

Patiënten van een F-ACT-jeugdteam: jongeren met ernstige psychiatrische aandoeningen

H.J. KOLTHOF, S.R.C. VAN NOORT

ACHTERGROND Jongeren maken weinig gebruik van psychiatrische hulp, terwijl driekwart van de psychiatrische stoornissen zich ontwikkelt voor het 18de levensjaar. In Nederland richten steeds meer F-ACT-jeugdteams (flexible assertive community treatment) zich op deze doelgroep, omdat deze vaak niet goed bereikt wordt met de reguliere jeugd-ggz. De ernst van de psychiatrische stoornissen van deze jongeren is niet bekend.

DOEL Een beschrijving geven van de jongeren die worden behandeld in een F-ACT-jeugdteam, en hun problemen en zorgbehoeften in kaart brengen. Antwoord geven op de vraag of jongeren onder de 18 jaar aan de criteria voor ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) kunnen voldoen.

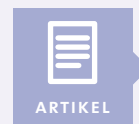
METHODE Er werd een inventarisatie gemaakt van de instroom van jongeren in een F-ACT-jeugdteam wat betreft psychiatrische diagnostiek en beperkingen in maatschappelijk functioneren. Daarnaast beschrijven wij twee casussen ter illustratie.

RESULTATEN Bij het beschreven F-ACT-jeugdteam maakten merendeels (jong-adolescente) mannen (20 van de 30 deelnemers) gebruik van de zorg van het team. Zij hadden diverse psychiatrische problemen en ervoeren vaak al langere tijd forse maatschappelijke beperkingen. Driekwart van de jongeren zou onder de EPA-criteria kunnen vallen.

CONCLUSIE Vastgesteld is dat een substantieel aantal jongeren onder de 18 jaar ook onder de EPA-criteria valt. Mogelijk dat hierdoor gerichtere hulp aan jongeren kan worden gegeven. Er is echter ook een gevaar van stigmatisering.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)7, 454-461

TREFWOORDEN EPA, F-ACT, jongeren



ARTIKEL



Jongeren tussen de 12 en 24 jaar bevinden zich in de overgang tussen kind zijn en volwassen worden. Driekwart van de psychische stoornissen bij volwassenen manifesteert zich voor het 18de levensjaar en de helft voor het 15de levensjaar (Kim-Cohen e.a. 2003). Op verschillende plaatsen in de wereld wordt geprobeerd jongeren zo vroeg mogelijk hulp te bieden. Er zijn aanwijzingen dat vroege interventie een positief effect heeft op de prognose.

Echter, ondanks beschikbare hulp en het veelvuldig manifesteren van stoornissen binnen deze leeftijdsgroep, is het gebruik van psychische hulp onder jongeren in de leeftijd van 12 tot 24 jaar het laagst. In Australisch onderzoek was slechts 21,8% van de jongeren met een psychische stoornis in behandeling (McGorry e.a. 2013). Dit beperkte gebruik van psychische hulp kan samenhangen met het feit dat jongeren met psychische problemen vaak tussen wal en schip vallen: tussen kinder-, verslavings-, forensische en

volwassenenpsychiatrie. Daarnaast maken eventuele beperkingen in cognitief vermogen en problemen op sociaal-maatschappelijk vlak het minder evident welke hulp het meest passend is voor de jongeren.

Mogelijk zou men de instroom naar psychiatrische hulp voor volwassenen kunnen verminderen door de hulp aan jongeren meer in te richten op de complexiteit van de problematiek van deze doelgroep middels speciale teams gericht op het bevorderen van het maatschappelijk functioneren en psychische ontwikkeling. Investeren in juist deze doelgroep kan zinvol zijn voor gemeenten (voor kinderen onder de 18 jaar) en zorgverzekeraars (voor cliënten van 18 tot 24 jaar; zie ook Gerritsen e.a. 2017).

Zorgbehoefte

Mensen zijn op basis van hun psychische zorgbehoefte in te delen in vier categorieën:

- mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA);
- mensen met ‘basale’ psychische stoornissen die door continue begeleiding stabiel zijn te houden;
- mensen met ‘basale’ psychische stoornissen die een kort omschreven tijd evidence-based behandelingen krijgen in een diagnosespecifieke polikliniek;
- mensen met lichte psychische stoornissen, die buiten de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vallen (Delespaul 2011).

