

ZORGPROGRAMMA

FACT JEUGD

- Update 2023 -



Expertgroep FACT jeugd 2023

Arkink, Emmy (GZ-psycholoog), FACT jeugd Achterhoek

Arts, Saar (systeemtherapeut, GZ-psycholoog), FACT jeugd Rivierenland

Brouwer, Anne-Freda (systeemtherapeut, GZ-psycholoog), FACT kind en jeugd regiogemeente Arnhem

Horlings, Annerieke (kinder- en jeugdpsychiater), FACT jeugd Zwolle

Oosterling, Anne (kinder- en jeugdpsychiater), FACT kind en jeugd regiogemeente Nijmegen

Rijk van, Suzanne (gezinsbehandelaar), FACT kind en jeugd regiogemeente Arnhem

Sonsbeek van, Maartje (GZ-psycholoog), FACT jeugd Rivierenland

Wisse-Veenstra, Janneke (GZ-psycholoog), FACT jeugd Foodvalley

Eerste versie: januari 2020, op 14-01-2020 aangeboden aan alle betrokken organisaties.

Update: ontwikkeld in 2022-2023, 16-03-2023 gepubliceerd.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Het zorgmodel FACT jeugd	4
Doelgroep.....	5
Behandelprogramma.....	7
Fases van behandeling	7
Generiek behandelaanbod	11
Specifiek behandelaanbod	11
Evaluatie & ontwikkeling.....	20
Literatuur	22
Bijlagen.....	24

Inleiding

Flexibele Assertive Community Treatment voor jeugd (FACT jeugd) biedt behandeling aan jeugdigen met (een vermoeden van) complexe psychiatrische problematiek die onvoldoende aansluiting vinden bij reguliere hulpverlening. Doel is om deze complexe doelgroep te bereiken, crisissen te voorkomen en jeugdigen en ouders te motiveren en toegang te bieden tot psychiatrische behandeling.

Vanuit de betrokken organisaties is afgelopen jaren geïnvesteerd in het zoeken naar een passende samenwerkingsvorm tussen de organisaties, opzetten van het primaire proces en implementeren van het FACT jeugd zorgmodel conform de modelbeschrijving FACT jeugd [Hendriksen-Favier, 2013]. In januari 2015 is het eerste FACT jeugd in Foodvalley opgericht, gevolgd door FACT Kind en Jeugd regiogemeenten Nijmegen en FACT Jeugd Rivierenland; in 2017-2019 zijn gestart FACT jeugd Achterhoek, FACT jeugd Zwolle en FACT kind en jeugd regiogemeente Arnhem. De jeugd FACTs zijn per regio aanbod-gespecificeerde samenwerkingsverbanden van de organisaties Karakter, Pro Persona, Eleos, GGNET, Accare, Trias, Tactus, Ambiq en Dimence JeugdGGZ. Er wordt toegewerkt naar netwerksamenwerkingen waarbij één organisatie uitvoerend faciliterend is (Pro Persona 4 teams, GGNET 1 team, Karakter 1 team).

Inmiddels zijn er zes jeugd FACTs (0-23 jaar) in de regio Gelderland en Overijssel operationeel waar integrale behandeling, zorg en begeleiding geboden wordt aan jeugdigen met complexe problematiek. Alle teams zijn CCAF (Stichting centrum certificering ACT en FACT) gecertificeerd (3 jaarlijkse her visitatie) of werken hier naar toe (nieuw team) [CCAF, 2014]. Toen in 2018 deze basis van de teams goed stond, was een passende vervolgstap om inhoud van behandeling voor deze kwetsbare en complexe doelgroep verder door te ontwikkelen middels beschrijven van het zorgprogramma FACT jeugd. Hiertoe is in 2018 vanuit de programmaraad (deze toetst evidentie van behandelvormen) van de Karakter Academie een expertgroep geformeerd. Om expertise en integratie van zorg te borgen, hebben verschillende disciplines vanuit de jeugd FACTs en de samenwerkende organisaties zitting genomen. Dit resulteerde in een eerste versie van een generiek zorgprogramma FACT jeugd. Voortbouwend op de modelbeschrijving FACT jeugd van het Trimbos [Hendriksen-Favier, 2013] en landelijke richtlijnen kinder- en jeugdpsychiatrie, aangevuld met beschikbare literatuur over FACT jeugd en onze praktijkervaringen. Voor de FACT jeugd populatie is helaas naar de effectiviteit en doelmatigheid van interventies nog weinig onderzoek gedaan, daarom is tevens conform evidence based medicine gebruik gemaakt van expert opinions. In januari 2020 is het zorgprogramma FACT jeugd aan elke betrokken samenwerkingsorganisatie aangeboden en inmiddels opgenomen in interne Zorgprogrammering.

Afgelopen twee jaar is het zorgprogramma door de zelforganiserende FACTS verder geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk, afgestemd op de kleur lokaal (lokale zorgvraag en zorgnetwerk). Door de expertgroep FACT jeugd zijn deze nieuwe praktijkervaringen als ook landelijke nieuwe onderzoeksresultaten betreffende FACT jeugd populatie, aanvullende CCAF criteria [CCAF, 2020] en innovaties vanuit platform FACT jeugd NL opgevolgd en gebundeld. Dit heeft geleid tot een update van het zorgprogramma met drie nieuwe specifieke FACT modules, enkele actualisaties en uitzetten van vier gezamenlijke speerpunten voor komende drie jaar. Deze zullen weer jaarlijkse geëvalueerd en periodiek bijgesteld worden.

Het zorgmodel FACT jeugd

Flexibele Assertive Community Treatment voor jeugd (FACT jeugd) is een zorgmodel dat zich richt op intensieve, multidisciplinaire hulpverlening in de thuissituatie voor jeugdigen met ernstige psychiatrische problematiek. Een multidisciplinair team met een gedeelde caseload biedt laagdrempelige, out-reachende behandeling op meerdere levensgebieden. Ook is er aandacht voor herstel en monitoring van stabielere patiënten met complexe problematiek. Uit onderzoeken binnen de volwassen psychiatrie is gebleken dat FACT succesvol is in het bereiken van een complexe doelgroep en in het verminderen van het aantal opnames in de psychiatrie [van Veldhuizen, 2015]. FACT sluit aan bij de ingezette ambulantisering binnen de GGZ en bij de visie van Transitie en Transformatie Jeugdzorg (versterken eigen kracht en netwerk, zorg dichtbij de burger, samenwerking instellingen, participatie van burgers met ernstige psychiatrische problemen en verminderen zorgkosten).

FACT jeugd richt zich op jeugdigen van 0 tot 23 jaar, waarbij er complexe problemen spelen, die vastlopen op meerdere levensgebieden en bij wie reguliere hulpverlening niet aansluit. Er is sprake van (een vermoeden van) persistente, vaak complexe psychiatrische problematiek, met regelmatig ook middelenmisbruik, agressieregulatieproblematiek, gedragsproblemen en criminaliteit. Vaak heeft de jeugdige forse problemen op school of is er sprake van schoolverzuim. Ouders hebben regelmatig eigen problematiek, de verhouding tussen draagkracht en draaglast is verstoord en er spelen opvoedings- en/of relatieproblemen. Tevens kunnen er zorgen zijn over de veiligheid in het gezin. De jeugdige en zijn gezin worden niet bereikt door de reguliere hulpverlening of zijn hierin het vertrouwen verloren. Het FACT model voor jeugd vraagt dan ook specifiek aandacht voor systeeminterventies, afstemming met het sociale netwerk en ketenpartners en aanpassing aan de ontwikkelingsmogelijkheden van jeugdigen [Hendriksen-Favier, 2013]. Behandeling dient aan te sluiten bij de levensfase waarin de jeugdige zich bevindt. Vier belangrijke ontwikkelingstaken bij de doelgroep van FACT jeugd zijn hierbij van belang [Storm, 2013]:

- het vormen van veranderende relaties binnen het gezin (van afhankelijkheid naar autonomie)
- contact bevorderen met leeftijdsgenoten (leeftijdsgenoten worden belangrijker als referentiekader naarmate de invloed van ouders afneemt)
- participeren in onderwijs of werk
- invullen van vrije tijd.

Doelgroep

Hieronder een beschrijving van de doelgroep van de huidige jeugd FACTs, inhoudelijke toegelicht vanuit de beschikbare literatuur.

- 0-18 jaar, met uitloop naar 23 jaar

De doelgroep van de jeugd FACTs wordt gevormd door kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 0-18 jaar, met mogelijkheid tot continuering tot 23 jaar.

Toelichting: Voor een uitloop tot 23 jaar wordt gekozen omdat specifiek in de leeftijd van 12 tot 23 jaar jongeren nog volop in ontwikkeling zijn. Hersenen van adolescenten rijpen nog tot ver in de twintiger jaren en verschillen per individu. De incidentie van psychiatrische stoornissen laat een piek zien in de adolescentiefase. Aangezien psychische problemen op jonge leeftijd voorspellers zijn van psychische problemen op latere leeftijd zijn effectieve en vroege interventies nodig om langetermijneffecten van psychiatrische stoornissen te voorkomen. 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 ontwikkelingstaken kampen die passen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie [Hendriksen-Favier, 2013].

Evaluatie laat zien dat het zorgaanbod vormgegeven vanuit onze jeugd FACT Jeugd teams van meerwaarde kan zijn, als de jongvolwassenen nog bezig is met ontwikkelingstaken van 18- en hier een sGGZ hulpvraag ligt. De ontwikkelingsleeftijd van deze groep jongvolwassenen ligt lager (veelal door de ernst van hun beperkingen of langdurende ontwikkelingsstagnatie) dan de kalenderleeftijd en valt hiermee binnen de expertise van de kinder- en jeugdpsychiatrie, wat maakt dat hulp van een jeugdteam veelal beter aansluit dan vanuit de volwassenzorg. Voor een uitwerking van de verschillende ontwikkelingstaken per leeftijdscategorie, verwijzen we naar Spanjaard en Slot [Spanjaard, 1996; Spanjaard, 2015]. Tevens is zichtbaar geworden dat deze doelgroep aanvullende dan wel andere randvoorwaarden vraagt, die essentieel zijn om eerst te borgen alvorens deze doelgroep van goede zorg te kunnen bedienen [notitie expertgroep FACT jeugd, 2021]. Voor de leeftijd van 0 tot 4 jaar geldt dat de specifieke expertise van de infantpsychiatrie vereist is voor goede diagnostiek en behandeling. Deze kinderen worden daarom aangenomen als leden van het gezin en niet als aangemelde, individuele cliënten.

