

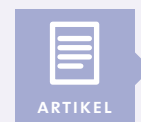
De FACT-jeugdpopulaties in Nederland: overeenkomsten en verschillen

M. VAN SONSBEEK, A. OOSTERLING

- ACHTERGROND** Er is een groep jeugdigen met psychische klachten, die niet aankomt bij reguliere hulpverlening, maar wel fors vastloopt op meerdere levensgebieden. Om deze kwetsbare groep van zorg te voorzien, worden er steeds meer flexible assertive community treatment (FACT)-jeugdteams opgericht. Er is echter weinig bekend over de FACT-jeugdpopulatie.
- DOEL** Nagaan of de populaties van de verschillende FACT-jeugdteams in Nederland meer overeenkomsten of meer verschillen vertonen.
- METHODE** Allereerst maakten we een inventarisatie van de populaties van de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland. Vervolgens verrichtten we een literatuurstudie naar de populaties van andere FACT-jeugdteams in Nederland. Daarna maakten we een vergelijking tussen de populaties van de verschillende FACT-jeugdteams.
- RESULTATEN** De populaties van de FACT-jeugdteams, zowel binnen de regio als in de landelijke vergelijking, vertoonden meer verschillen dan overeenkomsten.
- CONCLUSIE** Er kan niet gesproken worden van dé FACT-jeugdpopulatie, maar er is sprake van locatiespecifieke FACT-jeugdpopulaties. Enerzijds is het belangrijk om uniformiteit te borgen door de Modelbeschrijving FACT-jeugd op te volgen. Anderzijds dient er ruimte te zijn voor locatiespecifieke variatie in de organisatie van de FACT-jeugdteams, om passende zorg te kunnen bieden aan de gehele patiëntpopulatie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 845-852

TREFWOORDEN FACT-jeugd, kinder- en jeugd psychiatrie, populatie



Assertive community treatment (ACT) is een specialistisch zorgmodel dat zich richt op langdurig zorgafhankelijke volwassenen met ernstige psychiatrische stoornissen. Een multidisciplinair team met een gedeelde caseload biedt middels op- en afschaling en outreachende inzet begeleiding op meerdere levensgebieden en laagdrempelige behandeling. ACT is succesvol gebleken om zowel deze moeilijk te bereiken doelgroep de benodigde psychosociale zorg te geven als opnames in de psychiatrie te verminderen (van Veldhuizen 2015). Flexibele ACT (FACT) heeft aanvullend aandacht voor herstel en monitoring van stabielere patiënten met complexe problematiek.

Vanuit het Trimbos-instituut is er, afgeleid vanuit het volwassen model, een modelbeschrijving FACT-jeugd opgesteld (Hendriksen-Favier 2013). FACT-jeugd richt zich op

jeugdigen van 0 tot 23 jaar, bij wie er complexe problemen spelen, die vastlopen op meerdere levensgebieden en bij wie reguliere hulpverlening niet aansluit. Er is sprake van (een vermoeden van) persistente, vaak complexe psychiatrische problematiek, met regelmatig ook middelenmisbruik, agressieregulatieproblematiek, gedragsproblemen en criminaliteit. Vaak heeft de jeugdige forse problemen op school of is er sprake van schoolverzuim. Ouders hebben regelmatig eigen problematiek, de verhouding tussen draagkracht en draaglast is verstoord en er spelen opvoedings- en/of relatieproblemen. Veelal is er ook sprake van systeemproblematiek en heeft het gezin sociaal-maatschappelijke problemen. Tevens kunnen er zorgen zijn over de veiligheid van de kinderen in het gezin.

De jeugdige en zijn gezin komen niet aan bij de reguliere hulpverlening of hebben hierin het vertrouwen verloren. Het FACT-jeugdmodel vraagt specifiek aandacht voor systeeminterventies, afstemming met het sociale netwerk en ketenpartners en aanpassing aan de ontwikkelingsmogelijkheden van jeugdigen (Hendriksen-Favier 2013). De FACT-jeugdteams in Nederland zijn meestal een samenwerking tussen verschillende organisaties; in beginsel vanuit de specialistische ggz, maar steeds vaker ook in samenwerking met of primair vanuit de jeugdhulpverlening.

Zowel in binnen- als buitenland staat onderzoek naar FACT-jeugd nog in de kinderschoenen. Het effect van FACT-jeugd is nog niet aangetoond door middel van gecontroleerde effectstudies. Er zijn echter wel verschillende publicaties die wijzen op gunstige effecten van (F)ACT bij kinderen en jongeren, zoals een stabielere psychiatrische toestand, verbeterde GAF-score, rijpere dagelijkse levensvaardigheden en afname van het aantal opnamedagen (Kwaak & Kramer 2009; McCrew & Danner 2009; Ahrens e.a. 2007, Storm e.a. 2013).

