
EERSTE ERVARINGEN MET EEN FORENSISCH ACT-TEAM IN DRENTHE

Jasper Klaver is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en is werkzaam binnen het Forensisch ACT-team van GGZ Drenthe. Hij heeft speciale interesse in ACT en hij heeft ervaring met dit concept opgedaan in binnen- en buitenland.
emailadres: Jasper.Klaver@ggzdrenthe.nl

Jasper van Marle is psychiater. Hij is grondlegger en behandelcoördinator van het Forensisch ACT-team. emailadres: Jasper.van.Marle@ggzdrenthe.nl

Frits Bovenberg is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en momenteel werkzaam als zelfstandig organisatieadviseur en trainer. Hij heeft veel expertise op het gebied ACT. Hiervoor heeft hij ruime werkervaring opgedaan bij diverse Rotterdamse ggz-instellingen. emailadres: f.bovenberg@planet.nl

Inleiding

Op 1 juni 2007 is het Forensisch Assertive Community Treatment-team van GGZ Drenthe van start gegaan. Het team is een nieuwe schakel in de zorgketen van de Divisie Forensische Psychiatrie van GGZ Drenthe, welke verder bestaat uit een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en een polikliniek (AFPN). Binnen de organisatie werd ervaren dat de uitstroom en de nazorg van een groep complexe patiënten stagneerde of moeizaam verliep. Verwijzingen kwamen niet tot stand of ingezette behandelingen leidde tot terugval. Steeds vaker concludeerden behandelaren dat er intensievere ambulante (na)zorg nodig was en dat deze in Nederland, maar vooral in het Noorden van het land, niet voorhanden was. Het betreft hier het eerste ACT-team in Nederland dat zich nadrukkelijk specialiseert in de ambulante behandeling van deze doelgroep. Het team richt zich naast de doelen van een regulier ACT-team op het terugdringen van arrestaties, opname- en detentiedagen en heeft verder als doel dat er een afname komt in het aantal onvervulde zorgbehoeften.

ACT en forensische psychiatrie

Assertive Community Treatment is inmiddels een vertrouwd begrip geworden voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Binnen veel organisaties in Nederland hebben ACT-teams een vaste plek in de zorgketens verworven en de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie stelt dat ACT in elke GGZ-regio deel moet uitmaken van het zorgaanbod. Samengevat komt Assertive Community Treatment neer op een organisatievorm voor het leveren van hulpverlening aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, met problemen op meerdere levensgebieden, die daarnaast vaak zorg mijden. De volgende ingrediënten van ACT zijn van belang: geen zorg uitbesteden aan anderen; zorg in de samenleving en een relatief kleine caseload van maximaal tien patiënten per fulltime hulpverlener (Kroon & Mulder, 2005).

Binnen de forensische psychiatrie werkt men vanuit de principes van beveiligende zorg. De forensische psychiatrie is bedoeld voor mensen met een psychiatrische aandoening die een delict hebben gepleegd of bij wie het gevaar dreigt dat zij dit gaan doen. De forensische zorg onderscheidt zich van de reguliere geestelijke gezondheidszorg door het gepleegde delict en het voorkomen hiervan nadrukkelijk centraal te stellen. De behandeling richt zich op recidivepreventie en het verminderen van het gevaar voor de maatschappij.

Tevens kan de complexe psychiatrische problematiek ertoe geleid hebben dat de zorg in het reguliere GGZ systeem in de eigen regio niet tot stand is gekomen, daar waar dit wel gewenst wordt, vanwege de gevolgen voor zowel de patiënt als de maatschappij.

Forensische ACT in het buitenland

Forensische ACT is nieuw in Nederland. Internationaal, en dan vooral in de VS, bestaan al langer dergelijke teams en de uitkomsten van onderzoeken naar die teams zijn hoopgevend. In de literatuur wordt het meest verwezen naar het Project Link en County collaborative jail linkage project. Het worden ook wel de enige twee relevante onderzoeken genoemd op dit gebied (Arends, 2008).

