

Jeugd-F-ACT: problematiek van een bijzondere populatie in kaart gebracht

D.M.W.R. VAN HOUTEM-SOLBERG, E.W.C.H. CHATROU, M.Q. WERRIJ, T.A.M.J. VAN AMELSVOORT

- ACHTERGROND** Om jeugdigen met (een vermoeden van) complexe psychiatrische problemen de zorg te bieden die ze nodig hebben, zijn jeugd-F-ACT-teams opgericht.
- DOEL** Inzicht krijgen in de problematiek van de populatie van het jeugd-F-ACT-team in Zuid-Limburg bij aanvang en afsluiten van de behandeling.
- METHODE** Beschrijven van een cohort van 68 jeugdigen die voldeden aan de F-ACT-criteria in de periode januari 2013 tot en met oktober 2014. Bij 41 jeugdigen werd het effect van F-ACT-behandeling geëvalueerd. Dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven werden naast de patiëntenkenmerken in kaart gebracht om zicht te krijgen op de problematiek van deze populatie.
- RESULTATEN** Behalve van psychiatrische problematiek was er sprake van problemen op meerdere levensgebieden. Aan het einde van de behandeling was het dagelijks functioneren verbeterd, maar de kwaliteit van leven niet.
- CONCLUSIE** De behandeling door het jeugd-F-ACT-team lijkt goed aan te sluiten op de problematiek van de jeugdigen. Factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van leven moeten verder in kaart worden gebracht om de behandeling te verbeteren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 892-896

TREFWOORDEN F-ACT, jongeren, kinder- en jeugdpsychiatrie, ROM



Binnen de reguliere jeugdpsychiatrische hulpverlening bestaat een groep jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar die binnen de organisatie van de huidige bestaande zorg afhaken, buiten de boot vallen, en die vooral zorgmijndend zijn (Faber & Mostert 2010). Er is bij deze jeugdigen sprake (of een vermoeden) van complexe psychiatrische problematiek, met regelmatig bijkomende verslavingsproblematiek, agressie of criminaliteit. Vaak zijn er grote problemen op school of zijn ze van school weggestuurd. In de betrokken gezinnen is de verhouding tussen draagkracht en draaglast verstoord (Assan e.a. 2008; Barnard & Kramer 2002) en kan er sprake zijn van systeemproblematiek, opvoedingsproblemen of relatieproblemen (Boonstra 2012; Kwaak & Kramer 2009). In het dagelijks functioneren

worden deze jeugdigen fors beperkt en is er mogelijk sociaal disfunctioneren. Dit alles heeft zijn weerslag op de waardering van de kwaliteit van leven.

Om deze jeugdigen met (een vermoeden van) complexe psychiatrische problemen de zorg te kunnen bieden die ze nodig hebben, zijn jeugd-F-ACT-teams opgericht (Trimbos-instituut 2013). *Assertive community treatment* (ACT) is een in 1980 in de Verenigde Staten ontwikkeld intensief psychiatrisch hulpverleningsmodel waarin een multidisciplinair team flexibel en assertief de volwassen patiënt in de eigen omgeving psychiatrische behandeling, begeleiding en ondersteuning op meerdere levensgebieden aanbiedt (Bond e.a. 2001). Het doel van ACT is het stabiliseren van de patiënt en de effectiviteit van deze methode is reeds in

meerdere onderzoeken aangetoond (Otter & Schell 2009; Vught e.a. 2011).

De Nederlandse variant van ACT, *flexible assertive community treatment* (F-ACT), richt zich niet alleen op ernstig ontregelde psychiatrische patiënten, maar ook op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die min of meer stabiel functioneren. Het interventiemodel van jeugd-F-ACT is gebaseerd op het volwassen F-ACT-model, maar onderscheidt zich door systeeminterventies, afstemming met betrokken instanties en het sociale netwerk en een afgebakende behandeltermijn: bij het bereiken van de volwassen leeftijd vindt een overdracht plaats (Baier e.a. 2013).