De patiënt uit de eerste categorie (EPA) wordt gedefinieerd door een psychiatrische stoornis volgens criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Hij of zij is niet klachtenvrij en heeft zorg of behandeling nodig. De klachten hebben een langdurig beloop (> 2 jaar). De patiënt ervaart beperkingen of disfunctioneren in sociaal en/of maatschappelijk opzicht (*Global Assessment of Functioning Scale*; GAF < 50). Voor het uitvoeren van het behandelplan is gecoördineerde zorg geïndiceerd van een, in een zorgnetwerk werkende, professionele hulpverlener. De zorg kan het beste maatschappelijk geïntegreerd worden aangeboden, om remissie en participatie te bevorderen (Delespaul e.a. 2013).

De definitie van EPA sluit patiënten jonger dan 18 jaar niet uit. Toch wordt er in de literatuur vaak van uitgegaan dat EPA enkel volwassen patiënten betreft. Wij vonden slechts één artikel waarin men een schatting maakt van het aantal cliënten met EPA in Nederland jonger dan 18 jaar; men komt uit op 0,86% van alle jeugdigen, d.w.z. 31.000 (Delespaul e.a. 2013).

F-ACT voor mensen met EPA

Gezien de zorgbehoeften komt men voor behandeling van mensen met EPA vaak uit op *flexible assertive community treatment* (F-ACT), een organisatievorm die zich van origine

AUTEURS

HENK JAN KOLTHOF, kinder- en jeugdpsychiater, Lucertis, Purmerend.

STEFFIE VAN NOORT, psycholoog, eerder behandelcoördinator FACT-Jeugdteam, Lucertis, Purmerend, thans: ForF-ACT, Ambulant Centrum Fivoor, Haarlem.

CORRESPONDENTIEADRES

Henk Jan Kolthof, Lucertis, Waterlandplein 1, 1441 RP Purmerend.

E-mail: h.kolthof@nh.lucertis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-12-2017.

op volwassenen richt. F-ACT is een intensief psychiatrisch hulpverleningsmodel waarin een multidisciplinair team met een gedeelde caseload, flexibel en assertief de patiënt in eigen omgeving psychiatrische behandeling, begeleiding en ondersteuning op meerdere levensgebieden biedt, bij zowel psychiatrische patiënten die ernstig ontregeld zijn, alsook psychiatrische patiënten die min of meer stabiel functioneren.

F-ACT voor jongeren met EPA

Sinds ongeveer 10 jaar zijn er op diverse plaatsen in Nederland ook F-ACT-jeugdteams opgericht. Het F-ACT-jeugdmodel voegt systeeminterventies, afstemming met overige betrokken instanties en het sociale netwerk aan het algemene F-ACT-model toe (Van Houtem-Solberg e.a. 2015).

Het F-ACT-jeugdteam van Lucertis Purmerend richt zich op jongeren tot en met 24 jaar die vastlopen op meerdere levensgebieden. Het betreft jongeren die geen dagbesteding, werk of school hebben, middelen gebruiken, kampen met complexe psychiatrische problematiek en/of systeemproblematiek, een lange hulpverleningsgeschiedenis kennen en/of hulpverleningsmoe zijn. Het zijn jongeren die zorg mijden en meerdere problemen hebben, die door de complexiteit van hun problemen hulp op meerdere gebieden tegelijkertijd zouden moeten krijgen.

Om deze reden is het F-ACT-jeugdteam van Lucertis Purmerend samengesteld uit hulpverleners uit verschillende disciplines: naast psychiatrische hulpverlening kan vanuit hetzelfde team ook hulp geboden worden op het gebied van verslavingszorg, de forensische psychiatrie, jobcoaching, opvoedondersteuning, jeugdhulp en hulp gericht op patiënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Naar ons idee is een op deze wijze samengesteld team van belang om een zo goed mogelijke aansluiting bij de patiënt te vinden. Een goede aansluiting bij de patiënt is de beste

voorspeller van een goed behandelresultaat (Norcross 2011).

