerd van de lange wachttijden en begrijpt niets meer van het traject. Uitleg en aanwezigheid van de maatschappelijk werkster tijdens alle gesprekken blijken voor C. helpend, hoewel C. soms ook aangeeft het zelf wel te kunnen en alleen te willen. Het actief zoeken naar een vorm van dagbesteding of passend werk hangt samen met de verplichtingen vanuit de Wajonguitkering. De arbeidsdeskundige van het UWV geeft aan dat C. onvoldoende kans maakt op een traject richting werk gezien de op dat moment onbehandelde emotieregulatieproblemen en de verslavings-problematiek. C. raakt zeer gefrustreerd, wil niet naar vrijblijvende dagbestedingsactiviteiten en ze heeft de indruk dat niemand iets voor haar wil doen en niemand haar begrijpt. Als uiteindelijk de Wajonguitkering wordt toegekend is er even rust op dit front.

Vanuit alle post wordt duidelijk dat er sprake is van een forse schuld, waarvoor de maatschappelijk werkster samen met C. naar een budgetconsulent van de gemeente gaat. C. blijkt niet vaardig in het omgaan met financiën en weet niet hoe ze overzichten van haar financiën moet 'lezen', dus hier wordt een start mee gemaakt. C. geeft herhaaldelijk aan dat ze gek wordt van het feit dat ze zo weinig geld heeft en wil op die momenten haar eigen geld in beheer. Ze toont wantrouwen en agressie richting de budgetconsulent. De begeleiding staat vaak in het teken van emotieregulatie door middel van het voorbespreken van zaken en het aanmoedigen van adequaat gedrag. Sommige afspraken worden vervroegd afgebroken vanwege boosheid en irritatie, waarna in diezelfde week weer contact wordt gezocht door een FACT-collega om alsnog de nodige stappen te zetten. Tenslotte is C. opgepakt vanwege een winkeldiefstal samen met jongeren van de crisisopvang, onbetaalde boetes (zwartrijden in de trein) en heling van fietsen. De maatschappelijk werkster is samen met C., de reclassering, de gemeente en de schuldhulpverlening in gesprek hierover.

### *Gezondheid/ druggebruik / detox/ medicatie*

De arts spreekt het druggebruik door met C. en bespreekt de functie van drugs en de mogelijkheden om met medicatie een deel van het druggebruik te stoppen (m.n. 's avonds blowen om in slaap te komen). Hiervoor wordt medicatie opgestart, hetgeen C. helpt. Na een periode stopt C. met de medicatie omdat het onvoldoende zou helpen en ze wil andere medicatie of een flinke ophoging van de huidige medicatie. Tijdens het gesprek met de arts loopt C. weg omdat ze zeer emotioneel wordt van bepaalde vragen. Het contact moet worden hersteld en pas na 2 weken staat ze open voor een vervolg. C. blijft grillig in het innemen van medicatie en vraagt met enige regelmaat om andere medicijnen met als doel om de onrust in haar hoofd tegen te gaan.

De arts geeft C. voorlichting over seksueel overdraagbare ziektes en bespreekt met C. de mogelijkheden rondom anticonceptie. Dit aspect is overgedragen aan de GGD-arts die verbonden is aan de crisisopvang, waarna plaatsing van een spiraaltje volgt. De GZ-psycholoog helpt C. om middels een dagboekkaart haar stemming en druggebruik feitelijk in kaart te brengen, om op die manier de ernst van de depressieve klachten en de functie van het druggebruik te achterhalen. Het invullen van de kaart kost C. veel moeite en ze houdt dit niet vol, maar al pratende komt de functie van drugs wel steeds beter in beeld (o.a. vermijden van angst en verdriet en het stoppen van de 'drukke' in haar hoofd). De stemming van C. schommelt dagelijks en is sterk onder invloed van druggebruik.