In de Modelbeschrijving FACT-jeugd worden de kenmerken van de doelgroep in algemene termen beschreven. Daarnaast ligt in de beschrijving van de zorg de nadruk op overeenkomstige kenmerken in de opbouw van het team, vereiste expertise, de werkwijze en de organisatie. In de hiervoor genoemde studies zijn echter duidelijke verschillen zichtbaar in de opzet, organisatie, regionale context en beschreven patiëntengroep. Hierdoor rijst de vraag of je kunt spreken van dé FACT-jeugdpopulatie of dat er sprake is van locatiespecifieke FACT-jeugdpopulaties. In deze studie vergelijken we de FACT-jeugdpopulaties in Nederland, om na te gaan of deze FACT-jeugdpopulaties meer overeenkomsten of meer verschillen vertonen.

METHODE

Om de vraag te beantwoorden of de FACT-jeugdpopulaties in Nederland meer overeenkomsten of verschillen vertonen, gebruikten we twee strategieën. Allereerst geven we een overzicht van de kenmerken van de patiënten die in de periode 1 januari 2015 tot 1 oktober 2018 ingeschreven waren bij de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland. Hierbij analyseerden we of en welke verschillen er aanwezig waren tussen de populaties. Daarnaast gingen we na of en hoe de populaties van de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland verschilden van de andere in de literatuur beschreven populaties van FACT-jeugdteams in Nederland.

De populaties van 3 Gelderse FACT-jeugdteams

In de afgelopen jaren zijn er in Gelderland drie FACT-jeugdteams opgericht vanuit de specialistische GGZ in

AUTEURS

MAARTJE VAN SONSBEEK, gz-psycholoog, Pro Persona, FACT Jeugd Rivierenland.

ANNE OOSTERLING, kinder- en jeugdpsychiater, Karakter, FACT Kind en Jeugd, regiogemeenten Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

A. Oosterling, Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Reinier Postlaan 12, 6525 GC Nijmegen.

E-mail: a.oosterling@karakter.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-4-2020.

samenwerking met Pro Persona en Karakter. Op 1 april 2015 is FACT-jeugdregio Foodvalley opgericht, in december 2015 is hieraan FACT Kind en Jeugd regiogemeenten Nijmegen toegevoegd en op 1 september 2016 is FACT-jeugdregio Rivierenland gestart. Bij de FACT-teams regio Foodvalley en regio Rivierenland is Eleos als samenwerkingspartner toegevoegd. Alle FACT-teams zijn door Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) gecertificeerd en richten zich op normaalbegaafde jeugdigen van 0 tot 18 jaar (met uitloop tot 23 jaar).

Voor het overzicht van de kenmerken van de FACT-jeugdpopulaties in de regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland, maakten we gebruik van het elektronisch patiëntdossier en de uitkomsten van de *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HONOSCA; Gowers e.a. 1999; Staring e.a. 2003) bij intake.

De volgende populatiekenmerken werden vanuit het elektronisch patiëntdossier verzameld: verwijzer bij inschrijving, kenmerken van de patiënt (leeftijd, geslacht, herkomst en intelligentie), kenmerken van het gezin (ouders gehuwd of gescheiden en aantal broers en/of zussen), gegevens over de diagnose (hoofddiagnose en aantal bijkomende diagnoses), gegevens over school (schoolverzuim en volgen van speciaal onderwijs), gebruik van medicatie, middelenmisbruik, betrokkenheid van Jeugdbescherming, mate van residentiële hulpverlening (uit huisplaatsing of opname) en verwijzing bij uitschrijving. Hierbij werd schoolverzuim gedefinieerd als het langer dan vier weken ongeoorloofd afwezig zijn van school.

De HONOSCA brengt aspecten van de lichamelijke gezondheid en het sociaal functioneren van kinderen en adolescenten, die problemen hebben met hun psychische gezondheid, in kaart. De vragenlijst bestaat uit 13 items (sectie A) en twee aanvullende items (sectie B), die worden beoordeeld op basis van de afgelopen twee weken. De

items worden gescoord op een vijfpuntschaal die loopt van 0 (geen probleem) tot 4 (zeer ernstig probleem). De HONOSCA wordt ingevuld door de behandelaar. De totaalscore wordt berekend door het optellen van de 13 basisitems (sectie A). Er zijn nog geen Nederlandse normen beschikbaar.