Wij geven een beschrijving van deze jongeren en brengen hun zorgbehoeften in kaart. In de dagelijkse praktijk merken wij geen verschil in ernst van symptomen en beperkingen tussen jongeren ouder of jonger dan 18 jaar en we vragen ons af of de EPA-criteria niet meer benadrukt moeten worden voor jongeren onder de 18 jaar.

METHODE

Om de vraag te beantwoorden of EPA ook voor kan komen voor het 18de levensjaar inventariseerden wij de instroom van cliënten binnen ons F-ACT-jeugdteam een half jaar lang op basis van diagnostiek en beperkingen in maatschappelijk functioneren.

Het F-ACT-jeugdteam heeft als indicatiecriteria: jongeren met een eerder vastgestelde diagnose, of een sterk vermoeden van psychiatrische en/of verslavingsproblematiek. Zij kunnen of willen poliklinisch niet (meer) geholpen worden. Er moet sprake zijn van een gestagneerde ontwikkeling (bijvoorbeeld op gebied van school of wonen). Verder moet de problematiek een chronisch karakter hebben.

Van alle patiënten die zich in een half jaar tijd bij ons F-ACT-jeugdteam hadden aangemeld, verzamelden wij de hoofddiagnosen en aantal nevendiaagnosen, zoals die na de intakeprocedure waren vastgesteld.

Om een vergelijking te kunnen maken met de (beperkte) literatuur gebruikten wij de volgende observationele schalen. Om de mate van algemeen functioneren te meten werden de scores op de *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) geïnventariseerd zoals die na de intake vastgesteld waren door de behandelaars.

Aan de hand van de *routine outcome monitoring* (ROM) werd een inschatting gemaakt van de ernst van de problemen. De hiertoe gebruikte Nederlandstalige *Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents* (HONOSCA) is een korte observationele schaal ter inventarisatie van psychische en lichamelijke gezondheidsklachten en sociaal functioneren bij kinderen en adolescenten met psychische problemen (Gowers e.a. 1998). De vragenlijst bevat 15 items die op een vijfpuntsschaal worden beoordeeld door de behandelaar. Hoewel de HONOSCA niet genormeerd is, wordt een score boven de 15 gezien als ernstige problematiek, een score boven de 11 als passend bij een ambulante populatie.

Verder maakten wij gebruik van de *Adolescent Integrative Measure/ Adolescent Mentalisation-Based Integrative Treatment* (AIM/AMBIT). Dit is een observationele schaal die psychiatrische en maatschappelijke problemen inzichtelijk maakt en een indicatie geeft over de duur van de problemen. Deze Engelstalige vragenlijst telt 40 items en is gebaseerd op de uitgebreidere *Hampstead Child Adaptation*

Measure. Elk item wordt gescoord op een vijfpuntsschaal, maximaal zes items kunnen worden aangemerkt als hoofdp probleem waarop behandeling in eerste instantie moet worden gericht en resultaten kunnen worden afgelezen (Fuggle e.a. 2015). Deze vragenlijst werd gescoord tijdens een psychiatrisch onderzoek dat in de intakefase werd afgenomen.

Ter illustratie van de problematiek waar jongeren mee kunnen kampen, werken wij ook twee casussen uit.

RESULTATEN

Resultaten onderzoek

In een half jaar tijd werden in totaal 30 patiënten bij ons F-ACT-jeugdteam aangemeld. In **TABEL 1** geven we een overzicht van de kenmerken van de onderzochte populatie.

De hoofddiagnose zoals die werd gesteld na afloop van de intakefase betrof diverse problematiek. Deze werden voor de overzichtelijkheid geclusterd.

Bij 20% van alle patiënten werd een additionele diagnose aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) vastgesteld, bij nog eens 20% een diagnose 'kinderen van ouders met psychiatrische problematiek' (KOPP). Van alle HONOSCA-items waren gemiddeld 2,8 als 'ernstig' of als 'zeer ernstig' probleemgebied gescoord. Vijf jongeren hadden geen enkele 'ernstige' of 'zeer ernstige' score bij aanvang.

