



# Modelbeschrijving FACT Jeugd

Herziene versie





# Modelbeschrijving FACT Jeugd

## Herziene versie



## Colofon

### *Opdrachtgever*

Platform (F)ACT Jeugd

### *Financiers*

Accare, GGZ Noord-Holland-Noord, Jeugdriagg Noord-Holland-Zuid, JUZT, Kinnik, Lucertis, Spirit en Triversum

### *Projectleiding*

Hans Kroon

### *Projectuitvoering*

Annemieke Hendriksen-Favier

Anne-Marije Rijkaart

### *Auteur*

Annemieke Hendriksen-Favier

### *Met medewerking van:*

Erik van Dongen – Lucertis Rotterdam

Carolien Konijn – Spirit

Anita de Reus – Lucertis Noord-Holland, Jeugdriagg

Anja Schaafsma – Triversum

Arien Storm – Accare

Addy Venderbos – Lucertis Rotterdam

Alfred Volkers – Juzt

Saskia Wijga – GGZ Noord-Holland-Noord

### *Productie*

Trimbos-instituut

### *Beeld*

[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1220**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2013, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

<b>Inhoud</b>	
<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding en leeswijzer</b>	<b>7</b>
<b>1 Wat is FACT?</b>	<b>9</b>
<b>2 Onderzoek naar (F)ACT Jeugd</b>	<b>11</b>
<b>3 Visie, verantwoording en doelgroep FACT Jeugd</b>	<b>13</b>
3.1 Verantwoording FACT voor jeugd	13
3.2 Doelgroep	13
3.3 Ontwikkelingstaken	14
<b>4 Modelbeschrijving FACT Jeugd</b>	<b>17</b>
4.1 Teamsamenstelling	17
4.2 Disciplines en deskundigheden	18
4.3 Enkelvoudige en samengestelde teams	20
4.4 Teamproces en werkwijze	21
4.5 Contactfrequentie	22
4.6 Diagnostiek	22
4.7 Behandeling en interventies	23
4.8 Zorgorganisatie	24
4.9 Maatschappelijke zorg	25
4.10 Monitoring	26
4.11 Professionalisering en teamgeest	26
<b>Literatuur</b>	<b>29</b>



## Voorwoord

*Assertive Community Treatment* (ACT) en het daarvan afgeleide Flexibel ACT (FACT) zijn organisatiemodellen voor geïntegreerde behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het oorspronkelijke ACT-model is ontwikkeld in de volwassenpsychiatrie met als doel om de 'langdurig zorgafhankelijke' cliënten buiten het ziekenhuis te houden en vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk te leven (Mulder & Kroon, 2009). De kern van ACT is dat cliënten door een multidisciplinair team hulp krijgen op meerdere levensgebieden en op plaatsen waar zij zich bevinden. Inmiddels zijn ook voor andere groepen positieve ervaringen opgedaan met het (F)ACT-model, zoals in de forensische zorg, verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdhulpverlening.

De eerste ACT Jeugd Teams zijn in 2005 gestart in Rotterdam. In de afgelopen jaren zijn ook in andere regio's jeugdteams opgezet, aanvankelijk vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar steeds vaker in samenwerking met of zelfs op initiatief van jeugdzorg. In de praktijk blijkt het (F)ACT-model echter niet onverkort van toepassing op de doelgroep jeugd en is behoefte aan een aangepaste modelbeschrijving die handvatten biedt voor de organisatie en inhoudelijke aanpak van (F)ACT voor deze doelgroep.

In 2011 heeft het Trimbos-instituut een eerste modelbeschrijving uitgebracht voor (F)ACT Jeugd (Hendriksen-Favier, 2011), waarin de wijzigingen ten opzicht van (F)ACT voor volwassenen worden beschreven. Tevens is een voorstel gedaan voor aanpassingen op de bestaande modelgetrouwheidsschalen voor ACT en FACT – respectievelijk de DACTS en de FACTS – om ze toe te snijden op (F)ACT Jeugd.

De benodigde informatie voor de modelbeschrijving werd verzameld door raadpleging van de (internationale) literatuur, interviews met ervaren en startende (F)ACT Jeugd teams en ACT Vroegpsychoseteams, en gesprekken met experts op het gebied van (F)ACT Jeugd. Een knelpunt hierbij was dat zowel praktijkervaring als literatuur nog beperkt beschikbaar waren. Met name was weinig bekend over (F)ACT bij kinderen jonger dan 12 jaar. In Nederland was er op dat moment slechts één instelling met ACT voor 12-minners. De modelbeschrijving beperkte zich daarom tot 12- tot 25-jarigen.

Inmiddels zijn meer teams opgericht die 12-minners in behandeling hebben en daarmee positieve ervaringen hebben opgedaan. De instellingen die FACT voor jeugdigen aanbieden hebben zich verenigd in het Platform FACT Jeugd. De leden van het platform hebben de modelbeschrijving bestudeerd en besproken. Men kwam tot de conclusie dat er behoefte was aan amendering, met name om de modelbeschrijving ook geschikt te maken voor de jongere leeftijdsgroep. Bovendien werd in de modelbeschrijving een nadere visie op zorg aan jeugdigen gemist.

Het Trimbos-instituut heeft daarom op verzoek van het Platform FACT Jeugd een herziene modelbeschrijving ontwikkeld, in nauwe samenwerking met de participerende instellingen. Er is een multidisciplinaire expertgroep samengesteld met medewerkers van de verschillende instellingen, die in drie bijeenkomsten heeft gezorgd voor input en feedback. Daarnaast zijn pilots gehouden met een concept modelgetrouwheidsschaal voor FACT Jeugd bij vier teams, met een medewerker van het Trimbos als eerste auditor en een medewerker vanuit de expertgroep als tweede auditor. Op basis hiervan is de schaal aangepast.

Besloten is om het model alleen te ontwikkelen voor FACT, dus niet voor ACT en FACT apart, omdat alle teams in het platform FACT-teams zijn. Ook zien we dat in het FACT-model inhoudelijke verbeteringen zijn doorgevoerd ten opzichte van het oorspronkelijke ACT-model, bijvoorbeeld wat betreft de teamsamenstelling, waarmee beter wordt aangesloten bij de Nederlandse situatie.

De huidige modelbeschrijving is met name gebaseerd op praktijkervaringen. Het aantal (internationale) wetenschappelijke publicaties over (F)ACT Jeugd is nog steeds zeer bescheiden. Het is daarom wenselijk de ontwikkelingen in de wetenschap en praktijk te blijven volgen en deze in een volgende versie van deze modelbeschrijving te verwerken. Onderzoek naar (F)ACT Jeugd is zeer gewenst.



## Inleiding en leeswijzer

Op verzoek van het Platform FACT Jeugd heeft het Trimbos-instituut de modelbeschrijving voor FACT Jeugd herzien, in nauwe samenwerking met vertegenwoordigers van de participerende instellingen. In tegenstelling tot de eerste modelbeschrijving (Hendriksen-Favier, 2011) worden niet alleen de aanpassingen op het reguliere model toegelicht, maar ook de overeenkomsten. Deze zijn echter op hoofdlijnen beschreven; om volledig zicht te krijgen op algemene FACT-principes adviseren wij u om het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008) te raadplegen.

Het doel van deze modelbeschrijving is om FACT Jeugdteams handvatten te bieden voor de organisatie en inhoud van de zorg. Er blijken grote verschillen te bestaan tussen de huidige teams, bijvoorbeeld wat betreft teamsamenstelling, doelgroep en werkwijze. Het model biedt richtlijnen die naar verwachting de beste zorg opleveren voor de cliënten. Op basis van het model zijn kwaliteitscriteria geformuleerd waaraan teams zich kunnen meten. Hierdoor is onderlinge vergelijking van teams mogelijk en worden instellingen uitgedaagd hun zorg te verbeteren. Bovendien is het voor toekomstig effectonderzoek van belang dat de teams zoveel mogelijk op dezelfde wijze te werk gaan en de kwaliteit van het FACT model bewaakt wordt. Ook willen zorgverzekeraars inzicht in de kwaliteit van FACT Jeugd zorg. Voor een team is het daarom relevant te kunnen aantonen dat het modelgetrouw werkt. Zowel bij de start als daarna is het dus belangrijk dat FACT Jeugdteams zich houden aan het model.

De modelbeschrijving is waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke kennis en inzichten (*evidence based*) en aangevuld met professionele kennis en inzichten (*consensus based*). Eerst staan we kort stil bij de achtergrond en principes van FACT (hoofdstuk 1) en bij onderzoek wat is uitgevoerd naar (F)ACT voor jeugd (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 wordt een visie beschreven op FACT voor 0- tot 23-jarigen en nader ingegaan op de doelgroep. In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe de organisatie en inhoudelijke aanpak er idealiter uitzien bij een FACT Jeugdteam. Dit is vertaald naar een aangepaste modelgetrouwheidsschaal: de JEUGD-FACTSchaal. De originele FACTS is daarvoor grondig bewerkt.



# 1 Wat is FACT?

Het FACT-model werd in 2002 geïntroduceerd bij GGZ Noord-Holland-Noord als de Nederlandse variant op *Assertive Community Treatment* (ACT) (Veldhuizen e.a., 2008). FACT staat voor Functie ACT, tegenwoordig ook wel Flexibel ACT genoemd, waarbij ACT-zorg wordt ingezet als dat nodig is.

ACT is een organisatiemodel voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. Belangrijke kenmerken van ACT zijn: een multidisciplinair zorgaanbod, een laag aantal cliënten per hulpverlener, actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt (*assertive outreach*), een gedeelde caseload en intensieve zorg voor onbeperkte tijd (Bond e.a., 2001).