Literatuurstudie naar andere teams

Allereerst voerden we een literatuursearch uit in de databases PubMed, Cochrane, Embase, Medline, OVID Nursing database en PsycINFO. Ten tweede zochten we naar relevante artikelen via Google Scholar. Voor beide zoekstrategieën gebruikten we de zoektermen FACT/F-ACT Jeugd, FACT/F-ACT Youth, Jeugd FACT/F-ACT, Youth FACT/F-ACT, FACT/F-ACT Netherlands/Dutch. Ten derde namen we de referenties van de gevonden artikelen door en traceerden we aanvullende artikelen. Tot slot probeerden we om aanvullende grijze literatuur te achterhalen door navraag in het netwerk en het controleren van websites rondom FACT-jeugd.

Analyse van verschillen

Voor het analyseren van mogelijke verschillen tussen de populaties van de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland, gebruikten we beschrijvende statistiek, ANOVA's en χ^2 -toetsen in SPSS 25.

Om de populaties van deze 3 FACT-jeugdteams te vergelijken met de populaties van andere FACT-jeugdteams in Nederland, werd allereerst een overzicht gemaakt van de beschikbare populatiekenmerken. Vervolgens keken we welke populatiekenmerken in meerdere artikelen en/of vanuit de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland voorkwamen en zodoende vergeleken konden worden. Deze populatiekenmerken zijn in een tabel uiteengezet.

RESULTATEN

Kenmerken van de FACT-jeugdpopulaties in 3 Gelderse regio's

In de periode 1 januari 2015 tot 1 oktober 2018 waren er in totaal 274 patiënten in zorggenomen bij de FACT-jeugdteams regio Foodvalley (109 patiënten), regio Nijmegen (106 patiënten) en regio Rivierenland (59 patiënten). In **TABEL 1** staat een overzicht van de kenmerken van deze populaties. De meeste patiënten waren intern of via collega-ggz-instellingen verwezen naar de FACT-jeugdteams ($n = 146$; 53,3%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 14 jaar (SD: 2,91) en ongeveer de helft van de patiënten was mannelijk ($n = 142$; 51,8%). Het grootste deel van de patiënten was autochtoon ($n = 249$; 90,9%) en gemiddeld genomen was er sprake van een intelligentie in het gemiddelde gebied (gem. IQ = 95; SD: 16,49). Wat betreft de thuis-

situatie bleek dat ruim 40% van de ouders gescheiden was ($n = 114$; 41,6%) en de patiënten gemiddeld twee broers en/of zussen hadden (SD: 1,65). De meest voorkomende hoofd-diagnose van de patiënten viel in de categorie neurobiologische ontwikkelingsstoornissen ($n = 161$; 59,9%) en er was sprake van gemiddeld twee bijkomende diagnoses (SD: 1,32). De gemiddelde HONOSCA-score bij de start was 17 (SD: 6,49).

Gedurende de behandeling bleek dat bij twee derde deel van de patiënten sprake was van schoolverzuim ($n = 172$; 62,8%) en dat een derde deel van de patiënten speciaal onderwijs volgde ($n = 87$; 31,8%). Daarnaast was er bij ongeveer de helft van de patiënten sprake van (een periode van) medicatiegebruik ($n = 146$; 53,3%) en was er bij 11% van de patiënten sprake van middelenmisbruik ($n = 30$). Bij 51 patiënten (18,6%) werd Jeugdbescherming betrokken, er werden 42 patiënten (15,3%) uit huis geplaatst en er werden 39 patiënten opgenomen (14,2%) op een psychiatrische of jeugdzorg(plus)afdeling.

Bij uitschrijving werden patiënten het vaakst terugverwezen naar de huisarts ($n = 72$; 26,3%), oftewel zonder aanvullende psychiatrische zorg of jeugdhulpverlening.

Versillen tussen de FACT-jeugdpopulaties in 3 Gelderse regio's

In de laatste kolom van **TABEL 1** zijn de resultaten weergegeven van de toetsen naar verschillen in de populaties van de FACT-jeugdteams in de 3 genoemde regio's. Er was bij FACT-jeugd regio Foodvalley sprake van minder gezinnen met gescheiden ouders ($p = 0,02$), meer patiënten met een angststoornis ($p = 0,03$) en een hogere HONOSCA-startscore ($p < 0,01$). FACT-jeugd regio Nijmegen had meer allochtone patiënten ($p < 0,01$), minder patiënten die medicatie gebruikten ($p < 0,01$), meer patiënten die middelen misbruikten ($p = 0,01$) en meer doorverwijzingen naar de jeugdzorg ($p = 0,02$). FACT-jeugd regio Rivierenland ontving relatief minder verwijzingen vanuit ggz-instellingen ($p = 0,01$) en meer verwijzingen vanuit het wijkteam/de gemeente ($p < 0,01$) en had meer grotere gezinnen in behandeling ($p < 0,01$).