Op de AIM/AMBIT-scorelijsten werden de hoogste scores behaald op 'chroniciteit' en 'omvang van de klachten'. De meeste klachten bestonden 6 maanden tot 4 jaar (20 jongeren; 67%), of langer dan 4 jaar (9 jongeren; 30%). Ook vonden wij hoge scores op de probleemgebieden 'gebrek aan inzicht' en 'gebrek aan betrokkenheid bij de behandeling': de jongeren moesten echt overgehaald worden om met hulpverlening in zee te gaan. De meest jongeren hadden problemen op meerdere levensgebieden.

Binnen de verschillende deelgebieden kunnen in de AIM/AMBIT-lijst maximaal 6 items als hoofdp probleem worden aangewezen. Wij wezen gemiddeld 5,0 items aan als hoofdp probleem.

We gingen na of er een verschil zichtbaar was op basis van de EPA-criteria tussen de groep patiënten 13-17 jaar (15 jongeren) en de groep ouder dan 17 jaar (eveneens 15 jongeren), op basis van hoofddiagnose, aantal nevendiaagnoses, GAF-, HONOSCA- en AIM/AMBIT-scores. Daarnaast werd gekeken naar de geslachtsverdeling in de twee groepen. Daarbij werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënt A, een bij aanmelding 18-jarige jongeman, werd verwezen door de huisarts in samenspraak met een straathoekwerker. Op het moment van aanmelding was hij

TABEL 1 Kenmerken van alle patiënten die zich in een half jaar tijd bij een F-ACT-jeugdteam hadden aangemeld (n = 30)

Patiënten	n = 30
Vrouw (%)	33
Leeftijd	
– gemiddelde (in jaren)	17,8
– range (in jaren)	13-23
– jonger dan 18 jaar (%)	50
Hoofddiagnose	
– dysthymie, depressie en angst (%)	43
– persoonlijkheidsproblematiek en gedragsstoornis (%)	23
– ADHD en stoornis in de impulsbeheersing (%)	13
– autismespectrumstoornissen (%)	13
– psychotische stoornis (%)	3
– zwakbegaafdheid (%)	3
Aantal diagnoses	
– één (%)	30
– twee (%)	50
– drie (%)	17
– vier (%)	3
GAF-score afgenomen na de intake	n = 30
– gemiddelde	45,5
– range	30-60
– lager dan 50 (%)	73
HoNOSCA, afgenomen na de intake	n = 28
– gemiddelde	16,2
AIM/AMBIT, afgenomen na psychiatrisch onderzoek	n = 30
– gemiddelde	56,0
– range	34-104
– gemiddeld aantal items gescoord ‘ernstig’ of ‘zeer ernstig’	10,3
– range van aantal items gescoord als ‘ernstig’ of ‘zeer ernstig’	3-23
– gemiddeld aantal aangewezen hoofdproblemen	5,0

dakloos, had geen dagbesteding en geen inkomsten, deed hij suïcidale uitingen en was hij de hulpverlening moe. In psychiatrische zin was er van jongs af aan een vermoeden van ADHD en oppositioneel-opstandige stoornis (ODD). Er was sprake van afhankelijkheid van diverse middelen, ten tijde van aanmelding voornamelijk speed. Hij maakt bij kennismaking een sombere en angstige indruk. Patiënt was opgegroeid zonder zijn biologische vader te hebben gekend. Zijn moeder, die zelf met psychische pro-