ACT is gebaseerd op het door Stein, Marx en Test begin jaren zeventig ontwikkelde 'Training in Community Living program' (Stein & Test, 1980) als oplossing voor het fenomeen 'draaideurpatiënt'. Zij zagen dat cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen opknapten van de klinische behandeling, maar weer verslechterden als zij het thuis zonder de intensieve behandeling moesten doen. Zij ontwikkelden daarom het idee om cliënten ambulante bijna net zulke intensieve zorg te geven als binnen het ziekenhuis. Doel van het 'Training in community living program', later Assertive Community Treatment genoemd, was mensen buiten het ziekenhuis te houden en vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk in de samenleving te leven (Mulder & Kroon, 2009).

ACT is een goed omschreven model en veelvuldig op effectiviteit onderzocht, met - in met name - de Verenigde Staten positieve uitkomsten. ACT is daarmee een *evidence based practice* voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen (Torrey e.a., 2001) en is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.

Om na te gaan in hoeverre teams werken volgens het ACT-model is de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) ontwikkeld (Teague e.a., 1998; Bond & Salyers, 2004). Studies hebben aangetoond dat modelgetrouwheid geassocieerd is met betere uitkomsten op cliëntniveau (McGrew, Bond, Dietzen, Salyers, 1994; McHugo e.a., 1990; Latimer, 1999; Vugt e.a., 2011).

FACT, de variant op ACT, is een model voor zorg voor de gehele groep cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, waarbij men de principes van casemanagement met ACT combineert. ACT-zorg door het gehele team wordt ingezet wanneer het slechter gaat met een cliënt. Aan de cliënten die stabiel functioneren, biedt men individuele behandeling vanuit een breed multidisciplinair team met een casemanager, een psychiater en vertegenwoordigers van andere disciplines (Veldhuizen e.a., 2008; Vugt e.a., 2011). Door de combinatie van langdurig individueel casemanagement met de intensieve teamzorg kan veel continuïteit van zorg en behandeling geboden worden tussen 'rustige' en 'ontregelde' fasen van een cliënt. Als een cliënt intensievere zorg nodig heeft, hoeft hij niet naar een ander team, maar wordt de zorg vanuit het bekende team opgeschaald.

Het doel van FACT is om cliënten "zodanig te behandelen, te ondersteunen en te begeleiden dat zij succesvol en naar tevredenheid optimaal kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij op een wijze die henzelf aanspreekt en die veilig is" (Van Veldhuizen e.a., 2008, p.31). De kern van ACT is bij FACT behouden, namelijk hulp op meerdere levensgebieden tegelijk (psychiatrische zorg, praktische hulp, maatschappelijke ondersteuning, hulp bij wonen en financiën en wat verder nodig is) en op de plaatsen waar de cliënt zich bevindt. FACT werkt vaak wijkgericht, in een kleinere regio van zo'n 50.000 inwoners. Door de *outreaching* werkwijze kennen teamleden de

lokale situatie goed en weten ze de weg naar instanties, waarmee ze actieve samenwerking zoeken. Ook voor het FACT-model is een instrument ontwikkeld om de getrouwheid aan de standaard te meten, de FACTS (Vugt e.a., 2011).

Voor meer informatie over FACT verwijzen we naar het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Inmiddels zijn er zo'n 50 ACT- en 150 FACT-teams in Nederland ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)), waaronder naar schatting 15 Jeugdteams. De verwachting is dat het aantal FACT-teams nog sterk gaat toenemen. De snelle opkomst van ACT en FACT geeft aan dat er in Nederland veel enthousiasme bestaat voor de twee zorgmodellen. Bovendien past het in de huidige tijdgeest waarin beddenreductie hoog op de agenda staat. Met de groei van het aantal teams rees ook het besef dat de kwaliteit van de implementatie gewaarborgd moet zijn en voor zorginkopers herkenbaar moet zijn (Veldhuizen e.a., 2008). Daartoe is de stichting Centrum Certificering ACT en FACT opgericht. Deze beoogt kwaliteitsverbetering van (F)ACT-teams door certificering met behulp van de modelgetrouwheidsschalen (DACTS en FACTS).

## 2 Onderzoek naar (F)ACT Jeugd

Zowel in Nederland als in het buitenland is nog weinig ervaring opgedaan met (F)ACT Jeugd. Hoewel verschillende publicaties wijzen op gunstige effecten van (F)ACT voor deze doelgroep, zijn nog geen effecten aangetoond door middel van gecontroleerde effectstudies. Vaak wordt een matig onderzoeksdesign gebruikt of is sprake van een kleine steekproef. De pre-post studies laten effecten zien op verschillende gebieden: psychiatrische toestand (Kwaak & Kramer, 2009), verbeterde GAF-score (een maat voor algemeen functioneren) en meer 'volwassen dagelijkse levensvaardigheden' (McGrew & Danner, 2009), effectievere coördinatie van terugkeer in de maatschappij (Ahrens, Frey, Knoedler & Senn-Burke, 2007) en afname van het aantal opnamedagen (McGrew & Danner, 2009; Ahrens e.a., 2007). (F)ACT werd in deze studies redelijk modelgetrouw geboden. In het onderzoek van Ahrens werden naast de gebruikelijke ACT ondersteunende onderwijsdiensten ingezet, werd extra betrokkenheid van families en pleegzorg gevraagd en meer nadruk gelegd op groepstherapie en vrijetijdsbesteding. Verder bleek voor 10- tot 13-jarige deelnemers aan ACT een *respite service* effectief te zijn voor het verkorten van opname. Dit houdt in dat cliënten uit huis geplaatst worden en voor korte tijd in een ander gezin verblijven (Ganier, 1998).

Hardere bewijzen zijn er voor de werkzaamheid van Vroegpsychose ACT, waarbij de doelgroep voor een groot deel uit adolescenten bestaat. Uit twee RCT's en een quasi-experimenteel onderzoek blijken gunstige effecten. In de Deense 'OPUS'-RCT (Petersen e.a., 2005) werden effecten gevonden na twee jaar ACT: afname van het aantal psychotische symptomen en negatieve symptomen, minder middelengebruik, een hogere trouw aan de zorg en meer tevredenheid met de behandeling. Deze effecten hielden geen stand tot vijf jaar na de ontvangen zorg. Wel lag het aantal opnamedagen op de lange termijn lager in de ACT-groep (Bertelsen, e.a., 2008). ACT was in het OPUS-project aangevuld met programma's voor familiebetrokkenheid en sociale vaardigheidstraining. Ook het LEO-team in Engeland, dat werkt volgens de principes van ACT, leidt tot betere resultaten dan de standaard zorg, namelijk als het gaat om het behouden van contact met professionals en het verminderen van klinische opnames. Dit blijkt uit een RCT over achttien maanden (Craig e.a., 2004). In het quasi-experimenteel onderzoek van Verhaegh (2009) zijn ten slotte gunstige effecten gevonden van het Eindhovense ACT Vroegpsychoseteam op de uitkomst domeinen psychopathologie, psychosociaal functioneren en kwaliteit van leven. ACT werd hier modelgetrouw uitgevoerd.

Uit de literatuur blijkt dat er voldoende aanleiding is om (F)ACT in te zetten voor de doelgroep jeugd. De meeste studies richten zich op jongeren die in de overgang zitten naar volwassenheid. Door de inzet van (F)ACT wordt geprobeerd een naadloze overgang van jeugdzorg naar volwassenzorg te realiseren. (F)ACT-teams lijken er in te slagen deze jongeren te bereiken en in zorg te houden.

De effecten van (F)ACT Vroegpsychosezorg zijn helaas niet onderzocht in samenhang met de leeftijd. Aangezien een groot deel van de cliënten met een eerste psychose adolescent is, mag worden aangenomen dat de gevonden effecten ook gelden voor de adolescenten met een eerste psychose. (F)ACT lijkt voor deze doelgroep een geschikte methode te zijn.

De doelgroep jeugd vraagt om verschillende aanpassingen op het reguliere FACT-model. Ten eerste moet er – nog meer dan bij reguliere FACT – aandacht zijn voor het systeem. De hulpverleners hebben bij de behandeling van de jonge cliënten te maken met de

ouders als opvoeders en gezagsdragers. Bij kinderen en jongeren die in aanmerking komen voor FACT zijn bovendien vaak veel risicofactoren in de gezinssituatie aanwezig. De percentages van ouders met psychische problemen of verslavingen zijn hoog en misbruik of mishandeling komt veel voor (Assan e.a., 2008). Het lijkt daarom essentieel om ouders en andere familieleden intensief te betrekken bij de behandeling. De familie dient niet alleen op de hoogte te zijn van de behandeling van de jongere en daarbij betrokken te worden, maar zou indien nodig zelf als systeem behandeld moeten worden. Dit wordt gewaarborgd door een systeemtherapeut deel uit te laten maken van het FACT-team, zodat er voldoende expertise is op het gebied van gezinsrelaties en de behandeling van complexe systemen. Hier ligt met name de kracht van de verbinding met jeugdzorg. Inmiddels zijn er ervaringen met het gezamenlijk opereren binnen FACT Jeugd.

Ook speelt communicatie een belangrijke rol; contact met cliënten via sms en e-mail is gewenst (Braem, 2009) en er is veel aandacht nodig voor de samenwerking met steunsystemen (Verhaegh, Bongers, Kroon, Garretsen, 2007). Daarnaast dient meer accent te worden gelegd op de verschillende levensgebieden. Voor de ontwikkeling van jongeren is een opleiding of baantje van groot belang (Otter, Verschuur & Schell, 2009). In het FACT-team moet behalve een ruime beschikbaarheid aan arbeidsrehabilitatiedeskundigheid voldoende expertise zijn op het gebied van onderwijs en opleidingen. Ook huisvesting vraagt speciale aandacht, want door de jonge leeftijd zijn de mogelijkheden hiervoor beperkt (Otter, Verschuur & Schell, 2009).

