

Crisisinterventie
en
spoedeisende hulp

Een overzicht van theorie en praktijk



Nederlands
Jeugd
instituut

Marianne Berger & Simone Hordijk
Nederlands Jeugdinstituut / NJI
Januari 2007

**Crisisinterventie
en
spoedeisende hulp**

Een overzicht van theorie en praktijk

© 2007 Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Marianne Berger

Simone Hordijk

Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Fax (030) 230 63 12

Inhoudelijke informatie is te verkrijgen bij Marianne Berger (030) 230 65 32

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1. Crisisinterventie: wat zegt de literatuur?	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Wat is crisis?	9
1.3 Hoe ontstaat een crisis?	11
1.4 Wat werkt bij crisisinterventie in gezinnen?	12
1.5 Oriëntatie op doelgroepen	15
1.6 Theoretische referentiekaders	19
1.7 Tot slot	22
2. Crisisinterventie: de praktijk	24
2.1 Inleiding	24
2.2 Crisisinterventie en spoedeisende hulp door Bureaus Jeugdzorg	24
2.3 Crisisinterventie en spoedeisende zorg door zorgaanbieders	27
Literatuur	30
Bijlagen	32
Bijlage 1	34
Bijlage 2	36
Bijlage 3	61
Bijlage 4	68

Inleiding

Sinds de nieuwe Wet op de Jeugdzorg van kracht is zijn de Bureaus Jeugdzorg verplicht vierentwintig uur per etmaal beschikbaar te zijn voor crisissituaties. Voor een aantal Bureaus Jeugdzorg is dit aanleiding geweest zich om de inhoud en organisatie van de crisisinterventie nader aan te scherpen of opnieuw in te richten.

Vaak vindt de crisisinterventie plaats in samenwerking met regionale zorgaanbieders. Dit is mogelijk in het kader van een besluit spoedeisende zorg, een indicatie die vier weken geldig is. Inmiddels zijn in den lande allerlei vormen van spoedeisende zorg aan het ontstaan.

NIZW Jeugd heeft een inventarisatie uitgevoerd naar de stand van zaken van crisisinterventie en spoedeisende zorg aan jeugdigen en hun gezinnen in crisissituaties. Het doel van deze inventarisatie is betrokkenen bij de uitvoering een overzicht te bieden van de diverse manieren waarop crisisinterventie wordt vormgegeven. Hiermee kunnen ze hun eigen werkwijze vergelijken met de werkwijze bij andere Bureaus Jeugdzorg of zorgaanbieders. Dit kan inspiratie bieden om het eigen aanbod te optimaliseren en/of beter aan te laten sluiten op het voor- of natraject.

Parallel aan de inventarisatie heeft ook een literatuurstudie plaats gevonden die zicht biedt op algemeen en specifiek werkzame factoren bij crisisinterventie. De resultaten van deze literatuurstudie geven de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders handvatten om hun aanbod theoretisch te onderbouwen en te toetsen. Ook dit kan leiden te versterking van het aanbod.

Relatie inspectierapport

Onlangs is door de Inspectie Jeugdzorg een landelijk onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van het handelen van de Bureau's Jeugdzorg bij cliënten in acute crisis (Inspectie Jeugdzorg, 2005). In dit onderzoek stond de vraag centraal of de zorg tijdens acute crisis voldoet aan wat cliënten mogen verwachten.

Ten opzichte van dit onderzoek is deze inventarisatie meer op de inhoud van het aanbod gericht en staat de theoretische onderbouwing van het aanbod meer centraal. Mogelijk biedt dit rapport handvatten om de aanbevelingen uit het inspectierapport te realiseren.

Rapport

In hoofdstuk 1 van dit rapport wordt ingegaan op de bevindingen uit de literatuur omtrent crisisinterventie.

Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van de praktijk van crisisinterventie in de Nederlandse Jeugdzorg. Dit vindt plaats aan de hand van een beschrijving van de resultaten van de inventarisatie crisisinterventie en spoedeisende zorg bij de Bureau's Jeugdzorg en de zorgaanbieders.

De bijlagen bevatten een uitgebreide beschrijving van de stand van zaken met betrekking tot crisisinterventie bij de diverse Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders.

1. **Crisisinterventie: wat zegt de literatuur?**¹

1.1 **Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bevindingen in de literatuur over de doelgroep 'gezinnen in crisis' en over effectieve interventies voor deze doelgroep. In par. 1.2 wordt het begrip crisis toegelicht en komen kenmerken van gezinnen in crisis aan bod. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen gezinnen en hulpverleners onder druk. In par. 1.3 wordt toegelicht hoe personen in crisis kunnen raken. Par. 1.4 gaat in op de vraag: wat werkt in crisisinterventie? De algemene en specifiek werkzame factoren in crisisinterventie worden besproken. In par. 1.5 wordt ingegaan op een indeling in typen crisisinterventie. Deze indeling helpt om het brede aanbod van crisisinterventie toe te spitsen op diverse doelgroepen. In par. 1.6 wordt tenslotte ingegaan op diverse theoretische stromingen waarvan crisisinterventie gebruik kan maken. In par. 1.7 wordt dit hoofdstuk afgesloten met enkele slotopmerkingen.

1.2 **Wat is crisis?**

Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. Er vindt een ontregeling plaats waarin gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort schieten. Bij een crisis kan het gaan om problemen tussen ouders en kinderen, zoals mishandeling, verwaarlozing of ernstige conflicten met adolescenten. Het kan ook gaan om problemen van de ouders, bijvoorbeeld echtscheiding of psychiatrische problematiek. Of om problemen van de kinderen, zoals een suïcidepoging.

Draagkracht en draaglast

Een crisis wordt doorgaans (bijv. door Hoekert et al., 2000) gedefinieerd als een ingrijpende verstoring van het evenwicht tussen draagkracht (belastbaarheid) en draaglast (belasting) van een cliëntsysteem, waarin bestaande probleemoplossende mechanismen van het individu en het sociaal netwerk ontoereikend zijn of falen.

De draaglast (feitelijk of in beleving) kan te zwaar worden (Van Deur, 1997):

- door een ingrijpende gebeurtenis;
- doordat een belangrijke faseovergang door jeugdige, ouders en/of gezin niet kan worden gemaakt;
- als een risicofactor uit het cliëntsysteem actief wordt (bijv. een stoornis);
- als de beleving van een bestaande situatie te sterk negatief wordt.

De draagkracht van een cliëntsysteem kan onverwacht tekort schieten:

- doordat er geen adequate probleemoplossende strategieën worden gebruikt;
- doordat het de jeugdige of zijn opvoeders aan competentie ontbreekt;
- doordat er onvoldoende beschermende factoren en/of sociale steun aanwezig is.

Het cliëntsysteem vertoont als gevolg van de verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast typisch crisisgedrag en is niet in staat om adequaat te handelen:

- men is emotioneel te zeer verward;

¹ Een vergelijkbare versie van dit hoofdstuk is ook opgenomen in: Vugt, M. Van, Berger, M. & Eijgenraam, K. *Ambulante Spoedhulp Jeugdzorg, Methodiekbeknopting*. Utrecht/Woerden: NJi/AVM (in voorbereiding).

- men kan feitelijke informatie niet meer reëel inschatten;
- men vertoont problematisch gedrag dat de crisissituatie eerder verergert.

Kenmerken van personen in crisis

Personen die in een crisissituatie verkeren, vertonen doorgaans een aantal typische kenmerken in gedrag, emoties en denkpatroon (Caplan, 1964):

Gedragskenmerken:

- agitatie, ongeduld, impulsiviteit;
- doelloze activiteit, rondlopen, nutteloze en doelloze handelingen verrichten;
- onbeweeglijkheid, terugtrekken in zichzelf, zichzelf isoleren;
- gebruik van drugs, alcohol, medicijnen;
- gevaarlijk, schadelijk of bedreigend gedrag.

Emotionele kenmerken:

- ongecontroleerde huilbuien, woede-uitbarstingen en angstaanvallen;
- overgevoeligheid, heel snel geraakt zijn;
- labiliteit, snelle veranderingen van emoties;
- vervlakking van gevoelens, gezinslid lijkt afgestompt, leeg, hol.

Kenmerken van het denken:

- alleen nog maar denken aan de problemen;
- gedachten razen voortdurend door, niet kunnen concentreren of focussen op oplossingen;
- alleen maar kunnen denken aan één idee of oplossing en dit niet loslaten;
- verkeerd interpreteren van informatie en trekken van verkeerde conclusies.

Deze gedragingen kunnen het gevolg zijn van de verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast, maar kunnen op hun beurt ook weer de crisis versterken omdat ze adequate reacties verstoren.

Gezinnen of hulpverleners onder druk?

Een gezinscrisis heeft meestal een of meer kleinere problemen van een individueel gezinslid als oorzaak. Vaak heeft een gezin al lange tijd met een disfunctioneel evenwicht het hoofd boven water heeft weten te houden. Ook al is er veel draaglast of weinig draagkracht, het gezin zoekt naar wegen om te blijven functioneren. Men wil verdere verslechtering van de situatie en herhaling van negatieve gebeurtenissen voorkomen. Hiervoor hebben de gezinsleden en het gezin als systeem bepaalde patronen ontwikkeld om *problemen/ontwikkelingsvragen op te lossen en om met elkaar om te gaan*. Deze patronen kunnen ronduit destructief zijn, maar - en dit is een essentieel punt - tot nog toe is het gezin er met deze patronen wel in geslaagd bijeen te blijven of weer bijeen te komen. Het gezin zal er dus niet zomaar afscheid van nemen. Er is wel sprake van evenwicht, maar niet van groei en ontwikkeling.

Hulpverleningssysteem onder druk

Het is ook mogelijk dat er sprake is van een crisis op het niveau van het hulpverleningssysteem: door het uitblijven van veranderingen is de spanning op dit niveau toegenomen. De zaak is 'spoedeisend', omdat er een uitweg gezocht wordt voor de spanning die er bij gezinsleden, het gezin als systeem, en vaak ook de betrokken hulpverleners is ontstaan.

In een aantal gevallen is er vooral sprake van een crisis of spoedeisende situatie in de optiek van de hulpverlener, en niet, of niet zo sterk, in de optiek van het gezin. Het traject dat cliënten doorlopen voordat er hulp komt die past, vertoont vaak hobbels en obstakels. Dat kan uiteindelijk leiden tot een vraag naar acute hulp, die niet nodig zou zijn geweest als deze stagnaties in een eerder stadium zouden zijn opgelost. Anders gezegd: crisisinterventie is het laatste antwoord, niet op individueel of gezinsniveau, maar op hulpverleningsniveau. Er is voor de tot dan toe betrokken instanties een situatie met een hoge draaglast, en te lage draagkracht ontstaan.

1.3 Hoe ontstaat een crisis?

Volgens de crisistheorie (Caplan, 1964) is een crisis het resultaat van oplopende spanning in een gezinssysteem. Individuele gezinsleden en het gezin als systeem hebben patronen ontwikkeld om problemen en ontwikkelingsvragen op te lossen. Dit kost energie, en het kan gepaard gaan met spanningen. Doorgaans zijn deze spanningen gemakkelijk op te vangen door individuele gezinsleden of door verandering van gezinspatronen. Als dat niet meer lukt, wordt er doorgaans steun van buiten ingeroepen, bijvoorbeeld vanuit de familie, of de professionele hulpverlening. Bij een acute crisis is het voor het gezin, de mensen daaromheen, en ook voor de eventueel betrokken hulpverleners, niet langer mogelijk om de spanning op te vangen. De spanning kan heel snel zijn opgelopen, bijvoorbeeld door een sterfgeval, een vechtpartij, een arrestatie. We noemen dit een 'shock' crisis. Ook kan het een langzamer proces geweest zijn, waarbij een relatief kleine aanleiding – een kind ruimt zijn kamer niet op – de druppel net doet overlopen. We spreken dan van een uitputtingscrisis. De mogelijkheden zijn dan uitgeput. Het individuele gedrag bij een 'shock' crisis en 'uitputtingscrisis' is verschillend.

	Shock crisis	Uitputtingscrisis
Individueel	Een plotselinge en dramatische verandering in gedrag, gevoel, denken en lichamelijke reacties. Agitatie, verwardheid, labiliteit	Een geleidelijke afname van het functioneren: terugtrekken, onverschilligheid, afvlakken van gevoelens, vermoeidheid, tot niets meer komen
Gezin	Een plotselinge en dramatische verandering in gedrag tussen gezinsleden: geweld, vluchtgedrag, misbruik, grimmige conflicten	Een geleidelijke afname van het functioneren: terugtrekken uit de buitenwereld, grenzen tussen ouders en jeugdigen vervagen, gevoel van hopeloosheid.

Een crisis treedt niet snel op. Maar als het gebeurt, belandt men van een 'kwetsbare toestand' in een 'totale ontreding'. Een crisis is een tijdelijke toestand van een of meer individuele gezinsleden. Als niemand ingrijpt, gaat het ook weer over. Het kost dan echter meer tijd voor het gezinlid om er alleen overheen te komen en het dagelijks leven weer op

te pakken. Bovendien is het risico op schade groot, vooral als er kinderen bij betrokken zijn. Langer dan een maand duurt een crisis echter zelden.

Functioneren van gezinsleden in een crisis

Bij een crisis lijkt de draagkracht in het gezin weg te vallen: Rollen, taken, regels, afspraken in het gezin vallen weg, worden niet nagekomen. Verplichtingen naar elkaar en naar de buitenwereld worden niet nagekomen. Het gezin staat stil, is als verlamd, of laat juist een niet of nauwelijks te stoppen, uitputtende dadendrang zien om uit de problemen te komen. In dat geval kunnen gezinsleden ook extreme pogingen doen om de problemen op te lossen, zoals suïcidepogingen, of extreem geweld. De veiligheid van jeugdigen kan in dat geval acuut in gevaar komen.

Bij individuele gezinsleden kan het besef van tijd en het dag- en nachtritme wegvallen. De hygiëne in huis wordt verwaarloosd, niet meer van belang gevonden.

Door het gezinslid wordt deze toestand ervaren als iets wat niet bij hem of haar past.

Achteraf beschrijft men het vaak als een boze droom, een nachtmerrie. Men is vervreemd van zichzelf.

1.4 Wat werkt bij crisisinterventie in gezinnen?

In crisissituaties zijn veranderingen mogelijk, dit kunnen positieve of negatieve veranderingen zijn. Daarom is het van belang snel en flexibel actie te ondernemen in de vorm van crisisinterventie. Crisisinterventie is te definiëren als een kortdurende actieve interventie die erop gericht is om de acute problemen op te lossen en het evenwicht te herstellen (Caplan, 1964).

Door Hoekert et al (2002) wordt het doel van crisisinterventie omschreven als het herstellen van het evenwicht door:

1. het voorkomen van verdere achteruitgang;
2. en herstel naar oorspronkelijk niveau met daarbij, voorzover mogelijk,
3. een structurele verbetering van het functioneren van het systeem.

Effectieve interventies bij crisis

De literatuur biedt diverse studies naar effectieve interventies bij crisissituaties in gezinnen. Een aantal studies toont aan dat kortdurende vormen van standaard crisisinterventie (24 uren bereikbaarheid, outreachende interventies en eventueel opnamen in crisiscentra) door cliënten als positief worden ervaren. Dit blijkt uit afname van stress, persoonlijk sterker worden, verbetering copingstrategieën, verbetering gezinsfunctioneren, afname suïcidepogingen, afname agressieve uitbarstingen van het kind (Kutash & Rivera, 1995). Günter et al (1999) en Henggeler et al (1999) concluderen dat interventies gericht op het gezin het meest effectief zijn en beschouwd kunnen worden als de meest werkzame onderdelen van crisisinterventie. Simington et al (1996) concludeert op basis van een evaluatie van het Crisis Intervention Program (CIP) dat de effectiviteit samenhangt met de expertise van de hulpverlener, de geschiktheid van de interventie en de beschikbaarheid van ondersteunende interventies na beëindiging van de crisisinterventie.

Daarnaast is ook de effectiviteit aangetoond van het bieden van kortdurende crisisopvang in combinatie met ondersteunende ouder- en systeeminterventies. Uit onderzoek naar de resultaten van het Crisis Child Care programma voor kinderen tot 13 jaar bleek dat de ouderlijke stress en het optreden van mishandeling van het kind afnamen (Cowen, 1998).

Families First

Een bekende interventie die in Nederland veel is ingezet bij een crisis is Families First (Spanjaard & Haspels, 2005). Deze interventie wordt ingezet als er naast crisis sprake is van een dreigende uithuisplaatsing van één of meer kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. De hulp van Families First duurt vier tot maximaal zes weken. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van kinderen en gezinnen, op de ervaren opvoedingsbelasting van moeders en op het voorkomen van uithuisplaatsing. (De Kemp et al. 1998; Kemper, 2004). Families First is als effectieve interventies opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies (Berger, 2005). De methodiek van Families First biedt dan ook veel aanknopingspunten voor een methodische invulling van crisisinterventie.

Specifiek werkzame factoren

Uit de kennis van effectieve interventies in een crisissituatie kunnen een aantal aanknopingspunten worden gedestilleerd voor de kenmerken waaraan interventies in een crisissituatie moeten voldoen. We noemen dit de specifiek werkzame factoren van crisisinterventie. Hieronder volgt een overzicht.

Beperkte duur

De duur van een crisis – in de zin van verstoring van het evenwicht- is over het algemeen niet langer dan vier tot zes weken (Fairchild, 1997; in: Konijn et al., 2001). Volgens Callahan (1995) kan crisisinterventie bestaan uit één tot acht sessies, verspreid over een periode van vier tot zes weken. Verondersteld wordt dat in deze periode het evenwicht hersteld is en de meest heftige emoties gereduceerd zijn. Omdat de onderliggende problematiek dan nog niet opgelost is, hebben de meeste gezinnen na beëindiging van de crisisinterventie nog aanvullende hulp nodig (Reisch et al, 1999).

Snelheid start

Een snelle start van de crisisinterventie is van belang voor de veiligheid van het kind en om tegemoet te komen aan de volwassene die zich zorgen maakt over het kind (Feiguine et al., 2000, in: Konijn et al, 2001). Volgens Callahan (1995) moet onderscheid gemaakt worden tussen crisis, een begrip dat voornamelijk voorkomt in de psychologische literatuur, en spoedgeval ('emergency'), een begrip dat vooral gehanteerd wordt in medisch georiënteerde psychiatrische literatuur. Van een spoedgeval is sprake bij een potentiële suïcide, potentieel geweld of bij een acute psychose waarbij zonder onmiddellijke reactie fysieke en/ of psychische schade ontstaat. Alle andere situaties zouden wel een snelle reactie binnen 24 uur vereisen maar geen onmiddellijke. Een interventie bij een spoedgeval is een eenmalige activiteit die eventueel gevolgd wordt door crisisinterventie.

Flexibiliteit, intensiteit en beschikbaarheid

De crisishulpverlener (of diens vervanger) is 24 uur per dag zeven dagen per week flexibel beschikbaar zijn. We kennen dit kenmerk van het Families First programma (Spanjaard & Haspels, 2005). Dit wordt ook onderbouwd met onderzoek naar effectieve interventies in crisissituaties (Fraser, Pecora & Haapala, 1991).

Doelen en fasering

Crisisinterventie is doelgericht en bevat volgens Fairchild (1997, in: Konijn e.a. 2001) meerdere fasen. In de fase van crisismanagement gaat het om vaststellen van de crisis (aanleiding, inschatting van risico's en mogelijkheden), counseling of interview met de cliënt en opstellen van interventieplan, waarin de cliënt en zijn netwerk wordt gemobiliseerd. In de vervolgfase probeert men aan de hand van een zorgplan het functioneren van de cliënt na de crisisinterventie te verbeteren. Crisisinterventie bestaat dus vooral uit korte termijninterventies: het onderzoeken van de situatie, het uitvoeren van de interventie, stabilisatie en het bieden van uitgebreide nazorg of follow-up (Reisch et al, 1999). Inhoudelijk hebben de doelen betrekking op het bij elkaar houden van het gezin (tenzij de veiligheid van het kind in gevaar komt), onderzoeken van de behoeften en krachten van het gezin, het opzetten van (meer) permanente steun en het verbeteren van copingstrategieën van de gezinsleden (Evans et al, 1997).