blematiek kampte, kon de zorg voor patiënt en zijn vier broers en zussen niet aan. Een stiefvader had enige structuur in het gezin gebracht, waardoor het met patiënt een tijd lang beter was gegaan. Stiefvader kreeg echter kanker en overleed, waardoor patiënt van zijn 7de tot zijn 18de jaar vooral in verschillende instellingen verbleef. Soms mocht hij terug naar huis, maar vanwege overlast door drugsgebruik en delinquent gedrag werd hij door zijn moeder meerdere keren uit huis gezet. Zij wilde op een gegeven moment niets meer met hem te maken hebben. Samen met het straathoekwerk werd veelal letterlijk op straat door het F-ACT-jeugdteam contact gezocht met patiënt. Regelmatig verscheen hij niet op afspraken, maar in de loop van de tijd zocht hij zelf contact met de hulpverleners. Aanvankelijk werden voornamelijk crisisinterventies gedaan. Er werd een tijdelijke verblijfplaats voor hem gevonden binnen het daklozencircuit en een postadres geregeld, zodat er een uitkering aangevraagd kon worden. Bewindvoering werd opgestart en er werd contact met politie en justitie gelegd ter voorkoming van gijzeling. Angst voor andere mensen verhinderde een regelmatige dagbesteding, er werd gedurende de behandeling een dagbestedingsplek geregeld met vrije inloop. De angststoornis werd behandeld. Er werd contact met moeder gezocht en de band tussen moeder en zoon werd in beperkte mate hersteld. Anderhalf jaar later was het beloop moeizaam. Patiënt viel regelmatig terug in gebruik van diverse middelen en liet dermate ernstige gedragsproblemen zien dat hij na een jaar zijn onderdak verloor. Hij belandde in detentie en raakte zijn uitkering kwijt. Desondanks bleef hij contact zoeken met hulpverlening, om opnieuw een poging te doen om tot normalisering van zijn leven te komen. De continuïteit van het F-ACT-jeugdteam was voor hem een zeker rustpunt, waar hij naar toe kon gaan te midden van vele instanties die zich in het verleden, al dan niet vrijwillig, met hem bemoeiden.

Patiënt B, een bijaanmelding 15-jarige jongen, werd vanuit een kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek doorverwezen naar het F-ACT-jeugdteam. Op het moment van aanmelding was zijn schoolgang sinds twee jaar gestagneerd, hij was thuis moeilijk te handhaven en er speelden veel psychosomatische klachten. Patiënt kende een lange hulpverleningsgeschiedenis en was bekend wegens AD(H)D, ODD en dysthymie, en vermoedelijk blowde hij. Patiënt stelde zich afwijzend op tegenover hulpverlening. Zo wees hij een eerder gedaan voorstel van dagbehandeling af. Hulp van het F-ACT-jeugdteam wilde patiënt wel proberen. Hij maakte bij kennismaking een opstandige indruk en zei alleen te willen meewerken als hij een klik met de hulpverlener voelde.

Patiënt was opgegroeid in een gebroken gezin. Zowel vader als moeder kampte met eigen psychische en somatische problematiek. Het contact tussen ouders was bemoeilijkt sinds de scheiding. Vader kon zijn huis niet verlaten, was gedeprimeerd en uitte zich met enige regelmaat suïcidaal. Hij hield zich afzijdig in de opvoeding. Moeder kampte vroeger met depressies.

Patiënt was veel gepest en was sociaal minder weerbaar. Bij aanmelding had hij een nieuwe vriendengroep, maar al snel bleek dat deze vriendengroep zich bezighield met drugshandel. Zijn cannabisgebruik nam sterk toe.

Patiënt was een kwetsbare jongen, regelmatig destabiliseerde hij. Meermaals waren crisisinterventies door het F-ACT-jeugdteam nodig geweest. Daarnaast was ruim aandacht besteed aan ouderbegeleiding. Er was meermaals per week contact met patiënt op verschillende locaties, zoals bij leerplicht, op straat en thuis. Hij haakte na verloop van tijd aan en begon de hulpverlening te vertrouwen. Er kon gewerkt worden aan zijn drugsgebruik, zijn psychiatrische problemen, zijn omgang met zijn ouders en het schoolverzuim.

Gezien de ernst en complexiteit van de problematiek stemde patiënt na een motivatietraject in met een observatieopname. Er werd tijdens de opname regelmatig telefonisch en face-to-face contact met hem onderhouden. De opname werd voortijdig afgebroken, omdat patiënt zich dermate opstandig gedroeg dat de kliniek aangegeven had dat hij beter kon gaan.

