

Evaluatie ACT Jeugd

Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze
en effecten

Arina van der Kwaak
Anyke Kramer

Bavo Europort
Onderzoek & Ontwikkeling

Rotterdam, 2009

Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i>	5
1. Inleiding	7
1.1 ACT Jeugd in Rotterdam	7
1.2 Wat is ACT	7
1.3 Voorgeschiedenis	8
2. Onderzoek	11
2.1 Doelstelling onderzoek	11
2.2 Onderzoeksopzet	11
2.3 Onderzoeksmethoden	12
2.4 Organisatie van het onderzoek	14
3. Doelstellingen van ACT Jeugd	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Kerndoelen voor de cliënten	17
3.3 Essentiële elementen van de ACT Jeugdteams	18
3.4 ACT kenmerken van ACT Jeugd: de gewenste DACTS-scores	19
4. De jongeren van ACT Jeugd	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Instroom	21
4.3 Aanmelders van de jongeren	24
4.4 Kenmerken van jongeren	26
4.5 DSM IV-Classificaties	28
4.6 Psychiatrische toestand	31
4.7 Behandeldoelen	33
5. Het zorgaanbod van ACT Jeugd	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Primaire proces en fasering	37
5.3 Deskundigheid/samenstelling teams	41
5.4 Mobiel Diagnostiek Consultatieteam & Expertise team	43
5.5 Samenwerking met andere partijen	45

6.	ACT-modelgetrouwheid, DACTS-metingen	47
6.1	Inleiding	47
6.2	De vier teams	47
6.3	ACT Jeugdteam 1, Maashaven	48
6.4	ACT Jeugdteam 2, Twentestraat	52
6.5	ACT Jeugdteam 3, Pijperstraat.....	56
6.6	ACT Jeugdteam 4, Schiehaven	60
7.	Effectonderzoek: resultaten voor cliënten	65
7.1	Ontwikkelingen psychiatrische toestand.....	65
7.2	Resultaten behandeldoelenevaluatie.....	69
7.3	Continuïteit van zorg.....	74
8.	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	77
8.1	De jongeren van ACT Jeugd	77
8.2	Aanbod en ACT-werkwijze	78
8.3	Resultaten voor de jongeren	80
8.4	Aanbevelingen.....	82
	Literatuur	87
	Bijlage I	89
	Bijlage II	91

Voorwoord

Dit rapport behelst de verslaglegging van een onderzoek dat plaatsvond bij ACT Jeugd in Rotterdam tussen september 2008 en september 2009. Dit onderzoek is een vervolg op een pilotstudie naar ACT Jeugd die in 2005 plaatsvond (Van Dijk e.a., 2006).

Het huidige onderzoek is gestart met het inventariseren van de doelstellingen van ACT Jeugd door middel van gesprekken met manager en teamleiders. Daarna ging de feitelijke dataverzameling van start die bestond uit teamvisitaties (DACTS-metingen), bestudering van beleidsstukken en gesprekken met de teamleiders om het zorgaanbod te onderzoeken. Voor het in kaart brengen van de resultaten werd tweemaal de psychiatrische toestand van de jongeren gemeten (met de HoNOS) en werden behandeldoelen verzameld en geëvalueerd. Daarnaast werd gebruik gemaakt van gegevens vanuit de centrale patiëntenregistratie voor de kenmerken van de bereikte jongeren en de in- en uitstroomgegevens. Omdat niet alles kon worden teruggevonden in deze databestanden, zoals etniciteit, aanmelders, vervolgbehandeling en reden van uitschrijving, werden deze data bij enkele teams op kleinere schaal verzameld.

Het rapport begint met een kort inleidend hoofdstuk over Assertive Community Treatment (ACT), over ACT Jeugd in Rotterdam en hun voorgeschiedenis. Hoofdstuk 2 beschrijft de opzet van het onderzoek. In hoofdstuk 3 worden de resultaten beschreven van de inventarisatie van de doelstellingen van ACT Jeugd. In hoofdstuk 4 t/m 7 beschrijven de resultaten van de feitelijke dataverzameling waarin achtereenvolgens aan bod komen: de kenmerken van de jongeren (H4), een algemene beschrijving van het zorgaanbod (H5), een meer specifieke beschrijving van het zorgaanbod aan de hand van de resultaten van de DACTS-visitaties (H6) en de resultaten van de behandeling voor de jongeren (H7). In hoofdstuk 8 tenslotte volgt de samenvatting met de conclusies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf 'aanbevelingen'.

1. Inleiding

1.1 ACT Jeugd in Rotterdam

Sinds 2005 bestaat er ACT-hulpverlening aan jongeren in Rotterdam. Momenteel wordt dit vormgegeven door vier uitvoerende ACT Jeugdteams en één zogenaamd Mobiel Diagnostiek, Consultatie & Expertiseteam (MDC&E). Deze teams vallen organisatorisch onder Lucertis, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep. Lucertis strekt zich uit over Noord- en Zuidholland. De ACT Jeugdteams werken subregionaal; elk team biedt zorg binnen een aantal postcodegebieden in Rotterdam. Het MDC&E team biedt haar zorg in heel Rotterdam.

ACT Jeugd is één van de transitieprojecten¹. Dit betekent dat ACT Jeugd geld krijgt om de ontwikkeling van deze innovatieve zorgvorm te stimuleren.

1.2 Wat is ACT

ACT staat voor het Assertive Community Treatment en werd als organisatiemodel ontwikkeld in de Verenigde Staten van Amerika in de jaren '70. Het ACT-model is in Nederland steeds meer in opkomst als organisatiemodel voor teams die werken met chronisch-psychiatrisch cliënten met een complexe problematiek. ACT kan met name gezien worden als een organisatiemodel waarbij een multidisciplinair team zorg verleent op meerdere levensgebieden tegelijkertijd: medicatie, begeleiding en behandeling, verslaving, financiën, huisvesting, werk en dagelijkse activiteiten. Doorverwijzingen naar andere instanties is vanwege dit multidisciplinaire zorgaanbod niet meer nodig. Er wordt gewerkt volgens de teambenadering wat inhoudt dat er sprake is van een gedeelde caseload (alle hulpverleners binnen een team kennen en werken met alle cliënten). Overige kenmerken zijn een hoge intensiteit van zorg (contactfrequentie van ongeveer 3 à 4 keer per week), actieve aanpak, het opzoeken van de cliënt in zijn of haar eigen omgeving (outreaching), 24-uurs bereikbaarheid, continuïteit van zorg en nauwe samenwerking met het steunsysteem (Allness & Knoedler, 1998; Bond e.a., 2001).

¹ ACT Jeugd is één van de zogenaamde Transitie-experimenten van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg, dat onderdeel is van een convenant van de brancheorganisaties en het Ministerie van VWS, zie www.zorg.voor.beter.nl

ACT is een *evidence based practice* die met name in Amerika en Canada haar effectiviteit heeft bewezen op het gebied van vermindering in aantal opnamedagen, meer stabiliteit in de huisvesting, betere kwaliteit van leven, meer tevredenheid met zorg en vermindering in aantal contacten met justitie (Kroon & Henselmans, 2000; Bond, e.a., 2001; Phillips, e.a., 2001; Drake et al., 2001). Onderzoek in Nederland (v. Vugt & Kroon, 2008) wees uit dat een hogere modelgetrouwheid resulteerde in betere resultaten op de HoNOS en op dakloosheid.

Door de vele onderzoeken en implementatiestudies naar ACT is het model zich blijven ontwikkelen en tevens toepasbaar gemaakt voor verschillende doelgroepen zoals dak- en thuislozen, cliënten met dubbele-diagnoseproblematiek, veteranen, ouderen, mensen in aanraking met justitie, adolescenten en kinderen (Dixon e.a., 1995; Rosenheck e.a., 2004; McHugo et al., 1999, Bond et al. 2005). Tot op heden zijn slechts enkele studies bekend waarin de effecten van ACT bij jongeren werden onderzocht. Dit betrof onderzoek naar meerdere projecten voor eerste psychose bij jongvolwassenen (Jorgensen e.a., 2000). Binnen Nederland betreft het onderzoek naar eveneens effecten van ACT bij eerste psychose uitgevoerd bij GGZ Eindhoven (Verhaegh e.a., 2007, Verhaegh, 2009).

Omdat het model hoofdzakelijk een bepaalde organisatievorm als werkwijze impliceert, kunnen op de doelgroep afgestemde methodieken of interventies goed in het model geïntegreerd worden.

1.3 Voorgeschiedenis

ACT Jeugd Rotterdam is begin 2005 gestart met een team aan de Schiehaven in Rotterdam. Naar het functioneren van dit eerste ACT Jeugdteam is een pilotstudie verricht (van Dijk e.a. 2006; Roosenschoon & v. Dijk, 2009). Enkele conclusies waren dat het vooral jongeren betrof met psychosociale problemen, geleidelijk aan kwam pas zicht op (zich uitkristalliserende) psychiatrische problematiek. Het leek niet te gaan om zwerfjongeren in de engere definitie, hoewel deze groep de aanleiding was voor de start van het project. Het ACT-model was ten dele geïmplementeerd met een totaal score van 3.2 op de DACTS. Aansturing door het middelmanagement van het team en systematisering van de werkwijze bleven nog achter. Het project leek daarentegen succesvol omdat er veel vraag naar het type zorgaanbod was. De samenwerking met andere instellingen in de regio was goed, men wist de teams te vinden voor verwijzingen.

Halverwege 2005 werd duidelijk dat één ACT Jeugdteam niet voldoende was gezien de groei van het aantal aanmeldingen en werd besloten om het project uit te breiden met meerdere teams op verschillende locaties. In 2007 waren er 6 teams in verschillende stadia van ontwikkeling, verdeeld over de Noordelijke en de Zuidelijke Maasoever, alsmede een 'expertiseteam'. Twee van deze teams waren verbonden aan een school. De ontwikkelingen volgden elkaar in een hoog tempo op, waarbij sprake was van veel tussentijdse veranderingen.

Inmiddels heeft een reorganisatie plaatsgevonden, waarbij teams werden samengevoegd. Steun hiervoor wordt ontleend aan de participatie in het 'Transitieprogramma in de Langdurende Zorg' van 'Zorg voor Beter'.

Eind 2007 startte een reorganisatie die uiteindelijk in september 2008 resulteerde in vijf ACT Jeugdteams: vier uitvoerende ACT-teams en één Mobiel Diagnostiek Consultatie en Expertise Team (MDCET). Bij aanvang van het onderzoek is dat de situatie en betreft het de volgende uitvoerende ACT Jeugdteams:

- Team 1: Maashaven, in het centrum voor Jeugd en Gezin Feyenoord.
- Team 2: Twentestraat, in een pand van Bavo Europoort.
- Team 3: Pijperstraat, in een wijkgebouw.
- Team 4: Schiehaven, in een Loods aan de haven waar ook het Rebound Centre is gevestigd. Zij zijn in september 2009 verhuisd naar het pand van het centrum voor Jeugd en Gezin van de wijk Overschie.

Het MDC&E team was gevestigd in het gebouw waar ook team 3 gehuisvest is, maar is in mei 2009 verhuisd naar het Centrum voor Jeugd en Gezin Kralingen.

2. Onderzoek

2.1 Doelstelling onderzoek

Doelstelling is om het ACT Jeugd-zorgaanbod en de behaalde doelen van de zorg bij de jongeren in beeld te brengen en te toetsen, voor interne en externe doeleinden. Intern kan een beschrijving van de zorgverlening bijdragen aan een reflectie op het zorgaanbod en kwaliteitsbevordering. Extern kan het verwijzers, beleidsmakers, politici meer zicht geven op het aanbod van ACT Jeugd. Dit onderzoek volgt op de eerder genoemde pilotstudie uit 2006 en heeft zijn onderzoeksvragen gebaseerd op de conclusies en aanbevelingen die daaruit voortkwamen. Een eerste concept onderzoeksvoorstel werd opgesteld door de manager van de afdeling O&O van Bavo Europoort (Roosenschoon, 14 april 2008).

2.2 Onderzoeksopzet

Het betreft een praktijkgericht evaluatieonderzoek volgens de principes van programma-evaluatie (Beenackers 1986, Donker 1990) waarbij zowel een proces- als een effectevaluatie plaatsvinden. Eerst is onderzocht welke doelstellingen ACT Jeugd heeft beschreven (deel A). Vervolgens heeft het feitelijke evaluatieonderzoek zich gericht op (1) de beschrijving van de huidige praktijk van hulpverlening waarbij tevens de modelgetrouwheid aan het ACT-model is getoetst. En op (2) de resultaten die behaald worden bij de jongeren. Het onderzoek naar het zorgaanbod is gericht op de vier uitvoerende ACT Jeugdteams en het Mobiel Diagnostiek, Consultatie en Expertise team, het onderzoek naar resultaten van de ACT-zorgverlening heeft plaats gevonden onder een selectie van de ingeschreven jongeren.

Onderzoeksvragen

Deel A: Ten aanzien van de beschrijving van de doelstellingen van ACT Jeugd:

1. Wat zijn de kerndoelstellingen: Wat wil men bereiken met de jongeren?
2. Op welke wijze wil men deze doelen bereiken: wat zijn de essentiële kenmerken van de beoogde praktijk?

3. In welke mate wil men de zorg organiseren volgens de principes van het ACT-model, met andere woorden: wat zijn de gewenste DACTS-scores?

Deel B: Beschrijving en toetsing van de behaalde resultaten bij de jongeren en het aanbod van ACT Jeugd:

1. In hoeverre worden de gestelde doelen bij de jongeren behaald?
2. Hoe ziet de zorg er in de praktijk uit; is dit in overeenstemming met de beoogde praktijk?
3. In hoeverre worden de gewenste DACTS-scores behaald? Op welke punten wel en op welke punten niet?

2.3 Onderzoeksmethoden

Deel A: Beschrijving van doelstellingen van ACT Jeugd

De doelstellingen van ACT Jeugd ten aanzien van de jongeren en de hulpverlening zijn vastgesteld op basis van bestudering van beleidsstukken en interviews met management en betrokkenen. Besluitvorming hierover vond plaats in een gezamenlijke bespreking met de teams.

Deel B: Beschrijving en toetsing van de behaalde resultaten bij de jongeren en het aanbod van ACT Jeugd

De behaalde resultaten

- De resultaten van de jongeren op het gebied van de psychiatrische toestand is onderzocht met de Health of Nation Outcome Scale (HoNOS) (Wing e.a., 1998). Er vonden twee HoNOS-metingen plaats met een tussenperiode van een half jaar. In totaal werden 200 jongeren (50 per team) geselecteerd over wie de HoNOS zou worden ingevuld. De metingen zijn uitgevoerd door psychologen uit de teams, die hiervoor een interne training hebben gevolgd.
- Het percentage van de jongeren dat doelen behaalt met betrekking tot werk, opleiding, woonplek, gezinssituatie/sociale relaties werd bepaald door evaluatie van behandeldoelen uit het behandelplan. Hiervoor zijn in totaal van 20 jongeren (vijf per team) de gestelde behandeldoelen verzameld. Deze 20 jongeren werden willekeurig geselecteerd uit het bestand waarin HoNOS-gegevens opgeslagen zijn. Er zijn interviews gehouden met een vertegenwoordiger van elk team waarbij de behandeldoelen van de jongeren van elk team inhoudelijk zijn besproken.

- Om de continuïteit van zorg te bepalen en vast te stellen of de jongeren alleen om positieve redenen uitstromen, bijvoorbeeld dat hun behandeldoelen behaald zijn, zijn gegevens met betrekking tot uit- en doorstroom in de zorgregistratie geanalyseerd. Om zicht te krijgen op de redenen van uitstroom zijn deze verzameld door één team op basis van dossieronderzoek.
- Tevredenheid van cliënten en verwijzers. Dit onderdeel van het onderzoek is uitbesteed.

Het zorgaanbod

- Bij de beschrijving van het aanbod is voor de dataverzameling gebruik gemaakt van de volgende methoden:
 - o semi-gestructureerde interviews met teamleiders en hulpverleners
 - o analyse van procedures en protocollen van de teams
 - o analyse van zorgregistratiegegevens (bio-demografisch, diagnostiek, verwijzers)
 - o analyse van verwijs- en doorstroomgegevens
 - o korte enquête naar deskundigheid teamleden.
- Voor de toetsing van modelgetrouwheid aan het ACT-model werden door beide onderzoekers in het voorjaar van 2009 de vier ACT Jeugdteams gevisiteerd waarbij gebruik gemaakt werd van de Dartmouth Assertive Community Treatment scale (DACTS).

Instrumenten

HoNOS (bijlage 1)

De HoNOS (Wing e.a., 1998, Mulder e.a., 2004) is een lijst die een globale indruk geeft van de psychiatrische toestand. Er zijn 12 items die kunnen worden onderverdeeld in gedragsproblemen, psychiatrische symptomen, beperkingen en sociaal functioneren. Er zijn drie toegevoegde vragen (het addendum) die factoren meten die van invloed worden geacht op de ernst van de gezondheidstoestand en daarbij los staan van een specifiek probleemgebied. Deze items zijn: maniforme ontremming, motivatie en medicatietrouw. Daarnaast zijn een viertal extra items toegevoegd afkomstig uit de HoNOS Child and Adolescent (HoNOSCA, Gowers e.a. 1998) in het Nederlands HoNOS-Jeugd (Mulder e.a. 2003). Op elk item varieert de score van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig probleem). Er zijn verschillende totaalscores mogelijk; een totaalscore van de 'normale' HoNOS zonder het addendum (12 items), een normale totaalscore inclusief het addendum (15 items) en een totaalscore op basis van

alle afgenomen items, dus inclusief de jeugditems (19 items). Het bereik van deze totaalscores is respectievelijk 0-48, 0-60 en 0-76.

DACTS (bijlage 2)

De DACTS is een instrument waarmee getoetst kan worden in hoeverre bepaalde hulpverlening georganiseerd wordt volgens de principes van Assertive Community Treatment (ACT). Dit instrument werd ontwikkeld door Teague (1998) en vertaald in het Nederlands door van Dijk e.a. (2004). Het instrument bestaat uit 28 items die beoordeeld kunnen worden met een score tussen de 1 (niet geïmplementeerd) en 5 (optimaal geïmplementeerd). De 28 items zijn ondergebracht in drie subschalen: teamstructuur, organisatie en zorgaanbod. In de Nederlandse versie werden vijf extra items toegevoegd, dit wordt het addendum genoemd. Een totaalscore kan berekend worden door alle scores op te tellen en te delen door het aantal items, afhankelijk van het al dan niet meetellen van het addendum. Zodoende wordt de totale modelgetrouwheid uitgedrukt in een score tussen de 1 en 5.

Een DACTS-meting vindt plaats middels een visitatie. Een team wordt dan een dag gevolgd door twee getrainde auditors. De visitatie begint met het bijwonen van het ochtendoverleg door de auditors. Daarna volgen interviews, één met de teamleider en één met twee hulpverleners, bij voorkeur van verschillende disciplines. Ook worden zo mogelijk cliëntcontacten geobserveerd en vindt dossieronderzoek plaats.

2.4 Organisatie van het onderzoek

Onderzoeksethiek

Het onderzoek is gericht op kwaliteitsverbetering en wordt opgevat als goede bedrijfsvoering. Er wordt cliënten geen interventie onthouden en er wordt anoniem over cliënten gerapporteerd. Daarom is geen 'informed consent' nodig. In dit kader is de onderzoeksopzet ook aan de METiGG voorgelegd. De METiGG heeft geconcludeerd dat nadere toetsing in het kader van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek niet aan de orde is omdat het geen medisch-wetenschappelijk onderzoek betreft en omdat patiënten niet rechtstreeks betrokken worden bij het onderzoek.

Uitvoering

Het onderzoek is uitgevoerd door Arina van der Kwaak en Anyke Kramer van de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van Bavo Europoort. De effectmeting is voor een deel, namelijk de HoNOS-meting, uitgevoerd door daartoe vrijgestelde

medewerkers binnen de teams. Dit is in overleg met het psychologenoverleg van ACT Jeugd georganiseerd.

Werkgroep onderzoek

De werkgroep onderzoek, bestaand uit Patricia Schell, Joost den Otter, Loes Versteeg, Shehzad Raja, Erik van Dongen, Arina van der Kwaak en Anyke Kramer, kwam elke zes weken bij elkaar om de praktische invulling en planning van het onderzoek te bespreken.

Management ACT Jeugd

De manager, Jan van Schilt en het MT zijn regelmatig geïnformeerd over de voortgang en tussentijdse resultaten van het onderzoek.

Opdrachtgever

Management ACT Jeugd

3. Doelstellingen van ACT Jeugd

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de resultaten van deel A van het onderzoek, de beschrijving van de doelstellingen van ACT Jeugd als geheel. Deze informatie is gebaseerd op beleidsstukken en interviews met betrokken managers en teamleiders. Er wordt onderscheid gemaakt in doelstellingen voor de gebruikers van de zorg, de jongeren, en doelstellingen op het gebied van het zorgaanbod. Doelstellingen voor de jongeren betreffen resultaten op het gebied van psychiatrische toestand, maatschappelijk functioneren, behandeldoelen die de hulpverleners beogen te bereiken. Bij doelstellingen over het zorgaanbod gaat het over de doelgroep, de werkwijze maar ook de modelgetrouwheid aan het ACT-model.

3.2 Kerndoelen voor de cliënten

Maatschappelijk functioneren

Verbetering van maatschappelijke integratie wordt verwacht op het gebied van school en/of werk, wonen, financiële situatie, vrijetijdsbesteding en sociale contacten. Hiervoor zal gebruik gemaakt worden van de behandeldoelen die binnen de behandeling van de jongeren gesteld worden.

Psychiatrische symptomen

Er moet minimaal sprake zijn van psychiatrische stabilisatie, gemeten met de HoNOS.

Continuïteit van zorg

Het is de bedoeling dat jongeren in zorg blijven en alleen uitstromen wanneer hun behandeldoelen zijn behaald (positieve uitstroom). In alle andere gevallen zal gepoogd worden jongeren vast te houden. Indien dit niet lukt moet geïnterpreteerd worden hoe dit komt, bijvoorbeeld verhuizing, verdwijning, etc.

Tevredenheid over de behandeling

Streven is dat zowel de jongeren die in behandeling zijn bij ACT Jeugd als ook hun ouders en ketenpartners (bureau jeugdzorg, scholen etc) tevreden zijn over het zorgaanbod dat bij de ACT Jeugdteams geboden wordt. Dit deel van het onderzoek wordt uitbesteed aan een stagiaire.

3.3 Essentiële elementen van de ACT Jeugdteams

Na de reorganisatie in de eerste helft van 2008, werd in september 2008 een beleidstuk geschreven door de manager van ACT Jeugd. Hierin worden de essentiële elementen van het project ACT Jeugd beschreven zoals onder andere de missie, de doelgroep en het primaire proces.

Missie

De missie van ACT Jeugd is het aanbieden van specialistische psychiatrische zorg aan jongeren die hun weg naar de reguliere hulpverlening niet weten te vinden, of deze niet weten vast te houden.

Visie

Er is gekozen om te werken vanuit de principes van het ACT organisatiemodel. Hierover later meer. Verder gaat ACT Jeugd uit van de volgende kernprincipes:

- Het bieden van een persoonlijk diagnostiek- en behandelaanbod voor de jongere met psychische en/of psychiatrische problemen.
- Het zorgaanbod sluit aan bij de complexe problematiek van de jongeren en wordt altijd in relatie tot zijn culturele context aangeboden.
- Alle vitale contacten in het netwerk van de jongere of het team dat de zorg levert, worden gebruikt om het gewenste resultaat te behalen
- Het zorgaanbod wordt uitgevoerd door multidisciplinaire teams die qua functies zoveel als mogelijk aansluiten bij de problemen van de doelgroep.
- De teams opereren onorthodox, mijden de bureaucratische regels en zoeken onafhankelijk van, maar wel met de instellingen, naar oplossingen van een andere orde voor die ene jongere.
- De teams zijn multicultureel opgebouwd en de werknemers hebben een cultuursensitieve attitude.

De doelgroep

- Leeftijdscategorie: Jongeren van 12 tot 24 jaar.
- Regio: elk team heeft een afgebakend postcodegebied dat zij bedient, jongeren worden aangemeld bij het team van hun regio.
- Problematiek:
 - Psychische en/of psychiatrische problemen
 - Problemen op meerdere levensgebieden
 - Met een complexe, intensieve zorgbehoefte
 - Matig gemotiveerd voor hulp tot zorgmijdend

- Vallend tussen wal en schip: vinden geen of moeilijk aansluiting met reguliere vormen van zorg- en hulpverlening.

Aanmelding, screening en intake

Er moet kritisch gescreend worden bij aanmelding. Belangrijk is de aanwezigheid van psychiatrische problematiek. Wanneer alleen sprake is van een maatschappelijke zorgvraag of psychosociale problematiek is ACT Jeugd niet het aangewezen zorgaanbod.

Formeel zijn er drie partijen die jongeren kunnen verwijzen; de huisarts, Bureau Jeugdzorg of een medisch specialist. Jongeren kunnen daarentegen door vrijwel iedereen worden aangemeld, ook door familieleden. Jongeren kunnen ook zichzelf aanmelden. Bij aanmelding door bijvoorbeeld een school zal achteraf altijd een *verwijsbrief* moeten komen van één van de officiële verwijzers.

Behandeling

Het concept-behandelplan wordt na bespreking met de jongere en/of ouders een definitief behandelplan indien de jongere akkoord gaat. In dit behandelplan worden expliciet de behandeldoelen vastgelegd en de methode waarmee gewerkt gaat worden. Indien voorhanden wordt gebruik gemaakt van richtlijnen (ADHD, eetstoornissen). Indien van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit in het team besproken en onderbouwd worden. Behandelingen worden minimaal halfjaarlijks geëvalueerd. In principe is de behandelduur bij ACT Jeugd niet beperkt in tijd, het mag lang duren.

Ketenaanpak en samenwerking

ACT Jeugd is de OGGZ voor de jeugd met daarnaast een lichte bemoeizorgfunctie (sociale psychiatrie). Het is belangrijk dat ACT Jeugd contacten heeft en samenwerkt met alle zorgverlenende instanties rondom jeugd die in hun regio actief zijn. Samenwerking met de Centra voor Jeugd en Gezin kan hier zinvol voor zijn.

3.4 ACT kenmerken van ACT Jeugd: de gewenste DACTS-scores

Doelstelling vanuit het management van ACT Jeugd is een totaalscore op de DACTS van minimaal 3,5. In onderstaande tabel staan per item op de DACTS deze aspiraties beschreven (voor de volledige DACTS met betekenissen van de scores zie bijlage 2). Dit wordt uitgedrukt in een getal tussen de 1 en 5 en in de laatste kolom een toelichting.

