

A.G.M. VAN DER PLAS, A.M. VAN HEMERT, E. VALENCIA, E. BEUNE & H.W. HOEK

Critical Time Intervention

Continuïteit van zorg in de openbare geestelijke gezondheidszorg

De oggz lijkt een alomvattend vangnet, maar patiënten hebben soms ook even op andere terreinen tegelijk begeleiding nodig. Gerichte, tijdelijke bemoeizorg kan voorkomen dat een patiënt tussen wal en schip valt.

‘In 2010 is voor alle 10.000 daklozen in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (G4) een trajectplan opgesteld waarin zij zover als mogelijk voorzien zijn van inkomen, van passende huisvesting, effectieve ondersteuning en zorg, zinvolle dagbesteding, en/of werk.’ Dit is de centrale ambitie die het kabinet heeft geformuleerd in het *Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang* (Rijk en de G4, 2006).

Om deze ambitie te realiseren wordt de komende jaren geïnvesteerd in de keten van voorzieningen in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. De oggz is het geheel van activiteiten op het gebied van geestelijke volksgezondheid die niet worden uitgevoerd op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag (NRV, 1991). De oggz tracht invloed uit te oefenen op maatschappelijke omstandigheden die de geestelijke gezondheid van burgers benadelen, ze beschermt de maatschappij tegen onnodige overlast, risico's en gevaren, en ze probeert mensen die gemarginaliseerd dreigen te raken terug te leiden naar een maatschappelijk bestaan, dat zowel voor henzelf als voor hun omgeving aanvaardbaar is (Lohuis e.a., 2000).

Een knelpunt in de oggz is de continuïteit van zorg. Enkele jaren geleden schreven de vier grootste gemeenten en een aantal GGZ-instellingen: ‘De klassieke opvatting van oggz als voordeur (preventie, signalering en toeleiding) en achterdeur (nazorg) voldoet niet – gaat er teveel vanuit dat de tussenliggende schakels vanzelf goed aansluiten en positieve trajecten

opleveren.’ (G4 en GGZ-instellingen, 2005). In Nederland bestaan meer dan honderd bemoeizorgteams (Van de Lindt, 2007). Deze hebben allemaal hun eigen werkwijze. Meer eenheid in de gebruikte methodiek versterkt de positie van bemoeizorg en draagt bij tot het ontwikkelen van effectievere zorg.

Critical Time Intervention (CTI) is een vorm van bemoeizorg die tijdelijk ondersteuning biedt wanneer patiënten worden toegeleid of doorverwezen naar zorg. CTI is bedoeld voor het verbeteren van de continuïteit van zorg. In dit artikel beschrijven we (na een verkenning van knelpunten in het leveren van continue zorg in de OGGZ) wat CTI behelst, hoe het zich verhoudt tot andere vormen van casemanagement en hoe het wordt gefinancierd. Vervolgens gaan we in op aspecten van de continuïteit van zorg die van belang zijn voor CTI. We illustreren de methodiek met een uitgewerkt voorbeeld.

415

Discontinuïteit van zorg in de oggz

Continuïteit van zorg is moeilijk te bereiken in de OGGZ. Patiënten hebben namelijk vaak niet alleen psychiatrische behandeling nodig, maar ook begeleiding op het gebied van schulden, justitie, dagbesteding, enzovoort (zie tabel 1). De OGGZ beoogt tegemoet te komen aan de vele hulpbehoeften van de doelgroep. Dat vergt een zo grote verscheidenheid van diensten dat de samenhang onduidelijk kan worden. Patiënt én hulpverleners zien door de bomen het bos niet meer. Verantwoordelijkheden zijn versnipperd. Instellingen wachten op elkaar en lastige patiënten worden ‘doorgeschoven’. (Patiënten zijn te verslaafd voor psychiatrische behandeling, te psychotisch voor behandeling van hun verslaving of te agressief voor de opvang.) Doordat er een heel netwerk van hulpverleners en instellingen betrokken is bij de zorg, moet er voortdurend worden geïnvesteerd in communicatie. Bovendien kan samenwerking worden bemoeilijkt doordat de betrokken partijen verschillend denken over dakloosheid, psychiatrie of verslaving.