Kenmerken van andere FACT-jeugdpopulaties in Nederland

Er zijn slechts vier onderzoeken gepubliceerd over de populatie van FACT-jeugdteams in Nederland. Roosen-schoon en Schell (2013) hebben de patiëntpopulatie van vier ACT-jeugdteams van Lucertis in Rotterdam in kaart gebracht. De teams voldeden nog niet allemaal aan de DACTS-schaal ofwel modelgetrouwheid. Bureau Jeugdzorg, het Jongerenloket, het Rebound Centre en huisartsen waren de belangrijkste verwijzers. Er waren meer jongens in zorg (58%) en de leeftijd varieerde van 6 tot 30 jaar (met

TABEL 1 Overzicht kenmerken FACT-jeugdpopulaties regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland

Kenmerk	Foodvalley (n = 109)	Nijmegen (n = 106)	Rivierenland (n = 59)	Totaal (n = 274)	Vergelijking
Verwijzer bij inschrijving, n (%)					
Ggz-instelling	70 (64,22)	53 (50,00)	23 (38,98)	146 (53,3)	χ^2 (2; n = 274) = 10,54; p = 0,005
Huisarts	31 (28,44)	27 (25,47)	11 (18,64)	69 (25,2)	χ^2 (2; n = 274) = 1,96; p = 0,376
Wijkteam/gemeente	6 (5,50)	9 (8,49)	14 (23,73)	29 (10,6)	χ^2 (2; n = 274) = 14,24; p = 0,001
Hoofddiagnose, n (%)					
Gem. leeftijd (SD)	14 (3,27)	15 (2,41)	14 (3,02)	14 (2,91)	F(2, 273) = 1,55; p = 0,214
Jongens, n (%)	58 (53,2)	59 (55,7)	25 (42,4)	142 (51,8)	χ^2 (2; n = 274) = 2,82; p = 0,244
Autochtoon, n (%)	106 (97,2)	86 (81,1)	57 (96,6)	249 (90,9)	χ^2 (2; n = 274) = 19,81; p < 0,001
Gem. IQ (SD)	99 (16,16)	97 (16,99)	90 (14,84)	95 (16,49)	F(2, 135) = 2,64; p = 0,075
Ouders gescheiden, n (%)	34 (31,2)	50 (47,2)	30 (50,8)	114 (41,6)	χ^2 (2; n = 274) = 8,29; p = 0,016
Gem. aantal broers/zussen (SD)	2 (1,53)	1 (0,86)	3 (2,43)	2 (1,65)	F(2, 273) = 13,64; p < 0,001
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen					
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	60 (56,1)	69 (65,7)	32 (56,1)	161 (59,9)	χ^2 (2; n = 274) = 2,87; p = 0,238
Depressieve stemmingsstoornissen					
Depressieve stemmingsstoornissen	20 (18,7)	11 (10,5)	13 (22,8)	44 (16,4)	χ^2 (2; n = 274) = 4,53; p = 0,104
Angststoornissen					
Angststoornissen	13 (12,1)	3 (2,9)	3 (5,3)	19 (7,1)	χ^2 (2; n = 274) = 7,29; p = 0,026
Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen					
Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	6 (5,6)	6 (5,7)	3 (5,3)	15 (5,6)	χ^2 (2; n = 274) = 0,03; p = 0,988
Gem. aantal bijkomende diagnoses (SD)					
Gem. aantal bijkomende diagnoses (SD)	3 (1,28)	3 (1,29)	2 (1,41)	2 (1,32)	F(2, 274) = 2,69; p = 0,070
Gem. startscore HoNOSCA (SD)					
Gem. startscore HoNOSCA (SD)	19,68 (6,28)	14,14 (6,10)	15,18 (4,99)	16,78 (6,49)	F(2, 195) = 18,42; p < 0,001
Schoolverzuim, n (%)					
Schoolverzuim, n (%)	70 (64,2)	65 (61,3)	37 (62,7)	172 (62,8)	χ^2 (2; n = 274) = 0,19; p = 0,908
Speciaal onderwijs, n (%)					
Speciaal onderwijs, n (%)	36 (33,0)	35 (33,0)	16 (27,1)	87 (31,8)	χ^2 (2; n = 274) = 0,75; p = 0,689
Medicatie, n (%)					
Medicatie, n (%)	69 (63,3)	43 (40,6)	34 (57,6)	146 (53,3)	χ^2 (2; n = 274) = 11,73; p = 0,003
Middelenmisbruik, n (%)					
Middelenmisbruik, n (%)	7 (6,4)	19 (17,9)	4 (6,8)	30 (10,9)	χ^2 (2; n = 274) = 8,63; p = 0,013
Jeugdbescherming betrokken, n (%)					
Jeugdbescherming betrokken, n (%)	13 (11,9)	28 (26,4)	10 (16,9)	51 (18,6)	χ^2 (2; n = 274) = 7,58; p = 0,023
Uithuisplaatsing, n (%)					
Uithuisplaatsing, n (%)	22 (20,2)	11 (10,4)	9 (15,3)	42 (15,3)	χ^2 (2; n = 274) = 3,98; p = 0,137
Klinische opname, n (%)					
Klinische opname, n (%)	17 (15,6)	22 (20,8)	8 (13,6)	39 (14,2)	χ^2 (2; n = 274) = 1,69; p = 0,430
Verwijzing bij uitschrijving, n (%)					
Huisarts	85	66	38	189	χ^2 (2; n = 189) = 4,15; p = 0,125
Wijkteam/gemeente	35 (41,2)	19 (28,8)	18 (47,4)	72 (38,1)	χ^2 (2; n = 189) = 4,15; p = 0,125
Ggz-instelling	14 (16,5)	8 (12,1)	4 (10,5)	26 (13,8)	χ^2 (2; n = 189) = 1,01; p = 0,603
Jeugdzorg	9 (10,6)	7 (10,6)	6 (15,8)	22 (11,6)	χ^2 (2; n = 189) = 0,80; p = 0,672
Jeugdbescherming	6 (7,1)	17 (25,8)	4 (10,5)	27 (14,3)	χ^2 (2; n = 189) = 11,16; p = 0,004
Verslavingszorg	5 (5,9)	5 (7,6)	0 (0,0)	10 (5,3)	χ^2 (2; n = 189) = 2,87; p = 0,238
Beschermd wonen	2 (2,4)	2 (3,0)	0 (0,0)	4 (2,1)	χ^2 (2; n = 189) = 1,11; p = 0,574
Beschermd wonen	11 (12,9)	7 (10,6)	1 (2,6)	19 (10,1)	χ^2 (2; n = 189) = 3,12; p = 0,210