Tabel gewenste DACTS-scores:

Teamstructuur:	Gewenste score	Toelichting
1. Caseload	5	De manager wil per team een caseload van 1:10
2. Teambenadering	5	Er moet teambenadering zijn
3. Teambijeenkomst	5	Elke ochtend ACT-overleg, waarbij alle jongeren genoemd worden
4. Teamleider	5	Teamleider besteedt 50% van zijn tijd aan contact met jongeren
5. Verloop van personeel	4	Na reorganisatie mag er iets van verloop zijn
6. Personeelsbezetting	4	Teams moeten groeien, dat gaat gepaard met vacatures
7. Psychiater	3	0,5 fte psychiater per 100 vindt de manager voldoende
8. Verpleegkundige	3	1 verpleegkundige per team (SPV)
9. Verslavingsdeskundige	5	1 verslavingsdeskundige per team
10. Arbeids/rehabdesk.	5	1 deskundige op het gebied scholing
11. Teamomvang	5	Elk team 10 fte

Organisatie	Gewenste score	Toelichting
12. Expliciete toelatingscriteria	5	Deze zijn in schrift aanwezig, teamleden kennen de criteria en de caseload voldoet hieraan
13. Instroom van cliënten	5	Moet gelijk zijn aan uitstroom, pakweg 20 per jaar
14. Multidisciplinair zorgaanbod	5	ACT Jeugd moet een breed zorgaanbod bieden. (psychiatrische hulp, verslavingszorg, maatschappelijk werk, maatschappelijke integratie en systeemtherapie)
15. Verantw. voor crisisdiensten	2	Doet zelf geen crisisdienst, wil aansluiting zoeken bij de crisisdienst van Jeugdzorg. Wel 24-uurs telefonische bereikbaarheid.
16. Verantw. voor opname	2	Nee, team is hiervoor niet verantwoordelijk. Houdt wel contact wanneer een jongere wordt opgenomen. Voor de toekomst zijn stappen gezet om een eigen crisiskliniek met 25 bedden te starten.
17. Verantw. voor ontslag	2	Inherent aan de doelgroep van jeugd is de zorg niet van onbeperkte duur. Wel is duidelijk dat een jongere lang kan blijven.
18. Zorg voor onbeperkte tijd	2	

Zorgaanbod	Gewenste score	Toelichting
19. Hulpverlening in de gemeenschap	5	Jongeren worden in principe in de gemeenschap bezocht. Er is wel behoefte aan een inloopvoorziening, die in samenwerking met andere instellingen in de gemeenschap gecreëerd zou moeten worden.
20. Drop-out beleid	4	Er wordt gestreefd naar een lage drop-out. Indien dit toch gebeurt, moet de reden worden vastgelegd.
21. Assertieve hulpverlening	5	Er wordt gebruik gemaakt van alle mogelijke tactieken om jongeren in zorg te krijgen en te houden (aanbieden materiële zaken, contact via mobiel, MSM, SMS etc en soms juridische maatregelen)
22. Intensiteit	5	Met een caseload van 1:10 moet een hoge intensiteit en frequentie van contact haalbaar zijn.
23. Contactfrequentie	5	
24. Samenwerking met steunsysteem	5	Er zijn nu 3 systeemtherapeuten, dit moet 1 per team worden. Bij deze doelgroep is contact met systeem belangrijk.
25. Individuele verslavingszorg	5	Manager wil verslavingszorg gaan bieden, specifiek gericht op jongeren. Daarnaast zijn onderhandelingen met ketenpartners gaande over inkoop van bedden voor klinische behandeling.
26. Behandelgroepen voor DD	3?	Inventarisatie van aanwezige verslavingsproblematiek moet gebeuren. (alcohol, softdrugs, harddrugs, gokken maar ook game- en internetverslaving).
27. DD model	3?	
28. Ervaringsdeskundige	1-5	ACT Jeugd is zoekende naar een manier om ervaringsdeskundigheid binnen teams te brengen. Er zijn goede en slechte ervaringen mee geweest binnen ACT Jeugd. Elk team denkt hierover na en beslist zelf over de invulling hiervan. Als een team het niet heeft moet beargumenteerd worden waarom niet.

4. De jongeren van ACT Jeugd

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de kenmerken van de jongeren die in zorg zijn (geweest) bij ACT Jeugd zoals bio- en demografisch gegevens, problematiek en behandeldoelen. Als eerste echter kijken we naar instroomgegevens; hoeveel jongeren stroomden er bij de verschillende teams in en waar kwamen zij vandaan?

4.2 Instroom

In deze paragraaf kijken we naar de instroomcijfers bij ACT Jeugd vanaf 1 januari 2005 tot en met augustus 2009. Hierbij wordt zowel een overzicht gegeven van de gehele instroom bij ACT Jeugd als per team. Bedacht moet worden dat in die periode nogal wat veranderingen hebben plaatsgevonden bij ACT Jeugd. Zo werd in de zomer van 2006 gewerkt vanuit zes ACT Jeugd teams. In 2007 vond een reorganisatie plaats waarbij de twee schoolteams werden samengevoegd tot het huidige team 2 (Twentestraat). Team 1, destijds gevestigd op de Schiehaven verhuisde in zijn geheel naar de Maashaven. Later werd daar team Feyenoord bijgevoegd. De teams het Oude Noorden en Krooswijk-Kralingen werden samengevoegd tot het huidige ACT Jeugdteam 3 (Pijperstraat) en een geheel nieuw team (team 4) werd in september 2008 opgericht op de oorspronkelijke plek van team 1, de Schiehaven. Deze veranderingen worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 4.1 Vorming huidige ACT Jeugdteams

Oude situatie		Nieuwe situatie
1. Schiehaven	→	Team 1 Maashaven
2. Feyenoord		
3. Zuiderpark (school)	→	Team 2 Twentestraat
4. Albeda (school)		
5. Oude Noorden	→	Team 3 Pijperstraat
6. Krooswijk-Kralingen		
	→	Team 4 Schiehaven 'NIEUW'

Dit betekent dat de instroom zoals die wordt beschreven, feitelijk niet helemaal correct is. Een deel van de jongeren die momenteel ingeschreven staan bij team 1, Maashaven, stroomden bijvoorbeeld in bij team Feyenoord of het oorspronkelijke team Schiehaven.

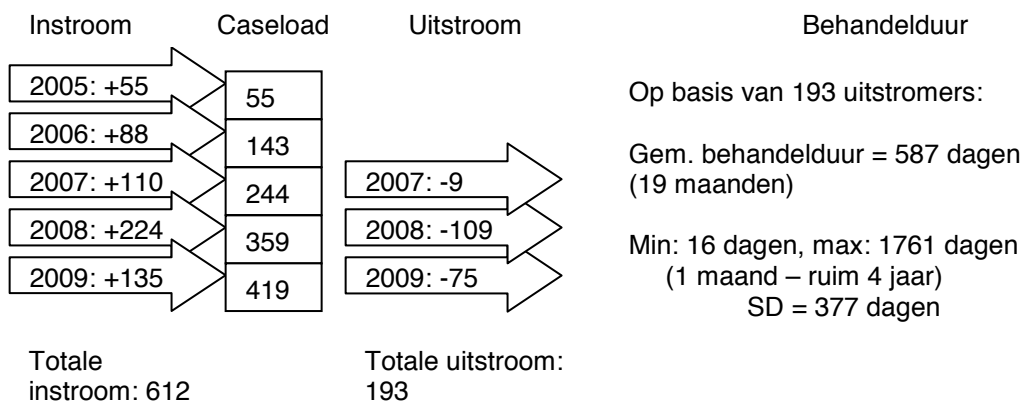
Het MDC&E team heeft geen caseload en wordt bij deze paragraaf over instroom dan ook buiten beschouwing gelaten.

Instroom bij ACT Jeugd totaal

In totaal stroomden vanaf 2005² 612 jongeren in bij ACT Jeugd. Van deze jongeren zijn er inmiddels (peildatum 1 september 2009) 193 uitgestroomd, zodat er 419 jongeren in zorg zijn bij vier ACT Jeugdteams.

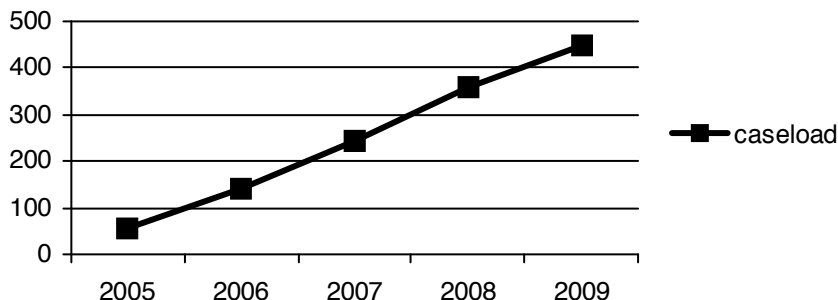
We zien dat in totaal over de laatste vier jaar het aantal jongeren dat in zorg komt bij ACT Jeugdteams gestaag groeit.

Figuur 4.1 In- en uitstroom ACT Jeugd



De caseload neemt jaarlijks toe. De eerste jaren was alleen sprake van nieuwe aanmeldingen, er werden vrijwel geen jongeren uitgeschreven. In het jaar 2008, het jaar van de reorganisatie, zien we naast een forse stijging van het aantal aanmeldingen, tegelijkertijd een sterk groeiende uitstroom.

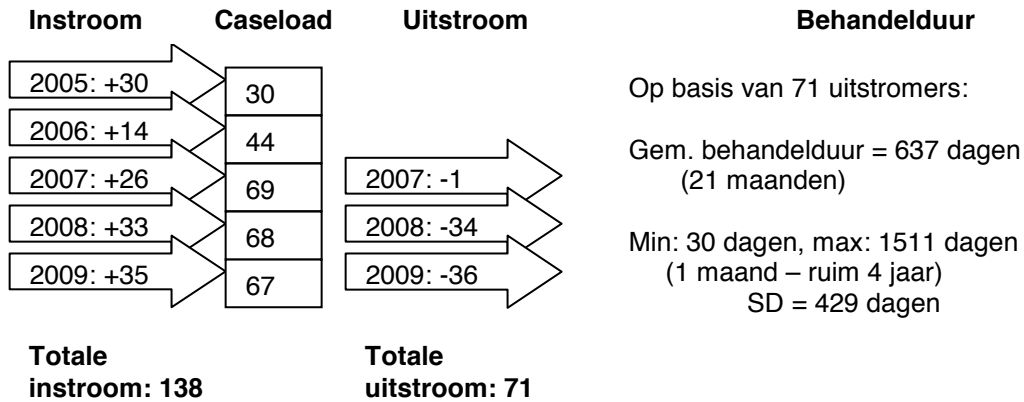
Figuur 4.2 Groei caseload ACT Jeugd



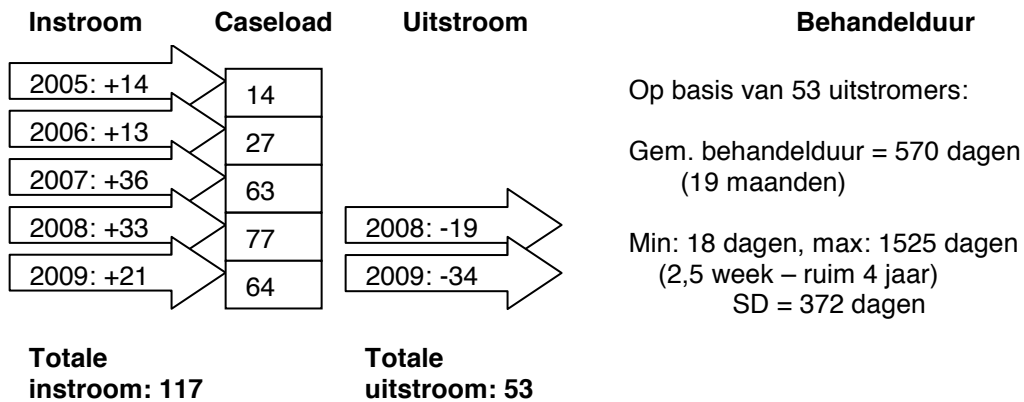
² Hierbij zijn twee jongeren die in 2002 en 2004 bij kinder- en jeugdpsychiatrie instroomden en later bij ACT Jeugd in behandeling kwamen.

Vervolgens kijken we naar dezelfde gegevens bij elk van de vier teams afzonderlijk.

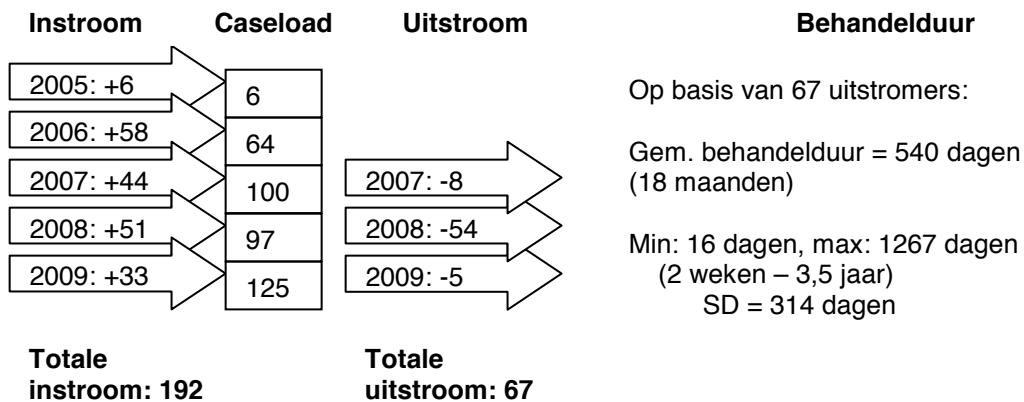
Figuur 4.3 In- en uitstroom team 1 (Maashaven)



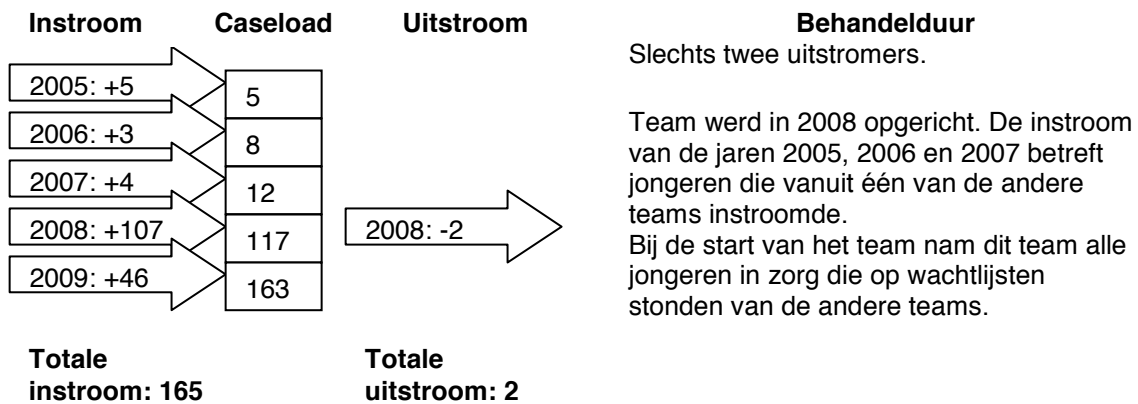
Figuur 4.4 In- en uitstroom team 2 (Twentestraat)



Figuur 4.5 In- en uitstroom team 3 (Pijperstraat)



Figuur 4.6 In- en uitstroom team 4 (Schiehaven)



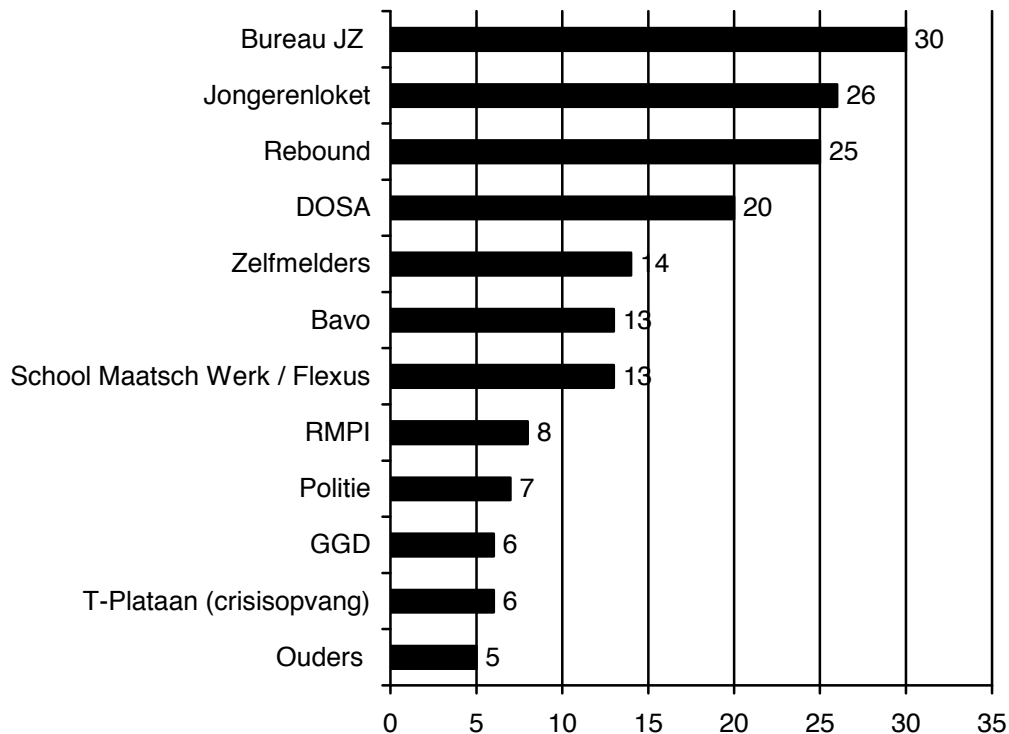
We zien een stabiele relatief kleine caseload bij team 1, bij team 2 is de caseload op dit moment kleiner dan in 2008, de caseload van team 3 is juist in het afgelopen jaar behoorlijk toegenomen en bij team 4, het 'startende' team stromen de meeste jongeren in terwijl er vrijwel geen jongeren uitstromen.

Wat betreft de behandelduur zijn er tussen de teams geen grote verschillen, de behandelingen die tot nu werden afgesloten, duurden zo'n 1,5 tot 2 jaar (M=586 dagen, SD=377 dagen). Echter, de huidige caseload van ACT Jeugd, met uitzondering van team 4, is gemiddeld ook 19 maanden ingeschreven en nog in behandeling, dus de gemiddelde behandelduur kan nog toenemen naarmate ACT Jeugd langer bestaat.

4.3 Aanmelders van de jongeren

In paragraaf 3.3 werd een groot aantal partijen genoemd als mogelijke aanmelders van jongeren voor ACT Jeugd. Om een overzicht te geven van de daadwerkelijke aanmelders van jongeren hebben we gebruik gemaakt van de aanmeldgegevens over het jaar 2008. Vanaf dat jaar is hiervan een eenduidige registratie geweest omdat vanaf toen de aanmeldingen centraal gescreend werden via het Mobiel Diagnostiek, Consultatie en Expertiseteam. Daar is onder andere bijgehouden hoeveel jongeren werden aangemeld en door wie. De 224 jongeren die in 2008 instroomden, werden door 41 verschillende partijen aangemeld. De belangrijkste (5 of meer aanmeldingen) staan in de grafiek hieronder.

Figuur 4.7 Aanmelders ACT Jeugd 2008



De grafiek toont 78% van alle aanmeldingen. Aanvullend geeft de onderstaande tabel een overzicht van nog eens 28 verschillende instanties die de overige jongeren (22%) aanmeldden.

Tabel 4.2 Overige aanmeldinstanties ACT Jeugd

Aanmelder	n	Aanmelder	n
Ouder & Kind (consultatiebureau)	4	Steunpunt onderwijs	2
Acute Dienst	3	Slachtofferhulp	1
Back on Track	3	Delta Psychiatrisch Centrum	1
Steady (informatiecentrum voor tienermoeders)	3	RADAR trajectbegeleiding	1
De Nieuwe Kans	3	BSD (= Bureau Selectie en Detentie begeleiding)	1
ACT Volwassenen	3	Lokaal Zorg Netwerk	1
Humanitas (MO)	2	RKZ (regionale ketenzorg BE)	1
Istia (beschermd/begeleid wonen)	2	Stichting MEE	1
Maaszicht (opvang dak- en thuisloze jongeren) (MO)	2	PsyQ	1
Leger des Heils (MO)	2	Steunpunt huiselijk geweld	1
Centrum voor Dienstverlening (MO)	2	Crisisdienst	1
Centrum voor Consultatie en Expertise (bijzondere zorgvragen)	2	AMK (=algemeen meldpunt kindermishandeling)	1
Reclassering	2	Erasmus MC	1
Huisarts	2	Centraal Onthaal Jongeren (MO)	1
	35		15

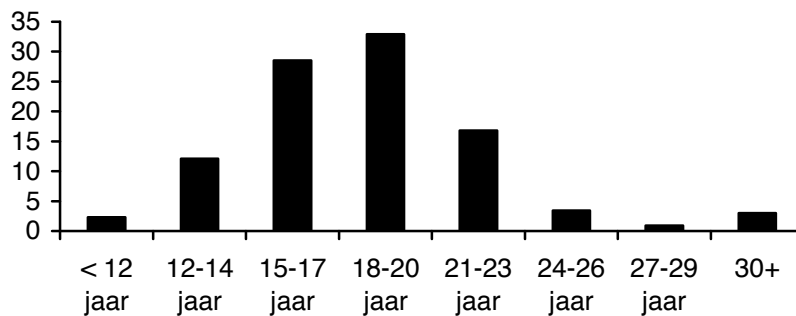
Zowel de grafiek als de tabel maken duidelijk hoe veelzijdig en veeltalig de aanmelders van jongeren zijn bij ACT Jeugd. Daaruit blijkt tevens de omvang en complexiteit van het aanbod van begeleiding, behandeling en andere vormen van ondersteuning rondom jeugd. Bij de specifieke doelgroep van ACT Jeugd, waarbij de leeftijdsgrens is opgerekt naar 24 jaar, is daarnaast ook sprake van aanmeldingen vanuit een aantal instanties voor volwassenen. Dit maakt het netwerk van de ACT Jeugdteams zeer groot.

4.4 Kenmerken van jongeren

Leeftijd en geslacht

Bij ACT Jeugd zijn meer jongens dan meisjes in zorg. Van alle ingestroomde jongeren (612) is 58% jongen. De gemiddelde leeftijd wanneer zij instromen bij de teams is 18,7 jaar. De meisjes zijn gemiddeld een jaar ouder bij instroom (19,2 jaar) dan de jongens (18,3 jaar). Dit is een opvallend verschil met het resultaat van het pilotonderzoek. Toen waren de meisjes gemiddeld juist een jaar jonger dan de jongens. Onderstaande grafiek toont de verdeling van de ingestroomde ‘jongeren’ bij alle ACT Jeugdteams.

Figuur 4.8 Leeftijd bij instroom



De grafiek laat zien dat ruim 90% van de jongeren onder de 23 jaar was toen zij bij ACT Jeugd in zorg kwamen. Verder is een aantal cliënten ingeschreven van boven de dertig (3%) die waarschijnlijk in de categorie nevencliënten behoren.

Tabel 4.3 Leeftijd en geslacht bij de vier teams

Team	% jongens	Gem leeftijd
Team 1	63%	19,2 jaar
Team 2	56%	17,8 jaar
Team 3	58%	18,3 jaar
Team 4	59%	19,3 jaar

Bij team 2, Twentestraat, zijn de jongeren gemiddeld het jongst. Dit komt omdat dit team een samenvoeging is van de voormalige 'schoolteams' waardoor hun caseload voor een groot deel via de scholen zijn ingestroomd. Daar zijn de jongeren over het algemeen onder de 18 jaar. De verhouding tussen de geslachten ontloopt elkaar niet veel, team 1 heeft relatief veel jongens in zorg.

Afkomst/ethniciteit

Geboorteland van de jongeren en hun ouders wordt niet standaard vastgelegd in de dossiers. Om hier toch een beeld van te krijgen, heeft één team van de jongeren die deelnemen aan het Honos onderzoek, speciaal voor dit onderzoek de ethniciteit vastgelegd. Hulpverleners weten van vrijwel elke jongere wat hun afkomst is. Het gaat om 49 jongeren die in zorg zijn bij het ACT Jeugdteam 1, Maashaven.

Tabel 4.4 Afkomst

Land van Herkomst	n	%
Nederland	13	26,5
Marokko	9	18,4
Suriname	7	14,3
Turkije	6	12,2
Ned Antillen	4	8,2
Nederland/Suriname	3	6,1
Kaap Verdische Eilanden	3	6,1
Anders	4	8,2
Totaal	49	100

Duidelijk wordt dat driekwart van de jongeren van niet-Nederlandse afkomst is. Het belangrijkste land van afkomst bij de niet-Nederlandse jongeren is Marokko en daarna Suriname.

Woonsituatie

We hebben gepoogd de woonsituatie van de jongeren op het moment van de aanmelding te achterhalen. Een probleem is dat dit niet standaard wordt vastgelegd. Van de 612 ingestroomde jongeren, bleek slechts van 81 van hen (13,2%) de woonsituatie bij aanmelding te achterhalen via de centrale registratie. Onderstaande tabel laat zien hoe de woonsituatie voor deze groep was ten tijde van hun aanmelding.

Tabel 4.5 Woonsituatie bij instroom

Woonsituatie	n	%
Ouderlijk huis	54	66,7
Bij familie/vrienden	11	13,6
Dakloos	5	6,2
Zelfstandig	5	6,2
Anders (bijv ggz-instelling)	5	6,2
Begeleid wonen	1	1,2
Totaal	81	100

Op het eerste gezicht lijkt ACT Jeugd zeer weinig zwerfjongeren (6,2%) in zorg te hebben. Echter, zowel in de praktijk van alledag als in de literatuur hierover worden verschillende definities gehanteerd van het begrip zwerfjongere. Sommigen hebben het over thuisloze jongeren of risicojongeren (Planije e.a. 2003, Maaskant, 2005). In 2004 koos het ministerie van VWS voor de volgende definitie:

- *Zwerfjongeren zijn jongeren tot 25 jaar die dakloos zijn of in de opvang verblijven*

Het Centraal Onthaal Jongeren (COJ) in Rotterdam hanteert een bredere definitie en richt zich behalve op de feitelijk dakloze jongeren ook op de jongeren die dreigen dak- of thuisloos te worden.

Dreigende dakloosheid laat zich lastig in cijfers uitdrukken. Zo zijn er officieel 'thuiswonende' jongeren die feitelijk elders verblijven. Ze zwerven rond tussen familie, vrienden of kennissen en zijn nergens voor lange tijd welkom. Soms ook wonen jongeren weliswaar bij hun ouders, maar worden ze daar wegens verstoorde verhoudingen nog slechts getolereerd in hun eigen kamer, de bijkeuken of de schuur. Deze jongeren zwerven dan veel op straat. Er is dan wel sprake van een dak boven het hoofd, maar niet van een thuis. Dit komt in de cijfers omtrent woonsituatie niet helder naar voren.

In paragraaf 4.2 zagen we dat van 224 aangemelde jongeren er negen werden aangemeld door een instantie voor maatschappelijke opvang.

4.5 DSM IV-Classificaties

In totaal kon van 514 van de 612 jongeren die vanaf 2005 instroomden DSM IV-classificaties gevonden worden op zowel AS I als op AS II. Dit is een respons van 84%. De laagste respons werd gehaald bij team 4 met 62%, de hoogste bij team 3 met 95%. Team 1 en 2 haalden respectievelijk een respons van 88 en 92%. Van de jongeren met een DSM IV-classificatie was een aanzienlijk deel (235) ten tijde van het opvragen van de registratiegegevens inmiddels uitgestroomd.

AS I

In tabel 4.6 staan de DSM IV classificaties ingedeeld naar de diagnostische categorieën. Het gaat om hoofddiagnoses. Als in een categorie meer dan tien jongeren vallen, wordt deze verder uitgesplitst.