Tabel 1 Kenmerken van de oggz doelgroep

- 1 Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (waaronder verslavingsproblemen) of ernstige psychosociale problemen.
- 2 Meerdere problemen op andere leefgebieden.
- 3 Onvermogen (als gevolg van 1 en 2) om te voorzien in de eigen bestaansvoorwaarden (huisvesting, inkomen, enzovoort).
- 4 Gebrek aan mogelijkheden om de problemen op te lossen.
- 5 Geen adequate hulpvraag.

(Bron: G4-gemeenten en GGZ-instellingen, 2005)

Een samenhangend pakket van diensten en zorg is nog niet voor alle doelgroepen in de OGGZ gerealiseerd (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003; Ministerie van vws, 2003). Vooral voor patiënten met een psychiatrische stoornis én verslaving is nog niet voldoende opvang en zorg beschikbaar. De beschikbare capaciteit is moeilijk toegankelijk, als gevolg van huisregels en contra-indicaties. Daardoor blijft een deel van de OGGZ-doelgroep verstoken van zorg of onderdak. Dat kan leiden tot toename van psychiatrische symptomen, stijging van middelengebruik en een hoger risico op dakloosheid (Lamb e.a., 1992; Hellerstein e.a., 1995).

Critical Time Intervention

Critical Time Intervention (CTI) is een *evidence based* benadering, ontworpen om de verbinding te maken tussen de patiënt en de zorg (Susser e.a., 1997). De methodiek werd ontwikkeld in New York maar is in het Nederlands vertaald en aangepast voor toepassing bij mensen met schizofrenie en een verleden van dakloosheid (Valencia e.a., 2006). Op dit moment wordt de methode geïmplementeerd en onderzocht bij de OGGZ-doelgroep in Den Haag.

CTI wordt ingezet om te bevorderen dat mensen in zorg komen of overgaan naar een nieuwe vorm van zorg. Voor mensen met een ernstige psychiatrische stoornis is zo'n overgang (bijvoorbeeld van een tijdelijke naar een duurzame woonsituatie, van klinische naar ambulante zorg, van de gevangenis naar de maatschappij) vaak moeilijk te maken. Daardoor gaat de continuïteit van zorg gemakkelijk verloren.

CTI ondersteunt patiënten bij het aangaan van nieuwe zorgcontacten en coördineert de overdracht van zorg. In de loop van zes tot twaalf maanden bouwt de CTI-casemanager, in samenspraak met de patiënt, een netwerk van zorg op. CTI is opgebouwd uit drie fasen, waarin de intensiteit van het contact afneemt. In de eerste, de Structureringsfase, worden urgente problemen opgelost en wordt een toeleidingsplan ontwikkeld. In de tweede fase, de Testfase, worden de probleemoplossende vaardigheden van de patiënt versterkt en wordt het netwerk getest. In de laatste fase, de Overdracht van Zorg, wordt de zorgoverdracht uitgevoerd en de CTI-ondersteuning beëindigd.

Tabel 2 **Kernelementen van CTI****Doel**

De patiënt tijdelijk begeleiden bij kritieke momenten van verandering zodat continuïteit van zorg verzekerd is.

Visie op zorg**417**

De basis is een stabiele relatie tussen patiënt en casemanager. Door inzicht in zowel de praktische als emotionele kanten van begeleiding naar stabiele zorg kunnen hulpverleners een effectieve interventie bieden die rekening houdt met gevoelens van patiënten. Hiaten in zorg worden overbrugd met behulp van een helder beschreven methodiek die het aanbod afstemt op de vraag.

Houding en technieken van casemanagers

- Pro-actief, outreachend
- Empathisch en respectvol
- Autonomie stimuleren en beschikbaar blijven
- Weerstand van de patiënt wordt gezien als een manier van communiceren
- Motiverende gesprekstechnieken

In gerandomiseerd onderzoek onder ernstig psychiatrische patiënten in de VS is CTI effectief gebleken in het verminderen van het aantal nachten die de betrokken doorbrachten zonder dak boven hun hoofd. CTI bleek ook bij te dragen tot het afnemen van negatieve symptomen van schizofrenie en het bleek een kosteneffectieve interventie (Herman e.a., 2000; Jones e.a., 1994; Jones e.a., 2003). De structuur van CTI biedt goede mogelijkheden voor verder wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van deze werkwijze in Nederland, waar de reguliere hulpverlening beter toegankelijk en georganiseerd is dan in Amerika (Kroon & Wolf, 2000).