- Complexe psychiatrische problemen of vermoedens daarvan

Voorbeelden zijn autisme, depressie, jongeren die bedreigd worden in hun persoonlijkheidsontwikkeling, ernstige angststoornis, eetstoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis, psychotische stoornissen, soms in combinatie met middelenmisbruik of gedragsproblemen. Deze problematiek heeft een langdurig karakter bij jongeren die in periodes in crisis raken.

- Verstoorde draagkracht/draaglast-verhouding in systeem

Naast problematiek bij de jeugdige is er vaak sprake van systeemproblematiek; er zijn opvoedingsproblemen en/of relatieproblemen binnen het gezin. Vaak ook spelen er financiële problemen, psychische en/of psychiatrische problemen of verslavingen bij de ouders en komt misbruik of mishandeling voor. Ook wel multistressed gezinnen genoemd.

- Er zijn problemen op meerdere levensgebieden, waarbij de ontwikkeling van de jeugdige stagneert en de oplossing niet enkelvoudig is:

- vastlopen school/ schoolverzuim, geen vorm van dagbesteding of werk (opleidings- of arbeidsproblemen)
- sociaal disfunctioneren
- onvoldoende aanwezig zijn van pedagogische context
- huisvestingsproblemen/ zwerven
- dreigen in crimineel circuit te komen
- dreigende uithuisplaatsing

- financiële problemen
- Er is onvoldoende aansluiting bij reguliere hulpverlening, waarbij er vaak al een lange hulpverleningsvoorgeschiedenis is. Jeugdigen en/ of systeem hebben soms een ambivalente hulpvraag, zijn hulpverleningsmoe, hebben het vertrouwen in hulpverlening verloren en/ of zorgmijgend.
- Contra-indicaties:
 - Op moment van aanmelden is een opname, uithuisplaatsing dan wel crisiszorg (IHT, crisisdienst) geïndiceerd.
 - IQ <80 (vanwege partner Ambiq in Zwolle <70)
In het bijzonder voor de doelgroep LVB (licht verstandelijke beperking; veelal IQ 55-70) met complexe psychiatrische problematiek geldt dat er anders gewerkt moet worden dan met de doelgroep laaggemiddeld tot normaal begaafd. Bij een intelligentie rond de 80 dient gekeken worden naar niveau van functioneren van de jeugdigen (en verzorgers/ouders), leerbaarheid en benodigde zorg. Om daarna af te wegen of dit vormgegeven kan worden vanuit een reguliere FACT jeugd of specifieke LVB expertise vraagt zoals hierboven beschreven.

Behandelprogramma

Behandeling en begeleiding vanuit FACT jeugd richt zich op het weer op gang brengen van de ontwikkeling van jeugdigen, het optimaliseren van het functioneren van de jeugdigen in de maatschappij en zoveel als mogelijk verminderen van de psychiatrische problematiek. Waar reguliere GGZ behandeling na diagnostiek meestal direct van start gaat met symptoomgerichte interventies, begint een FACT traject met het creëren van voorwaarden en context voor behandeling. Belangrijke behandelonderdelen in deze fase zijn aansluiting vinden bij de jeugdigen en opvoeders, opbouwen van behandelrelatie, motiveren en komen tot een gemeenschappelijke probleemdefinitie en plan van aanpak. Dit vereist een laagdrempelige toegankelijkheid, blijvende beschikbaarheid, bieden van zorg op maat en outreachende werkwijze. Vanwege het vaak gelijktijdig aanwezig zijn van een combinatie van complexe psychiatrische (multi)problematiek, systeemproblematiek en psychosociale problemen, is specialistische kinder- en jeugdpsychiatrie expertise als ook multidisciplinaire en integrale behandeling binnen het jeugd FACT essentieel. Behandeling wordt vormgegeven door inzet van geïndiceerde interventies toe te spitsen naar de mogelijkheden, motivatie en draagkracht van de jeugdige en opvoeders op dat moment. Bij FACT kan begeleiding ook een onderdeel zijn van behandeling, deze dient wel in dienst te staan van een behandeldoel (bijv. een jongere die angstig is om naar school te gaan, een periode 's ochtends hierin te begeleiden). Dit vraagt een zorgprogramma met, naast een beschrijving van effectieve interventies voor de doelgroep van FACT jeugd, ruimte voor flexibiliteit en variatie.

Fases van behandeling

Een traject van een jeugdige en opvoeders bij het jeugd FACT doorloopt veelal onderstaande fases van behandeling, voortgebouwd op de FACT jeugd methodiek. Hieronder een korte beschrijving per fase van specifieke kenmerken en werkwijze.



Screening & aanmelding

Om de doelgroep van FACT jeugd toegang tot zorg te laten krijgen, is laagdrempelige bereikbaarheid en snelle toegankelijkheid essentieel [Hendriksen-Favier, 2013]. Vanwege potentiële crisisogeniteit dient er ook samen met verwijzing een inschatting gemaakt te worden van veiligheid en hoe wachttijd te overbruggen.

Werkwijze

- Team is binnen kantoortijd bereikbaar voor verwijzers en netwerkpartners. Er vindt telefonisch een eerste grove screening plaats of FACT jeugd een passend zorgaanbod zou kunnen zijn. Verwijzer wordt verzocht verwijsbrief met aanvullende inhoudelijke informatie aan te leveren.
- Aanmelding wordt multidisciplinair besproken in het wekelijkse aanmeldoverleg (min. 1 regiebehandelaar aanwezig). Er wordt besproken of casus voldoet aan inclusiecriteria FACT jeugd en een eerste inschatting gemaakt van veiligheid en risico's.
 - o Indien FACT jeugd geïndiceerd is, wordt na ontvangst van erkende verwijsbrief, toestemmingsformulieren jongere (>12 jaar) en gezaghebbende en beschikking een intake gepland. Er wordt gekeken welke twee disciplines gewenst zijn voor de intake (minimaal één regiebehandelaar), specifiek naar indicatie voor psychiatrische beoordeling door een kinder- en jeugdpsychiater.
 - o Indien FACT jeugd niet geïndiceerd is, wordt met de verwijzer meegedacht over een passender vervolg.
- Uitzondering: indien er ondanks inzet vanuit FACT en verwijzer nog geen schriftelijke toestemming verkregen kan worden bij aanmelding van de jeugdige en/of opvoeders, dient er wel een intake gepland te worden als dit samenhangend met de zorgmijdende problematiek. Veelal kan deze alsnog schriftelijk (of anders mondeling; voldoet juridisch) verkregen worden tijdens het eerste face-to-face contact. Indien er geen toestemming van de jongere verkregen kan worden, er echter wel zorgen zijn over de ontwikkeling kan bemoeizorg ingezet worden in afstemming met de eerste geneeskundige. Continuering van inzet dient na 6 weken geëvalueerd te worden.

Intakefase (<4 weken)

Inzet is om het eerste contact te leggen met de jeugdigen en ouders/verzorgers, indien mogelijk eerste inventarisatie te maken van de problematiek en hulpvraag, inschatting te maken van veiligheid en te toetsen of voorwaarde voor start FACT behandeling geborgd zijn.

Werkwijze:

- Er vindt een intake plaats, veelal middels een huisbezoek, met de jeugdige, ouders/gezaghebbenden en jeugd FACT.
- Casus wordt opnieuw multidisciplinaire besproken: vaststelling of voldoende voorwaarden aanwezig zijn voor start FACT, toewijzing zorgmodules en matching van hulpverleners aan gezin (dossierhouder, medebehandelaren en regiebehandelaar).
- Binnen twee weken volgt een adviesgesprek met de jeugdige, ouders/gezaghebbenden, andere betrokken hulpverleners en FACT. Er wordt samen een behandelplan opgesteld, eerste afspraken gemaakt met ketenpartners over taakverdeling en verantwoordelijkheden en eerste behandelcontacten ingepland.

Inventarisatiefase (6-12 weken)

De eerste periode van de FACT behandeling richt zich op het in contact komen met de jeugdige en gezin, opbouwen van behandelrelatie en samenwerking, motiveren voor behandeling, maken van

context voor behandeling en komen tot een gemeenschappelijke probleemdefinitie en plan van aanpak.

Specifieke interventies:

- Veiligheidsplan
Vanwege de crisogeniteit en vaak aanwezig zijn van zorgen over de veiligheid bij de FACT jeugd doelgroep, wordt met iedere jeugdige en gezin een veiligheidsplan gemaakt [zie bijlage veiligheidsplan]. Het bevat zowel een inventarisatie en taxatie van veiligheid en suïcidaliteit, als een concreet plan van aanpak voor het gezin en betrokken hulpverleners om veiligheid te vergroten. Het veiligheidsplan werkt conform geldende richtlijnen suïcidaal gedrag en huiselijk geweld [van Hemert, 2012; Rijksoverheid, 2018]. Het veiligheidsplan is in bezit van het gezin, andere relevante betrokkenen en wordt opgenomen in het elektronisch dossier zodat het ook toegankelijk is voor crisisdiensten. Bij nieuwe signalen van onveiligheid en tijdens behandelplanevaluatie dient deze geactualiseerd te worden.
- Diagnostiek
Bij voorkeur wordt tijdens de inventarisatiefase diagnostiek ingezet, indien hiervoor voldoende commitment en stabiliteit aanwezig is. Geïndiceerd zijn: dossierstudie, gezinsdiagnostisch onderzoek, kinderpsychiatrisch onderzoek; en op indicatie: procesdiagnostiek, somatische screening, intelligentieonderzoek, neuropsychologisch onderzoek, schoolobservatie of andere specifieke onderzoeken.
- Module motiveren & toeleiden
Zie 'specifiek behandel aanbod', voor een nadere beschrijving.

Acute fase (ACT zorg)

Indien er sprake is van (dreigende) ontregeling wordt behandeling conform FACT methodiek opgeschaald, gericht op herstellen van veiligheid en stabiliseren van crisis. Door middel van intensivering van outreachende inzet en actiegerichte benadering, is het streven om zo snel mogelijk situatie te stabiliseren en bijvoorbeeld opname of uithuisplaatsing te voorkomen.

