

The cover of the journal features a close-up photograph of a thistle flower in bloom, with its characteristic spiky leaves and central flower head. The background is a soft-focus green, suggesting a natural setting. The title is prominently displayed at the top in white and teal text.

Tijdschrift voor
Rehabilitatie en herstel
van mensen met psychische beperkingen

NUMMER 1 - MAART 2013

- 2 **Redactioneel** | *Rozemarijn Esselink*
- 4 **Zorg voor jongeren in de grote stad. Evaluatie ACT-Jeugd Rotterdam** | *Bert-Jan Roosenschoon en Patricia Schell*
- 17 **Herstel Voor wie zichzelf verliest, blijft er niet veel over** | *Arubild Lauweng*
- 26 **Soteria NL: vernieuwing vernieuwd** | *Mario Domen en Jos Dröes*
- 35 **Rehabilitatie en herstel binnen de forensische setting** | *Sonja van Rooijen en Mieke van Baxtel*
- 48 **Ervaring met ervaringsdeskundige medewerkers** | *Harrie van Haaster en David Hidajattoellah*
- 58 **Bild** | *Edward Christiaan*
- 59 **Station DSM** | *Marcia Kroes*
- 64 **De laptop klapt open, de cliënt klapt dicht. En dan? Invoering herstelondersteuningsplan** | *Laura van der Burgt en Wil Coopmans*
- 69 **TOEN Valeriussymposium. Samen kiezen voor herstel** | *Annette Plooy*
- 73 **TOEN Partners in de zorg. Phrenos-schizofreniecongres** | *Liselotte de Mooij*
- 78 **foed Margreet de Pater. De eenzaamheid van de psychose** | *W.M.N.J. Buis*

Zorg voor jongeren in de grote stad

Evaluatie ACT-Jeugd Rotterdam

Bert-Jan Roosenschoon en Patricia Schell

Sinds 2005 is er ACT hulpverlening voor jongeren in Rotterdam. De vijf subregionaal werkende teams zijn nu onderdeel van Lucertis, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De teams bieden zorg voor jongeren met een diverse problematiek, waar de verschillende verwijzers niet goed raad mee weten en die tussen wal en schip vallen qua zorgloket of niet aankomen bij de hulpverlening. ACT-Jeugd blijkt voor deze jongeren in een behoefte te voorzien. In dit artikel wordt verslag gedaan van een praktijkgericht onderzoek naar functie, cliëntengroep, werkwijze en effectiviteit van ACT-Jeugd in Rotterdam. Aan het slot worden recente ontwikkelingen genoemd.

Visie en werkwijze ACT-Jeugd Rotterdam

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. ACT-Jeugd is een tweedelijns voorziening voor sociale psychiatrie en biedt voor sommigen bemoeizorg.

ACT-Jeugd wil een persoonlijk diagnostiek- en behandelaanbod bieden dat goed aansluit bij de complexe problematiek van de jongeren. Alle vitale contacten in het netwerk van de jongere en van het team worden gebruikt om het gewenste resultaat te behalen. De multidisciplinaire teams opereren onorthodox, mijden zo nodig en zo mogelijk de bureaucratische regels en zoeken onafhankelijk maar wel in samenwerking met alle zorgverlenende instanties voor jeugdigen in de regio, zoals de Centra voor Jeugd en Gezin, naar een oplossing voor elke jongere. De teams zijn multicultureel opgebouwd en de werknemers streven naar een cultuursensitieve attitude. Elk team bedient een afgebakend postcodegebied.

De beoogde doelgroep bestaat uit jongeren van 12 tot 24 jaar met psychische en/of psychiatrische problemen en met een complexe, intensieve zorgbehoefte op meerdere

levensgebieden; is matig gemotiveerd voor hulp tot zorgnijdend en vindt geen of moeilijk aansluiting met reguliere vormen van zorg- en hulpverlening.

Bij aanmelding wordt kritisch gescreend op de aanwezigheid van psychiatrische problematiek. Wanneer alleen sprake is van een maatschappelijke zorgvraag of psychosociale problematiek is ACT-Jeugd niet het aangewezen zorgaanbod. Formele verwijzers zijn huisarts, Bureau Jeugdzorg of een medisch specialist. Feitelijk kunnen jongeren ook door anderen worden aangemeld, bijvoorbeeld door zichzelf, door familieleden of door een school, maar dan zal achteraf altijd een verwijsbrief gevraagd worden van één van de officiële verwijzers.

Een concept behandel- en rehabilitatieplan wordt na bespreking met de jongere en/of ouders een definitief plan indien de jongere akkoord gaat. In dit plan worden expliciet de behandel- en rehabilitatiedoelen vastgelegd en de methoden waarmee gewerkt gaat worden. Behandelingen worden minimaal halfjaarlijks geëvalueerd. In principe is de behandelduur bij ACT-Jeugd niet beperkt in tijd, het mag lang duren.

Wat is ACT?