CTI komt tegemoet aan de behoefte van OGGZ-medewerkers aan goed beschreven, inzichtelijk vormgegeven interventies met een duidelijke structuur. Het geeft professionals een kader voor hun handelen, verschaft duidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden bij het samenwerken met andere partijen en vergemakkelijkt het afleggen van verantwoording aan financiers.

CTI en andere vormen van casemanagement

De Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie ontraadt vormen van *casemanagement* zoals het werken met Community Mental Health Teams en het makelaarsmodel (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire

Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005). Instituutsgebonden zorg is namelijk minder effectief dan zorg aan huis. In plaats daarvan adviseert de richtlijn Assertive Community Treatment (ACT) voor mensen met schizofrenie. CTI gaat uit van dezelfde principes als ACT maar heeft een aangepaste vorm, zowel wat de lengte als wat omvang van de zorg betreft (zie tabel 3). ACT is bedoeld voor langdurig zorgafhankelijke patiënten, terwijl CTI soortgelijke zorg biedt voor een bredere doelgroep gedurende een afgeperkte periode.

Tabel 3 Centrale uitgangspunten van het makelaarsmodel, ACT en CTI

	Makelaarsmodel	ACT	CTI
Caseload	> 30	< 15	< 25
Is de hulpverlener verantwoordelijk voor continuïteit?	Nee	Ja	Ja
Locatie van zorgcontacten	Instelling	Omgeving van de patiënt	Omgeving van de patiënt
Coördinatie of dienstverlening?	Coördinatie	Dienstverlening	Coördinatie én dienstverlening
Casemanager of teamsgewijs?	Casemanager	Teamsgewijs	Casemanager
Tijdsduur	Onbepaald	Onbepaald	Beperkt
Omvang geleverde diensten	Gericht op totale zorgbehoefte	Gericht op totale zorgbehoefte	Gericht op continuïteit van zorg

Wat is de meerwaarde van CTI ten opzichte van ACT? De doelgroep van de OGGZ is divers en zolang mensen niet in zorg zijn, heb je maar beperkt zicht op hun problematiek. Een eenduidige zorgindicatie is dan vaak nog niet te stellen. CTI inventariseert de situatie, vaardigheden en kwetsbare punten van patiënten en motiveert hen voor passende zorg. Op basis van die inventarisatie kan na een kort traject worden gekozen voor ACT (dat kan snel en drempelloos, want deze twee werkwijzen sluiten nauw op elkaar aan), maar voor veel patiënten zal andere zorg gepaster zijn. CTI kan zo overbelasting van ACT-teams voorkomen.

Financiering van CTI

De drie belangrijkste bronnen voor het financieren van zorg zijn 1) de zorgverzekeraars, 2) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en 3) de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Kortdurende zorg wordt betaald door zorgverzekeraars, langdurige en zware zorg wordt betaald uit de AWBZ. De WMO dekt onder andere huishoudelijke verzorging en OGGZ-activiteiten. De kwaliteit van de zorgverlening in de OGGZ kan in het geding komen door de splitsing tussen WMO- en AWBZ-gelden: er is minder tijd en er zijn minder activiteiten mogelijk (Van de Lindt, 2007). CTI-cliënten die nog niet in zorg zijn, vallen onder de WMO. In onderhandelingen met de gemeente kan CTI de aard van de ‘bemoeizorg’ inzichtelijk maken.

419

Continuïteit van zorg in de OGGZ met CTI

Continuïteit van zorg wordt in CTI vormgegeven in individuele trajecten en in de inrichting van de zorg. Tabel 4 geeft de kenmerken die Bachrach (1981) onderscheidt in continue zorg. Hiermee wordt een ideale situatie geschetst.

Tabel 4 Elementen van continuïteit van zorg zoals beschreven door Bachrach

Individueel traject

Longitudinaal	De interventie begint als daar behoefte aan is en eindigt wanneer ze is vervuld; gaande het traject kunnen behandelaars, behandelingen, of locaties veranderen
Individueel	De zorg wordt samen met de patiënt gepland, gericht op diens individuele behoeften
Flexibel	De patiënt kan in zijn eigen tempo de zorg doorlopen en hoeft niet voortdurend vooruit te gaan
Georganiseerd rond relaties	Voor de patiënt is het zorgsysteem vertrouwd en nabij.