Tabel 4.6 DSM IV-Classificaties op AS I

Categorie	aantal	%
Overige aandoeningen/problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (V-codes)	243	47,3
Relationele problemen, vooral ouder-kind relatieprobleem	117	
Studieprobleem/beroepsprobleem	48	
Niet meewerken aan de behandeling	19	
Acculturatieprobleem	14	
Mishandeling/seksueel misbruik of verwaarlozing	13	
Zwakbegaafdheid	12	
Rouwreactie	7	
Identiteitsprobleem	6	
Antisociaal gedrag bij adolescent	6	
Niet-gespecificeerde psychische stoornis	1	
Stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie	55	10,7
ADHD/gedragsstoornissen	26	
Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO	12	
Ontwikkelingsstoornis NAO	11	
Reactieve hechtingsstoornis	2	
Overigen	4	
Aanpassingsstoornissen	49	9,5
Aanpassingsstoornis met stoornis in gedrag en/of emoties	25	
Aanpassingsstoornis met depressieve stemming en/of angst	12	
Aanpassingsstoornis NAO	12	
Stemmingsstoornissen	33	6,4
Depressieve stoornis	27	
Overig	6	
Angststoornissen	31	6,0
PTSS	17	
Angststoornis NAO	7	
Overigen	7	
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	31	6,0
Schizofrenie	10	
Psychotische stoornis NAO	18	
Kortdurende psychotische stoornis	3	
Aan middelen gebonden stoornissen	27	5,3
Misbruik van cannabis	18	
Overigen	9	
Stoornissen in de impulsbeheersing (allemaal NAO)	11	2,1
Somatoforme stoornissen	2	,4
Slaapstoornissen	2	,4
Eetstoornissen	1	,2
Psychische stoornissen door een som aandoening	1	,2
Sexuele stoornissen	1	,2
Geen/Uitgestelde diagnose op AS I	27	5,3
Geen diagnose op AS I (wel op AS II)	21	
Uitgestelde diagnose op AS I	6	
Totaal	514	100,0

Bijna de helft van de ingestroomde jongeren (47,3%) heeft een diagnose binnen de categorie ‘overige aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn’, de zogenaamde V-codes, met als meest voorkomende ‘ouder-kind relatieprobleem’. Het verschil met de daaropvolgende categorieën is groot; 10,7% van de jongeren heeft een classificatie in de tweede categorie ‘stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie’ en krap 10% heeft een aanpassingsstoornis. Wanneer we ons beperken tot de jongeren die ten tijde van de gegevensverzameling ingeschreven zijn, zien we kleine verschuivingen in de verdeling van de DSM IV-classificaties. Onderstaande tabel toont de percentages van de totale groep met daarnaast de percentages van de huidige groep waarvan de DSM IV classificatie bekend is (n=301). We beperken ons hier tot de diagnostische hoofdcategorieën.

Tabel 4.7 Verschillen in DSM IV-classificaties totale groep en huidige groep

Categorie	Totale groep	Huidige groep
	n=514 %	n=301 %
Overige aandoeningen/problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (V-codes)	47,3	39,5
Stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie	10,7	12,0
Aanpassingsstoornissen	9,5	10,6
Stemmingsstoornissen	6,4	6,3
Angststoornissen	6,0	7,3
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	6,0	7,3
Aan middelen gebonden stoornissen	5,3	7,0
Stoornissen in de impulsbeheersing	2,1	2,3
Overige stoornissen	1,4	1,7
Geen/uitgestelde diagnose op AS I	5,3	6,0
Totaal	100,0	100,0

We zien dat het percentage jongeren met een V-code als classificatie bij de groep jongeren die nu in zorg is 10% lager ligt dan bij de groep totaal ingestroomde jongeren. Vrijwel alle andere diagnostische categorieën zijn iets gegroeid.

AS II

Bij tweederde van de jongeren wordt persoonlijkheidsproblematiek beschreven. In verreweg de meeste gevallen gaat dit om een uitgestelde diagnose (26,1%). Bij ruim 12% is sprake van trekken van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis en bij ruim 10% is daadwerkelijk een persoonlijkheidsstoornis geconstateerd, waarvan de borderline persoonlijkheidsstoornis de meest voorkomende is met 3,4%. Zwakbegaafdheid (5,9%) en zwakzinnigheid (1,2%) komen ook voor bij ACT Jeugd.

Tabel 4.8 AS II problematiek

	Aantal	%
Geen Diagnose op AS II	204	39,7
Diagnose op AS II uitgesteld	134	26,1
Sprake van een persoonlijkheidsstoornis	75	14,6
Borderline persoonlijkheidsstoornis	24	4,7
Persoonlijkheidsstoornis NAO	21	4,1
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	7	1,4
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	5	1,0
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	17	3,3
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	1	,1
Trekken van een persoonlijkheidsstoornis	63	12,3
Trekken van een borderline persoonlijkheidsstoornis	26	5,1
Trekken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis	10	1,9
Trekken van een persoonlijkheidsstoornis NAO	10	1,9
Trekken van een narcistische persoonlijkheidsstoornis	6	1,2
Trekken van een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	6	1,2
Trekken van overige persoonlijkheidsstoornissen	5	1,0
Problemen met ontwikkeling van intelligentie	38	7,4
Zwakbegaafd	30	5,8
Zwakzinnigheid	8	1,6
Totaal	514	100,0

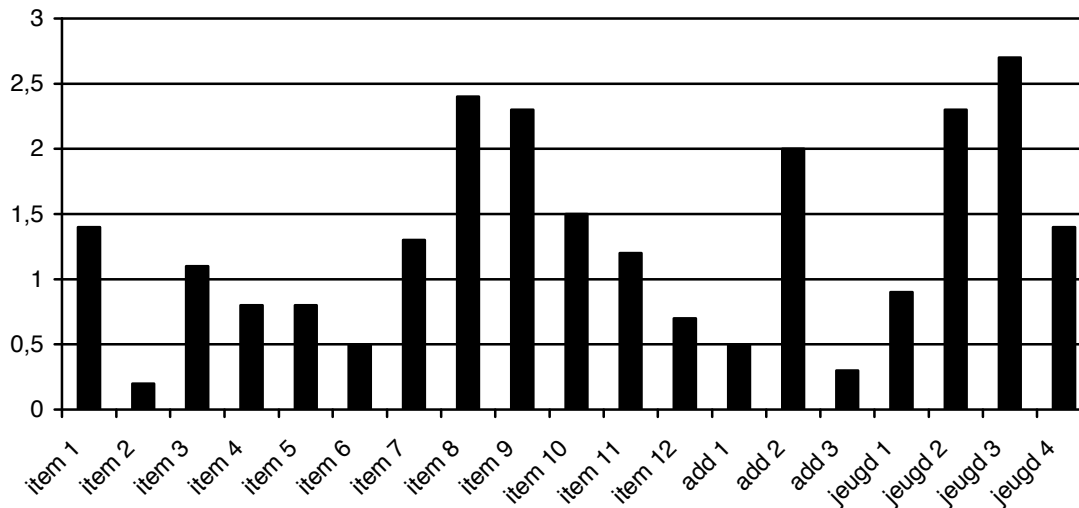
Net als bij de DSM IV codes op AS I kunnen we een vergelijking maken met de groep jongeren die momenteel bij één van de ACT Jeugdteams in zorg is. Ook hier vinden we kleine verschuivingen: het percentage jongeren zonder AS II problematiek is licht afgenomen van 39,7% naar 36,2%. De percentages in de overige categorieën nemen allemaal licht toe.

4.6 Psychiatrische toestand

Per team is gevraagd om bij 50 van hun ingeschreven jongeren een HoNOS-meting te doen. Deze jongeren hadden op het moment van de meting een variabele behandelduur, dit wisselde van zes weken tot bijna 4,5 jaar. Gemiddeld waren jongeren zo'n anderhalf jaar in zorg op het moment van de eerste HoNOS-meting.

In figuur 4.9 worden per item de gemiddelde scores getoond van de ACT jongeren over wie de HoNOS werd ingevuld (n=186).

Figuur 4.9 Honos-scores op itemniveau



Betekenis van de items

Item

1. = hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag
2. = zelfverwonding/automutilatie
3. = problematisch alcohol-, drug- of medicijngebruik
4. = cognitieve problemen
5. = lichamelijke gezondheid of handicaps
6. = problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstelling
7. = problemen met depressieve stemming
8. = psychiatrie/gedrag overig
9. = problemen met sociale contacten
10. = problemen met dagelijkse activiteiten
11. = problemen met woon- en levensomstandigheden
12. = problemen met arbeid en dagbesteding

Add

1. = maniforme ontremming
2. = motivatie voor behandeling
3. = compliance met medicatie

Jeugd

1. = problemen met leer- of taalvaardigheid
2. = problemen met relaties met leeftijdgenoten
3. = problemen met gezinsleven en relaties
4. = afwezigheid van school

Duidelijk wordt dat jongeren hoog scoren op item 8 'overige psychiatrische klachten en/of gedragsproblemen', waarbij met name angst wordt genoemd. Ook zijn er hoge scores op sociale problemen zowel in het volwassenenitem (9) als in de beide jeugditems (jeugd 2 en jeugd 3). Motivatie voor behandeling (add 2) komt als probleem daar weer achter.

Opvallende lage score is er op 'compliance met medicatie' hetgeen vooral veroorzaakt wordt doordat de jongeren geen medicatie gebruiken. Ook wordt laag gescoord op het item 'zelfverwonding, automutilatie'.

Verschillen tussen de teams

We kunnen de totaalscores van de verschillende teams met elkaar vergelijken. Om ook een vergelijking te kunnen maken met bijvoorbeeld ACT

Volwassenenteams, maken we een onderscheid tussen een totaalscore zonder de jeugditems (inclusief addendum) en een totaalscore met de jeugditems. In onderstaande tabel staan de totaalscores vermeld van de verschillende teams alsmede de totaalscores van alle teams samen.

Tabel 4.9 Honos-scores van de verschillende teams

	Totaalscore Honos (inclusief addendum)	Totaalscore Honos (inclusief addendum en jeugditems)
Team 1	16,3	23,3
Team 2	15,1	22,8
Team 3	16,1	22,7
Team 4	19,1	26,6
Totaal (n=186)	16,7	23,9
ACT Jeugd pilotstudie	12,4	
Volw ACT-teams	18,5/19,2/21,8*	---

*dit zijn HoNOS totaalscores van drie ACT Volwassenenteams gebaseerd op eerste metingen uit het onderzoek naar cliëntkenmerken van ACT-teams op de Noordoever van Rotterdam. De scores zijn van respectievelijk ACT Centrum, ACT Oost en ACT Noord.

De jongeren van team 4 hebben een significant hogere score dan de overige jongeren. Daarmee lijkt dit team een populatie met wat zwaardere problematiek in huis te hebben. Deels zou dit verklaard kunnen worden doordat het grootste deel van hun caseload nog maar kort in behandeling is (het team werd in september 2008 opgericht). Verder blijkt de huidige populatie van ACT Jeugd meer psychiatrische symptomen te hebben dan de populatie die in zorg was ten tijde van het pilotonderzoek. De gemiddelde totaalscore van nu van alle jeugdteams samen is 16,7, deze was 12,4 in de pilotstudie. De huidige totaalscore ligt wel lager dan de scores bij de volwassenenteams, met uitzondering van die van team 4.

4.7 Behandeldoelen

ACT Jeugd richt zich op jongeren met problemen op meerdere levensgebieden, die niet aankomen bij reguliere hulpverlening. Op basis hiervan kunnen we verwachten dat behandeldoelen niet alleen gesteld worden op het gebied van hun psychische en/of psychiatrische gezondheid maar ook op aangrenzende levensgebieden als wonen, financiën, school en/of werk, gezin, sociale netwerken.

In totaal werden bij 19 jongeren, afkomstig uit alle vier de ACT Jeugdteams, 103 behandeldoelen verzameld. Van deze behandeldoelen waren er 21 vanuit het hulpverleningsperspectief gesteld. Bijvoorbeeld 'zicht krijgen op de bestaande

problematiek van de jongere'. Deze behandeldoelen nemen we in de beschrijving van kenmerken van de jongeren niet mee. Zodoende blijven er 82 behandeldoelen over.

We hebben gezocht naar een manier om de behandeldoelen die bij de jongeren van ACT Jeugd worden gesteld, in te delen. Gekozen is om de behandeldoelen in te delen in 10 verschillende levensgebieden, zoals die gebruikt zullen worden in het EPD.

In de onderstaande tabel staat per levensgebied vermeld hoeveel van de gestelde behandeldoelen daarbinnen vallen.

Tabel 4.10 Behandeldoelen

Levensgebied	Aantal gestelde doelen	
1. Psychiatrie/psychisch functioneren	35	42,7%
2. Somatiek	8	9,8%
3. Verslaving	1	1,2%
4. ADL	--	--
5. Sociaal functioneren	9	11,0%
6. Financiën	4	4,9%
7. Justitie	--	--
8. Wonen	8	9,8%
9. Arbeid, scholing, daginvulling	15	18,3%
10. Overig	2	2,4%
11. Totaal	82	100%

Verreweg de meeste behandeldoelen worden gesteld op het gebied van psychiatrie/psychisch functioneren, wat te verwachten is bij een ACT Jeugdteam dat vanuit een ggz-instelling opereert. Opvallend is de lage score van behandeldoelen op het gebied van verslaving; slechts één jongere had als behandeldoel 'stoppen met harddruggebruik'. Wellicht wordt het gebruik van softdrugs of alcohol niet als probleem gezien en wordt daaraan derhalve geen behandeldoel gekoppeld.

Binnen de behandeldoelen van de categorie 'dagbesteding' betreft het merendeel een (betaalde) baan, bij vier van deze doelen gaat het om terug naar school of het afmaken van school. Behandeldoelen binnen het gebied sociaal functioneren gaan meestal over de communicatie binnen het gezin van de jongere, waaronder o.a. psycho-educatie aan het gezin. De doelen omtrent 'wonen' gaan in vrijwel alle gevallen om het vinden van een passende woonruimte. Dit wil niet zeggen dat jongeren dakloos zijn, jongeren bevinden zich in de fase waarin het zelfstandig gaan wonen een natuurlijke ontwikkeling is. Wel is het iets waarbij deze jongeren problemen ervaren en begeleiding nodig hebben. In twee gevallen gaat het over het behouden van hun woning. Somatiek bevat met name doelen over activering, sport en deelname aan het Fit Up

programma en een enkele keer over lichamelijke conditie en gewicht. Doelen met betrekking tot de financiële situatie bij de jongeren worden weinig gesteld en betreffen in alle gevallen het helpen oplossen van schulden. De overige twee doelen passen niet in een categorie. Het zijn (1) ondersteuning bij praktische zaken. Dit betreft waarschijnlijk een doel binnen financiën, wonen of dagbesteding, maar met deze omschrijving kan het doel niet worden ingedeeld. Het laatste doel luidt (2) pedagogische vaardigheden versterken.

Behandeldoelen binnen het leefgebied psychiatrie/psychisch functioneren

Omdat zoveel doelen gesteld zijn binnen het levensgebied psychiatrie, lijkt het zinvol een verdere onderverdeling te maken. Het doel zegt iets over de problematiek en dus de kenmerken van de jongere.

Tabel 4.11 Behandeldoelen psychische gezondheid en behandeling

Trauma & Angst	Behandeling starten, overdragen, evalueren, veranderen...
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verwerken van gebeurtenissen uit het verleden 2. Verwerking gebeurtenissen uit het verleden 3. Behandelen van haar posttraumatische stressklachten 4. Verbeteren coping naar aanleiding van ervaren traumata 5. Jongere ervaart minder stressklachten 6. Jongere heeft geen last meer van paniekaanvallen en hyperventilatie 7. Jongere gaat stap voor stap mee naar buiten volgens het opgestelde stappenplan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Overdragen aan gepaste hulpverlening, als optie woonbegeleiding Corridor 2. Opname MCRZ of Delta 3. Opstarten van therapie met cliënt. 4. Psychomedische behandeling evalueren 5. Vervolg van behandeling en begeleiding door ACT Volwassenen 6. Cliënt in de hulpverlening houden.
	Depressie & stemming
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verminderen stemmingswisselingen 2. Behandelen van haar depressieve klachten 3. Verlichten van de depressieve stemming 4. Cliënt leert om te gaan met haar stemmingswisselingen en onzekerheid
Identiteit versterken/zelfstandigheid (ontwikkelingsdoelen?)	Inzicht
<ol style="list-style-type: none"> 1. Minder afhankelijk van mensen om hem heen en kan eigen keuzes maken 2. Jongere kan zelfstandige beslissingen nemen 3. Jongere voelt zich zeker over haar eigen kunnen en heeft voldoende weerbaarheid 4. Zelfstandig naar buiten gaan 5. Jongere spreekt positief over zichzelf 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergroten zelfinzicht 2. Verschaffen van psychoeducatie 3. Vergroten zelfinzicht 4. Cliënt krijgt inzicht in haar dagelijks functioneren.
	Medicatie
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicatie bijstellen en medicatieinname in de gaten houden
Overige behandeldoelen	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cliënt kan zijn gevoelens meer uiten 2. Leren omgaan met teleurstellingen 3. Doorbreken van negatieve gedachten en ombuigen hiervan 4. Jongere kan op een voor haar goede manier met eten omgaan 5. Jongere voelt zich erkend en gesteund bij haar psychosociale problemen 	

5. Het zorgaanbod van ACT Jeugd

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het zorgaanbod van ACT Jeugd. Gestart wordt met een beschrijving van het primaire proces waarbij zo breed mogelijk het hele proces van een behandeling bij ACT Jeugd aan bod komt. Daarna wordt kort stilgestaan bij de deskundigheden van de teamleden en de teams apart. (In hoofdstuk 6 komt dit uitgebreider aan de orde bij de resultaten van de DACTS-visitaties.) Daarna wordt de functie van het vijfde team, het Mobiel Diagnostiek Consultatie & Expertise (MDC&E) team beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over samenwerking met andere partijen.

5.2 Primaire proces en fasering

Aanmelding en eerste screening

Aanmelding van jongeren kan op veel manieren en is laagdrempelig. Iedereen, ook een jongere zelf, kan een jongere aanmelden en dit kan via een formulier dat van internet gedownload kan worden.

In het aanmeldformulier worden de indicatiecriteria genoemd en wordt specifieke informatie gevraagd over de problematiek. Dit vormt de eerste sluis bij de instroom van jongeren. Bij twijfelgevallen wordt altijd een intake aangeboden.

De redenen voor aanmelding zijn velerlei, vaak is sprake van een vorm van overlast, gedragsproblemen, afwijkend gedrag in brede zin.

In principe komen alle aanmeldingen voor ACT Jeugd binnen bij het MDC&E team. Ook wanneer een aanmelding via het bekende netwerk direct bij een team wordt aangemeld, is het de bedoeling dat dit centraal via het MDC&E team verloopt. Zij verzorgen een eerste screening en verwijzen de jongere op basis van zijn verblijfplaats door naar het betreffende ACT Jeugdteam.

Belangrijke aanmelders die genoemd worden zijn bureau Jeugdzorg, het Jongerenloket, scholen, instellingen voor jeugdopvang, buurthuizen, de GGD en DOSA's (Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak). Overigens is het bij elke jongere die in zorg komt nodig dat er een officiële verwijzing komt van de huisarts, bureau jeugdzorg of een medisch specialist.

Intake

De teams hanteren een intakefase van drie maanden waarna de jongere besproken wordt in de behandelplanbespreking. De intake bestaat uit één tot maximaal vijf gesprekken. Het doel van de intake is om te bepalen of de jongere in aanmerking komt voor hulp bij ACT Jeugd en nader onderzoek moet plaatsvinden om te bekijken of er meteen een behandeling gestart kan worden. Dit betekent dat het accent van de intake vooral komt te liggen op de eerste diagnostiek (klachteninventarisatie, informatie verzamelen over de voorgeschiedenis, gezin- en familieanamnese). Er wordt geïnventariseerd of de jongere aan de intakecriteria voldoet. Dit betekent dat de jongere complexe psychosociale of psychiatrische problematiek heeft, die zich op meerdere levensgebieden uit. Daarnaast moet blijken dat de jongere niet aankomt bij de reguliere (jeugd) psychiatrie. Na aanmelding wordt als eerste een dossierhouder aangewezen, dit gebeurt op basis van beschikbaarheid en niet op inhoudelijke gronden. De dossierhouder is verantwoordelijk voor het op orde zijn van het dossier en is niet perse degene die het meest contact heeft met de jongere. Er is geen sprake van persoonlijk begeleiderschap. Bedoeling is dat tijdens de intakeperiode de jongere door zoveel mogelijk verschillende disciplines wordt gezien, zodat er een volledig dossier gemaakt kan worden. Wanneer het niet lukt om tijdens de intake contact te maken met de jongere, kan de intakefase verlengd worden. Soms blijft ACT Jeugd wel een jaar proberen, maar bij uitblijvende resultaten zal het dossier uiteindelijk toch gesloten moeten worden. Echter, bij de meeste jongeren lukt het goed om binnen de intakefase genoeg contact met een jongere op te bouwen om een beeld te schetsen van zijn problematiek. Op basis daarvan wordt besloten of een jongere definitief in zorg komt.

Gezien de problematiek van de doelgroep moet er veel geïnvesteerd worden in contact leggen om een vertrouwensband op te bouwen. Met het oog daarop is voor het intake-traject een periode van maximaal 12 weken vastgesteld.

Na afronding van deze fase wordt een concept behandelplan gemaakt. Dit wordt in een adviesgesprek met kind en/of ouders of voogd (afhankelijk van leeftijd en situatie) besproken. Indien de jongere niet voldoet aan de vastgestelde criteria dan wordt hij (of zij) toegeleid naar passende zorg. Dit wordt teruggekoppeld naar de verwijzer (en eventueel aan de aanmelder).

Instroomcijfers 2008-2009

We zien dat in 2008 en de eerste helft van 2009 361 jongeren centraal werden aangemeld waarvan er 329 zijn ingestroomd bij de ACT Jeugdteams. Dat is 91%. Van deze 329 ingestroomde jongeren werd de behandeling van 14 van hen na de intakeperiode van drie maanden afgesloten. Samengevat betekent dit dat zo'n

9% van de centraal aangemelde jongeren niet thuishoort bij ACT Jeugd en 4% blijkt na de intakefase toch niet geschikt voor ACT Jeugd. Al met al komt 87% van alle aangemelde jongeren blijvend in zorg bij één van de ACT Jeugdteams.

Behandeling

Wanneer een jongere na de intakefase definitief in zorg komt start de fase van behandeling. De behandeling bestaat vervolgens uit verschillende fasen; (1) contact maken en vertrouwen winnen, (2) bespreken en behandelen van de psychische en/of psychiatrische problemen en werken aan de overige behandeldoelen en tot slot (3) evalueren, afsluiten van de behandeling en zo nodig vervolgbehandeling regelen.

Fase 1 Contact maken en vertrouwen winnen. Deze fase start feitelijk al tijdens de intakefase. Dingen die hierbij genoemd worden zijn 'aansluiten bij de belevingswereld van de jongere', 'je opstellen als een maatje' of 'het regelen van praktische zaken'. Wanneer een jongere graag een eigen woning wil en je kunt dit als hulpverlener regelen, dan win je vertrouwen. In deze fase kan het verstandig zijn om niet expliciet de aard van de hulpverleningsinstelling te noemen waar ACT Jeugd bij hoort (jeugd ggz of jeugdpsychiatrie) omdat dit kan afschrikken. Er is bij alle teams in deze fase aandacht voor eventueel middelengebruik, er wordt geïnventariseerd of er sprake van is en zo ja, wat en hoeveel iemand gebruikt.

Fase 2 Wanneer een jongere zich voldoende veilig voelt bij één of meerdere hulpverleners van het ACT Jeugdteam, kunnen psychische of psychiatrische problemen besproken worden. Vanuit het intakeverslag is een eerste opzet gemaakt voor een behandelplan met daarin behandeldoelen die in principe samen met jongere besproken zijn en bepalend voor de behandeling. Een jongere wordt in ieder geval elk half jaar besproken in de behandelplanbespreking, en indien de situatie zorgelijk is, kan dit vaker.

Hierbij wordt nagegaan of gestelde doelen wel, niet of deels zijn behaald. Ook kunnen nieuwe doelen worden gesteld of bestaande doelen worden bijgesteld. Ook de ingezette methodieken worden geëvalueerd. De vraag is telkens: 'Wat ga je nog doen, waarom en hoe lang?' Ook wordt afgevraagd of voorzetting van de behandeling (nog) nodig is en eventueel afgebouwd of gestopt kan worden of dat een andere behandelvorm (zwaarder) noodzakelijk is.

Fase 3 Evaluatie en afsluiting van de behandeling

Er zijn verschillende redenen waarom een behandeling wordt afgesloten.

1. Een jongere is dusdanig verbeterd dat hulpverlening niet meer nodig is. Behandeling wordt afgesloten en er gaat een brief naar de huisarts.

2. Een jongere voldoet niet langer aan de criteria voor ACT doordat hij bijvoorbeeld niet langer zorgmijddend is. Het is mogelijk om hem (of haar) naar reguliere (jeugd) zorg te leiden.
3. Een jongere verhuist uit de regio. Indien nodig zal contact gezocht worden met passende hulpverlening in de regio waar de jongere heen gaat.
4. Een jongere bereikt een leeftijd van boven de 24 jaar. Er wordt gezocht naar passende vervolgzorg, bijvoorbeeld ACT Volwassenen.
5. Het lukt niet om in contact te komen met een jongere. Na verloop van tijd moet het dossier gesloten worden. Hierbij wordt opgemerkt dat het goed zou zijn als in dit geval een schaduwlijst opgesteld kan worden van 'slapende' cliënten. Mochten zij later toch weer in beeld komen, dan is hun dossier nog aanwezig.

Een behandeling wordt indien mogelijk afgesloten met een eindevaluatie. Hierbij wordt gekeken welke doelen behaald zijn en welke niet. Een schriftelijk verslag hiervan wordt gestuurd naar de vervolgbehandelaar (indien daarvan sprake is) en naar de verwijzer van de jongere.

Behandeling die het team zelf doet

Behandeling kan bestaan uit het voorschrijven van medicatie, cognitieve gesprekstechnieken, systeemtherapie, praktische begeleiding naar werk of scholingstrajecten, woonbegeleiding, traumabehandeling, sportclub (FitUp), schuldsanering maar ook samen dingen doen als koken of schilderen. Een dergelijk samenzijn is een goede gelegenheid om het gedrag van een jongere te zien waaruit veel afgeleid kan worden over zijn problematiek en een behandelrelatie op te bouwen. Een deel van de behandeling of begeleiding bestaat uit vinger aan de pols contact en steun bieden.

Kernaspecten van de werkwijze is het nastreven van een hoge contactfrequentie en het zien van de jongeren in hun eigen omgeving. Overigens kunnen contacten ook bestaan uit telefonisch of digitaal contact.

Rehabilitatie

Tijdens de DACTS-metingen kwam naar voren dat de term 'rehabilitatie' volgens de hulpverleners niet goed aansluit bij de doelgroep van ACT Jeugd. Het zou te chronisch klinken. Toch wordt er door de ACT Jeugdteams wel gewerkt aan de thema's van de rehabilitatie zoals het (weer) oppakken van een opleiding, het vinden van (betaald) werk, hernieuwd contact leggen met familie en in enkele gevallen van dakloosheid, het vinden van een passende woning. Met name het toeleiden naar opleiding en/of werk of een combinatie daarvan, is een belangrijke taak van de ACT Jeugdteams. De feitelijke begeleiding hierin wordt meestal uitbesteed aan specialistische instanties.