Bij Assertive Community Treatment (ACT) verleent een multidisciplinair team zorg op meerdere levensgebieden: medicatie, begeleiding en behandeling, verslaving, financiën, huisvesting, werk en dagelijkse activiteiten. Doorverwijzingen zouden vanwege dit multidisciplinaire zorgaanbod niet meer nodig zijn. Er wordt gewerkt volgens de teambenadering wat inhoudt dat er sprake is van een gedeelde caseload. Overige kenmerken zijn een hoge intensiteit van zorg, een pro-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, 1999; Bond e.a., 2001).

Het ACT-model is in Nederland in korte tijd populair geworden voor teams die werken met chronisch psychiatrisch cliënten met een complexe problematiek.

ACT wordt een *evidence based practice* genoemd op grond van onderzoek in met name Amerika en Canada (Kroon & Henselmans, 2000; Bond, e.a., 2001; Phillips, e.a., 2001; Drake e.a., 2001; Mulder C.L. en H. Kroon, 2009). Onderzoek in Nederland (van Vugt e.a., 2011) wees uit dat een hogere modelgetrouwheid resulteerde in betere resultaten qua functioneren en qua dakloosheid.

Het ACT-model is ook toepasbaar gemaakt voor adolescenten en kinderen. Er zijn nog geen gecontroleerde studies uitgevoerd naar de effecten van ACT-Jeugd. Pre-post studies laten effecten zien op verschillende gebieden (Hendriksen, 2011): verbeterde GAF-scores en meer 'volwassen dagelijkse levensvaardigheden', effectievere coördinatie van terugkeer in de maatschappij en afname van het aantal opnamedagen (Mc Grew & Danner, 2009 en Ahrens e.a., 2007). Er zijn wel (gecontroleerde) studies gedaan naar de effecten van ACT-projecten bij jongvolwassenen met een eerste psychose (Jorgensen e.a., 2000 en Verhaegh e.a., 2007, Verhaegh, 2009, Hendriksen, 2011). Omdat het ACT-model hoofdzakelijk een bepaalde organisatievorm van een team impliceert, kunnen op de doelgroep afgestemde methodieken in het model geïnte-

greerd worden. Er is een Nederlandse variant op ACT ontwikkeld onder de naam FACT (van Veldhuizen, 2005 en 2007), die ACT In Nederland qua populariteit inmiddels lijkt te overvleugelen (Roosenschoon e.a., 2011). Waar ACT zich richt op de moeilijkste cliëntengroep, is FACT er voor alle cliënten met langdurige en complexe problematiek. De intensiteit van de zorg kan bij FACT worden opgeschaald tot ACT-zorg als problemen verergeren.

Pilot-onderzoek

Uit een pilot-studie uitgevoerd bij het eerste ACT-Jeugd team aan de Schiehaven in Rotterdam bleek dat het jongeren betrof met vooral psychosociale problemen; er bleek bij een aantal van hen sprake te zijn van zich uitkristalliserende psychiatrische problematiek (van Dijk e.a., 2006; Roosenschoon & van Dijk, 2009). Het leek niet te gaan om zwerfjongeren in engere zin, hoewel deze groep aanleiding vormde voor de start van het project. Velen zijn niet dakloos, maar wel thuisloos, want ze zwerven van adres naar adres. Het ACT-model was deels geïmplementeerd (met een totaalscore van 3.2 op de modelgetrouwheidschaal, de DACTS (zie verderop in het artikel). Er lag een uitdaging om de werkwijze meer te systematiseren, wat zou moeten worden aangestuurd door het middelmanagement. Het project bleek succesvol omdat er veel vraag naar het type zorgaanbod was. De samenwerking met andere instellingen in de regio was goed.

Ten tijde van het vervolgonderzoek, waar dit artikel over gaat waren er vier uitwoerende teams en één zogenaamd Mobiel Diagnostiek, Consultatie & Expertiseteam (MDC&E), dat haar diensten biedt in heel Rotterdam.

Opzet vervolgonderzoek

Voortbouwend op de conclusies en aanbevelingen uit de pilot-studie is een beknopt praktijkgericht onderzoek uitgevoerd (van der Kwaak en Kramer, 2009). Doelstelling daarvan was om de cliëntengroep, het zorgaanbod en de behaalde doelen van de zorg in beeld te brengen en te toetsen, voor interne en externe doeleinden. Intern zou een beschrijving van cliëntengroep en de zorgverlening kunnen bijdragen aan een reflectie op het zorgaanbod. Extern kan het verwijzers, beleidsmakers en politici meer zicht geven op het aanbod van ACT-Jeugd.

Het betreft een praktijkgericht evaluatieonderzoek volgens de principes van programma-evaluatie (Beenackers, 1986; Donker, 1990) waarbij zowel een proces- als een effectevaluatie plaatsvond.

Er is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews met teamleiders en hulpverleners, analyse van procedures en protocollen van de teams, analyse van zorgregistratiegegevens (biodemografisch, diagnostiek, verwijzers), analyse van verwijz- en doorstroomgegevens en een korte enquête naar de deskundigheid van teamleden.