Zoals men mag verwachten scoren de projecten goed op punten waar een regulier ACT-team ook goed op scoort. Daarnaast zijn er duidelijke tendensen waarneembaar van het terugdringen van arrestaties en recidive en het verlengen van dagen in de maatschappij. Positieve effecten worden toegekend aan het aspect als het gaat om een geïntegreerd model dat specifieke interventies pleegt en aandacht heeft voor criminaliteit. Parker benoemt Forensic ACT zelfs als mogelijk best practice voor de toekomst voor deze doelgroep (Parker, G.F., 2004). Daarentegen wordt, zonder uitzondering, in elk artikel aanbevolen om meer onderzoek te doen. Voornaamste reden hiervoor is dat vrijwel alle onderzoeken niet volledig voldoen aan criteria voor onderzoek en onderling van methode verschillen waardoor vergelijking niet goed mogelijk is (Arends, 2008).

Casus I, Koen

Tijdens het multidisciplinaire ochtendoverleg blijkt dat patiënt Koen zich meerdere malen dreigend heeft uitgelaten over de casemanager van zijn zoon welke voor Jeugdzorg werkt. Hij is woedend over de voorwaarden die Jeugdzorg stelt aan de beperkte omgangsregeling tussen hem en zijn zoon en hij kan zich daar absoluut niet vinden. Uit frustratie heeft hij het plan opgevat om de betrokken medewerkers van Jeugdzorg op te zoeken en indien nodig zijn betoog met handen kracht bij te zetten. In het verleden heeft Koen bewezen hier toe in staat te zijn. Besloten wordt dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en de verpleegkundige van het team Koen thuis zullen opzoeken om met hem zijn frustraties en woede te bespreken, en in zoverre de situatie die hij voorstelt te problematiseren, in de hoop dat hij afziet van zijn plannen. Ondertussen neemt de psycholoog van het team contact op met de casemanager van Jeugdzorg om de situatie te bespreken en tevens om uit te zoeken of er toch niet enkele mogelijkheden zijn om het contact tussen vader en zoon wat te verbeteren.

In de volgende weken vinden verscheidene van dergelijke huisbezoeken plaats en regelmatig wordt er binnen het team overwogen om vanuit veiligheidsmaatregelen voor derden over te gaan tot een in bewaring stelling of rechterlijke machtiging voor Koen.

De visie en missie

Het team in Assen biedt langdurige ambulante, intensieve en beveiligende zorg aan patiënten met een ernstige psychiatrische handicap welke hebben geleid, of dreigen te leiden tot het plegen van delicten. Het gaat om praktische zorg gericht op de problemen van alledag, die zowel gevraagd als ongevraagd geleverd wordt en zoveel mogelijk door het Forensische ACT-team wordt uitgevoerd.

Het team richt zich naast de doelen van een regulier ACT-team op het terugdringen van arrestaties en detentiedagen en heeft tevens als doel dat er

een afname komt in het aantal onvervulde zorgbehoeften. Met dit laatste wordt bedoeld dat het team mede is opgezet vanuit een gebrek aan een intensief behandelaanbod voor patiënten na ontslag uit een forensische psychiatrische afdeling en/of instelling.

De doelgroep

Patiënten moeten aan de volgende criteria voldoen willen zij in aanmerking komen voor het programma van het Forensisch ACT-team:

- 16 jaar of ouder zijn, maximaal 65 jaar oud
- een IQ van boven de 80
- problemen op vrijwel alle zeven levensgebieden, patiënten dienen gemiddeld een score van boven de 15 punten te hebben op de Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS).
- in aanraking geweest met justitie (al dan niet een maatregel hebben)
- eventueel kunnen patiënten uit voorzorg in behandeling worden genomen (preventief)
- binnen de regio van GGZ Drenthe vallen, of binnen een straal van 50 kilometer rondom Assen wonen en/of verblijven

Belangrijkste verwijzers tot op heden zijn de forensisch psychiatrische kliniek en de ambulante forensische psychiatrie (polikliniek) in Assen geweest. Daarnaast zijn patiënten aangemeld via reclassering en reguliere poliklinieken.

Kenmerken van de doelgroep

Aan het programma (n=26) nemen momenteel drieëntwintig mannen en drie vrouwen deel.

Het overgrote deel van de patiënten is in aanraking gekomen met justitie en de forensische psychiatrie in verband met agressieregulatie en impulscontrole problematiek. Een enkeling neemt vanuit preventief oogpunt deel aan het programma. Veelal hebben deze patiënten zich dreigend naar derden uitgelaten. Een minderheid heeft geweldsdelicten begaan, het gaat dan om mishandeling, diefstal met geweld en in twee gevallen om moord. Opvallend is dat een zestal patiënten in aanraking met justitie zijn gekomen (na een poging tot brandstichting. Andere veroordelingen betreffen radiopiraterij, fraude, rijden onder invloed, stalking en verboden wapenbezit.