Behandeling uitbesteden

Bij ACT Jeugd worden jongeren regelmatig doorverwezen naar andere instanties voor bepaalde hulpvragen. Wanneer een jongere bijvoorbeeld aangeeft dat hij graag een scholingstraject wil starten, zijn instanties als het 'Rebound Centre' of 'back on track' de aangewezen partij om dit op te pakken. Ook voor de behandeling van verslaving verwijzen de teams door naar gespecialiseerde instanties als Bouman GGZ of Brijder indien jongeren dit willen. Het team zonder psychiater (team 4) besteedt sommige psychiatrische zorg uit aan bijvoorbeeld het Erasmus MC of het RMPI. In de meeste gevallen echter wordt de psychiater van de andere teams ingeschakeld.

ACT Jeugd hecht veel waarde aan een zo groot mogelijk netwerk op het gebied van jeugdhulpverlening. Er bestaat veel en uiteenlopend zorgaanbod rondom jongeren en een optimale behandeling voor de doelgroep van ACT Jeugd kan alleen dan geboden worden wanneer hierover voldoende kennis in huis is en sprake is van goede onderlinge werkrelaties met relevante instanties. Hierbij is het overigens niet zo dat wanneer jongeren worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een verslavingsbehandeling bij Brijder zij uitgeschreven worden bij ACT Jeugd. Deze trajecten kunnen naast elkaar bestaan.

5.3 Deskundigheid/samenstelling teams

Naast de concrete deskundigheden zoals die met de DACTS gemeten werden, hebben hulpverleners binnen de ACT teams soms werkervaring of persoonlijke expertise, interesses, talenten of affiniteiten die tijdens de DACTS-meting niet ter sprake kwamen. De insteek bij ACT Jeugd is dat deze persoonlijke inbreng wel een meerwaarde heeft voor de jongeren die in behandeling zijn bij ACT Jeugd. Het deel van de hulpverleners dat voor 2007 in dienst was bij ACT Jeugd is met behulp van een gesloten interview hierover bevraagd. Hieruit bleek dat de teamleden uiteenlopende expertise in huis hebben die onderverdeeld kan worden in expertise die direct voortkomt uit ervaringen met zorgverlening en expertise die hierbuiten staat.

De zorggerelateerde expertise:

- *Verstandelijk gehandicaptenzorg*
- *Woonbegeleiding zowel bij verstandelijk gehandicapten als bij forensische jongeren*
- *Ervaringen met kinderen met Autisme verwante stoornissen en hun ouders*
- *Intercultureel maatschappelijk werk*
- *Presentietheorie*

Niet zorggerelateerde expertise:

- *Sport: er is veel ervaring op het gebied van sport. Eén hulpverlener heeft een opleiding bij het CIOS gevolgd. Veel hulpverleners doen zelf enthousiast aan sport (voetbal, boksen, fitness, tennis) en zijn bereid om sportactiviteiten voor ACT Jongeren te ontwikkelen.*
- *Werkervaringen buiten de zorg (mode, personeelszaken, Europese Unie; over hoe fondsen besteed worden), hetgeen een geheel 'frisse' blik geeft op hulpverlening.*
- *Onderzoekservaring.*
- *Onderwijservaringen: trajectbegeleiding van jongeren zonder verblijfsvergunning onder andere alleenstaande minderjarige asielvragers (AMA's).*
- *Ervaring met inburgering en begeleiding van nieuwkomers waardoor expertise werd opgebouwd over specifieke groepen zoals somalische jongeren, Bosnische zigeuners, de Roma*
- *Een hulpverlener heeft de studie rechten gedaan, dit biedt extra mogelijkheden als het gaat om dienstverlening.*
- *Sollicitatietrainingen geven.*
- *Opbouwen van netwerken en het organiseren van netwerkbijeenkomsten*

Daarnaast wordt een aantal persoonlijke interessen en affiniteiten genoemd die wellicht een positieve rol kunnen spelen in de hulpverlening aan de jongeren van ACT Jeugd. Voorbeelden hiervan zijn yoga/spiritualiteit, verstand van voeding en vitamines, verstand van klussen, homoseksuele geaardheid waardoor er ervaringsdeskundigheid is als het gaat om onderdrukking van deze gevoelens bij groepen waarbij dit gevoelig ligt (moslims).

Een ander persoonlijk kenmerk van hulpverleners dat als waardevolle bijdrage aan zorgaanbod van ACT Jeugd wordt benoemd is de afkomst van de hulpverleners. Rotterdam is een multiculturele stad met inwoners van zeer gevarieerde culturele achtergrond. ACT Jeugd is zich hiervan bewust en wil cultuursensitief zijn in het aanbod. Er is gezocht naar multiculturele samenstelling van de teams.

Van de bevroegde teamleden (17) zijn er zeven met een andere dan een Nederlandse afkomst. Deze zeven hulpverleners hebben hun wortels in de Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse, Surinaamse en Indonesische cultuur. Een direct praktisch voordeel hiervan is de mogelijkheid om te communiceren met ouders die geen of slecht Nederlands spreken.

Typering/ specialisatie van de verschillende hulpverlenende teams

Team 1 (Maashaven): dit team bevindt zich in het gebouw van het centrum voor Jeugd en Gezin. Dit team zou zich vooral bezighouden met de ontwikkeling van een goede ketenzorg. Het moet een voorbeeld zijn voor hoe de onderlinge samenwerking met andere voorzieningen voor jeugd (en gezin) in de toekomst gaat lopen.

Team 2 (Twentestraat): dit team heeft veel ervaring met scholen en daaruit voortvloeiende problematiek (voormalige schoolteams). Daarnaast hebben zij groepsaanbod ontwikkeld, zoals een hardloopclubje, een schilderclubje, een kookclubje en bieden ze ruimte voor het maken van huiswerk.

Team 3 (Pijperstraat): Dit team staat bekend als een team dat veel doet aan systeemtherapie. (teamleider is systeemtherapeut). Ze hebben veel Marokkaanse jongeren in zorg (2 teamleden zijn Marokkaans).

Team 4 (Schiehaven): op deze oudste locatie is een nieuw team gestart (sinds 1 september). Dit team heeft vooral connecties met het 'Rebound Centre'. Aanwezige expertise is daarmee op het gebied van scholing in de praktijkprojecten/werktrajecten. Verder is bij team 4 forensische expertise aanwezig (teamleider heeft o.a. bij de Kijvelanden gewerkt) hetgeen heeft geleid tot een aanzet om een forensisch ACT Jeugdteam te ontwikkelen.

5.4 Mobiel Diagnostiek Consultatieteam & Expertise team

Het MDC&E team heeft als taak ondersteunende activiteiten te bieden aan de hulp-, zorg- en dienstverleners van jongeren. De bijdrage aan de hulpverlening van de jongeren is indirect. Doelgroepen van het MDC&E team zijn intern de uitvoerende ACT teams en extern de ketenpartners in de regio.

Het MDC&E team heeft drie taakgebieden: diagnostiek en consultatie van individuele jongeren, samenwerking met partners in de regio en expertiseontwikkeling op het gebied van hulpverlening aan de doelgroep.

Diagnostiek en consultatie

Het MDC&E team fungeert *intern* als centraal aanmeldpunt en vormt de voordeur bij de aanmelding van jongeren bij ACT Jeugd. De aanmeldingsgegevens worden gescreend en zo nodig worden aanvullende gegevens opgevraagd ter voorbereiding van de intake. In het aanmeldtraject worden samen met de aanmelder de problemen geïnterpreteerd, de hulpvraag verduidelijkt en bepaald of ACT Jeugd de juiste zorg is voor de jongere. Vervolgens wordt de jongere verwezen naar een van de vier teams of naar een andere aanbieder in de regio. Het MDC&E team verzorgt de intake voor de jongeren zonder vaste verblijfplaats.

Concreet werden in 2008 en tot juni 2009 361 aanmeldingen gescreend. Daarnaast vinden dagelijks consultaties plaats omtrent jongeren die niet

geregistreerd zijn. Deze kosten worden betaald vanuit de transitiegelden, dit gaat om honderden telefonische contacten per jaar. In principe is dit gratis dienstverlening aan ketenpartners. Deze contacten worden niet digitaal geregistreerd, er wordt wel schriftelijk verslag hiervan gedaan.

Het MDC&E team biedt ook diagnostiek en consultatie aan enkele *externe* aanbieders in de regio. Er zijn hierover afspraken gemaakt met een aantal samenwerkingspartners: twee woon/opvangvoorzieningen voor jongeren, een laagdrempelig werkproject (De Nieuwe Kans) en het Jongerenloket. Als bij deze voorzieningen wordt gesignaleerd dat er met een jongere mogelijk "meer aan de hand" is wordt het MDC&E team ingeschakeld. Ze leveren een bijdrage aan het verhelderen van de problematiek door dossieronderzoek en aanvullend diagnostisch onderzoek. Intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek, brede inzet van diagnostische instrumenten is mogelijk. In overleg met de hulpverleners volgt een advies over de juiste plek en aanpak voor de individuele jongere. Het gaat om inbreng van ggz-deskundigheid.

Samenwerking in de regio

Er zijn veel verschillende organisaties betrokken bij de hulpverlening aan jeugdigen. Deze werken soms langs elkaar heen en de mogelijke bijdrage van verschillende instanties is niet altijd voldoende bekend. Om een bijdrage te leveren aan een verbetering van de samenwerking wordt vanuit het MDC&E team actief deelgenomen aan overlegvormen in de regio. Met als doel te verhelderen wat ACT Jeugd voor welke jongeren te bieden heeft en te zorgen dat ACT Jeugd op de juiste manier wordt ingeschakeld.

Expertise ontwikkelen

Het MDC&E team werkt *intern* aan methodiek- en productontwikkeling gericht op kwaliteitverbetering van de teams. Daarvoor worden verschillende onderdelen van het aanbod als aparte modules ontwikkeld en beschreven, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, agressieregulatie, meidengroepen, e.a. Door een psychologenwerkgroep worden de procedure, deelstappen en instrumenten van het diagnostisch proces uitgewerkt. Daarnaast zijn er productgroepen vanuit de maatschappelijk werkers en de sociaal -psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Zij ontwikkelen aanbod en groepstrainingen op hun eigen terrein.

Extern verzorgt het team incidenteel op verzoek workshops en scholing. Bijvoorbeeld over de ACT-werkwijze, over ziektebeelden, training aan hulpverleners hoe om te gaan met bepaalde problematiek. Bij een specifieke vraag kan een medewerker uit een ander team worden ingeschakeld.

Het informatiemateriaal voor deze externe adviezen wordt ontwikkeld en zo nodig bij een nieuwe vraag op maat aangepast. Alle informatie is centraal beschikbaar, zo wordt de expertise steeds verder uitgebouwd.

Het MDC&E team wil op deze manier uitgroeien tot een kennis- en expertisecentrum op het gebied van hulpverlening aan jongeren met complexe zorgvragen.

Organisatie van MDC&E team

Het team bestaat uit 3 vaste medewerkers en 3 medewerkers voor 1 dag per week, een teamleider en secretariële ondersteuning. Daarnaast worden medewerkers uit de teams wel tijdelijk ingezet voor een aantal uur voor specifieke onderwerpen. Vanuit het MDC&E team is 1 fte beschikbaar voor activiteiten voor het jongerenloket.

5.5 Samenwerking met andere partijen

Alle vier ACT Jeugdteams en ook het MDC&E team werken samen met veel instanties. Samenwerking kan bestaan uit verschillende aspecten; het kan betekenen dat consultatie verleend wordt waaruit ook aanmeldingen kunnen voortvloeien. In de praktijk kan consultatie verleend worden aan vrijwel alle aanmelders die eerder in paragraaf 4.2 genoemd werden. De belangrijkste waren Bureau Jeugdzorg, het Jongerenloket, de DOSA, het Rebound Centre, wijkagenten, reguliere zorginstanties.

Samenwerking kan ook gaan over participeren in periodieke vergaderingen waarin door verschillende ketenpartners, vanuit verschillende invalshoeken, risicojongeren worden gevolgd. Ook hier is de rol van ACT Jeugd het bieden van consultatie of indien sprake is van psychiatrische problemen het in zorg nemen van jongeren. Deze **samenwerkingsverbanden** hebben als doel een sluitende aanpak rondom probleemjongeren te kunnen bieden. ACT Jeugd participeert in de volgende verbanden:

- DOSA (Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak). Bij deze aanpak zijn alle instellingen en instanties betrokken die op de een of andere manier met jeugdproblemen te maken hebben. Zoals scholen, welzijnswerk, jongerenwerk en maatschappelijk werk. Maar ook leerplichtambtenaren, GGD, Bureau Jeugdzorg, Jongerenloket, politie en justitie. DOSA zorgt ervoor dat risico - en probleemjongeren (weer) naar school of aan het werk gaan, en als dat nodig is de gewenste hulp krijgen.

- Jongerenloket: gemeentelijke organisatie waar jongeren uit Rotterdam terecht kunnen met vragen over opleidingen, werk, stages, solliciteren, huisvesting, stagevergoedingen en eventueel uitkeringen. Sinds 2008 is een SPV van ACT Jeugd gedetacheerd bij het Jongerenloket. Hieraan ontstond behoefte doordat er een toename was van jongeren die zich daar melden met psychische en psychiatrische problemen. Zodoende is het Jongerenloket een belangrijke aanmelder van jongeren bij ACT Jeugd en vervult ACT Jeugd de rol van behandelaar zodat trajecten bij het jongerenloket beter afgestemd kunnen worden.
- Netwerk Dak- en/of thuisloze jongeren, Traject Toewijzingscommissie Jongeren (TTCJ). Hulpverleners van ACT Jeugd zijn betrokken bij deze commissie door het deelnemen aan de periodieke bijeenkomsten.

Andere deelnemers aan deze overlegvormen zijn onder andere politie en justitie, GGD, Maatschappelijk werk, scholen in de buurt, welzijnsprojecten etc.

Samenwerking kan ook bestaan met partners die worden ingeschakeld om specialistische behandeling of begeleiding te kunnen bieden aan de jongeren die in zorg zijn. De volgende specialistische behandelingen kwamen ter sprake:

Tabel 5.1 Externe specialistische behandelingen

Verslavingsbehandeling

- Brijder Leefstijltraining
- Bouman GGZ

Trajectbegeleiding

- Back on Track (van gemeente Rotterdam)
- Rebound Centre
- Campus Nieuwe Kans (initiatief van het CDA Rotterdam)

Woonbegeleiding: beschermende woonvormen of begeleid wonen

- Stichting MEE
- Leger des Heils
- Beschermde of begeleid wonen van Bavo Europoort
- Humanitas

Crisisbehandeling

- Acute dienst
 - Crisisdienst
 - T-Plataan (crisisopvang)
-

6. ACT-modelgetrouwheid, DACTS-metingen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden eerst uitkomsten van de vier DACTS-metingen kort vergeleken met elkaar en met ACT Volwassenen. Daarna wordt elk team in een aparte paragraaf beschreven aan de hand van zijn eigen scores.

6.2 De vier teams

Alle vier de ACT Jeugdteams hebben een DACTS-audit gekregen, uitgevoerd door de onderzoekers. De volgende DACTS-totaalscores werden behaald:

Tabel 6.1 Totaalscores DACTS van de vier teams

1. ACT Jeugdteam 1, Maashaven	3,6 (incl addendum 3,4)
2. ACT Jeugdteam 2, Twentestraat	3,3 (incl addendum 3,3)
3. ACT Jeugdteam 3, Pijperstraat	4,1 (incl addendum 3,9)
4. ACT Jeugdteam 4, Schiehaven	3,8 (incl addendum 3,6)

De scores lopen uiteen van 3,3 tot 4,1, een verschil dat binnen de context van een DACTS-meting behoorlijk groot is. De meest recente gemiddelde score op de DACTS bij de volwassenen ACT teams is 3,6 (3,5 incl addendum). De scores van Pijperstraat en Schiehaven zijn duidelijk hoger dan die van de volwassenen, die van de Twentestraat wat lager en de Maashaven gelijk. In de volgende tabel staan de scores van de vier teams en de gemiddelde score van ACT Volwassenen op de subschalen.

Tabel 6.2 Subscores DACTS

	ACT Jeugd				ACT volw gemiddeld
	team 1	team 2	team 3	team 4	
Teamstructuur	4,1	3,9	4,6	4,0	3,8
Organisatie	3,6	3,4	4,4	3,9	3,8
Zorgaanbod	3,1	2,6	3,4	3,4	3,1
Addendum	2,0	3,0	2,8	2,4	2,4

In vergelijking met ACT bij volwassenen zien we dat ACT Jeugd vooral hoog scoort op Teamstructuur. De jeugdteams hebben over het algemeen een lage caseload en de verschillende disciplines zijn goed vertegenwoordigd. Op de overige subschalen komen de scores behoorlijk overeen. Team 3 (Pijperstraat) scoort op bijna alle schalen hoog.

Tabel 6.3 Itemscores DACTS

Team	Maashaven	Twentestraat	Pijperstraat	Schiehaven
Basisgegevens				
Teamomvang	13,30	8,60	12,80	13,00
Ingeschrevenen	76	66	113	140
DACTS: teamstructuur				
Caseload	5,00	5,00	5,00	4,00
Teambenadering	5,00	4,00	5,00	3,00
Teambijeenkomst	5,00	5,00	5,00	5,00
Teamleider	5,00	4,00	5,00	5,00
Verloop v personeel	4,00	3,00	5,00	5,00
Personeelsbezetting	4,00	5,00	4,00	5,00
Psychiater	5,00	2,00	4,00	1,00
Verpleegkundige	5,00	5,00	5,00	5,00
Verslavingsdeskundige	1,00	5,00	4,00	5,00
Arbeids- en rehabdeskundige	1,00	1,00	4,00	1,00
Teamomvang	5,00	4,00	5,00	5,00
DACTS: organisatie				
Expl toelatingscriteria	3,00	3,00	4,00	5,00
Instream van cliënten	3,00	5,00	5,00	1,00
Multidisciplinair zorgaanbod	4,00	4,00	5,00	4,00
Verantw. voor crisisdiensten	3,00	3,00	3,00	3,00
Verantw voor opname	5,00	4,00	5,00	5,00
Verantw voor ontslag	4,00	3,00	5,00	5,00
Zorg voor onbeperkte tijd	3,00	2,00	4,00	4,00
DACTS: zorgaanbod				
Hulpverl in de gemeenschap	5,00	3,00	5,00	5,00
Drop-out beleid	4,00	4,00	5,00	5,00
Assertieve hv	3,00	4,00	4,00	5,00
Intensiteit vd hulpverlening	3,00	2,00	2,00	3,00
Contactfrequentie	2,00	2,00	2,00	2,00
Samenwerking steunsysteem	3,00	3,00	4,00	5,00
Ind verslavingszorg	3,00	3,00	3,00	3,00
Beh groepen voor DD-cliënten	1,00	1,00	1,00	1,00
DD-model	3,00	3,00	3,00	3,00
Ervaringsdeskundige	4,00	1,00	5,00	2,00
DACTS: addendum				
Arts in het team	1,00	4,00	1,00	1,00
Ind somatische zorg	1,00	3,00	3,00	3,00
Bereikbaarheid	3,00	3,00	3,00	3,00
Crisisinterventieplan	1,00	1,00	2,00	1,00
Teamgeest	4,00	4,00	5,00	4,00

Met de kleur groen wordt aangegeven dat een item goed scoort en dus (bijna) geïmplementeerd is (4 of 5). Oranje betekent dat een item matig scoort, en dat implementatie beter kan (3). Rood tenslotte betekent dat een item niet of nauwelijks geïmplementeerd is (1 of 2).

6.3 ACT Jeugdteam 1, Maashaven

Het ACT Jeugdteam 1 werd gevisiteerd op 19 maart 2009. Het team behaalde als eindscore een 3,6 (3,4 inclusief addendum). Het team als zodanig bestaat sinds het voorjaar van 2008 en is een samenvoeging van twee kleinere teams.

Teamstructuur (4,1)

Het team scoort hoog op teamstructuur. Met een groot team hebben zij een lage caseload: 10,5 fte directe hulpverleners leveren zorg aan 76 jongeren. Dat is een individuele caseload van 7,2, een 5-score.

Tabel 6.4 Teamsamenstelling Maashaven

Teamomvang:	13,3 fte (inclusief secretariaat)
Caseload:	76 jongeren
Teamsamenstelling:	
Psychiater:	0,88 fte
Maatschappelijk werker:	6,00 fte
Psycholoog:	2,00 fte
SPV:	2,00 fte (de teamleidster voor 0,50 fte)
Jurist (=maatschappelijk werker i.o.)	1,00 fte
Ervaringsdeskundige:	1,00 fte (langdurig in ziektewet, komt niet terug)

De teamleidster geeft aan dat door de samenvoeging van twee teams vanwege de reorganisatie er in feite sprake is van een overbezetting, het team is te groot. Tegelijkertijd zijn er enkele langdurig zieken en hebben drie hulpverleners het afgelopen jaar het team verlaten. Zodoende scoren de items 'verloop van personeel' en 'personeelsbezetting' beiden een 4.

Het team heeft dagelijks ochtendoverleg. Het digibord speelt hierin een centrale rol, alle ingeschreven jongeren staan hierop en worden genoemd. Eén keer per week (dinsdag) worden alle afspraken met jongeren voor een week vooruit gepland.

Verder heeft dit team een psychiater met een groot dienstverband (0,88 fte). Ook de verpleegkundigen zijn voldoende vertegenwoordigd in het team.

De teambenadering wordt goed uitgevoerd; vrijwel alle jongeren worden door meerdere hulpverleners gezien. Er is geen sprake van persoonlijk begeleiderschap, er wordt gewerkt met dossierhouders. De dossierhouder is verantwoordelijk voor het op orde brengen en houden van het dossier en heeft niet persé het meest contact met de jongere. Het team is behandelaar en de psychiater is eindverantwoordelijke. Wanneer jongeren zelf aangeven liever met één hulpverlener contact te hebben, wordt toch vaak in ieder geval een tweede hulpverlener betrokken.

Het team heeft geen verslavingsdeskundige, terwijl wordt ingeschat dat zo'n 20% van de caseload bijkomende verslavingsproblematiek heeft. Dit is inclusief computer- of gameverslaving. Het team heeft ook geen rehabilitatiedeskundige. Opvallend in dit team is dat bijna altijd jongeren worden bezocht door twee hulpverleners tegelijk. Soms is dit in verband met de veiligheid, maar vaker wordt het hebben van twee verschillende visies als waardevol gezien.

Organisatie

Het team heeft nog 'last' van de erfenis van het oude team, in de situatie van voor de reorganisatie. Hierdoor zijn jongeren in zorg die buiten de doelgroep vallen zoals die door de toelatingscriteria zijn omschreven. Deze jongeren worden met een strenger toelatingsbeleid niet plotseling van ACT Jeugdzorg uitgesloten. Wel zullen de komende tijd oplossingen gevonden moeten worden voor jongeren zonder psychiatrische problematiek die momenteel nog in zorg zijn. Dit gegeven drukt de score op zowel het item 'toelatingscriteria' als 'onbeperkte behandelduur'. Beiden scoren een 3.

De instroom is grillig geweest hetgeen ook door de reorganisatie veroorzaakt is. Na het samenvoegen van de twee teams tot dit team, is er gedurende een aantal maanden een opnamestop geweest om orde op zaken te stellen. Toen het team in oktober 2008 weer 'open' ging voor nieuwe aanmeldingen, werd in korte tijd de ontstane wachtlijst weggewerkt. Dit leidde tot een instroom van 11 jongeren in één maand.

Het team draagt deels verantwoordelijkheid voor crisisdienst in de vorm van telefonische achterwacht. Zij worden bij crisis wel gebeld, maar schakelen indien nodig de Acute Dienst in, het team handelt het niet zelf af.

Klinische opnames bij de ACT-jongeren komen zelden voor. Wel is het team betrokken bij de zeldzame keren dat er wel sprake van was. Het team houdt contact zowel met jongere als met de klinische behandelaar tijdens de opname.

Zorgaanbod

Kernaspecten van het zorgaanbod zijn een hoge contactfrequentie nastreven, de jongere zoveel mogelijk in hun eigen omgeving zien en als het kan iemand met zijn tweeën bezoeken (zie eerder bij 'teamstructuur'). Uit het dossieronderzoek bleek dat een jongere gemiddeld 1,4 keer per week wordt gezien, waarbij een contact gemiddeld ruim een half uur duurt. Vrijwel alle contacten vinden plaats bij de jongeren thuis of waar zij zich bevinden. Een enkele keer heeft een jongere een afspraak 'op kantoor', maar dit is duidelijk niet het beleid. Dossieronderzoek laat verder zien dat jongeren inderdaad vrijwel altijd door twee hulpverleners worden bezocht. Volgens de DACTS is er sprake van onvoldoende implementatie van zorgintensiteit, en wellicht kunnen jongeren vaker bezocht worden wanneer ze standaard bezocht worden door één hulpverlener. De samenwerking met het informele netwerk kan beter, bij ruim de helft van de jongeren is daar contact mee, met name met de ouders. Gemiddeld is dit contact zo'n één keer per twee weken. Wel zijn er contacten met het professionele netwerk (scholen, jeugdzorg etc) van alle jongeren.

Het assertieve werken bestaat uit het aansluiten bij de belevingswereld van de jongeren van het verleiden met een hamburger van McDonalds tot een lichte

vorm van stalken. Soms echter wordt een jongere doelbewust met rust gelaten zodat duidelijk wordt dat hij hulp nodig heeft. Juridische middelen (IBS of RM) worden vrijwel niet toegepast. Bij het team bestaat het idee dat er is ingeboet op de assertiviteit (score 3) door de productiedruk. Zogenaamde 'no-show' contacten kunnen niet gedeclareerd worden. Wanneer een jongere langer dan drie maanden 'zorgmijdend' is, wordt hij uitgeschreven. Ook casefinding wordt hierdoor niet meer gedaan.

Contacten met jongeren worden gelegd via 'moderne' middelen, vrijwel elke jongere heeft een mobiel en kan zodoende gebeld en ge-sms't worden. Lastig hierbij is dat het mobiele nummer vaak verandert. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van internetvoorzieningen als MSN en Hyves. Wat ook voorkomt is dat afspraken via een ouder worden gemaakt.

Het team heeft formeel nog een ervaringsdeskundige in dienst die als volwaardig teamlid functioneert, maar deze zal het team verlaten. De specifieke inbreng van een ervaringsdeskundige wordt waardevol genoemd en zal gemist worden.