Werkwijze:

- Indien er sprake is van toename symptomen of crisis, overlast, verwaarlozing, zich niet houden aan afspraken, zorgmijdend gedrag, opname, inzet van dwang en drang of levensgebeurtenissen wordt de jeugdige conform FACT methodiek op het FACT bord geplaatst [CCAF, 2014]. Middels shared caseload wordt zorg geïntensiveerd (dit kan tot dagelijkse contacten). Regiebehandelaar maakt inschatting of beoordeling geïndiceerd is. Indien er sprake is van zorgen over suïcidaliteit, somatiek, psychofarmaca of inzet drang/dwang overlegt de regiebehandelaar voor zover geen kinder- en jeugdpsychiater, met een kinder- en jeugdpsychiater.
- Jeugdige en opvoeders worden geïnformeerd, het veiligheidsplan gaat in werking en er worden concrete afspraken gemaakt voor komende dagen. Zo nodig wordt een vooraanmelding gedaan bij de spoedzorg jeugdbescherming (pedagogische crisis op de voorgrond) of crisisdienst GGZ (psychiatrische ontregeling op de voorgrond) dan wel wijkagent/politie geïnformeerd.
- Veel ingezette interventies zijn: intensivering contacten met jeugdige en/of ouders, risicotaxatie inclusief suïcidaliteit, veiligheidsplan en signaleringsplan activeren, betrekken van netwerk, time-out in netwerk. Indien intensivering van zorg ontoereikend, kan naast FACT behandeling (kortdurende) opname binnen jeugdhulpverlening, IHT of opname binnen sGGZ jeugd of volwassenen ingezet worden.
- Drang/dwang: conform FACT werkwijze wordt eerst maximaal ingezet op motiveren van jeugdige en zoveel als mogelijk eigen regie. Indien er echter grote zorgen ontstaan over veiligheid of ontwikkeling van de jeugdige, kan inzet van dwang nodig zijn.

- Indien een ontregeld psychiatrisch toestandsbeeld op de voorgrond staat, dient dit vanuit de wet verplichte ggz te gebeuren. In geval van een maatregel bij jongeren (<18), wordt een beroep gedaan op de crisisafdelingen van Karakter; mocht hier geen plek zijn, buiten de regio. Bij jongeren wordt inzet van afzonderen, fixeren en toedienen van noodmedicatie onder dwang dermate complex en traumatiserend bevonden, dat sterk de vraag is of dit thuis veilig kan worden toegepast. Bij jongvolwassenen wordt een beroep gedaan op de lokale volwassen GGZ bij vraag voor IHT of opname.
- Indien gedragsmatige ontregeling of onvoldoende pedagogische context (onveiligheid) op de voorgrond staat, dient een machtiging gesloten plaatsing met of zonder onder toezicht stelling overwogen te worden. Aanvraag gaat veelal in samenwerking met jeugdbescherming of sociaal wijkteam.

Behandelfase

Bij voldoende commitment en stabiliteit, worden behandelinterventies ingezet aansluitend bij de mogelijkheden en belastbaarheid van de jeugdige en opvoeders. Specifiek dient er aandacht te blijven voor de samenwerkingsrelatie en eventuele nieuw ontstane belemmeringen hierin.

Werkwijze

- Behandelmodules zowel generiek vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie als specifiek vanuit FACT jeugd worden ingezet. Zie 'generiek behandelaanbod' en 'specifiek behandelaanbod'.
- Behandeling en doelen worden elke drie maanden geëvalueerd tijdens de behandelplanevaluatie met ouders, dossierhouder, medebehandelaren, regiebehandelaar en indien geïndiceerd extern betrokken hulpverleners. Bij jeugdigen in herstelfase of die voldoende gestabiliseerd zijn, vinden behandelplanevaluaties minimaal één keer per zes maanden plaats.

Herstelfase

Tijdens de herstelfase ligt regie bij de jeugdige, opvoeders en zo nodig ondersteunend netwerk en is het jeugd FACT enkel nog op de achtergrond betrokken. Deze wordt ingezet als de jeugdige en opvoeders weer voldoende handvatten hebben om zelf crisis op te lossen en de jeugdige zich voldoende ontwikkelt, echter de situatie nog erg kwetsbaar is. Het kan de overgang zijn naar afsluiten van FACT behandeling of als holding ten behoeve van de opstart van vervolghulp / begeleid wonen. Maar ook ingezet bij jeugdigen met complexe chronische problematiek die opgroeien in een kwetsbaar gezin, dat zich onvoldoende kan aanpassen aan nieuwe ontwikkelingsfases van de jeugdigen met hoog risico op opnieuw ontstaan van crisis of ernstige stagnatie. Behandelfase, acute fase en herstelfase kunnen elkaar hierbij afwisselen.

Werkwijze:

- Er vinden laagfrequent behandelcontacten plaats (1x per 3 of 4 weken), behandelplanevaluatie vinden 1x per 6 maanden plaats.
- Er wordt een terugvalpreventieplan gemaakt, met aandacht voor inzet van eigen netwerk.
- Indien mogelijk wordt FACT behandeling afgesloten of afgeschaald:
 - Indien jeugdige en gezin mogelijkheid hebben gekregen om adequaat gebruik te maken van reguliere specialistische zorg, dient (interne) doorverwijzing naar de polikliniek overwogen te worden.
 - Indien er geen indicatie meer is voor zorg binnen de sGGZ dient afschaling naar het wijkteam of 1^e lijn ingezet te worden.
 - Vanaf de leeftijd van 18 jaar en uiterlijk op 23 jaar, dient overgang naar volwassenenzorg overwogen te worden. Indien de jongvolwassene vanwege zijn/haar problematiek qua ontwikkelingsniveau jonger is dan kalenderleeftijd of als systemische problematiek sterk

aanwezig is, kan het de voorkeur hebben om zorg met kinder- en jeugdpsychiatrische expertise vanuit jeugd FACT te continueren tot 23 jaar.

Generiek behandelaanbod

Waar mogelijk maakt FACT jeugd gebruik van de generieke diagnostische- en behandelinterventies conform stoornis specifieke richtlijnen en zoals beschikbaar binnen de betreffende organisaties. Vanwege de complexiteit van de FACT jeugd doelgroep en veelal hiermee samengaande belemmeringen in samenwerking en motivatie, vraagt de uitvoering hiervan veel flexibiliteit, outreachend werken, integrale behandeling en een aanbod op maat. Dit maakt dat uitvoering van protocollaire behandelinterventies binnen een FACT jeugd traject veel variatie zal laten zien.

Hierdoor kan inzet afwijken in:

- Aantal, duur en frequentie van sessies/contacten; als ook continuïteit en duur van de interventie
- Locatie (behandelkamer, huiskamer, buitenlucht, school, etc.)
- Aard van het contact: medium (face to face, digitaal), toegankelijkheid (non-verbale interventies, inzet van (C)GT en ERT interventies tijdens individuele begeleidingscontacten).

Specifiek behandelaanbod

De FACT jeugd doelgroep kenmerkt zich tevens door specifieke problematiek en hulpvragen die inzet vraagt van die hieronder gespecificeerde behandelmodules. Hieronder een beschrijving van de behandelmodules die reeds ontwikkeld zijn. Komende jaren dienen nog aanvullende modules ontwikkeld te worden als ook getoetst in de praktijk.

- Module Integrale samenwerking met netwerk en ketenpartners
- Module Ervaringsdeskundigheid
- Module Motiveren & toeleiding
- Module Nieuwe autoriteit
- Module Schooltrajectbegeleiding
- Module Stoornissen in middelengebruik
- Module Trajectbegeleiding

Module Integrale samenwerking met netwerk en ketenpartners – FACT JEUGD	
Portefeuillehouder	Expertgroep FACT jeugd
Uitvoerende	Alle disciplines FACT, regiebehandelaar procesverantwoordelijk. Systeemtherapeut is betrokken tav samenwerking en interveniërende interacties.
Doelgroep	Alle jongere & gezin in zorg zijnde bij FACT jeugd.
Indicaties & contra-indicaties	Jongere en/of gezin waarbij meerdere instanties betrokken zijn of inzet van informele netwerk gewenst is. Vanwege de complexiteit van de FACT doelgroep en het frequent aanwezig zijn van samenwerkingsproblemen, wordt geadviseerd deze module standaard in te zetten.

	Contra-indicaties: - Ontbreken van toestemming van de jongere/ouders (afhankelijk van de leeftijd) voor uitwisseling gegevens met derden.
Doelstelling	Integrale samenwerking: - Er is een gezamenlijke probleemanalyse en gedeelde visie op doelen en aanpak. - Er is inzicht in (systemische) interactiepatronen en overdrachtsfenomenen en passende interventies worden hierop ingezet. - Er is een constructieve samenwerking tussen de jongere, alle gezinsleden, het informele netwerk, betrokken instanties en hulpverlening. - Jongere en gezin zijn zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk voor de zorg rondom het gezin. - Zorg wordt gecoördineerd en er zijn afspraken over taken en verantwoordelijkheden. - Er is continuïteit in zorg tussen en binnen betrokken instellingen en deze verloopt efficiënt.
Behandelaanbod	- Netwerkoeverleg en afstemmingsgesprekken met het informele netwerk & betrokken formele netwerk: - o Afspraken over taken en verantwoordelijkheden vastleggen in behandelplan en veiligheidsplan. - o Bij afsluiting van zorg afspraken maken over overdracht, overbrugging gedurende eventuele wachttijd en contactpersonen.
Frequentie	Tijdens inventarisatiefase, behandelplanevaluaties en op indicatie tussentijds. Face-to-face, telefonisch of via e-health; veelal out-reachend.
Toetsing	Tijdens behandelplanevaluatie 1x per 3-6 maanden samenwerking met netwerk en ketenpartners evalueren en zo nodig doelen en interventies bijstellen. Bij (dreigende) escalatie of stagnatie in behandeling tussentijds evalueren. Laagdrempelig netwerk/ketenpartners betrekken bij de evaluatie.
Evidentie	Niveau 3: - Verheijden, E., & De Lange, M. (2016). Wat werkt bij integrale jeugdhulp. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. - Brancheorganisaties jeugdzorg (2012). Handreiking integrale zorg (te downloaden van websites brancheorganisaties) - Hendriksen-Favier, A. (2013). Modelbeschrijving FACT jeugd. Trimbos-instituut. - Almqvist, A. L. & Lassinantti, K. (2018). Social work practices for young people with complex needs: An integrative review. Child & Adolescent Social Work Journal, 1-13