In verschillende studies wordt vermeld dat de leeftijd problemen met zich meebrengt voor de diagnostiek en daarmee de toelatingscriteria voor FACT (McGrew & Danner, 2009; Kwaak & Kramer, 2009). Behandelaars hebben een terughoudendheid om diagnoses te stellen bij jonge mensen, omdat zij nog in ontwikkeling zijn. Bovendien is vaak nog geen duidelijkheid over de problematiek, omdat de cliënten voorheen tussen wal en schip vielen wat betreft de hulpverlening. Diagnostiek vraagt dus meer specifieke aandacht dan bij de reguliere FACT.

Opvallend aan het zorgaanbod bij (F)ACT voor jeugdigen is dat soms meer nadruk wordt gelegd op groepsinterventies. In het onderzoek van Ganier (1998) werd ACT bijvoorbeeld aangevuld met groepstherapie en in het OPUS-project (Petersen e.a., 2005) met sociale vaardigheidstraining.

Een ander verschil met de reguliere FACT, ten slotte, is dat de zorg eindig is. De jongere kan de doelgroep ontgroeien qua leeftijd en moet, indien hij nog zorg nodig heeft, doorstromen naar de reguliere zorg of FACT voor volwassenen. Door een gebrek aan follow-up onderzoek is het niet bekend hoe lang cliënten gemiddeld in zorg gehouden moeten worden om de positieve effecten te behouden. Bij ACT Vroegpsychosezorg werd oorspronkelijk gedacht dat enkele jaren *Early Intervention* in de kritieke periode een definitieve gunstige wending zou kunnen bewerkstelligen. De resultaten van recente longitudinale studies wijzen er echter op dat actieve intensieve behandeling over een langere periode moet worden voortgezet om de behaalde verbeteringen vast te houden. Hoe lang precies is nog onduidelijk.

## **3 Visie, verantwoording en doelgroep FACT Jeugd**

### *3.1 Verantwoording FACT voor jeugd*

FACT lijkt te voorzien in een behoefte aan een zorgvorm waarmee kinderen en jongeren die in de reguliere zorg tussen wal en schip vallen, kunnen worden behandeld en waarmee klinische opname of uithuisplaatsing voorkomen kan worden.

In de volwassenpsychiatrie richt FACT zich op cliënten met complexe problematiek die langdurig zorgafhankelijk zijn. Bij jeugd ligt de suggestie van chroniciteit gevoelig; dit lijkt te bijten met de ontwikkelingsgerichtheid die zo kenmerkend is voor de jeugdhulpverlening. Uit een landelijk onderzoek van GGZ Nederland (Barnard & Kramer, 2002) blijkt echter dat de hulpverlening wel degelijk een groep signaleert en kan omschrijven die kampt met een langdurig psychiatrische aandoening. Het gaat om kinderen en jongeren met persistente, vaak complexe, psychiatrische problematiek. Ontwikkelingsstoornissen zoals ASS en ADHD werden door hulpverleners het meest genoemd, maar ook andere psychiatrische problemen, zoals persoonlijkheidsstoornissen en psychoses, kwamen naar voren. Ruim de helft van de 1352 jeugdigen die tot de groep met 'chronische psychiatrische problematiek' werden gerekend (bij een respons van 50% van de ggz-instellingen), was jonger dan dertien jaar. Driekwart van de cliënten was jongen en een vijfde had een niveau lager dan IQ 85/90.

Om te kunnen spreken van 'langdurig zorgafhankelijke jeugdigen' werd in dit onderzoek als voorwaarde gesteld dat, naast chronisch psychiatrische problematiek, sprake moest zijn van een verstoorde draagkracht/draaglast-verhouding in het thuismilieu. De meeste cliënten in het onderzoek hadden matige tot ernstige beperkingen op alle levensgebieden.

In het onderzoek werd ook aan hulpverleners gevraagd wat deze doelgroep nodig heeft. Daaruit kwamen aanbevelingen naar voren die met de invoering van FACT bijna naadloos lijken te zijn opgevolgd, o.a.: "Vormen van deskundige langdurige opvoedingsondersteuning (d.w.z. langer dan twee jaar), liefst ambulante en flexibel (d.w.z. naar behoefte intensief en minder intensief) en zowel gericht op de cliënt zelf als op diens gezin en persoonlijke netwerk" (Barnard & Kramer, 2002, p.25).

FACT lijkt dus een gat op te vullen in de zorg voor kinderen en jongeren met langdurige psychiatrische problematiek en problemen op meerdere levensgebieden. Door de combinatie van individuele begeleiding en ACT-zorg kunnen FACT-teams flexibel schakelen tussen behoeftes in verschillende fasen van zorg. Bovendien kan met FACT aan meerdere levensgebieden tegelijk worden gewerkt. In de reguliere zorg voor deze doelgroep raakte de hulpverlening vaak erg versnipperd. Voor ieder levensgebied was een andere hulpverleningsinstantie verantwoordelijk. Bij het samengaan van complexe problemen op verschillende gebieden, bijvoorbeeld gedragsproblemen van het kind, schulden van ouders en verslaving van vader, kan versnippering leiden tot onsamenhangende en weinig doeltreffende zorg (Storm, Frieswijk & Hendriksen-Favier, 2013). Bij FACT wordt intensief samengewerkt tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdzorg, verslavingszorg, volwassenpsychiatrie en andere partijen. Hiermee wordt voorkomen dat gezinnen van het kastje naar de muur worden gestuurd of het overzicht en/of vertrouwen verliezen doordat ze met zoveel instanties te maken hebben.

### *3.2 Doelgroep*

FACT Jeugd kan worden ingezet voor de hele leeftijdsgroep kinderen en jeugd (0-18 jaar) met een uitloop naar 23 jaar. Bij 18- tot 23-jarigen ontstaan vaak problemen binnen de reguliere hulpverlening, omdat ze volgens de wet zijn aangewezen op hulpverlening binnen volwassencircuits, maar in wezen nog met ontwikkelingsstaken

kampen die passen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie (Faber & Mostert, 2010). Dit sluit aan bij bevindingen uit longitudinaal onderzoek dat de hersenen van adolescenten nog rijpen tot ver in de twintiger jaren (Sowell, Thompson, Holmes, Jernigan & Toga, 1999). In het huidige FACT Jeugd model worden daarom de leeftijdsgrenzen 0 tot 23 jaar aangehouden.

In algemene zin gaat het bij de doelgroep van FACT Jeugd om kinderen en jongeren met complexe problemen op meerdere levensgebieden, die niet de weg naar de reguliere hulp kunnen vinden of bewandelen (Otter, Verschuur & Schell, 2009). Faber en Mostert (2010) beschrijven de doelgroep als jeugdigen die binnen de organisatie van de bestaande zorg afhaken, buiten de boot vallen of zorgmijndend zijn.

Er is bij deze jeugdigen sprake van (vermoedens van) complexe psychiatrische problematiek met regelmatig ook verslavingsproblematiek, agressie of criminaliteit. In hun dagelijks leven worden zij hierdoor fors beperkt. Vaak zijn er grote problemen op school of zijn ze daar weggestuurd. In de gezinnen is veel moedeloosheid. Sommige jongeren of gezinnen die uiteindelijk bij FACT terecht komen zijn zorgmijndend en de meeste zijn niet gemotiveerd voor behandeling.

Naast problematiek bij de jeugdige is er vaak sprake van systeemproblematiek. De draagkracht/draaglast-verhouding is verstoord (Barnard & Kramer, 2002), er zijn opvoedingsproblemen en/of relatieproblemen binnen het gezin. Vaak ook spelen er financiële problemen, psychische problemen of verslavingen bij de ouders en komt misbruik of mishandeling voor (Assan e.a., 2008).

Ook de zwerfjongeren kunnen tot deze doelgroep gerekend worden. Deze jongeren zijn niet te vergelijken met volwassen zwerfers; ze zien er meestal verzorgd uit, dragen modieuze kleren, maar hebben geen vaste verblijfplaats of kunnen thuis niet terecht. Ze slapen vaak bij vrienden (Sierksma, 2009; Faber & Mostert, 2010).

Zie figuur 3.2 voor een samenvattend overzicht van de doelgroepkenmerken voor FACT Jeugd.