Samenwerking en coördinatie

Omdat bij een gezin in crisis vaak diverse hulpverleners en diensten betrokken zijn, is samenwerking met hen een wezenlijk onderdeel van crisisinterventie. Dit is ook van belang in verband met een tijdige afsluiting en overdracht van het gezin (Van den Braak & Konijn, 2006).

Algemeen werkzame factoren

Naast de specifieke aanpak bij crisisinterventie, komt uit diverse effectstudies naar voren dat ongeacht de problematiek van de cliënten een aantal factoren altijd bijdraagt aan goede resultaten. Het gaat hier om algemeen werkzame factoren die gelden voor de gehele jeugdzorg:

- een goede werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener;
- goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt;
- goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag (aansluiting bij de probleemdefiniëring van de doelgroep, consensus over het probleem waarop de hulp gericht moet zijn; evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet);
- goede structurering van de interventie, dat wil zeggen: heldere en concrete doelstelling, doordachte opzet, goede planning en fasering;
- uitvoering van de interventie zoals zij behoort uitgevoerd te worden ('treatment integrity' of 'fidelity');
- voldoende professionaliteit (vooral: training) van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (caseload, begeleiding, beveiliging)

Deze algemeen werkzame factoren zijn zo belangrijk en basaal dat ze de basisingrediënten van goed hulpverleners genoemd kunnen worden. De eerste zes factoren zijn inmiddels vrij goed met onderzoek onderbouwd. Over de laatste zijn de aanwijzingen wel aanwezig, maar nog niet voldoende eenduidig om ze stellig naar voren te schuiven (Van Yperen et al. 2003).

Hermanns (2004) wijst er verder op dat hulpverlening effectiever zal zijn als zij gericht is op het weer grip krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen en jongeren (herstel zelfregulatie), beschikbaar is in de eigen leefsituatie van ouders, kinderen en jongeren, en de sociale netwerken rond ouders, kinderen en jongeren activeert.

Consequenties voor crisisinterventie

Op basis van de hiervoor genoemde algemeen en specifiek werkzame factoren moet crisisinterventie en spoedeisende zorg voldoen aan de volgende kenmerken:

- de duur van de interventie is maximaal vier weken
- de start vindt binnen 24 uur plaats (crisis) en soms sneller (spoedgeval)
- de hulp is flexibel inzetbaar
- de hulp vindt plaats in de eigen leefomgeving van het gezin
- er is een bereikbaarheid voor het gezin gedurende 24 uur per dag zeven dagen per week
- de hulp is doelgericht en gestructureerd
- de crisishulpverlener werkt intensief samen met andere hulpverleners rond het gezin
- de crisishulpverlener investeert in het tot stand brengen van een goede werkrelatie met het gezin
- het vergroten van het probleemoplossend vermogen en empowerment van ouders en kinderen staat voorop
- hierbij wordt het sociale netwerk rond het gezin gemobiliseerd
- de interventie wordt uitgevoerd door deskundige en goed opgeleide medewerkers die snel een crisissituatie kunnen beoordelen en hierin kunnen handelen
- de medewerkers worden intensief begeleid door een gedragswetenschapper of teamleider.

1.5. Oriëntatie op doelgroepen

Om effectief te kunnen hulpverleners is het onder meer van belang dat een interventie een goede conceptuele onderbouwing heeft. Dit houdt in: een duidelijke analyse van het probleem, een verantwoording van de doelen van de interventie, en een duidelijke samenhang tussen de doelen, doelgroep en aanpak. De werkzame bestanddelen van de interventie zijn duidelijk.

De aard van onderliggende problematiek heeft invloed op de specifieke doelen en aanpak van crisisinterventie. De doelgroep 'gezinnen in crisis' waarbij sprake is van 'verstoring tussen draagkracht en draaglast' is zeer heterogeen en biedt onvoldoende aangrijpingspunten voor een conceptuele onderbouwing. Daarom is het van belang te kijken naar de problemen die ten grondslag liggen aan het tot stand komen van de crisis zodat de crisisinterventie op de specifieke problematiek kan worden toegespitst. Door het Mobiel Crisisteam in Amsterdam worden op basis van jarenlange ervaring met gezinnen in crisis de volgende clusters van problemen onderkend (Hoekert e.a., 2000):

- problemen rond de opvoeding van de kinderen, verwaarlozing en kindermishandeling.
- problemen rond een adolescent: heftige conflicten, jongeren die van huis worden weggestuurd of weglopen, ernstig druggebruik;
- problemen rond tweede of derde generatieproblematiek bij allochtonen
- problemen van de ouders, bijvoorbeeld tijdens of na een scheiding;
- problemen bij acute situaties, rampen, steekpartijen, kinderdoding door ouder(s), seksueel misbruik.

De ervaring hierbij is dat de problemen vaak gecompliceerd worden door geweld, alcoholgebruik, eenzaamheid en financiële en sociale problemen van de ouders.

Een andere, wat meer globale indeling wordt gemaakt door Van Deur (1997), aangevuld door Konijn (2001). Hierbij worden de volgende typen crisisinterventie onderscheiden:

- type 1: Crisisinterventie na ingrijpende gebeurtenissen;
- type 2: Crisisinterventie bij faseovergangen (biologisch, sociaal of maatschappelijk);
- type 3: Crisisinterventie bij structurele / meervoudige problemen;
- type 4: Crisisinterventie bij verzorgingsproblematiek ;
- type 5: Crisisinterventie bij acute psychiatrische problematiek .

In deze crisistypen zijn de hiervoor genomen clusters van problemen als het ware opgenomen. Hieronder volgt een toelichting per type crisis. Dit vindt plaats aan de hand van een beschrijving van de problemen, hulpvraag en aanknopingspunten.

Type 1: Crisisinterventie na ingrijpende gebeurtenissen

Problemen

Het cliëntsysteem functioneert over het algemeen neutraal tot goed maar door een ingrijpende gebeurtenis (veelal van buitenaf) is het probleemoplossend vermogen niet meer toereikend. De draaglast wordt te zwaar en dit leidt tot een crisis. Voorbeelden zijn: gezinssystemen waar plotseling een opvoeder/verzorger of een kind wegvalt, overlijdt, gehandicapt raakt of ernstig ziek wordt.

Hulpvraag

In deze gezinnen is behoefte aan geruststelling, troost, het regelen van praktische zaken en herstel van de dagelijkse routine. Jeugdigen moeten ondersteund worden bij het zien van het verdriet van hun ouders. Er kan behoefte zijn aan stressreductie en het krijgen van zicht op de gevolgen van de gebeurtenis op de lange termijn.

Aanknopingspunten

Doel is het terugbrengen van het evenwichtsniveau tussen draagkracht en draaglast op hetzelfde niveau van functioneren als voor de crisis. Dit gebeurt door het activeren van het probleemoplossend vermogen en van het netwerk rondom het gezin. De interventie kan vaak kort zijn en er is een snelle kans op herstel. Vaak is aanvullende ambulante hulp nodig, bijvoorbeeld voor het verwerken van de gevolgen van de ingrijpende gebeurtenis.

Type 2: Crisisinterventie bij faseovergangen (biologisch, sociaal of maatschappelijk)

Problemen

Het probleemoplossend vermogen van een cliëntsysteem kan tekortschieten als het systeem een belangrijke overgangsfase niet goed doorstaat. De nieuwe eisen en vaardigheden gaan niet gelijk op met het aanpasingsvermogen van het systeem en dit kan leiden tot bovenmatige spanning en uiteindelijk tot een crisis. Voorbeelden zijn de confrontatie met verschillende normen en waarden in migrantengezinnen en het weglopen van een adolescent na ernstige conflicten.

Hulpvraag

In deze gezinnen is behoefte aan ondersteuning bij de emotionele en gedragsmatige aanpassingen die nodig zijn om de faseovergang te kunnen maken. Jeugdigen vragen om erkenning van hun wensen en opvattingen. Ouders willen weten hoe ze om kunnen gaan met de gedragsproblemen van hun kinderen.

Aanknopingspunten

Doel van de crisisinterventie is het vinden van een nieuw evenwichtsniveau. Vaak is dit een hoger niveau van functioneren omdat het gaat om de groei en ontwikkeling van een cliëntsysteem. Vaak gaat het om tot rust brengen en op weg helpen, waarbij het benoemen en benutten van positieve krachten stimulerend is. Als de problemen al langere tijd duren en er sprake is van negatieve gezinspatronen moet de hulpverlener extra investeren om toekomstige nieuwe evenwichtverstoringen te voorkomen en is vaak aanvullende hulp nodig.

Type 3: Crisisinterventie bij structurele/ meervoudige problemen

Problemen

Het cliëntsysteem heeft een laag niveau van functioneren en probleemoplossende strategieën zijn niet adequaat. Er is sprake van meervoudige problematiek. Hierdoor raakt de balans tussen draagkracht en draaglast snel verstoord, zodat er regelmatig crisissituaties ontstaan. Het betreft veelal een opvoedingssysteem waarbij de opvoedingscompetentie van ouders tekort schiet. Vaak is sprake van relationele conflicten. Deze gezinnen zijn vaak al bekend bij de hulpverlening, meestal bij diverse instellingen. Voorbeelden zijn: gezinnen waarin sprake is van psychische of lichamelijke verwaarlozing, gezinnen waarin sprake is pedagogische onmacht als gevolg van eigen problemen van ouders. Ook kan sprake zijn van fysieke kindermishandeling.

Hulpvraag

De gezinsleden zijn moe van de negatieve sfeer in huis. Ouders maken zich zorgen om het risicogedrag van hun kinderen. Het vertrouwen in de hulpverlening is niet er groot. Wel hebben ouders en jeugdigen vaak hulpvragen op het gebied van praktische en materiele problemen. Ook wil men minder problemen hebben met politie en justitie. Ouders willen wel geholpen worden bij het vergroten van hun gezag en kinderen hebben behoefte aan het vergroten van hun veiligheid.

Aanknopingspunten

Bij deze vaak wat meer structurele vormen van crisis is het herstel van het bestaande evenwichtsniveau onvoldoende, omdat de kansen op groei en vooruitgang te beperkt zijn. Doel van de crisisinterventie is het op gang brengen van een proces waarbij het systeem als geheel op een hoger niveau van functioneren uitkomt. De crisisinterventie is hierin vaak een eerste stap, waarbij de kans van de crisis kan worden benut. Hierna is aanvullende hulp nodig voor gezin, ouders en jeugdige. Van belang is het werken aan vergroting van de motivatie en het bereiken van kleine doelen.

Type 4: Crisisinterventie bij verzorgingsproblematiek

Problemen

Het cliëntsysteem met een wankel evenwicht functioneert dankzij de beschikbaarheid van een 'zorgsysteem'. Chronische zorg maakt het cliëntsysteem echter sterk afhankelijk. Als het zorgsysteem tekortschiet, wordt de draagkracht te zwaar en kan een crisis ontstaan. Voorbeelden zijn licht verstandelijk gehandicapte ouders, ouders met psychiatrische problematiek en verslaafde ouders.

Hulpvraag

De gezinsleden willen graag dat de eerdere zorg hersteld wordt. Omdat steunstructuren zijn weggefallen is men bang voor terugval. Doorgaans is men gemotiveerd om zelf te investeren mits er in de behoefte aan zorg voorzien wordt.

Aanknopingspunten

Doel van de crisisinterventie is het zorgsysteem weer zo snel mogelijk te herstellen. Daarnaast is een doel om te na te gaan of het mogelijk is om het cliëntsysteem op een hoger niveau van functioneren te brengen waardoor het minder kwetsbaar wordt.

Type 5: Crisisinterventie bij acute psychiatrische problematiek

Problemen

Het evenwicht wordt verstoord doordat er sprake is van acute psychiatrische problematiek. Het gaat hier om jeugdigen, meestal adolescenten, bij wie (acuut) een psychose uitbreekt of zich ernstige voortekenen hiervan voordoen, of waarbij sprake is van een depressie met suïcidedreiging.

Hulpvraag

Voor de jeugdige is uiteraard hulp bij de problematiek van belang. Ouders en andere gezinsleden hebben behoefte aan hulp bij het herstel van routines, het omgaan met de psychiatrische problematiek en het verwerken van de traumatische gebeurtenis.

Aanknopingspunten

Doel van de crisisinterventie is het terugbrengen van het evenwichtsniveau tussen draagkracht en draaglast op hetzelfde niveau van functioneren als voor de crisis. Dit gebeurt net als bij een type 1 crisis door het activeren van het probleemoplossende vermogen en van het netwerk rondom het gezin. De interventie kan vaak kort zijn en er is een snelle kans op herstel. Samenwerking met de psychiatrie en aanvullende ambulante hulp vanuit de psychiatrie is nodig.

Overlap en mengvormen

De hiervoor beschreven indeling is theoretisch. In de praktijk zijn de typen van crisis onderling verweven en kan sprake zijn van mengvormen. Ook kunnen crises zich ontwikkelen in ernst en daarmee kan de hulpbehoefte in intensiteit toenemen. Crisissen kunnen dus heel divers zijn. Desondanks constateren Günter et al (1999) dat de meest voorkomende problemen die samenhangen met het optreden van een crisis te maken hebben met gezinsomstandigheden, zoals conflicten, ziekte van ouder, ambivalente/ afwijzende houding naar het kind of alcoholisme bij een ouder. Het is dus van belang deze omstandigheden bij de analyse te betrekken. Kennis over de problemen helpt de crisishulpverlener bij het analyseren van de probleemsituatie en het opstellen van een goed plan van aanpak. Hiervoor kan de hulpverlener ook gebruik maken van de kennis die aanwezig is over effectieve interventies voor deze doelgroep. Meer informatie over effectieve interventies bij diverse probleemgroepen is te vinden op www.effectievejeugdinterventies.nl.

1.6 Theoretische referentiekaders

Voor de theoretische onderbouwing van crisisinterventie kan gebruik gemaakt worden van een aantal theoretische referentiekaders. Hieronder worden een aantal kaders beschreven die in de literatuur over effectieve interventies aan diverse doelgroepen naar voren komen en aangrijpingpunten vormen voor de inrichting van het aanbod. Het betreft de multisysteembenadering, de cognitief gedragstherapeutische benadering, de oplossingsgerichte benadering en de sociale netwerkbenadering.

Multisysteembenadering

Uitgangspunt van de multisysteembenadering is dat gedrag niet los kan worden gezien van de context waarin het plaatsvindt. Een kind of jongere maakt deel uit van verschillende subsystemen, bijvoorbeeld gezin, school, werk en vriendenkring. Het gedrag van een jeugdige wordt door de verschillende elementen binnen een subsysteem beïnvloed. Tegelijkertijd oefent het gedrag zelf ook invloed op de verschillende elementen binnen een subsysteem uit. Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats in een voortdurend dynamisch en circulair proces.

Door middel van een systeemanalyse kunnen al deze relaties en systemen in kaart worden gebracht om daarmee het gedrag van de jeugdige te begrijpen en te veranderen.

Risicofactoren en beschermende factoren

Vaak zijn er factoren die het functioneren van kind en gezin kunnen bedreigen. Deze kunnen hun oorsprong vinden in het kind zelf, de ouder(s) of de omgeving. Men spreekt van risicofactoren. Risicofactoren zijn variabelen die de kans op het ontstaan van problemen verhogen. Ook factoren die het gezinsfunctioneren goed laten verlopen, kunnen hun oorsprong vinden in het kind zelf, de ouder(s) of de omgeving. Dit zijn de beschermende of protectieve factoren.

De aanwezigheid van een enkele risicofactor zal weinig invloed hebben op het functioneren van het gezin en de kwaliteit van de opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Ieder individu krijgt immers te maken met bepaalde risicofactoren en beschermende factoren, die onderling op elkaar inwerken. Er ontstaan problemen als de risicofactoren zich opstapelen (cumuleren) en de beschermende factoren niet. De meest beschermende factor is in dit

verband de sociale steun. Hoewel het in alle milieus voorkomt dat problemen zich opstapelen, is er een samenhang tussen (zwakke) maatschappelijke positie en risicocumulatie. Onderzoeken naar risicofactoren laten zien dat, gemiddeld genomen, het aantal risicofactoren een grotere voorspellende waarde heeft voor het ontstaan van problemen in het gezin dan de zwaarte van specifieke (risico)factoren. Risicofactoren hebben vooral een negatief effect als ze cumuleren. Naarmate het aantal problemen en stressfactoren toeneemt, neemt de draagkracht van ouders om deze problemen zelf aan te kunnen evenredig af.

Om effectief hulp te kunnen verlenen is het van belang dat om grondig inzicht in de factoren die samenhangen met de problematiek. Aangezien een crisis meerdere oorzaken kan hebben richt de crisishulpverlener de aandacht op elke factor waarvan hij denkt dat die een positieve uitwerking kan hebben op het verloop van de crisisinterventie. Hij brengt ze in kaart, analyseert ze en probeert veranderingen te bewerkstelligen. Daarom zijn zaken die de balans tussen draagkracht en draaglast verstoren, zoals veel stress, weinig sociale steun, verslaving van de ouders, huwelijksproblemen of een gebrek aan kennis, vaak de eerste aangrijpingspunten voor de hulp.

Cognitief gedragstherapeutische benadering

Voor het versterken en aanleren van vaardigheden kan worden aangesloten bij principes uit de cognitief gedragstherapeutische benadering. Uit onderzoek is gebleken dat interventies die hierop gebaseerd zijn vaak effectief zijn bij de hulp aan populaties met uiteenlopende problematiek. De cognitief gedragstherapeutische benadering is gericht op het aanleren van adequate en het afleren van inadequaat gedragingen, gevoelens en gedachten.

Leerprincipes

Interventies die gebaseerd zijn op de cognitief gedragstherapeutische benadering, zijn gericht op het aanleren van adequaat gedrag en het afleren van inadequaat gedrag. De leerprincipes zijn versterking, afzwakking, uitdoving, modeling en shaping.

Cognities en emoties

Voor het analyseren van belemmerende en helpende emoties biedt de cognitief gedragstherapeutische benadering een basis voor interventies die gericht zijn op het leren benutten van helpende gevoelens en het verminderen belemmerende gevoelens, bijvoorbeeld het verminderen van angst en woede en het vergroten van ontspanning en vertrouwen.

Theorievorming over oplossingsgericht werken

De theorievorming over oplossingsgericht werken is voor de hulpverlening een goede basis om te werken aan het vergroten van de motivatie van de cliënt en om te werken aan empowerment. Oplossingsgericht werken gaat uit van de veranderingen die de cliënt wenst. Het uitgangspunt is dat cliënten competent zijn. De hulpverlener benoemt datgene wat ze al doen en wat al blijkt te werken en stimuleert de cliënt hier meer van te doen (De Jong & Kim Berg 2001; Le Fevere-de Ten Hove 2000).

Verandering vindt in kleine stapjes plaats. Kleine veranderingen leiden vaak tot grotere, blijvende veranderingen. Van het begin af aan ligt de focus op de gewenste verandering. In deze manier van werken wordt de cliënt gezien als competent, als de baas over zijn eigen

leven. De cliënt wordt geholpen zich de veranderingen die hij wenst voor te stellen en die te beschrijven. De hulpverlening is gericht op wat een cliënt kan doen en op wat hij al aan werkzame dingen doet. De taak van de hulpverlener bestaat uit het begeleiden van de cliënt in het proces van het zoeken en vinden van werkzame oplossingen.