Inrichting van zorg

Veelomvattend	De patiënt kan een verscheidenheid aan diensten en zorg ontvangen, naar gelang zijn of haar behoeften.
Gekarakteriseerd door communicatie	Zowel tussen patiënt en zorgverleners als tussen de verschillende zorgverleners wordt voldoende en helder gecommuniceerd.
Toegankelijk	De zorg is laagdrempelig en financieel toegankelijk.

Individueel traject

CTI biedt zelf geen langdurige, veelomvattende zorg maar bouwt een netwerk rond de patiënt. Het netwerk wordt opgezet in samenspraak met de patiënt.

Veel tijd wordt besteed aan het afstemmen van het zorgaanbod op de vraag. CTI wordt aangeboden in de leefomgeving van de patiënt en bij het opzetten van het netwerk wordt rekening gehouden met kenmerken van die omgeving. Dit vergroot de kans op een duurzaam netwerk.

Tempo en duur van het CTI-traject worden aangepast aan de individuele patiënt. Het CTI-model beschrijft momenten waarop meer tijd moet worden besteed aan de patiënt, bijvoorbeeld als er sprake blijkt van weerstand of een terugval in verslaving. Patiënten die betrekkelijk zelfredzaam zijn, kunnen het CTI-traject in kortere tijd doorlopen en ‘hogere’ doelen bereiken dan patiënten die minder vaardigheden in huis hebben.

Bij CTI wordt gebruik gemaakt van gesprekstechnieken en een therapeutische houding die aansluit bij de OGGZ-patiënt: niet confronterend, niet veroordelend, gericht op het motiveren van de patiënt, uitgaande van diens eigen wensen. Daarnaast wordt gelet op psychologische principes zoals de balans tussen autonomie en afhankelijkheid.

Inrichting van zorg

De aanmeldprocedure voor CTI is kort en de begeleiding start snel, zonder wachtlijst, zonder uitvoerige informatie over de patiënt en zonder dat deze blijkt heeft gegeven van vaardigheden en motivatie. Aan het vergroten daarvan wordt *tijdens* het traject gewerkt.

De *caseload* van CTI-casemanagers varieert van 15 tot 25 personen. Zolang het merendeel van hen zich in de eerste fase bevindt, is de *caseload* laag, en hebben casemanagers tijd voor het opbouwen van een relatie met de patiënt.

CTI houdt rekening met de diversiteit aan problemen van patiënten in de OGGZ. Aandachtsgebieden zijn: psychiatrische behandeling, financiën, verslaving, huisvesting, crisismanagement en familie. Op een of twee gebieden wordt tijdelijk zorg geleverd. Daarnaast wordt op de genoemde leefgebieden een zorgnetwerk opgezet. Bij afsluiting van CTI worden taken en verantwoordelijkheden duidelijk afgesproken met de patiënt en met het netwerk.

CTI in de praktijk

Julia Kernberg wordt door de wijkagent aangemeld bij de GGZ. Ze is de afgelopen tijd erg vermagerd, haar huis is vervuild en ze heeft verschillende somatische klachten. Met hulp van de buurvrouw legt de hulpverlening contact met Julia. De CTI-casemanager treft een Oostenrijkse vrouw die, na acht jaar in Nederland te hebben gewoond, goed Nederlands spreekt. Ze is

35 jaar maar lijkt veel ouder. Ze woont in het huis van haar broer, die zelf een jaar in het buitenland is. Ze gebruikt al jarenlang fors alcohol en heeft nog nooit zorg gevraagd of ongevraagd gekregen. Julia heeft geen inkomen, geen huisarts, geen ziektekostenverzekering en haar paspoort is verlopen. Ze wil graag hulp voor haar somatische klachten en bij het op orde brengen van de woning. Na deze kennismaking start fase 1 van CTI.