een piek tussen de 15 en 20 jaar). Bij één team was de etniciteit in kaart gebracht en bleek driekwart van de patiënten van niet-Nederlandse afkomst te zijn. Bijna de helft van de patiënten (47%) had als hoofddiagnose (DSM-IV) een V-code, waarbij met name ouder-kindproblematiek werd genoemd. Verder kwamen veel voor: stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie (waaronder ADHD en pervasieve ontwikkelingsstoornis; 11%), aanpassings-

stoornissen (10%), stemmingsstoornissen (6%), angststoornissen (6%), psychotische stoornissen (6%) en aan middelen gebonden stoornissen (5%). Bij 60% van de patiënten was sprake van bijkomende persoonlijkheidsproblematiek. Bij nadere analyse van één team bleek de uitstroom 49% per jaar; de helft vanwege positieve redenen en 47% omdat de patiënten niet meer wilden of uit zicht verdwenen.

Storm e.a. (2013) hebben een overzicht gegeven van de patiëntpopulatie van de FACT-jeugdteams (0 tot 23 jaar) van Accare in Drenthe en Overijssel. Van de 168 patiënten was 65% mannelijk en was de gemiddelde leeftijd 16,05 jaar (SD: 4,24). Op het moment van meten waren de patiënten gemiddeld 2,34 jaren (SD: 2,59) in behandeling. Voor 148 patiënten kon een totaalscore voor de HONOSCA berekend worden, die gemiddeld uitkwam op 19,49 (SD: 8,02). De patiënten ervoeren vooral problemen op emotioneel gebied en binnen het gezin. Er werden geen tot lichte problemen met alcohol en drugs gerapporteerd.