De oplossingsgerichte benadering biedt veel invalshoeken voor een positieve en respectvolle bejegening van ouders en kinderen.

Binnen crisisinterventie is altijd sprake van een verbinding tussen de oplossingsgerichte en probleemgerichte benadering. De crisishulpverlener maakt gebruik van een oplossingsgerichte benadering voor het vergroten van de motivatie en het aansluiten bij de wensen en krachten van het gezin. Hij/zij hanteert een probleemgerichte benadering wanneer hij analyseert welke factoren met een probleem samenhangen om er zeker van te zijn dat hij aan de slag gaat vanuit de invalshoek die het beste past bij de oplossing van het probleem.

Sociale netwerkbenadering

De toestand waarin een persoon dan wel een gezin verkeert, zegt iets over de staat van het sociale milieu, aldus de sociale netwerktheorie. Deze theorie komt voort uit de vooronderstelling dat mensen hun situatie pas werkelijk het hoofd kunnen bieden als er een sociaal milieu beschikbaar is, dat bereid is zich eveneens in te spannen en een helpende hand wil bieden om de situatie te verbeteren. Gezinnen in crisis zijn op een punt aangekomen dat problemen hen boven het hoofd groeien. De kans is klein dat ze de problemen op eigen kracht op kunnen lossen. De sociale netwerktheorie gaat er vanuit dat de vitaliteit van het sociale milieu in een dergelijk geval is aangetast. Om goed om te kunnen gaan met spanningen is een effectief sociaal netwerk nodig (Baars, Uffing & Dekkers, 1990).

Het netwerk is onder andere belangrijk om te voorzien in de behoefte aan affectie en aansluiting. Er is groeiend bewijs voor het feit dat het sociale netwerk een belangrijke functie vervult in de toegang van een persoon tot informatie, hulp, sociale steun, mogelijkheden voor het verwerven van competenties en het maken van keuzen die het welzijn van de persoon beïnvloeden. Er wordt sociale zekerheid gevonden in het netwerk. (McIntyre, 1986).

De sociale netwerktheorie stelt dat de kwaliteit van de structuur van het sociale netwerk doorslaggevend is voor het al dan niet succesvol ingebed blijven van een familie of een persoon. Een sociaal netwerk dat tekortschiet kan resulteren in isolatie en het feit dat een gezin/persoon aangewezen is op zichzelf en de hulpverlening (Baars, Uffing, Dekkers, 1990).

Een crisis kan het hoofd geboden worden wanneer de staat waarin het sociale netwerk zich bevindt, verbeterd dan wel hersteld wordt. Naast het uitbreiden van het netwerk is het belangrijk dat de kwaliteit verbeterd wordt. Barrera, Sandler, and Ramsay (1981, in: McIntyre, 1986) geven aan dat bronnen van steun kunnen ook bronnen van spanning kunnen zijn. Ook om deze reden is het van belang om de kwaliteit van het sociale netwerk te verbeteren.

Walker, MacBride & Vachon stellen dat de aard van de sociale steun die een persoon ontvangt afhankelijk is van de aard van het probleem dat speelt, maar gedeeltelijk ook van

de houding van de persoon ten opzichte van het raadplegen van het netwerk en de manier waarop dit gebeurt (Walker, MacBride & Vachon, 1976, in: McIntyre, 1986). In het verlengde hiervan is het belangrijk dat de persoon/het gezin zich bewust wordt van de rol die zij zelf spelen bij het verwerven van sociale steun. Er zijn vaak wel degelijk mensen die steun willen bieden, de manier waarop aanspraak gedaan kan worden op deze steun is echter niet altijd duidelijk. Het is belangrijk om een manier aan te reiken om contact te zoeken met sociale netwerk.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het werken met sociale netwerkstrategieën. Er is echter wel op een indirecte manier empirisch bewijs aan te leveren voor deze manier van werken. Dit bewijs is tweeledig. Ten eerste blijkt uit veel onderzoek dat sociale steun een buffer is voor stress (Tracy and Whittaker, 1987, in: Cox, 2005). Dit gegeven pleit voor het inzetten van sociale netwerkstrategieën in gevallen van crisis, waar vaak sprake is van overmatige stress. Ten tweede blijken de positieve effecten van informele steun vele malen groter te zijn dan de positieve effecten die toegeschreven worden aan formele bronnen die sociale steun bieden (Dunst, Trivette & Deal, 1988, in: Cox, 2005).

1.7 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn algemeen en specifiek werkzame factoren bij crisisinterventie beschreven, is ingegaan op een aantal doelgroepen en zijn theoretische kaders beschreven waarmee de crisisinterventie kan worden onderbouwd. Deze informatie is om een aantal redenen van belang.

Kennis over werkzame bestanddelen helpt om het aanbod hierop in te richten en te optimaliseren.

Een gedifferentieerd overzicht van doelgroepen in crisis kan leiden tot meer transparantie en toespitsing van het aanbod op de specifieke problemen van deze doelgroepen.

Kennis over van toepassing zijnde theoretische referentiekaders helpt om de crisisinterventie te onderbouwen en inhoudelijk toe te snijden op wat nodig en effectief is.

De Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders kunnen aan de bevindingen uit dit hoofdstuk handvatten ontlenuen om hun eigen crisisaanbod te onderbouwen en te toetsen. Hiermee kunnen ze het hulpaanbod in het kader van crisisinterventie optimaliseren.

De bevindingen kunnen ook worden benut om het aanbod van partners in de crisisketen kritisch te beschouwen en gezamenlijk na te gaan of verbeteringen mogelijk zijn.

In het volgende hoofdstuk wordt een overzicht geboden van de interventies die de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders in het kader van crisisinterventie inzetten.

2. Crisisinterventie: de praktijk

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de praktijk van crisisinterventie in de Nederlandse Jeugdzorg. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de resultaten van de inventarisatie van de crisisinterventie en spoedeisende hulp door de Bureaus Jeugdzorg (par. 2.2) en door de zorgaanbieders (par. 2.3). Voor specificaties wordt verwezen naar de bijlagen.

De inventarisatie is uitgevoerd door Simone Hordijk, tijdens haar stage bij NIZW Jeugd, in het kader van haar studie Pedagogiek, Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken, aan de Universiteit Utrecht.

Aan het slot van dit hoofdstuk wordt ingegaan op een eerste toetsing van de praktijk aan de theorie.

Procedure

Bij spoedeisende zorg is vaak zowel een BJZ als een zorgaanbieder betrokken. De inventarisatie richtte zich op beide schakels. Er is geïnventariseerd welke vormen van crisisinterventie door de BJZ's worden ingezet, hoe dit is georganiseerd, hoe hierbij samengewerkt wordt met de zorgaanbieders en welke zorg door de zorgaanbieders wordt geboden.

Om te beginnen zijn de BJZ's schriftelijk benaderd met een aantal vragen. Naast een aantal inhoudelijke vragen was de vraag ook om zorgaanbieders te noemen waarnaar voor spoedeisende zorg wordt verwezen. Deze zorgaanbieders zijn vervolgens ook schriftelijk benaderd. Hiermee is beoogd een belangrijk deel van de spoedeisende zorgketen te bestrijken. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de vragen.

De inventarisatie vond plaats in het voorjaar van 2006. Hierdoor is het mogelijk dat sommige gegevens niet helemaal actueel meer zijn.

Respons

In het kader van de stand van zaken studie zijn alle Bureaus Jeugdzorg (15) benaderd. Deze hebben alle gereageerd. Er zijn 42 zorgaanbieders benaderd. Hiervan hebben er 19 gereageerd.

2.2. Crisisinterventie en spoedeisende hulp door Bureaus Jeugdzorg

Algemeen beeld

Bij de Bureaus Jeugdzorg kunnen gezinnen in crisis zich aanmelden of aangemeld worden. Dit kunnen gezinnen zijn waarbij BJZ al betrokken is of 'nieuwe' gezinnen. Alle Bureaus Jeugdzorg hebben hiervoor een 24-uur bereikbaarheidsdienst en beschikken over een vorm van crisisinterventie waarbij de nadruk ligt op het onderzoeken welke hulp een cliënt nodig heeft en doorverwijzen naar de betreffende zorgaanbieder. In geval van nood grijpen ze kort en intensief in en verwijzen dan alsnog zo snel mogelijk door voor verdere hulp. Vaak is dit een zorgaanbieder die (spoed)hulp verleent. Buiten kantooruren en in de weekenden wordt ook veel telefonisch hulp verleend. In bijlage 2 is een uitgebreid overzicht

weergegeven van de antwoorden op de vragenlijst. Hieronder volgt een beknopt overzicht. Omdat de vragenlijst open vragen bevatte die door de respondenten op een eigen manier zijn ingevuld gaat het om een indruk, niet om harde gegevens.

Aanpak

De organisatie en invulling van de crisisinterventie loopt uiteen per BJZ, zoals uit onderstaand overzicht blijkt

BJZ Groningen	24-uurs bereikbaarheidsteam / voordeurteam; de volgende dag overdracht aan de casemanager die beoordeelt wat verder nodig is.
BJZ Friesland	Centrale Toegang voor crisis waarna crisiswerker wordt ingezet die kort contact heeft en zonodig overdraagt aan zorgaanbieder.
BJZ Drenthe	24-uurs crisisdienst die beoordeelt of er sprake is van een crisissituatie, waarna overdracht aan crisisinterventie bij zorgaanbieder.
BJZ Overijssel	Crisisinterventieteam (CIT) die, m.n. bij nieuwe cliënten, zelf korte intensieve crisisinterventie biedt.
BJZ Gelderland	Een team spoedeisende zorg verleent interventiehulpverlening gericht stabilisatie en taxatie, waarna doorverwijzing zorgaanbieder.
BJZ Utrecht	Er is een roulerende crisisdienst die zonodig zelf gedurende één tot drie dagen hulp biedt aan nieuwe cliënten in crisis.
BJZ Flevoland	Cliënten in crisis worden aangemeld bij intern crisiscoördinatiepunt (CCP), zonodig wordt doorgeleid naar CCP van de zorgaanbieders.
BJZ Noord-Holland	Vanuit een crisisteam wordt eerste hulp bij crisis geboden van maximaal 5 gesprekken, waarna zonodig doorgeleiding naar zorgaanbieder.
BJZ Amsterdam	Een gespecialiseerd crisisteam biedt ambulante crisisinterventie van één tot drie gesprekken van waaruit toeleiding is naar zorgaanbieder.
BJZ Zuid-Holland	Een speciaal toegerust crisisinterventieteam verleent crisis gedurende maximaal 4 weken, m.n. voor nieuwe cliënten.
BJZ Haaglanden	Er is een crisisdienst van waaruit voor nieuwe cliënten crishulp verleend kan worden gedurende maximaal vier weken.
BJZ Rotterdam	Er zijn Crisisinterventieteams (CIT's) van waaruit gedurende maximaal 4 weken crishulp geboden wordt.
BJZ Zeeland	Vanuit de afdeling Aanmelding en Preventie kan crisisinterventie worden geboden van maximaal 8 gesprekken, m.n. voor nieuwe cliënten.
BJZ Noord-Brabant	Vanuit het aanmeldteam is crisisinterventie gedurende 24 uur waarna een

	casemanager wordt toegewezen die benodigde zorg regelt.
BJZ Limburg	Dit Bureau Jeugdzorg gaat werken volgens 'Gelders model' (zie toelichting BIZ Gelderland).

Uit het overzicht wordt duidelijk dat de mate waarin de BIZ's zelf crisisinterventie uitvoeren uiteenloopt: van een enkel contact en zo snel mogelijk doorleiden naar een zorgaanbieder indien nodig, tot het zelf uitvoeren van crisisinterventie gedurende 4 weken. Binnen deze range zijn tussenvormen aangetroffen van bijvoorbeeld 5 of 8 gesprekscontacten.

Indicaties en contra-indicaties

De BIZ's hanteren alle indicaties om de crisis te omschrijven. Sommige BIZ's doen dit op hoofdlijnen en leggen het accent op de onveiligheid van het kind. Andere BIZ's hebben de indicaties verder uitgewerkt of hanteren richtlijnen waarnaar gekeken kan worden om te bepalen of er sprake is van een crisis. Als contra-indicaties geldt bij een aantal BIZ's psychiatrische problematiek. Andere koppelen dit aspect aan het al dan niet buiten kantooruren aanmelden.

Methodisch kader

De volgende kaders worden, vaak in combinatie, aangegeven: crisistheorie, herstel evenwicht draagkracht / draaglast, gedragsmatige aanpak, systeemtheorie, methodiek Crisisinterventie, Kort ambulante (op basis van competentiemodel), elementen van Families First en oplossingsgerichte benadering.

Formatie en capaciteit

De formatie die de BIZ's aan crisisinterventie besteden loopt behoorlijk uiteen, afhankelijk van de wijze waarop de crisisinterventie wordt uitgevoerd, en wordt vaak verdeeld over een groot aantal personen. Het uitgangspunt is dat crisisinterventie geboden moet kunnen worden als dit nodig is. Aangegeven wordt dat crisisinterventie vaak veel tijd en dus formatie kost.

Capaciteit zorgaanbieders

Alle BIZ's werken samen met zorgaanbieders in de regio. De BIZ's geven aan dat vaak onvoldoende zorgaanbod beschikbaar is, zowel ambulante als crisisopvang. Dit belemmert dan een vlotte doorstroming. Overigens speelt dit niet in alle regio's.

Sterke punten die genoemd zijn:

- Toespitsing van aanbod van BIZ op spoedeisende zorg.
- Korte en snelle interventie.
- Mogelijkheid tot het bieden van outreachende zorg.
- Consensus met zorgaanbieder en het uitgangspunt een gezamenlijk traject vorm te geven.
- Mogelijkheid om direct hulp te bieden.
- Het werken met crisiscoördinatiepunten en provinciaal casuïstiekoverleg.
- Werken vanuit methodisch kader.

- 24-uurs beschikbaarheid van medewerkers vanuit crisisteam.
- Beschikbaarheid crisis hulp.
- Samenwerking opnemende voorzieningen.

Problemen die genoemd zijn:

- Onvoldoende crisisaanbod (ambulant en opvang) bij zorgaanbieder, doorstroming stagneert (meerdere malen genoemd).
- Onvoldoende regulier aanbod bij zorgaanbieder (meerdere malen genoemd).
- Interne overdracht aan casemanager duurt te lang.
- aansluiting crisiszorg in de psychiatrie.
- Crisis hulp is over te veel mensen verspreid waardoor te weinig deskundigheid opgebouwd kan worden.
- Samenwerking in de cliëntroute kan beter.

2.3 Crisisinterventie en spoedeisende zorg door zorgaanbieders

Algemeen beeld

Zeventien van de in totaal negentien zorgaanbieders, die aan het onderzoek hebben meegewerkt, bieden, zo snel en kort mogelijk, intensieve spoedhulp. Twee zorgaanbieders hebben geen mogelijkheid tot het bieden van spoedhulp. Er wordt gebruik gemaakt van een zeer divers aantal spoedzorg modules². In bijlage 4 is een overzicht weergegeven van de antwoorden op de vragenlijst. Hier volgt een algemeen overzicht.

Aanpak

Wanneer een overzicht wordt gemaakt van de spoedzorg modules, die door de zorgaanbieders aangeboden worden, valt de volgende tweedeling op: 8 van de 17 zorgaanbieders bieden Families First (FF) en 2 van de 17 zorgaanbieders bieden Families First voor Licht Verstandelijk Gehandicapten (FF-LVG) aan. 7 zorgaanbieders bieden (eventueel naast FF en FF-LVG) een andere vorm van spoedzorg. De volgende modules zijn genoemd:

- Ambulant zonder dreigende uithuisplaatsing
- Crisisinterventie in Gezinnen (CiG)
- Ambulante CrisisBegeleiding voor kinderen ouder dan 12 jaar (ACB-module)
- Spoedhulp
- Spoedzorg
- Kortdurende Intensieve Orthopedagogische Gezinshulpverlening voor Licht Verstandelijk Gehandicapten (KIOG-LVG)
- Intensieve GezinsBegeleiding (IGB)
- Vraagverheldering
- Hulp op maat

² In opdracht van de Vereniging Ambulante Spoedhulp Jeugdzorg voert het NJi in samenwerking met Adviesbureau van Montfoort en Collegio een project uit dat gericht is op het ontwikkelen van een landelijke module Ambulante Spoedhulp. De verwachting is dat dit project dit zal leiden tot een afname van de diversiteit van het aantal spoedzorg modules.

Bijlage 3 biedt een beknopte toelichting op deze modules.

Dit overzicht biedt niet àlle spoedhulpvormen die in Nederland worden toegepast. Niet alle zorgaanbieders in Nederland zijn benaderd en bijna de helft (45%) van 42 zorgaanbieders heeft gereageerd. Hierdoor kunnen ook vormen ontbreken.

Zo wordt bijvoorbeeld door SJF (Stichting Jeugdzorg Flevoland) de module Snelhulp, die spoedeisende hulp aan gezinnen waarin sprake is van geconstateerde kindermishandeling biedt, en een module Spoedeisende Ambulante Zorg aangeboden. Desalniettemin is toch een goed overzicht ontstaan.

Indicaties en contra-indicaties

De indicaties en contra-indicaties van de ingezette modules komen op een aantal punten overeen. Naast de aanwezigheid van een crisis is deze in termen van een dreigende uithuisplaatsing (Families First), thuisplaatsing (Terug naar Huis), boven- of ondergrens IQ, verstoring draagkracht / draaglast, onveiligheid etc. Als contra-indicaties worden verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek genoemd.

Methodisch kader

Hiervoor worden dezelfde elementen genoemd als door de Bureaus Jeugdzorg: crisistheorie, herstel evenwicht draagkracht, draaglast, gedragsmatige aanpak, systeemtheorie, methodiek Crisisinterventie, Kort ambulant (op basis van competentiemodel), elementen van Families First en oplossingsgerichte benadering.

Aansluiting vervolghulp

De volgende mogelijkheden worden onder meer genoemd: IAG, knipkaart, IGB, IOG, IPG, IAH, OGB, CiG-nazorg. Deze aansluiting van de vervolghulp levert vaak knelpunten op in verband met de beschikbare capaciteit en wachtlijsten. Intern wordt soms met een voorrangregeling gewerkt. Er wordt geprobeerd te werken met warme overdracht.

Sterke punten die genoemd zijn:

- Goede resultaten FF en Terug naar Huis
- Snelle inzetbaarheid, gebruik kunnen maken van de crisis
- Vraaggericht aanbod en zorg op maat
- Empowerment, hier en nu.
- Beschikbaarheid
- Gezamenlijke visie BJZ en zorgaanbieder op wat geleverd moet worden
- Beschikbaarheid van andere crisismodules naast Families First
- Ambulante crisishulp en vervolghulp worden door dezelfde hulpverlener geboden

Problemen die genoemd zijn:

- Kader FF is te smal
- Wachtlijst intern en extern
- Onvoldoende capaciteit
- Spoedzorg dreigt soms een snelle toegang tot geïndiceerde zorg te worden
- Overgang vervolghulp en rol BJZ hierin
- Afstemming vraag en aanbod
- Sommige besluiten acute zorg zijn niet echt spoedeisend
- BJZ en zorgaanbieder hanteren niet dezelfde definitie van crisis

2.4 Theorie en praktijk: een eerste toetsing

In dit hoofdstuk is een overzicht geboden van de interventies die de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders in het kader van crisisinterventie inzetten. Geconstateerd is dat de crisisinterventie zowel bij de Bureaus Jeugdzorg als bij de zorgaanbieders op uiteenlopende wijze wordt ingevuld.

De mate waarin de BJZ's zelf crisisinterventie uitvoeren loopt uiteen van een enkel contact tot vier weken. De zorgaanbieders proberen hun crisisaanbod hierop zo naadloos mogelijk te laten aansluiten.