Module Ervaringsdeskundigheid - FACT JEUGD	
Portefeuillehouder	Expertgroep FACT jeugd
Uitvoerende	Ervaringsdeskundige (intern) of ervaringsprofessional. Regiebehandelaar procesverantwoordelijk
Doelgroep	- Specifiek voor jongeren/ systemen waarbij het nog onvoldoende lukt om hen te betrekken bij de vormgeving van de behandeling. - Specifiek voor jongeren/ systemen waarbij het nog onvoldoende lukt om de overgang te maken van behandelondersteuning naar herstel / omgaan met klachten en oppakken of herpakken van sociaal maatschappelijke rollen. - Voor jongeren / systemen die het prettig vinden om met iemand te praten vanuit herkenning en behoefte hebben aan het uitwisselen van ervaringen.
Indicaties & contra-indicaties	- Jongeren / systemen bij wie het nog zoeken is naar passende, realistische behandeldoelen voor behandeling. - Jongeren /systemen die weinig hoop en vertrouwen hebben en bij wie de verwachting is dat dit kan groeien door het verhaal en de deskundigheid vanuit cliëntperspectief. - Jongeren / systemen die ondersteuning kunnen gebruiken bij individuele en systemische herstelprocessen, (zelf)stigma, bij dagelijkse bezigheden en maatschappelijke participatie. Contra indicaties: Geen.
Doelstelling	- Doorbreken van (zelf)stigmatisering. - De jongere heeft minder het gevoel alleen te zijn in zijn situatie doordat hij (h)erkenning vindt. - Jongeren /systemen zijn betrokken bij vormgeving van de behandeling. - Jongeren / systemen zijn geactiveerd om aan de slag te gaan met hun herstelproces. - Het herwinnen van empowerment. - Er is herstel van vertrouwen in hulpverlening.
Behandelaanbod	- Individuele en / of systemische ondersteunende contacten waarbij een vertrouwensband wordt gecreëerd, herstelkennis wordt ingebracht, wantrouwen bespreekbaar wordt gemaakt, sociale en praktische ondersteuning wordt geboden, (h)erkenning en hoop worden geboden. - Groepsbijeenkomsten gericht op herstel en gedeelde ervaringen
Frequentie	Veelal wekelijkse afspraken met de jongere en/of systemen, face to face of telefonisch of via e-health, veelal outreachend
Toetsing	Tijdens behandelplanevaluatie 1x/ 3-6 maanden inzet ervaringsdeskundigheid en doelstellingen evalueren en zo nodig bijstellen
Evidentie	Niveau 4: - Hendriksen-Favier, A. (2013). Modelbeschrijving FACT Jeugd. Trimbos Instituut. - Bakel van M, Rooijen van S, Boertien D, Kamoschinski J, Liefhebber S, Kluft M. (2013). Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid. Trimbos Instituut. - Veldhuizen van R, Polhuis D, Bähler M, Mulder N, Kroon H. (2015). Handboek (Flexibele) ACT, deel 5, hoofdstuk 17 De ervaringswerker. De Tijdstroom. - Platform (F)-ACT ervaringsdeskundigheid Kenniscentrum Phrenos / F-ACT vereniging Nederland (2016). Functiebeschrijving ervaringsdeskundige in een F-ACT-team. Maart 2016

Module Motiveren & toeleiding – FACT JEUGD	
Portefeuillehouder	Expertgroep FACT jeugd
Uitvoerende	Alle disciplines FACT, regiebehandelaar procesverantwoordelijk
Doelgroep	Jongeren en/of verzorgers die nog onvoldoende commitment geven en gemotiveerd zijn voor behandeling bij FACT jeugd.
Indicaties & contra-indicaties	Jongeren en verzorgers met ambivalentie of weerstand naar hulpverlening, nog geen eigen hulpvraag hebben of je niet tot samenwerking komt, maar er vanuit de problematiek van de jongere een duidelijke noodzaak bestaat voor een intensief hulpverleningstraject. Veelal ingezet gedurende de inventarisatiefase of bij stagnatie gedurende de behandelfase. Contra-indicaties: - Er is sprake van acuut gevaar voortkomend uit een psychiatrische stoornis (overweeg opname/BOPZ). - Er is sprake van acute zorgen en gevaar over de ontwikkeling of veiligheid van de jongeren samenhangend met gedragsproblemen danwel onvoldoende pedagogische context (overweeg plaatsing jeugdzorg). - De veiligheid van de hulpverlener kan niet geborgd worden.
Doelstelling	- Er is inzicht in ervaren drempels tot contact en behandeling & passende interventies om deze te verminderen worden ingezet. - Er is regelmatig contact met de jongere en zijn/haar gezin. - Wederzijdse verwachtingen zijn geëxpliciteerd en er is voldoende vertrouwen om behandeling aan te gaan. - De jongere en verzorgers hebben een eigen hulpvraag geformuleerd en er is motivatie tot verandering (minimaal voor één doel). - Er zijn momenten van constructieve samenwerking, belemmeringen in de samenwerking mogen gerepareerd worden.
Behandelaanbod	- Interventies (individuele contacten ftf/digitaal, ouderbegeleiding, systeemgesprekken, netwerkoverleggen) gericht op in contact komen met de jongere/verzorgers en aansluiting vinden conform methodiek bemoeizorg (laagdrempelige beschikbaarheid van hulpverlener, outreachend werken, doen wat je zegt, continuïteit bieden in de tijd, aankleven, aansluiting zoeken, inventariseren obstakels, samenwerken met netwerk van patiënt en ketenpartners en out-of-the-box acties). - Individuele contacten gericht op versterken therapeutische relatie (veilige context scheppen met erkenning van autonomie en eigen verantwoordelijkheid, aandacht voor (systemische) interactiepatronen en overdrachtsfenomenen). - Individuele contacten met inzet van motiverende gespreksvoering (aandacht voor stadia van verandering en hier passende interventies op inzetten, uitlokken van intrinsieke motivatie voor verandering) en oplossingsgerichte interventies (inventariseren van eigen krachten, schaalvragen, jongere helpen de gewenste situatie en de oplossingen voor het bereiken van zijn/haar doel te ontwerpen).
Frequentie	1-2x per week, face-to-face of via e-health.

Toetsing	Tijdens inventarisatiefas na 6-12 weken. Indien voldoende motivatie en commitment bij jongere en verzorgers voor behandeling, start behandelfase. Indien onvoldoende, wordt inventarisatiefase verlengd en 3 maandelijks voortgang geëvalueerd middels behandelplanevaluatie dan wel doorverwezen naar passendere zorg en FACT traject beëindigd.
Evidentie	Niveau 3-4: - Baart, A. (2004). Theorie van de presentie. Boom, derde druk, januari 2004. - Nederlandse vereniging voor Psychiatrie (NVvP, 2012). Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, 2012. Via de Richtlijndatabase.Trimbos. - Miller & Rollnick (2006). Motiverende gespreksvoering. Ekklesia, 2006. - Bartelink (2013). Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie? NJI, Februari 2013. - Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. Tijdschrift voor Psychiatrie, 50, 55-59.

Module Nieuwe autoriteit – FACT JEUGD	
Portefeuillehouder	Expertgroep FACT jeugd
Uitvoerende	Gezinsbehandelaar / spv / systeemtherapeut, regiebehandelaar procesverantwoordelijk
Doelgroep	Gezinnen waarbij er bij de jongere sprake is van agressief en zelfdestructief gedrag of grote mate van inactief gedrag zoals schoolmijding of verblijf op de slaapkamer/ in huis.
Indicaties & contra-indicaties	Indicaties zijn ernstige gedragsproblemen in combinatie met machteloosheid van de ouders, waarbij er sprake is van verstoorde hiërarchie. Contra-indicaties: - Levensbedreigende situaties - Veiligheid van de hulpverlener kan niet geborgd worden - Wanneer ouders zo belast zijn dat zij geen ruimte hebben voor hun 'ouderschap' en aan een geheel andere manier van opvoeden niet toekomen
Doelstelling	Ouders/ opvoeders beschikken over technieken en vaardigheden waardoor zij in staat zijn om de gedragsproblemen van hun kind te verminderen en hun kind te stimuleren om de bij de leeftijd behorende ontwikkelingstaken te bereiken.
Behandelaanbod	- Behandelcontacten / ouderbegeleiding bestaande uit het uitleggen, invoeren en uitvoeren van de methode Nieuwe autoriteit aan ouders en hun netwerk. Belangrijke pijlers zijn: - o Focus verleggen van gehoorzaamheid van de jongere naar ouderlijke zelfcontrole. Inzet is gerichte aandacht, aanwezigheid, nabijheid en interesse. - o In plaats van het destructieve gedrag van de jongere proberen om te buigen, bieden ouders hier weerstand tegen. - o De ouders/opvoeders richten zich op hun eigen kant van het escalatieproces en nemen hiervoor de verantwoordelijkheid. - o Fysiek geweld en het gebruik van dreigende, vernederende of beledigende woorden worden vermeden, escalaties worden voorkomen.

Frequentie	Start met 3 ouderbijeenkomsten van 1 uur, dan een netwerkbijeenkomst van 2-3 uur. Vanaf de start thuis dagelijks support (van digitaal tot face-to-face) van ouders en netwerk bij de implementatie en vol blijven houden van de methode. Wekelijks tot eens per 2 weken face-to-face, waarbij er altijd contact is na een sit-in.
Toetsing	1x per 3 maanden tijdens behandelplanevaluatie, blijkend uit de rapportage van ouders. Veiligheid en gevaarscriteria blijven monitoren
Evidentie	Niveau 2: - Omer, H. & Wiebenga, E. (2015). Geweldloos verzet in gezinnen. Bohn Stafleu van Loghum, 2015. - Weinblatt, U. & Omer, H. (2008). Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. Journal of Marital and Family Therapy, januari 2008. - Ollefs, B., Schlippe von, A., Omer H., Kriz, J. (2009). Jugendliche mit externalem Problemverhalten: effekte von Elterncoaching. Familiendynamik, Zeitschrift für Systemische Praxis und Forschung. 34(3): 256-265; 2009.

Module Schooltrajectbegeleiding – FACT JEUGD	
Portefeuillehouder	Expertgroep FACT jeugd
Uitvoerende	Gezinsbehandelaar met aandachtsgebied school waarbij CGT interventies onder supervisie van (GZ)-psycholoog worden toegepast. Systeemtherapeut is betrokken tav samenwerking en interveniërende interacties. Regiebehandelaar procesverantwoordelijk.
Doelgroep	Jongeren waarbij schoolontwikkeling belemmerd wordt of gestagneerd is geraakt of school handelingsverlegen is samenhangend met de psychiatrische problematiek van de jongere. Veelal zijn er complexe systemische interacties aanwezig in de samenwerking tussen gezin en betrokken partijen rondom school.
Indicaties & contra-indicaties	- De schoolontwikkeling is belemmerd (incl schoolweigering) samenhangend met de psychiatrische problematiek en zowel ouders, jongere en school hebben hierin een hulpvraag. - School is handelingsverlegen en staat open voor consultatie en adviezen; bij voorkeur heeft school zelf al interventies ingezet / samenwerkingsverband betrokken. Contra-indicatie: - Toestemming van jongere/ouders ontbreekt voor het delen van voor de schoolgang relevante informatie over de problematiek van de jongere en gezin. Verantwoordelijkheden FACT versus school: - De vraag of er sprake is van geoorloofd of ongeoorloofd schoolverzuim ligt bij de schoolarts, indien gewenst kan regiebehandelaar FACT geconsulteerd worden. - De leerplicht dient betrokken te zijn indien er sprake is van ongeoorloofd schoolverzuim. - De school is expert ten aanzien van didactiek en is verantwoordelijk voor een passend onderwijsaanbod.