421

De structureringsfase

Na contact met de psychiater wordt Julia aangemeld voor verder neurologisch onderzoek; ze krijgt vitamine B1 en oxazepam voorgeschreven en gaat nadenken over behandeling van haar alcoholverslaving. Een fonds wordt aangeschreven om de kosten voor haar paspoort en verblijfsvergunning te betalen. Het paspoort wordt aangevraagd via het consulaat. Hoewel Julia recht heeft op een verblijfsvergunning blijkt deze moeilijk te regelen, omdat Julia niet kan aantonen hoe lang ze hier woont. De verblijfsvergunning is nodig om in aanmerking te komen voor een uitkering. Vanwege alle regelzaken komt de casemanager er niet aan toe om met Julia te spreken over de zorgen die ze heeft over haar zieke vader, die in Oostenrijk in een verpleegtehuis verblijft. De casemanager ruimt hiervoor wat extra tijd in. In die gesprekken blijkt dat Julia minder is gaan drinken en dat haar dit goed bevalt. Een aantal gesprekken verder besluit ze volledig te stoppen met drinken.

Als haar broer de woning wil opzeggen gaat Julia tijdelijk naar een tante. Hoewel de aanvraag voor een verblijfsvergunning traag verloopt, worden alvast voorbereidingen getroffen voor het opbouwen van een duurzaam zorgnetwerk. Julia gaat naar bijeenkomsten van de AA. Voor haar somatische problemen heeft ze contacten met een internist. Aangezien ze nog geen zorgverzekering heeft, verzoekt de casemanager om bevestiging van de rekening. Na een oriëntatie op werk besluit Julia aan de slag te gaan als vrijwilliger in een dierenwinkel. Door de contacten met klanten en collega's leeft ze op.

De testfase

Nu Julia kan terugvallen op een netwerk, begint fase 2. De casemanager bespreekt met haar hoe de AA-bijeenkomsten, het werk in de dierenwinkel en de contacten met de internist verlopen. Julia lijkt niet te kunnen genieten van haar nieuwe sociale contacten en het vrijwilligerswerk. In overleg met de psychiater en met Julia zelf meldt de casemanager haar aan bij de afdeling Depressie. De verwachting is dat de uitkering en verzekering geregeld zullen zijn wanneer Julia bovenaan de wachtlijst voor behandeling staat.

Wanneer Julia's vader overlijdt en er ruzie ontstaat over de erfenis, valt ze terug in alcoholgebruik en komt ze niet opdagen bij de dierenwinkel

en andere afspraken. Na herhaalde pogingen van de casemanager herstelt het contact. Julia wil de stijgende lijn van voor haar terugval vasthouden en besluit opnieuw te stoppen met drinken. Na vijf maanden krijgt ze een verblijfsvergunning en vraagt ze (met hulp van haar tante) een uitkering aan. Om daarvoor in aanmerking te komen, moet ze een vast adres hebben. Met hulp van de casemanager schrijft ze zich in bij het centraal loket Maatschappelijke Opvang. De *intake* verloopt goed en een maand later betreft ze een kamer in een woonvoorziening. Deze zal de praktische zaken verder regelen. De CTI-casemanager blijft beschikbaar voor psychiatrische zorg tot de behandeling bij Depressie goed loopt. In de eerste maand bemiddelt de casemanager tussen Julia en de begeleiders van de woonvoorziening. Daarna doet ze een stap terug.

Overdracht

Nadat de behandeling bij Depressie gestart is, zorgt de CTI-casemanager voor heldere afspraken tussen de woonvoorziening, de afdeling Depressie en Julia, en sluit het contact af.

Conclusie

Dankzij de focus op continuïteit van zorg is CTI bijzonder geschikt voor toepassing in de OGGZ. Het biedt tijdelijk extra zorg in een periode van verandering die voor veel patiënten moeilijk is. De heldere structuur biedt zowel voor de patiënt als de hulpverlener duidelijkheid over het te volgen traject. CTI is bedoeld als aanvulling op het bestaande aanbod, de interventie komt niet in plaats van, en is niet in concurrentie met het bestaande aanbod. CTI is geen panacee waarmee continue zorg gegarandeerd tot stand komt, maar het brengt zorg en patiënt dicht bij elkaar door het hulpaanbod af te stemmen op de hulpbehoefte.



Literatuur

Bachrach, L.L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1449-1456.