Voor de toetsing van de ACT-modelgetrouwheid en de beschrijving van aanbod en werkwijze van de vier teams in 2009 is gebruik gemaakt van de Dartmouth Assertive Community Treatment scale (DACTS, Teague e.a., 1998 en van Dijk e.a., 2004 en 2005).

De effectiviteit is op drie gebieden onderzocht: de psychiatrische toestand, de mate waarin jongeren hun behandel- en rehabilitatiedoelen halen en de continuïteit van zorg. De ontwikkeling van de psychiatrische toestand is onderzocht met de Health of Nations Outcome Scale (HoNOS)¹, Wing e.a., 1998, Mulder e.a., 2004). Aan de HoNOS-volwassenen werden 4 items van de jeugd-HoNOS (HoNOSCA, Gowers e.a., 1998) toegevoegd; dit zijn: problemen met leer- of taalvaardigheid, problemen met relaties met leeftijdgenoten, problemen met gezinsleden en relaties, afwezigheid van school. Er vonden twee HoNOS metingen plaats met een tussenperiode van een half jaar bij 200 jongeren (50 per team). Daarnaast is bij een a-selecte steekproef van 20 jongeren (vijf per team) het percentage bepaald van de jongeren dat hun doelen uit het behandel- en rehabilitatieplan behaalde met betrekking tot werk, opleiding, woonplek, gezinssituatie/sociale relaties. Hiervoor zijn interviews gehouden met een vertegenwoordiger van elk team waarbij de doelen van de jongeren van elk team inhoudelijk zijn besproken.

Om zicht te krijgen op de continuïteit van zorg zijn uitstroomgegevens geanalyseerd bij één team op basis van dossieronderzoek.

Resultaten

De jongeren van ACT-jeugd

Een belangrijk intakecriterium voor ACT-Jeugd is dat de jongeren tussen wal en schip vallen qua zorgloket of niet aankomen bij de hulpverlening. Jongeren worden aangemeld bij ACT-Jeugd door een zeer groot aantal instanties (41) waarvan Bureau Jeugdzorg, het Jongerenloket, het Rebound Centre, huisartsen en verder scholen en de Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak (DOSA) de belangrijkste zijn. ACT-Jeugd vervult een belangrijke rol bij het verhelderen van de problematiek, maar het stellen van een diagnose is een langdurig proces. Jonge mensen zijn in ontwikkeling en mogelijke psychiatrische ziektebeelden zijn nog niet uitgekristalliseerd. Behandelaars van ACT-Jeugd zijn vaak terughoudend om jongeren te diagnosticeren omdat de jongeren nog in ontwikkeling zijn en psychiatrische beelden mede bepaald kunnen zijn door levensfaseproblematiek en de vele psychosociale en maatschappelijke problemen die bij deze groep worden geconstateerd. Vaak bestaat het idee dat bij deze doelgroep negatieve ontwikkelingen nog zijn om te buigen. Als een diagnose eenmaal in een dossier terecht zou komen kan dat de rest van het leven van de cliënt beïnvloeden.

De jongeren die bereikt worden door ACT-Jeugd zijn zeer divers. Het gaat niet alleen om overlastgevende jongeren die zich op straat bevinden, waarvan sommigen justitiële contacten hebben. Het gaat ook om jongeren 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. Er zijn meer jongens (58%) dan meisjes in zorg bij ACT-Jeugd. De leeftijd varieert in de praktijk van 6 tot 30 jaar. Kinderen onder de 12 zijn echter een uitzondering en maken veelal deel uit van het gezin van jongeren boven de 12 dat in behandeling is; de piek zit tussen de 15 en 20 jaar. Bij één team waar de etniciteit onderzocht is bleek dat driekwart van de jongeren van niet-Nederlandse afkomst is.

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. Wat betreft hoofddiagnoses (DSM IV) zien we een overgrote meerderheid (47%) V-codes, dit zijn 'overige aandoeningen die een reden tot zorg zijn' en daarbinnen vooral 'ouder-kind relatieproblematiek'. Bij de jongeren zonder V-code als DSM IV classificatie, is de meest voorkomende categorie 'stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie' waaronder ADHD en Pervasieve ontwikkelingsstoornis (11%). Andere diagnoses zijn aanpassingsstoornissen (10%), stemmingsstoornissen (6%), angststoornissen (6%), psychotische stoornissen (6%), aan middelen gebonden stoornissen (5%). Ongeveer 60% van de ACT-jongeren heeft bijkomende persoonlijkheidsproblemen; het gaat het om een uitgestelde diagnose op AS II (26%), 'trekken van een persoonlijkheidsstoornis' (12%) en bij 15% is sprake van een persoonlijkheidsstoornis.

Opvallend is het lage percentage jongeren met een diagnose binnen de categorie 'aan middelen gebonden stoornis', hoewel naar schatting 50-80% van de jongeren soft-drugs gebruikt. Het gebruik wordt echter door de hulpverleners veelal geduid als 'passend bij de ontwikkelingsfase'. Middelengebruik wordt pas als problematisch getypeerd als het de rest van de behandeling belemmert of als een jongere zelf aangeeft iets aan zijn verslaving te willen doen. Op de HoNOS wordt vooral hoog gescoord³ 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 door de jongeren behandel- en rehabilitatiedoelen gesteld op veel verschillende levensgebieden.