Er wordt gewerkt met overeenkomstige indicatiecriteria, waarbij sprake is van accentverschillen.

Wat betreft de onderbouwing gaan zowel de zorgaanbieders als de BJZ's uit van een aantal overeenkomende theoretische referentiekaders.

Een eerste toetsing van de praktijk aan de theorie leert dat de crisisinterventie van de BJZ's en de zorgaanbieders op papier veel kenmerken bevatten die in hoofdstuk 1 op basis van de literatuur over effectieve crisisinterventie zijn genoemd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de duur van vier weken, de snelle start, de flexibiliteit van de hulp, de locatie van de geboden hulp, de bereikbaarheid, de doelgerichtheid. Daarnaast blijkt empowerment en oplossingsgericht werken centraal te staan en probeert men het netwerk rond het gezin te activeren.

Om na te gaan of de geboden crisisinterventie ook daadwerkelijk veel werkzame ingrediënten bevat zullen de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders zelf hun eigen aanbod moeten toetsen.

De eerder genoemde kenmerken van effectieve crisisinterventie kunnen hiervoor een inspiratie bieden. Hierbij gaat het dan vooral om de realisatie van de kenmerken in de praktijk.

Hiermee kunnen de BJZ's en zorgaanbieders hun hulpaanbod in het kader van crisisinterventie, bij voorkeur in afstemming met hun ketenpartners, optimaliseren.

Literatuur

- Baars, H.M.J., Uffing, J.F.T., Dekkers, G.F.H.M. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Berger, M.A. (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'*. Utrecht: NIZW.
- Braak, J. Van den & Konijn, C. (2006) (On)mogelijkheden van casemanagement voor multiprobleemgezinnen: Babylonische spraakverwarring belemmert adequate zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*. Jrg. 10, no. 1, p.18-27.
- Callahan, J. (1994). Defining crisis and emergency. *Crisis*, vol, 15, no. 4. pp. 164-171.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basis Books.
- Cox, K.F. (2005). Examining the Role of Social Network Intervention as an Integral Component of Community-Based Family-Focused Practice, *Journal of Child and Family Studies*, 3, pp. 443 – 454.
- Deur, H. Van (1999). *Methodiek Crisisinterventie voor de ambulante Jeugdhulpverlening*. Dordrecht/Zuid-Holland: St. Jeugdzorg.
- Evans, M.E., Boothroyd, R. A., & Armstrong, M.I. (1997). Experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families. *Journal of emotional and behavioural disorder*, vol. 5, no. 2, pp. 93-105.
- Fevere, M. le—de Ten Hove. (2000) *Korte Therapie. Handleiding bij het 'Brugse Model'voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jeugdigen*. Brussel: Garant uitgevers.
- Fraser, M.W., Pecora, P.J. & Haapala, D.A. (1991). *Families in crisis: the impact of intensive family preservation services*. New York: Aldine de Gruyter.
- Jong, P. de & Kim Berg, I. (2001). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Günter, M., Karle, M. Kleefeld, H., Werning, A. & Klosinski, G. (1999). Psychiatric-psychotherapeutic crisis intervention for inpatient adolescents. *Crisis*, vol. 20, no. 2, pp. 71-77.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York / London: The Guilford Press.
- Hermanns, J. (2004), 'Van behandelingsplan naar opvoedingsarrangement', in: Aalsvoort, D. van der, (red.). *Eén kind, één plan bij jonge risicokinderen*. Leuven: Acco.
- Hoekert, L., Lommerse, M. & Beunderman, R. (2000). Het Mobiel Crisis Team. Hulp bij gezinnen in crisissituaties. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, vol. 55, no. 3, pp. 244-250.
- Inspectie Jeugdzorg (2005). *Crisis, wat nu? Landelijk onderzoek naar de kwaliteit van het handelen van de Bureaus Jeugdzorg in Nederland bij cliënten in acute crisis*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- Kemp, R.A.T de, Veerman, J.W. & Brink, L.T. ten (1998). *Evaluatieonderzoek Families First Nederland*. Bundeling van de delen 1 t/m 5. Utrecht: NIZW.
- Kemper, A. (2004) *Intensieve vormen van thuisbehandeling: doelgroep, werkwijze en resultaten*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.

- Konijn, C., Boelhouwers, K & Cavelaars, E. (2001). *Ambulante crisisinterventie bij jeugdigen in de Agglomeratie Amsterdam*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Kutash, K. & Rivera, V.R. (1995). *Effectiveness of children's mental health services* pp. 443-477.
- McIntyre, E.L.G. (1986). Social networks: potential for practice. *Social work*, 6, pp. 421 – 426.
- Reisch, T., Schlatter, P. & Tschacher, W. (1999). Efficacy of Crisis Intervention. *Crisis*, Vol 20, no.2, pp. 78-85.
- Simington, J. A., Cargill, L. & Hill, W. (1996). Crisisintervention. Program Evaluation. *Clinical Nursing Research*. Vol. 5, no. 4. p. 376-390.
- Spanjaard, H. & Haspels, M. (2005). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Amsterdam, SWP.
- Yperen, T.A. Van, Booy, Y. & Van der Veldt, M.C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Bijlagen

- | | |
|-----------|--|
| Bijlage 1 | Vragen voor teamleiders/managers |
| Bijlage 2 | Overzicht antwoorden uit vragenlijst BJZ over spoedeisende hulp |
| Bijlage 3 | Overzicht ambulante modules die zorgaanbieders in het kader van crisisinterventie inzetten |
| Bijlage 4 | Overzicht antwoorden uit vragenlijst zorgaanbieders over ambulante spoedeisende hulp |

Bijlage 1

Vragen voor teamleiders/managers werkzaam bij Bureau Jeugdzorg

1. Beschikt uw BJZ over een vorm van ambulante crisisinterventie / spoedeisende zorg?
2. Hoe verloopt de toeleiding van de jeugdige naar deze spoedeisende zorg/crisisinterventie (aanmelding, procedure, organisatie)?
3. Wat zijn indicaties- en contra-indicaties?
4. Wat is de werkwijze (wie voert de noodhulp uit, welke hulp wordt geboden, wat is de intensiteit en duur)?
5. Vanuit welk methodisch kader wordt er gewerkt?
6. Hoe vindt interne afstemming plaats?
7. Wat is de formatie?
8. Wat is de capaciteit voor spoedeisende zorg/crisisinterventie/noodhulp vanuit uw BJZ op jaarbasis?
9. Hoe verhoudt deze capaciteit zich tot de zorgbehoefte?
10. Welke zorgaanbieders in uw regio bieden ambulante spoedeisende hulp aan?
11. Hoe verhoudt de capaciteit van de zorgaanbieders in de regio zich tot de behoefte aan ambulante spoedeisende hulp?
12. Hoe staat het met de snelheid van verwijzing en start van de hulp?
13. Wat zijn volgens u de sterke punten van de noodhulp/crisisinterventie/spoedeisende zorg die uw BJZ biedt?
14. Waar ervaart u problemen?

Vragen voor teamleiders/managers werkzaam bij een zorgaanbieder

1. Welke modules worden ingezet bij het verlenen van ambulante spoedeisende hulp?
2. Hoe verloopt de toeleiding van de jeugdige naar deze spoedeisende hulp (aanmelding, procedure, organisatie)?
3. Wat zijn indicaties- en contra-indicaties?
4. Hoe is de ambulante spoedeisende hulp georganiseerd (wie voert de hulp uit, welke hulp wordt geboden, wat is de intensiteit en duur)?
5. Vanuit welk methodisch kader wordt er gewerkt?
6. Wat is de formatie?
7. Welke vervolghulp vindt plaats in aansluiting op de ambulante spoedeisende hulp?
8. Hoe wordt deze vervolghulp aangesloten op de spoedeisende hulp (inhoudelijk en in tijd)?
9. Wat zijn volgens u de sterke punten in het ambulante spoedeisende zorgaanbod?
10. Waar ervaart u problemen?

Bijlage 2

Overzicht antwoorden uit vragenlijst BJZ over spoedeisende hulp

BJZ Groningen

Algemeen. Bureau Jeugdzorg Groningen beschikt over een 24 uren-bereikbaarheidsteam en over een team van de afdeling Jeugdbescherming, dat zich richt op Vots-en en op VoVo's (voorlopige voorgedij). Crisissen bij nieuwe cliënten worden bij de Toegang opgepakt door het Voordeurteam en worden vervolgens zo snel mogelijk doorgegeven aan een casemanager, die de zaak verder behartigt. Crisissen bij bestaande cliënten worden door de bureaudienst of door de eigen casemanager opgepakt. Het 24 uren-bereikbaarheidsteam zorgt ervoor dat het gezin geholpen wordt tot de eerstvolgende werkdag. Er wordt over gedacht om een crisiscoördinatiepunt op te richten, dat zich vooral richt op beschikbare plekken.

Toeleiding. Het 24 uren-bereikbaarheidsteam richt zich op spoedeisende vragen buiten kantoor tijd, die geen uitstel verdienen naar de volgende werkdag. De contacten tussen het 24 uren-bereikbaarheidsteam en het gezin zijn voornamelijk telefonisch en indien het echt niet anders kan gaan de werkers naar een gezin toe, bijvoorbeeld bij een uithuisplaatsing. Het belangrijkste criterium voor interventie is de veiligheid van het kind. Als een werker ingrijpt, dan is hij vooral pragmatisch en oplossingsgericht bezig. De werker richt zich op de korte termijn, namelijk tot de eerstvolgende werkdag. De werker is niet bezig met het oplossen van problemen, die al langere tijd spelen. Op de eerstvolgende werkdag volgt altijd een overdracht naar de afdeling waaronder de cliënt valt. Het bereikbaarheidsteam werkt voor alle afdelingen van BJZ Groningen (Toegang, Jeugdbescherming en Jeugdreclassering en AMK). Voor geheel BJZ Groningen geldt dat de veiligheid van het kind een belangrijk criterium is en het uitgangspunt dat de zorg niet ingrijpender is dan noodzakelijk.

Interne afstemming. De bemoeienis van de 24- uren bereikbaarheidsdienst gaat tot de eerstvolgende werkdag, dan volgt er overdracht.

Formatie. Bereikbaarheidsteam: opgeteld ongeveer 1 fte (10 werkers). BJZ: elke afdeling heeft bureaudiensten voor crisissen van nieuwe en bestaande cliënten, omdat crisissituaties zich op verschillende momenten en op verschillende afdelingen voordoen, is het moeilijk om hier een inschatting van te maken.

Capaciteit. De capaciteit is in principe onbeperkt, omdat het uitgangspunt is dat spoedeisende hulp voor gaat.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp bieden. Met de Basegroep en met CWZW Noord zijn afspraken over het plaatsen van kinderen buiten kantoor uren in pleeggezinnen en in (crisis)groepen. Ook met de crisisdienst van GGZ Groningen zijn afspraken over samenwerking.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en vraag naar het aanbod.

Plaatsing van kinderen buiten kantoor tijd tot aan de eerstvolgende werkdag is gegarandeerd. Verder blijft er behoefte aan crisisplekken en aan plekken voor Families First.

BJZ Friesland

Algemeen. Het BJZ indiceert voor crisis- en spoedeisende zorg, met de snelheid die de zaak nodig heeft. Het BJZ heeft in een roulerend systeem elke dag per team een crisiswerker en achterwacht, die in geval van crisis en spoed meteen aan het werk kan. Na kantooruren is het BJZ bereikbaar voor spoed en crisis via de THD (Telefonische Hulpdienst) en indien nodig komen werkers van het BJZ in actie.

Toeleiding. Alle meldingen (psychosociaal en psychiatrisch) komen bij de CT (Centrale Toegang) binnen en worden dan meteen, na multidisciplinair overleg, doorgespeeld naar de crisiswerker. De crisiswerker bespreekt de zaak in ieder geval met de gedragswetenschapper van zijn of haar locatie en samen indiceren zij op basis van inhoudelijke criteria voor spoedeisende hulp, zonder dat uitgebreide analyse en indicatiestelling plaats vindt. Op grond van de informatie wordt beoordeeld of er sprake is van een hulpvraag voor het BJZ. Als dat het geval is, dan wordt vervolgd met de vraag of onmiddellijke zorg nodig is. Een psychiatrische crisis kan via de huisarts rechtstreeks naar de GGZ – jeugd doorverwezen worden.

Indicaties- en contra-indicaties. De medewerker in de frontoffice van het BJZ beoordeelt in een (telefonisch) gesprek met de cliënt en (indien aanwezig) op grond van de beschikbare informatie de aard en de ernst van de situatie en de mate van urgentie.

Criteria bij de beoordeling van spoedeisendheid kunnen zijn:

- Mate van ontwrichting in de relaties van het individu en het omringende systeem;
- Aanwezigheid van een crisisopwekkende factor/gebeurtenis/situatie. Belangrijk is dat deze situatie/gebeurtenis leidt tot bovengenoemde ontwrichting;
- Tekortschieten van probleemoplossingmogelijkheden van de cliënt.

Werkwijze. Op elk moment in de cliëntroute kunnen zich situaties voordoen, die direct handelen noodzakelijk maken. Zowel tijdens als buiten kantooruren (bereikbaarheidsdienst) kan er bij dergelijke situaties een beroep gedaan worden op het BJZ. Het kan gaan om al bekende cliënten van het BJZ, maar ook om nieuwe cliënten. Bij reeds bekende cliënten zal de contactpersoon/casemanager/(gezins)voogd of diens vervanger met de cliënt in gesprek gaan en wordt het proces uitgevoerd in de backoffices. Bij nieuwe cliënten wordt de spoedeisendheid beoordeeld door de frontoffice. Is er sprake van spoedeisendheid dan voert de afdeling Indicatie Commissie het verdere proces uit. Middels één face-to-face contact wordt beoordeeld of (geïndiceerde) zorg nodig is. Er wordt een crisis plan van aanpak opgesteld. Hieruit kan blijken dat licht ambulante zorg volstaat, waarmee de inschatting is dat een verwijzing naar niet-geïndiceerde zorg voorkomen wordt. De licht ambulante zorg bestaat uit het voeren van enkele bemiddelingsgesprekken die een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren/oplossen van de problemen. Als onmiddellijke verlening van geïndiceerde jeugdzorg nodig is wordt dit geregeld met de zorgaanbieder (max. 4 weken zonder indicatiebesluit).

Methodisch kader. Vanuit systeemtheoretisch kader. Families First en Jeugdhulp Friesland (JHF) zeggen toe steeds meer op de vraag afgestelde zorg te willen bieden, ook op het gebied van de crisisinterventie. Bij GGZ worden bredere en meerdere referentiekaders gehanteerd, die zowel kindgericht als systeemgericht zijn. Overigens is de crisis hulpverlening vanuit de GGZ-jeugd altijd kindgericht, omdat het gaat om een psychiatrische crisis en de criteria (psychose, depressie en suïcide) hiervoor kindgerelateerd zijn. Indien het een kind betreft met psychiatrische problematiek en

de crisis hangt samen met een verstoring van de draagkracht/draaglast verhouding in het gezinssysteem, dan wordt gesproken over een 'orthopedagogische crisis' en is de GGZ-jeugd van mening dat er een orthopedagogisch hulpaanbod moet worden gedaan.

Interne afstemming. Er is eventueel grensverkeeroverleg, dit is een overleg op basis van de casuïstiek tussen gedragswetenschappelijke staf van BJZ en GGZ-Jeugd in Friesland.

Formatie. Per team ongeveer 1 fte.

Capaciteit. Niet exact te geven. 1 fte per team betekent 7 fte, want er zijn 4 teams 'indicatie en casemanagement', 2 teams jeugdbescherming en 1 team jeugdreclassering.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Spoedeisende hulp gaat altijd voor en capaciteit is er voldoende bij het BJZ, omdat het integraal onderdeel uitmaakt van datgene wat een team moet aanbieden. Dit houdt in dat er altijd iemand van het BJZ aanwezig/beschikbaar is om een casus, die voldoet aan de criteria voor spoedeisende zorg, op te pakken en in een gesprek met ouders te bekijken welke zorg op dat moment nodig/wenselijk is. Dit is op de ene locatie iedere dag een achterwacht, op de andere locatie zijn het voornamelijk de casemanagers die spoedeisende zaken oppakken.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp bieden. JHF en de GGZ-Jeugd.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en vraag naar het aanbod. Vaak is er geen spoedeisende zorg beschikbaar bij de zorgaanbieder JHF. Dit geldt zowel voor ambulante spoedeisende zorg als residentiële spoedeisende zorg (bijvoorbeeld spoedhuisplaatsingen). Heel vaak zijn er te weinig plekken. Soms is een gesloten plaatsing nodig via een maatregel van de Kinderbescherming of de VOTS en ook dan zijn er vaak te weinig plekken.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Bij spoed is er altijd snelheid en volledige inzet, omdat het gaat om de veiligheid van kinderen. Dit gebeurt op basis van een Risico Escalatie Scenario. Dit scenario heeft tot doel de taken en verantwoordelijkheden van zowel manager (teammanagers en sectormanagers) als gedragswetenschapper in spoedeisende zaken inzichtelijk te maken. Met dit scenario dient de vraag beantwoord te worden wanneer een medewerker zich, in een spoedeisende zaak, dient te wenden tot een gedragswetenschapper en wanneer de manager betrokken dient te worden.

Nadat een spoedeisende zaak via de afdeling Centrale Toegang is doorverwezen naar het basisteam psychosociale problematiek, maakt de betrokken casemanager/gezinsvoogd samen met de gedragswetenschapper een risicotaxatie van de situatie van de aangemelde cliënt. Als de casemanager/gezinsvoogd en de gedragswetenschapper een verschil van inzicht hebben omtrent de beschermvraag (zie 'Indicaties en contra-indicaties'), dient ook de manager betrokken te worden.

Sterke punten. Het BJZ is bezig om een specifiek aanbod voor spoedeisende zorg te ontwikkelen.

Problemen. Er is te weinig aanbod voor spoedeisende gevallen, maar JHF kent een ommekeer en gaat van aanbodgestuurde steeds meer vraaggericht werken.

BJZ Drenthe

Algemeen. BJZ Drenthe verzorgt de 24-uurs crisisdienst en casemanagement. De zorgaanbieder Jeugdzorg Drenthe voert ambulante crisisinterventie/spoedeisende zorg uit.

Toeleiding. De crisisdienst is 24 uur per dag bereikbaar. Deze dienst beslist of er sprake is van een crisissituatie of niet. Als dit het geval is, dan zoekt het BJZ naar een geschikte crisisinterventie (binnen Jeugdzorg Drenthe) of opvangplek.

Indicaties- en contra-indicaties.

Indicaties:

- Tekortschietende opvoeding. De ouders zijn niet bij machte om het kind adequate verzorging en opvoeding te bieden. Een tekortschietende opvoeding kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door ernstige huwelijksconflicten, ernstige psychische problemen of drugsgebruik. Soms spelen materiële omstandigheden een rol;
- Kindermishandeling. Regelmatige bedreiging, fysiek en/of verbaal geweld gericht op het aangemelde kind. Soms is er sprake van lichamelijke verwondingen bij het kind;
- Seksueel misbruik. Incest of een andere vorm van seksueel misbruik;
- Ernstige gedragsproblemen bij het kind/de jongere. Dit kan blijken uit steeds terugkerende problemen over huisregels, spijbelen, lichamelijke of verbale agressie, delicten, weglopen, regelmatig druggebruik, straatprostitutie;
- Ouder weigert kind toegang tot het huis. Het kind verblijft tijdelijk elders, bijvoorbeeld in crisiscentrum of bij familie, of is zwerfend;
- Kind is van huis weggegaan (verblijft bijvoorbeeld in crisiscentrum of bij familie of is zwerfend).