Van Houtem-Solberg e.a. (2015) hebben een overzicht gegeven van de populatie en problematiek binnen het FACT-jeugdteam (12 tot 18 jaar) van Mondriaan te Heerlen. Van de 68 patiënten was 56% mannelijk. De gemiddelde leeftijd was 16 jaar en bij 65% van de patiënten was er sprake van ouder-kindrelatieproblematiek. De meest voorkomende hoofddiagnoses (DSM-IV) waren stemmingsstoornissen (28%) en aandachtstekort- en gedragsstoornissen (25%). Een derde (32%) van de patiënten was bekend wegens middelenmisbruik en 44% was in aanraking geweest met justitie of politie. Na gemiddeld 8 maanden werd de behandeling afgerond. Van de patiënten met een afgeronde behandeling was de gemiddelde HONOSCA-score bij start 16,18 (SD: 6,77) en de GAF-score 43,61 (SD: 7,33).

Kolthof e.a. (2017) publiceerden een overzicht van de instroom in het FACT-jeugdteam (tot 24 jaar) van Lucertis in Purmerend gedurende een half jaar. Dit team bevatte zowel hulpverleners uit de specialistische ggz als van andere organisaties. Er werden 30 patiënten geïncludeerd van wie 77% mannelijk en de helft 18 jaar of ouder was (gemiddelde leeftijd 17,8 jaar). Er was veel comorbiditeit (70% kreeg twee of meer diagnoses), waarbij als hoofd-

diagnose het vaakst een affectieve stoornis (43%) voorkwam, gevolgd door persoonlijkheidsproblematiek en gedragsstoornissen (23%). Bij 20% van de patiënten hadden ouders psychiatrische problematiek (KOPF). De gemiddelde GAF-score na intake was 45,5 en de gemiddelde HONOSCA-score was 16,2. Er werd geconcludeerd dat bijna driekwart van de patiënten onder de 18 jaar (n = 15) voldeed aan de criteria van EPA, ofwel dat ook jongeren ernstige en chronische psychiatrische problematiek kunnen hebben.

Verschillen tussen de FACT-jeugdpopulaties in Nederland

In **TABEL 2** is een vergelijking gemaakt tussen de populaties van de FACT-jeugdteams in de 3 genoemde regio's en de andere in de literatuur beschreven FACT-jeugdteams in Nederland. Op basis van deze globale vergelijking leken er verschillen aanwezig te zijn op alle beschikbare variabelen: leeftijd, aantal mannelijke patiënten, aantal autochtone patiënten, aantal patiënten met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, aantal diagnoses, middelenmisbruik en startscore op de HONOSCA.

DISCUSSIE

Op basis van de vergelijking tussen de patiëntpopulaties van de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland kunnen we concluderen dat er zowel overeenkomstige kenmerken als lokale verschillen aanwezig zijn. De overeenkomsten bevinden zich op het gebied van leeftijd, geslacht, intelligentie, volgen van speciaal onderwijs, schoolverzuim, type diagnose, comorbiditeit en inzet van uithuisplaatsing en opname. De lokale verschillen betreffen allereerst psychosociale kenmerken zoals allochtone of autochtone afkomst, opgroeien in een

TABEL 2 Vergelijking populaties FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen, regio Rivierenland en andere FACT-jeugdteams in Nederland

Kenmerk	Onderzoek				
	Huidig (n = 274)	Roosenschoon e.a. (n = 200)	Storm e.a. (n = 168)	Van Houtem-Solberg e.a. (n = 68)	Kolthof e.a. (n = 30)
Gem. leeftijd (SD)	14 (2,91)		16 (4,24)	16 (1,88)	18 (onbekend)
Man, n (%)	142 (51,8)	116 (58,0)	110 (65,0)	38 (56,0)	20 (67,0)
Autochtoon, n (%)	249 (90,9)	150 (75,0)			
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, n (%)	161 (59,9)	22 (11,0)		34 (50,0)	9 (29,0)
Gem. aantal diagnoses (SD)	3 (1,32)				2 (0,78)
Middelenmisbruik, n (%)	30 (10,9)	130 (65,0)		13 (19,0)	
Gem. startscore HoNOSCA (SD)	16,78 (6,49)		19,49 (8,02)	17,16 (7,29)	16,2 (onbekend)

intact of gescheiden gezin en gezinsgrootte. Ten tweede betreft het verschillen in de frequentie van samenwerking met ketenpartners rondom de verwijzing (ggz-instelling en wijkteam) en inzet van jeugdbescherming. Ten derde gaat het om kenmerken die tijdens de behandeling zichtbaar worden, zoals de ernst van de problematiek (startscore HONOSCA), het gebruik van medicatie en middelenmisbruik. De verrichte literatuurstudie toont aan dat de populaties van de 3 onderzochte FACT-jeugdteams en de andere in de literatuur beschreven FACT-jeugdteams in Nederland op alle beschikbare variabelen verschillen. Er zijn verschillen aanwezig op het gebied van leeftijd, aantal mannelijke patiënten, aantal autochtone patiënten, aantal patiënten met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, aantal diagnoses, voorkomen van middelenmisbruik en startscore op de HONOSCA.