Doelstelling	- Er is inzicht in de sterke en zwakke kanten van de jongere ten aanzien van didactiek als ook gedrag op school. - Er is een gemeenschappelijke visie met ouders, school en jongere ten aanzien van de ondersteuningsbehoefte en belastbaarheid en er is een plan van aanpak. - De jongere gaat de afgesproken uren naar school en krijgt de benodigde ondersteuning. - De leerkracht / school heeft handvatten om de jongere de ondersteuning te bieden die hij/zij nodig heeft, zo nodig is aanvullende ondersteuning georganiseerd. Leerkrachten stemmen hun aanpak adequaat af op wat het kind nodig heeft en stimuleren het kind tot het bereiken van de bij de leeftijd horende ontwikkelingstaken.
Behandelaanbod	- Diagnostiek naar sterke en zwakke kanten jongere ten aanzien van schoolgang. - Behandelcontacten gericht op: - o Feitelijke schoolgang (naar en in de klas) - o Ondersteuning van ouders - o Ondersteuning en consultatie leerkracht - o Netwerkoeverleg en afstemmingsgesprekken met gezin, school en betrokken ketenpartners rondom schoolgang
Frequentie	1 tot 2 wekelijkse afspraken met de jeugdigen en ouders, zo nodig te intensiveren bij (dreigende) schoolverzuim. Face-to-face, telefonisch of via e-health; veelal out-reachend. Afstemming school gemiddeld 1x per maand.
Toetsing	Tijdens behandelplanevaluatie 1x per 3 maanden hervatting schoolgang en doelstellingen evalueren en zo nodig bijstellen; school betrekken bij de evaluatie. Te meten aan de hand van rapportage leerkrachten/ouders, schoolverzuim en didactische resultaten.
Evidentie	Kwaliteitsniveau 2-3 - Baat de, M., Messing, C., Prins D. (2014). Wat werkt bij schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten? NJI, september 2014. - Wilson, S. J., & Tanner-Smith, E. E. (2013). Dropout prevention and intervention programs for improving school completion among school-aged children and youth: A systematic review. Journal of the Society for Social Work and Research, 4, 357-372. - Steeg, M. van der, Elk, R. van, & Webbink, D. (2012). CPB Discussion Paper. 224. Zorgt intensieve coaching voor minder voortijdig schoolverlaten? Empirisch bewijs van een gerandomiseerd experiment. Den Haag: Centraal Planbureau.

Module stoornissen in middelengebruik* - FACT jeugd	
<i>*waar gebruik staat, geldt tevens: gamegedrag, gokgedrag of anderszins gedragsverslaving</i>	
Portefeuillehouder	Expertgroep FACT jeugd
Uitvoerende disciplines	De verslavingsdeskundige in het team of een behandelaar met voldoende up to date kennis van middelengebruik en verslaving en / of ervaring in de behandeling van verslaving. Regiebehandelaar procesverantwoordelijk.
Doelgroep	Jongeren die naast hun psychiatrische problematiek ook problemen laten zien op het gebied van middelengebruik, gokken danwel ander problematisch verslavingsgedrag.
Indicaties & contra-indicaties	Het gebruik van de jongere is van negatieve invloed op het persoonlijke, sociale of schoolse functioneren, de gezondheid en / of het functioneren in het gezin. Of er is weinig zicht op het gebruik¹ van de jeugdige, maar wel geïndiceerd om hierop meer zicht te krijgen. Contra-indicatie: - Indien blijkt dat het gebruik zo sterk is of zo sterk op de voorgrond staat, kan een verwijzing naar een passende verslavingsinstelling plaats vinden.
Doelstelling	- De jongere, zijn systeem en behandelaren hebben zicht op de aard / hoeveelheid van het gebruik en de functie ervan. - Duidelijk is of de jongere een veranderwens heeft; hij weet wat het gebruik oplevert en wat het hem kost. - problematisch gebruik vermindert of stopt. - Jongere en zijn systeem hebben inzicht en handvatten om met het problematisch gebruik om te gaan. - Jongere heeft passende zorg binnen een verslavingsinstelling als hij motivatie heeft en verdere behandeling nodig blijkt.
Behandelaanbod	Individuele en / of systemische gesprekken waarbij gebruik wordt gemaakt van motiverende gespreksvoering en evidence based methoden.
Frequentie	Ongeveer 1 keer per week met de jongere en/of systemen, face to face / telefonisch / e-health, veelal outreachend.
Toetsing	Tijdens behandelplanevaluatie: een keer per 3 tot 6 maanden afhankelijk van de fase van behandeling.
Evidentie	Niveau 1 tot 3: - Hendriksen-Favier, A. (2013). Modelbeschrijving FACT Jeugd. Trimbos Instituut. - NJI (2021), www.nji.nl. - o Moti-4 – leeftijd 14- 24 jaar (niveau 3) - o Open en Alert – leeftijd 12 – 25 jaar (niveau 1) - o Take it personal (LVB) – leeftijd 14 -30 jaar (niveau 1)

Module Trajectbegeleiding – FACT JEUGD	
Portefeuillehouder	Expertgroep Fact Jeugd
Uitvoerende	Trajectbegeleider/ gezinsbehandelaar (bij voorkeur met aandachtsgebied trajectbegeleiding). Begeleidingstaken kunnen ook (deels) lokaal extern belegd worden. Regiebehandelaar procesverantwoordelijk.

Doelgroep	Jongeren waarbij leer/werktrajecten gestagneerd zijn geraakt (oa zonder startkwalificatie) samenhangend met de psychiatrische problematiek van de jongere. Veelal zijn er complexe systemische interacties aanwezig in de samenwerking tussen systeem en betrokken partijen rondom leer/ werktraject.
Indicaties & contraindicaties	- Jongeren met gestagneerde schoolgang, leer/ werktraject, dagbesteding en/ of maatschappelijke participatie. - Jongeren met problemen op het gebied van huisvesting. - Jongeren met problemen op het gebied van financiën. - Geïsoleerde jongeren zonder toekomstperspectief Contra-indicaties: geen.
Doelstelling	- Jongere heeft maximale eigen regie en voldoende vaardigheden passend bij zijn mogelijkheden en wensen op het gebied van huisvesting, schoolgang, leer-werktraject, dagbesteding, financiën en maatschappelijke participatie. - Systeem heeft inzicht in de wensen van de jongere en heeft voldoende handvatten om hierin te ondersteunen.
Behandelaanbod	- Behandel & begeleidingscontacten voor de jongere en zijn systeem waarbij gebruikt wordt gemaakt van: het verkennen, kiezen, verkrijgen, behouden en versterken van de mogelijkheden van schoolgang, leer-werktraject, dagbesteding, financiën en maatschappelijke participatie, of de uitbesteding hiervan in het lokale netwerk coördineren. - Signaleren of er andere behandelinterventies ten behoeve van interveniërende psychiatrische problematiek - Netwerkoeverleggen met en bieden van consultatie aan betrokken maatschappelijke instanties.
Frequentie	1 tot 2 wekelijkse afspraken met de jongere, dit kan face-to-face, telefonisch of via e-health; veelal outreachend. Regelmatige afstemming met betrokken maatschappelijke instanties.
Toetsing	Tijdens behandelplanevaluatie 1x per 3 tot 6 maanden doelen evalueren en zo nodig bijstellen. Waar mogelijk met input en/ of aanwezigheid van systeem en maatschappelijke instanties.
Evidentie	Niveau 3-4: - Waltz, et al. (2011). Handreiking interventies kwetsbare jongeren - Van Weeghel, et al. (2013). Richtlijn arbeid en ernstige psychische aandoeningen - Drake, R.E., et al. (2014). Special issue on individual placement and support - Van Ruitenbeek, G. (2017). Praktijkhandleiding Maastrichtse Werkcapaciteit Monitor. Voor GGZ trajectbegeleiders - Bijl, B., Beenker, L.G.M., van Baardewijk, Y. (2005). Individuele trajectbegeleiding op papier en in de praktijk.

Evaluatie & ontwikkeling

Het proces van de beschrijving van het zorgprogramma FACT jeugd in combinatie met de jaarlijkse FACT jeugd scholingsmiddagen heeft gemaakt dat er inhoudelijke verbinding is ontstaan tussen de jeugd FACTs, operationeel binnen verschillende organisaties. Er is ook een verbinding gemaakt met F-ACT Nederland platform jeugd. Door de bundeling van expertise en uitwisselingen van ervaringen, is het mogelijk om de jeugd FACTs inhoudelijk verder te ontwikkelen alsook de kwaliteit van zorg voor deze specifieke doelgroep te uniformeren, evalueren en door te ontwikkelen. De expertgroep ziet deze verbindingen als essentieel onderdeel voor het voortbestaan en de doorontwikkeling van onze jeugd FACTs. Het operationeel zijn van zes jeugd FACTs binnen onze organisaties geeft ook kansen om wetenschappelijk onderzoek te verrichten. Daar er nog beperkte literatuur beschikbaar is naar deze kwetsbare doelgroep, is dit tevens zeer gewenst.

Temeer daar de FACT jeugd doelgroep breed is en ambities en innovatief vermogen van de teams groot is, ziet de expertgroep belang tot prioritering van speerpunten ten aanzien van doorontwikkeling behandelaanbod, onderzoek en innovatie. Tevens geeft dit mogelijkheid om krachten en hiermee ook middelen te blijven bundelen. Hieronder toelichting van vier speerpunten die voor 2022-2025 zijn geselecteerd. Thema's die we hopen in een latere fase alsnog op te kunnen pakken zijn onder andere leefstijl & somatiek en inzet van e-health.