Binnen de forensische psychiatrie worden veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis behandeld. Zestien van de zesentwintig patiënten in het programma zijn gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis en het is de verwachting dat dit aantal zal toenemen. Dit gegeven vormt een belangrijk verschil met reguliere ACT. Het team stuit dan ook op veel leugens, achterdocht, manipulatie en weezin bij de patiënten. Het is van noodzakelijk belang gebleken om zoveel mogelijk bronnen rond een patiënt te gebruiken om de werkelijkheid zo nauwkeurig mogelijk te kunnen reconstrueren. De behandeling en begeleiding van een persoonlijkheidsstoornis geeft een extra dimensie aan het werk en het vraagt om veel tijd, geduld en tact. Het is zaak om als team goed te weten wat de doelen van een patiënt zijn en welke bejegening daarbij van pas komt. Intervisie is hierbij erg nuttig gebleken, omdat de teamleden tijdens deze bijeenkomsten de gevoelens van uitstoting jegens een patiënt beter leren kanaliseren en de weerstand functioneel kunnen maken.

Bij twintig van de in totaal zesentwintig geïncludeerde personen is er sprake van verslavingsproblematiek. Hierbij gaat het voornamelijk om alcohol- en cannabismisbruik. Er wordt weinig tot geen harddruggebruik gesignaleerd. Slechts een persoon gebruikt methadon.

Gezien het aantal gebruikers en de samenhang tussen verslaving en criminaliteit verdient de behandeling van verslaving extra aandacht.

Het team heeft verscheidene patiënten met een maatregel in zorg, zie tabel 1: juridische titels.

Tabel 1: juridische titels

Juridische titel	Afkorting	Aantal patiënten
Vrijwillig		16
Rechterlijke machtiging	RM	4
Ter beschikking stelling met voorwaarden	TBS-voorwaarden	2
Ter beschikking stelling met dwangverpleging	TBS-dwang	1
Bijzondere voorwaarden		3

Dit kan gaan om verplicht reclasseringscontact, maar ook om bijvoorbeeld een ter beschikking stelling (TBS) met voorwaarden en TBS dwangverpleging. In de voorbereidingsfase van het team is afgesproken dat er meerdere patiënten met een TBS-maatregel in het programma zullen worden opgenomen en twee patiënten met de diagnose psychopathie. De praktijk zal moeten gaan uitwijzen hoeveel patiënten met een TBS-maatregel het team goed kan behandelen en de veiligheid van de samenleving kan waarborgen.

Teamsamenstelling

Gezien de complexiteit van de doelgroep, de beveiligende zorg die het team levert en het feit dat het team zo modelgetrouw het ACT-concept wil nastreven, bestaat het Forensisch ACT-team uit verschillende disciplines. Het team bestaat uit een psychiater, (verslavings)arts, teamleider met verpleegkundige achtergrond, GZ-psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, trajectbegeleider, verpleegkundige, woonbegeleider en twee secretaresses. Op korte termijn zal het team uitgebreid worden met een ervaringswerker. Het team moet voldoende personeel hebben zodat er een uitgebreide mix aan expertise is en voldoende personele bezetting voor de bereikbaarheid van het team. Aan de andere kant moet het team klein genoeg zijn om makkelijk met elkaar te kunnen communiceren en genoeg op de hoogte te zijn van de situatie van iedere patiënt, zodat ze op elk moment in kunnen vallen en de juiste zorg kunnen bieden. Bij een regulier ACT-team wordt aangeraden een caseload van 100 cliënten te hebben. Een kleinere caseload lijkt bij forensische ACT-teams gewenst zijn, omdat een groot aantal patiënten intensieve zorgbehoeften hebben. Een hulpverlener-patiënt ratio van 1:8 is waarschijnlijk realistischer. De kosten van de intensievere benadering van forensische ACT-teams worden snel terugverdiend in een afname van klinische opnames op (dure) forensische afdelingen.