Aanbod en werkwijze ACT-Jeugd

Zoals boven gesteld speelt ACT-Jeugd een belangrijke rol bij het verhelderen van de problematiek en de diagnostiek. Bij de beschrijving van de zorg hieronder wordt gebruik gemaakt van de itemscores op de DACTS. Twee ACT-Jeugdteams hebben het ACT-model redelijk tot goed geïmplementeerd (DACTS-totaalscores: 3.8 en 4.1). De twee andere teams hebben het model matig geïmplementeerd (DACTS-totaalscores: 3.3 en 3.6). Door alle teams wordt hoog gescoord op het onderdeel teamstructuur van de DACTS; dit betreft onder andere de teamsamenstelling, de teambenadering en de omvang van de caseload (gemiddeld 1 op 9,2). Het zorgaanbod is breed, waarbij de accenten verschillen met het zorgaanbod bij ACT-volwassenen. Zeer kenmerkend voor ACT is de mate waarin outreachend wordt gewerkt; de teamleden van ACT-Jeugd

zoeken de jongeren op in hun eigen omgeving en doen alles om contact te krijgen (bemoeizorg). 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 op de DACTS niet hoog, gemiddeld worden jongeren iets vaker dan één keer per week gezien. Hierbij worden de contacten via telefoon, e-mail of sms echter niet meegeteld, terwijl bij een deel van de jongeren deze contacten veelvuldiger zijn dan de face-to-face contacten. De verschillende disciplines zijn goed vertegenwoordigd met uitzondering van de rehabilitatiedeskundige/arbeidsdeskundige. In sommige teams is een psycholoog aanwezig, een discipline die in de DACTS niet geteld wordt. Elk team heeft zijn eigen extra aanbod, van huiswerkgroep, sport, tot juridisch advies. Binnen alle teams van ACT-Jeugd is er veel aandacht voor het netwerk rondom de jongeren, bij één team wordt systeemtherapie geboden. Soms worden familieleden vaker gezien dan de ingeschreven jongere. Voor jeugdzorg bestaat in Rotterdam een uitgebreid professioneel netwerk van instanties met een divers zorgaanbod, waarmee ACT-Jeugd samenwerkt of waaraan zorg wordt uitbesteed, zoals bijvoorbeeld aan Bureau Jeugdzorg voor voogdijschap of aan de maatschappelijke begeleiding die deel uitmaakt van verblijf bij de MO-Jeugd. Zorg uitbesteden hoort niet volgens het ACT-model maar lijkt voor deze doelgroep een goede manier van werken en is ook niet te vermijden. ACT-Jeugd blijft dan wel de regie over de zorgverlening houden. Opvallend is dat gerichte verslavingszorg vrijwel afwezig is in het zorgaanbod. ACT-Jeugd speelt wel een rol in het bewustwordingsproces bij uit middelengebruik voortvloeiende problematiek. Indien noodzakelijk worden jongeren voor hun verslaving doorverwezen. Er is wel aandacht voor aanwezige somatische problemen, maar er is vrijwel geen somatisch zorgaanbod vanuit het team. Jongeren worden dan doorverwezen naar hun huisarts. Klinische opnames komen bijna niet voor bij de jongeren van ACT-Jeugd. Slechts een enkele jongere heeft een crisisinterventieplan. De zorg die ACT-Jeugd biedt is in principe onbeperkt in duur, maar wanneer jongeren ouder dan 24 zijn, is het de bedoeling dat zij worden doorverwezen naar een passend zorgaanbod voor volwassenen. Prognoses bij jongeren zijn echter optimistischer dan bij volwassenen en er wordt niet uitgegaan van chronische zorg; vaak wordt gezocht naar een reguliere vervolgbehandeling. Soms is het lastig om met jongeren in contact te komen, omdat ze van het ene adres naar het andere adres zwerven, soms buiten de regio of terecht komen in het justitiële circuit. Vanwege administratieve afspraken moet een dossier afgesloten worden wanneer er langer dan drie maanden geen contact is met een jongere.

Effectiviteit

Uit het onderzoek bleek dat de jongeren significant verbeteren qua psychiatrische toestand, gemeten met de HoNOS, in de periode dat zij in zorg zijn bij ACT-Jeugd. Ze hadden echter een zeer variabele inschrijfduur ten tijde van de metingen. Jongeren die kort in zorg waren vertoonden de sterkste verbetering. Op itemniveau zijn de verbeteringen significant op alcohol- en drugsgebruik, angstklachten, sociale problemen en de vier jeugditem.

Of de behandel- en rehabilitatiedoelen werden behaald is nagegaan op basis van de interviews. Globaal waren evenveel doelen wel behaald als niet behaald. De doelen over scholing/arbeid en daginvulling worden echter het minst behaald.