- Doorontwikkeling zorgprogramma – handreiking opleiding & scholing

Advies naar aanleiding van huidige zorgprogramma, wat vraagt dit aan minimale scholing. Daarnaast ruimte voor kleur lokaal, in afstemming op lokale doelgroep, aanwezige expertise externe netwerk als binnen team. Waar leggen we komende periode gezamenlijk de focus op, aansluitend bij landelijke ontwikkelingen wordt dit herstelgericht/netwerkgericht werken. Resultaat betreft het ontwikkelen van een handreiking ten aanzien van welke expertise en scholing benodigd en/of gewenst is om beschreven zorg te kunnen bieden vanuit het FACT jeugd team. Deze handreiking is bedoeld om het lokale gesprek over het team opleidingsplan te ondersteunen, beschikbare vereisten en kennis te delen als ook mogelijkheden om gezamenlijke scholingen vorm te geven te benutten. Het richt zich specifiek op de FACT jeugd zorgvorm en het FACT jeugd team, individuele vereisten per specialisatie/registratie of individuele ontwikkeling zijn buiten beschouwing gelaten. Onderlegger zijn de certificeringseisen als ook ons eigen zorgprogramma FACT jeugd. In het lokale gesprek dient nog afstelling plaats te vinden op lokale doelgroep, beschikbare expertise in regionale netwerk, aanwezige expertise in het team en eigen jaarplan/speerpunten.

- Doorontwikkeling zorgprogramma – doelgroep 18-23 jaar

Er zijn grote zorgen over het tussen wal en schip vallen van jongvolwassenen. Hiermee noodzaak als ook ambitie om onze FACT jeugd zorg ook voor hen breder beschikbaar te kunnen maken. Tegelijkertijd blijkt dit niet eenvoudig, zijn er nog diverse obstakels en organisatorische bedreigingen die eerst een antwoord vragen. In opvolging van onze notitie 18+ doelgroep waarin we vanuit inhoudelijke expertise een eerste aanzet hebben gedaan om inzichtelijk te maken wanneer onze FACT jeugdzorg voor deze doelgroep van meerwaarde is als ook welke voorwaarden vereist zijn om deze zorg met elkaar breder te kunnen neerzetten [zie bijlage], pakken we graag volgende inhoudelijke vraagstukken op als zich dit organisatorisch verder doorontwikkeld. Als nadere specificatie en aanvulling van ons huidige zorgprogramma voor deze

doelgroep betreffende behandelaanbod, benodigde expertise/kennis/netwerk voor de teams, etc.

- **Onderzoek & Innovatie – proces implementatie onderzoek**

Het valt op dat uitrollen van onderzoek bij FACT jeugd naar de dagelijkse praktijk complex is. De expertgroep wil daarom eerst beter zicht krijgen op huidige krachten en obstakels bij het doen van onderzoek. Hiervoor wordt huidig onderzoek van Cor van Liere betreffende de ZRM als basis gebruikt. Per team zijn 1-2 behandelaars (idealerweise die ook getraind zijn) aandachtfunctionaris voor het onderzoek. De aandachtfunctionarissen van alle deelnemende teams komen eenmaal per zes weken digitaal bij elkaar, ondersteund door Cor van Liere, om te bespreken hoe het onderzoek loopt, wat eventuele hobbels zijn, hoe deze hobbels opgelost kunnen worden en wat daarmee de acties zijn voor de aankomende zes weken. Dit wordt bijgehouden in een logboek. Tevens komt het thema onderzoek structureel terug op de agenda van de expertgroep, om onderzoek levendig te houden, van elkaars ervaringen te leren, ad hoc vragen te beantwoorden over zowel het onderzoek van Cor als andere thema's en ruimte te houden voor kleine individuele projecten (zoals het opnieuw in kaart brengen van de huidige populaties). Eind 2023 worden de inzet en resultaten geëvalueerd en wordt het vervolg bepaald.

Organisatie van FACT zorg – positie expertgroep FACT jeugd

Nu de expertgroep FACT jeugd enkele jaren operationeel is, zijn er meer en minder formeel organisatorische verbindingen ontstaan naar de zelforganiserende teams, interne organisatie structuur van de faciliterende organisaties als ook op management/directie niveau van de betrokken samenwerkende organisatie. Passende vervolgstap is om deze in samenspraak met betrokkenen te formaliseren en bij voorkeur ook zoveel mogelijk te uniformeren. Hiermee kan de inhoudelijke expertise van de expertgroep FACT jeugd nog beter van toegevoegde waarde zijn. Resultierend in versterken brugfunctie expertgroepleden naar team en lokaal management, vastlegging van gemaakte afspraken positie expertgroep in nieuwe samenwerkingsovereenkomsten en vormgeven verbinding expertgroep met zorginhoudelijk management.

Literatuur

- Almqvist, A. L. & Lassinantti, K. (2018). Social work practices for young people with complex needs: An integrative review. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 1-13
- Baart, A. (2004). *Theorie van de presentie*. Boom, derde druk, januari 2004.
- Baat de, M., Messing, C., Prins D. (2014). Wat werkt bij schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten? *NJI*, september 2014.
- Bakel van M, Rooijen van S, Boertien D, Kamoschinski J, Liefhebber S, Kluft M. (2013). Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid. Trimbos Instituut.
- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bartelink (2013). Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie? *NJI*, Februari 2013.
- Bijl, R., Beenker, L.G.M., van Baardewijk, Y. (2005). Individuele trajectbegeleiding op papier en in de praktijk.
- Brancheorganisaties jeugdzorg (2012). *Handreiking integrale zorg* (te downloaden van websites brancheorganisaties)
- CCAF (2014). Jeugd FACT-schaal (Jeugd FACTs). Retrieved from: <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2015/06/Jeugd-FACTS-feb2014-def-juni-2015.pdf>.
- CCAF (2020). FACT-schaal Jeugd 2020. Retrieved from: <https://ccaf.nl/schaal-jeugd-fact-2020/>
- Expertgroep FACT Jeugd (2021). Notitie expertgroep FACT jeugd - doelgroep 18+. *Datum opstelling: november 2021*
- Platform (F)-ACT ervaringsdeskundigheid Kenniscentrum Phrenos / F-ACT vereniging Nederland (2016). *Functiebeschrijving ervaringsdeskundige in een F-ACT-team*. Maart 2016.
- Drake, R.E., et al. (2014). Special issue on individual placement and support.
- Hendriksen-Favier, A. (2013). *Modelbeschrijving FACT jeugd*. Trimbos-instituut.
- Miller & Rollnick (2006). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia, 2006.
- Nederlandse vereniging voor Psychiatrie (NVvP, 2012). Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, 2012. Via de Richtlijnen database. Trimbos.
- *NJI* (2021), www.nji.nl. Webpagina Moti-4, Open en Alert, Take it personal. Mei 2021.
- Ollefs, B., Schlippe von, A., Omer H., Kriz, J. (2009). Jugendliche mit externalem Problemverhalten: effekte von Elterncoaching. *Familiendynamik, Zeitschrift für Systemische Praxis und Forschung*. 34(3): 256-265; 2009.
- Omer, H. & Wiebenga, E. (2015). Geweldloos verzet in gezinnen. Bohn Stafleu van Loghum, 2015.
- Rijksoverheid (2018). Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Retrieved from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>.
- Slot, W. & Spanjaard, H. (1996). Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgerichte hulpverlening. In: *Jeugd en samenleving*, 1, 3-19.
- Spanjaard, H. & Slot, W. (2015). Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook. Een 'update' van het competentiemodel. In: *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 14-21. DOI: 10.1007/s12454-015-0029-0.
- Steeg, M. van der, Elk, R. van, & Webbink, D. (2012). CPB Discussion Paper. 224. Zorgt intensieve coaching voor minder voortijdig schoolverlaten? Empirisch bewijs van een gerandomiseerd experiment. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Storm, A., Frieswijk, N., & Hendriksen-Favier, A. (2013). FACT als organisatie-model voor langdurig zorgafhankelijke kinderen en jongeren. *Kind & Adolescent Praktijk*, 12(2), 52-61.
- Van Hemert, A., Kerkhof, A., de Keijser, J. & Verweij, B. (2012). Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. Trimbos, 2012.
- Van Ruitenbeek, G. (2017). *Praktijkhandleiding Maastrichtse Werkcapaciteit Monitor*. Voor GGZ trajectbegeleiders.

- Van Veldhuizen, J. R., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (2015). Handboek (Flexible) ACT. *Utrecht: De Tijdstroom.*
 - o Deel 5, hoofdstuk 17 De ervaringswerker.
- Van Weeghel, et al. (2013). Richtlijn arbeid en ernstige psychische aandoeningen
- Verheijden, E., & De Lange, M. (2016). Wat werkt bij integrale jeugdhulp. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Waltz, et al. (2011). Handreiking interventies kwetsbare jongeren
- Weinblatt, U. & Omer, H. (2008). Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, januari 2008.
- Wilson, S. J., & Tanner-Smith, E. E. (2013). Dropout prevention and intervention programs for improving school completion among school-aged children and youth: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4, 357-372.

Bijlage - Veiligheidsplan FACT Jeugd

Datum	
Naam kind/jongere	
In zorg bij	

Mijn gezin / naasten	Relatie	Telefoonnummer	Bijzonderheden

* = mijn eerste contactpersoon (persoon die op de hoogte is van jouw situatie en mag worden ingeschakeld door de hulpverlening voor jou)

WANNEER moet ik of mijn omgeving opletten?	
Risicosituaties voor mij	
Risicosituaties voor mijn omgeving	
Innerlijke signalen bij mij	
Signalen die mijn omgeving ziet aan mij	

WAT doe ik zelf of doet mijn directe omgeving voor de veiligheid?	
Wat ik kan doen om mijn spanning te verlagen en stemming te verbeteren? (denk aan: signaleringsplan opstellen, afleiding, steun)	
Wat mijn omgeving kan doen om mijn spanning te verlagen en stemming te verbeteren?	
Wat ik kan doen om de veiligheid voor mezelf / anderen te vergroten? (denk aan: geen middelengebruik, geen toegang tot gevaarlijke voorwerpen, veilige plek)	
Wat mijn omgeving kan doen om de veiligheid voor mij of henzelf te vergroten?	