Multidisciplinair zorgaanbod

Op het item 'multidisciplinair zorgaanbod' scoort het team een 4³. Het team biedt zelf psychiatrische hulp, er is een psychiater verbonden aan het team. Counseling en psychotherapie bieden ze niet omdat er geen behoefte aan bestaat. Hierbij wordt opgemerkt dat wanneer jongeren daar aan toe zijn, ze in feite geen ACT-jongeren meer zijn en naar reguliere hulpverlening verwezen kunnen worden. Het team biedt woonbegeleiding indien dit nodig is. Wanneer bij jongeren een probleem bestaat op het gebied van huishouden, doet men er iets mee. Een deel van de jongeren woont begeleid en krijgt daar woonbegeleiding en een behoorlijk deel van de jongeren woont (nog) bij familie. Voor verslavingsproblematiek is in het team zeker aandacht maar echte behandeling is er niet: problematisch gebruik wordt bespreekbaar gemaakt en er wordt gepoogd om jongeren bewust te maken van daaruit volgende problemen. Jongeren worden, als zij dat willen, doorverwezen naar een instelling voor verslavingszorg (Bouman GGZ). Op de vraag in hoeverre rehabilitatie deel uit maakt van het zorgaanbod blijkt als eerste dat de term niet past bij de doelgroep van jongeren. Maatschappelijk werkers houden zich bijvoorbeeld wel bezig met trajectbegeleiding om jongeren (terug) te leiden naar school. Hun activiteiten betreffen het contact maken met en het toeleiden naar instanties die zich hiermee bezig houden zoals bijvoorbeeld De Nieuwe Kans.

³ Bij dit item wordt gekeken of het team een aantal typen zorg zelf biedt of dat zij dit 'uitbesteden' aan anderen. Het gaat om psychiatrische hulp (1), counseling en psychotherapie (2), woonbegeleiding (3), rehabilitatie (4), verslavingszorg (5) en eventueel alternatief zorgaanbod.

Dankzij de aanwezigheid van een jurist in het team kunnen juridische consulten als extra aanbod geboden worden. Dit kan bijvoorbeeld gaan over huurconflicten, arbeidsrecht en voogdijzaken. Verder kunnen vanuit dit team jongeren meedoen aan het Fit Up sportprogramma dat overigens voor alle vier de ACT Jeugdteams georganiseerd wordt. Er loopt een meidengroep die wekelijks bij elkaar komen om iets leuks te doen of het ergens over te hebben met als doel om zelfvertrouwen te versterken. Tot slot is er een initiatief om op vrijdagmiddag met de jongeren die dit willen de week af te sluiten met een frisdrankje in het naastgelegen café.

Informatie uit het addendum

Het team heeft geen arts in het team en voor somatische zorg worden jongeren naar hun huisarts gestuurd. Er is geen standaard screening van lichamelijke toestand in de intakefase.

Het team is bereikbaar tijdens kantooruren, daarbuiten is er, zoals gezegd telefonische bereikbaarheidsdienst roulerend verzorgd door de teamleiders van de vier ACT Jeugdteams. Er is een proef gedaan met avonddiensten waarbij verwacht werd in contact te komen met jongeren die je anders niet zou zien. Deze verwachting werd niet waargemaakt en de proef werd beëindigd.

Het is bij ACT Jeugd niet gebruikelijk te werken met crisisinterventieplannen, vrijwel niemand heeft dat. Uitzondering zijn de enkele jongeren die opgenomen geweest zijn.

6.4 ACT Jeugdteam 2, Twentestraat

Dit team werd gevisiteerd op 17 maart en behaalde een eindscore van 3,3 (3.2 inclusief addendum). Het team werd met de reorganisatie in het voorjaar van 2008 gevormd door de twee voormalige schoolteams samen te voegen.

Teamstructuur

Zijn hoogste score behaalt team 2 op de subschaal teamstructuur (3,9). Het team is weliswaar klein, maar heeft een goede ratio hulpverlener:jongeren. De individuele caseload is 7,6, een score van 5.

Tabel 6.5 Teamsamenstelling Twentestraat

Teamomvang:	8,60 fte
Caseload:	66 jongeren
Teamsamenstelling:	
Arts:	1,00 fte (0,50 als teamleider)
Psycholoog:	2,00 fte
Psycholoog i.o.:	1,00 fte
SPH:	1,00 fte
Verpleegkundigen:	1,60 fte (SPV + B-verpleegkundige)
Maatschappelijk werker	1,00 fte

Het team is met 8,6 fte wat klein, maar wel goed voorzien van psychologen. Ook verslavingsdeskundigheid is in het team aanwezig. Er is geen psychiater, wel heeft het team beschikking over de psychiater van een ander ACT Jeugdteam voor één dag per week en verder op consultbasis. De teamleider is arts. Het team heeft geen arbeids- en rehabilitatiedeskundige in dienst.

Er hebben zich wat wisselingen voorgedaan in de samenstelling van het team mede vanwege de reorganisatie van ACT Jeugd. Voor een verhoging van de score zou het goed zijn het team uit te breiden met in ieder geval een maatschappelijk werker en wellicht vaste psychiater uren.

Het team komt vier keer per week samen voor een ochtendoverleg, op woensdag werken er te weinig mensen om bijeen te komen. Tijdens dit overleg worden alle jongeren besproken en iedereen is in principe aanwezig. Op dinsdag wordt de weekplanning gedaan, alle afspraken met jongeren worden dan op het digibord gezet.

Organisatie

Het team heeft duidelijke intakecriteria, maar niet iedereen in de huidige caseload voldoet hieraan. Net als bij het team van de Maashaven speelt de erfenis van de oude situatie hierin een rol. Toen werden jongeren aangemeld waarbij reden tot zorg was maar niet perse psychiatrische problematiek. Deze jongeren zijn nog deels aanwezig in de caseload. Ook de dienstbaarheid aan de DOSA zorgt er voor dat er enkele jongeren in zorg zijn zonder daadwerkelijke ggz-problematiek. Wel worden deze jongeren met een goed advies na een intakefase 'teruggegeven' aan de verwijzende DOSA.

Tegelijkertijd wordt aangegeven dat de leeftijd van de doelgroep het per definitie lastig kan maken om 'harde' psychiatrische problematiek vast te stellen dan wel uit te sluiten. Er is een spanningsveld: enerzijds moet er sprake zijn van ggz-problematiek, anderzijds is de problematiek niet duidelijk vanwege leeftijd of het zorgmijdende gedrag van de jongeren en bestaat er enkel een vermoeden van psychiatrische problematiek en staan andere problemen op de voorgrond. ACT heeft tenslotte als functie het binnenhalen van jongeren die ergens anders niet in

zorg komen. Volgens de teamleider heeft het ACT Jeugdteam ook een preventieve functie. Jongeren, zonder duidelijke psychiatrische problematiek maar wel in een problematische situatie, kunnen in zorg genomen worden om tijdens de intakefase helder te krijgen wat deze jongere nodig heeft om te voorkomen dat psychiatrische problematiek (bijv. persoonlijkheidsstoornis of verslaving) zich ontwikkelt. Na deze intakefase kan de jongere, indien hij niet voldoet aan de intakecriteria verwezen worden naar een passende instantie.

Wellicht verklaart dit mede het hoge aantal uitschrijvingen wat op het item 'onbeperkte zorg' leidt tot een 2-score. Jongeren worden meestal uitgeschreven omdat ze naar een andere, reguliere vorm van hulpverlening worden doorverwezen. Vaak zijn de specifieke ACT-doelen dan behaald. Soms worden jongeren doorverwezen naar een volwassenen ACT-team. Drop-out komt een enkele keer voor.

Het team is niet verantwoordelijk voor crisisdiensten, er is telefonische bereikbaarheid buiten kantooruren in samenwerking met de andere ACT Jeugdteams. Hiervan wordt zo'n drie keer week gebruik gemaakt, waarbij het slechts een enkele keer om een crisis gaat. Het lijkt wel belangrijk voor jongeren dat zij altijd iemand kunnen bereiken die ze soms weliswaar niet persoonlijk kennen, maar die wel van hun situatie afweet.

Jongeren van dit team worden zelden opgenomen, de enkele keer dat dit gebeurt, is het team wel betrokken. De communicatie met behandelaars tijdens een opname is afhankelijk van de betreffende kliniek en afdeling. Er zijn geen standaardprocedures hetgeen logisch is gezien de zeldzaamheid van de situatie. De teamleider geeft desondanks aan graag BOR-bedden tot zijn beschikking te hebben, met name als tijdelijke opvang voor jongeren zonder vaste woon- of verblijfplaats.

Zorgaanbod

Dit team heeft een relatief lage score op het item 'hulpverlening in de gemeenschap'. Dit wordt veroorzaakt door de aanloopfunctie die het team biedt. Jongeren worden gestimuleerd om naar het kantoor te komen. Zo is er bijvoorbeeld ruimte voor jongeren om huiswerk te maken. Al met al wordt ingeschat dat de helft van de contacten buiten kantoor plaatsvindt.

Het team hanteert assertieve hulpverlening variërend van verleidingstechnieken tot drang, bijvoorbeeld het inschakelen van een leerplichtambtenaar. Omdat er geen psychiater in het team zit, kunnen ze geen dwang toepassen, maar dit wordt ook niet gemist. Een RM of IBS lijkt bij jongeren minder relevant dan bij volwassenen en is vrijwel nooit nodig. Het team heeft geld beschikbaar voor incidentele traktaties aan jongeren. Wanneer een jongere lastig te bereiken of vinden is, wordt het netwerk rondom de jongere ingeschakeld.

De contactfrequentie en intensiteit scoren laag (beiden een 2). Gemiddeld wordt een jongere 1 keer per week gezien met een gemiddelde contactduur van 45 minuten. Contacten met het informele netwerk zijn er voor driekwart van de jongeren en vinden ongeveer 1 keer per twee weken plaats. Het team heeft geen ervaringsdeskundige maar zou dit wel graag willen.

Multidisciplinair zorgaanbod

Psychiatrische hulp biedt het team zelf, hiervoor zijn de arts en de SPV verantwoordelijk die worden bijgestaan door een psychiater van een ander ACT Jeugdteam. Een enkele keer wordt counseling of psychotherapie geboden. Er lijkt weinig vraag naar, maar indien nodig, is het in het zorgaanbod aanwezig. Bij specifieke vragen wordt ook samengewerkt met andere aanbieders. Het team biedt woonbegeleiding aan jongeren die zelfstandig wonen. Het gaat daarbij om hulp bij het voeren van een huishouding. Echter, een groot deel van de jongeren woont nog bij ouders thuis. Er is ook een kleine groep die begeleid woont, waarbij woonbegeleiding door de betreffende instantie wordt geboden. ACT Jeugd participeert dan wel in begeleidingsbespreking aldaar. Op het gebied van verslavingszorg biedt het team ondersteuning in de eerste fase van een mogelijke verandering in het gebruik. Verslavingsproblematiek lijkt overigens geen grote rol te spelen bij de doelgroep van ACT Jeugd. Dit betekent niet dat middelengebruik niet voorkomt, bijna alle jongeren experimenteren ermee, maar slechts bij een minderheid van de caseload wordt dit gebruik als problematisch ervaren en zou het in de behandeling aandacht moeten krijgen. Dit bestaat vervolgens uit het vergroten van inzicht in het gebruik. Medicamenteuze ondersteuning zoals het voorschrijven van Antabus komt een enkele keer voor. Voor afkickprogramma's wordt vervolgens doorverwezen naar instellingen voor verslavingszorg zoals Bouman GGZ en/of Brijder. De afdeling Leefstijl van Brijder zit in hetzelfde pand. Voor rehabilitatie- of reïntegratietrajecten wordt toegeleid naar specialistische aanbieders, zoals De Nieuwe Kans. Meer dan de helft van de jongeren zit in één of ander traject. Het team heeft vanuit zijn verleden als schoolteam veel jongeren in zorg in de leeftijd onder de 18. Daarbij betreft het trajecten om jongeren terug naar school te leiden. Vanuit datzelfde verleden is er veel contact met scholen waarmee de samenwerking wordt gezocht. Voor schuldhulpverlening worden jongeren doorverwezen naar de kredietbank en de Rotonde.

Het team biedt enkele vormen van atypische groepsprogramma's. Zo is er de Fit-up, het ACT Jeugd brede fitnessprogramma. Voor de eigen caseload biedt het team een kookgroep en een schildergroep (bij voldoende belangstelling). Deze groepen geven de mogelijkheid om wat langer en in een andere context dan

gebruikelijk met jongeren op te trekken. Dit kan informatie geven over wat er met een jongere aan de hand is.

Informatie uit het addendum

Teamleider is arts en zodoende kan in dit team iets aan somatische zorg geboden worden, veelal in de vorm van aandacht voor somatische klachten. Echter, het is de bedoeling dat jongeren een eigen huisarts hebben en daarvan gebruik maken. Er bestaat behoefte aan een tandarts, veel jongeren hebben gebitsproblemen en blijken ook nogal eens onderverzekerd. (>18 jaar moet voor tandheelkundige zorg extra verzekerd worden). Ook in dit team heeft slechts een kleine minderheid een crisisinterventieplan.

6.5 ACT Jeugdteam 3, Pijperstraat

Het team werd gevisiteerd op 2 april 2009 en behaalde een eindscore van 4,1 (3,9 inclusief addendum). Het team werd in het voorjaar van 2008 gevormd door de samenvoeging van twee kleinere teams.

Teamstructuur

Het team scoort zeer hoog op teamstructuur (4,6). Ze hebben een individuele caseload van 10 hetgeen volgens ACT normen de perfectie verhouding is.

Tabel 6.6 Teamsamenstelling Pijperstraat

Teamomvang:	11,88 fte (inclusief secretariaat)
Caseload:	113 jongeren
Teamsamenstelling:	
Systeemtherapeut	1,00 fte (0,50 als teamleider)
Verpleegkundigen:	2,67 fte (SPV + verpleegkundige)
Maatschappelijk werkers	4,40 fte
Pedagoog	1,00 fte
Trajectbegeleider	1,00 fte
Psychiater	0,88 fte
Secretaresse	0,88 fte
	11,88 fte

Alle benodigde disciplines zijn vertegenwoordigd binnen het team, weliswaar niet altijd met door ACT-normen gewenste aantal uren. Het team heeft een fulltime psychiater in dienst en twee teamleden hebben verslavingsdeskundigheid. Een van de verslavingsdeskundigen telt ook mee als rehabilitatiedeskundige vanwege zijn afstudeerscriptie over de rehabilitatievisie. Hij kent de IRB en past die op eigen wijze toe bij de jongeren van zijn team. Daarnaast is er een

trajectbegeleidster in het team aanwezig. Het team werkt overtuigd vanuit de teambenadering. Er zijn wel zogenaamde dossierverantwoordelijken maar dit staat geheel los van de feitelijke contacten. In de intakeperiode zien minimaal drie disciplines de jongere: de psychiater, de verpleegkundige/SPV en de maatschappelijk werker. Bijna alle jongeren blijven daarna meerdere hulpverleners zien, een enkeling valt terug op slechts één vertrouwd iemand omdat zij daar zelf de voorkeur aan geven.

Organisatie

Het team heeft duidelijke intakecriteria, maar heeft een klein deel in zijn caseload die hieraan niet voldoet. Bijvoorbeeld wanneer een psychiatrische stoornis niet duidelijk aanwezig is, maar ook niet uitgesloten kan worden. Soms komt dit later in de behandeling beter in beeld en voldoet iemand wel aan de criteria. Soms echter ook niet. Ook worden jongeren aangemeld met problemen op het gebied van middelenmisbruik in combinatie met een laag IQ. Deze jongeren vallen buiten de intakecriteria maar worden wel in zorg genomen enkel en alleen omdat niemand anders dit doet. Het team gaat dan praten met de stichting MEE of de Pameijer om deze jongeren daar geplaatst te krijgen met de nodige adviezen.

Het team stelt een maximum aan het aantal jongeren dat per maand kan instromen in verband met de tijdsinvestering die een intake met zich meebrengt. Dit blijkt uit de instroom van de afgelopen zes maanden, die was nooit hoger dan vijf.

Het team heeft net als de overige ACT Jeugdteams een rol in de crisisdienst door middel van de telefonische achterwacht. Zij geven aan dat een mogelijke crisis bij jongeren zich over het algemeen van te voren aankondigt. Daardoor kun je de crisis voorkomen dan wel een vooraanmelding bij de collega's doen. Overigens komt crisis zelden voor.

Ook klinische opnames komen zelden voor, het team voorkomt dit juist. Als dit toch gebeurt, is dit op initiatief van het team. Vaak gaat het dan om opnames met een IBS of RM. Het team blijft betrokken bij de behandeling in de kliniek en is in principe bij bespreking aldaar aanwezig. De kliniek bepaalt wanneer een jongere met ontslag gaat maar het ACT Jeugd wordt bij deze beslissing betrokken.

Het team scoort opvallend hoog op het item 'zorg voor onbeperkte tijd'. Er zullen het komende jaar meer dossiers worden afgesloten dan in het afgelopen jaar. De teamleider geeft aan dat het soms lastig is, voor zowel de jongeren als de hulpverleners om een jongere af te sluiten en door te verwijzen. Een zorg hierbij is dat er geen outreachend nazorgtraject is. Hulpverleners vrezen dat wanneer zij jongeren overdragen aan de RIAGG of poli, het snel weer mis zal gaan omdat deze jongeren zich naar verwachting niet zullen melden bij een hulpverlener in een 'kantoortje'.

Zorgaanbod

Het team scoort hoog op het item 'hulpverlening in de gemeenschap', contacten vinden zelden plaats op kantoor. Indien jongeren gemakkelijk naar kantoor zouden komen voor afspraken met hun hulpverlener, voldoen zij eigenlijk niet aan de ACT criteria. Toch wil het team uitnodigend zijn en heeft voor de toekomst plannen om een gezellige ontvangstruimte te creëren als in- of aanloop voor jongeren.

Het team gebruikt veel strategieën om hun jongeren te binden. Zeker in het begin is behandelen bijzaak. De hulpverleners sluiten zoveel mogelijk aan bij de belevingswereld van de jongeren en proberen zo een vertrouwensband op te bouwen. Er wordt daarnaast wel gezocht naar jongeren in (internet) cafés en wanneer een jongere zorgmijdtend is, wordt er door brievenbussen gepraat. Ook is er budget om af en toe een jongere te trakteren op bijvoorbeeld een kop koffie. Desnoods kan een RM ingezet worden als bindmiddel maar dit heeft niet de voorkeur.

Het team raakt zelden een jongere 'kwijt'. Als dit toch gebeurt, wordt een melding gedaan naar de verwijzer van deze jongere, vaak de DOSA.

De intensiteit en frequentie van de contacten liggen bij dit team, net al bij alle andere teams laag. Een jongere wordt gemiddeld één keer per week gezien, waarbij een contact ongeveer een half uur tot 45 minuten duurt. Opgemerkt wordt dat de duur van het contact afhankelijk is van de leeftijd; onder de 15 jaar duurt het over het algemeen wat langer om in gesprek te komen dan bij wat oudere jeugd.

De samenwerking met het systeem, met name de familie is behoorlijk intensief. Het kan gaan om praktisch contact, omdat een jongere bij zijn ouders woont en aldaar wordt bezocht. Het kan ook gaan om therapeutisch contact, er is dan sprake van systeemtherapie die strikt gescheiden is van de therapeutische contacten met de jongere zelf. Ook bij het contact met het systeem geldt dat dit intensiever is naarmate het een jongere cliënt betreft. Gemiddeld is er één keer per week contact met het systeem.

Het team heeft een fulltime, expliciete ervaringsdeskundige in dienst. Hij zet zijn ervaringen in, fungeert als rolmodel voor de jongeren en als 'geweten' voor het team.

Multidisciplinair zorgaanbod

Het team biedt een breed zorgaanbod. Psychiatrische hulp wordt geboden door de psychiater en de SPV. Dit houdt in diagnostiek, psychiatrisch onderzoek, medicatie en indien noodzakelijk een psychiatrische opname. Counseling en psychotherapie doet het team zelf, een voorbeeld hiervan is de ouderbegeleiding die de pedagogische hulpverlening biedt aan tienermoeders of -vaders.

Woonbegeleiding biedt het team zelf. Ook begeleid wonen projecten vragen het team om de begeleiding te blijven doen van de ACT-jongeren die daar wonen. Dit gaat om ongeveer 15 jongeren. Hierover worden dan afspraken gemaakt of advies gegeven. Te intensieve woonbegeleiding (elke dag helpen met boodschappen doen/koken) kan het ACT-team niet bieden. Wel kan het team helpen met het vinden van passende woonruimte en praktisch met verhuizen. Naar schatting heeft zo'n 60% van de caseload een dubbele diagnose (psychiatrie + verslaving), hierbij is ook game- of computerverslaving geteld. Behandeling of zorg op dit gebied doet het team deels zelf, maar wordt ook wel uitbesteed aan Bouman GGZ. Het team inventariseert het gebruik; het gaat dan om wat, waarom en wanneer iemand gebruikt en wat het gebruik met de jongere doet. Er is geen dwang, urine controles worden, als hieraan behoefte bestaat gedaan door Bouman GGZ. ACT Jeugd houdt zich bezig met het bewustwordingsproces omtrent middelengebruik en ze gebruiken hierbij motiverende gespreksvoering. De psychiater houdt zich ook bezig met medicatie en de interactie daarvan met verslaving. Voor verdere behandeling van de verslaving worden jongeren, als zij dit willen, doorverwezen naar Bouman GGZ. Er is binnen het team wel potentie aanwezig om meer verslavingszorg zelf te bieden; één van de hulpverleners is gecertificeerd leefstijltrainer. Het team werkt formeel niet vanuit een DD-model maar in hun benaderingswijze zitten wel aspecten daarvan.

Het team heeft een trajectbegeleider in dienst die jongeren begeleidt naar werk/opleiding of andere vormen van dagbesteding. Voor maatschappelijke reïntegratie wordt samengewerkt met andere instanties zoals het Jongerenloket, Futuro, De Nieuwe kans, Back On Track. Bijna alle jongeren zitten in één of ander traject. Vanuit de politiek is het beleid zo dat een uitkering wordt gekoppeld aan een traject. De jongere krijgt een 'stagevergoeding' voor het traject waar hij in zit. De ervaringsdeskundige binnen het team heeft zich in zijn opleiding verdiept in de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en past dit toe in de behandeling en benadering van de jongeren.

Verder biedt dit team systeemtherapie. Ze hebben ervoor gekozen om de contacten met ouders en jongeren uit elkaar te houden. Als een hulpverlener met name contact heeft met een jongere, dan onderhoudt iemand anders het contact met de ouders, waarbij het in een aantal gevallen gaat om therapeutisch contact. Daarnaast is er de FIT-UP, het sportprogramma van ACT Jeugd.

Informatie uit het addendum

De somatische zorg binnen het team wordt zo nodig geleverd door de teamleider van team 2, die arts is. Het team schat in dat 20% van de caseload geen huisarts heeft. De bereikbaarheid van het team is zoals gezegd voor alle vier de teams

hetzelfde geregeld. Slechts weinigen van de jongeren in het team hebben een crisisinterventieplan. Gezegd wordt dat dit alleen geschreven wordt voor de jongeren voor wie dit nodig is.

6.6 ACT Jeugdteam 4, Schiehaven

Het team werd gevisiteerd op 16 april 2009 en behaalde een eindscore van 3,8 (3,6 inclusief addendum). Het team is in het najaar van 2008 opgericht en startte vrijwel direct met een volledig team.

Teamstructuur

Het team scoort hoog op teamstructuur (4,0). Ze hebben een individuele caseload van 12 hetgeen volgens ACT-normen net iets meer is dan het ideale aantal van 10.

Tabel 6.7 Teamsamenstelling Schiehaven

Teamomvang:	11,44 fte (inclusief secretariaat)
Caseload:	113 jongeren
Teamsamenstelling:	
Verpleegkundigen	5,05 fte (0,50 als teamleider, 1,67 HBO-V, 1,89 SPV en 1,00 B-verpleegkundige)
Maatschappelijk werkers	2,00 fte
Psycholoog	2,88 fte (1,00 fte GZ-psycholoog)
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener	2,00 fte
Secretaresse	1,00 fte
	11,93 fte

Opvallend bij dit team is de afwezigheid van maatschappelijk werkers. Het team heeft veel verpleegkundigen en psychologen in dienst. Het team heeft in de korte tijd van haar bestaan een behoorlijke caseload opgebouwd.

In dit team is een start gemaakt met teambenadering maar de meeste jongeren hebben contact met een tweetal hulpverleners. In de intakefase wordt een jongere vaak door meer dan twee hulpverleners gezien.

Elke ochtend heeft het team overleg waarin alle jongeren uitgebreid aan bod komen. Wanneer er weinig personeel is door bijvoorbeeld afspraken of vrije dagen, wordt het overleg beperkt tot de bijzonderheden.

De teamleider besteedt driekwart van zijn tijd aan 'patiëntencontact', echter dit is inclusief indirect contact in de vorm van overleg met netwerken rondom een jongere.

Het team bestaat op het moment van de DACTS-meting ongeveer zeven maanden en het team is vrijwel geheel in de huidige samenstelling begonnen. Er

is in die periode één hulpverlener weggegaan en één nieuwe hulpverlener aangetrokken (een gz-psycholoog i.o.). Er staat één vacature open.

Het team heeft geen psychiater in dienst maar consulteert indien nodig psychiaters die zij kennen uit hun netwerk (ACT Jeugdteam 3 of het RMPI).

Het team heeft veel verslavingsdeskundigheid in huis (2,1 fte per 100 jongeren). Deze deskundigheid bestaat o.a. uit jarenlange ervaring van een SPV bij het CAD. Het team heeft geen arbeids- en rehabilitatiedeskundige in dienst, maar zoekt samenwerking met trajectbegeleidingsinstanties in de omgeving zoals het Rebound Centre.

Organisatie

Dit team heeft niet, zoals sommige van de andere teams, last van een erfenis in de caseload. Het team is in september 2008 gestart en realiseerde zich dat bij de jongeren die zij in zorg nemen sprake moet zijn van ggz-problematiek. Jongeren die aangemeld worden waarbij twijfel bestaat of ze aan de toelatingscriteria voldoen, worden op een wachtlijst geplaatst en voor hen wordt (nog) geen DBC geopend. Contacten met deze jongeren worden geregistreerd als consultatie. Zo wordt vervuiling van de caseload voorkomen, terwijl de deur toch op een kier staat.

Dit team heeft een zeer lage score op instroom doordat zij bij de start in één keer alle jongeren in zorg nam die bij de andere ACT Jeugdteams op de wachtlijst stonden. Ook daarna bleven veel jongeren instromen, soms meer dan 20 per maand. In de periode na de DACTS-meting is dit aantal drastisch omlaag gegaan.

Het team is in principe altijd betrokken bij een opname van een jongere. In de eerste zeven maanden van het bestaan van dit team is dit drie keer voorgekomen. Dit team doet heel veel aan netwerk opbouw en ook met de klinieken waar de jongeren tijdens hun opname verblijven, bestaat een goed contact. Het komt daardoor vrijwel niet voor dat een jongere met ontslag gaat zonder bemoeienis van het team. Overigens wordt opgemerkt dat dit anders gaat wanneer een jongere na detentie vrijkomt. Door bijvoorbeeld cellentekort wordt een jongere weleens vroeger dan gepland vrijgelaten zonder het team in te lichten.

Omdat team 4 nog een jong team is, zijn nog niet veel jongeren uitgeschreven in de afgelopen tijd. Geschat wordt dat in het komend half jaar zo'n 20 jongeren uitgeschreven zullen worden, zodat dit item een 4 scoort. Pas wanneer het team een aantal jaar bestaat kan duidelijk worden hoe onbeperkt in tijd de geboden zorg is.