Uit een nadere analyse van de doorstroming bij één team bleek dat per jaar 49% van de caseload uitstroomde. In vergelijking met ACT voor volwassenen is dit zeer hoog. Ruim de helft van de uitstromers had positieve redenen, vooral het halen van hun doelen en dezen konden worden terugverwezen naar de huisarts. Een behoorlijk groot aantal jongeren (47% van de uitstroom) stroomt echter om negatieve redenen uit; zij willen niet meer en verdwijnen uit zicht.

Beschouwing

Een belangrijk intakecriterium van ACT-Jeugd is dat er GGZ-problematiek aanwezig moet zijn. Uit het onderzoek blijkt echter dat bij de meeste jongeren die in zorg zijn de diagnostiek nog niet is uitgekristalliseerd. Ze zijn in zorg genomen omdat ze niet aankomen bij reguliere hulpverlening. De verheldering van de problematiek en diagnostiek waar veel aandacht aan wordt gegeven kan steun geven aan de cliënten en hun ouders, wat verergering van de problemen kan voorkomen. De drempel voor instroom lijkt te laag, want een behoorlijk groot deel van de jongeren kan na enige tijd worden uitgeschreven omdat zij hun behandel-/rehabilitatiedoelen hebben behaald en er geen verdere GGZ-behandeling of begeleiding meer nodig is, terwijl de norm bij ACT is dat cliënten langdurig in zorg blijven. ACT zou zich, gezien de intensiteit van de zorg, horen te beperken tot jongeren die langdurig op meerdere levensgebieden met ernstige problematiek te kampen hebben, waar de jeugdzorg en de reguliere GGZ-hulpverlening geen grip op hebben. De aanwezigheid van 'harde psychiatrie' lijkt echter niet het juiste selectiecriterium. Het gaat zoals gezegd veelal om jongeren met conflicten in hun sociale omgeving (school, gezin), waardoor zij slecht geïntegreerd zijn in het maatschappelijke leven. Dit komt tot uiting in de hoofddiagnoses (47% V-codes in de DSM IV). Qua 'hardere' diagnoses heeft 47% op AS I een diagnose en op AS II is er bij 27% sprake van een persoonlijkheidsstoornis respectievelijk 'trekken van een persoonlijkheidsstoornis'.

ACT-Jeugd biedt weinig verslavingszorg en dit lijkt mede veroorzaakt doordat het middelengebruik van de jongeren vaak niet als problematisch wordt gezien, maar als 'normaal' onderdeel van de jeugdcultuur. De ernst van het gebruik lijkt te worden onderschat. Het gebruik van cannabis is immers geassocieerd met het ontwikkelen van psychosen (Large, 2011) en met het ontwikkelen van andere psychopathologie, zoals depressies, bipolaire en angststoornissen (Wittich, 2007); bovendien met schooluitval en het gebruik van andere drugs (McLeod, 2004). Het lijkt daarom aan te bevelen jongeren niet alleen bewust te maken maar ook te behandelen voor hun middelengebruik. Om een nauwkeuriger beeld te krijgen van de problematiek van de jongeren die in behandeling zijn bij ACT-Jeugd, is het raadzaam om naast de DSM IV classificaties met gestandaardiseerde meetinstrumenten te werken. Jongeren zouden meer getest moeten worden op hun psychisch, sociaal en intellectueel functioneren (IQ). Het vermoeden

den bestaat bijvoorbeeld dat het percentage zwakbegaafde jongeren hoger ligt dan de DSM IV classificaties laten zien. Ook een neuropsychologisch onderzoek (NPO) kan soms geïndiceerd zijn. Met de invoering van Routine Outcome Monitoring (ROM) bij Lucertis zal de toestand van de jongeren tijdens de behandeling door ACT-Jeugd beter gevolgd kunnen worden.

Bij ACT-Jeugd zou een hoger aantal face-to-face contacten per jongere verwacht kunnen worden, maar het is niet hoger dan bij de ACT-volwassenenteams die een hogere caseload hebben. Er is wel relatief veel telefonisch of e-mail contact met de jongeren. Alleen jongeren die in het verleden opgenomen zijn geweest hebben nu een crisisinterventieplan, maar dat lijkt voor meer jongeren gewenst.

Omdat doelen van de jongeren op het gebied van werk en dagbesteding vaak niet gehaald worden verdient het aanbeveling een (arbeids-)rehabilitatiedeskundige in de teams op te nemen.

Het zou goed zijn als het team zelf enige somatische zorg zou bieden zoals een lichamelijke screening bij intake. Omdat jongeren vanaf hun 18e jaar niet meer gratis verzekerd zijn voor tandheelkundige zorg zou ACT-Jeugd een bemiddelende rol kunnen spelen bij het vinden van een tandarts en het op orde krijgen van de verzekering voor tandheelkundige zorg.

ACT-Jeugd lijkt een centrale rol te spelen in de zorg voor deze doelgroep, getuige de 41 verschillende aanmelders. Netwerken en samenwerken met diverse instanties is nodig voor een optimale behandeling van deze doelgroep, ook al staat dat haaks op het uitgangspunt van het ACT-model om geen zorg uit te besteden.

De verbetering van de psychiatrische toestand vindt vooral plaats in de eerste periode van de behandeling.