Casus II, Sjors

De politieman bevestigt dat het verhaal van patiënt Sjors voor meer dan de helft op waarheid berust en dat het beter voor Sjors is om zich een tijdlang niet in zijn oude woonplaats te begeven. Helaas zijn de belastende verklaringen die hij aan de politie afgegeven heeft op straat terecht gekomen en de politieman houdt er serieus rekening mee dat het niet goed met hem af kan lopen. Het advies van de politieman luidt als volgt: Sjors dient zich gedeisd te houden en in een andere plaats een nieuw bestaan op te bouwen.

Keer op keer is het Sjors gelukt om al zijn schepen in zijn nog jonge leven achter zich te verbranden en telkens verschijnt hij met een enorme vraag om hulp op een politiebureau of bij zijn contactpersoon van de reclassering. Al van kinds af aan was hij op de straat te vinden en vanaf zijn 15e kent hij de werking van diverse soorten harddrugs en heeft hij aan zijn criminele CV gewerkt. Het is knap dat hij sinds twee jaar zonder harddrugs kan, maar erg jammer voor hem dat vrijwel geen instantie nog zaken met hem wil doen. Sinds het team Sjors in zorg heeft gekregen is er nog weinig veranderd en na enkele weken zwerven bekend hij op het politiebureau verschillende inbraken. Hij wordt ingesloten en krijgt enkele maanden celstraf. Op praktisch gebied zijn er nog weinig concrete zaken behaald met hem, maar het contact tussen het team en Sjors is in dermate opgebouwd dat hij uit zichzelf contact opneemt met het team. Hij verzoekt om een klinische behandeling te ondergaan in een forensisch psychiatrische setting om onder meer te onderzoeken hoe het nu komt dat hij keer op keer alles afbreekt en op de vlucht slaat. Kortom: een nieuw aanknopingspunt dient zich aan.

Behandeling en begeleiding

Het team maakt gebruik van een mix van theoretische modellen en methodieken. Zoals bijvoorbeeld elementen vanuit de sociale psychiatrie, de individuele rehabilitatie benadering (IRB), systeemtherapie, de presentiebenadering, motivationele gesprekstechnieken en cognitief gedragstherapeutische modellen. Het team streeft er nadrukkelijk naar om in de nabije toekomst de programma's individual placement and support (IPS), integrated dual diagnosis treatment (IDDT) en eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) binnen het behandelaanbod te implementeren. Op dit moment wordt op zoveel mogelijk levensgebieden behandeling en begeleiding aangeboden.

Zie tabel 2 op de volgende pagina: Gebieden waarin het forensisch ACT-team begeleiding en behandeling biedt.

Tabel 2 : gebieden waarin het forensisch ACT team begeleiding en behandeling biedt (bron: SAMSHA, toolkit ACT)

Dagelijkse activiteiten	Gezondheid
Boodschappen en koken Aankoop en verzorging van kleren Gebruik maken van transport/openbaar vervoer Sociale contacten en contacten met familie	Voorlichting over gezondheidsproblemen Screenen van medicatie Plannen van routine bezoeken Mensen in contact brengen met acute medische zorg Seksuele voorlichting
Gezinsleven	Medicatie
Crisisinterventie Counseling en psycho-educatie voor familieleden Coördinatie met jeugdzorg en welzijnswerk Ondersteuning bieden bij het ouderschap	Samenwerking met apotheken Brenge van medicatie, indien nodig Voorlichting medicatiegebruik Mensen ondersteunen bij het op tijd innemen van medicatie In de gaten houden van bijwerkingen
Werkgelegenheid	Woonbegeleiding
Hulp bieden bij voorbereiding voor werk Hulp bieden bij het zoeken en behouden van een baan Werkondersteuning Voorlichting over psychiatrische stoornissen aan werkgevers	Vinden van geschikte woonruimte Ondersteuning bij betalen van huur Aanschaf en onderhoud van huishoudelijke apparatuur Opbouwen van relatie met verhuurders Verbeteren van huishoudelijke vaardigheden
Rechten	Financieel management
Ondersteuning bij het aanvragen van regelingen en vergoedingen Vergezellen van cliënten naar de sociale dienst	Maken van een budget Oplossen van financiële problemen Ondersteuning bij het betalen van rekeningen Vergroten van onafhankelijkheid in geldbeheer
Verslavingszorg	Counseling
Boodschappen en koken Aankoop en verzorging van kleren Gebruik maken van transport/openbaar vervoer Sociale contacten en contacten met familie	Voorlichting over gezondheidsproblemen Screenen van medicatie Plannen van routine bezoeken Mensen in contact brengen met acute medische zorg Seksuele voorlichting
Risicomanagement	Psychiatrische behandeling
Risicodiagnostiek Recidive preventie	Trauma gerichte therapie (EMDR) Schemagerichte therapie Cognitieve gedragstherapie