Zorgaanbod

Het team werkt outreachend, meer dan 80% van de contacten vindt plaats buiten het kantoor. Het team werkt daarbij zeer assertief en jongeren vallen vrijwel niet uit. Er is een kleine lijst met zogenaamde 'cold cases' van jongeren die zoek zijn. In de praktijk blijkt dat jongeren na verloop van tijd altijd weer 'opduiken'. Casefinding, het actief zoeken naar jongeren die hulp behoeven, wordt gedaan door het opbouwen van een netwerk. Het team maakt er werk van om bij alle (zoveel mogelijk) instanties betrokken te zijn die met jeugd te doen hebben, zoals wijkgebouwen, scholen, politie etc. Wanneer een jongere zorgmijdt, blijven ze langsgaan of bellen. Zo nodig kan een juridische maatregel uitkomst bieden, maar dit is vrijwel nooit het geval.

Ook bij dit team zijn de contactintensiteit en –frequentie laag scorende items, gemiddeld worden jongeren één keer per week gezien, waarbij een contact zo'n 55 minuten duurt.

Het team heeft de hoogste score op het item samenwerking met het steunsysteem. Dit is mede te danken aan de methodiek rondom de administratie, het team heeft zo'n 300-400 nevencliënten ingeschreven. Dit gaat om ouders, broers/zussen of andere familieleden. Dit is ongeveer 3x zoveel als dat er jongeren zijn ingeschreven. Bij ongeveer 80% van de jongeren is er regelmatig contact met één of meerdere personen uit het netwerk.

Net als de andere teams biedt ook dit team beperkt verslavingszorg; er zijn geen DD groepen, wel bevat de benaderingswijze enige aspecten van een DD model, zoals 'niet confronterend' en een geïntegreerde benadering als het gaat om de combinatie middelengebruik en psychiatrie. Men verwijst soms jongeren door naar afkickklinieken.

Het team heeft geen ervaringsdeskundige in dienst. Echter, gezegd wordt dat er bij het aannemen van de teamleden wel degelijk is gelet op relevante persoonlijke ervaringen die als waardevolle bagage worden gezien in het ACT Jeugdteam.

Multidisciplinair zorgaanbod

Het team biedt deels psychiatrische hulp. Het team heeft geen psychiater in dienst, indien nodig wordt een psychiater van een ander ACT Jeugdteam of van het RMPI ingeschakeld. Het team heeft wel een SPV in dienst die medicatie kan geven en een belangrijke signalerende functie heeft als het gaat om psychiatrische problematiek. Het team biedt veel psychotherapie en counseling waaronder CGT. Er zijn veel psychologen in dienst met hun eigen specialismen zoals systeemtherapie en behandeling van borderline. Woonbegeleiding wordt daar geboden waar nodig. Hieronder valt ook het helpen met het vinden en inrichten van een woning en helpen verhuizen. ACT Jeugd is ook bezig om

jongeren in woningen te krijgen waarbij een zorgcontract wordt afgesloten met een woningbouwvereniging. De verslavingszorg is zoals gezegd beperkt en bestaat uit het inventariseren van het gebruik, het benoemen ervan, bespreekbaar maken, psychoeducatie over middelengebruik en het in de gaten houden van gebruik bij jongeren. Wanneer het zeer ernstig misbruik betreft of wanneer er behoefte bestaat bij de jongere aan behandeling, verwijst het ACT Jeugdteam door naar Bouman GGZ. Naar schatting gebruikt meer dan 90% van de caseload middelen, meestal cannabis en slechts een enkeling harddrugs. Ongeveer 10% van de caseload is doorverwezen naar de verslavingszorg. Werkbegeleiding (en rehabilitatie) wordt vrijwel altijd uitbesteed aan het naastgelegen 'Rebound Centre' of andere instanties die trajectbegeleiding doen. Daarnaast heeft het team uiteenlopende kennis in huis hetgeen resulteert in de volgende expertises: autisme, seksueel misbruik, tienermoeders, borderline persoonlijkheidsstoornis, systeemproblematiek, criminele netwerken (ze kennen de dealers) en schuldhulpverlening. Daarnaast is het motto bij dit team dat het belangrijk is om een groot netwerk te hebben, zodat als je iets zelf niet biedt, je dit snel en makkelijk kunt inschakelen.

Informatie uit het addendum

Het team heeft geen arts maar heeft een goed contact met het RMPI en schakelt zonodig hun jeugdarts in. Het team is alert op somatische problemen zoals geslachtsziekten bij seksueel misbruikte meisjes (en jongens) en geeft ook adviezen bijvoorbeeld op het gebied van voeding, druggebruik. De bereikbaarheid buiten kantooruren is hetzelfde als bij de andere teams met de wisselende telefonische achterwacht. Ook hier heeft slechts een enkele jongere een crisisinterventieplan, het team vindt dit wel een tekortkoming. Het is een creatief, onconventioneel team.

7. Effectonderzoek: resultaten voor cliënten

7.1 Ontwikkelingen psychiatrische toestand

Met het tweemaal afnemen van de Honos wordt in kaart gebracht of bij de jongeren van ACT Jeugd een verbetering optreedt tijdens de behandeling. De eerste meting vond plaats aan het begin van 2009, de tweede meting ruim een half jaar later.

Jongeren waren zeer variabel als het gaat om de periode dat ze al in zorg waren bij ACT Jeugd ten tijde van de eerste meting. In paragraaf zagen we al dat dit interval varieerde van een half jaar tot 4,5 jaar.

Respons

Voor de eerste meting was het de bedoeling dat er per team over 50 jongeren een hoNOS zou worden ingevuld, hetgeen in 200 ingevulde hoNOS-lijsten zou resulteren. Uiteindelijk zijn er 189 eerste metingen van de vier teams. De respons op de tweede meting was over het geheel 60%, dit zijn in totaal 114 ingevulde hoNOS-lijsten. Zowel bij de eerste als bij de tweede meting zien we een aantal lijsten dat niet volledig is ingevuld. Dit betekent dat niet altijd alle totaalscores of bepaalde subscores berekend kunnen worden. Opvallend is dat bij de tweede meting een groter percentage niet-volledig ingevulde lijsten was dan bij de eerste meting. In onderstaande tabel staan de responscijfers per team en in totaal op een rijtje.

Tabel 7.1 Respons op Honos

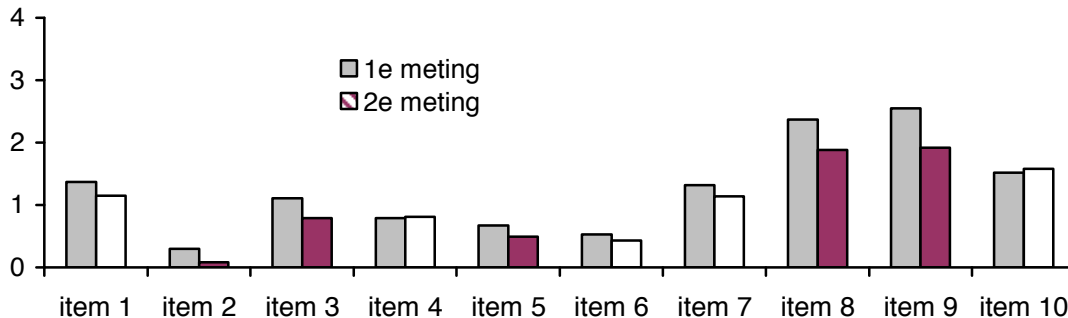
	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Totaal
Aantal respondenten	49	47	43	50	189 (100%)
Responsstatus na 2 metingen					
2 volledig ingevulde lijsten	19	21	21	14	75
1 ^e meting niet volledig	9	2	1	3	15
2 ^e meting niet volledig	4	9	6	1	20
Beide metingen onvolledig	3	--	1	--	4
Totale respons	35 (71%)	32 (68%)	29 (67%)	18 (36%)	114 (60%)
2 ^e meting missing, zorgmijder	8	8	--	1	17
Inmiddels uitgeschreven	6	7	1	31	45
2 ^e meting missing, geen reden	--	--	13	--	13
Totale non-respons	14 (29%)	15 (32%)	14 (33%)	32 (64%)	75 (40%)

De resultaten

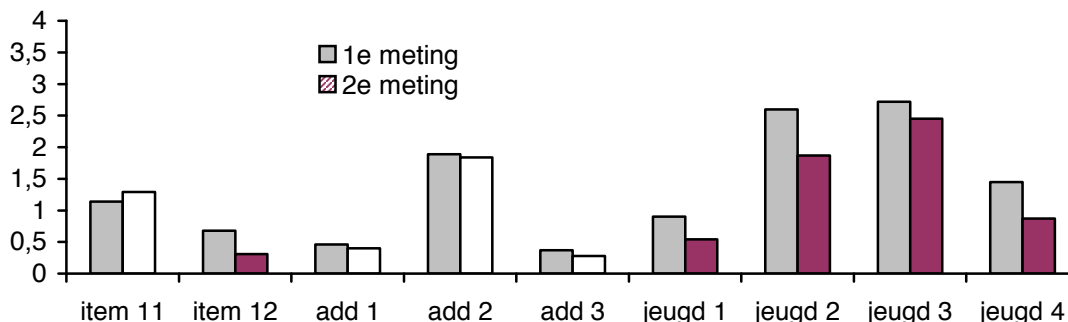
We kijken eerst naar de verbeteringen op itemniveau. In de grafieken 7.1 en 7.2 staan de gemiddelde scores per item zowel op de eerste als op de tweede

meting. De gekleurde staven wijzen op een significante verbetering. Hiervan is sprake bij zeven items: zelfbeschadigend gedrag (item 2), problematisch alcohol-, of medicijngebruik (item 3), lichamelijke gezondheid/handicaps (item 5), overige psychiatrische of gedragsproblemen (item 8), problemen met sociale contacten (item 9), problemen met relaties met leeftijdgenoten (jeugditem 2) en afwezigheid van school (jeugditem 4).

Figuur 7.1 Verbetering op items 1-10 honos (n=97-112)



Figuur 7.2 Verbetering op de overige items (n=102-114)



Op enkele items zien we een lichte stijging van de score, hetgeen een verslechtering van de toestand impliceert. Het gaat hier echter om een niet significante verslechtering (items 4, 10 en 11). Op motivatie zien we een gelijkblijvende score, dit betekent dat motivatieproblemen bij deze jongeren blijven bestaan.

Totaalscores

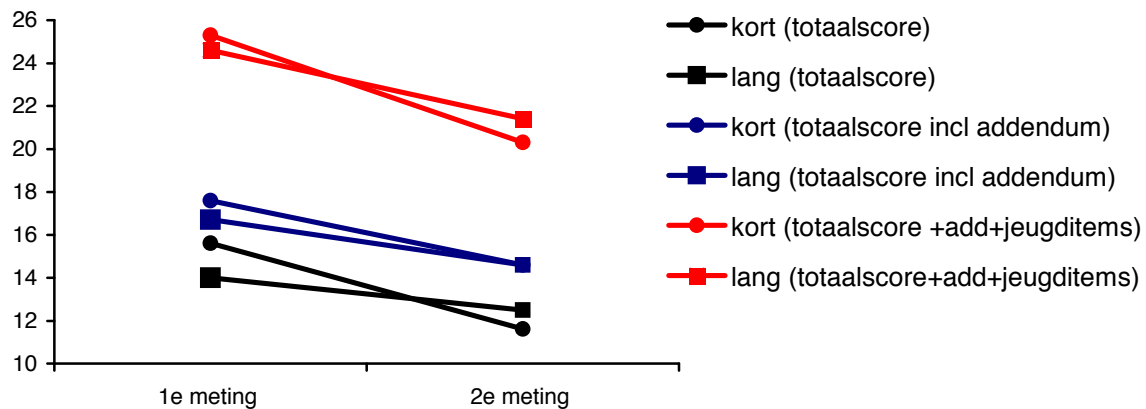
Eerder lazen we dat er drie verschillende totaalscores berekend kunnen worden op de Honos: de totaalscore op basis van item 1 t/m 12, dan de totaalscore inclusief het addendum en tot slot de totaalscore inclusief het addendum plus de vier jeugditems. Voor de totale groep (n=75) blijkt de verbetering op alle drie deze totaalscores significant.

Tabel 7.2 Verbeteringen op de Honos

	Gemiddelde scores		t-waarde	p-waarde
	Meting 1	Meting 2		
Totaalscore item 1-12 (n=83)	14,5	11,6	4,2	.000
Totaalscore incl addendum (n=82)	17,2	14,0	3,7	.000
Totaalscore incl add + jeugditems (n=75)	24,9	19,6	4,5	.000

De groep jongeren die in dit onderzoek betrokken is, heeft een grote variatie in behandelduur. Eerder zagen we dat dit varieerde van een half jaar tot 4,5 jaar. Vanuit onderzoek bij volwassen ACT-teams is bekend dat de meeste verbetering optreedt in de eerste periode van behandeling (Starink e.a. 2005). Het is niet onwaarschijnlijk dat ook bij deze groep de meeste verbetering plaatsvindt in de eerste periode van behandeling. Om dit te toetsen hebben we de groep in tweeën gedeeld tussen jongeren met een lange inschrijfduur en jongeren met een korte inschrijfduur. Het gaat hierbij om de duur ten tijde van de eerste meting. Op basis van de mediaan van de inschrijfduur is de grens bepaald tussen kort en lang, deze was 609 dagen (20 maanden).

Onderstaande grafiek laat de verbeteringen op de Honos totaalscores zien van de jongeren opgedeeld in een groep lang ingeschreven jongeren (n=37) en een groep kort ingeschreven jongeren (n=30).

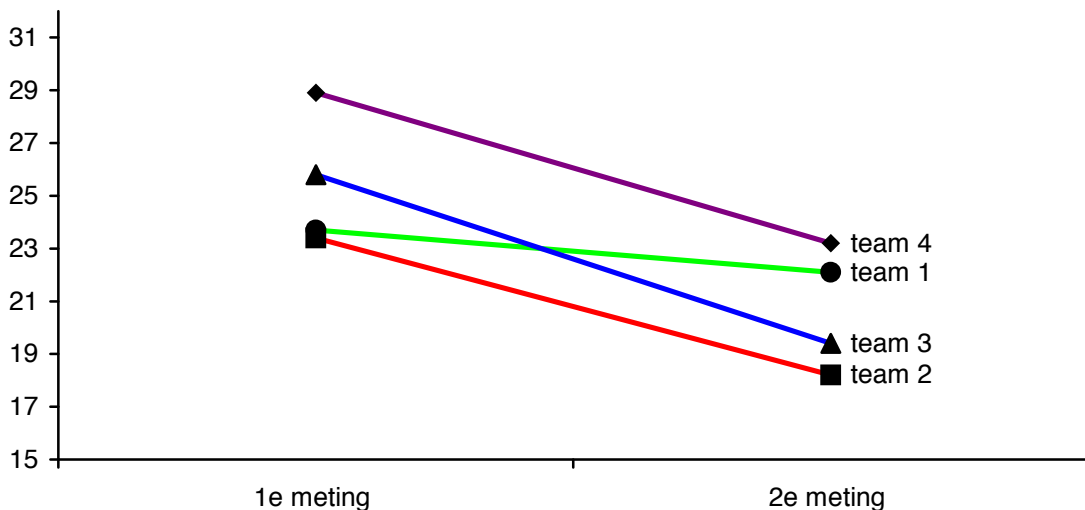
Figuur 7.3 Verschillen in verbetering tussen lang en kort ingeschreven jongeren

Statistisch gezien zijn geen van de gevonden verbeteringen bij de groep 'lang' significant, terwijl bij de groep 'kort' de verbeteringen op twee totaalscores wel significant zijn. Alleen op de totaalscore inclusief addendum is de verbetering (net) niet significant. Ook bij de groep jongeren in ACT lijkt de meeste verbetering op de psychiatrische toestand in de beginfase van de behandeling behaald te worden.

Verschillen tussen de teams

Een andere vraag die zich opdringt is die naar mogelijke verschillen in verbetering tussen de vier teams. In paragraaf 4.5 zagen we al dat de jongeren van team 4 op de eerste meting een significant hogere score haalden dan de jongeren van de andere teams. Bestaat dit verschil nog steeds bij de tweede meting of werd dit vooral veroorzaakt doordat team 4 net gestart was en de jongeren allemaal relatief kort ingeschreven? Onderstaande tabel laat de verbeteringen zien van de vier teams apart. We beperken ons tot de totaalscore die alle items bevat (incl addendum + jeugditems).

Figuur 7.4 Verschillen tussen de teams in verbetering op de Honos (alle items)



Omdat deze groepen klein zijn (n varieert van 14 tot 20) wordt een gepaarde t-toets onbetrouwbaar en daarmee ook de conclusies omtrent het significantieniveau van mogelijke verbeteringen. Wel blijkt uit de grafiek dat drie teams een duidelijke daling in gemiddelde Honos-score hebben, terwijl één team (team Maashaven) een meer horizontale lijn heeft. Bij dit team is de gemiddelde inschrijfduur het hoogst, de jongeren met een dubbele Honosmeting aldaar hadden ten tijde van de eerste meting een gemiddelde inschrijfduur van bijna drie jaar. Ter vergelijking, bij zowel team 2 en 3 ligt dit gemiddelde op ruim 2 jaar en bij team 4 op elf maanden.

7.2 Resultaten behandeldoelenevaluatie

We hebben de eerder verzamelde behandeldoelen (100) geëvalueerd. Deze 100 doelen werden verzameld door bij elk team de behandeldoelen te verzamelen van vijf jongeren. Eén team leverde behandeldoelen aan van vier jongeren en één jongere is na de intakefase naar het buitenland vertrokken. Zodoende gaat het om de evaluatie van de behandeling van 18 jongeren. Deze jongeren waren ten tijde van de evaluatie (augustus/september 2009) allemaal nog ingeschreven bij ACT Jeugd. Wel bestaan er grote verschillen in de duur dat jongeren in behandeling zijn bij ACT Jeugd. Deze periode varieerde van een half jaar tot 4,5 jaar. Om de doelen te evalueren hebben we gesproken met behandelaars uit de teams en per doel gevraagd hoe het met het betreffende doel is gegaan in het afgelopen half jaar. Voor de evaluatie van de doelen zijn verschillende uitkomsten mogelijk:

1. *Doel is behaald*
2. *Doel is niet behaald*
3. *Doel is (nog) niet behaald maar een interventie loopt*
4. *De situatie is wisselend*
5. *Er is onvoldoende zicht op de situatie*
6. *Doel is niet meer relevant*

Bij de omschrijving van de jongeren, hebben we de behandeldoelen die vanuit hulpverlenerperspectief gesteld werden buiten beschouwing gelaten. In deze evaluatie komen deze doelen wel aan bod. Het gaat om doelen als 'achterliggende problematiek in kaart brengen dmv dyslexieonderzoek'.

Onderstaande tabel toont van alle behandeldoelen in welke mate ze behaald zijn.

Tabel 7.1 Behandeldoelenevaluatie

Evaluatie	N	%
Behaald	34	34,0
Niet behaald	29	29,0
In gang gezet, loopt	22	22,0
Wisselend	6	6,0
Geen zicht op de situatie	6	6,0
Doel is niet meer relevant	3	3,0
Totaal	100	100,0

Betekenis van de verschillende categorieën

Het meest duidelijk is de antwoordcategorie 'doel behaald'. Wat bereikt moest worden, is dan bereikt en het doel heeft dan ook niet langer de aandacht in de behandeling. Bij de doelen die niet behaald zijn bestaat meer behoefte aan een uitleg waarom deze niet behaald zijn. Soms is het omdat de interventie nog niet is gestart, soms blijkt een jongere minder gemotiveerd om er iets aan te doen of werkt het systeem niet mee. Bij de categorie 'in gang gezet, interventie loopt'

gaat het om behandeldoelen waaraan gewerkt wordt, en waarbij vaak ook al wat is bereikt, maar die nog wel aandacht behoeven omdat de situatie nog niet optimaal is. De categorie ‘wisselend’ betekent dat een behandeldoel behaald leek of dat de jongere op dat gebied goed bezig was, maar dat er een terugval plaatsvond waardoor de positieve ontwikkelingen teniet werden gedaan. ‘Geen zicht op de situatie’ komt een enkele keer voor wanneer een jongere bijvoorbeeld niet open is over zijn situatie. Zo is er een jongere in zorg die aangeeft betaald werk te hebben, maar het ACT Jeugdteam krijgt hierover geen helderheid. Enkele doelen die in het dossier gesteld zijn, bleken bij nader inzien niet relevant en spelen geen rol in de behandeling.

Ruim een derde van de behandeldoelen werd behaald, echter een behoorlijk aantal (29) ook niet. Ruim een vijfde van de doelen is weliswaar nog niet behaald, maar daar wordt aan gewerkt. Dan zijn er nog zes doelen waarbij de situatie wisselend is, zes doelen waarbij geen zicht is op de situatie zodat evaluatie onmogelijk is en drie doelen bleken niet (meer) relevant in de behandeling.

Verschillende levensgebieden

Het is mogelijk om te kijken of doelen van het ene levensgebied meer worden behaald dan doelen op een ander levensgebied. Echter, hierbij moet worden opgemerkt dat op sommige levensgebieden zo weinig doelen gesteld werden dat conclusies daarover niet getrokken kunnen worden.

Tabel 7.2 Evaluatie behandeldoelen ingedeeld in levensgebieden

Levensgebied	Evaluatie categorie	n (%)	Levensgebied	Evaluatie categorie	n (%)
Doelen vanuit hulpverleners perspectief	Behaald	10 (67%)	Psychiatrie/ Psychisch functioneren	Behaald	11 (38%)
	Niet behaald	2 (13%)		Niet behaald	8 (28%)
	Interventie loopt	3 (20%)		Interventie loopt	10 (34%)
	Totaal	15 (100%)		Totaal	29 (100%)
Arbeid, scholing, daginvulling	Behaald	4 (31%)	Sociaal functioneren	Behaald	3 (42%)
	Niet behaald	7 (54%)		Niet behaald	2 (29%)
	Interventie loopt	2 (15%)		Interventie loopt	2 (29%)
	Totaal	13 (100%)		Totaal	9 (100%)
Somatiek/ lichamelijk functioneren	Behaald	1 (17%)	Wonen	Behaald	5 (63%)
	Niet behaald	3 (50%)		Niet behaald	3 (37%)
	Interventie loopt	2 (33%)		Interventie loopt	--
	Totaal	6 (100%)		Totaal	8 (100%)
Financiën	Behaald	--	Verslaving	Behaald	--
	Niet behaald	3 (60%)		Niet behaald	--
	Interventie loopt	2 (40%)		Interventie loopt	1 (100%)
	Totaal	5 (100%)		Totaal	1 (100%)

Voor de helderheid hebben we ons beperkt tot de evaluatiecategorieën ‘behaald’, ‘niet behaald’ en ‘interventie loopt’. Behandeldoelen die het meest behaald worden, zijn die doelen die vanuit het perspectief van de hulpverlener worden gesteld. Deze doelen gaan veelal over verheldering van problematiek of over opbouwen van het contact. Ook op het levensgebied ‘wonen’ wordt meer dan de helft van de doelen behaald. Van de doelen die gaan over psychiatrie of het psychisch functioneren van de jongeren wordt een behoorlijk deel (38%) behaald, echter er zijn bijna net zoveel doelen (34%) waaraan nog wordt gewerkt. Dit is logisch, het gaat om doelen als vergroten zelfinzicht, iets waarvoor vaak een interventie nodig is die voor een langere periode loopt.

Behandeldoelen op het gebied van arbeid, scholing en daginvulling worden relatief slecht behaald. Meer dan de helft van deze doelen is niet behaald, slechts een derde is wel behaald en bij twee jongeren loopt er nog een interventie. Opvallend is dat op het levensgebied financiën geen enkel doel is behaald.

Behandelevaluatie op individueel niveau

Het kan verhelderend zijn om te kijken bij hoeveel van de jongeren sprake is van een succesvolle behandeling. Hiervoor kijken we enerzijds hoeveel behandeldoelen per jongere zijn behaald. Anderzijds wordt per jongere het algehele oordeel van de hulpverlener betrokken. Zo werd behalve evaluatie van de behandeldoelen apart, ook per jongere gevraagd of de hulpverlener vond dat sprake was van een succesvolle behandeling. We komen dan tot een aantal positief en een aantal negatief verlopende behandelingen plus een aantal behandelingen waarbij de hulpverlener zich hierover (nog) niet duidelijk kan of wil uitspreken.

Tabel 7.3 Individuele behandeldoelenevaluatie

Nr	Doelen evaluatie	Verloop behandeling	Nr	Doelen evaluatie	Verloop behandeling
1	4 doelen behaald 2 lopende interventies 1 doel niet behaald	Positief	10	2 doelen behaald 1 doel niet behaald	Positief
2	4 doelen behaald 2 doelen niet behaald	Negatief wordt uitgeschreven	11	4 lopende interventies 3 doelen behaald 1 doel niet behaald	Positief
3	5 doelen geen zicht op 3 doelen wisselend res 2 doelen niet behaald	Negatief, te weinig contact	12	2 doelen niet behaald 1 lopende interventie 1 doel behaald	Negatief Is sinds 6 wk onvindbaar
4	2 doelen behaald 2 doelen niet behaald	Pos/neg	13	2 doelen niet behaald 2 lopende interventies 1 doel niet relevant	Pos/neg

5	5 doelen niet behaald 2 lopende interventie 2 doelen geen zicht op 1 doel niet relevant	Pos/neg Ottrekt zich aan contact	14	2 doelen niet behaald 1 doel behaald	Pos/neg
6	4 lopende interventie 2 doelen behaald 2 doelen niet behaald	Positief	15	2 doelen behaald 2 lopende interventies 2 doelen niet behaald	Positief
7	3 lopende interventies 2 doelen behaald 1 doel niet relevant	Positief	16	1 doel behaald 1 doel wisselend	Pos/neg
8	2 lopende interventies 2 doelen niet behaald 1 doel behaald	Pos/neg	17	2 doelen behaald	Positief
9	2 doelen behaald 2 doelen niet behaald	Pos/neg	18	5 doelen behaald 1 doel uitbesteed (behaald)	Positief

Deze tabel laat zien dat van de 18 jongeren van wie de behandeling werd geëvalueerd er bij drie sprake is van een negatief verlopen behandeling. Dit heeft vooral te maken met het moeizame contact; één jongere onttrekt zich aan contact en een ander is onvindbaar. Een derde jongere bleek niet of nauwelijks gemotiveerd om bij ACT Jeugd in zorg te zijn (na onderzoek bleek hij ook geen psychiatrische problematiek te hebben).

Bij het groot deel (7) is sprake van een behandeling waar niet duidelijk een positief of negatief oordeel over uitgesproken wordt. Het gaat om behandelingen waarbij bijvoorbeeld hulpverleningsdoelen goed verlopen zijn, maar doelen die over activering gaan niet. Of waarbij praktische doelen worden behaald maar de stap naar de doelen omtrent psychisch functioneren of psychiatrie (nog) niet gemaakt kan worden. Soms is er sprake van vooruitgang maar tegelijkertijd van een kwetsbaar contact, waarbij de jongere zich vaak onttrekt aan contact. Het kan gaan om een behandeling waarin het verloop wat grillig is; een jongere gaat vooruit maar krijgt dan een terugval.

Acht van de geëvalueerde behandelingen worden door de hulpverleners als positief verlopend omschreven. Het gaat om behandelingen waar enerzijds relatief veel doelen behaald zijn, maar ook om behandelingen waar (nog) succesvolle interventies lopen. Bij deze behandelingen is er vrijwel altijd sprake van regelmatig contact en een goede vertrouwensband tussen de jongere en de ACT-hulpverlener.

De duur van de behandeling blijkt niet van invloed op het verloop van de behandeling, er zijn succesvolle behandelingen bij jongeren die één jaar maar ook bij jongeren die bijna drie jaar ingeschreven zijn.