### **Figuur 3.2 Doelgroep FACT Jeugd**

- 0-23 jaar
- Complexe psychiatrische problemen of vermoedens daarvan
- Verstoorde draagkracht/draaglast-verhouding in thuismilieu
- 'Multiprobleemgezinnen', problemen op meerdere levensgebieden
- Onvoldoende aansluiting bij reguliere hulpverlening

### **3.3 Ontwikkelingstaken**

De zorg voor kinderen en jongeren kenmerkt zich door het stimuleren van ontwikkeling. In de jeugd vormt zich de persoonlijkheid en ontwikkelt het kind zich in cognitief, sociaal en maatschappelijk opzicht (Storm, Frieswijk & Hendriksen-Favier, 2013). Het kind groeit in dit proces geleidelijk naar een autonome volwassene. De rol van ouders en andere opvoeders is hierbij van groot belang. Naarmate een kind ouder wordt, verschuift de rol van gezagsdragers naar het aangaan van een meer symmetrische relatie met het kind. Bij elke ontwikkelingsfase van een kind horen bepaalde opvoedingsopgaven. Bij de invulling van de zorg voor kinderen en jongeren is het dus belangrijk om rekening te



houden met de ontwikkelingstaken. Storm, Frieswijk en Hendriksen-Favier (2013) onderscheiden vier belangrijke ontwikkelingstaken:

1. *Vormgeven aan veranderende relaties binnen het gezin.* Jongeren verwerven autonomie als hun ouders (of andere verzorgers) in de loop van de jeugd steeds meer een stapje terugzetten. Bij jonge kinderen zullen FACT-teams zich dus meer richten op de ouders en/of de omgeving waarin het kind opgroeit en bij adolescenten meer op de jongere zelf. Het is echter wel belangrijk dat, ongeacht de leeftijd, ook altijd het gesprek met het kind wordt gevoerd. Het is een valkuil dat bij jonge kinderen alleen met de ouders wordt gepraat. De combinatie is essentieel.
2. *Contact met leeftijdsgenoten.* Naarmate de invloed van ouders afneemt, worden leeftijdsgenoten belangrijker als referentiekader voor de persoonlijke ontwikkeling van adolescenten (De Wit, Van der Veer & Slot, 2004). Contacten met leeftijdsgenoten vormen een belangrijke bron van bevestiging en sociale steun. Daarnaast bieden ze de gelegenheid tot het aanleren van sociale vaardigheden en om met sociale rollen te experimenteren. Tegelijkertijd kunnen bepaalde contacten ook een risicofactor vormen. FACT-teams dienen daarom goed zicht te hebben op het sociale netwerk van een kind of jongere en, indien nodig, mee te denken over manieren om dit te versterken.
3. *Participeren in onderwijs of werk.* In een groot deel van de jeugd staan schoolse vaardigheden centraal. Op de basisschool is het leren rekenen, lezen en schrijven een belangrijke ontwikkelingstaak. Later is de ontwikkeling van een positieve houding ten opzichte van opleiding, beroepskeuze en samenleving een prioriteit (Rispen, Goudena & Groenendaal, 1994). Juist voor kinderen en jongeren met problemen is het van groot belang dat ze naar school (blijven) gaan en werken aan een toekomst. Daarom moet opleiding en toelating tot arbeid een belangrijke plek hebben in de begeleiding van het FACT-team.
4. *Invullen van vrije tijd.* Vrijtijdsactiviteiten bieden jeugdigen de mogelijkheid om zich te uiten, nieuwe vaardigheden te leren en in contact te komen met leeftijdsgenoten. Daarom moeten FACT-teams kinderen en jongeren actief toeleiden naar een vrijetijdsactiviteit waar ze plezier in hebben, bijvoorbeeld voetbal. Hierbij dient men zoveel mogelijk in te zetten op het reguliere aanbod van activiteiten binnen de gemeente.

Als de ontwikkeling van de jeugdige centraal wordt gesteld in de FACT behandeling en begeleiding, kan mogelijk langdurige zorgafhankelijkheid in de volwassenheid voorkomen worden. Ontwikkeling kan worden gestimuleerd als het gaat om emotionele zelfstandigheid, persoonlijke identiteit, sociale contacten, school of werk, vrije tijd, wonen/gezinssituatie etc. Het is daarbij belangrijk dat het team ouders ondersteunt bij het vervullen van de opvoedingsopgaven in de verschillende ontwikkelingsfasen van het kind. De behandeling en begeleiding moeten gericht zijn op het benutten en versterken van de eigen kracht van het cliëntsysteem. Niet de ziekteverschijnselen moeten centraal staan, maar de mogelijkheden voor ontwikkeling en persoonlijke groei, waarbij oog is voor de specifieke eisen die een bepaalde levensfase met zich meebrengt.



## 4 Modelbeschrijving FACT Jeugd

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe een FACT Jeugdteam idealiter wordt opgebouwd, hoe de werkwijze en organisatie eruit zien en welke behandeling wordt geboden. Het is belangrijk dat het team zelf een document opstelt waarin het primaire proces wordt beschreven en de eigen cliëntengroep, visie, missie, protocollen, verantwoordelijkheden, veiligheidmaatregelen en teamafspraken zijn vastgelegd.

In deze modelbeschrijving gaan we alleen in op inhoudelijke werkprocessen die kenmerkend zijn voor FACT Jeugd en dus niet op algemene kwaliteits- en veiligheidsnormen voor de zorg die bij een HKZ-toetsing aan de orde komen.

### 4.1 Teamsamenstelling

In figuur 4.1 wordt de aanbevolen teamsamenstelling weergegeven voor FACT Jeugd. Net als bij FACT voor volwassenen is een *multidisciplinair* team vereist. Afhankelijk van de lokale omstandigheden kan in de teamsamenstelling worden gevarieerd, maar onderstaande disciplines en deskundigheden vormen de basis. Bovenop dit basisteam kunnen bijvoorbeeld een psychomotorisch therapeut, vaktherapeut, ergotherapeut en traumadeskundige worden aangesteld. Er wordt onderscheid gemaakt tussen *disciplines en deskundigheden*. Van medewerkers in een specifieke discipline, bijvoorbeeld systeemtherapeut of maatschappelijk werker, wordt verwacht dat zij daar de vereiste opleiding voor hebben gevolgd. Bij deskundigheden gaat het om expertise in het team, onafhankelijk van de specifieke functie. Een maatschappelijk werker kan bijvoorbeeld deskundig zijn op het gebied van trajectbegeleiding. Indien dit niet het geval is, is het belangrijk dat een trajectbegeleider wordt aangesteld. Evenzo kan een verpleegkundige zich hebben bijgeschoold op het gebied van middelengebruik of kan ervoor worden gekozen een verslavingsdeskundige in dienst te nemen. In paragraaf 4.2 wordt een toelichting gegeven op de verschillende disciplines en deskundigheden in het team.

Kenmerkend aan FACT is de *kleine caseload*. Exclusief secretariële ondersteuning dient de verhouding hulpverlener-cliënt niet hoger te zijn dan 1:15. Dit betekent dat een FACT-team met 100 cliënten uit minimaal 7 fte moet bestaan. Het basisteam zoals weergegeven in figuur 4.1 komt in totaal op 3,6 fte. Dit betekent dat de overige fte's naar eigen inzicht kunnen worden ingevuld, afhankelijk van de doelgroep. Sommige disciplines zullen in een bepaald team meer fte moeten krijgen.

Om te kunnen waarborgen dat het team voldoende capaciteit heeft voor zowel behandeling als begeleiding, wordt behalve het aantal fte per discipline een minimum gesteld voor het aantal fte per functiegroep. Voor het totaal van de drie behandeldisciplines (psychiater, systeemtherapeut en psycholoog/orthopedagoog) wordt minimaal 1,6 fte geadviseerd. Het team kan dus zelf kiezen welke van deze disciplines voor meer dan de vereiste 0,4 fte wordt ingezet. Daarnaast wordt aanbevolen in totaal minstens 4,0 fte sociaal-agogisch en verpleegkundig personeel in dienst te hebben. Hiertoe worden de maatschappelijk werker, sociaal juridisch dienstverlener, sociaal pedagogisch hulpverlener en verpleegkundigen gerekend.

Het is verder van belang dat het team stevig staat, met een volledige personeelsbezetting en een minimum aan vacatures.

Cuddeback en Morrissey (2011) pleiten ervoor dat een hulpverlenersteam wat betreft demografische kenmerken zoveel mogelijk overeenkomt met de cliëntenpopulatie die het bedient. Dit betekent dat er bij de samenstelling van een team gelet moet worden op een optimale mix van mannen en vrouwen en van allochtonen en autochtonen. Een voordeel van een multicultureel team is vooral dat medewerkers de families van de

jongeren in hun eigen taal te woord kunnen staan en ze vanuit hun eigen cultuur begrijpen. Daarnaast is het belangrijk dat alle medewerkers een cultuursensitieve attitude hebben.

#### **Figuur 4.1 Samenstelling basis FACT Jeugdteam per 100 cliënten**

0,4 fte	Kinder- en jeugdpsychiater
0,4 fte	Systeemtherapeut
0,4 fte	Kinder- en jeugdpsycholoog / orthopedagoog met beroepsregistratie
0,4 fte	Ervaringsdeskundige
1,0 fte	Maatschappelijk werker / Sociaal juridisch dienstverlener / Sociaal pedagogisch hulpverlener
1,0 fte	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / B-Verpleegkundige

Totaal psychiater, systeemtherapeut en psycholoog/orthopedagoog: >1,6 fte

Totaal sociaal-agogisch en verpleegkundig personeel: >4,0 fte

De volgende *deskundigheden* moeten in het team aanwezig zijn, het zij binnen de bovenstaande disciplines of in aparte aanstellingen:

Verslavingsdeskundigheid (aantal fte afhankelijk van leeftijdsgroep)

0,4 fte Deskundigheid op het gebied van trajectbegeleiding

0,4 fte Deskundigheid op het gebied van (licht) verstandelijke beperkingen

0,4 fte Deskundigheid op het gebied van gezinsbegeleiding

## **4.2 Disciplines en deskundigheden**

De *kinder- en jeugdpsychiater* is een onmisbare discipline in het FACT Jeugdteam. Hij/zij zal optreden als diagnosticus en behandelaar. Ook dient de FACT-psychiater te beschikken over kennis en vaardigheden op het gebied van beleid en organisatie om een bijdrage te kunnen leveren aan het invoeren van nieuwe zorgontwikkelingen (Hoff en Keet, 2008). Voor meer informatie over de rol van de psychiater in FACT verwijzen we naar hoofdstuk 8 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Specifiek voor FACT-Jeugd geldt dat een *systeemtherapeut* een belangrijke aanvulling is op het team. Ouders spelen als opvoeders en gezagsdragers een belangrijke rol bij de behandeling. Bovendien spelen er bij de doelgroep van FACT Jeugd veel risicofactoren in de gezinssituatie (Accare, 2010; Assan e.a., 2008; Kwaak & Kramer, 2009). De percentages van ouders met psychische problemen of verslavingen zijn hoog en misbruik of mishandeling komt veel voor (Assan e.a., 2008). Bij veel cliënten spelen er relationele problemen tussen ouder en kind (Kwaak & Kramer, 2009). Een systeemaanpak is daarom cruciaal. Er zijn voldoende bewijzen voor de effectiviteit van systeemtherapie bij de behandeling van jeugdigen met ernstige psychiatrische problemen (Henggeler e.a., 2009). Het belang van een systeemtherapeut in het team wordt onderschreven door ervaren (F)ACT Jeugd teams. De systeemtherapeut dient gebruik te maken van *evidence based* systeeminterventies en erop toe te zien dat teamleden uitgaan van een systemische benadering, waarbij zij denken in circulaire processen in plaats van in lineaire oplossingen. Ook is het van belang dat er voldoende aandacht is voor de individuele problematiek van ouders en zo nodig wordt samengewerkt met de volwassenpsychiatrie of verslavingszorg.