WIE kan mij of mijn gezin direct helpen (netwerk)?		
1.	Naam	
	Telefoonnummer	
	Bereikbaarheid	
	Wat hij/zij voor mij kan doen	
	Akkoord dat ik bij deze persoon hulp ga zoeken? ja / nee / misschien	
2.	Naam	
	Telefoonnummer	
	Bereikbaarheid	
	Wat hij/zij voor mij kan doen	
	Akkoord dat ik bij deze persoon hulp ga zoeken? ja / nee / misschien	
3.	Naam	
	Telefoonnummer	
	Bereikbaarheid	
	Wat hij/zij voor mij kan doen	
	Akkoord dat ik bij deze persoon hulp ga zoeken? ja / nee / misschien	

WELKE hulpverlening kan ik of mijn omgeving inschakelen? (denk aan: GGZ, sociaal wijkteam, huisartsenpost, politie, crisisdienst jeugdzorg, Veilig Thuis)		
	Hulpverlener	FACT
	Telefoonnummer	algemeen nummer:
	Bereikbaarheid	Werkdagen 9:00-17:00
	Inschakelen bij	
	Hulpverlener	Huisartsenpost / crisisdienst / spoedzorg jeugdbescherming
	Telefoonnummer	
	Bereikbaarheid	17:00-9:00 en in weekenden
	Inschakelen bij	Crisis, medicatievragen die niet kunnen wachten
	Hulpverlener	Politie / 112 / 113online / wijkagent
	Telefoonnummer	0900-8844 / 112 / 0900-0113 / www.113online.nl
	Bereikbaarheid	
	Inschakelen bij	
	Hulpverlener	
	Telefoonnummer	
	Bereikbaarheid	
	Inschakelen bij	

TIPS / niet vergeten (wat wel/niet in crisissituaties, bv aanraken, directe vragen, enz)

Het veiligheidsplan is een onderdeel van het behandelplan en gaat in werking bij de hierboven beschreven signalen en/of bij intensivering van zorg door het FACT. Gemaakte afspraken worden tijdens behandelplanevaluaties maar ook na een crisis geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Bijlage - RISICOTAXATIE

Ingevuld door :
Datum :

Risicofactoren	
Is er sprake van zelfbeschadiging (automutilatie)? (hoe, wat, wanneer)	
Heeft de jongere eerder een suïcide poging gedaan? (hoe, wat, wanneer)	
Wat waren externe of interne triggers voor de poging?	
Is de jongere eerder verbaal of fysiek agressief geweest? (frequentie, vorm)	
Wat waren externe of interne triggers voor de agressie?	
Is de jongere bekend met gebruik van alcohol of drugs? (wat, hoeveel, wanneer)	
Is er sprake van fysieke of verbale agressie in de thuissituatie? (wie, uitingsvorm, frequentie)	
Zijn er frequent conflicten in het gezin? (wie, uitingsvorm, frequentie)	

Veiligheidstaxatie opvoedingssituatie										
Hoe veilig is de jeugdige? (score ouder/verzorger en score hulpverlener; op een schaal van 0 onveilig tot 10 veilig)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toelichting:										
Hoe veilig is het voor ouder(s)/verzorger(s)? (score ouder/verzorger en score hulpverlener; op een schaal van 0 onveilig tot 10 veilig)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toelichting:										
Is de opvoedingssituatie op dit moment veilig voor het kind en/of brussen?										
☐ Veiligheid is geborgd				➤ Voor nu geen actie vereist, ouders en hulpverlener blijven alert						
☐ Onduidelijkheid over veiligheid				➤ Hulpverlener brengt veiligheid nader in kaart, bij voorkeur samen met ouders (bijv. risicotaxatie instrumenten te gebruiken)						
☐ Zorgen over de veiligheid				➤ Hulpverlener volgt de meldcode ➤ Ouders en betrokken hulpverlening maken veiligheidsafspraken						

☐ Het is onveilig	➤ Hulpverlener volgt de meldcode
--	----------------------------------

Bijlage – Veiligheidsafspraken

(invullen bij onveiligheid met gezin, netwerk en ketenpartners)

Ingevuld door :

Datum :

Gemaakte afspraken om de veiligheid van de opvoedingssituatie van de jeugdige te borgen? (gebruik makend van de krachten van het gezin, het netwerk en betrokken hulpverlening)
Korte termijn afspraken (wie doet wat):
Lange termijn afspraken (wie doet wat):
Wie ziet er toe op de afspraken (incl contactgegevens)?
Welke acties volgen op onveilig gedrag?

Taakverdeling betrokken hulpverlening (wie doet wat)		
Hulpverlener/instantie	Mobiel nummer en mailadres	Verantwoordelijk voor

Borging van gemaakte veiligheidsafspraken	
Instantie die toeziet op nakomen van gemaakte afspraken en veiligheid kind blijft monitoren	
Datum en locatie volgende evaluatie	
Aanwezig bij de volgende evaluatie zijn	
Onderstaande personen stemmen in met gemaakte afspraken:	

Bijlage – Notitie expertgroep FACT jeugd - doelgroep 18+

Datum opstelling: november 2021

Aanleiding: Het sinds de transitie onvoldoende aanwezig zijn van een passend zorgaanbod sGGZ voor jongvolwassenen (leeftijdscategorie 18-23 jaar) wordt steeds nijpender zichtbaar. Aan de voordeur van de FACT jeugd teams is de (interne) vraag om ook cliënten boven de achttien jaar in behandeling te nemen in alle regio's sterk toegenomen. Inhoudelijk is vanaf start wens en indicatie om ook deze doelgroep te kunnen bedienen, echter vanwege praktische en financiële redenen beperkt tot inclusie tot 18 jaar met wel mogelijkheid tot doorbehandelen tot 23 jaar bij inhoudelijke meerwaarde (zie zorgprogramma FACT jeugd). Hierop is in de loop van de tijd een variatie aangebracht bij het FACT jeugd team in Ede, waar ook reeds nieuwe patiënten 18-23 jaar kunnen worden aangenomen. In teams waar er al meerdere 18+ jongeren in behandeling zijn, loopt men echter wel tegen obstakels aan. Als dat jongvolwassenen ook andere behandelinterventies en aanbod vragen dan nu aanwezig in het team als ook andere en nog op te bouwen samenwerkingen met interne en externe ketenpartners (opname mogelijkheden, doorstroom plek, vervolgzorg sGGZ na 23 jaar).

Vraagstelling: Dit gaf de vraag te verkennen wat FACT jeugd (de huidige teams Pro Persona, Karakter, Eleos en RIBW of anderszins) hierin wel/niet kunnen betekenen. Vanuit management/directie Ede is aan de expertgroep FACT jeugd de vraag neergelegd om inhoudelijk te formuleren wat er nodig is om deze doelgroep van passende FACT jeugd zorg te voorzien.

Beantwoording:

Deze notitie is bedoeld als eerste aanzet om richting te geven aan dit complexe vraagstuk. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van zover beschikbare literatuur, huidig zorgprogramma FACT jeugd als ook de ervaringen die er reeds zijn bij doorbehandeling als ook nieuwe patiënten in de leeftijdsgroep 18-23 jaar. Daartoe hebben we twee deelvragen geformuleerd:

1. Wanneer is ons zorgaanbod en expertise als FACT jeugd team (4-18/23 jaar) van meerwaarde voor de doelgroep 18-23 jaar?

De bekende criteria voor FACT jeugd zijn:

- Complexe psychiatrische problemen of vermoedens daarvan
- Verstoorde draagkracht/draaglast-verhouding in systeem
- Problemen op meerdere levensgebieden, waarbij de ontwikkeling van de jeugdige stagneert en de oplossing niet enkelvoudig is
- Onvoldoende aansluiting bij reguliere hulpverlening,

Wat betreft aanmeldingen voor jongeren boven de 18 jaar, zien we dat FACT jeugd zorg van meerwaarde is als de jongvolwassenen nog bezig is met ontwikkelingsstaken van 18- en hier een sGGZ hulpvraag ligt. De ontwikkelingsleeftijd van deze groep jongvolwassenen ligt lager (veelal door de ernst van hun beperkingen of langdurende ontwikkelingsstagnatie) dan de kalenderleeftijd en valt hiermee binnen de expertise van de kinder- en jeugdpsychiatrie, wat maakt dat hulp van een jeugdteam veelal beter aansluit dan vanuit de volwassenenzorg. Voor een uitwerking van de

verschillende ontwikkelingstaken per leeftijdscategorie, verwijzen we naar Spanjaard en Slot (zie bijlage).

2. Welke randvoorwaarden zijn benodigd om FACT jeugd zorg aan de doelgroep 18-23 jaar te kunnen bieden?

- Intern netwerk ten aanzien van opschalingsmogelijkheden moet zijn geborgd. Denk aan IHT en opname mogelijkheden jongvolwassenen en samenwerking rondom crisiszorg van de FACT jeugd patiënt.
- Extern netwerk en samenwerkingen moeten worden uitgebreid & opgezet met maatschappelijke organisaties voor 18-23 jaar. Veelal zijn dit andere partijen daar hier ook een financieringsknip zit. Denk aan: dagbestedingsplekken, beschermd/begeleid woonplekken, begeleiding richting vervolgopleiding/werk, wijkteam, ziekenhuis (bijv internist ipv kinderarts), etc.

- Aanvullend zorgaanbod ten aanzien van hupvragen en ziektebeelden jongvolwassenen. Vanuit de epidemiologie weten we dat in deze leeftijdscategorie ziektebeelden als persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen en psychose verder zijn uitgerijpt of eerste episode hiervan zich aandient. Dit vraagt uitbreiding qua behandelinterventies en modules van het huidige FACT jeugd zorgprogramma, als ook de hiervoor benodigde expertise binnen het FACT jeugd team. In het land zie je dat dit ook wordt opgelost door aparte FACT jongvolwassenen teams te vormen waarin je zowel expertise kinder- en jeugdpsychiatrie als volwassenen zorg kunt borgen (denk bijv aan de FACT jeugd teams 16-23 jaar van Iriszorg en Pluryn in regio Nijmegen en Arnhem).
- Er moeten voldoende uitstroom mogelijkheden sGGZ zorg zijn wanneer jongeren de leeftijd van 23 jaar naderen of wanneer de ontwikkelingstaak icm hulpvraag niet meer passen binnen een jeugd aanbod. De praktijk laat zien dat bij opschuiven van de uitstroomleeftijd bij FACT jeugd, het probleem net zo nijpend blijft om een hierop aansluitend vervolgaanbod te vinden binnen de volwassen sGGZ zorg. Oplossingssuggesties:
 - o Uitbreiden aanbod/expertise jongvolwassen reguliere volwassenen zorg. Binnen GGNet is bijvoorbeeld een dergelijk aanbod beschikbaar, daar is een aparte afdeling Jongvolwassenen. De ervaring van JeugdFACT Achterhoek leert dat dit een goede uitstroommogelijkheid biedt voor jongeren als poli zorg toereikend is en de jongere is 22 of jonger.
 - o Overlappende doelgroepen creëren: mogelijkheid tot bieden van zorg tot 23 jaar indien geïndiceerd vanuit jeugd als ook mogelijkheid tot bieden zorg vanaf bijv 16 jaar vanuit volwassen zorg indien geïndiceerd (bijv. bij reeds ontwikkeld psychotisch of bipolaire toestandsbeeld).
 - o Inhoudelijk met elkaar verkennen hoe een betere verbinding te maken (eigen regie als cliënt).
- De financiën moeten zijn geborgd:
 - o De organisatie waar de productie wordt geschreven moet de beschikking hebben over contracten met verzekeraars; dit is het geval bij de teams die schrijven in het systeem van Pro Persona, maar niet voor het team in Zwolle wat registreert bij Karakter.
 - o Er moet ruimte zijn in de afspraken met zorgverzekeraars dat deze zorg door FACT teams jeugd wordt uitgevoerd. Het gaat immers van het budget voor volwassenenzorg af.
 - o Het moet kostendekkend zijn qua tarief. Daar FACT jeugd zorg intensieve zorg is.