Werkwijze. Het BJZ zorgt voor een geschikte crisisinterventie (binnen Jeugdzorg Drenthe) of opvangplek. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een crisiscoördinatiepunt: een centraal telefoonnummer waarvan casemanagers gebruik kunnen maken om een geschikte crisisinterventie of opvangplek te vinden. De crisisinterventie mag maximaal 4 weken ingezet worden. De contactpersoon/casemanager van het voordeurprogramma BJZ Drenthe en het indicatieorgaan BJZ Drenthe zijn verplicht om ervoor te zorgen dat er uiterlijk 4 weken na start van de crisisinterventie een goed onderbouwd RHVP (Raamhulpverleningsplan) en Indicatiebesluit voor vervolghulp gemaakt is. Op basis van het indicatiebesluit voor vervolghulp ondersteunt de casemanager de cliënt bij het realiseren van deze vervolghulp. Uiterlijk binnen 13 weken na datum indicatiebesluit betekent dit dat minimaal de in het indicatiebesluit genoemde vervangende zorg gestart moet zijn.

Methodisch kader. Jeugdzorg Drenthe werkt oplossings- en systeemgericht. De crisiscoördinator voert een oplossingsgericht aanmeldgesprek met de casemanager. Hierin worden de verschillende oplossingsmogelijkheden verkend. Dit leidt vaak tot het inzetten van verrassende andere oplossingen, bijv. in het eigen netwerk van het gezin. De crisiscoördinator heeft daarnaast het mandaat om ervoor te zorgen dat er, zonodig binnen een uur, een medewerker van het ambulante team (een ervaren FF-hulpverlener) in het gezin is om samen met het gezin te bekijken hoe de crisis het beste aangepakt kan worden. Doel van het ambulante team is Vraagverheldering

Interne afstemming. Op cliëntniveau overlegt de casemanager van BJZ Drenthe met de crisiscoördinator van JZD en daarna met de crishulpverlener van JZD.

Formatie. Geen gegevens over verstrekt

Capaciteit. Het BJZ verzorgt zelf geen ambulante spoedeisende hulp, dus kan er niets gezegd worden over de capaciteit. De capaciteit van JZD is voldoende. Sinds januari 2006 is er door de nieuwe inrichting altijd plek.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Goed, behalve psychiatrie (Accare) en LVG (Dreei).

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp bieden. Jeugdzorg Drenthe.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en vraag naar het aanbod. Goed

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Goed.

Sterke punten. Geen wachtlijsten, altijd plek, zeer snelle interventie, goede garantie dat er na de 4 weken crisishulp een goed onderbouwd indicatiebesluit voor vervolghulp ligt.

Problemen. Huidige werkwijze crisishulp in de psychiatrie en LVG zou beter kunnen aansluiten bij die van Jeugdzorg Drenthe.

BJZ Overijssel

Algemeen. BJZ biedt eerste hulp, die gericht is op stabilisering van de situatie en desgewenst biedt BJZ ambulante hulp. Binnen BJZ is een crisisinterventieteam (CIT) geformeerd, bestaande uit ervaren medewerkers onder leiding van twee praktijkleiders. Het CIT is een belangrijk en nieuw instrument dat kan worden ingezet bij crisissituaties rond jeugdigen in Overijssel. Zij zijn verantwoordelijk voor de interventies in de twee regio's Twente en IJssel-Vecht. De twee praktijkleiders ressorteren onder één regiomanager, wat één provinciale werkwijze garandeert.

Toeleiding. De klant en de intermediair kunnen direct aanmelden via het aanmeldpunt. Voor spoedeisende zorg is het BJZ 7 dagen per week 24 uur per dag bereikbaar. Wanneer de crisistelefoon gebeld wordt, zijn er drie mogelijkheden:

- Er is geen sprake van crisis, cliënt wordt doorgeschakeld naar het reguliere telefoonnummer van BJZ;
- Doorschakelen naar het AMK;
- Doorschakelen naar het CIT.

Het CIT kan ook worden ingeschakeld wanneer tijdens het werkproces een crisissituatie ontstaat. Daarbij kan het gaan om cliënten die al bij BJZ/AMK zijn ingeschreven. Ook kan het gaan om cliënten die wel al met BJZ te maken hebben, maar die nog niet zijn ingeschreven. Melding bij het CIT is aan de orde als het gaat om:

- Nieuwe cliënten die het normale telefoonnummer van het BJZ gebruiken, maar die, blijkens de telefonische aanmelding, in een situatie verkeren die crisisinterventie noodzakelijk maakt;
- Jeugdigen die de kindertelefoon gebruiken en die, blijkens het telefoongesprek, in een situatie verkeren die crisisinterventie noodzakelijk maakt;

- Cliënten die bij BJZ zijn aangemeld door derden. De situatie van deze cliënten dient door het BJZ te worden onderzocht. Daarbij kan een crisissituatie worden aangetroffen, die interventie door het CIT noodzakelijk maakt.

De praktijk leert dat de meeste crises ontstaan lopende de hulpverlening.

Indicaties- en contra-indicaties.

Indicaties: De situatie, waarin het gezinssysteem is komen te verkeren, is dusdanig geëscaleerd, dat er direct hulp geboden moet worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als een jeugdige voor de komende nacht geen (veilige) slaappleats heeft of als één van de ouders met geweld dreigt.

Contra-indicaties: Psychiatrische en verslavingsproblematiek.

Werkwijze. Het CIT beoordeelt de meeste binnengekomen crisismeldingen, maar dit houdt niet automatisch in dat het CIT ook altijd intervenueert. In geval van crises die lopende de hulpverlening ontstaan wordt eerst bezien, of de crisis kan worden opgepakt door de hulpverlener die tot dan toe bemoeienis had/heeft met de casus.

Het CIT intervenueert slechts wanneer:

- Er sprake is van een nieuwe cliënt (onbekende casus).
- De huidige hulpverlener gebruik wil maken van de expertise/collegiale steun van het CIT.
- De huidige hulpverlener niet kan worden ingezet.

Het CIT probeert middels korte intensieve hulpverlening de situatie te stabiliseren. De intensiteit van de spoedhulp is afhankelijk van de crisis, wat de situatie vraagt. Wanneer dat lukt zijn er diverse opties. Allereerst screening en indicatie. Dit regulier traject wordt door de CIT-medewerker uitgevoerd in overleg met de praktijkleider en gedragswetenschapper en leidt tot een volwaardig indicatiebesluit. Ook crisishulpverlening door een zorgaanbieder en ambulante hulp door de CIT-medewerker behoren tot de mogelijkheden. De betrokkenheid van de CIT-medewerker bij de cliënt is dus multifunctioneel. Hij is degene die intervenueert in de crisis en afhankelijk van hoe de casus zich ontwikkelt is hij daarna ambulante hulpverlener en ASK-medewerker en casemanager tegelijk.

Methodisch kader. Jeugdzorg Intake Methode (JIM).

Interne afstemming. Er vindt overleg plaats tussen de praktijkleider en een gedragsdeskundige.

Formatie. 6 fte voor de hele provincie Overijssel.

Capaciteit. Dit is moeilijk te zeggen, aangezien het CIT pas sinds 1 februari 2006 functioneert.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Idem.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp aanbieden. Jarabee, Commujon en Trias.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en vraag naar het aanbod. Er wordt gesproken van voldoende capaciteit als de doorstroming naar andere hulpverlening goed verloopt. Nu is het zo dat Families First vaak vol zit en de opvang vol zit met wachtende kinderen, die al een indicatie voor hulp hebben. Deze kinderen moeten soms wel een jaar wachten. Dus: doorstroom is het grote probleem.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Op dit moment moeten cliënten 2 maanden wachten op Families First of crisisopvang.

Sterke punten. De mogelijkheid is er om meer outreachende hulp te bieden en naar de crisis toe te gaan, zodat men van de crisis gebruik kan maken en mensen gemotiveerd aan het werk kan zetten.

Problemen. Op het moment dat er hulp van een zorgaanbieder nodig is, is deze niet voorhanden, omdat er lange wachtlijsten zijn. Hierdoor gaat de BJZ- medewerker gaten opvullen en loopt hij vol met zaken.

Overige opmerkingen. Het is niet duidelijk waar de grens ligt tussen BJZ en zorgaanbieder. De vraag is wat BJZ doet en wat door de zorgaanbieder gedaan wordt. Er is gestart om het komende jaar hier al werkende een methodiek voor te ontwikkelen.

BJZ Gelderland

Algemeen. Een team spoedeisende zorg van BJZ verleent interventiehulpverlening.

Toeleiding. Nieuwe cliënten kunnen zich aanmelden via een 0900-nummer. In de regel verloopt de aanmelding via een verwijzer (huisarts, school, politie etcetera). Bestaande cliënten van BJZ worden meestal aangemeld via hun vaste contactpersoon. Voor spoedeisende situaties is BJZ 7x24 uur bereikbaar en beschikbaar. Telefonisch wordt een inschatting gemaakt van de aard van de situatie van de cliënt. Indien nodig wordt door de medewerker spoedeisende zorg een interventie verricht. Het werk heeft een outreachend karakter.

Indicaties

- De veiligheid van de jeugdige is in acuut gevaar;
- Met de inzet van noodzakelijke jeugdzorg kan geen regulier indicatietraject worden afgewacht (qua tijdsbestek).

Werkwijze. BJZ verleent interventiehulpverlening. Deze is erop gericht om in een enkel contact de crisis te stabiliseren en een inschatting te maken van de situatie, waarin de betreffende cliënt zich bevindt. Daarna wordt de cliënt doorverwezen naar een zorgaanbieder. De zorgaanbieder biedt ambulante zorg en ambulant met verblijf. De zorgaanbieder gaat direct aan de slag. Bij de ambulante zorg probeert de hulpverlener op een niet-vrijblijvende basis de veiligheid van de jeugdige te bevorderen. Bij ambulant met verblijf probeert de zorgaanbieder tevens de plaatsing in een residentiële setting te voorkomen, dan wel zo kort mogelijk te houden. De duur van de spoedzorg is maximaal 4 weken en wordt of voortijdig beëindigd, dan wel afgesloten met een reguliere indicatiestelling, die de jeugdige recht op vervolgzorg biedt. De variant noodbed (brood, bed en bad) is er niet meer. Er wordt altijd een ambulant medewerker van de zorgaanbieder ingezet. Er is per regio een centraal telefoonnummer waarnaar de medewerker van de afdeling spoedzorg van BJZ kan bellen, wanneer er een besluit spoedeisende zorg is genomen. De afspraak is dat de zorgaanbieder 7x24 uur bereikbaar is en voor spoedeisende zorg nooit vol zit. Nadat een cliënt met een besluit spoedeisende zorg is aangemeld bij de zorgaanbieder, start de zorgaanbieder binnen 24

uur (dan wel de eerstvolgende werkdag) met ambulante zorg. Indien nodig biedt zij per direct een plek. Deze plek wordt door de zorgaanbieder gezocht, niet door BJZ.

Interne afstemming. Het team spoedeisende zorg werkt intensief samen met teams van de jeugdbescherming, jeugdhulpverlening, jeugdreclassering en de afdeling AMK. Voor de interne afstemming is regelmatig contact tussen de teamleiders en tussen uitvoerende medewerkers van de verschillende afdelingen. Daarnaast is door de afdeling staf en kwaliteit, in overleg met het team spoedeisende zorg, een handboek spoedeisende zorg gemaakt. Daarin staan de richtlijnen voor de werkzaamheden van de spoedzorg-medewerker en voor de samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen BJZ en de zorgaanbieders.

Formatie. Circa 14 fte.

Capaciteit voor ambulante spoedeisende hulp vanuit BJZ op jaarbasis. Geen gegevens verstrekt.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Idem.

Zorgaanbieders die in de regio ambulante spoedeisende hulp aanbieden. Binnen de brancheorganisatie Gelderland zijn in consensus afspraken gemaakt over het aanbod en de uitvoering van de ambulante spoedeisende zorg. De provincie Gelderland is opgedeeld in 3 regio's (Noord, Midden en Zuid) waarin alle zorgaanbieders zijn ondergebracht. Binnen hun regio hebben ze de gezamenlijke verantwoordelijkheid genomen voor het aanbod.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Bij capaciteitsproblemen schakelen ze elkaar in.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Een besluit spoedzorg wordt zo snel mogelijk (in ieder geval binnen 24 uur) uitgevoerd. Ambulante zorg start de eerstvolgende werkdag, nadat het besluit spoedzorg is genomen.

Sterke punten. De consensus met de zorgaanbieders is een sterk punt. BJZ en de zorgaanbieders doen dit project samen. De werking van 'samen' leidt in Gelderland tot een situatie, waarin geen kind meer onnodig op straat staat.

Problemen. De aansluiting tussen de spoedeisende zorg en de reguliere zorg hapert vanwege de wachtlijsten.

BJZ Utrecht

Algemeen. Het BJZ verleent zelf ambulante spoedeisende hulp aan nieuwe cliënten in crisissituaties. Er is geen specifiek crisisinterventieteam aanwezig. De crisisdienst is verdeeld over veel jeugdhulpverleners. Per dag is door middel van inroosting duidelijk wie per locatie crisisdienst heeft en de crisis wordt meteen door de betreffende mensen opgepakt. In de toekomst gaat het BJZ wel zorgen voor een crisisinterventieteam of in ieder geval de crisisdienst meer concentreren op een aantal jeugdhulpverleners per locatie.

Als er een crisis uitbreekt bij cliënten die al in zorg zijn, dan verleent de betreffende hulpverlener of de casemanager de nodige hulp. Er is ook een bereikbaarheidsdienst voor buiten kantooruren en voor in de weekenden. Als het nodig is, kan een cliënt ook crisishulp krijgen, maar er wordt zo veel mogelijk geprobeerd om de aanmeldingen naar de volgende dag te verschuiven. Zover als het kan wordt telefonisch hulp geboden.

Toeleiding. Als er een crisis zonder uithuisplaatsing binnenkomt, dan wordt de crisisdienst ingelicht en komen de jeugdhulpverleners van het BJZ in actie. Als het gaat om een uithuisplaatsing, dan wordt één van de zorgaanbieders ingeschakeld. Bij het centraal crisispunt (ccp) zitten een aantal mensen van de indicatieafdeling. Zij worden ingeschakeld op het moment dat geconstateerd wordt door de jeugdhulpverlener dat een uithuisplaatsing nodig is. Hier valt Families First ook onder. Wettelijk gezien is er in de eerste vier weken geen indicatiebesluit nodig van het BJZ, maar op deze manier wordt er wel meteen een indicatie gegeven.

Indicaties- en contra-indicaties. Er zijn een aantal richtlijnen waarnaar gekeken wordt om te bepalen of er sprake is van een crisis:

- Uitstel kan niet geduld worden;
- De leeftijd van het kind;
- De mate van gestoorde ontwikkeling;
- Is een uithuisplaatsing te verwachten;
- Wat is de aan- of afwezigheid van compenserende of stabiliserende omstandigheden en factoren;
- Dreigt de cliënt te ontglippen of af te haken als er niet direct gehandeld wordt;
- Dreigt er een ernstige verstoring van evenwicht in de verhouding tussen de draagkracht en de draaglast;
- Is er sprake van een gezagsvacuüm of dreigt dit te ontstaan;
- Is er sprake van mishandeling of is hier dreiging van of een andere ernstige onveilige situatie voor de jeugdige.

Werkwijze. Het is moeilijk iets te zeggen over de intensiteit en de duur van de hulp, want dit ligt ver uit elkaar. Het kan variëren van één uur tot drie dagen. In de toekomst zal wel een normering gemaakt worden voor de intensiteit en de duur.

Methodisch kader. Er wordt gedaan wat nodig is om de crisis te bezweren, zodat er een nieuw evenwicht en een nieuwe situatie in het gezin ontstaat. Vanuit het BJZ worden de jeugdhulpverleners wel getraind om crisishulp te kunnen bieden.

Interne afstemming. In de 'Instructie crisishulpverlening' staat precies beschreven wat je moet doen als er een crisis binnenkomt en wat je moet doen als je crisisdienst hebt. Daar is voorgeschreven dat er overlegd moet worden met de unitleiding en eventueel met de gedragswetenschapper. Als deze beiden niet aanwezig zijn, wat zelden voorkomt, dan moet er in ieder geval met een directe collega worden overlegd.

Formatie. Hiervan kan alleen een schatting gegeven worden, omdat het over veel mensen verdeeld is. Het is ongeveer 2 à 2,5 fte van de gehele jeugdhulpverlening, wat jaarlijks wordt ingezet voor het verlenen van crisishulp. De gehele jeugdhulpverlening omvat 84 fte.

Capaciteit. In 2005 is er 60 keer crisishulp zonder uithuisplaatsing verleend en 87 keer crisishulp met uithuisplaatsing (Families First valt hier ook onder).

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. De verhouding is goed. Alles wat gevraagd wordt, wordt direct geboden. Wel moeten hiervoor de 'normale' cliënten wijken voor de crisiscliënten, omdat crisiszaken altijd voorgaan.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp bieden

- Families First, een samenwerkingsverband tussen Meerwijck en OPL (LVG Zorg);
- Crisisinterventie: ambulante, kortdurende hulp van maximaal twee keer 6 weken, gekoppeld aan een crisisplaatsing bij de betreffende zorgaanbieder.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. In principe hanteert Families First geen wachtlijsten, er is plaats of niet. Als er geen open plekken zijn dan moet er dus naar een alternatief worden gezocht. De andere voorzieningen van crisisopvang werken wel met wachtlijsten, mits dit nodig is, dus als de groep al vol zit. Gedurende de wachttijd kan er overbruggingshulp worden ingezet door de betreffende zorgaanbieder. Dat is een zeer lichte vorm van ambulante ondersteuning. Het is het houden van een vinger aan de pols en proberen te voorkomen dat ouders het niet meer redden tot de opname.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Als bij de afdeling Indicatie een cliënt binnenkomt, handelt de crisisdienst ieder verzoek voor een crisisplaatsing af. Behandeling gebeurt dus bij binnenkomst van de vraag. Er wordt bemiddeld en gezocht tot er een plaatsing is gerealiseerd, of iemand wordt op de wachtlijst gezet. De dienst van het ccp kan ook een zorgaanbieder verzoeken om een noodbed in te zetten, zodat de volgende dag opnieuw gezocht kan worden naar een oplossing. Ze hebben ook de mogelijkheid om met de crisisvoorziening te overleggen om een kind met spoed te plaatsen, zodra er een plek vrij komt. Dat betekent dan wel dat een ander kind op de lijst wordt gepasseerd. Soms is dit een lastig dilemma. Als er een crisiszaak bij het BJJ binnenkomt, dan gaat er zo snel mogelijk een jeugdhulpverlener heen die crisisdienst heeft.

Sterke punten. Hulp wordt direct gegeven en zodoende wordt geprobeerd zo preventief mogelijk te handelen;

Problemen. Als er een uithuisplaatsing nodig is, is er vaak geen plek bij de zorgaanbieder. Ook voor Families First is een wachtlijst. Soms komt de cliënt dan ergens terecht buiten de eigen provincie. Het verlenen van crisishulp is over zoveel mensen verspreid, dat dat ten koste gaat van de deskundigheid.

BJJ Flevoland

Algemeen. Sinds kort is er een andere inrichting van de crisishulpverlening. Als er tot voor kort een crisis binnenkwam, dan loste de betreffende toegangsmedewerker of de gezinsvoogd het zelf op. Er is nu een intern crisiscoördinatiepunt, waar crisissen aangemeld worden. Dit crisiscoördinatiepunt is eigenlijk een administratieve afhandeling. Voor buiten kantooruren is er een 24-uursbereikbaarheidsdienst.

Toeleiding. Als een crisis binnenkomt bij het interne crisiscoördinatiepunt, dan wordt gekeken wat in het belang is van het kind en het gezin. De veiligheid van het kind staat voorop. Als het kind niet meer veilig is op de plek waar het woont, dan wordt rechtstreeks doorverbonden naar het crisiscoördinatiepunt van de zorgaanbieders en daar wordt de crisis dan geplaatst. Hierbij gaat het om kinderen die geplaatst moeten worden. Kortom, de crisissen worden geïnventariseerd en bij de zorgaanbieders geplaatst. Dit is de manier waarop gezinnen die niet al in de zorg zijn bij een zorgaanbieder aangemeld worden.