ACT beoogt een goede continuïteit van zorg te leveren en is speciaal ontwikkeld om slecht gemotiveerde cliënten in zorg te houden. Veel jongeren verdwijnen echter toch uit de zorg omdat zij niet meer willen. Voor een deel van hen is dit zorgelijk. ACT-Jeugd zou zich dienen te bezinnen hoe meer van deze onwillige jongeren te binden aan de zorg. Aan de nadere kant durven hulpverleners 'hun' jongeren soms niet los te laten. Dit heeft te maken met het ontbreken van laagdrempelige onorthodoxe outreachende nazorg.

Voor het onderzoek was complicerend dat bepaalde gegevens niet standaard geregistreerd worden. Omdat bijvoorbeeld etniciteit niet wordt geregistreerd kon niet worden nagegaan of etniciteit een rol speelt als jongeren, maar met name hun ouders, niet goed aansluiten bij de reguliere jeugdhulpverlening.

Omdat de woonsituatie van de jongeren niet wordt vastgelegd blijft het onduidelijk of ACT-Jeugd nu werkelijk de vermeende groep zwerfjongeren bereikt.

Om een beeld te krijgen van de functie van ACT-Jeugd in de zorgketen voor jongeren zouden de in- en uitstroomgegevens alsmede de reden van een uitschrijving standaard geregistreerd moeten worden.

Recente ontwikkelingen

Keuze voor FACT

- ACT-Jeugd heeft inmiddels voor het FACT-model gekozen, omdat dit model beter lijkt te passen bij de aard van de cliënten en de werkwijze. Het gaat in de regel om minder zware psychiatrische problematiek dan bij ACT voor volwassenen, waar de cliëntengroep veelal bestaat uit chronisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Ook kunnen er in een FACT-team meer cliënten behandeld worden dan in een ACT-team. De begeleiding wil ook in een fase van lagere zorgintensiteit contact kunnen houden om er op tijd bij te kunnen zijn als het fout gaat en meer aandacht te kunnen besteden aan rehabilitatiedoelen. De aanwezigheid van psychologen, die nodig zijn voor de complexe diagnostiek en de behandeling, past meer bij het FACT-model. Er is ook meer nadruk op interventies in het kader van een systeem aanpak en technieken gericht op het vergroten van de motivatie. Bij jeugd moet er meer aandacht kunnen zijn voor maatschappelijke participatie en is de prognose beter.
- Bij het recente opstellen van zorgpaden worden alle interventies beschreven, waardoor de werkwijze van ACT-Jeugd beter overdraagbaar wordt en er meer structuur in de werkwijze kan ontstaan. Onderdelen van het zorgpad zijn o.a. psycho-educatie, motiverende en activerende begeleiding, maatschappelijke integratie (scholing, sociale vaardigheidstraining, woonvaardigheidstraining e.d.).
- In 2012 is er een team bijgekomen in de Drechtsteden. Dat betekent dat er nu bij Lucertis vijf FACT-Jeugdteams operationeel zijn. Daarnaast is er een andersoortig team te weten een schoolteam bijgekomen. Dit schoolteam is een apart team voor scholen, waarin hulpverleners zitten die op de wijkscholen, bij ROC's en bij het Jongeren Loket (toeleiding naar onderwijs) werken. Dit schoolteam functioneert meer preventief. (Wijkscholen bieden een combinatie van onderwijs, zorg en welzijn gericht op de complexe hulpvraag van deze doelgroep, aanvullend op reguliere MBO- en VMBO-scholen.)
- Qua diagnoses lijkt er een trend te zijn in de richting van een tweedeling. Het gaat enerzijds vaker om jongeren met enkelvoudige problematiek, zoals angststoornissen, stressstoornissen, gedragsproblemen, problemen in de ontwikkeling. Met dit deel van de caseload wordt meer volgens het case-management model gewerkt en minder met een gedeelde caseload. Anderzijds zijn er de laatste tijd ook meer patiënten met een zwaardere psychiatrische stoornis gekomen, zoals schizofrenie, psychotische stoornissen, dissociatieve stoornissen en ernstig autisme, die intensievere zorg nodig hebben. Dit komt overeen met het FACT-model, waarbij het grootste deel van de populatie laag intensieve zorg krijgt en een kleiner deel intensieve zorg.
- Omdat Lucertis onderdeel is van de Parnassia Bavo Groep moet de aanmelding in principe centraal verlopen via het zogenaamde CAT-buro in Den Haag. Dat betekent echter een hogere drempel; er wordt dan soms een DBC geopend, terwijl de cliënt niet verzekerd is. Door de veelheid en de diversiteit van de aanmelders en de specifieke doelgroep kan daarom nog steeds aangemeld worden via de aanmeldtelefoon van ACT-Jeugd, die twee aanmeldfunctionarissen heeft.

- Er zijn veel no-shows vooral tijdens het intakeproces. Case-managers nemen zelf vaak vooraf contact op om te zorgen dat de cliënten er zijn. Nog steeds verloopt het meeste contact outreachend.