Hierna kwam patiënt meer en meer in aanraking met politie en justitie, waaruit een zorgmelding volgde en uiteindelijk een proces-verbaal opgemaakt werd. Ook thuis werd de situatie steeds meer onhoudbaar. Jeugdbescherming en de Raad van de Kinderbescherming besloten dat patiënt verplicht mee moest werken aan de geboden hulpverlening. Wanneer hij dit niet zou doen, zou hij naar een gesloten instelling moeten. Patiënt koos eieren voor zijn geld en startte op school. Het gezin werkte mee aan intensieve gezinstherapie elders, het dossier bij F-ACT Jeugd werd gesloten.

Patiënt meldde zich ongeveer 2 jaar na eerste aanmelding opnieuw aan bij het F-ACT-jeugdteam en wilde langdurige ondersteuning en behandeling vanwege blijvende problemen op sociaal en justitieel gebied, alsmede thuis en op school.

DISCUSSIE

Naar onze mening illustreren beide gepresenteerde casussen dat ernstige psychiatrische problematiek ook onder jongeren een langdurig en ontwrichtend beloop kan hebben. Beide jongens hadden al jaren meerdere psychiatrische stoornissen en zijn vooral maatschappelijk vastgelopen.

Met de onderhavige, kleine studie hebben wij getracht de vraag te beantwoorden of jongeren wat betreft hun zorgbehoefte net als volwassenen kunnen vallen onder de noemer EPA. Hoewel recentelijk normen voor certificering van F-ACT-jeugdteams zijn afgesproken, zijn er landelijk wel verschillen in opzet en organisatie. Sommige teams werken tot 18 jaar, andere bestaan geheel uit kinder- en jeugdpsychiatrisch geschoold personeel.

Ons onderzoek vond plaats in een team bestaande uit hulpverleners van verschillende organisaties, dat werkt met jongeren tot en met 24 jaar. Door een diverse opbouw van het team en een wat betreft leeftijd uitgebreidere doelgroep, kan de instroom van cliënten in de verschillende teams over het land wisselen. Ook wij hanteren geen strikte criteria voor de instroom van cliënten in ons team, hetgeen een vergelijking kan bemoeilijken.

Wij zagen in dit onderzoek meer jongens/mannen dan meisjes/vrouwen, waarbij de helft jonger was dan 18 jaar. Beoordelen wij alle bij ons aangemelde jongeren volgens de criteria van EPA (Delespaul e.a. 2013) dan komen we tot het volgende:

Als hoofddiagnose wordt in bijna de helft van de gevallen een affectieve stoornis genoemd. De diagnostiek is echter divers, in tegenstelling tot de op volwassenen gerichte F-ACT-teams die meestal meer diagnosespecifiek gericht zijn. Er komt bij een aanzienlijk deel van de jongeren comorbiditeit voor.

Ook bij jongeren kan sprake zijn van een langdurig beloop, op de AIM/AMBIT-lijsten scoorde het item 'chroniciteit' als hoogste. De GAF-score was bij driekwart onder de door Delespaul e.a. (2013) genoemde 50. Het item 'omvang van de klachten' scoorde op de AIM/AMBIT-lijst eveneens erg hoog, net als de gemiddelde score van 16,2 op de HONOSCA, wat gezien wordt als ernstige problematiek.

Vergelijking met ander onderzoek

Onze resultaten hebben we vergeleken met die van andere ((F-)ACT-jeugdteams. Er blijkt echter weinig literatuur voorhanden.

Roosenschoon en Schell (2013) zien in hun Rotterdamse pilotstudie naar (F-)ACT voor jeugd-jongeren eveneens meer jongens dan meisjes en ook zij zien meer verschillende psychiatrische problemen dan meestal het geval is onder volwassenen. Wel lijkt de psychiatrische problematiek minder ernstig dan bij onze populatie. Gemeten met de HONOSCA zien zij een verbetering optreden na 1 jaar behandelen.

Storm e.a. (2013) onderzoeken middels de HONOSCA hun populatie in meerdere F-ACT-jeugdteams in Drenthe en Overijssel en vinden een gemiddelde waarde van 19,5; iets minder dan de helft wordt na bijna een jaar opnieuw gescoord en laat dan een score van 17,8 zien. Hun populatie

bestaat eveneens merendeels uit jongens in de leeftijd van 12-23 jaar. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 16 jaar.