In Nederland is nog relatief weinig ervaring met jeugd-F-ACT-teams en is er beperkt zicht op de problematiek van deze jeugdigen. De eerste ervaringen met de jeugd-F-ACT-methodiek en populatie zijn recent beschreven (Hendriksen-Favier 2013; Roosenschoon & Schell 2013; Storm e.a. 2013). Het doel van ons onderzoek is om inzicht te krijgen in de problematiek van deze populatie in de regio Parkstad, Zuid-Limburg.

METHODE

Jeugdigen tussen de 12-18 jaar die in de periode januari 2013 tot en met oktober 2014 in- of extern werden verwezen naar het jeugd-F-ACT-team Mondriaan-Gastenhof, werden geïncludeerd. Drie jeugdigen die ouder waren (tot 23 jaar) en binnen de Beschermd Woonvorm behandeling van jeugd-F-ACT ontvingen, werden ook geïncludeerd. De inclusiecriteria waren: (een vermoeden van) ernstige psychiatrische problematiek (gedefinieerd als aanwezigheid van problematiek op as I of II DSM-IV) en problemen op meerdere sociale levensgebieden, zoals opleidings- of arbeidsproblemen, financiële problemen, criminaliteit, verslavingsproblemen, systeem- en/of huisvestingsproblemen.

De data werden verzameld conform *routine outcome monitoring* (ROM). De algemene beoordeling van het functioneren werd gemeten met de *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF-schaal, DSM-IV), de mate van dagelijks functioneren werd gemeten met de *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HONOSCA; University of Manchester 1998) en de kwaliteit van leven werd gemeten met de Kidscreen-27 (The KIDSCREEN Group Europe 2004).

Data werden verzameld bij aanvang van de jeugd-F-ACT-behandeling (To) en bij afsluiten van de behandeling (Ts). De behandelaar verstreekte de vragenlijsten met bijbehorende uitleg. Patiënten en de ouders/verzorgers waren niet verplicht de vragenlijsten in te vullen. De Kidscreen-27 werd zelfstandig ingevuld door de patiënt, de Kidscreen-27-ouderversie werd door een ouder/verzorger ingevuld. De HONOSCA werd ingevuld door een getrainde behandelaar. De patiëntenkenmerken en uitkomsten van de vragenlijst

AUTEURS

DESIREE VAN HOUTEM-SOLBERG, verpleegkundig specialist, Mondriaan, zorgbedrijf Kinderen en Jeugdigen, jeugd-F-ACT-team Mondriaan-Gastenhof, Heerlen.

EMILY CHATROU, kinder- en jeugdpsychiater, Mondriaan, zorgbedrijf Kinderen en Jeugdigen, jeugd-F-ACT-team Mondriaan-Gastenhof, Heerlen.

MARIEKE WERRIJ, Zuyd Hogeschool, Master Advanced Nursing Practice.

THÉRÈSE VAN AMELSVOORT, bijzonder hoogleraar Transitiepsychiatrie, Maastricht, psychiater MUMC/Virenze/Gastenhof/Mondriaan.

CORRESPONDENTIEADRES

Desiree Van Houtem-Solberg, Jeugd-F-ACT-team Mondriaan-Gastenhof, Mondriaan, zorgbedrijf Kinderen en Jeugdigen, Kloosterkensweg 8, 6419 PJ Heerlen.
E-mail: d.solberg@mondriaan.eu

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-6-2015.

ten tijdens de voormeting werden beschreven middels beschrijvende statistiek (frequenties, gemiddelden en standaarddeviaties). Met een t-test voor afhankelijke steekproeven werd berekend of de veranderingen in GAF-scores tussen voor- en nameting significant ($p < 0,05$) waren. Bij de analyse van de HONOSCA- en de Kidscreen-27-vragenlijst werd gebruikgemaakt van een wilcoxon-rangtekentoets. De data-analyse werd ingevoerd in SPSS 21.

RESULTATEN

Patiëntkenmerken

In totaal werden 68 patiënten geïncludeerd voor de voormeting. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 16 jaar ($SD 1,88$), het opleidingsniveau varieerde van leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) tot vwo en alle mbo-niveaus, en de gemiddelde HONOSCA-totaalscore was 17,16 ($SD 7,29$). Overige patiëntkenmerken zijn te vinden in **TABEL 1**.