Ons onderzoek bevat geen analyse naar de oorzaak van de gevonden verschillen, maar vanuit zowel de literatuur als onze eigen ervaring kunnen we een aantal factoren noemen die deze verschillen zouden kunnen verklaren.

Allereerst zijn er variaties aanwezig in de opzet en organisatie van de geanalyseerde FACT-jeugdteams en in hun bestaansduur. Zo is een aantal teams geheel vormgegeven vanuit de specialistische ggz, terwijl bij andere teams ook jeugdhulpverleningsinstanties onderdeel van het FACT-jeugdteam zijn. Dit zou invloed kunnen hebben op het voorkomen van bepaalde stoornissen (bijvoorbeeld gedragsstoornissen), preferente verwijzers en vervolgzorg. Ten tweede is er variatie aanwezig in de inclusiecriteria ten aanzien van leeftijd van de patiënten. Dit kan effect hebben op de gestelde diagnoses, comorbiditeit en bijkomende levensfaseproblematiek.

Ten derde is er sprake van variatie door geografische parameters als stedelijk of landelijke gebied, hoge of lage sociaal-economische status en geloofsovertuiging.

Ten vierde is er door de transitie sterke variatie aanwezig in de organisatie van de jeugdhulpverlening per gemeente en de lokale sociale kaart. Het is goed voor te stellen dat deze organisatie invloed heeft op (preferente) samenwerkingspartners, instroom en uitstroombmogelijkheden van een FACT-jeugdteam.

De conclusie dat er bij de FACT-jeugdpopulaties zowel overeenkomsten als locatiespecifieke verschillen zijn, dient volgens ons meegenomen te worden bij de organisatie van de FACT-jeugdteams in Nederland. De Modelbeschrijving FACT-jeugd (Hendriksen-Favier 2013) geeft de kenmerken van de doelgroep in algemene termen weer en bij de beschrijving van de zorg ligt de nadruk op overeenkomstige kenmerken in de opbouw van het team, vereiste expertise, de werkwijze en de organisatie. Uit onze studie blijkt echter dat daarnaast aandacht moet zijn voor locatie-

specifieke verschillen om de gehele patiëntpopulatie van goede zorg te kunnen voorzien.

Dit vraagt van een modelbeschrijving, naast universeel geldende criteria, ruimte voor variatie of zelfs borging dat de opzet aansluit bij de locatiespecifieke populatie. Hierbij kan men denken aan nauwe samenwerking met of inbegrip van verslavingszorg in het FACT-jeugdteam in de stad. Daarnaast is het raadzaam om bij een jongere doelgroep vanuit het team niet alleen werktrajectbegeleiding (Hendriksen-Favier 2013), maar ook schooltrajectbegeleiding te bieden.

Sterke kanten en beperkingen

Ons onderzoek heeft verschillende sterke kanten. Zo geeft het onderzoek inzicht in een relatief omvangrijke patiëntpopulatie van drie FACT-jeugdteams in Gelderland. Daarnaast is er, voor zover ons bekend, voor het eerst een vergelijking gemaakt tussen de verschillende FACT-jeugdteams in Nederland. Dit heeft implicaties voor wetenschappelijk onderzoek en geeft aanbevelingen voor de organisatie van FACT-jeugd die meegenomen kunnen worden bij de doorontwikkeling van de modelbeschrijving. Het onderzoek kent echter ook beperkingen.

Allereerst bestonden de FACT-jeugdteams regio Foodvalley, regio Nijmegen en regio Rivierenland nog relatief kort, waardoor stabielere patiënten met chronische problematiek in de herstelfase mogelijk ondervertegenwoordigd waren.

Ten tweede moeten we conclusies over verschillen tussen de FACT-jeugdpopulaties met voorzichtigheid interpreteren. Uit de analyses kan weliswaar afgeleid worden dat er verschillen aanwezig zijn, maar dat er in het ene team bijvoorbeeld meer allochtone patiënten aanwezig zijn dan in het andere team is niet apart geanalyseerd vanwege het risico op multiple testing.