Samen met de psychiater draagt de *Kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog met beroepsregistratie* zorg voor de diagnostiek en *evidence based* behandeling. Tevens kan hij/zij bijdragen aan het bewaken van de kwaliteit van het zorgproces op zowel individueel als organisatorisch niveau. Dit gebeurt bijvoorbeeld door actieve

betrokkenheid bij Routine Outcome Monitoring en de ontwikkeling en evaluatie van programmaonderdelen (Willigenburg, Van der Vleugel, Folkerts, Delespaul en Van Veldhuizen, 2008). Meer informatie over de rol van de psycholoog in FACT is te vinden in hoofdstuk 8 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

In de volwassenpsychiatrie wordt steeds vaker gewerkt met ervaringsdeskundigen en elk FACT-team behoort een ervaringswerker in dienst te hebben. LIVE (Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid) is in samenwerking met GGZ Nederland bezig met de ontwikkeling van een competentieprofiel voor deze professie. Ook bij jeugd zal de inzet van ervaringsdeskundigheid een meerwaarde hebben; bij jongeren als voorbeeldfunctie en bij kinderen om de ouders hoop te bieden. In FACT levert de ervaringswerker een bijdrage aan het herstelproces van cliënten vanuit cliëntperspectief door middel van zelfstandige cliëntcontacten en bevordering van herstelgeoriënteerde hulpverlening door het team als geheel. Daartoe geeft hij/zij voorlichting, coaching en ondersteuning (Kroet, 2008). Voor meer informatie over de ervaringswerker verwijzen we naar hoofdstuk 7 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008). Binnen FACT Jeugd is het wenselijk een volwassen ervaringswerker aan te stellen, die in zijn jeugd te kampen heeft gehad met psychische problematiek of verslaving.

In het team dienen voldoende *maatschappelijk werkers, sociaal juridisch dienstverleners* en/of *sociaal pedagogisch hulpverleners* werkzaam te zijn. Vaak zullen zij de rol van casemanager of persoonlijk begeleider vervullen. Zij ondersteunen cliënten/gezinnen om zoveel mogelijk zelfstandigheid te verwerven en boren daarbij de sociale hulpbronnen van de cliënt aan. Ook besteden zij aandacht aan de opvoedingsvaardigheden van ouders. Zij dienen bekend te zijn met de sociale kaart van de jeugdzorg. Jeugdigen en hun gezinnen hebben te maken met allerlei instanties, zoals school, gemeente (leerplicht-ambtenaar, schuldhulpverlening), Rebound centrum, huisarts, Bureau Jeugdzorg, Centrum voor Jeugd en Gezin, GGD, Jongerenloket, verslavingszorg, politie en justitie. Het is daarom van groot belang dat medewerkers hun weg weten te vinden in het complexe veld van de jeugdzorg. Ook huisvesting voor dak- of thuisloze jongeren vraagt speciale aandacht, want door hun jonge leeftijd kunnen ze niet overal terecht (Otter, Verschuur & Schell, 2009).

Ook *B-verpleegkundigen* en *sociaal psychiatrisch verpleegkundigen* (SPV) maken deel uit van het FACT Jeugdteam, veelal in de rol van casemanager of persoonlijk begeleider. De verpleegkundige begeleiding is vooral gericht op het ondersteunen bij beperkingen, handicaps en functionele stoornissen als gevolg van de psychiatrische problematiek en bij het ondersteunen van het herstelproces om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënt en zijn gezinsleden te bereiken. De SPV zal vooral worden betrokken bij de complexe situaties: ernstige systeemproblematiek, gecompliceerde persoonlijkheidsproblematiek of specifieke sociale problematiek (Polhuis & Bähler, 2008). Voor meer informatie over de rol van de verpleegkundigen verwijzen we naar hoofdstuk 6 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Binnen het team moeten in elk geval de volgende deskundigheden aanwezig zijn: verslavingsdeskundigheid, trajectbegeleiding, deskundigheid op het gebied van (licht) verstandelijke beperkingen en gezinsbegeleiding. Iemand wordt voldoende deskundig geacht als hij minimaal een jaar training/scholing heeft gevolgd op dit vlak of een jaar werkervaring heeft opgedaan specifiek gericht op de betreffende deskundigheid.

De *verslavingsdeskundigheid* is nodig omdat veel cliënten van FACT Jeugd of hun ouders middelen gebruiken. Bij Lucertis werd het aantal cliënten dat cannabis gebruikt bij sommige ACT Jeugd teams geschat op 80% of zelfs 90% (Kwaak & Kramer, 2009).

Ook komen gameverslaving en gokverslaving vaker voor bij deze doelgroep. De ernst van de verslavingsproblematiek lijkt bij FACT Jeugd te worden onderschat. Het is voor hulpverleners vaak moeilijk om in te schatten wanneer het gaat om experimenteergedrag dat past bij de leeftijd of om problematisch gebruik. Ook worden signalen van middelengebruik onvoldoende herkend. Het is daarom belangrijk specifieke kennis van verslavingen bij jongeren in het team te hebben. Daarnaast moet het team alert zijn op het vóórkomen van middelengebruik in het systeem, bijvoorbeeld bij ouders of broers/zussen.

Daarnaast is deskundigheid op het gebied van *trajectbegeleiding* onmisbaar in een FACT Jeugdteam. De meeste cliënten hebben nog geen opleiding afgemaakt als ze in zorg komen en vaak zijn ze vastgelopen op school. Om een kans te maken op de arbeidsmarkt, is het essentieel dat zij hun startkwalificatie halen. Binnen het team moet dus voldoende kennis aanwezig zijn van het onderwijssysteem, opleidingen en arbeidstrajecten.

*Licht verstandelijke beperkingen* komen veel voor bij FACT-cliënten en hun ouders. Omdat deze doelgroep vraagt om een specifieke aanpak, is het belangrijk dat hierover deskundigheid in het team aanwezig is.

Ten slotte is deskundigheid op het gebied van *ambulante gezinsbegeleiding* een meerwaarde vanwege de systeemgerichte aanpak die zo kenmerkend is voor FACT Jeugd. Binnen het team moet minstens 1 fte van de medewerkers hier specifiek in geschoold zijn.

### 4.3 Enkelvoudige en samengestelde teams

Het FACT Jeugdteam kan zowel vanuit één ggz-instelling als vanuit meerdere organisaties worden samengesteld. Beide constructies hebben voor- en nadelen. Bij FACT voor volwassenen wordt standaard gewerkt met 'enkelvoudige' teams, multidisciplinaire teams waarbij alle medewerkers werkzaam zijn voor dezelfde ggz-instelling en volledig zijn aangesteld voor het FACT-team. De kracht hiervan is dat alle medewerkers hun aandacht geheel kunnen richten op FACT, wat een gezamenlijke visie en positieve teamgeest met zich meebrengt.

Omdat de problematiek bij FACT Jeugd vaak niet beperkt is tot de jeugdige, maar samenhangt met problemen in het gezin op meerdere levensgebieden, kan de hulpverlening erg versnipperd raken. FACT Jeugd opereert op het snijvlak van jeugd-ggz en jeugdzorg, waardoor er veel grond is voor een samengesteld team waarin de verschillende betrokken organisaties intensief samenwerken. Voordelen hiervan zijn onder meer dat de lijnen tussen organisaties korter worden, men gebruik kan maken van elkaars expertise, er een ruim en divers hulpverlenersaanbod is en er minder risico is op 'blinde vlekken'. Een nadeel is dat de betrokken partijen te maken hebben met verschillende geldstromen en registratiesystemen. Het vraagt van een FACT Jeugdteam de nodige inspanningen en creativiteit om dit goed te organiseren. Ook kan verschil in visie tussen instellingen en een gedeelde aandacht voor FACT en de werkzaamheden binnen de eigen organisatie, leiden tot een verslachte teamgeest en het minder snel kunnen ingrijpen als dat nodig is.