Respons en uitval

In de genoemde onderzoeksperiode werd van 41 patiënten de behandeling afgerond (Ts). De gemiddelde behandelduur van de gesloten dossiers was 8 maanden ($SD 3,94$), met een spreiding van 2 tot 21 maanden. De behandeling werd bij 29 patiënten in wederzijds overleg afgerond omdat de aanmeldklacht was verminderd of patiënten werden doorverwezen naar passender hulp. Vier patiënten beïn-

TABEL 1 Patiëntkenmerken van de deelnemers bij de start van de jeugd-F-ACT-behandeling (To)

Patiëntkenmerk	N (%)
Geslacht	
Man	38 (56)
Vrouw	30 (44)
Ouder-kindrelatieproblemen	44 (65)
DSM-IV-classificatie	
Overige stoornis op zuigelingen- of kinderleeftijd of adolescentie	9 (13)
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	8 (12)
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	17 (25)
Psychotische stoornis	5 (7)
Stemmingsstoornis	19 (28)
Angststoornis	9 (13)
Persoonlijkheidsstoornis	1 (2)
Middelenmisbruik	
Nooit gebruikt	46 (68)
Gebruikt, nu gestopt	9 (13)
Actueel gebruik	13 (19)
Aanraking met justitie of politie	
Nee	38 (56)
Ja	11 (16)
Actueel	19 (28)

digden eenzijdig de behandeling. Bij klinische opname bleef het jeugd-F-ACT-team betrokken. De overige dossiers werden afgesloten in verband met een rechterlijke machtiging, verhuizing of andere praktische redenen. Van de 41 geïncludeerde patiënten was bij 40 patiënten een HONOSCA-vragenlijst afgenomen bij To en Ts. De Kidscreen-27 werd door 21 patiënten en 22 ouders bij aanvang en afsluiten ingevuld.

Resultaten voor- en metingen

TABEL 2 geeft inzicht in de totaal- en itemscore van de HONOSCA-vragenlijst bij aanvang van de jeugd-F-ACT-behandeling en het afsluiten. Een waardering voor de totaalscore van de HONOSCA is niet bekend. Een totaalscore is opgebouwd door de score op de dertien verschillende items en geeft geen inzicht in de score per item. Zo kan een score op een van de dertien items een ernstig probleem weergeven (score 3-4), zonder dat dit terug te zien is in de totaalscore. Er was sprake van een significante afname van de totaalscore en op de items storend, antisociaal of agres-

sief gedrag, hyperactiviteit, aandacht en concentratie, opzettelijke zelfverwonding, emotionele problemen en daarmee verband houdende symptomen, relaties met leeftijdsgenoten en het gezinsleven en relaties.

De gemiddelde score op de Kidscreen-kindversie ($n = 20$) bij aanvang was 93,30 (SD 18,29) en op de ouderversie ($n = 21$) 84,38 (SD 14,05). Bij de scores bij afsluiting was er bij beide versies geen verbetering in de totaalscore (kind $Z = -0,056$; $p = 0,955$; ouder $Z = -1,289$; $p = 0,197$) als ook niet binnen de afzonderlijke domeinen van de Kidscreen-27-vragenlijst.

De GAF-score (as V, DSM-IV) bij de dossiers die afgesloten werden, was gemiddeld 43,61 (SD 7,33) bij aanmelding en bij het afsluiten gemiddeld 50,44 (SD 8,89), een significante toename ($t(40) = -5,16$; $p = 0,00$). Er was bij 23 patiënten (56%) sprake van een stijging van de GAF-score bij het sluiten van het dossier. In deze dossiers was een afname van de HONOSCA-score zichtbaar bij 71%.