Ten derde waren de resultaten uit de literatuur lastig te destilleren en ging het om vergelijkingen van enkele artikelen, op basis van de weergegeven data in plaats van de ruwe databestanden en een wisselende indeling van de variabelen. Zodoende moeten ook deze verschillen met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het is dan ook wenselijk dat er meer onderzoek wordt uitgevoerd naar de FACT-jeugdpopulaties, veranderingen hierin over locaties en tijd en inzicht in hiermee samenhangende factoren.

CONCLUSIE

De FACT-jeugdpopulaties in Nederland vertonen meer verschillen dan overeenkomsten. Zodoende kan niet gesproken worden van dé FACT-jeugdpopulatie, maar is er sprake van locatiespecifieke FACT-jeugdpopulaties. Hieruit kan opgemaakt worden dat naast uniforme criteria voor de

organisatie van FACT-jeugdteams in Nederland, ruimte voor lokale variatie vereist is. Zodoende kan men het zorgmodel FACT-jeugd toespitsen naar lokale parameters en kan men de gehele doelgroep van passende zorg voorzien. Dit zal de kwaliteit van FACT-jeugd in Nederland en hiermee de zorg aan deze kwetsbare jeugdigen en hun gezinnen ten goede komen.

✍ Elina Zuidervaart (kinder- en jeugdpsychiater Karakter, voorheen bij FACT-jeugd regio Foodvalley, thans IHT locatie Ede) verzamelde de data van regio Foodvalley.

LITERATUUR

- Ahrens C, Frey J, Knodler WH, Senn-Burke SC. Effect of PACT on inpatient psychiatric treatment for adolescents with severe mental illness: a preliminary analysis. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1486-8.
- Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliot P, Beevor A, Wing J, e.a. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): glossary for HoNOSCA score sheet. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 428-31.
- Hendriksen-Favier A. Modelbeschrijving FACT jeugd. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Kolthof HJ, van Noort SRC. Patiënten van een F-ACT-jeugdteam: jongeren met ernstige psychiatrische aandoeningen. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 454-61.
- McCrew JH, Danner, M. Evaluation of an intensive case management program for transition age youth and its transition to assertive community treatment. *Am J Psychiatr Rehabil* 2009; 12: 278-294.
- Roosenschoon B-J, Schell P. Zorg voor jongeren in de grote stad. *Evaluatie ACT-Jeugd Rotterdam. Tijdschrift voor Rehabilitatie & Herstel* 2013; 1: 4-16.
- Staring T, Hofman E, Mulder N. Health of the Nation Outcome Scales Jeugd (HoNOS Jeugd): instructies bij het invullen van de HoNOS Jeugd. 2003.
- Storm A, Frieswijk N, Hendriksen-Favier A. FACT als organisatie-model voor langdurig zorgafhankelijke kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent Praktijk* 2013; 12: 52-61.
- Van der Kwaak A, Kramer A. Evaluatie ACT Jeugd. Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten. Rotterdam: Bavo Europort; 2009.
- Van Houtem-Solberg DMWR, Chatrou EWCH, Werrij MQ, van Amelsvoort TAMJ. Jeugd-F-ACT: problematiek van een bijzondere populatie in kaart gebracht. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 892-6.
- Van Veldhuizen JR, Bähler M, Mulder N, Kroon H. Handboek (Flexible) ACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.

SUMMARY

The FACT Youth populations in the Netherlands: similarities and differences

M. VAN SONSBEEK, A. OOSTERLING

BACKGROUND Regular mental health care does not sufficiently meet the needs of a specific group of children and adolescents with a combination of mental health problems and severe problems in different life domains. To better reach this vulnerable population, flexible assertive community treatment FACT Youth teams are established. However, to date, little is known about the characteristics of the FACT Youth population and potential regional differences herein.

AIM To determine if the populations of the FACT Youth teams in the Netherlands have more similarities or differences.

METHOD First, we assessed the characteristics of the FACT Youth populations of three Dutch regions (Foodvalley, Nijmegen, and Rivierenland). Subsequently, we conducted a literature study to identify characteristics of other regional FACT Youth populations in the Netherlands. After that, we made a comparison between the FACT Youth populations of the different regions in the Netherlands.

RESULTS There were more differences than similarities in the FACT Youth populations.

CONCLUSION There is no overarching FACT Youth population, but there are location-specific FACT Youth populations. On the one hand, it is important to ensure uniformity by following the FACT Youth Model Description. On the other hand, there must be space for location-specific variation in the organization of the FACT Youth teams, in order to offer the best help to the entire patient population.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 845-852

KEY WORDS FACT Youth, youth mental health care, population