Zowel bij enkelvoudige als samengestelde teams is het belangrijk dat medewerkers een substantieel dienstverband hebben voor het team, zodat zij hun aandacht hoofdzakelijk kunnen richten op FACT, vaak bij het ochtendoverleg aanwezig zijn en daardoor goed op de hoogte zijn van de ontwikkelingen. De gedeelde caseload, die zo kenmerkend is voor FACT, komt op die manier niet in het geding. In het geval van een samengesteld team is het wenselijk dat medewerkers naast hun aanstelling bij FACT voor een klein aantal fte werkzaam blijven voor hun 'moederorganisatie'. Bij een volledige overstap naar FACT zal een medewerker de binding met de eigen organisatie verliezen, waardoor de meerwaarde van het samengestelde team verdwijnt.

Afhankelijk van de lokale omstandigheden dient men een keuze te maken voor de samenwerkingspartners. Ook van enkelvoudige teams wordt verwacht dat zij intensief samenwerken met andere hulpverleningsorganisaties. Zij doen dat door regelmatig overleg en afstemming met de betrokken partijen rond een cliënt. Bij samengestelde teams is het raadzaam om bij de keuze van deelnemende organisaties aan het team rekening te houden met de vereiste disciplines en deskundigheden voor FACT Jeugd. Vaak zal het gaan om partijen als kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdzorgorganisaties, verslavingszorg, Bureau Jeugdzorg en instellingen voor LVB. Afhankelijk van de mogelijkheden en cliëntenpopulatie kan bij samengestelde teams ook gekozen worden voor een tussenoplossing, waarin bepaalde organisaties onderdeel zijn van het FACT-team en andere alleen maandelijks aansluiten bij het overleg ter consultatie. De laatste constructie kan overigens ook bij enkelvoudige teams worden gehanteerd. Het is daarbij belangrijk dat in het kernteam de vereiste disciplines en deskundigheden aanwezig zijn zoals beschreven in paragraaf 4.2.

#### 4.4 Teamproces en werkwijze

Een FACT-team verenigt twee werkwijzen: de gezamenlijke teamzorg ten tijde van zorgintensivering en de meer individuele zorg vanuit een multidisciplinair team in meer 'stabiele' tijden (Bähler & Van Veldhuizen, 2008).

Essentieel bij FACT is de *gedeelde caseload*. Omdat kinderen echter deel uitmaken van gecompliceerde systemen, een relatief groot netwerk hebben en met veel instanties te maken hebben, leert de ervaring van FACT Jeugdteams dat het voor hen onoverzichtelijk kan zijn als zij met veel teamleden contact hebben. De inzet van drie disciplines blijkt bij deze doelgroep goed te werken en wordt dan ook aanbevolen. De inzet van meer disciplines is niet gewenst. Ook tijdens zorgintensivering dient het team te functioneren als een groep, niet als afzonderlijke professionals. Aangeraden wordt dat cliënten in deze fase contact hebben met minstens twee teamleden per twee weken.

Het FACT-team komt door de weeks *dagelijks* bij elkaar om de hulpverlening voor iedere cliënt die op het *bord* staat door te nemen en te plannen. Bij dit overleg zijn in principe alle op die dag werkzame teamleden aanwezig. Het bord symboliseert de zorgintensivering. Dit betekent dat cliënten op het bord worden geplaatst als de zorg wordt opgeschaald naar ACT. Bij teams die minder dan vijftig cliënten hebben wordt er soms voor gekozen om alle cliënten op het bord te plaatsen, dus ook de 'stabiele' cliënten, en de cliënten die intensieve zorg nodig hebben bovenaan te zetten zodat zij in elk geval besproken worden. Het 'op het bord plaatsen' van cliënten kan in deze modelbeschrijving dus ook worden gelezen als het 'bovenaan plaatsen'. Het gaat erom dat de cliënten die intensieve zorg nodig hebben dagelijks in het team besproken worden.

Voor het plaatsen van cliënten met *acute extra zorgbehoefte* op het bord, wordt een beschreven procedure gehanteerd, waarin de volgende onderdelen zijn opgenomen: (1) ieder teamlid kan een cliënt op het bord plaatsen, (2) het crisisplan treedt in werking, (3) de cliënt en zijn netwerk worden geïnformeerd dat ze nu intensiever zorg krijgen, (4) de psychiater beoordeelt medicatie en gevaar binnen twee dagen en (5) zo nodig wordt een melding gedaan aan 7 x 24 uursdienst en kliniek.

Het team hanteert tevens helder omschreven criteria voor het plaatsen van cliënten op het bord: (1) Toename van symptomen, crisis, systeemproblematiek, overlast of verwaarlozing, (2) zorgmijndend gedrag of als een cliënt regelmatig wordt opgenomen, (3) tijdens en na een opnameperiode, (4) wijziging van behandeling (bijv. andere medicatie of therapie), (5) levensgebeurtenissen en (6) nieuwe cliënten.

Ook voor het weer van het bord afhaken van cliënten, ofwel voor afschaling van zorg, wordt een beschreven procedure gehanteerd, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FACT overleg, (2) de cliënt en zijn netwerk worden geïnformeerd dat ze weer minder intensieve zorg krijgen, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met het team, (4) en met de cliënt en diens naasten, (5) zo nodig wordt het crisisplan bijgesteld en (6) wordt het behandelplan aangepast. Voor meer informatie over het FACT-bord verwijzen we naar hoofdstuk 15 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

De *behandelplannen* worden multidisciplinair (met ten minste drie verschillende disciplines) vastgesteld. De cliënt en zijn/haar ouder(s) zijn aanwezig bij de behandelplanbespreking. Als de cliënt zestien jaar of ouder is, is de aanwezigheid van de ouder(s) niet verplicht, maar wel gewenst.

#### 4.5 Contactfrequentie

De benodigde contactfrequentie kan bij jongeren en gezinnen erg variëren. Sommige cliënten dienen dagelijks bezocht te worden, andere één keer per week of minder. Het team moet ervoor waken dat een gezin zich overvraagd gaat voelen en geen appel wordt gedaan aan de eigen kracht van het systeem.

Desalniettemin moet de waarde van de *hoge contactfrequentie* bij FACT niet onderschat worden. Ook bij kinderen en jongeren is het belangrijk dat cliënten regelmatig gezien worden door het team. Voor cliënten die niet op het bord staan wordt als richtlijn een gemiddelde aangehouden van één of meer face-to-face contacten per twee weken per cliënt(systeem). Voor cliënten die op het bord staan, geldt een contactfrequentie van gemiddeld drie face-to-face contacten per week per cliënt(systeem).

De face-to-face contactfrequentie ligt bij FACT Jeugd dus lager dan bij FACT voor volwassenen, maar het aantal contacten over de cliënt, zonder dat hij daarbij aanwezig is, (bv. met school en andere instanties) is groter. Ook is er meer contact via moderne communicatiemiddelen, zoals WhatsApp, facetime, skype, sms en e-mail.

#### 4.6 Diagnostiek

Net als bij FACT voor volwassenen is het belangrijk om nieuwe cliënten de eerste periode op het bord te zetten, zodat de verschillende teamleden hun beeld kunnen vormen en eventueel een afspraak met de cliënt kunnen maken.

Veel cliënten komen binnen met een aanzienlijk dossier en vaak is er al veel diagnostiek verricht. Desondanks is de problematiek bij cliënten van FACT Jeugd regelmatig nog onvoldoende helder. Vaak zijn er symptomen van verschillende stoornissen en bemoeilijkt faseproblematiek de diagnostiek. De puberteit kan bijvoorbeeld probleemgedrag met zich meebrengen dat van voorbijgaande aard is. Behandelaars zijn terughoudend in het stellen van (volwassen) diagnoses bij jongeren, omdat zij nog in ontwikkeling zijn en mogelijke psychiatrische ziektebeelden nog niet uitgekristalliseerd zijn. Het is daarom belangrijk de ontwikkeling van de cliënt te volgen en *procesdiagnostiek* te verrichten. Daarbij dient men alle factoren die een rol spelen bij het ontstaan (en het in stand houden) van de problematiek in kaart te brengen en de cliënt in zijn brede context te zien. Het gaat om multidisciplinaire en integrale diagnostiek die niet alleen is gericht op het individu, maar ook op zijn systeem. Het FACT Jeugdteam dient zelf de middelen en expertise in huis te hebben om diagnostiek en systeemonderzoek te verrichten.



#### 4.7 Behandeling en interventies

Het FACT Jeugdteam biedt *outreachinge praktische begeleiding* op allerlei levensgebieden en binnen de verschillende contexten waarin de cliënt zich begeeft. Op in ieder geval de volgende gebieden wordt zorg geboden: (1) school/werk, (2) in het gezin/ bij familiecontacten, (3) naar instanties, (4) in de buurt/ bij (sport)verenigingen, (5) bij medicatiegebruik en (6) bij financiën en administratie. De werkwijze dient bij FACT Jeugd – meer nog dan bij FACT voor volwassenen – systeemgericht te zijn. Het systeem van kinderen is vaak groter dan bij volwassen cliënten. Gezinsleden, opa's en oma's, burens, de mentor van school, enz., zijn bijvoorbeeld betrokken bij de jongere. Ook hebben gezinnen met meer hulpverlenende instanties te maken. De *outreachinge* werkwijze moet er dus met name op gericht zijn om het contact aan te gaan met de verschillende steunsystemen, deze te versterken en met elkaar te verbinden. Zo komt het regelmatig voor dat het FACT-team optreedt als bemiddelaar tussen de ouders en de school. (Zie ook paragraaf 4.9 over de samenwerking met formele en informele steunsystemen).