Als bij gezinnen, die al in de zorg zijn, een crisis uitbreekt, dan probeert de casemanager/gezinsvoogd de crisis binnen twee à drie dagen op te lossen. Lukt dit niet, dan wordt het gezin alsnog bij het crisiscoördinatiepunt van een zorgaanbieder aangemeld.

De 24-uursbereikbaarheidsdienst werkt samen met de telefonische hulpdienst. De eerste meldingen komen bij de telefonische hulpdienst binnen. Dan handelen ze de zaak of zelf af of ze contacten de 24-uursbereikbaarheidsdienst. Waarschijnlijk houdt de telefonische hulpdienst er binnenkort mee op. Er zitten vrijwilligers aan de telefoon en daarom gaat er ook wel eens wat mis, wat eigenlijk niet kan in een crisissituatie. Dit zal betekenen dat de 24-uursbereikbaarheidsdienst de eerste toegang wordt.

Indicaties- en contra-indicaties. Het is lastig om hier iets over te zeggen, want ieder kind is anders. Ook heeft men te maken met menselijke normen: wat voor het BJZ een crisis is, hoeft voor de zorgaanbieder geen crisis te zijn. Met elkaar moet gekeken worden wat in het belang van het gezin/het kind is. Wel is duidelijk dat als een kind niet veilig is op de plek waar hij woont, er sprake is van een crisis.

Werkwijze. Als bij gezinnen, die al in zorg zijn, een crisis uitbreekt, dan probeert de bestaande hulpverlener het evenwicht in het gezin te herstellen. Als kinderen via het crisiscoördinatiepunt bij een zorgaanbieder terecht komen, dan kan de noodhulp heel verschillend zijn. Het kind kan in een pleeggezin geplaatst worden of op een residentieel crisisbed. De crisishulp duurt maximaal vier weken en dan moet er een indicatie klaar liggen voor vervolghulp. In de praktijk is het helaas zo dat kinderen vaak langer op een crisisplek zitten dan nodig is, omdat daar achter ook weer een wachtlijst is voor vervolghulp.

Methodisch kader. De mensen die werkzaam zijn binnen het BJZ zijn maatschappelijk werkers of hebben HBO-pedagogiek gedaan. Zodoende wordt er gewerkt binnen de algemeen methodische kaders van het maatschappelijk werk en/of de sociaal pedagogische hulpverlening.

Interne afstemming. Als één van de medewerkers met een crisis te maken krijgt en dat wil melden bij het crisiscoördinatiepunt, dan wordt dit eerst besproken met de gedragswetenschapper of de teamleider. Er vindt dus een moment van afstemming plaats, waarbij besproken wordt of er sprake is van een echte crisis, of het gezin doorverwezen moet worden of niet, of de medewerker overal op gelet heeft etcetera.

Formatie. Bij het crisiscoördinatiepunt zijn drie wisselende mensen werkzaam van half negen tot vijf. Per week wordt daar iets meer dan 1 fte aan besteed. Voor de 24-uursbereikbaarheidsdienst zijn zeven à acht mensen beschikbaar.

Capaciteit. Het is moeilijk hier iets over te zeggen. In ieder geval is de capaciteit van 1 fte bij het crisiscoördinatiepunt en zeven á acht mensen bij de 24-uursbereikbaarheidsdienst voldoende om alle crisiszaken op tijd af te handelen.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Zie boven. De verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte is dus goed.

Zorgaanbieders die in de regio ambulante spoedeisende hulp aanbieden. Nieuw Veldzicht, Boschhuis Triade en SJF.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Er zijn genoeg crisisplekken, maar omdat door de slechte doorstroom naar verdere hulp kinderen op hun crisisplek blijven zitten, is er niet genoeg plek. Zo zijn er zorgaanbieders die meer crisisbedden hebben neergezet, terwijl het niet allemaal crisissen zijn. Er zijn ook kinderen bij de verdere hulp nodig hebben.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Bij spoedeisende zorg is de afspraak dat het allemaal binnen 24 uur geregeld moet worden. Als er geen crisisplekken zijn, kan het langer duren. Er zijn nu zelfs wachtlijsten voor crisisplekken.

Sterke punten. De twee coördinatiepunten van het BJZ en de zorgaanbieders versnellen de procedure. Er is één iemand die weet van de drie zorgaanbieders waar er plek is voor crisiskinderen. Het BJZ hoort iedere ochtend van de zorgaanbieders hoeveel crisisplekken er vrij zijn en vrij komen; Er is een provinciaal casuïstiekoverleg georganiseerd tussen de zorgaanbieders en de zorgbemiddelaar van het BJZ. Alle moeilijk plaatsbare kinderen en crisiskinderen, die te lang op één plek zitten, worden besproken en er wordt geprobeerd daar oplossingen voor te zoeken.

Problemen. Over het algemeen is de samenwerking tussen het BJZ en de zorgaanbieders goed. Alleen wordt er soms gediscussieerd over wie waar verantwoordelijk voor is. De Wet op de Jeugdzorg laat daar geen misverstanden over bestaan, alleen iedereen moet zich daar dus aan houden. Er zijn wachtlijsten voor vervolghulp bij de zorgaanbieders. Daardoor is het in de praktijk helaas zo dat kinderen vaak langer op een crisisplek zitten dan nodig is.

BJZ Noord-Holland

Algemeen. BJZ Noord Holland beschikt over een vorm van spoedeisende zorg in de vorm van 'eerste hulp bij crisis'.

Toeleiding. Er wordt gewerkt volgens een protocol spoedeisende zorg: buiten kantooruren is een bereikbaarheidsdienst van kracht, binnen kantooruren komen de crisissen binnen bij de bureaudiensten van de verschillende sectoren (AMK, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugdreclassering). De contactnemer peilt de urgentie aan de hand van de checklist spoedeisende hulp.

Indicaties- en contra-indicaties. Het protocol spoedeisende zorg heeft betrekking op die situaties die om onmiddellijk handelen vragen. De omvang van de crisis wordt bepaald aan de hand van de mate waarin de crisis het dagelijks leven beïnvloedt, de mate van draaglast en draagkracht en de hulpvraag.

Werkwijze. De cliënt wordt voor een eerste gesprek op kantoor uitgenodigd. Indien nodig wordt vervolgens crisisinterventie geboden. Deze bestaat uit gemiddeld 5 gesprekken. Als de eerste hulp bij crisis afgesloten wordt kan de reguliere werkwijze en route weer hervat worden (hoofdproces toegang). Een andere mogelijkheid is dat direct geïndiceerde spoedeisende zorg geboden wordt. De uitvoerend werker neemt hiertoe contact op met de zorgaanbieder.

Methodisch kader. Gestreefd wordt aan te sluiten bij de actiebereidheid van de betrokkenen. Er wordt uitgegaan van herstel van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast.

Interne afstemming. Afstemming vindt plaats volgens het protocol spoedeisende zorg

Formatie. Voor spoedeisende hulp is ca. 8 fte beschikbaar.

Capaciteit. Met de beschikbare formatie kunnen 800 trajecten uitgevoerd worden van gemiddeld ca. 12 uur.

Verhouding capaciteit tot de hulpbehoefte. Deze capaciteit is gebaseerd op de ervaringen in eerdere jaren. Bij Bureau Jeugdzorg Noord-Holland is met ingang van 1 september 2006 een crisisteam. Naar verwachting zal dit in ieder geval in eerste instantie leiden tot een toename van de hulpbehoefte.

Zorgaanbieders die in de regio ambulante spoedhulp aanbieden. Parlan, OC het Gooi, Zandbergen.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Tot op heden is de capaciteit adequaat. Echter, de praktijk zal moeten uitwijzen of de capaciteit met de komst van het crisisteam voldoende is.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Er zijn in het kader van de komst van het crisisteam concrete afspraken gemaakt met de zorgaanbieders. Van belang hierbij is dat de Provincie naar aanleiding van de komst van het crisisteam de capaciteit heeft uitgebreid. De praktijk zal daarbij moeten uitwijzen of de beschikbare capaciteit ook voldoende is.

Sterke punten. Een sterk punt van het crisisteam is onder meer dat de medewerkers 24 uur beschikbaar en bereikbaar zijn voor cliënten en derden als bijvoorbeeld politie.

Problemen. Ook hiervoor is van belang dat per 1 september wordt gestart met het crisisteam.

BJZ Amsterdam

Algemeen. Binnen BJAA is er een gespecialiseerd crisisteam.

Toeleiding. Het crisisteam is gehuisvest op 1 van de 10 locaties van BJAA en werkt voor het gehele BJAA (Regionaal Orgaan Amsterdam) gebied. Een aanmelding kan zowel plaatsvinden door een collega van BJAA in bijvoorbeeld een 'bestaande' zaak als mede door onder andere politie,

ziekenhuizen, onderwijs, GGZ en GGD als het gaat om nog niet in zorg van BJAA zijnde cliënten. Cliënten kunnen zichzelf ook direct aanmelden, maar dit gebeurt nauwelijks. Een aanmelding kan leiden tot een éénmalig consult en advies, een gezamenlijk met aanmelder uitgevoerde crisisinterventie of een door het crisisteam zelfstandig uitgevoerde interventie.

Indicaties- en contra-indicaties.

Indicaties: Het crisisteam wordt ingezet als een kind in gevaar dreigt te komen als er niet acuut (binnen een paar uur) wordt ingegrepen. Het crisisteam is binnen 2 uur ter plekke.

Contra-indicaties: Niet van toepassing. Dat wil zeggen dat er natuurlijk bij bijvoorbeeld duidelijke aanwijzingen van psychiatrische problematiek naar deze zorg wordt verwezen, maar dat gaat altijd in samenspraak met en vaak samen met de psychiatrie. Daarnaast kan het voorkomen dat er geen acuut gevaar dreigt en er dus niet aan de indicatie wordt voldaan.

Werkwijze. De crisiszorg wordt uitgevoerd door medewerkers van het crisisteam en wordt daarin waar nodig op afstand ondersteund door de aan het team verbonden gz-psycholoog. De hulp die wordt geboden is ambulante crisisinterventie (tussen de 1 en 3 gesprekken) en van daaruit toeleiding naar de juiste zorg. Dit kan de afdeling JHV van BJAA zijn, maar ook geïndiceerde crisiszorg (ambulant, bed of pleegzorg), melding van de RVK of inschakelen lokale (gemeentelijke) zorg. De belangrijkste taak van de JHV is om met aangemeld cliëntensysteem (cliënt kan zichzelf melden bij BJAA, maar verwijzing gebeurt steeds vaker via arts, school, politie, etcetera) na te gaan wat voor problemen er zijn en hoe deze opgelost kunnen worden. De medewerkers van de JHV hebben hiervoor maximaal 5 gesprekken. Deze gesprekken kunnen leiden tot de oplossing van het probleem en dan kunnen cliënten dus zonder hulp verder. Of er wordt verwezen naar bijvoorbeeld AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk) of geïndiceerde zorg. In dat laatste geval zal de JHV de rol van casemanager op zich nemen. Daarnaast heeft BJAA in beperkte mate de optie om zelf zaken als sociale vaardigheidstraining of oudercursussen aan te bieden. Ook kan de situatie zo ernstig zijn dat er (en dat hoeft geen 5 gesprekken te duren) een RvK-onderzoek wordt aangevraagd. Intensiteit van de inzet van het crisisteam is zo intensief als nodig is, maar is altijd gericht op het analyseren en beslechten van de crisis en niet op behandeling en/of verdere begeleiding.

Methodisch kader. Er wordt gewerkt met een combinatie van elementen uit methodieken op het gebied van crisisinterventie, systeemtheorie, gedragsmatige aanpak (directief), modeling etc. Dit alles wordt gebruikt vanuit de visie van BJAA: bescherming van het kind.

Interne afstemming. Bij elke aanmelding waaruit het inzetten van een interventie volgt, is er collegiaal consult en in bepaalde situaties (dreiging binnen de thuissituatie, gevaar voor de hulpverlener etc.) met een gz-psycholoog. Gedurende de interventie is er regelmatig (natuurlijk afhankelijk van de ernst en de complexiteit van de zaak) overleg met collega's (vaak via mobiel) en gz-psycholoog. Wekelijks wordt elke zaak binnen het casuïstiekoverleg ingebracht en besproken (achteraf dus). Bij het casuïstiekoverleg zijn altijd het gehele crisisteam (dus ook altijd de inbrenger), de gz-psycholoog en de werkbegeleider aanwezig.

Formatie. Formatie outreachende werkers: circa 5 fte. Daarnaast zijn er binnen het team medewerkers, die zich uitsluitend bezig houden met bureautaken, zoals het realiseren van residentieële of crisispleegzorg, het plaatsen van kinderen in crisis buiten de provincie, contacten met LVG en GGZ en de coördinatie van gesloten (JJI) crisisplaatsingen: 2,1 fte. Daarnaast is er het secretariaat (18 uur), het management (12 uur), een gz-psycholoog (20 uur) en een werkbegeleider (32 uur).

Capaciteit. Voor het crisisteam zijn dit 400-470 ambulante zaken per jaar en 300 VOTS zaken vanaf herfst 2006.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Dit is vooralsnog in orde. Halverwege 2006 wordt het crisisteam uitgebreid met VOTS-taken. Bezien zal dienen te worden in hoeverre hiermee voldaan kan worden aan de vraag.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp aanbieden. Spirit (crisiszorg) en Altra.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. In principe is er voldoende capaciteit met uitzondering van bepaalde zorgregio's (de zorg is binnen het ROA per regio verdeeld. Zie www.jeugdhulpwijzer.nl). Ook is er een tekort aan crisispleeggezinnen. Het probleem is echter dat met name de doorstroom vanuit crisisinterventie naar reguliere zorg kan stagneren en dit leidt tot dichtslibbing van de crisiszorg. Reguliere zorg is alle zorg die geïndiceerde zorgaanbieders aanbieden en niet onder crisiszorg vallen. Hierbij kan gedacht worden aan ambulante zorg in de thuissituatie, pleegzorg, MKD etcetera.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Goed, dat wil zeggen dat het crisisteam wordt ingezet binnen 2 uur na de aanmelding.

Sterke punten. Snel, directief, creatief.

Problemen. Er zijn geen problemen binnen de eigen crisiszorg. Wel is het zo dat de crisisexpertise van de jeugdbeschermers varieert per werker.

BJZ Zuid-Holland

Algemeen. Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland beschikt over een crisisinterventieteam tijdens kantoortijden en bereikbaarheidsdienst buiten kantoortijden voor noodsituaties.

Toeleiding. Tijdens kantoortijden wordt aangemeld bij de Bureaudienst van BJZ. Bij de Bureaudienst wordt de inhoudelijke beoordeling gedaan (informatie en advies, screening, crisisinterventie enz.). Buiten kantoortijden vindt dit plaats via Spoedhulp, een telefonische hulpdienst die doorleidt naar een medewerker van de bereikbaarheidsdienst. De bereikbaarheidsdienst bestaat hoofdzakelijk uit medewerkers van het crisisinterventieteam, aangevuld met hulpverleners vanuit de reguliere hulpverlening die voor deze dienst zijn gespecialiseerd. Zij werken volgens een rooster, 24 uur bezetting is zo gegarandeerd, een teamleider is achterwacht.

Indicaties- en contra-indicaties. Criteria beoordeling crisissituatie die worden gehanteerd zijn:

- Gaat het om een crisissituatie: wat is er aan de hand; wat is de aanleiding; waarom treedt de crisissituatie op; wat zijn de gedragingen; wat zijn de reacties van de betrokkenen; wat gebeurt er als je niets doet.
- Gaat het om een acute crisis: gaat het om een jong kind: is de situatie onveilig voor kind of jeugdige of anderen; is er sprake van onmiddellijke bedreiging of gevaar voor de cliënt door

geweld, misbruik of verwaarlozing; is er sprake van suïcide(dreiging) of psychose bij kind/jongere of verantwoordelijke volwassenen in het cliëntsysteem.

- Hoe verhoudt de crisis zich tot het algemene functioneren van het cliëntsysteem: is de situatie voor de cliënt nu anders dan gebruikelijk; zijn er al eerder problemen geweest, is hiervoor hulp ingeschakeld; wordt er al enige vorm van hulpverlening geboden, weet deze hulpverlener van deze crisissituatie; zijn er belangrijke personen in de directe omgeving die het cliëntsysteem in positieve of negatieve zin kunnen beïnvloeden; hoe verhouden draaglast en draagkracht van het gezin zich, hoe moeilijk is de situatie en wat kan het gezin nog aan.

Werkwijze. Een speciaal hiervoor toegerust team voert de noodhulp uit. Het gaat om een intensieve begeleiding van maximaal 4 weken, waarbij 1 fte ca. 6 cliënten begeleidt.

Methodisch kader. Er wordt gewerkt vanuit de methodiek crisisinterventie, in 1999 beschreven op basis van 'good practise' en gangbare crisisinterventietheorie. In 2006 is deze methodiek verder geactualiseerd.

Er wordt gewerkt met 5 verschillende typen crisis waar de interventie op wordt afgestemd. Deze ordening is als volgt: ingrijpende gebeurtenis; faseovergang (echtscheiding, puberteit); structurele meervoudige probleemsituatie

Verzorgingsproblematiek; meldingen door derden (zorgsignalen m.b.t. verwaarlozing, mishandeling).

Kenmerkend is het gebruik van de crisis als kans om een verandering te bewerkstelligen, en het accent ligt op snelheid en organiseren van hulp.

Interne afstemming. Er is een methodiek, er is een handboek voor BJZ Zuid-Holland, er vindt met enige regelmaat overleg plaats met de teams en/of leidinggevenden.

Formatie. Crisisinterventie: 9,64 fte. Bereikbaarheidsdienst: 1,12 fte. (totaal 10,76 fte voor heel Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland).

Capaciteit. Op jaarbasis ongeveer 330 zaken.

Verhouding tot de zorgbehoefte. De toereikendheid van de capaciteit is sterk afhankelijk van de doorstroming. Dit geeft regionaal knelpunten. Als in een regio onvoldoende crisisopvangplaatsen zijn die niet aansluiten bij de doelgroep of er zijn onvoldoende vervolgpplaatsen, blijven er veel cliënten noodgedwongen in begeleiding. Doordat er dan teveel cliënten in begeleiding zijn bij het crisisinterventieteam, vermindert de intensiteit van de interventie en dus het effect. De doorstroming naar de zorgaanbieders is dus essentieel.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp bieden. Families First in regio ZH-Noord.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Het succes van spoedeisende hulp is sterk afhankelijk van doorstroming in het vervolgtraject. Een fors deel van de cliënten hebben namelijk nog een vorm van hulp nodig. Het is vooral van belang dat de zorgaanbieders hun interne hulpaanbod flexibel inrichten, zodat snel op veranderingen in hulpbehoefte kan worden ingesprongen.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Uitgangspunt is dat crisisinterventie dezelfde dag wordt ingezet.

De praktijk is echter ook dat de capaciteit ontoereikend is, wat van invloed is op de start van de hulp en snelheid. Zoals eerder vermeld is er een relatie met capaciteit in vervolghulp.

Sterke punten. Korte lijn en snelle beoordeling, de beoordeling van crisisinterventie gebeurt binnen BJZ, er is direct overleg met crisisinterventieteam. Snelle inzetbaarheid. BJZ is in staat om naast het vaststellen van een crisis ook direct de hulp in te zetten. Maakt hiermee zelf de keuzes. De snelheid en intensiteit.

Problemen. Capaciteit en flexibiliteit zorgaanbod bij zorgaanbieders.