Bijlage: Spanjaard & Slot - Ontwikkelingstaken

Ontwikkelingstaken

Han Spanjaard & Wim Slot juli 2015

In de jeugdhulp heeft het ontwikkelingsperspectief de laatste jaren steeds meer aandacht gekregen. Dit was de aanleiding om het **competentiemodel** nog eens onder de aandacht te brengen en de ontwikkelingstaken (Slot & Spanjaard, 1996) voor kinderen, jongeren, jong volwassenen en ouders van jonge kinderen opnieuw te formuleren. Nieuwe wetenschappelijke kennis en veranderende maatschappelijke ontwikkelingen maakten een herformulering van deze taken noodzakelijk (Spanjaard & Slot, 2015).

Ontwikkelingstaken zijn thema's die karakteristiek zijn voor een bepaalde levensfase en die bepaalde vaardigheden vragen. Ze worden bepaald door veranderingen die op biologisch, psychisch en sociaal gebied plaatsvinden bij het vorderen van de leeftijd. Naarmate kinderen ouder worden, ontwikkelt hun lichaam zich steeds verder, neemt hun denkvermogen toe en komen ze op plekken waar ze vroeger niet kwamen. Deze veranderingen bieden kansen en vragen om nieuw gedrag. De ontwikkeling van kinderen, jongeren en volwassenen kan vanuit verschillende perspectieven worden benaderd. Gangbaar is een onderscheid tussen lichamelijke, cognitieve, sociaal-emotionele (of psychosociale) en morele ontwikkeling. Ontwikkeling wordt beïnvloed door de interactie tussen het individu en de omgeving, tussen genetisch bepaalde factoren en maatschappelijke omgevingsfactoren.

In elke leeftijdsfase zijn specifieke taken aan de orde. Deze worden soms ingegeven vanuit de omgeving in de vorm van eisen, verwachtingen en taken. Soms komen ze meer vanuit het individu als gevolg van lichamelijke groei, de invloed van hormonen en cognitieve sprongen of hersenontwikkeling. De ontwikkeling verloopt in de meeste gevallen geleidelijk. Sommige kinderen en jongeren krijgen wat later of juist wat vroeger met bepaalde ontwikkelingstaken te maken. Voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking geldt bijvoorbeeld dat de latere of beperktere ontwikkeling van cognitieve en sociaal-emotionele vaardigheden maakt dat zij sommige ontwikkelingstaken pas op latere leeftijd of slechts ten dele kunnen vervullen.

Ontwikkelingstaken zijn afhankelijk van tijd en cultuur. Onderstaande tabellen geven de ontwikkelingstaken per leeftijdsfase weer. Ontwikkelingstaken zijn opgebouwd uit subtaken. In de tabellen staan voorbeelden van subtaken achter de ontwikkelingstaken. Deze voorbeelden zijn niet uitputtend. De leeftijdsbegrenzungen kunnen per individu verschillen. Kinderen die 'er vroeg bij zijn' krijgen soms met ontwikkelingstaken te maken die normaliter bij een hogere leeftijd horen.

0-1 jaar:

- *Gehechtheid*: het zoeken van nabijheid bij een ouder of opvoeder, het ervaren van continuïteit, het gebruiken van ouders en opvoeders als veilige basis.
- *Uitvoering van lichamelijke functies*: zien, horen, eten, drinken, objecten vastpakken, zitten, kruipen, lopen en klauteren.
- *Ouder(s) en familie*: onderscheid maken tussen ouder en een vreemde, zonder paniek alleen kunnen zijn.
- *Spelen*: doelgericht spelen met voorwerpen, spelen naast andere kinderen.
- *Verkenning van de omgeving*: voorwerpen verkennen en gebruiken, de vloer/grond en ruimtes verkennen.

2-5 jaar:

- *Ouder(s) en familie*: gezinsnormen eigen maken, je houden aan regels.
- *Omgang met leeftijdgenoten*: samen spelen, initiatief nemen, voor jezelf opkomen, iets delen.
- *Taal*: gesproken taal begrijpen, zinnen maken, een boodschap overbrengen, iets vertellen.
- *Taakgerichtheid*: langere tijd met een taakje bezig zijn.
- *Zelfverzorging*: met bestek eten, jezelf wassen, jezelf aan- en uitkleden.
- *Zelfstandigheid*: dingen zelf doen, zindelijkheid, weten dat je een individu bent met eigen wensen en voorkeuren, verschuiving van externe regulatie (door opvoeders) naar zelfcontrole.
- *Sekse-rol*: identificatie met de rol als jongen en meisje.

6-11 jaar:

- *Vergroten zelfstandigheid t.o.v. ouders/opvoeders*: privacy, een eigen mening en verantwoordelijkheid.
- *Herkennen en bijsturen van emoties*: herkennen en benoemen van eigen gevoelens, risicovolle impulsen opmerken, beheersen of bijsturen.
- *Deelname aan basisonderwijs*: luisteren, in groepsverband functioneren; concentreren op taken, schoolse vaardigheden (lezen, schrijven, rekenen) eigen maken.
- *Nemen van deelverantwoordelijkheden thuis*: uitvoeren van kleine taakjes, zorgen voor huisdieren.
- *Relaties met leeftijdgenoten*: aanknopen en onderhouden van wederkerige vriendschappen, geven en nemen in spel, eenvoudige conflicten oplossen, laten merken dat je de ander aardig vindt.
- *Gebruik van basale infrastructuren*: vervoer, geld, vrije tijd, digitale apparaten en de digitale wereld (internet en sociale media) gebruiken.
- *Je verplaatsen in anderen*: je inleven in situaties die je niet zelf meemaakt, de bedoelingen en belangen kunnen inschatten van andere kinderen en van volwassenen, rekening houden met wensen/belangen van anderen.
- *Veiligheid en gezondheid*: omgaan met fysieke gevaren (verkeer, vuur/hitte, water, elektriciteit, anderen die je grenzen overschrijden of je iets willen aandoen).

12-17 jaar:

Positie ten opzichte van de ouders: minder afhankelijk worden van de ouders en het bepalen van een eigen plaats binnen de veranderende relaties in het gezin en de familie.

Onderwijs of werk: kennis en vaardigheden opdoen om later een beroep te kunnen uitoefenen en een keuze maken ten aanzien van werk.

Vrije tijd: ondernemen van activiteiten in de vrije tijd en het zinvol doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.

Eigen woonsituatie: zorgdragen voor eigen kamer en spullen, omgaan met je huisgenoten.

Autoriteit en instanties: accepteren dat er instanties en personen boven je gesteld zijn, binnen geldende regels en codes opkomen voor eigen belang.

Gezondheid en uiterlijk: zorgen voor goede voeding en een goede lichamelijke conditie, een uiterlijk waar je je prettig bij voelt en het inschatten en vermijden van risico's. *Sociale contacten en vriendschappen*: contacten leggen en onderhouden, oog hebben voor wat contacten met anderen kunnen opleveren, je openstellen voor vriendschap, vertrouwen geven en nemen, wederzijdse acceptatie.

Sociale media en internet: smartphone en computer gebruiken, informatie vinden en delen, informatie en berichten wegen, onderscheid tussen de virtuele en de reële werkelijkheid maken, gevaren onderkennen.

Intimiteit en seksualiteit: seksualiteit integreren in je persoonlijkheid, ontdekken wat mogelijkheden, wensen en grenzen zijn in intieme en seksuele relaties bij jezelf en bij anderen zijn.

Bij cultuurverschillen: normen van verschillende culturen kennen, inschatten welke vaardigheden in welke culturele context passend zijn.

18-23 jaar:

Eigen woonsituatie: zoeken van en zorgdragen voor een plek waar je goed kunt wonen, zorgdragen voor voldoende financiële middelen.

Positie ten opzichte van gezin van herkomst en familie van eventuele partner: vanuit zelfstandigheid contact met ouders en andere familieleden opnieuw vorm geven.

Onderwijs of werk: een opleiding afronden met een diploma/arbeidskwalificatie, een baan vinden, omgaan met collega's en je meerdere.

Vrije tijd: ondernemen van activiteiten in de vrije tijd en het zinvol en prettig doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.

Zelfredzaamheid: de weg weten en voor jezelf opkomen ten aanzien van allerlei instanties en regels waarmee je als meerderjarige mee te maken krijgt.

Gezondheid en uiterlijk: zelfstandig zorgdragen voor een goede lichamelijke conditie, goede voeding en het inschatten en vermijden van risico's.

Sociale contacten en vriendschappen: contacten opbouwen en onderhouden, duurzame vriendschappen aangaan.

Intimiteit en seksualiteit: aangaan van en ervaring opdoen met (duurzame) relaties.

24-35 jaar (ouders met jonge kinderen):

Partnerrelatie, seksualiteit: rollen en verantwoordelijkheden verdelen, relatie nieuwe inhoud geven, spanningen bespreken.

Autonomie: eigen interesses en behoeften behouden en ontwikkelen, balans vinden tussen activiteiten samen en voor jezelf.

Opvoeding: sensitiviteit en responsiviteit tonen ten aanzien van de behoeften van je kind(eren), verzorging, veiligheid en de mogelijkheid tot gehechtheid bieden. Creëren van een veilige omgeving die optimaal prikkelt.

Loopbaan: keuze voor beroep en het aantal uren werk, onderlinge taakverdeling die daaruit voortvloeit, eventueel verhuizen, omgaan met spanningen in verband met werk.

(Schoon)ouders: autonomie realiseren; eventuele onopgeloste problemen met (schoon)ouders uit het verleden oplossen, acceptatie als de partner niet zo geliefd is door ouder(s) of vice versa.

Vriendschappen/sociale contacten: vasthouden van vriendschappen, creëren en benutten van ondersteunend netwerk.

Woonruimte / huishouden: woonruimte en huishouden organiseren en taken verdelen, financieel beheer.

Referenties

- Slot, W. & Spanjaard, H. (1996). Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgerichte hulpverlening. In: *Jeugd en samenleving*, 1, 3-19.
- Spanjaard, H. & Slot, W. (2015). Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook. Een 'update' van het competentiemodel. In: *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 14-21. DOI: 10.1007/s12454-015-0029-0.