Toenemende professionalisering

- In het kader van systemisch werken krijgt ieder team nu een therapeut die Multi Dimensionale Familie Therapie (MDFT) kan geven. MDFT is een ge-protocolleerde behandeling voor jongeren met ernstig probleemgedrag en voor het gezin. Omdat de problemen bijna nooit uitsluitend op de jongere in kwestie zijn terug te voeren, richt MDFT zich altijd op vier kerngebieden uit het leven van een jongere: de jongere zelf, zijn ouders, zijn gezin en de externe betrokkenen, zoals school, werk en vrije tijd. (Mos en Kaptijn 2008).
- Er wordt nu in elk team een verslavingsdeskundige van De Brijder (instelling voor verslavingszorg) gedetacheerd om te adviseren over de behandeling van verslavingsproblematiek; het gaat met name om blowen, maar ook bijvoorbeeld over gaming.
- Alle medewerkers krijgen een opleiding in motiverende gespreksvoering. Ook zit er in veel teams een vertegenwoordiger van Reakt voor arbeidsrehabilitatie. Elk team heeft ook een gespreksleider voor de bespreking van incidenten, volgens de methodiek van Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS, Huber e.a. 1996).
- Elk FACT-Jeugd team heeft eigen groepsaanbod ontwikkeld, zoals sport, een muziekband, kookgroepen, meidengroep. Kookgroepen zijn van belang voor cliënten met schizofrenie, niet alleen vanwege het leren koken, maar ook voor de sociale contacten, de oefening met sociale vaardigheden, zoals assertiviteit, het overwinnen van angst; het bevordert een groepsgevoel, sociale cohesie, wat voor jongeren heel belangrijk is.
- Teamoverstijgend komt er de mogelijkheid om op indicatie psychologisch onderzoek te laten doen. Het gaat bijvoorbeeld om de bepaling van het IQ en persoonlijkheidsonderzoek.
- Er wordt naar gestreefd om binnen elk team een verpleegkundig specialist te hebben, die volgens artikel 14 (BIG) behandelverantwoordelijkheid kan hebben voor een heel team. Dit is van belang vanwege schaarste aan K&J psychiaters. Momenteel zijn er voor FACT-Jeugd van Lucertis 1,25 fte kinder & jeugd psychiater, 0,25 'gewone' psychiater, een jeugdarts, 2 gz psychologen, 1 verpleegkundig specialist en 2 verpleegkundig specialisten in opleiding.
- Het aanstellen van ervaringsdeskundigen is deels gelukt. Er was er 1 en daarnaast waren er 2 stageaires uit het laatste jaar van de MBO-opleiding voor ervaringsdeskundigen. De ervaringen zijn divers; hoe het gaat ligt erg aan de persoon van de ervaringsdeskundige. Maar ze voegen werkelijk wat toe in het behandelaanbod; met name wordt het contact met de jongeren makkelijker.
- Alle teams zijn getraind in de FACT-methodiek door GGZ-Noord Holland Noord, de bakermat van het FACT-model.
- Er vindt meer scholing plaats op het gebied van CGT.

- Er wordt gebruik gemaakt van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)(Lauriks, 2010), een screeningsinstrument dat door GGD Amsterdam is ontwikkeld en dat door het Jongeren Loket van de gemeente Rotterdam gebruikt wordt. Hierbij wordt de kwetsbaarheid op een aantal levensgebieden (zoals huisvesting, familie, somatiek, dagbesteding) op een eenvoudige wijze in kaart gebracht.
- De contacten met de gemeente, maar ook met Jeugdzorg en de Centra voor Jeugd & Gezin worden geïntensiveerd, mede omdat er bij het Ministerie van VWS plannen zijn om de zorg voor jeugdigen (ook psychiatrische zorg) via de gemeenten te financieren. Tegelijk blijft voor Lucertis een psychiatrische diagnose van groot belang.

E-health

- Omdat jongeren gewend zijn met elektronische hulpmiddelen bezig te zijn wordt er met hen veel via elektronische hulpmiddelen gecommuniceerd, zoals via smartphones, SMS. Er wordt aan gewerkt hoe je via nieuwe sociale media beveiligd kan communiceren. FACT-Jeugd wil een voortrekker zijn met e-health. Er is een pilot gestart waarbij de FACT-Jeugdhulpverleners werken met een Net-book, dat is een kleine laptop waarvan tijdens huisbezoeken gebruik wordt gemaakt. Het lijkt te gaan leiden tot het gebruik van tablets. Een technisch probleem is dat mobiel internet traag is als je in het EPD wilt. Als dit wel zou lukken zou dit er op termijn toe kunnen leiden dat verpleegkundigen nauwelijks meer op kantoor hoeven te komen.

Bert-Jan Raosenschoon is psycholoog en senior-onderzoeker bij de Parnassia Groep.

b.raosenschoon@parnassiabavogroep.nl

Patricia Schell is psycholoog en directeur zorg van I-psy Lucertis en coördinator van een ACT-team van Lucertis Rotterdam.

De auteurs danken Jannie Groen, teammanager FACT-Jeugd Lucertis Rotterdam, voor haar informatie die is verwerkt in de paragraaf 'Recente ontwikkelingen'.