BJZ Haaglanden

Algemeen. Er is een crisisdienst binnen kantoortijden, voor nieuwe aanmeldingen van cliënten in crisis. Binnen kantoortijden gaat het altijd om zaken die nog niet in de jeugdzorg in behandeling zijn. Bij een deel van deze zaken wordt er residentiële zorg of pleegzorg (crisisopvang) aangevraagd bij de zorgaanbieders. Ook is er een crisisdienst voor buiten kantoortijden, die zowel crisissituaties beantwoordt bij bestaande cliënten als crisis hulp biedt aan nieuwe cliënten. Buiten kantoortijden idem als het gaat om crisis in gezinnen die nog niet in de zorg zijn en als het gaat om crisisinterventie/bereikbaarheidsdienst voor cliënten die al wel bij BJZ (casemanager, Jeugdbescherming en/of Jeugdreclassering) bekend zijn en soms ook in pleegzorg of residentie (zouden moeten) verblijven.

Toeleiding. De aanmelding binnen kantoortijd loopt via de aanmelddienst van BJZ. De Politie, RvdK, ziekenhuizen, crisisdienst GGZ en AMK kunnen rechtstreeks melding maken. De crisisdienst is ook onderdeel van hulp onder de vlag van de gemeentelijke GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen). Elke dag is er een medewerker beschikbaar voor het ontvangen en in behandeling nemen van nieuwe meldingen. Crisis hulp start voor de duur van maximaal 4 weken. Uiterlijk dan is de zaak opgelost, afgesloten, verwezen naar lokale voorzieningen en/of overgedragen naar geïndiceerde zorg of bij de Raad gemeld.

Indicaties- en contra-indicaties

Indicaties: Ambulante spoedeisende zorg wordt ingezet bij een crisissituatie. Een crisis houdt in dat er sprake is van een ingrijpende verstoring van het evenwicht tussen de draagkracht en draaglast van een cliëntensysteem, waarbij de gewoonlijke competentie en probleemoplossend vermogen van de betrokkene(n) niet (meer) toereikend is om de situatie op eigen kracht het hoofd te bieden. Er is altijd discussie over de vraag wat crisis en wat regulier is. In de praktijk is het antwoord op de vraag: "Wat gebeurt er met het kind als we vandaag geen crisis hulp starten en hoe erg is dat?" werkbaar.

Contra-indicaties:

Binnen kantoortijd:

- Acute psychiatrie (nu nog, maar in september 2006 start een gezamenlijke crisisdienst met de GGZ- jeugd onder de vlag van BJZ);
- Kinderen met LVG-problematiek (voor zover bekend bij aanmelding).

Buiten kantoortijd zijn er geen contra-indicaties. De crisisdienst BJZ is voorliggend voor Raad en GGZ.

Werkwijze. Maatschappelijk werkers voeren de hulp uit en doen raads melding. De hulp kan ambulante zijn, kan een uithuisplaatsing zijn en kan op signaal van derden zijn.

Methodisch kader. Er wordt gebruik gemaakt van het 'Methodiekboek crisisinterventie' dat eind jaren negentig ontwikkeld is door Heleen van Deur, vanuit de crisishulpverlening van de jeugdzorg in Amsterdam, Leiden, Dordrecht en Gouda. De doelgroep van dit boek betreft de medewerkers binnen de ambulante jeugdhulpverlening. Binnen de organisatie loopt een traject rond de verbetering van deze methodiek. Dit verbetertraject houdt in dat de afdeling O3 (Ontwikkeling, Opleiding en Onderzoek) van BIZ Haaglanden/Zuid-Holland de bovengenoemde methodiek kritisch bekijkt. O3 vult waar nodig de methodiek aan vanuit de ontwikkelingen van de laatste jaren in de crisishulp bij BIZ, zoals: vorming BIZ, hulp op signaal van derden, toename allochtone cliënten in crisishulp. Aansluitend wordt er een trainingsaanbod gekoppeld.

Interne afstemming. Wekelijks is er een casuïstiekoverleg. Bij dit overleg zijn de uitvoerend medewerkers (minimaal niveau HBO-MWD, SPH en dergelijke), de teamleider en een gedragsdeskundige (vanaf september ook altijd een SPV -er) aanwezig. Voor besluitvorming en dergelijke is er een leidinggevende beschikbaar en een gedragsdeskundige.

Formatie. Binnen kantoortijd 9.81 fte.

Capaciteit. Binnen kantoortijd 432 jeugdigen.

In 2005 zijn buiten kantoortijd 946 crisismeldingen in behandeling genomen. Er is een pool van 14 medewerkers die de dienst uitvoeren (in tweetal per avonddienst) en de inzet van de medewerkers wordt vergoed op declaratiebasis. De bovenstaande cijfers betreffen ambulante zorg.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Capaciteit voldoet.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp aanbieden. De GGZ (de Jutters) biedt binnen kantoortijd spoedeisende hulp. St. Jeugdformaat biedt ambulante een lichte variant van spoedeisende hulp.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Het aanbod spoedeisende hulp sluit onvoldoende aan op de vraag. Intensieve hulp (bijvoorbeeld Families First bestaat niet meer). De zorgaanbieder heeft spoedeisende hulp niet als specialisme georganiseerd en daardoor is er nog geen sprake van een geharmoniseerde werkwijze en is de kwaliteit van wisselend niveau.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. In principe wordt bij BIZ direct gestart met de hulp. Eerste face-to-face contact zo nodig uiterlijk binnen 2 uur.

Sterke punten. Snelheid, beschikbaarheid voldoet aan vraag, ervaring, kwaliteit, werken volgens methodisch kader.

Problemen. Er is niet altijd sprake van een goede afstemming tussen het aanbod van het BIZ en de zorgaanbieder. Ook is er een tekort aan crisisopvang vanuit de zorgaanbieders. Er zijn periodes waarin er een tekort is aan crisisopvang of aan passende opvang voor bijzondere situaties. Kinderen

met een machtiging gesloten plaatsing staan sowieso vaak op een wachtlijst. Daarnaast is er bijna nooit aansluitende zorg als het gaat om langdurig verblijf na de eerste crisisopvang.

BJZ Rotterdam

Algemeen. Het BJZ heeft sinds tien jaar drie CIT's. Twee voor de vrijwillige hulpverlening bestaande uit totaal 9 à 10 fte's, verdeeld over maatschappelijk werkers die zich alleen met crisisinterventie bezighouden. Daarnaast heeft de jeugdbescherming een crisisteam voor de VOTS-en, die meteen doorkomen. Er is een bereikbaarheidsdienst, die de crisis buiten kantooruren voor één nacht of weekend begeleidt, totdat de cliënt naar de andere maatschappelijk werkers kan.

Toeleiding. Er wordt aangemeld bij de vijf toegangslocaties in de regio. Daar zit ook een maatschappelijk werker die bureaudienst heeft. Die vraagt uit om te beoordelen of het inderdaad om een crisissituatie gaat en verwijst dan naar één van de crisisdiensten. Voor buiten kantooruren is er een telefonische hulpdienst. Als mensen buiten kantooruren naar één van de locaties bellen, dan krijgen ze een bandje te horen met daarop het telefoonnummer van Intertel. Intertel is een telefonische dienst en de medewerker stelt drie standaardvragen. De medewerker kan de dienstdoende maatschappelijk werker oproepen. Er zijn altijd twee maatschappelijk werkers beschikbaar buiten kantooruren. De maatschappelijk werker neemt contact op met het gezin of met degene die gebeld heeft.

Indicaties- en contra-indicaties

Indicaties:

- Er moet sprake zijn van een probleemsituatie, waar mensen zelf geen oplossingen voor kunnen verzinnen (probleemoplossend vermogen is niet meer toereikend) en niet meer adequaat reageren;
- De draaglast en draagkracht is verstoord, zodat er meteen iets moet gebeuren;
- De cliënt moet zelf in crisis zijn.

Contra-indicaties:

- Het systeem is in crisis en niet de cliënt zelf.

Werkwijze. Een aantal jaren geleden duurde de crisisinterventies één en hooguit twee dagen en daarna ging de cliënt door naar de reguliere maatschappelijk werker. Dat werkte niet, want er ging teveel tijd in het doorverwijzen zitten. Nu duurt de crisisinterventie vier tot maximaal zes weken. Dat zijn langdurige crisissen waarbij ook uit huis geplaatst moet worden en van alles moet gebeuren. Dat moet weer teruggebracht worden naar vier weken. Dit is in verband met de nieuwe wet, waarin staat dat men binnen vier weken het indicatiebesluit moet hebben voor vervolghulp of als er een kind uit huis geplaatst moet worden. Dat zou een mooi moment zijn om de cliënt over te dragen aan een casemanager.

Methodisch kader. Alle medewerkers zijn geschoold in de methodiek kort ambulante hulpverlening. Dit is gedragsmatige competentiegerichte hulpverlening. Ook hebben de crisisinterventiewerkers cursussen gehad over het omgaan met weerstanden en agressie. Het is vooral competentiegericht en gedragsmatig werken.

Interne afstemming. De twee CIT's hebben allebei elke week een crisisoverleg. Dit is een interventieoverleg waarin alle nieuwe zaken ingebracht en besproken worden en vervolgens gekeken wordt wat het vervolg moet zijn. Daar zit een gedragsdeskundige en een teamleider bij. De teamleider is erbij om te kijken hoe de zaken verdeeld moeten worden.

Formatie. Er is een formatie van 9 fte maatschappelijk werkers, die verdeeld zijn over twee CIT's.

Capaciteit. Voor de gewone CIT's gaat het om 200 cliënten per jaar, dus dat zijn er 400 in totaal. De bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren sluist door naar de CIT's, dus die vallen onder de 400 cliënten.

Voor het jaar 2005 geldt voor de locaties Toegang:

- Nieuwe cliënten crisisinterventie: 354
- Crisisinterventie bij cliënten die al in de begeleiding waren: 100.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. De capaciteit is in principe voldoende, maar omdat de maatschappelijk werkers de zaken langer bij zich houden dan eigenlijk de bedoeling is, loopt het vol.

Zorgaanbieders die in de regio ambulante spoedeisende hulp aanbieden. STEK heeft Families First en het BJZ verwijst daarnaar of geeft daarvoor een indicatie af.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Bij Families First zit een forse wachtlijst. Het grote knelpunt is bij de opnemers. Dit is niet zozeer bij de capaciteit van crisisbedden, maar meer bij de doorstroming naar de reguliere bedden. Daar zit een fors capaciteitstekort, waardoor de crisisbedden vol raken. Ook zijn er in de regio te weinig bedden voor 'ingewikkelde' crisisklanten. Voor de heel moeilijke kinderen is er geen plek, want deze kinderen zijn te 'ingewikkeld' voor de gewone crisisopvanggroepen. Er zijn geen besloten groepen en die zijn nodig voor dat slag kinderen waar het BJZ mee te maken krijgt.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Als een cliënt zich aanmeldt of aangemeld wordt, dan gaat er in binnen twee uur hulp naar toe. Dit lukt in principe altijd. Als er bijvoorbeeld vijf crisissen op één dag zijn, dan kan het iets langer duren, maar altijd gaat er dezelfde dag hulp naar toe.

Sterke punten. Er is altijd hulp beschikbaar.

Problemen. Er gaat veel capaciteit naar de CIT's. Dat is tegelijkertijd ook een valkuil. Voor de reguliere hulp zijn wachtlijsten, dus bij de zorgaanbieders. Deze mensen kunnen in crisis raken en komen dan alsnog bij de CIT's terecht. Als deze mensen meteen waren geholpen, waren ze niet bij de CIT's terecht gekomen. In principe draaien de CIT's goed, maar er zijn teveel aanmeldingen, waardoor de werkdruk enorm is en de CIT's soms zelf in crisis raken. Er is een intern probleem, want er zijn niet voldoende casemanagers die de zaken over kunnen nemen. Als er een indicatiebesluit is afgegeven, dan moet er een andere maatschappelijk werker van het BJZ casemanager worden en die is niet beschikbaar. Hierdoor blijft de crisisinterventiewerker in het gezin. Het BJZ houdt zich hierdoor op dit moment dus niet aan haar eigen termijnen. Ook andere kinderen (niet alleen crisiskinderen) zitten bij zorgaanbieders waar geen casemanager opzit. Er is wel een persoon bij betrokken, maar die is er alleen voor noodgevallen. Het casemanagement wordt niet voldoende ingevuld.

BJZ Zeeland

Algemeen. Er is een 24-uursbereikbaarheidsdienst en er zijn twee medewerkers op de afdeling 'Aanmelding en preventie' belast met crisisinterventie.

Toeleiding. Het gezin/de jeugdige meldt zich aan bij BJZ.

Indicaties- en contra-indicaties

Indicatie: Er is sprake van een ernstige verstoring van de draaglast en de draagkracht. Ook staat de veiligheid van het kind natuurlijk voorop.

Contra-indicatie: Er is sprake van psychiatrische problematiek.

Werkwijze. De twee medewerkers op de afdeling 'Aanmelding en preventie' voeren crisisinterventies uit. Het zijn maximaal acht gesprekken die de medewerkers met één gezin voeren.

Methodisch kader. In de crisisinterventie zitten een aantal aspecten van Families First, zoals intensief, snel en het inspelen op de krachten van het gezin zelf.

Interne afstemming. Het gezin/de jongere meldt zich aan bij BJZ en als dit via de 24-uursbereikbaarheidsdienst is, dan doet de dienstdoende hulpverlener van BJZ de aanmelding en die kijkt of er sprake is van een crisis en wat er dus acuut gedaan moet worden.

Formatie. 2 fte. Dit is verdeeld over de twee hulpverleners die de crisisinterventies voor de aanmelding en de screening doen. Als het om een OTS gaat of een andere soort hulpverlening, dan doet degene die de zaak in zijn case-load heeft de crisisinterventie. Hierbij gaat het dus om bestaande cliënten.

Capaciteit. Er kan niet gezegd worden hoeveel gezinnen op jaarbasis geholpen kunnen worden.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Er is meer vraag dan aanbod. Het probleem is dat er een crisisinterventie gedaan wordt en dat het kind daarna nergens geplaatst kan worden.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp aanbieden. De twee zorgaanbieders in de provincie zijn AZZ en de GGZ.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Er is te weinig aanbod vanuit de zorgaanbieders.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Er wordt direct gestart met de crisisinterventie. Een crisis kan niet op een wachtlijst gezet worden.

Sterke punten. Concrete vorm en er wordt meteen op de situatie ingespeeld.

Problemen. Er is te weinig aanbod vanuit de zorgaanbieders.

BJZ Noord-Brabant

Algemeen. Het BJZ bezit een vorm van crisisinterventie. Overdag zijn er voor vrijwillige hulp bij het aanmeldteam ook mensen die de crisis direct kunnen opvangen op het moment dat mensen zich aanmelden en er een crisis blijkt te zijn. Binnen een dag (het liefst binnen acht uur) wordt ervoor gezorgd dat de crisis bezworen wordt. Vervolgens wordt het gezin overgedragen aan een casemanager, die kijkt wat na de crisis voor hulp nodig is.

Buiten kantoor tijd is er een crisisteam dat samen met de jeugdbescherming alle crisissen die buiten kantoor tijd binnenkomen bezweert. De volgende dag worden die zaken opgepakt door een voogdij- of toegangsmedewerker.

BJZ voert zelf verder geen hulp uit, maar zorgt ervoor dat de jeugdige na de crisis zo spoedig mogelijk de zorg krijgt die nodig is om het evenwicht in het gezin te herstellen.

Toeleiding.

Crisis bij nieuwe cliënt: Nieuwe zaken komen binnen bij het aanmeldteam. Aangemeld kan worden door de cliënt zelf al dan niet ondersteund door een verwijzer. Daarnaast komen ook signalen van derden binnen. De medewerker van het aanmeldteam beoordeelt of er sprake is van een crisis (met behulp van een checklist) en wijst de zaak toe aan een crisismedewerker. De crisismedewerker onderneemt de nodige actie om de bedreiging af te wenden. Hij volgt daarbij de geldende procedures met name wat betreft het raadplegen van een gedragswetenschapper. De crisismedewerker zorgt ervoor dat na 24 uur (in het weekend na 48 uur) indien nodig, een casemanager wordt toegewezen. Lukt dit echt niet, dan toch uiterlijk binnen 5 dagen.

Crisis bij een cliënt van BJZ: Als er bij de bureaudienst een crisis gemeld wordt bij een reeds bij BJZ bekende cliënt, onderneemt een crisismedewerker de nodige stappen, nadat deze heeft vastgesteld dat er sprake is van een crisis en er niet afgewacht kan worden tot de toegewezen casemanager weer beschikbaar is. Zodra de casemanager weer beschikbaar is, draagt de crisismedewerker de zaak aan deze over. Casemanagers die in hun bestaande caseload te maken hebben met een crisis kunnen de crisismedewerkers uit de toegang consulteren. In overleg met de teammanager kan samengewerkt worden met de crisismedewerker.

Gedurende kantooruren: De crisiszaken die binnenkomen worden behandeld in het team waarbinnen de aanmelding binnenkomt.

Buiten kantooruren: Die crisiszaken die binnenkomen worden via de 24-uurs bereikbaarheid / beschikbaarheid geregeld.

Indicaties- en contra-indicaties. Er wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie. Het is in de maak om binnenkort de landelijke risicotaxatie over te nemen. Dit is een lijst met criteria waarop gescoord kan worden, zodat er een juiste inschatting gemaakt kan worden van het risico wat het kind loopt.

Indicatie: Als er sprake is van een crisis wordt er een crisisinterventie ingezet. Er wordt van een crisis gesproken als een jeugdige of zijn ouders/verzorgers niet in staat zijn zelf het hoofd te bieden aan een situatie die in zo'n ernstige mate aan de jeugdige emotionele, fysieke of psychische schade kan berokkenen of berokkent en daardoor een onmiddellijke bedreiging vormt voor de jeugdige, dat binnen 24 uur een interventie nodig is. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie. Aan de hand van een lijst met criteria waarop gescoord kan worden, wordt een inschatting gemaakt van het risico wat het kind loopt. Moet het kind er gelijk uit? Kan de hulp vrijwillig of niet vrijwillig verleend worden? Kan het probleem lokaal opgelost worden?

Contra-indicatie: Als er sprake is van een situatie waarin dringend hulp nodig is, maar die niet zo spoedeisend is dat er binnen 24 uur een interventie nodig is, dan wordt er geen crisisinterventie ingezet. Er wordt een afspraak gemaakt voor bijvoorbeeld de volgende dag.

Werkwijze. Gedurende kantooruren worden de crisiszaken behandeld in het team waarbinnen de aanmelding binnenkomt. Voor crisissen die optreden buiten kantooruren is de 24-uurs bereikbaarheid / beschikbaarheid geregeld. De crisismedewerker zorgt ervoor dat de bedreiging wordt afgewend en dat na 24 uur (in het weekend na 48 uur) indien nodig, een casemanager wordt toegewezen. Deze casemanager voert zelf geen hulp uit, maar zorgt er wel voor dat er hulp komt. Lukt dit echt niet, dan toch uiterlijk binnen 5 dagen. BJJ kijkt welke hulp het gezin nodig heeft en verwijst zodoende door naar een zorgaanbieder.

Methodisch kader. Het BJJ baseert zich puur op de risicotaxatie. Vervolgens nemen de zorgaanbieders het over en die hebben hun eigen methoden.

Interne afstemming. Alle gegevens worden ingevoerd in een registratiesysteem. Op het moment dat een crisismedewerker bij een nieuwe klant afgerond is en duidelijk is welke zorgaanbieder wordt toegewezen, worden de gegevens in het registratiesysteem opgeslagen. Dan wordt er een casemanager toegewezen en die maakt gebruik van de informatie die de crisismedewerker heeft genoteerd in het registratiesysteem of hij heeft een mondeling overleg met de crisismedewerker. De avond- en weekenddiensten werken ook met het registratiesysteem en 's ochtends vindt er een mondelinge overdracht plaats.