Hieronder volgen drie casusbeschrijvingen uit elke categorie.

Casus met een evaluatie die zowel positief als negatief is

Jongere (22 jaar) komt het huis niet uit. Heeft een zwakbegaafde moeder en een minderbegaafde vader. Deze jongere heeft een lichamelijke aandoening, daardoor angsten ontwikkeld om naar buiten te gaan. Ook vader en moeder komen niet buiten, ze zijn onderling afhankelijk van elkaar. Daarbij bestaat er veel wantrouwen naar hulpverleners toe ivm vroegere ervaringen.

De volgende behandeldoelen werden gesteld:

1. Het wantrouwen naar hulpverlening bij met name de vader en de moeder is weg zodat er contact kan komen tussen de jongere en het ACT-team
2. Jongere gaat stap voor stap mee naar buiten volgens een opgesteld stappenplan.

Evaluatie

Met wisselend succes werd doel 1 gerealiseerd. Het vertrouwen werd dusdanig gewonnen dat ACT Jeugd bij dit gezin binnen kwam en veel dingen kon doen. Echter, er deden zich tussendoor incidenten voor tussen ACT Jeugd en de vader, waaruit bleek dat het gewonnen vertrouwen zeer broos was. Uiteindelijk is besloten de hulpverlening stop te zetten, vanwege dit gebrek aan vertrouwen.

Doel 2 werd grotendeels behaald. Jongere gaat nu zonder begeleiding naar buiten. Interventies: stappenplan, uitzoeken waar interesses liggen (brandweer) om vervolgens daar samen met jongere heen te gaan. Als ACT Jeugd langer in de casus zou blijven, konden vervolgoelen gesteld worden op het gebied van dagbesteding, werk of school.

Conclusie

Aan de ene kant is dit een succesvolle behandeling geweest want het is ACT Jeugd gelukt om binnen te komen en veel voor het gezin te kunnen doen op het gebied van praktische zaken. Ook is het gelukt om de jongere het 'huis uit te krijgen'. Aan de andere kant is de casus afgesloten vanwege incidenten die aantonen dat er geen wederzijds vertrouwen is ontstaan.

Vervolg

Jongere wordt doorverwezen naar de psycholoog van het ziekenhuis voor behandeling van de lichamelijke aandoening. Het gezin wordt aangemeld bij ACT Volwassenen. Het is onbekend wat hiermee is gebeurd.

Casus met een negatieve evaluatie

Jongere (22 jaar) met een diagnose: antisociaal gedrag bij een adolescent en een persoonlijkheidsstoornis. Jongere is op het moment van de evaluatie sinds ongeveer zes weken onvindbaar. Werd aangemeld door jeugdzorg in verband met problemen in het gezin van herkomst.

De volgende behandeldoelen werden gesteld:

1. jongere behoudt zijn zelfstandige woonruimte
2. contact onderhouden met gezinsleden zonder dat er conflicten ontstaan
3. vergroten zelfinzicht
4. verwerkt de gebeurtenissen uit het verleden

Doel 1 werd weliswaar behaald, de woning staat nog op naam van de jongere, maar is daar sinds zes weken niet meer aanwezig, onduidelijk is waar wel.

Doel 2 is niet behaald, ACT Jeugd doet nog wel pogingen om zelf in gesprek te blijven met het gezin, maar de jongere zelf is hiertoe niet gemotiveerd.

Zowel doel 3 als doel 4 zijn niet behaald. Zodra de aandacht van ACT Jeugd zich richt op de beleving van deze jongere zelf, haakt hij af.

ACT Jeugd houdt het dossier vooralsnog open voor het geval deze jongere toch weer opduikt. Echter, tot nu toe wordt de evaluatie van de behandeling als negatief getypeerd, vanwege het niet gemotiveerd blijven en vanwege het feit dat er geen contact is met deze jongere vanwege onvindbaarheid.

Casus met een positieve evaluatie

Jongere (18 jaar) met een psychotische stoornis, waardoor problemen ontstonden zowel thuis als op school. Jongere volgde ten tijde van aanmelding bij ACT Jeugd het VWO.

De volgende behandeldoelen werden gesteld:

1. Jongere kortdurend opnemen bij MCRZ of Delta Psychiatrisch Centrum.
2. Het vinden van een geschikte woonvorm (aansluitend op de opname)
3. Intensief zorgcontact tussen de jongere en de hulpverleners van ACT Jeugd (2 à 3 keer per week)
4. Medicatie bijstellen en medicatie-inname in de gaten houden
5. ACT Jeugd krijgt zicht op het school functioneren, indien nodig wordt andere dagbesteding gevonden
6. Uitkering en administratie is geregeld
7. Diagnostiek is helder

Doel 1 werd behaald, de jongere is twee maanden opgenomen geweest in Delta Psychiatrisch Centrum. Is hier gestabiliseerd waarna instroom plaatsvond in een beschermende woonvorm voor jongeren tot 23 jaar (doel 2 behaald). Mede dankzij het verblijf in deze woonvorm is het mogelijk geweest om intensief contact met de jongere te onderhouden (doel 3 behaald). Jongere is goed ingesteld op medicatie en neemt deze trouw in (doel 4 behaald). Doel 5 is niet behaald, het team krijgt geen grip op het functioneren op school. Deze jongere gaat elke morgen op weg naar school, maar komt daar niet altijd aan. Doubleerde het jaar en kreeg advies om naar de HAVO te gaan. Het team heeft besloten dit bij de jongere zelf te laten liggen. Uitkering en administratie zijn wel geregeld (doel 6 behaald). De diagnostiek helder krijgen verloopt traag. ACT Jeugd komt langzaam in gesprek over de wezenlijke problemen bij deze jongere.

7.3 Continuïteit van zorg

ACT Jeugd is erop gericht om jongeren te 'vinden en te binden'. Met andere woorden, ACT Jeugd is bedoeld voor jongeren die niet makkelijk de weg naar de hulpverlening weten te vinden om verschillende redenen, zoals bijvoorbeeld wantrouwen. En waarbij het vervolgens lastig is om de jongeren vast te houden. Om problemen structureel aan te pakken is continuïteit in de behandeling nodig en is het belangrijk om deze jongeren te 'binden'.

Om te kijken in hoeverre dit is gelukt, hebben we de uitstroomgegevens verzameld en geanalyseerd van één ACT Jeugdteam namelijk die van de Twentestraat (team 2) en vanaf begin 2008.⁴ Vervolgens kijken we naar de redenen van deze uitstroom, immers het is met name belangrijk om jongeren vast te houden omdat behandeling nodig wordt geacht, wanneer behandeldoelen behaald zijn en een jongere functioneert goed, dan is uitstroom geen probleem. In de periode januari 2008 tot en met juli 2009 stroomden totaal 51 jongeren uit, 18 in 2008 en 33 in de eerste zeven maanden van 2009. De uitstroom is dus

⁴ De redenen van uitstroom en de instantie waar naar toe wordt doorverwezen worden niet standaard in het elektronische dossier geregistreerd, daarom is gekozen voor deze methode.

behoorlijk toegenomen. Met een caseload van ongeveer 70 jongeren zou de uitstroom per jaar uitgedrukt kunnen worden in percentages: 26% uitstroom in 2008 en 65% in 2009. Dit laatste percentage is de uitstroom tot juli en wordt dus nog hoger!

Grofweg kun je redenen van uitstroom benoemen als positief of als negatief. Hieronder staan van de 51 uitgestroomde jongeren van team 2 de redenen genoemd waarom zij werden uitgeschreven.

Tabel 7.4 Redenen uitstroom

		n	%
Positief	Behandeldoelen behaald, verdere behandeling niet nodig	13	25,5
	Jongere is doorverwezen naar reguliere ggz (poli)	5	9,8
	Jongere is doorverwezen naar niet reguliere hulpverlening*	4	7,8
	Jongere is verhuisd uit de regio met doorverwijzing	3	5,9
	Jongere is doorverwezen naar ander ACT team (volw/jeugd)	2	3,9
	Totaal positieve uitstroom	27	52,9
Negatief	Jongere wil geen hulpverlening meer	13	25,5
	Jongere is uit het zicht verdwenen	7	13,7
	Jongere is verhuisd uit de regio zonder doorverwijzing	4	7,8
	Totaal negatieve uitstroom	24	47,1

*dit was 2x stichting MEE, 1x arbeidstrajectbegeleiding en 1x 'Opboksen'.

De tabel laat zien dat iets meer dan de helft van de uitgestroomde jongeren wegens positieve redenen werd uitgeschreven, de meeste (25,5%) omdat de gestelde behandeldoelen behaald waren en verdere behandeling niet nodig was. Krap 10% van de uitgeschreven jongeren werd doorverwezen naar reguliere ggz-hulpverlening en iets minder naar niet-reguliere hulpverlening. Een enkeling werd bij een ander ACT Jeugdteam aangemeld of bij het volwassenen ACT-team. Bijna de helft van de jongeren werd uitgeschreven wegens negatieve motieven met als voornaamste reden dat een jongere zelf geen behandeling wil of nodig vindt. Ook blijkt bijna 14% van de jongeren uit het zicht verdwenen. Wanneer er met een jongere langer dan drie maanden geen contact is geweest, wordt hij of zij uitgeschreven.

8. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

8.1 De jongeren van ACT Jeugd

Er zijn meer jongens dan meisjes in zorg bij ACT Jeugd, 58% is van het mannelijk geslacht. De leeftijd varieert van zes jaar tot 30, de piek zit tussen de 15 en 20 jaar. Driekwart van de jongeren blijkt van niet-Nederlandse afkomst. Jongeren worden aangemeld door een zeer groot aantal instanties (41) waarvan bureau Jeugdzorg, het Jongerenloket en het Rebound Centre de belangrijkste zijn.

Wat betreft diagnoses zien we een overgrote meerderheid (47%) V-codes, dit zijn 'overige aandoeningen die een reden tot zorg zijn'. Binnen deze categorie gaat het vooral om ouder-kind relatieproblematiek.

Verder valt op dat er weinig jongeren een diagnose hebben binnen de categorie 'aan middelen gebonden stoornis'. Wel wordt gezegd dat veel jongeren drugs gebruiken, met name softdrugs. Schattingen hierover lopen uitéén van de helft tot 80%. Het gebruik wordt veelal geduid als 'passend bij de ontwikkelingsfase'.

Wanneer we kijken naar de groep jongeren die geen V-code als DSM IV-classificatie heeft, dan blijkt de meest voorkomende categorie de stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie waaronder ADHD en Pervasieve ontwikkelingsstoornis. Ongeveer tweederde van de ACT Jongeren heeft bijkomende persoonlijkheidsproblemen. In de meeste gevallen gaat het om een uitgestelde diagnose op AS II of trekken van een persoonlijkheidsstoornis.

Op de Honos wordt vooral hoog gescoord op sociale problemen, motivatie en het item overige problemen, waarbij het veel gaat om angstklachten. In vergelijking met patiënten van de volwassenen ACT-teams scoren de jongeren lager op de Honos als geheel. De specifieke jeugditems scoren bij ACT Jeugd wel hoog, met name problemen op het gebied van relaties zowel met leeftijdgenoten als met hun gezin.

Er worden voor de jongeren behandeldoelen gesteld op uiteenlopende levensgebieden. Dit laat zien hoe meervoudig de problematiek is bij deze jongeren.

Conclusie

Is bovenstaande in overeenstemming met beoogde doelgroep? Er is in veel gevallen geen sprake van harde psychiatrie (V-codes), echter wel van meervoudige problemen. Een belangrijk intakecriterium voor ACT Jeugd is het tussen wal en schip vallen als het gaat om hulpverlening of daar niet aankomen. Zodoende is bij deze jongeren nog geen helderheid over de problematiek en een

eventuele diagnose. ACT Jeugd vervult hierin een belangrijke rol en het stellen van een uiteindelijke diagnose is een langdurig proces. Het is nu juist kenmerkend voor jonge mensen dat zij in ontwikkeling zijn en dat mogelijke psychiatrische ziektebeelden nog niet uitgekristalliseerd zijn. Mede daarom zijn de behandelaars van ACT Jeugd vaak wat terughoudender om juist jongeren het stigma van een diagnose te geven. Vaak bestaat het idee dat bij deze doelgroep negatieve ontwikkelingen zijn om te buigen.

De jongeren die bereikt worden door ACT Jeugd zijn zeer divers. Het is duidelijk dat het niet exclusief gaat om een groep overlastgevende jongeren die zich op straat bevindt, soms met justitiële contacten. Er zijn ook jongeren bij ACT Jeugd in zorg die juist niet buiten de deur komen bijvoorbeeld omdat ze angstig en/of autistisch zijn. In de caseload zijn ook tienermoeders of –vaders aanwezig wat specifieke problematiek met zich meebrengt.

Uit zowel de HoNOS als de DSM IV komt naar voren dat veel jongeren conflicten in hun sociale omgeving (school, gezin) hebben waardoor zij slecht geïntegreerd zijn in het maatschappelijke leven.

8.2 Aanbod en ACT-werkwijze

Kern van het aanbod

Het aanbod is in overeenstemming met de jongeren zelf zeer gedifferentieerd en veelzijdig. Ze gaan als het ware mee in wat de jongeren nodig hebben en zijn zodoende zeer vraaggericht. Het lijkt erop alsof de jongeren zelf en met name hun problemen bepalen hoe het aanbod eruit ziet. Op het moment dat er tienermoeders of –vaders worden aangemeld, ontstaat er pedagogische ondersteuning. Wanneer er een jongere in zorg komt met een ernstige gameverslaving, verdiept het team zich in specifieke zorg daarvoor. Wanneer de expertise niet aanwezig is, gaat het team zich hierin verdiepen. Het team is dan ook veelzijdig als het gaat om deskundigheid, affiniteit en achtergrond.

Het team speelt een belangrijke rol in het verhelderen van de problematiek en de diagnostiek van de jongeren. Dit bestrijkt niet alleen de intakefase maar loopt daarna vaak door. Dit blijkt ook uit de gestelde behandeldoelen; eenvijfde is gericht op deze functie.

Het ACT-gehalte

ACT Jeugd scoort over het geheel goed op de DACTS, met name de score op de subschaal teamstructuur is hoog (3,9 – 4,6). De teams hebben allemaal een relatief lage caseload en verschillende disciplines zijn goed vertegenwoordigd

met uitzondering van de rehabdeskundige/arbeidsdeskundige. In sommige teams zijn veel psychologen, een discipline die in de DACTS niet geteld wordt.

Uit de DACTS-metingen bleek de veelzijdigheid van het zorgaanbod. Elk team heeft zo zijn eigen alternatief aanbod van huiswerkgroep tot juridisch advies. Binnen alle teams van ACT Jeugd is er veel aandacht voor het netwerk rondom de jongeren, bij team 3 wordt specifiek systeemtherapie geboden. Soms worden familieleden vaker gezien dan de ingeschreven jongere. Rondom jeugd bestaan veel instanties die een uitgebreid zorgaanbod bieden, het professionele netwerk. Dit leidt ertoe dat ACT Jeugd veel zorg uitbesteedt en/of samenwerkt met andere aanbieders. Dit is niet volgens ACT normen maar lijkt binnen deze doelgroep de aangewezen manier van werken. ACT Jeugd blijft wel de regie over de zorgverlening houden.

Opvallend is dat gerichte verslavingszorg vrijwel afwezig is in het zorgaanbod. Wel wordt in de intakefase en ook daarna meestal geïnventariseerd of er sprake is van middelengebruik. ACT Jeugd speelt ook een rol in het bewustwordingsproces rondom uit middelengebruik voortvloeiende problematiek. Indien noodzakelijk worden jongeren voor hun verslaving doorverwezen. Noodzakelijk betekent hier dat het middelengebruik de rest van de behandeling belemmert of dat een jongere zelf aangeeft iets aan zijn verslaving te willen doen. Overigens wordt bij slechts een minderheid het middelengebruik als problematisch getypeerd.

Zeer kenmerkend van ACT Jeugd is de mate van outreachendheid, de teamleden van ACT Jeugd zoeken de jongeren op. Zij sluiten aan bij de belevingswereld van de jongeren en maken gebruik van communicatiemiddelen die bij jongeren van vandaag passen zoals mobiele telefoon, e-mail, sms, MSN (chatten), Hyves (ACT Jeugd heeft een eigen Hyvespagina). De contactfrequentie scoort niet hoog, gemiddeld worden jongeren iets vaker dan één keer per week gezien. Hierbij worden de contacten via telefoon, email of sms echter niet meegeteld, terwijl bij sommige jongeren deze contacten veelvuldiger zijn dan de face-to-face contacten.

Crisis en klinische opnames komen bijna niet voor bij de jongeren van ACT Jeugd. Dit is een reden waarom slechts een enkele jongere een crisisinterventieplan heeft.

De zorg die ACT Jeugd biedt is in principe onbeperkt in duur waarbij uiteraard de leeftijdsgrens een rol speelt. Wanneer jongeren boven de 24 zijn, is het de bedoeling dat zij worden doorverwezen naar een passend volwassenen zorgaanbod. De teams scoren wisselend op het item 'onbeperkte zorg'. Dit komt omdat twee teams de caseload hebben 'opgeschoond'. Vanuit het verleden hadden zij veel jongeren in zorg die strikt genomen niet tot de doelgroep behoorde. Toch speelt daarnaast voor ACT Jeugd als geheel ook mee dat jeugd

minder 'chronisch' is dan volwassenen in ACT-zorg. Prognoses bij jongeren zijn optimistischer en vaak wordt gezocht naar een reguliere vervolgbehandeling. Soms is het lastig om met jongeren in contact te komen. Vanwege administratieve afspraken moet een dossier afgesloten worden wanneer er langer dan drie maanden geen contact is met een jongere.

Conclusies

Twee ACT Jeugdteams hebben het ACT-model redelijk tot goed geïmplementeerd (3.8 en 4.1). De twee andere teams zitten hier net onder (3.3 en 3.6). Door alle teams wordt hoog gescoord op de teamstructuur, dit behelst onder andere de teamsamenstelling, de teambenadering en de omvang van de caseload. Het zorgaanbod is breed, waarbij de accenten verschillen met het zorgaanbod bij ACT Volwassenen. Ze bieden de hulp in de eigen omgeving van de jongere aan, zijn assertief en sluiten aan bij de hulpvragen en belevingswereld van hun jongeren.

ACT Jeugd speelt een rol in de verheldering van de problematiek en diagnostiek. Aandacht verdient het geringe aanbod aan verslavingszorg. Hieraan ten grondslag lijkt het idee te liggen dat middelengebruik onder jongeren vaak niet problematisch wordt gevonden.

ACT Jeugd is niet de enige betrokken partij rondom deze jongeren, getuige de 41 verschillende aanmelders. Netwerken en samenwerken met diverse instanties is nodig voor een optimale behandeling van deze doelgroep. ACT Jeugd is daarbinnen voor de jongeren de partij die steun en continuïteit biedt.

8.3 Resultaten voor de jongeren

Er werden op drie verschillende gebieden doelen gesteld; de psychiatrische toestand, de mate waarin jongeren hun behandeldoelen halen en de continuïteit van zorg.

De psychiatrische toestand werd gemeten met de HoNOS. We zien dat jongeren hierop verbeteren in de periode dat zij in zorg zijn bij ACT Jeugd. Jongeren hadden een zeer variabele inschrijfduur ten tijde van de metingen. Met name de jongeren die kort in zorg waren hadden de sterkste verbetering op de HoNOS. Op itemniveau zijn de verbeteringen significant op alcohol- en druggebruik, overige problemen (angst), sociale problemen en de vier jeugditems. Het zijn vooral de initieel hoog scorende items die sterk verbeteren. Uitzondering hierop is het item motivatie voor behandeling, deze score blijft hetzelfde.

Wat verder opvalt is dat wanneer de verandering in totaalscore van de teams apart wordt bekeken, drie teams een duidelijke verbetering laten zien en bij één team, team Maashaven, sprake is van een stabilisatie op de HoNOS. Een

verklaring kan zijn dat bij dit team de jongeren gemiddeld het langst zijn ingeschreven.

De evaluatie van de behandeldoelen bleek een gecompliceerde exercitie. In de dossiers van de jongeren was niet concreet geregistreerd in welke mate een doel behaald was. De evaluatie is gedaan op basis van interviews met vertegenwoordigers van de teams waarbij het verloop van de behandeling is besproken. Op basis daarvan werd geïnterpreteerd of doelen waren behaald met zes verschillende uitkomsten.

Globaal wordt eenderde van de doelen behaald, eenderde niet behaald en bij eenderde loopt de interventie nog met soms wisselend resultaat.

De doelen die gesteld worden vanuit het hulpverlenersperspectief worden het meest behaald. De doelen over scholing/arbeid en daginvulling worden het minst behaald. Wanneer we vervolgens kijken naar de evaluatie op individueel niveau, blijkt hoe genuanceerd het succes van een behandeling ligt. Het behalen van het ene doel, beïnvloedt een ander doel. We zien dat van 18 jongeren waarvan doelen verzameld werden, acht een positief verloop van hun behandeling hadden, bij drie van hen is sprake van een negatief verloop. De overige zeven behandelingen worden als negatief noch positief beoordeeld.

De derde doelstelling betreft de continuïteit van de zorg, anders gezegd het in zorg houden van de jongeren. De DACTS-metingen lieten zien dat er hoge scores behaald werden op drop-out hetgeen betekent dat er weinig drop-out zou zijn. Tijdens de tweede HoNOS-meting kwam echter naar voren dat er een aantal lijsten niet kon worden ingevuld wegens zorgmijndend gedrag van de jongere. Ook bleken veel jongeren uitgeschreven, vaak vanwege het feit dat er geen contact meer was. Op basis van de gegevens van één team (team 2) zijn gegevens verzameld omtrent de uitstroom waaronder de redenen van uitschrijving. Enerzijds blijkt ruim de helft van de jongeren wegens positieve redenen te worden uitgeschreven, de meesten (25%) zelfs omdat de behandeldoelen behaald zijn en verdere behandeling of begeleiding niet nodig is. Deze jongeren worden terugverwezen naar de huisarts. Slechts een klein deel van de jongeren (17%) wordt doorverwezen naar andere minder intensieve hulpverlening zoals ambulante ggz-hulpverlening of arbeidstrajecten. Twee jongeren gaan naar een ander ACT-team.

Daarnaast blijkt dus dat bijna de helft van de jongeren om negatieve redenen uitstroomt, waarvan de meeste jongeren (25%) geen behandeling willen of nodig achten. Zo'n 14% van de jongeren wordt uitgeschreven omdat ze uit beeld verdwenen zijn. De overige negatieve uitstroom betreft verhuizingen uit de regio zonder verwijzing, meestal naar het buitenland.

Conclusies

Zowel de evaluatie van psychiatrische toestand als die van de behandeldoelen laten een verbetering zien bij de jongeren. De verbetering in de psychiatrische toestand speelt zich vooral af in de eerste periode van de behandeling, op de behandeldoelen duurt het vaak wat langer voordat resultaten worden behaald.

Minder positief zijn de resultaten als het gaat om continuïteit van zorg. Een behoorlijk aantal jongeren stroomt om negatieve redenen uit zorg; zij willen niet meer of verdwijnen uit zicht. ACT-hulpverlening is nu juist een type zorg dat zich richt op jongeren (en volwassenen) waarbij de motivatie tot behandeling een deel van het probleem is. Het is zorgelijk dat er desondanks relatief veel jongeren uitstromen omdat zij niet gemotiveerd zijn om hulp te zoeken bij hun problemen.

Tegelijkertijd blijkt een behoorlijk groot deel van de jongeren (25%) uitgeschreven te worden omdat zij hun behandeldoelen hebben behaald en geen verdere ggz-behandeling of andersoortige begeleiding meer nodig hebben. Een conclusie zou kunnen zijn dat ACT Jeugd (in elk geval team 2) jongeren in behandeling heeft (genomen) die dit intensieve aanbod niet nodig hadden. Hierbij speelt een rol dat team 2 gestart is op een school. Bij het ontbreken of ontoereikend zijn van passend aanbod in de nabijheid van de school zoals bijvoorbeeld jeugdzorg of zorg binnen de school worden leerlingen wellicht onterecht naar ACT Jeugd verwezen.

8.4 Aanbevelingen

Doelgroep

De conclusie dat bij jongeren van ACT Jeugd de diagnostiek en problematiek nog niet is uitgekristalliseerd staat enigszins op gespannen voet met het specifieke intakecriterium dat er ggz-problematiek aanwezig moet zijn. Er moet nagedacht worden welk criterium belangrijker is: de ggz-problematiek of het tussen wal en schip vallen of het niet aankomen bij reguliere hulpverlening. ACT Jeugd lijkt een grote rol te vervullen in de verheldering van de problematiek. Dit kan steun geven aan de betrokkenen met name de ouders. Dit is een belangrijke voorwaarde om negatieve ontwikkelingen te keren en zodoende verergering van de problemen te voorkomen. Tegelijkertijd moet er gewaakt worden voor het in behandeling nemen van jongeren met 'lichte' problematiek, die na een behandeling bij ACT geen vervolgbehandeling nodig hebben en worden terugverwezen naar de huisarts. ACT zorgaanbod zou zich, gezien de intensiteit, moeten beperken tot die jongeren die op meerdere levensgebieden te kampen hebben met ernstige problematiek, waar de jeugdzorg en de reguliere ggz-hulpverlening geen grip op heeft. Het al dan niet aanwezig zijn van 'harde psychiatrie' lijkt hiervoor niet juiste selectiecriterium.

Middelengebruik

Naar voren komt dat ACT Jeugd weinig verslavingszorg biedt en dit lijkt enigszins te komen doordat middelengebruik vaak niet als problematisch wordt gezien. Welk druggebruik is normaal bij jongeren en wanneer is het pathologisch?

Er wordt daarentegen wel beweerd dat cannabisgebruik vooral onwenselijk is bij mensen/jongeren met psychotische stoornissen (Heller e.a., 1992). Bij de ACT Jeugdjongeren is slechts bij 5% een diagnose gesteld binnen deze categorie. Wellicht verklaart dit de minimale aandacht voor problematisch druggebruik.

Toch blijkt dat druggebruik ook bij jongeren zonder psychotische stoornis kan samenhangen met (latere) problemen zoals schooluitval, verslaving en criminaliteit. De ernst van de problematiek lijkt bij ACT Jeugd te worden onderschat. ACT Volwassenen heeft 80% dubbele-diagnoseproblematiek.

Hier ligt een kans voor ACT Jeugd om (preventief) op te treden, in het team is verslavingsdeskundigheid aanwezig. Het is goed om jongeren niet alleen bewust te maken maar ook te behandelen voor hun problematisch middelengebruik zodat dit niet erger wordt. Nu lijkt het misschien bij de leeftijd passend experimenteergedrag maar de stap naar blijvend en structureel schadelijk gebruik is mogelijk klein.

Niet alleen vinden, maar ook binden

De negatieve uitstroom van jongeren is behoorlijk hoog (25% bij team 2). Veel jongeren verdwijnen uit zorg omdat zij niet meer willen. Dit wordt bevestigd door een stabiel hoge score op het probleem-item 'motivatie' van de HoNOS. ACT Jeugd moet zich bezinnen hoe meer jongeren te binden aan de zorg. De behandeling moet minder vrijblijvend. Wellicht kan er meer gebruik gemaakt worden van klinische bedden, drang of in sommige gevallen juridische maatregelen.