Van Houtem-Solberg e.a. (2015) onderzoeken patiënten in een Limburgs F-ACT-jeugdteam en vinden een lichte oververtegenwoordiging van jongens. Hun patiënten hebben net als in ons onderzoek diverse psychiatrische problemen. Na gemiddeld acht maanden behandeling nemen de gemiddelde HONOSCA-scores bij hun patiënten af van 16,2 naar 12,2 en de GAF-scores toe van 43,6 naar 50,4. De kwaliteit van leven zoals beoordeeld door patiënten en hun ouders verbetert opvallend genoeg in hun onderzoek niet. In een Zwitserse studie (Baier e.a. 2013) naar 35 jongeren die kortere tijd behandeld zijn in een ACT-team is een lichte oververtegenwoordiging te zien van meisjes. Middels de HONOSCA vinden deze auteurs een significante daling van de gemiddelde totaalscore van 22,8 naar 16,9. Zij trekken de voorzichtige conclusie dat het programma effect kan hebben.

In een Schotse studie onderzoeken Simpson e.a. (2010) een behandeling ter voorkoming van klinische opnames van adolescenten van 13-18 jaar door een outreachend team, vooral bestaande uit verpleegkundigen. Er wordt in een relatief korte periode van een half jaar een significante afname gezien van de gemiddelde totaal HONOSCA-scores tussen begin en ontslag van 19,1 naar 8,2. Hoewel men er als conclusie van uitgaat dat dit een kosteneffectief programma is, noemt men ook de mogelijkheid van 'regressie naar het gemiddelde' als verklaring van de sterke afname van de HONOSCA-scores van jongeren die bij aanvang het hoogste scoorden. Nadruk op het mogelijke succes van het programma ligt bij het contact maken met de cliënt om zo een mogelijk langere duur van behandeling te kunnen bewerkstelligen.

In het Verenigd Koninkrijk hebben Fuggle e.a. (2015) de AIM/AMBIT-lijst gebruikt bij 44 adolescenten (13-17 jaar) met meerdere problemen, die gerichte hulp kregen. Zij vinden eveneens een groter percentage aan behandelde jongens in vergelijking met meisjes. Het gemiddelde aantal probleemgebieden is bij hen 9,8, terwijl wij uitkwamen op 10,3. Zij vinden verschillen in probleemgebieden tussen jongens en meisjes.

CONCLUSIE

McGorry e.a. (2013) benadrukken dat zorgprogramma's gericht op jongeren niet 18 jaar als leeftijdsgrens moeten hebben, maar moeten doorgaan tot jongeren 24 jaar zijn om continuïteit van zorg tussen jeugd- en volwassenenzorg te bieden. Met de scheiding en overgang van de financiering van de psychische hulp voor jongeren die 18 jaar worden (van de gemeente naar de zorgverzekering), lijkt dit mogelijk niet vanzelfsprekend, maar gelet op de continuïteit van zorg juist wel.

In Nederland is het vooral F-ACT voor jeugd dat als organisatie op deze doelgroep met ernstige psychiatrische en maatschappelijke problemen gericht is. Al de verschillende vormen van hulp die voor jongeren in dit kader zijn ontwikkeld lijken in zekere mate effectief, al is het natuurlijk beloop en daarmee een vergelijking met een behandeling nooit beschreven. Hoe deze hulp kan worden aangescherpt, is de uitdaging voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek. Lastig daarbij is dat de inclusiecriteria van patiënten voor de verschillende F-ACT-jeugdteams en de personele opbouw verschillen, waardoor een vergelijking met andere teams moeilijk is.

In ons bescheiden opgezet onderzoek voldeed bijna driekwart van de jongeren onder de 18 jaar aan de criteria van EPA. We konden op onze uitkomstmaten geen verschil ontdekken tussen jongeren onder of boven de 18 jaar. Dit maakt dat wij meer aandacht vragen om de EPA-criteria toe te passen bij daartoe geselecteerde jongeren, om hun daarmee meer passende hulp aan te kunnen bieden. Er lijkt immers naast de psychiatrische hulp meer hulp nodig op andere, sociaal-maatschappelijke vlakken.