DISCUSSIE

Het effect van de behandeling door het jeugd-F-ACT-team werd middels de inzet van ROM-vragenlijsten, afgenomen bij alle jeugdige patiënten en ouders/verzorgers, in kaart gebracht. De belangrijkste bevindingen waren dat de doelgroep van het jeugd-F-ACT-team in de regio Parkstad zich kenmerkte door een diversiteit aan ernstige psychiatrische problematiek, vaak in combinatie met middelengebruik, ouder-kindrelatieproblemen en justitiële problemen. Na gemiddeld 8 maanden werd de behandeling, overwegend in consensus met de patiënt, afgerond met een significante verbetering op de HONOSCA- en de GAF-score, bij 71% betrof dit een toename van de GAF-score in combinatie met een afname van de HONOSCA-score. Twee vergelijkbare onderzoeken scoorden bij aanvang eveneens een hoge score op de HONOSCA (Simpson e.a. 2010; Storms e.a. 2013) en een significante verbetering bij het afronden van behandeling.

De kwaliteit van leven bij de huidige studie werd zowel door de patiënt als ouders/verzorgers binnen deze termijn niet als significant verbeterd gescoord. Hieruit concludeerden wij dat de behandelaar van mening was dat verbetering was opgetreden gedurende de jeugd-F-ACT-behandeling (HONOSCA- en GAF-score), maar dat de patiënten en ouders/verzorgers deze verbetering niet ervoeren in hun kwaliteit van leven (Kidscreen-27). Er was geen vergelijkbaar onderzoek gevonden naar de verbetering in kwaliteit van leven. De respons van onze doelgroep op de Kidscreen-27 was vooralsnog te klein. Het is dan ook aanbevolen de studie te herhalen met een grotere groep en de factoren die in de kwaliteit van leven voor patiënten en ouders/verzorgers een rol spelen te onderzoeken, om hiermee de toekomstige behandeling door het jeugd-F-ACT-team te verbeteren.

TABEL 2 Gemiddelde HoNOSCA-scores bij aanvang (To) en afsluiting (Ts) van jeugd-F-ACT en wilcoxon-rangtekentoeftwaarde en significantie*

	Aanvang gemiddelde (SD)	Afsluiting gemiddelde (SD)	Wilcoxon's Z; p
Totaal HoNOSCA-score	16,18 (6,77)	12,15 (7,31)	-3,60; p = 0,000*
Storend, antisociaal of agressief gedrag	1,55 (1,08)	1,28 (1,18)	-1,98; p = 0,048*
Hyperactiviteit, aandacht en concentratie	1,45 (1,15)	1,08 (1,07)	-2,21; p = 0,027*
Opzettelijke zelfverwonding	0,55 (1,22)	0,03 (0,16)	-2,51; p = 0,012*
Alcohol, misbruik van (oplos)middelen	0,45 (0,90)	0,38 (0,67)	-0,77; p = 0,439
Leer- en taalvaardigheden	1,03 (1,35)	1,00 (1,36)	-0,16; p = 0,874
Lichamelijke aandoening of handicap	0,20 (0,61)	0,05 (0,22)	-1,66; p = 0,098
Hallucinaties, wanen of abnormale percepties	0,58 (0,96)	0,35 (0,80)	-1,36; p = 0,174
Niet-organische somatische symptomen	0,75 (1,23)	0,38 (0,77)	-1,74; p = 0,082
Emotionele problemen en daarmee verband houdende symptomen	2,03 (1,35)	1,40 (1,24)	-2,50; p = 0,012*
Relaties met leeftijdsgenoten	1,90 (1,34)	1,45 (1,57)	-2,28; p = 0,022*
Zelfverzorging en onafhankelijkheid	0,98 (1,12)	0,88 (1,16)	-0,59; p = 0,557
Gezinsleven en relaties	2,85 (1,10)	2,35 (1,27)	-3,06; p = 0,002*
Afwezigheid van school	1,88 (1,84)	1,55 (1,72)	-1,23; p = 0,218

CONCLUSIE

Behandeling door het jeugd-F-ACT-team leek aan te sluiten op de problematiek van de geïncludeerde jeugdigen wat betreft afname van klachten en verbetering in het dagelijks functioneren, maar had vooralsnog geen invloed op de

ervaren kwaliteit van leven. Het jeugd-F-ACT-team wil de behandeling verbeteren door meer zicht te krijgen op de factoren die de kwaliteit van leven van onze doelgroep beïnvloeden en het behandelaanbod daar op aan te passen.