Het team ondersteunt en begeleidt cliënten actief bij het volgen van onderwijs en het vinden van werk bij jongeren die hun startkwalificatie hebben. Er wordt gebruik gemaakt van *evidence based practices* hiervoor, zoals Individuele Plaatsing en Steun (IPS), aangevuld met begeleid leren. Zie voor meer informatie over IPS hoofdstuk 10 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Er wordt gewerkt met *behandelplannen* en *crisisinterventieplannen*. Iedere cliënt heeft een dossier waarin een behandelplan van minder dan een half jaar oud is opgenomen. In het behandelplan zijn ontwikkelings-/hersteldoelen geformuleerd op verschillende domeinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor behoeften, wensen en kwaliteiten van de cliënt en zijn systeem. Cliënten, of hun ouders in het geval van twaalfminners, ontvangen een kopie van het behandelplan. Daarnaast heeft elk(e) cliënt(systeem) een crisisinterventieplan.

*Psycho-educatie* en *medicatiebegeleiding* vragen in de behandeling van jongeren extra aandacht. Indien nodig kan gestart worden met medicatie volgens de daarvoor geldende richtlijnen. De bijwerkingen van medicatiegebruik zijn met name in de adolescentie soms moeilijk te accepteren. Het gaat bijvoorbeeld om gewichtstoename en bijwerkingen op het gebied van seksualiteit. Dit kan er toe leiden dat jongeren hun medicatie niet innemen. De psychiater en begeleider dienen in de gesprekken met jongeren expliciet aandacht te besteden aan deze bijwerkingen en te bespreken hoe de jongere daarmee om kan gaan. Idealiter zijn alle bij de cliënt betrokken medewerkers op de hoogte van het medicatiegebruik en zou het regelmatig gespreksonderwerp moeten zijn met oog voor de toepassing in verschillende levenssituaties. Ook is het belangrijk dat het team psycho-educatie op maat biedt voor cliënten, ouders/verzorgers en overige gezinsleden en daarvoor materialen beschikbaar heeft.

Kenmerkend aan FACT is dat per persoon wordt bekeken wat hij of zij nodig heeft en welke *evidence based of practice based* interventies het beste kunnen worden ingezet. Het FACT Jeugdteam dient zelf specialistische behandeling te kunnen bieden, zoals *cognitieve gedragstherapie*, *traumabehandeling*, *oplossingsgerichte therapie* en *dialectische gedragstherapie*.

Ook *systeeminterventies* moeten binnen het team beschikbaar zijn. Afhankelijk van de leeftijd van de cliënt en van wat in een gezin nodig is, kan gevarieerd worden van opvoedingsondersteuning tot systeemtherapie. De resultaten van de gezinsdiagnostiek vormen het uitgangspunt. De systeeminterventies zouden zich bijvoorbeeld kunnen richten op de structuur (zitten ouders in hun ouderpositie, is er sprake van

samenwerking tussen hen, lopen subsystemen niet door elkaar), op communicatie (is die duidelijk, werkt de communicatie escalerend), op contextfactoren (is het gezin geïsoleerd, kan het steun krijgen, kunnen zaken uit het verleden een plaats krijgen), op het helder krijgen van het eigen verhaal van het gezin (hoe zien ze zichzelf en hun problemen; kan daar ruimte in ontstaan door er anders naar te kijken, waardoor er ook ruimte komt voor andere gedragingen). Naast gesprekken door de systeemtherapeut kan het team geprotocolleerde interventies inzetten, zoals Triple P, Parent Management Training Oregon (PMTO) of Multisystemic Therapy (MST).

Verder zijn positieve ervaringen opgedaan met *groepsbehandeling* voor adolescenten binnen FACT Jeugd. De groepen krijgen naar buiten toe niet de naam "behandeling", om het zo laagdrempelig mogelijk te houden. Te denken valt aan een sportgroep, boksgroep, hardlooptgroep, meidengroep (gericht op leuke dingen doen en met geld leren omgaan) en een spelletjesgroep. In de groepen wordt impliciet aandacht besteed aan o.a. sociale vaardigheden en agressieregulatie en bovendien werkt het lotgenotencontact empowerend. Afhankelijk van de lokale omstandigheden (leeftijd cliënten, stedelijke of provinciale omgeving, etc.) kan overwogen worden of behandelgroepen wenselijk zijn. Deze groepen moeten worden gezien als een opstapje naar deelname aan reguliere clubs en verenigingen in de maatschappij. Het doel moet dus altijd zijn om jongeren zoveel mogelijk te laten deelnemen aan het 'echte' leven en hier naar toe te werken.

Daarnaast is het bieden van een oudergroep of lotgenotengroep voor ouders aan te bevelen, bij voorkeur geleid door andere ouders.

Verder geven verschillende FACT Jeugdteams en ACT Vroegpsychoseteams aan dat een *Respite Service of Respite House* een welkome aanvulling zou zijn op het reguliere aanbod. Het gaat dan om een soort (logeer)huis, waar cliënten vrijwillig een dag of enkele dagen kunnen verblijven om bij te komen en even in een andere omgeving te zijn. Idealiter wordt dat gerund door ervaringsdeskundigen. In een studie van Ganier (1998) bleek bij ACT voor 10- tot 13-jarigen een *respite service* effectief te zijn voor het verkorten van opname. Dit houdt in dat cliënten uit huis geplaatst worden en voor korte tijd in een ander gezin verblijven.

#### 4.8 Zorgorganisatie

Een FACT Jeugdteam dient duidelijke *criteria* en een *procedure* te hebben opgesteld voor de toelating tot FACT, zodat alleen cliënten in zorg komen die niet bij andere hulpverlening terecht kunnen. De *wachttijd* voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen moet zo kort mogelijk zijn. Ook moet het team streven naar een groot *bereik*; in het verzorgingsgebied van het FACT Jeugdteam mogen geen cliënten tussen wal en schip vallen.

Het is belangrijk goed na te denken over de grootte van het verzorgingsgebied. Als het gebied te groot is (langer dan een uur reistijd) is het praktisch onhaalbaar om goede ACT-zorg te garanderen. Door de complexe logistieke planning en oplopende reistijden kan de hoge contactfrequentie niet gewaarborgd worden en is het team onvoldoende flexibel om waar nodig een keer extra op bezoek te gaan. In grote werkgebieden is het daarom aan te bevelen zoveel mogelijk samen te werken met andere aanbieders, zodat meerdere teams kunnen worden gevormd en met dezelfde middelen efficiënter zorg kan worden geboden.

Verder is een permanente *bereikbaarheid* essentieel bij FACT. Binnen kantooruren is het team in tijden van crisis binnen twee uur beschikbaar. In geval van crisis buiten

kantooruren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de crisisdienst. Het crisis-/signaleringsplan is voor de crisisdienst beschikbaar. Daarnaast kunnen cliënten van het FACT Jeugdteam 24 uur per dag met hun vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener.

Indien nodig kan het team voor haar cliënten gebruik maken van een *'bed op recept'* (BOR-regeling). Het team heeft het *initiatief bij klinische opnames*. Als cliënten van het FACT-team zijn opgenomen in de psychiatrie of zijn geplaatst in (gesloten) jeugdzorg, worden zij regelmatig bezocht door het team. Ook is er contact via telefoon, WhatsApp, e-mail, etc. Hiermee wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd, wat van groot belang is voor als de jongere weer naar huis mag.

In het geval van een opname in de (kinder- en jeugd)psychiatrie, is het team nauw betrokken bij de *planning van ontslag* uit de kliniek. Het team werkt samen met de opnameafdeling(en) en is aanwezig bij voortgangsbesprekingen in de kliniek.

Cliënten worden bij FACT zo lang als nodig is in zorg gehouden. Een groot verschil met FACT voor volwassenen is echter dat de zorg voor jongeren niet onbeperkt is. De jongere kan de doelgroep ontgroeien qua leeftijd en/of ontwikkeling en moet, indien hij nog zorg nodig heeft, doorstromen naar de reguliere zorg of FACT voor volwassenen. Om een goede continuïteit van zorg te realiseren, is het van belang dat het FACT-team de cliënt begeleidt naar de *juiste vervolgplek* en gedurende de eerste maanden na de overgang een vinger aan de pols blijft houden. Hoewel de leeftijd voor FACT Jeugd is vastgesteld op 0 tot 23 jaar, kan hiermee pragmatisch worden omgegaan. Als een jongere van 24 jaar wat betreft problematiek en ontwikkelingsfase nog niet toe is aan volwassenzorg, kan hij langer bij FACT Jeugd worden gehouden.

De FACT-zorg mag door het team nooit op negatieve gronden worden beëindigd zonder *adequate doorverwijzing*. De meeste cliënten stromen uit doordat hun situatie aanzienlijk is verbeterd en zij voldoende hebben aan reguliere zorg of geen zorg meer nodig hebben. Het is belangrijk dat het team regelmatig evalueert of een cliënt nog FACT-zorg nodig heeft.

Voor meer informatie over de organisatie van FACT verwijzen wij naar hoofdstuk 13 t/m 16 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

#### **4.9 Maatschappelijke zorg**

Zoals de C in FACT aangeeft, gaat het om behandeling in de *community*, ofwel maatschappelijke zorg, gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving en versterking van het netwerk. Het is daarom belangrijk dat face-to-face contacten voor het merendeel plaatsvinden op de plaats waar de cliënt zich bevindt, dus op school, in het gezin, in de wijk, etc. Het FACT Jeugdteam heeft directe lijnen met allerlei externe partners, zoals (1) scholen, (2) gemeente, (3) jongerenloket, (4) leerplichtambtenaar, (5) schuldhulpverlening, (6) CJG, (7) Bureau Jeugdzorg, (8) wijkagent, (9) andere jeugdzorginstellingen, (10) volwassenpsychiatrie (voor de ouders), (11) (begeleid) woonprojecten, (12) buurtwerkers/straatcoaches en (13) werk-leerbedrijven. Het FACT-team dient de spin in het web te zijn en het initiatief te nemen tot overleg met de diverse partijen. Het is daarom van belang dat het FACT-team zitting heeft in bestaande overlegstructuren, zoals regionale netwerkbijeenkomsten waar jongeren besproken worden. De samenwerkingspartners kunnen ook binnen het team gehaald worden (samengesteld team) of met vaste regelmaat aanschuiven bij het teamoverleg (zie paragraaf 4.3).