De GZ-psycholoog begeleidt C. richting de verslavingskliniek en is op verzoek van haar aanwezig bij intakegesprekken. C. krijgt in eerste instantie te horen dat ze niet in aanmerking komt voor de detox vanwege haar verstandelijke beperking, maar doordat het FACT-team betrokken is en een actieve rol wil spelen in de begeleiding van C., wil de verslavingskliniek haar een kans geven, mits ze een woonvoorziening heeft waarin de juiste begeleiding kan worden geboden. Op het moment dat C. kan starten wil ze niet meer en haakt ze af vanwege de angst voor verandering en de angst om te falen. Ze wil op dat moment niet verhuizen en is bang dat ze weer op straat terechtkomt als het haar niet gaat lukken om te stoppen met het druggebruik. Nadat de crisisopvang duidelijk te kennen geeft dat C. geen woonplek kan vasthouden als ze niets aan haar verslaving wil doen, starten de gesprekken opnieuw, maar dit keer bij een andere variant van verslavingszorg die meer gericht is op volwassenen.

### *Relaties / rouwverwerking*

De systeemtherapeut voert samen met C., vader en de GZ-psycholoog gesprekken over hun relatie, de beschadigingen, de verlangens en de rouwverwerking van alle gezinsleden. Ook wordt er gesproken over de verwachtingen die zij over elkaar hebben met betrekking tot de toekomst. Tijdens deze gesprekken komt naar voren dat de rol van de overleden moeder nog enorm groot is, er is nog steeds sprake van rouw en er is behoefte aan rouwverwerking bij alle gezinsleden. C. heeft nog steeds een goede band met opa en oma maar wil hen (nog) niet bij deze gesprekken betrekken. Gezien het feit dat er in de familie financiële problemen spelen en er veel wantrouwen is richting de hulpverlenende instanties, worden alle gesprekken bij vader thuis georganiseerd. De behandelaren vanuit het FACT-team zijn te gast. De gesprekken vinden plaats in een betekenisvolle context; zo staan er bijvoorbeeld een aantal foto's van moeder in de kamer.

### **Conclusies**

De voordelen van FACT voor deze cliënt met een licht verstandelijke beperking, psychiatrische problemen én verslavingsproblemen zijn:

- 1 team die begeleiding biedt voor alle hulpvragen. Er is voldoende kennis in het team om de samenhang te zien tussen psychiatrie, licht verstandelijke beperking en verslaving, waardoor versnippering in hulpverlening wordt voorkomen;

- Een duidelijk aanspreekpunt voor zowel cliënt als ketenpartners;
- Integratie van alle levensgebieden; 1 persoon = 1 plan;
- Steunende en structurerende contacten bieden en daar waar mogelijk behandelen;
- Niet alleen praten, maar aanwezig zijn op betekenisvolle plekken, samen dingen aanpakken;
- Als team dagelijks bereikbaar zijn, er is altijd contact mogelijk;
- In kunnen springen op crisissituaties (bv suïcidetaxatie);
- Vasthouden aan hulpvragen van de jongere; ook als de cliënt het op wil geven of (tijdelijk) contact verbreekt, steeds opnieuw contact zoeken en vanuit het contact op weg gaan;
- Voorkomen van crisisopnames en het organiseren van gerichte opnames (verslavingszorg) door zeer intensieve, flexibele ambulante zorg, waarin het FACT-team op allerlei tijdstippen en op verschillende plekken aanwezig is;
- Tenslotte werkt een FACT-team vanuit een positief mensbeeld; 'psychiatrische zorg is alleen maar succesvol wanneer patiënten weer mens geworden zijn'.

### Literatuurlijst

- Faber, T., & Mostert, P. (2010). *Beleidsnotitie ACT teams Accare*. Assen: Stichting Universitaire en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord-Nederland.
- Hendriksen-Favier, A. (2011). *Modelbeschrijving (F)ACT Jeugd*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Minnen, A. van, Hoogduin, C. A. L., & Broekman, T. G. (1997). Hospital vs. Outreach treatment of patients with mental retardation and psychiatric disorder: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 515-522.
- Mulder, N., & Kroon, H. (Red.) (2009). *Assertive Community Treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom.
- 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.