G4 en GGZ-instellingen (2005). *Kwetsbaar in de grote stad. G4 visie op een samenhangende Openbare*

Geestelijke Gezondheidszorg. www.ggzkennisnet.nl

Hellerstein, D.J., R.N. Rosenthal & C.R. Miner (1995). A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic

- patients. *The American Journal on Addictions*, 4, 33-42.
- Herman, D., L. Opler, A. Felix, E. Valencia, R. Wyatt & E. Susser (2000). A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms. *Journal of Nervous Mental Disease*, 188, 135-140.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Deel-rapport. Van overlastbestrijding naar bemoeizorg. Een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Jones, K., P. Colson, E., Valencia & E. Susser (1994). A preliminary cost effectiveness analysis of an intervention to reduce homelessness among the mentally ill. *Psychiatric Quarterly*, 65, 243-256.
- Jones, K., P.W. Colson, M.C. Holter, S. Lin, E. Valencia, E. Susser & R.J. Wyatt (2003). Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 884-890.
- Kroon, H., & J. Wolf (2000). Is casemanagement voor psychische stoornissen minder effectief dan Assertive Community Treatment? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 56-59.
- Lamb, H.R., L.L. Bachrach, S.M. Goldfinger & F.I. Kass (1992) Summary and recommendations. In H.R. Lamb, L.L. Bachrach & F.I. Kass (eds.), *Treating the homeless mentally ill. A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO / Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl
- Lindt, S.M. van de (2007). Bemoeizorg in bange dagen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 401-413.
- Lohuis, G., R. Schilperoort & G. Schout (2000). *Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de oGGZ*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *De opvang verstoort: 180 maatschappelijke opvang: interdepartementaal beleidsonderzoek 2002-2003*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, bijlage bij kamerstuk 29325, nr.1. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991). *Advies Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. Publicatienummer 30/91. Zoetermeer: NRV.
- Het Rijk en de G4 (2006). *Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang*. Kamerstuk 29325, nr. 8. Den Haag: Het Rijk.
- Susser, E., E. Valencia, S. Conover, A. Felix, W.Y., Tsai & R.J., Wyatt (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a 'critical time' intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87, 256-262.
- United States Department of Health and Human Services (2003). *Ending chronic homelessness: Strategies for action. Report from the Secretary's Work Group on ending chronic homelessness*. Washington DC: United States Government.
- Valencia, E., A. van der Plas, E. Beune, D. Schols & A.M. van Hemert (2006). *Gestructureerde zorgtoeleiding in de GGZ met Critical Time Intervention. Handleiding cti-NL*. Den Haag: Parnassia Groep.

Summary

A. G. M. van der Plas, A. M. van Hemert, E. Valencia, E. Beune & H. W. Hoek

'Critical Time Intervention. Continuity of Care in the Public Mental Health Care System'

► Getting patients into the public mental health care system and keeping them there can help prevent them from becoming marginalized, e.g. homeless or degenerate. However, it is hard to create continuity of care in the public mental health care system. Critical Time Intervention is a case management method that can improve the link between the care system and the patient in six to twelve months.

Personalia

Drs A.G.M. van der Plas (1973) is wetenschappelijk medewerker bij Parnassia Bavo Groep in Den Haag.

Adres: a.van.der.plas@parnassia.nl.

Dr A.M. van Hemert (1959) is psychiater en epidemioloog bij de Parnassia Bavo Groep in Den Haag. Hij is hoofd van de 24-uurszorg en coördinator van de stage Sociale Psychiatrie.

Drs E. Valencia (1955) is verbonden aan de Mailman Public Health School van Columbia University, New York. Hij is *lecturer* epidemiologie aan Columbia University. Hij was betrokken bij de eerste implementatie van CTI in New York en ten tijde van het schrijven in Rio de Janeiro, Brazilië, ter ondersteuning van implementatie van CTI aldaar.

Drs E. Beune (1964) is verpleegkundig specialist en zorgcoördinator bij Parnassia Team oggz en het Haags Straatteam.

Prof. dr H.W. Hoek (1955) is opleider psychiatrie bij de Parnassia Bavo Groep, Den Haag. Hij is bijzonder hoogleraar epidemiologie aan Columbia University in New York en hoogleraar psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Groningen / Universitair Medisch Centrum Groningen.