Registratie van gegevens

Tijdens de verzameling van de data is naar voren gekomen dat niet alle informatie die voor het onderzoek nodig was, makkelijk beschikbaar was. Een aantal zaken die gemist werden zijn de volgende:

Etniciteit: dit wordt niet vastgelegd. Gezien de uitgangspunten van ACT Jeugd waarin expliciet wordt genoemd dat zij zich richten op jongeren die tussen wal en schip vallen waarbij dit soms is omdat zij niet Nederlands zijn en zij, maar vooral hun ouders, niet goed aansluiten bij de met name witte reguliere jeugdhulpverlening, is dit een groot gemis. Het zou een meerwaarde hebben om de afkomst van de bereikte jongeren goed in beeld te hebben en zodoende vergelijkingen kunnen maken met andere vormen van (jeugd)hulpverlening.

Woonsituatie van de jongeren: ACT Jeugd werd ooit gestart met het doel om onder andere de vele (?) zwerfjongeren in de stad Rotterdam hulp te bieden. Bij slechts enkele van de jongeren in zorg bij ACT Jeugd kon worden teruggevonden wat hun woonsituatie was ten tijde van hun aanmelding bij ACT Jeugd. Zo blijft het onduidelijk of ACT Jeugd nu daadwerkelijk de vermeende groep zwerfjongeren bereikt. Hierbij speelt nog een definitieprobleem. Wat is precies een zwerfjongere? Heb je de werkelijke situatie vastgelegd wanneer geregistreerd wordt dat een jongere bij ouders woont omdat hij volgens de gemeentelijke registratie daar ingeschreven staat? Er zou voor deze doelgroep een omschrijving moeten komen die losstaat van op welk adres jongeren staan ingeschreven.

In- en uitstroomgegevens: Verwijzers en aanmelders van jongeren worden niet standaard geregistreerd in het EPD. Bij uitschrijving wordt ook niet vastgelegd waarom een behandeling beëindigd werd en naar wie jongeren eventueel werden doorverwezen. Om een beeld te krijgen van de functie van ACT Jeugd in de zorgketen voor jongeren zijn deze gegevens onmisbaar.

Teamevaluaties

Teams zouden buiten de behandelplanbesprekingen op jongerenniveau bijeen moeten komen en algemeen moeten evalueren wat er goed gaat in behandelingen en wat beter kan. Dit zou kunnen in de vorm van teaminterviews.

Outreaching nazorg

Hoewel de uitstroom van ACT Jeugd in de afgelopen tijd behoorlijk is toegenomen, lijkt er soms wat twijfel te bestaan om jongeren 'los te laten'. Dit heeft te maken met het ontbreken van laagdrempelige onorthodoxe nazorg. Hulpverleners zouden 'hun' jongeren makkelijker toevertrouwen aan een vorm van nazorg die ondanks dat het minder intensief is dan ACT Jeugd, wel enigszins outreachend kan zijn.

Gestandaardiseerde metingen

Om een helder beeld te krijgen van de problematiek van de jongeren die in behandeling zijn bij ACT Jeugd, is het raadzaam om behalve de DSM IV classificaties met gestandaardiseerde meetinstrumenten te werken. Ook bestaat het vermoeden dat het percentage zwakbegaafde jongeren hoger ligt dan de DSM IV classificaties laten zien. Jongeren zouden meer getest moeten worden op hun psychisch, sociaal en intellectueel functioneren (IQ).

Tegelijkertijd zou gestart kunnen worden met een Routine Outcome Monitoring (ROM). De gestandaardiseerde lijsten die tijdens de intake worden afgenomen kunnen periodiek, bijvoorbeeld elk half jaar, afgenomen worden zodat de

toestand van de jongeren tijdens de behandeling door ACT Jeugd gevolgd kunnen worden. Zo kunnen mogelijke resultaten transparant gemaakt worden.

Aanbevelingen voor verhoging van de DACTS-score:

– *Verhouding tussen lage caseload/lage contactfrequentie*

De ACT Jeugdteams hebben een lage individuele caseload en verwacht zou kunnen worden dat dit leidt tot hoge contactfrequentie. Toch is het gemiddeld aantal keren dat een jongere wordt gezien niet hoger dan bij de ACT volwassenenteams die een hogere individuele caseload hebben. Wel is het zo dat er relatief veel telefonisch of e-mail contact is met de jongeren. Voor een betere score op de DACTS is het raadzaam ofwel om het aantal face-to-face contacten per jongere te verhogen ofwel te zorgen dat contact via telefoon of email als volwaardige behandelcontacten meetellen.

– *Meer crisisinterventieplannen*

Slechts een enkele jongere heeft een crisisinterventieplan. Dit zijn veelal de jongeren die in het verleden opgenomen zijn geweest en vanuit die situatie een crisisinterventieplan hebben meegekregen. Bij de overige jongeren lijkt bij de ACT Jeugdteams het besef van de noodzaak voor een crisisinterventieplan niet aanwezig. Dit zou moeten veranderen; iedere jongere die in behandeling is, moet een crisisinterventieplan hebben.

– *Somatische/tandheeskundige zorg*

Er is vrijwel geen somatisch zorgaanbod vanuit het team, er is wel aandacht voor aanwezige somatische problemen. In dat geval worden jongeren doorverwezen naar hun huisarts. Het zou goed zijn als er vanuit het team zelf iets aan somatische zorg geboden zou worden zoals een lichamelijke screening bij intake. Op het gebied van tandheeskundige zorg speelt dat jongeren vanaf hun 18 jaar niet meer gratis verzekerd zijn. Zeker bij deze 'ACT jongeren' is het een verhoogd risico dat ze daarom niet meer bij een tandarts komen hetgeen kan leiden tot verwaarloosde gebitsproblemen. ACT Jeugd zou een bemiddelende rol kunnen spelen bij het vinden van een tandarts en het op orde krijgen van de verzekering voor tandheeskundige zorg.

Literatuur

- Baan, D. & E. Meijssen (2008). *ACT Jeugd. Praktijkvoorbeeld*. Utrecht: Movisie.
- Beenackers, A.A.J.M. (1986). *Projectevaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*, proefschrift. Delft: Eburon.
- Donker, M (1990). *Principes en praktijk van programma-evaluatie*, proefschrift U.U. Utrecht: NcGv.
- Dijk B.P. van, L. Versteeg, B.J. Roosenschoon, M. Bogaards (2006). *Het ACT jeugd team, Rapportage van een pilotstudy naar Assertive Community Treatment (ACT) voor jongeren in Rotterdam*. Rotterdam: afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Bavo RNO Groep.
- Dijk, B.P. van & B.J. Roosenschoon (2005). ACT en het nut van modelgetrouw werken. In: Mulder C.L. & H. Kroon (red.), *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Dijk, B.P. van, C.L. Mulder & B.J. Roosenschoon (2004). *Nederlandse handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)*. Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGZ Groep Europoort.
- Heller H., P. Dingemans & D. Linszen (1992). Cannabis en schizofrenie, een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, p 699-708.
- Gowers, S.G., R.C. Harrington & A. Whitton (1998). *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. London: Royal College of psychiatrists' Research Unit.
- Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliaev, G. Jeppesen, P. & Kasow, P. (2000). Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study Rationale and Design of the trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 283-287.
- Maaskant J., (2005). *'Bandieten', 'dissidenten', 'weglopers' of 'verschoppelingen'? : profielen van thuisloze jongeren in Rotterdam*. Rotterdam: Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

- Movisie. Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling (2007). Zwerfjongeren. Vraag, aanbod en beleid op een rij. Utrecht: Movisie.
- Planije, M., H. van 't Land, J. Wolf (2003). *Hulpverlening aan zwerfjongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Roosenschoon B.J en B.P. van Dijk (2009), ACT voor Jeugdigen, Resultaten van een pilot-study. In: C.L. Mulder en H. Kroon (red.), *Assertive Community Treatment, bemoeizorg voor mensen met complexe problemen*, Boom, Amsterdam.
- Teague, G. B., G. R. Bond, R. E. Drake (1998). Program fidelity in assertive community treatment. Development and use of a measure. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 68: 216-231.
- Staring, A.B.P., Stobbe, J, Mulder, C.L. (2005) *Assertive community treatment. Rapportage van het cliëntbeloop binnen de drie ACT teams van Istia, GGZ Groep Europoort*. Int. rapp. Rotterdam: GGZ Groep Europoort.
- Veldhuizen, J.R. van (2005). FACT: de Functie ACT, een Nederlandse variant. In: *Assertive community treatment*. Mulder, C.L. & Kroon, H. (red). Nijmegen: CCP.
- Veldhuizen, J.R. van (2007). Fact: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43, 4, p. 421-433.
- Verhaegh MJM, IMB Bongers, H. Kroon , HFL Garretsen (2007). Assertive Community Treatment bij patiënten met een eerste psychose. Modelgetrouwheid en doelgroepspecifieke aanpassingen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49,11 p 789-797.
- Verhaegh MJM (2009), Effectiveness of Assertive Community Treatment in Early Psychosis, Academisch Proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Wing, J.K., Beevor A.S, Curtis R.H., Park S.B.G, Hadden S. & Burns H. (1998). Health of Nations Outcome Scales. Research and Development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.
- Zimmermann, R. (2004). *PGA-Jeugd in netwerkverband. Plan van aanpak*. Interne rapportage, GGZ Groep Europoort, Rotterdam.

Bijlage I

HoNOS + items uit HoNOS-Jeugd

INSTRUCTIES INVULLEN HoNOS

Scoor de schalen in de volgorde van 1 - 12.

Gebruik geen informatie die bij een vorig item al is meegenomen, behalve bij item 10 wat een globale score is.

Scoor het **MEEST ERNSTIGE** probleem dat zich heeft voorgedaan gedurende de afgelopen 2 weken.

Alle schalen hebben de volgende opbouw:

- 0 geen probleem
- 1 ondergeschikt probleem, vereist geen actie
- 2 licht probleem, maar duidelijk aanwezig
- 3 matig ernstig probleem
- 4 ernstig tot zeer ernstig probleem
- 9 geen of onvoldoende informatie/ onbekend.

Invulblad voor de HoNOS

Nummer respondent:

geslacht: m/v

geb. datum:

HoNOS

1. Hyperactief en agressief gedrag	0	1	2	3	4	9
2. Zelfverwonding	0	1	2	3	4	9
3. Alcohol, drugs of medicatie	0	1	2	3	4	9
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4	9
5. Lichamelijke problemen	0	1	2	3	4	9
6. Hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4	9
7. Depressieve stemming	0	1	2	3	4	9
8. Psychiatrie/gedrag overig	0	1	2	3	4	9
Omcirkel A B C D E F G H I						
9. Sociale contacten	0	1	2	3	4	9
10. ADL-activiteiten	0	1	2	3	4	9
11. Woonomstandigheden	0	1	2	3	4	9
12. Beroep/dagbesteding	0	1	2	3	4	9

HoNOS addendum

1. Maniforme ontremming	0	1	2	3	4	9
2. Motivatie voor behandeling	0	1	2	3	4	9
3. Compliance met medicatie	0	1	2	3	4	9

Toegevoegde Jeugditems

1. Leer- of taalvaardigheid	0	1	2	3	4	9
2. Problemen met relaties met leeftijdgenoten	0	1	2	3	4	9
3. Gezinsleven en relaties	0	1	2	3	4	9
4. Afwezigheid van school	0	1	2	3	4	9

Bijlage II De DACTS

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
TEAMSAMENSTELLING					
1. KLEINE CASELOAD: Cliënt/hulpverlenerverhouding van 10:1	50 cliënten/hulpverlener of meer	35 - 49	21 – 34	11 - 20	Maximaal 10 cliënten/hulpverlener.
2. TEAMBENADERING: de groep functioneert als team en niet als afzonderlijke professionals. Hulpverleners kennen en werken met alle cliënten.	Minder dan 10% cliënten heeft een-op-een contacten met meerdere stafleden per 2 weken.	10% - 36%	37% - 63%	64% - 89%	90% of meer van de cliënten heeft een-op-een contact met meerdere stafleden per twee weken.
3. TEAMBIJEENKOMST: het team komt regelmatig bij elkaar om de hulpverlening voor iedere cliënt te plannen en door te nemen.	Bespreken van de hulpverlening per cliënt gebeurt tenminste 1 keer per maand of minder vaak.	Tenminste 2 keer per maand maar minder dan 1 keer per week.	Tenminste 1 keer per week maar minder dan 2 keer per week.	Tenminste 2 keer per week maar minder dan 4 keer per week.	Het team komt ten minste 4 keer per week bij elkaar en bespreekt telkens iedere cliënt ook al is dat kort.
4. TEAMLEIDER: teamleider verleent directe hulpverlening aan cliënten.	Teamleider verleent geen directe hulp.	Teamleider biedt bij zeldzame gelegenheden directe hulp als back-up.	Teamleider biedt regelmatig hulp bij wijze van back-up of minder dan 25% van de tijd.	Teamleider biedt hulp tussen 25% en 50 % van de tijd.	Teamleider biedt hulp voor 50 % van de tijd.
5. VERLOOP VAN HET PERSONEEL: behoud van personeel binnen het team vanaf de start van het programma of van de afgelopen 2 jaar.	Meer dan 80% verloop in twee jaar.	60% - 80% verloop in twee jaar.	40% - 59% verloop in twee jaar.	20% - 39% verloop in twee jaar.	Minder dan 20% Verloop in twee jaar.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. PERSONEELSBEZETTING: Het programma werkt met een volledige personeelsbezetting.	Het team heeft de afgelopen 12 mnd/vanaf de start van het programma een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar of vanaf de start van het programma een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
7. PSYCHIATER: per 100 cliënten is ten minste één fulltime psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 100 cliënten minder dan 0,10 FTE psychiater	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 100 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 100 cliënten.	Het team heeft voor 100 cliënten 1 fte psychiater in dienst.
8. VERPLEEGKUNDIGE: per 100 cliënten zijn er ten minste twee fulltime verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verpleegkundige per 100 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten.	Twee fulltime verpleegkundigen of meer bij een team met 100 cliënten.
9. VERSLAVINGSDESKUNDIGE: Per 100 cliënten zijn er ten minste twee verslavingsdeskundigen (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundige per 100 cliënten	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten	Twee FTE-s of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg
10. ARBEIDSDESKUNDIGE: Per 100 cliënten zijn er tenminste twee hulpverleners gespecialiseerd in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning (één jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE arbeidsdeskundige per 100 cliënten	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten	Twee FTE of meer met ten minste een jaar training of ervaring in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning.
11. TEAMOMVANG: de omvang van het team is voldoende om consistent de noodzakelijke diversiteit en dekking in de personeelsbezetting te kunnen bieden.	Het team heeft minder dan 2,5 FTE staf	2,5 - 4,9 FTE	5,0 – 7,4 FTE	7,5 – 9,9 FTE	Het team heeft ten minste 10 FTE staf

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ORGANISATIE					
12. EXPLICIETE TOELATINGSCRITERIA: het team heeft een duidelijk omschreven doelgroep met operationeel gedefinieerde toelatingscriteria om onterechte verwijzingen eruit te filteren.	Het team heeft geen vaste criteria en neemt alle soorten gevallen op, hetgeen buiten het team om wordt bepaald.	Het team heeft een algemeen gedefinieerde taak, maar het toelatingsproces wordt gedomineerd door wat in de organisatie het beste uitkomt.	Het team doet zijn best om een bepaalde groep cliënten op te zoeken en te selecteren, maar neemt de meeste verwijzingen aan.	Het team zoekt actief en screent verwijzingen zorgvuldig, maar geeft soms toe aan druk vanuit de organisatie.	Het team werft actief een bepaalde populatie en alle gevallen voldoen aan expliciete toelatingscriteria op het moment van intake.
13. INSTROOM VAN CLIËNTEN: voor het behoud van een stabiliteit in de hulpverlening, neemt het team in een laag tempo cliënten aan.	Hoogste maandelijkse instroom van cliënten in de afgelopen 6 maanden is groter dan 15 cliënten/maand.	13 - 15	10 - 12	7 - 9	Hoogste maandelijkse instroom van cliënten in de afgelopen 6 maanden is niet groter dan 6 cliënten/maand.
14. MULTIDISCIPLINAIR ZORG-AANBOD: het team biedt naast case management: psychiatrische hulp (1) counseling/psychotherapie (2), woonbegeleiding (3), verslavingsbehandeling (4), werkbegeleiding en rehabilitatie (5).	Het team biedt alleen casemanagement.	Het team biedt naast casemanagement één van de vijf andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement twee van de vijf andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement drie of vier van de vijf andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement alle vijf van deze diensten aan.
15. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR CRISISDIENSTEN: het team draagt 24-uurs verantwoordelijkheid voor het reageren op psychiatrische crisissen.	Het team draagt geen verantwoordelijkheid voor crisishulp buiten kantooruren.	Acute/crisisdienst heeft een door het team gemaakt protocol voor cliënten van het team.	Het team is telefonisch bereikbaar, hoofdzakelijk om advies te geven.	Het team biedt back-up voor crisissituaties; d.w.z. programma wordt gebeld, neemt beslissing over directe hulpverlening.	Het team biedt 24-uurs crisisinterventie.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME: het team is betrokken bij klinische opnames.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de opnamebeslissingen.	5 % - 34% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	35 % - 64% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	65 % - 94% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	95 % of meer van de opnames worden geïnitieerd door het team.
17. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG: Het team is betrokken bij de planning van ontslag uit het ziekenhuis.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de ontslagen uit het ziekenhuis.	5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	65% - 94% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	95% van het ontslag van cliënten wordt gezamenlijk gepland met het team.
18. ZORG VOOR ONBEPERKTE TIJD: het team schrijft weinig cliënten uit en blijft het aanspreekpunt voor de cliënten.	Meer dan 90% van de cliënten wordt naar verwachting binnen een jaar ontslagen.	38% - 90% van de cliënten wordt naar verwachting binnen een jaar ontslagen.	18% - 37% van de cliënten wordt naar verwachting binnen een jaar ontslagen.	5% - 17% van de cliënten wordt naar verwachting binnen een jaar ontslagen.	Alle cliënten krijgen hulp voor onbeperkte tijd, 5% of minder van de cliënten wordt naar verwachting succesvol ontslagen.
ZORGAANBOD					
19. HULPVERLENING IN DE LOKALE GEMEENSCHAP: het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 80% van de contacten buiten de instelling.	Minder dan 20% een-op-een contacten in de gemeenschap.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale een-op-een contacten in de samenleving.
20. NO DROP-OUT: het team behoudt een hoog percentage van de cliënten.	Minder dan 50% van de caseload blijft behouden in een periode van 12 maanden.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Meer dan 95% van de caseload blijft behouden gedurende 12 maanden.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. ASSERTIEVE HULPVERLENING: om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel bemoeizorg als juridische maatregelen (bijv., RM, IBS, budgetbeheer).	Het team is passief bij werving en behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van bemoeizorg en juridische maatregelen.	Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde cliënten.	Het team doet pogingen tot ouchende hulpverlening, maar maakt alleen gebruik van juridische maatregelen wanneer dat uitkomt.	Voor het behouden van het contact maakt het team gebruik van bijna alle middelen die tot hun beschikking staan.	Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van bemoeizorg en juridische maatregelen, wanneer nodig is.
22. INTENSITEIT VAN DE HULPVERLENING: een hoog aantal minuten hulpverlening per week per cliënt.	Gemiddeld 15 minuten/week of minder een-op-een contact per cliënt.	15 – 49 minuten/week	50 – 84 minuten/week	85 – 119 minuten/week	Gemiddeld 2 uur/week of meer één-op-één contacten per cliënt.
23. CONTACTFREQUENTIE: naar behoefte een hoog aantal face-to-face contacten bij de hulpverlening.	Gemiddeld 1 face-to-face contact/week per cliënt of minder.	1 – 2/week	2 – 3/week	3 -4/week	Gemiddeld 4 of meer face-to-face contacten/week per cliënt.
24. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM: al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt (familie, huisbaas, werkgever).	Minder dan 0,5 contacten per maand per cliënt met steunsysteem.	0,5 –1 contact per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	1 – 2 contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	2 – 3 contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	Vier of meer contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.
25. INDIVIDUELE VERSLAVINGSZORG: een of meer leden van het team bieden directe behandeling verslavingsproblemen.	Het team biedt geen directe behandeling.	Het team reageert wisselend op verslavingsproblematiek en biedt geen formele individuele behandeling.	Het team integreert enige behandeling voor verslaving, maar biedt geen formele individuele behandeling.	Het team biedt enige formele individuele behandeling, maar besteedt daar minder dan 24 minuten/week aan.	Het team biedt 24 minuten/week of meer aan formele behandeling voor verslaving.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. BEHANDELGROEPEN VOOR DUBBELE DIAGNOSE CLIËNTEN: het team biedt behandelgroepen aan voor mensen met een dubbele diagnose.	Minder dan 5% van de cliënten met verslavingsstoornissen woont per maand ten minste één bijeenkomst voor groepsbehandeling van verslaving bij.	5% - 19%	20% - 34%	35% - 49%	50% of meer van de cliënten met verslavingsstoornissen en woont per maand ten minste één bijeenkomst voor groepsbehandeling van verslaving bij.
27. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL: Het team gebruikt een stapsgewijs behandelmodel. In verschillende fasen van de behandeling worden verschillende interventies aangeboden. Het model is niet-confronterend, volgt gedragsprincipes, neemt interacties in aanmerking tussen psychiatrische stoornissen en verslaving, waarbij geleidelijke onthouding wordt verwacht.	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontwenningkuren en rehabilitatieprogramma's, erkent behoefte aan overreden van cliënten in de ontkenningfase die niet bij AA passen.	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredingsgroepen, gebruikt opnames voor rehabilitatie en verwijst naar afkickprogramma's.	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen, geen opname voor rehabilitatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	Programma is volledig gebaseerd op DD-behandelprincipes, waarbij staf behandeling biedt.
28. DE ROL VAN CLIËNTEN IN HET TEAM/ERVARINGSDESKUNDIGE : Er zijn cliënten lid van het team die directe hulp bieden.	Cliënten zijn niet betrokken bij bieden van hulp binnen het team.	Cliënten vervullen cliëntspecifieke rollen in programma (bijv. zelfhulp).	Cliënten werken parttime als case-manager met beperkte verantwoordelijkheid.	Cliënten werken fulltime als case-manager met beperkte verantwoordelijkheid	Cliënten werken fulltime als hulpverlener (bijv. casemanager) met volledige verantwoordelijkheid.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DACTS ADDENDUM					
29. ARTS IN HET TEAM: Per 100 cliënten is tenminste één fulltime arts, afgezien van de psychiater, aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 100 cliënten minder dan 0,10 FTE arts.	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 100 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 100 cliënten.	Er is ten minste één fulltime arts per 100 cliënten aangesteld bij het team.
30. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG: Een of meer leden van het team bieden directe behandeling voor somatische zorg.	Het team biedt geen behandeling voor somatische zorg, maar verwijst alle cliënten door.	Het team reageert wisselend op somatische problematiek, maar biedt geen structurele somatische zorg.	Het team biedt enige verpleegkundige zorg voor somatische problematiek, maar biedt geen formele individuele behandeling en verwijst door.	Het team biedt enige formele verpleegkundige- en artsenzorg voor somatische problematiek, maar verwijst ook cliënten door.	Het team biedt integrale (arts en verpleegkundige) somatische zorg en verwijst geen cliënten door.
31. BEREIKBAARHEID VAN HET TEAM BUITEN KANTOORUREN: Het team is zowel door de week als in het weekend bereikbaar voor alle cliënten.	Het team is alleen binnen kantooruren bereikbaar voor alle cliënten.	Het team is op maandag tot en met vrijdag tot minimaal 20.00 uur bereikbaar.	Het team is van maandag tot en met vrijdag tot 23.00 uur bereikbaar met een bereikbaarheidsdienst in het weekend.	Het team is van maandag tot en met vrijdag tot 23.00 uur bereikbaar. In het weekend van 10.00 tot 17.00	Het team is de hele week 24 uur per dag bereikbaar.
32. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIEPLAN: Elke cliënt heeft een crisisinterventieplan dat tevens beschikbaar is voor de crisisdienst.	20% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan dat regelmatig wordt bijgesteld.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan dat regelmatig wordt bijgesteld.
33. TEAMGEEST					

Over Bavo Europoort

Bavo Europoort, specialist in psychiatrie, is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Rijnmond en Zuid-Hollandse eilanden. Wij bieden hulp bij complexe psychiatrische aandoeningen en psychosociale problemen. Behandeling vindt plaats in een van onze vestigingen of bij onze patiënten thuis. Patiënten kunnen beschermd of begeleid bij ons wonen en gebruik maken van ons uitgebreide assortiment dagbestedingactiviteiten. Indien noodzakelijk is een opname in één van onze klinieken mogelijk. Mensen die zorg mijden, zoeken wij op. De patiënten van Bavo Europoort profiteren van een complete zorgketen volgens de meest actuele inzichten.

Colofon

Copyright © 2009 Bavo Europoort

ISBN 90-71404-33-1

Eerste druk Eerste oplage

Oplage 500

Bestellen communicatie@bavo-europoort.nl

Deze publicatie is een uitgave van Bavo Europoort (afd. Onderzoek & Ontwikkeling), onderdeel van de Parnassia Bavo Groep.

Internet: www.bavo-europoort.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Bavo Europoort, afdeling Communicatie, Prins Constantijnweg 48-54, 3066 TA Rotterdam.

Onderstaand een overzicht van de laatste acht publicaties van de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling (O&O) in de Bavo Europoort-reeks:

- Tijdelijk Verblijf Jeugd. Een evaluatieonderzoek (2007). Moniek Bogaards. Rotterdam: afdeling O&O Bavo Europoort.
ISBN 90-71404-25-0.
- Uitgezworven zwervers. Evaluatieonderzoek naar een woonvoorziening voor oudere dak-en thuislozen (2007). Astrid van Osenbruggen en Anyke Kramer. Amsterdam SWP.
ISBN 978-90-6665-913-1
- ACT-teams op de Noordoever van Rotterdam. Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten (2008). Arina van der Kwaak, Anyke Kramer en Bert-Jan Roosenschoon. Rotterdam: Afdeling O&O Bavo Europoort.
ISBN 90-71404-26-9
- Loods aan Boord: Evaluatieonderzoek naar de inzet van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de eerste lijn (2008). Moniek Bogaards, Rotterdam. Afdeling O&O Bavo Europoort.
ISBN 90-71404-27-7
- Forensische Woonbegeleiding van Bavo Europoort, nu en in de toekomst (2009). Arina van der Kwaak en Anyke Kramer. Rotterdam: afdeling O&O, Bavo Europoort.
ISBN 90-71404-31-5
- Evaluatie ACT Jeugd, Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten (2009). Arina van der Kwaak en Anyke Kramer. Rotterdam: Afdeling O&O Bavo Europoort.
ISBN 90-71404-33-1
- Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders, beleving en hulpzoekgedrag (2009). Cor Hoffer. Assen Van Gorcum.
ISBN 9789023245964
- Evaluatie Molenduin, langdurige intensieve zorg in de ggz (2009). Arina van der Kwaak en Anyke Kramer. Rotterdam: afdeling O & O, Bavo Europoort.
ISBN 9071404-32-3

Voor het bestellen van, of meer informatie over deze en voorgaande publicaties, stuurt u een e-mail naar de afdeling communicatie van Bavo Europoort: communicatie@bavo-europoort.nl.