Reclassering

Lamberti (Lamberti et al, 2004) beschrijft in zijn onderzoek naar het tegengaan van recidive dat er in vele ACT-teams een reclasseringsmedewerker opgenomen is om arrestatie en detentie tegen te gaan (Arends, 2008). Van Veldhuizen (Van Veldhuizen e.a., 2006) heeft ervoor gepleit dat de reclasserder toezicht houdt op het team en een liaison functie heeft naar de rechtbank en het openbaar ministerie. Hierdoor kan de hulpverlener zijn taak naast en met de patiënt uitvoeren en worden beide gecontroleerd door de reclasserder waardoor het team grenzen krijgt waarmee zij kunnen werken. Hierbij kun je de narratieve techniek van externalisatie gebruiken om samen te werken met de patiënt aan het voorkomen van straf zonder zelf te hoeven straffen. Het Forensisch ACT-team heeft geen reclasseringsmedewerker in het team opgenomen, maar werkt wel nauw samen met de reclassering. Het soort contact tussen de reclassering en het team hangt van de patiënt af.

Het komt voor dat een patiënt wekelijks contact heeft met een medewerker van de reclassering, maar het kan ook zijn dat de reclassering de patiënt volgt via het ACT-team. De samenwerking wordt onder meer gewaarborgd door reclasseringsmedewerkers uit te nodigen voor vergaderingen en regelmatig telefonisch contact te onderhouden.

Risicotaxatie en veiligheid

Binnen het Forensisch ACT-team heeft veiligheid voor de patiënt en diens omgeving alsmede het team veel prioriteit. Veiligheid is een onderwerp dat blijvend op de agenda staat. Het team heeft er bewust voor gekozen om niet teveel veiligheidsprocedures standaard in het werk in te bouwen, maar meer patiëntspecifiek en afhankelijk van de situatie na te gaan wat nodig is om de veiligheid voor alle partijen te garanderen. Nieuw aangemelde patiënten worden tijdens de opstartfase van een behandeling standaard in duo's opgezocht. De patiënten worden pas alleen bezocht indien daar binnen het team overeenstemming over is bereikt en wanneer er een risicotaxatie heeft plaats gevonden.

Risicotaxatie is met name in de klinische forensische psychiatrie gebruikelijk. Risicotaxatie gaat uit van een correlatie tussen waarneembare factoren in relatie tot het voorspellen van recidive. Er zijn meerdere instrumenten hiervoor ontwikkeld. In Nederland zijn onder meer de HKT-30, de HCR-20 en de START gebruikelijk en deze worden ook binnen het Forensisch ACT-team gebruikt. De waarde en betrouwbaarheid van risicotaxatie hangt af van de expertise van degene die de instrumenten afnemen. Binnen het team hebben de psychiater, de gz-psycholoog en de verpleegkundige geruime forensische ervaring opgedaan. Omdat de bestaande instrumenten voor risicotaxatie zich vooral richten op de intramurale setting heeft het Forensische Actplatform afgesproken dat er meer onderzoek zal moeten gaan plaatsvinden naar welke instrumenten geschikt blijken te zijn voor de ambulante praktijk (uitspraak Sande, R. van de, presentatie: "Risicotaxatie in de Actcontext", Forensisch ACT platform, 2007).

Binnen het team wordt daarnaast gewerkt met signaleringsplannen en crisiskaarten. Vooral de laatste methode blijkt zeer nuttig voor de praktijk te zijn. Het doel van een crisiskaart is het voorkomen van verergering van de psychiatrische problematiek en de mogelijk daar uit voortvloeiende ernstige en/of agressieve delicten. De crisiskaart wordt aangeboden aan vrijwel alle patiënten die een groot risico hebben om terug te vallen in een crisis en/of recidive. Met een crisiskaart kan een patiënt of een geautoriseerd persoon uit het netwerk van de patiënt, per direct een opname in de kliniek aanvragen voor één tot vijf dagen (bron: ggzdrenthe.nl). De praktijk heeft al uitgewezen dat de crisiskaart erg belangrijk is voor de patiënten van het team en dat het een effectieve interventie is om een crisis te deëscaleren. Patiënten gaan vaak zorgvuldig met de mogelijkheden van een crisiskaart om. Meestal verzoeken zij zelf om een opname en heffen zij de kaart uit zichzelf weer op.