LITERATUUR

- Assan B, Burchell P, Chia A, Coffey C, Floreani S, Weir J, e.a. The Adolescent Intensive Management Team: an intensive outreach mental health service for high-risk adolescents. *Australas Psychiatry* 2008; 16: 423-7.
- Baier V, Favrod J, Ferrari P, Koch N, Holzer L. Early intervention in the real world: early tailored assertive community case management for hard to engage adolescents suffering from psychiatric disorders. *Early Interv Psychiatry* 2013; 7: 94-9.
- Barnard MC, Kramer GJA. Kinderen en jeugdigen met chronische psychiatrische problematiek. Utrecht: Prismant; 2002.
- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Critical Disease Management & Health Outcomes* 2001; 9: 142-57.
- Boonstra N, Wunderink, L, Systema S, Wiersma D. Improving detection of first-episode psychosis by mental health-care services using a self-report questionnaire. *Early Interv Psychiatry* 2009; 3: 289-95.
- Boonstra N. Het belang van vroegtijdige onderkenning van een psychose. *PsychoPraktijk* 2012; 4: 19-21.
- Faber T, Mostert P. Beleidsnotitie ACT Teams Accare. Stichting Universitaire en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord-Nederland: 2010.
- Hendriksen-Favier A. FACT Jeugd West-Friesland: Evaluatie van cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en tevredenheid. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Kwaak A van der, Kramer A. Evaluatie ACT Jeugd. Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten. Rotterdam: Bavo Europort; 2009.
- Otter J den, Verschuur F, Schell P. Assertive Community Treatment ook voor jeugd? *Tijdschrift Sociale Psychiatrie* 2009; 89: 15-21.
- Roosenschoon B-J, Schell P. Zorg voor jongeren in de grote stad; evaluatie van ACT-Jeugd Rotterdam. *Tijdschrift voor Rehabilitatie & Herstel* 2013; 1: 4-16.

- Simpson W, Cowie L, Wilkinson L, Lock N, Monteith G. The effectiveness of a community intensive therapy team on young people's mental health outcomes. *Child Adolesc Mental Health* 2010; 15: 217-23.
- Storm A, Frieswijk N, Hendriksen-Favier A. F ACT als organisatie-model voor langdurig zorgafhankelijke kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent Praktijk* 2013; 12: 52-61.
- The KIDSCREEN Group Europe. *Kid-screen-27*. 2004.
- Trimbos-instituut. *Modelbeschrijving FACT Jeugd*. Herziene versie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- University of Manchester. *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. 1998.
- Vugt M van, Kroon H, Delespaul P, Dreef F, Nugter A, Roosenschoon B, e.a. Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 154-60.

SUMMARY

Youth F-ACT: mapping the problems of a special population

D.M.W.R. VAN HOUTEM-SOLBERG, E.W.C.H. CHATROU, M.Q. WERRIJ, T.A.M.J. VAN AMELSVOORT

- BACKGROUND** Youth F-ACT teams have been set up for the purpose of providing the care needed by young people suspected of having complex psychiatric problems.
- AIM** To obtain insight into the problems of this population at the beginning and at the end of treatment provided by the youth F-ACT team in South Limburg.
- METHOD** We based our study on a cohort of 68 patients who met the criteria for F-ACT during the period from January 2013 up to and including October 2014. We evaluated the effect of F-ACT treatment of 41 patients who had completed their treatment during the above-mentioned period. We examined the records for patients' daily functioning and quality of life and we noted patient characteristics at beginning and end of treatment in order to collect more information about the problems of this population.
- RESULTS** Besides having psychiatric problems, our study population also appeared to have malfunctioned at several other areas. At the end of treatment patients' daily functioning was found to have improved, but there was little or no improvement in patients' quality of life.
- CONCLUSION** Treatment by the youth F-ACT team seems able to deal successfully with the problems of the young people under study. However, factors that influence patients' quality of life need to be studied more thoroughly so that in the future the quality of treatment will be of a higher standard.

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 892-896

KEY WORDS child and adolescent psychiatry, F-ACT, ROM, youth