De uitkomstmaten in ons onderzoek lieten in vergelijking met andere onderzoeken geen grote verschillen zien, sommige problematiek lijkt ernstiger, andere teams lijken lichtere problematiek te behandelen.

Wij kunnen niet uitsluiten dat jongeren uit FACT-jeugdteams ook ernstige, maar meer tijdelijke en reversibele problematiek kunnen hebben. Men dan mogelijk stigmatiseren met een omschrijving zoals EPA kan als een fors nadeel worden gezien. De vraag rijst dan hoe men bij aanmelding onderscheid kan maken tussen blijvende en mogelijk reversibele vormen van psychopathologische symptomen, zodat zij die langere en intensievere hulp nodig hebben die ook daadwerkelijk krijgen. Het opstellen van risicoprofielen (Wunderink 2017) zou een mogelijk goede eerste stap kunnen zijn.

LITERATUUR

- Baier V, Favrod J, Ferrari P, Koch N, Holzer L. Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study. *Early Interv Psychiatry* 2013; 7: 94-9.
- Delespaul Ph. Naar een toekomstbestendige basispsychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2011; 66: 627-30.
- Delespaul Ph, en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Fuggle P, Bevington D, Cracknell L, Hanley J, Hare S, Lincoln J, e.a. The adolescent mentalization-based integrative treatment (AMBIT) approach to outcome evaluation and manualization: adopting a learning organization approach. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015; 20: 419-35.
- Gerritsen SE, Dieleman GC, Beltman MAC, Tangenbergh AAM, Maras A, van Amelsvoort TAMJ, e.a. Transitiepsychiatrie in Nederland: ervaringen en opvattingen van ggz-professionals. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 341-9.
- Gowers SG, Harrington RC, Whitton A. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Londen: Royal College of Psychiatrist' Research Unit; 1998.
- Houtem-Solberg DMWR van, Chatrou EWCH, Werrij MQ, van Amelsvoort TAMJ. Jeugd-F-ACT: problematiek van een bijzondere populatie in kaart gebracht. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 892-96.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington HL, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 709-17.
- McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 30-5.
- Norcross JC. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2e ed). New York: Oxford University Press; 2011.
- Roosenschoon B-J, Schell P. Zorg voor jongeren in de grote stad. Evaluatie ACT-Jeugd Rotterdam. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel van mensen met psychische beperkingen* 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 Ment Health* 2010; 15: 217-23.
- Storm A, Frieswijk N, Hendriksen-Favier A. FACT als organisatie-model voor langdurig zorgafhankelijke kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent* 2013; 2: 52-61.
- Wunderink L. Hebben de voordelen van de moderne ggz ook hun nadeel? *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 266-8.

SUMMARY

Patients of a F-ACT youth team: juveniles with severe mental illness

H.J. KOLTHOF, S.R.C. VAN NOORT

- BACKGROUND** While three quarters of all psychiatric disorders develop before the age of eighteen, mental health services are barely enlisted by adolescents. This population is increasingly targeted by F-ACT youth teams (flexible assertive community treatment) in the Netherlands, considering regular mental health services often encounter difficulty in reaching out to them. It remains unknown how severe their psychopathology can be.
- AIM** To describe the adolescents being treated in a F-ACT youth team, outlining their problems and needs. To answer the question whether youngsters under the age of eighteen can meet the criteria of severe mental illness (SMI).
- METHOD** An inventory was made of all adolescents referred to our F-ACT youth team regarding psychiatric diagnosis and limitations in social functioning. Two case reports were included as subsequent illustration.
- RESULTS** The juvenile population treated by our F-ACT youth team ($n = 30$) were predominantly males ($n = 20$). They suffered from various psychiatric problems, often coinciding with longstanding social limitations. Three quarters of these youths could meet the criteria of SMI.
- CONCLUSION** It was established that a substantial amount of juveniles under the age of eighteen meet the criteria of SMI. This could facilitate the provision of targeted care for youths. However, there is also the risk of stigmatisation.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)7, 454-461

KEY WORDS F-ACT, juvenile, SMI