Noot

1. Hoe hoger de score op een item van de HoNOS hoe meer problemen er zijn.

Literatuur

- Allness, D., & Knoedler, W. (1999). *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT Start-Up*. NAMI Anti Stigma Foundation, Arlington, Virginia.
- Bond, G.R., R. E. Drake, K. T. Mueser, E. Latimer (2001). *Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. Disease Management & Health Outcomes 9 (3): 142-157.*

- 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: NcGr.
- Dijk, B.P. van, L. Versteeg, B.J. Roosenschoon, M. Bogaards (2006). *Het ACT-jeugd team. Rapportage van een pilotestudy 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: Care & Care Publishers.
- Dijk, B.P. van, C.L. Mulder & B.J. Roosenschoon (2004). *Nederlandse handleiding voor de Dartsch Assertive Community Treatment Scale (DdACTS)*. Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGZ Groep Europoort.
- Drake, R.E., H.H. Goldman, H.S. Leff, A.F. Lehman, L. Dixon, K.T. Mueser, W.C. Torrey (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services* 52: 179-182.
- Gowers, S.G., R.C. Harrington & Whitton, A. (1998). *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. London: Royal College of psychiatrists' Research Unit.
- Hendriksen-Favier, A.I. (2011). Modelbeschrijving (F)ACT Jeugd. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Huber J., R.H.P. van Beest, P. van Soesteren en C.H.D. Steinmetz (1996). Agressie en schokkende gebeurtenissen in de GGZ; een beleidsmatige aanpak vanuit arbo-perspectief.
- Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliarov, 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.
- Kroon, H. & Henselmans, H. (2000). Varianten van casemanagement en hun resultaten. In: *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Pieters, G. & M. van der Gaag (red.) Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwaak A. van der en A. Kramer (2009). Evaluatie ACT Jeugd, onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten. Rotterdam: Afdeling O&O Bavo Europoort. ISBN 90-71404-33-1
- Large M., Sharma S., Compton M.T., Slade T., Nielsen O. (2011). Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis, A Systematic Meta-analysis, *Arch Gen Psychiatry*, 68(6):555-561.
- Lauriks S., M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, en G. Tigchelaar (2010). Zelfredzaamheid-Matrix, GGD Amsterdam.
- McGrew, J. & M. Danner (2009). Evaluation of an Intensive Case Management Program for Transition Age Youth and Its Transition to Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12 (3), 278-294.
- Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M., Oppenkowski T., Stokes-Lampard H., Smith G.D. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, (363), 1579-1588.
- Mos, K. en E. Kaptijn (2008). Multidimensionale familiertherapie, een evidence based intensieve gezinsmethodiek voor gezinnen van jongeren met complexe meervoudige problematiek. In: J.M.A. Hermanns; Adri van Moentfoort, *Gezinsinterventies: aan de slag met problematische opvoedingsinwesties*. Amsterdam: SWP.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Bowaalda, V., Kuijpers, D., Sytema, S., Wierdsma, A.I. (2004). De Health of Nations Outcomes Scale (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assess-

- ment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (5): 273-285.
- Mulder, C.L. en H. Kroon (red.) (2009). *Assertive Community Treatment, bemoeizorg voor mensen met complexe problemen*. Boom: Amsterdam.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E., & McDonel Herr, E.C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.
- 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.
- Roosenschoon B.J., D.van Slooten, H.Kroon (2011), Het einde van ACT?, Impressies van het 'First European Congress on Assertive Outreach: Crossing Borders', gehouden op 5, 6 en 7 oktober 2011 in De Doelen te Rotterdam, *Tijdschrift voor Rehabilitatie* (4), 25-28.
- Teague, G. B., G. R. Bond, R. E. Drake (1998). Program fidelity in assertive community treatment. Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68: 216-231.
- 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, M.J.M., I.M.B. Bongers, H. Kroon, H.F.L. Garretsen (2007). Assertive Community Treatment bij patiënten met een eerste psychose. Modelgetrouwheid en doelgroep-specifieke aanpassingen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49,11, p 789-797.
- Verhaegh, M.J.M. (2009). *Effectiveness of Assertive Community Treatment in Early Psychosis. De effectiviteit van Assertive community treatment in vroeg-psychose zorg*. Tilburg: Academisch proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Vugt, M.D. van, B.J. Roosenschoon & H. Kroon (2009). Modelgetrouw ACT heeft meer effect. In: C.L. Mulder en H. Kroon (red.), *Assertive Community Treatment, bemoeizorg voor mensen met complexe problemen*. Boom: Amsterdam.
- Vugt, M.D. van, H. Kroon, Ph. A.E.G. Delespaul, F.G. Dreef, A. Nugter, B.J. Roosenschoon, J. van Weeghel, J.B. Zoeteman, C.L. Mulder (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *Can J Psychiatry*, 56(3):154-160.
- Wing, J.K., Beever 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.
- Wittchen, H., Fröhlich, C., Behrendt, S., Gunther, A., Rehms, J., Zimmermann, P., Lieb, R., Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 88S S60-S70.