Teamontwikkeling

Een goede voorbereiding is van belang voor een succesvolle implementatie. Na een algemene introductie in de belangrijkste principes van het model, wordt aanbevolen om met de teamleden op bezoek te gaan bij een goed functionerend ACT team, om een indruk te krijgen van de werking van het model in de praktijk. Na deze algemene introductie volgde een ACT training, die een tweedaagse en zes losse dagdelen verspreid over een half jaar in beslag nam. Tijdens deze training werd ingegaan op alle aspecten van het ACT model afgestemd op de forensische ambulante psychiatrie. Het management en team vinden het van belang dat gedurende de eerste twee jaar van de implementatie er voortdurende training,

supervisie en consultatie door een ervaren ACT adviseur en trainer plaatsvindt. Hierdoor wordt de kwaliteit geborgd, blijft het team in ontwikkeling en wordt de kans verkleind dat teamleden terugvallen in hun oude manier van werken.

Casus III, David

Sinds een paar maanden woont David weer bij zijn ouders. Het gaat naar eigen zeggen goed met hem, wat onder meer blijkt uit het feit dat hij elke morgen met een blij gevoel wakker wordt. Een gevoel dat hij in jaren niet gekend heeft, terwijl de TBS met dwangverpleging nog altijd niet is opgeheven of omgezet is in een andere juridische maatregel. Door middel van een speciale verloffconstructie, met daarin specifieke afspraken met het Forensisch ACT-team, kan hij permanent bij zijn ouders wonen en elke zaterdag met zijn familie boodschappen doet op de markt.

Tot slot

Het Forensisch ACT-team heeft twee jaar de tijd gekregen om uit te groeien tot een volwaardig en volwassen team dat excellente forensische ambulante zorg levert. De eerste ervaringen geven het team het benodigde vertrouwen om door te gaan en hebben de idealen die ten grondslag liggen aan het team versterkt. De reacties van de patiënten zijn, ondanks hun complexe problematiek en alle vormen van weerstand die dat met zich mee brengt, vaak overwegend positief. De toekomst zal onder meer uit moeten gaan wijzen in hoeverre deze nieuwe aanpak een meerwaarde vormt op, al dan niet bestaande vormen van forensische zorg en hoe groot de caseload kan worden en welke zorgzwaarte het team kan dragen. Het is aan het Forensisch ACT-team om aan te tonen dat er voor de zogenaamde moeilijke en onbehandelbare forensische patiënten, wel degelijk een maatschappelijk bestaan mogelijk is, en dat Forensische ACT een mogelijk alternatief vormt voor de als maar groeiende Longstay-afdelingen binnen de TBS-wereld en de groeiende populatie patiënten met schizofrenie binnen penitaire instellingen.

Literatuur

- Arends, M. (2008). *Veiligheid van de maatschappij is het doel, behandeling van het individu is de weg er naar toe*. Hogeschool van Rotterdam. Scriptie.
- Lamberti, J.S., Weisman, R. L., faden, (2004). D.I.. *Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults With severe Mental Illness*. Psychiatric Services. 2004: 55 (11): 1285-1293
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Trimbos-instituut, 2005.
- Mulder, C.L., Kroon, H., (2005). *Assertive Community Treatment*. Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers, Nijmegen.
- Parker, G.F.. *Outcomes of Assertive Community Treatment in an NGRI Conditional Release Program, (2004)*. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2004: 32 (3): 291-303. Substance abuse & mental health services administration (SAMSHA), (2002). Toolkit assertive community treatment, werkboek, (internetversie, gratis pdf-download), Rockville, USA
- Sande, R. van de (2007). *Risicotaxatie in de ACT context*. Hogeschool Utrecht, Bavo Europoort. Handout powerpoint. 2007 1-17
- Veldhuizen, J. R. van, Berkhout, J. J., Horsman, L. *Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check*. Proces. 2006: 5: 170-179

Bronnen

- www.ggzdrenthe.nl
- www.ggzconsult.nl