Op individueel niveau moet met alle instanties worden samengewerkt die voor de desbetreffende cliënt relevant zijn. Ook contacten met het AMK komen voor. Er zijn situaties waarin een melding gedaan moet worden van verwaarlozing of mishandeling.

Daarnaast dient men bij FACT Jeugd zo intensief mogelijk samen te werken met het informele steunsysteem van de cliënt. Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt vindt regelmatig contact plaats met de ouders/verzorgers, broers/zussen en andere personen uit het netwerk van de cliënt. Het systeem wordt ondersteund waar nodig, gericht op versterking van de eigen kracht. Ten tijde van intensieve zorg wordt minstens wekelijks ondersteuning geboden aan het informele netwerk van de cliënt en ten tijde van minder intensieve zorg maandelijks.

#### 4.10 Monitoring

Door het routinematig meten van uitkomsten van de zorg, ook wel ROM (*routine outcome monitoring*) genoemd, kan de kwaliteit van de hulp bewaakt en zo nodig verbeterd worden, zowel voor individuele cliënten als voor groepen (Nugter, 2008).

Voor FACT Jeugd is het belangrijk eens per jaar bij alle cliënten een ROM af te nemen, die ten minste bestaat uit gestandaardiseerde instrumenten om de ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven te meten. De volgende instrumenten worden aanbevolen (overeenkomstig de generieke basisset ROMCKAP):

	Vragenlijst	Leeftijd	Informant
<b>Ernst problematiek</b>	ASEBA (CBCL/ABCL en verwante instrumenten)	1,5-18+	Ouder/leerkracht/cliënt
	SDQ	3-17	Ouder/leerkracht/cliënt
<b>Dagelijks functioneren</b>	HoNOSCA	3-18	Behandelaar
	HoNOS	18+	Behandelaar
<b>Kwaliteit van leven</b>	Kidscreen-27	8-18	Cliënt/ouders
	Mansa	18+	Cliënt

Het is belangrijk dat het team de ROM-uitkomsten vertaalt naar zowel het behandelplan van individuele cliënten als naar teamuitkomsten.

Daarnaast is het de taak van de teamleider om het proces van FACT te monitoren. Dit dient systematisch te gebeuren, bijvoorbeeld door gebruik van de modelgetrouwheidsschaal voor FACT Jeugd of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check, act) wordt hierbij gehanteerd.

Voor algemene informatie over de implementatie van routine outcome monitoring in FACT verwijzen we naar hoofdstuk 17 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

#### 4.11 Professionalisering en teamgeest

Om het FACT Jeugdteam scherp te houden, is het van belang dat regelmatig wordt gereflecteerd op eigen handelen. Elk teamlid moet minstens tien uur per jaar ruimte hebben voor *intervisie of (groeps)supervisie*. Daarnaast is het belangrijk dat alle teamleden jaarlijks minstens vier dagdelen worden *bijgeschoold* in FACT en onderwerpen die gerelateerd zijn aan FACT Jeugd, zoals multiprobleemgezinnen, bemoeizorg, systeemgericht werken etc.

Het team moet bewaken dat er structureel aandacht is voor ontwikkeling en empowerment van cliënten. De behandeling en begeleiding moeten erop gericht zijn om de eigen kracht van het cliëntensysteem te benutten en te versterken. Dit moet blijken uit

de bordbespreking, de doelen in de behandelplannen en concrete acties. Het team kan bijvoorbeeld gebruik maken van methodes als 'eigen kracht conferenties', waarbij een cliënt(systeem) samen met familieleden, bekenden en overige betrokkenen een plan voor de toekomst maakt.

Ten slotte is het belangrijk dat er een energieke sfeer is in het team, met onderlinge steun en betrokkenheid, een gedeelde visie en een innovatief gehalte. Teamleden moeten zorg dragen voor elkaars veiligheid en opbouwend kritisch durven zijn. Een positieve teamgeest zal leiden tot meer daadkracht in de hulpverlening.



## Literatuur

Ahrens, C., Frey, J., Knoedler, W.H. & Senn-Burke, S.C. (2007). Effect of PACT on inpatient psychiatric treatment for adolescents with severe mental illness: a preliminary analysis. *Psychiatric Services*, 58, 1486-1488.

Assan, B., Burchell, P., Chia, A., Coffey, C., Floreani, S., Weir, J., Wingenfeld Hammond, S. & Woods, B. (2008). The Adolescent Intensive Management Team: an intensive outreach mental health service for high-risk adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 423-427.

Bähler, M. & Veldhuizen, R. van (2008). Het FACT-bord en de regie. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Barnard, M.C. & Kramer, G.J.A. (2002). *Kinderen en jeugdigen met chronisch psychiatrische problematiek*. Utrecht: Prismant.

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., Quach, P. le, Christensen, T.Ø, Krarup, G., Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 762-771.

Bond, G.R., Drake, R.E. & Mueser, K.T., e.a. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(3), 142-157.

Bond, G.R. & Salyers, M.P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth Assertive Community Treatment Scale. *CNS Spectrum*, 9, 937-942.

Braem, P. (2009). Meer dan goed je werk doen. Interview met Jan van Schilt over ACT Jeugd. *Tijdschrift Sociale Psychiatrie*, 89, 61-64.

Craig, T.K.J., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomized controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329, 1067-1070.

Cuddeback, G.S. & J.P. Morrissey (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Verse FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 90-97.

Faber, T. & Mostert, P. (2010). Beleidsnotitie ACT teams Accare. Stichting Universitaire en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord-Nederland.

Ganier, P.J. (1998). *Participant experiences in children's assertive community mental health program: A case study*. US: ProQuest Information & Learning.

Hendriksen-Favier, A.I. (2011). *Modelbeschrijving (F)ACT Jeugd*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Hoff, C. & Keet, R. (2008). De psychiater. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kroet, A. (2008). De ervaringswerker. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kwaak, A. van der & Kramer, A. (2009). *Evaluatie ACT Jeugd. Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten*. Rotterdam: Bavo Europoort.
- Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 44(5), 443-454.
- McGrew, J., Bond, G., Dietzen, L. & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 62(4), 670-678.
- McGrew, J.H. & Danner, M. (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, 278-294.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Teague, G.B. & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824.
- Mulder, C.L. & Kroon, H. (red.) (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom.
- Nugter, A. (2008). Routine outcome monitoring in FACT-wijkteams: implementatie en gebruiksmogelijkheden. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Otter, J. den, Verschuur, F. & Schell, P. (2009). Assertive Community Treatment ook voor jeugd? *Tijdschrift Sociale Psychiatrie*, 89, 15-21.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M.B., Øhlenschläger, J., Christensen, T.Ø, Krarup, G., Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517):602.
- Polhuis, D. & Bähler, M. (2008). De verpleegkundige discipline, het hart van het FACT-team. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Rispens, J., Goudena, P.P. & Groenendaal, J.J.M. (1994). *Preventie van psychosociale problemen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.



Sierksma, P. (2009). Verhalen bij het Transitieprogramma Langdurende Zorg: Assertive Community Treatment (ACT) Rotterdam. *Tijdschrift Sociale Psychiatrie*, 90, 67-73.

Sowell, E.R., Thompson, P.M., Holmes, C.J., Jernigan, T.L. & Toga, A.W. (1999). *In vivo* evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neuroscience*, 2, 859-861.

Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternatives to mental hospital treatment. Part I: conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

Stichting Centrum Certificering ACT en FACT. De FACT-schaal: FACTs (vernieuwde versie). Heiloo/Utrecht, 2010.

Storm, A., Frieswijk, N. & Hendriksen-Favier, A. (in druk). FACT als organisatie-model voor langdurig zorgafhankelijke kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent*.

Teague, G.B., Bond, G.R. & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment. Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2): 216-231.

Torrey, W., Drake, R., Dixon, L., Burns, B., Flynn, L., Rush, A. & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 45-50.

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (Red.) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M. & Teer, W. (2006). FACT: de 'Functie ACT'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 525-534.

Verhaegh, M.J.M., Bongers, I.M.B., Kroon, H. & Garretsen, H.F.L. (2007). Assertive Community Treatment bij patiënten met een eerste psychose. Modelgetrouwheid en doelgroepspecifieke aanpassingen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49, 789-798.

Verhaegh, G. (2009). *Effectiveness of assertive community treatment in early psychosis*. Proefschrift Universiteit van Tilburg.

Vugt, M. van, Kroon, H., Delespaul, P., Dreef, F., Nugter, A., Roosenschoon, B. & Mulder, C. (2011). Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(3), 154-160.

Vugt, M. van, Veldhuizen, J. van, Bahler, M., Delespaul, P., Huffels, N., Mulder, C. & Kroon, H. (2011). Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie-assertive community treatment (fact). *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 53(2), 119-124.

Willigenburg, M. van, Vleugel, B. van der, Folkerts, H., Delespaul, P. & Veldhuizen, R. van (2008). De psycholoog. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Wit, J. de, Veer, G. van der & Slot, N.W. (2002). *Psychologie van de adolescentie*. Baarn: Hbuitgevers.

[www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl), website van de Stichting Centrum certificering ACT en FACT