Formatie. Voor Noordoost-Brabant is dat 1,2 fte. Dit is verdeeld over meerdere medewerkers. De personen die de aanmeldingen doen, doen ook de crisisdiensten. Bij de Toegang in Breda is een team van 5 mensen die crisisinterventie doet. Deze medewerkers hebben daarnaast ook nog andere taken. Crisis in lopende zaken wordt zo mogelijk opgepakt door de betrokken medewerkers. Wanneer dit niet mogelijk is, kan het crisisteam bijspringen.

Capaciteit. Voor Noordoost-Brabant is dit 35 gezinnen op jaarbasis.

Verhouding tussen de capaciteit en de hulpbehoefte. Het BJJ kan zelf voldoende uit de voeten met de Toegang. Bij de Jeugdbescherming is sprake van andere verantwoordelijkheden, zeker in het geval van voogdij.

Bij VoVo's (Voorlopige Voogdij) en VOTS-en heeft de afdeling JB (Jeugdbescherming) van BJJ een acceptatieplicht. Dit legt regelmatig een enorme druk op de werkers.

Zorgaanbieders in de regio die ambulante spoedeisende hulp aanbieden. Stichting Oosterpoort, Tender en de Zuidwester.

Verhouding tussen de capaciteit van de zorgaanbieders en de vraag naar het aanbod. Voor ambulante crisishulp is regelmatig een lange wachtlijst. De residentiële opvang lijkt gemiddeld genomen voldoende. Wanneer mogelijk wordt ambulante crisishulp verkozen boven residentiële crisishulp. Soms is de capaciteit niet vol, maar wel bijvoorbeeld de jongensbedden, terwijl er nog wel meisjesbedden zijn.

Snelheid van verwijzing en start van de hulp. Crisis hulp wordt dezelfde dag ingezet en er zijn noodbedden beschikbaar.

Sterke punten. De zorgaanbieders verlenen de hulp. Wel wordt vanuit BJZ snel gereageerd, ingegrepen en zodoende de crisis bezworen. BJZ voert deze taak goed uit (inspectierapport 2005). De opnemende voorzieningen zoeken toenadering tot elkaar, zodat in de nabije toekomst er één centraal aanmeldpunt is.

Problemen. Problemen zijn er vooral in de samenwerking. De vraag is wie wat doet, hoe snel iedereen te bereiken is en wat de cliëntroute is. Er moeten samenwerkingsafspraken gemaakt worden en dat doen we provinciaal. Er is een capaciteitstekort voor jonge kinderen, vooral een tekort in verblijfplekken. Daardoor zijn er wachtlijsten. Pleeggezinnen zijn onvoldoende beschikbaar met name voor de wat oudere kinderen. Crisisplaatsen blijven regelmatig bezet, doordat kinderen niet doorgeplaatst kunnen worden naar andere opvang/behandel mogelijkheden.

— —

BJZ Limburg

Beschikking van BJZ over een vorm van ambulante spoedeisende hulp.

Binnen het BJZ is een werkgroep om de spoedeisende zorg met de zorgaanbieders opnieuw te gaan inrichten. Men gaat werken volgens 'Gelders model'.

Bijlage 3

Overzicht ambulante modules die zorgaanbieders in het kader van crisisinterventie inzetten

Families First (FF)

Indicatie:

Er is sprake van een dreigende uithuisplaatsing en een acute crisissituatie, in een gezin dat bestaat uit tenminste 1 ouder en een kind tussen de 0 en 18 jaar.

Contra-indicaties:

- Ouders of kind geven de voorkeur aan een uithuisplaatsing;
- De veiligheid van het kind is alleen te waarborgen door een uithuisplaatsing;
- De veiligheid is onvoldoende te waarborgen voor de gezinsleden of de gezinsmedewerker;
- Overheersende verslavingsproblematiek;
- Ernstige verstandelijke handicap bij de ouders en/of het kind en chronische crisissen.

Werkwijze:

Binnen 24 uur na de aanmelding heeft de gezinsmedewerker contact met het gezin. Het gezin kan de gezinsmedewerker altijd bellen, maar gemiddeld is een hulpverlener 8 tot 10 uur per week in het gezin. De hulpverlening vindt plaats in het gezin en is doelgericht en probleemoplossend. Het gaat om zeer intensieve hulp met 3 à 4 contacten per week. De hulp duurt in principe tussen de 28 en 31 dagen, maar kan eventueel verlengd worden met 1 of 2 weken. Over het algemeen wordt in de eerste 2 weken intensiever hulp geboden dan in de laatste 2 weken. Bij de hulp staan de wensen tot verandering van het gezin en het herstel van de veiligheid in het gezin centraal. De nadruk ligt dus op competentievergroting. Ook biedt de hulpverlener praktische en materiële hulp. Nazorg is mogelijk met gebruikmaking van de knippenkaart. Na 3 maanden en na 1 jaar vinden er follow-upgesprekken plaats.

Methodisch kader:

Het FF-team werkt vanuit de volgende kaders:

- Competentie-model: er wordt getracht een evenwicht te creëren tussen de taken waarvoor de cliënt wordt gesteld en de vaardigheden die hij heeft om deze te volbrengen;
- Empowerment-theorie: het versterken van de vaardigheden en krachten die in het bezit zijn van de cliënt;
- Cognitieve leertheorie: er wordt expliciet aandacht besteed aan de rol van gedachten en gevoelens van de cliënt;
- Sociale leertheorie: de gezinsmedewerker staat zelf model en stimuleert de cliënt om contact te zoeken met mensen die voor hem als voorbeeld kunnen dienen;
- Zelfbepalingstheorie: er wordt aandacht besteed aan de invloed die een persoon op zijn eigen gedrag uitoefent door zichzelf versterkers en afzwakkers te geven.
- Systeemtheorie: de hulpverlener kijkt samen met de cliënt welke systemen van invloed zijn op het (probleem)gedrag van de cliënt en de problemen die in het gezin spelen;
- Oplossingsgericht: de gezinshulpverlener legt niet zozeer de nadruk op de oorzaken van de problemen, maar kijkt vooral met de cliënt hoe de problemen opgelost kunnen worden.

Families First-LVG (FF-LVG)

Indicatie:

Er is sprake is van een crisis binnen het gezin van een jeugdige met een licht verstandelijke handicap, waarbij verwacht wordt dat bij het uitblijven van gespecialiseerde interventies de crisis zal escaleren en zal leiden tot directe uithuisplaatsing van het kind

Voor contra-indicaties zie hierboven bij Families First.

Werkwijze:

De FF-LVG-gezinswerkers werken volgens de FF-methodiek.

Methodisch kader:

Zie eveneens Families First.

Kortdurende Intensieve Orthopedagogische Gezins hulpverlening (KIOG-LVG)

Indicaties:

- De hulp richt zich op gezinnen, waarbij sprake is van een acute situatie of problematiek, waarbij 1 of meer kinderen in de leeftijd van 0 tot 21 jaar zijn, die zijn aangemeld of LVG-ouders, die een hulpvraag hebben op het gebied van opvoeding;
- De problematiek is zodanig dat op korte termijn zeer intensieve hulp nodig is;
- Er is sprake van complexe problematiek bij het gezin;
- Er zijn chronische problemen in het gezin;
Het gezin staat open voor hulp en heeft de wens tot verandering van de situatie;
- De hulp is gericht op het activeren van de gezinsleden.

Contra-indicaties:

- Er wordt de voorkeur gegeven aan een uithuisplaatsing;
- De problematiek is zo ernstig dat uithuisplaatsing noodzakelijk is;
- De veiligheid van de gezinsleden of van de gezinswerker kan niet gegarandeerd worden.

Werkwijze:

KIOG-LVG is gestart als experiment bij de afdeling Families First Utrecht en werd door FF-gezinsmedewerkers uitgevoerd naast de FF-hulpverlening. Inmiddels is de module overgedragen aan de afdeling OGB van Opbouwnet-OPL. OGB staat voor Orthopedagogische GezinsBegeleiding, gericht op LVG-cliënten. De hulp is opgebouwd uit 3 fases: kennismakingsfase, werkfase en afbouwfase. De hulp duurt maximaal 12 weken, waarbij de gezinsmedewerker 2 tot 3 keer per week op huisbezoek komt met een tijdinvestering tussen de 5 en 12 uur per week.

Methodisch kader:

De methodiek is gebaseerd op het competentiemodel, de systeemtheorie en de multi-probleem theorie.

Intensieve GezinsBegeleiding (IGB)

Indicatie:

- Hulpvraag met betrekking tot opvoeding/communicatie.

Contra-indicaties:

- Verslavingsproblematiek;

- (Ernstige) psychiatrie;
- Gebrek aan motivatie.

Methodiekb beschrijving:

Er is een methodiekb beschrijving van Ambulante GezinsBegeleiding (AGB) waar IGB onder valt. IGB is eigenlijk geen crisisvariant, maar wordt tegenwoordig toch ingezet bij (chronische) crisissituaties.

Werkwijze:

Voor IGB is een indicatie nodig van het BJZ, urgent of met spoed aangemeld. De duur en de intensiteit van de hulp zijn afhankelijk van de situatie. Gebruikelijk is 25 tot 30 contacturen verspreid over 10 tot 12 maanden. In een klein deel (schatting van 10 %) van de behandelingen gaat om relatief lichte(re) hulpvragen en kan volstaan met 12 tot 15 contacten in een half jaar.

Methodisch kader:

Er wordt gewerkt vanuit de systeem-theorie en de empowerment-benadering. Ook wordt er contextueel en vraaggericht gewerkt. Tenslotte wordt er naar gestreefd de hulp zoveel mogelijk te normaliseren. Dit houdt in dat de hulp zo gewoon als mogelijk en zo speciaal als nodig is. De hulp wordt zoveel mogelijk in de eigen omgeving geboden en er wordt gebruik gemaakt van het eigen netwerk.

Ambulant zonder dreigende uithuisplaatsing

Indicaties:

Deze vorm van hulp wordt ingezet als er sprake is van ernstige opvoedings-, gezags- en gedragsproblemen, als de veiligheid van het gezin in het geding is en als er nog geen acute uithuisplaatsing dreigt.

Werkwijze:

Binnen 24 uur start de hulpverlener (van het FF-team) in het gezin. De hulp duurt maximaal 4 weken, waarbij maximaal 3 bezoeken per week aan het gezin worden afgelegd. Tijdens de kennismaking tussen de hulpverlener en het gezin, worden de vragenlijsten afgenomen en de problemen geïnventariseerd, die opgelost moeten worden. Tijdens het tweede bezoek vinden analyse en doelformulering plaats aan de hand van de gesprekken en vragenlijsten. Het hulpverleningsplan met de geformuleerde doelen worden in het gezin met de casemanager besproken tijdens het derde bezoek. In de tweede week vindt er een tussenevaluatie plaats met de aanmelder in het gezin, toetsing van de doelen door middel van gesprekken en uitslagen van de vragenlijsten. In de vierde week worden de eindvragenlijsten ingevuld, vergeleken met de beginlijsten en de casemanager wordt uitgenodigd in het gezin om vorderingen te toetsen. De hulpverlener maakt gebruik van de CBCL en de NOSI. Na maximaal 4 weken wordt de eventuele vervolghulp besproken en het nazorgtraject wordt aangeboden, waarin het gezin 1 jaar na afsluiting van de hulp 5 maal een beroep kan doen via de teamleider van FF op de hulpverlening door middel van een knipkaart. De hulpverlener registreert in Care 4 en maakt een hulpverleningsplan en een eindverslag. Care 4 is een dataverwerkingssysteem, dat aan de hand van de ingevoerde gegevens informatie verschaft over deze gegevens.

Methodisch kader:

Er wordt gebruik gemaakt van de FF-methodiek, Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) en de oplossingsgerichte therapie.

Crisisinterventie in Gezinnen (CiG)

Indicaties:

- Er is sprake van een acute, ernstige crisis in het cliëntsysteem waar de betrokkenen zelf niet uitkomen;
- De veiligheid van het kind is in het geding (lichamelijke + geestelijke integriteit is in het geding);
- Er is sprake van extreme overvraging van ouder(s) en/of jeugdige(n) op dat moment;
- Er kunnen daarnaast problemen zijn met onder andere huisvesting, financiën, buurt en relatie;
- De cliënt(en) is/zijn vanuit de crisis zeer gemotiveerd om de hulp te aanvaarden.

Contra-indicaties:

- Er is sprake van ernstige verslaving van de ouder(s);
- Er is sprake van gebrek aan motivatie van de ouders of oudere kinderen om de CiG-hulp te accepteren;
- De veiligheid van het kind, 1 van de gezinsleden of de gezinshulpverlener is onvoldoende gewaarborgd;
- Het aangemelde kind heeft een dusdanige specifieke behandeling nodig dat de ouders die, ook met hulp, niet kunnen bieden;
- Ouders beheersen de Nederlandse taal niet of onvoldoende.

Methodiekb beschrijving:

Tijdens de uitvoering van de module kan gebruik gemaakt worden van diverse interventies:

- Afnemen en bespreken van de uitslag van diverse meetinstrumenten;
- Genogrammen met het gezin invullen en bespreken. Dit hulpmiddel wordt ingezet om de gezinsleden te helpen icht te krijgen op de aard van de relaties tussen de verschillende gezins- en familieleden;
- Gezinsanalyse en begeleiding aan de hand van de duplo-methode. De duplo-methode is een methode om inzicht te krijgen in systemen aan de hand van een soort playmobielpoppetjes;
- Gesprekken voeren;
- Advies geven;
- Het werken met de volgende technieken:
 - Storende en helpende gedachten. Door deze gedachten op papier te zetten, leert de cliënt hoe hij zichzelf kan helpen in moeilijke situaties;
 - Potlood- en papiertraining. Deze training kan met 1 gezinslid of met het hele gezin. Op een groot vel papier schrijft de gezinswerker wat volgens de gezinsleden een probleem is. Daarna worden mogelijke oplossingen genoteerd, voor- en nadelen afgewogen, een keuze gemaakt en vervolgens wordt de oplossing in de praktijk uitgeprobeerd;
 - Netwerkschema en netwerktraining. De hulpverlener kijkt met de cliënt welke personen uit zijn netwerk als hulpbronnen kunnen dienen en welke (professionele) personen aan het netwerk toegevoegd moeten worden.

Werkwijze:

De ambulante begeleider van het ambulante team acute zorg werkt met de jeugdige en zijn systeem (individueel). De ambulante begeleider is in de eerste week maximaal 5 maal 2 uur aanwezig in het gezin. De hulp duurt zo kort mogelijk en maximaal 4 weken. Zodra het kan wordt de zorg afgebouwd en neemt de intensiteit en de frequentie af. Een verlenging is niet mogelijk onder de noemer acute zorg. Soms wordt wel aansluitend andere hulp ingezet met een andere indicatie.

Methodisch kader:

Er wordt systeemgericht, competentiegericht en leertheoretisch gewerkt.

Ambulante crisisbegeleiding (ACB)

Indicaties:

Zie bij CiG.

- De jongere heeft een verblijfplaats, waardoor opname niet nodig is;
- De crisis heeft betrekking op de eigen ontwikkeling van de jongere en de oplossing van de crisis kan ook bij de jongere gezocht worden, hierdoor is het niet nodig om deze jongere uit zijn vertrouwde omgeving te halen en te besluiten tot een crisisopname.

Contra-indicaties:

- Problematisch verslavingsgedrag;
- De jongere is niet gemotiveerd voor de hulp.

Werkwijze:

Er wordt met een jongere (14 tot 18 jaar) gewerkt, maar contact met andere direct betrokkenen is niet uitgesloten. De ambulante begeleider van het ambulante team acute zorg is in de eerste week maximaal 4 keer 2 uur aanwezig op de verblijfslocatie van de jongere. Zodra het kan, neemt de intensiteit en de frequentie af van de zorg.

Methodisch kader:

Zie CiG.

Spoedhulp

Indicaties:

- Het gezin bestaat uit 1 of meerdere jeugdigen van 0 tot 18 jaar;
- Het gezin bestaat uit minimaal 1 biologische, stief- of adoptiefouder en 1 kind van 0-18 jaar;
- Voor 1 of meer gezinsleden heeft de situatie het karakter van een crisis;
- Voor 1 of meer gezinsleden heeft de situatie het karakter van een spoedeisende zaak;
- Tenminste 1 ouder moet bereid zijn om aan de hulp mee te werken en binnen 24 uur een spoedhulpwerker te ontvangen.

Werkwijze:

Er wordt altijd ambulante gestart. Mocht dit niet voldoende zijn, dan kan het kind alsnog in een KAO (Kleinschalige Acute Opvang) of in een pleeggezin geplaatst worden. De spoedhulpwerker blijft maximaal 4 weken in het gezin en gaat 2 of 3 keer met maximaal 8 contacturen per week naar het gezin. Aan het eind van week 3 wordt een advies geformuleerd voor eventuele vervolghulp.

Methodisch kader:

Er wordt vanuit verschillende invalshoeken gewerkt:

- Crisisinterventie;
 - Systeembenadering;
 - Netwerkbenedering;
 - Competentiemodel;
 - Eigen Kracht Conferentie.
-

Spoedzorg

Indicaties:

- BJJ kan de crisis niet binnen haar eigen middelen/taakstelling oplossen;
- Er is sprake van een onveilige situatie;
- Door spoedzorg in te zetten kan een (structurele) uithuisplaatsing voorkomen worden.

Contra- indicaties:

- Het kind/gezin ontvangt al hulp (dan is het een interne kwestie);
- Er is/ komt een indicatie (dan volgt het reguliere traject bij geïndiceerde zorg).

Verder gelden de algemene contra-indicaties: Er is sprake van LVG of psychiatrische problematiek (dan zijn die betreffende zorgaanbieders verantwoordelijk).

Werkwijze:

Spoedzorg wordt uitgevoerd door ambulante medewerkers. Dit zijn voormalige FF-, IAG-, of Crisisopvangmedewerkers. Er wordt ingezet op de aanwezige krachten van het gezin en het netwerk. De gezinsleden krijgen de gelegenheid met behulp van gesprekken en oefeningen te komen tot ordening, keuzes en communicatieverbetering. Indien nodig worden familie, vrienden, burens en overig (professioneel) netwerk nauw bij de hulpverlening betrokken. Een tijdelijk verblijf van één van de gezinsleden buitenshuis kan noodzakelijk blijken. Oplossingen zullen zoveel mogelijk binnen het eigen netwerk gezocht worden. In dit kader zal ook vanaf de start de mogelijkheid voor een eigen kracht conferentie of een familie- en netwerkberaad onderzocht worden. Samen met het gezin wordt uitgezocht wat er speelt en op welke terreinen. Er wordt gekeken naar wat er op korte termijn en wat er op lange termijn geregeld moet worden: wat het gezin zelf kan en waarbij van wie ondersteuning/hulp nodig is. Na de inventarisatie zal er een plan van aanpak worden vastgesteld.

De inzet van Spoedzorg leidt tot:

- a. stabilisatie en het gezin kan zelf of met ondersteuning van het eigen netwerk verder.
- b. stabilisatie en het gezin heeft vervolghulp nodig.
- c. advies over de vervolghulp.

Aangaande de veiligheid van de kinderen:

Bij een aanmelding van een gezin waarbij reeds bekend is dat er sprake is van lichamelijke mishandeling en/of seksueel misbruik, wordt meteen met alle betrokkenen een plan gemaakt waarin de voorwaarden voor de veiligheid van de betrokken kinderen vanaf dat moment gewaarborgd zijn. Dit kan betekenen dat een dader het gezin moet verlaten of dat een slachtoffer tijdelijk elders ondergebracht gaat worden. Indien de spoedzorgwerker tijdens de hulp het vermoeden krijgt van mishandeling, probeert hij dit zo snel mogelijk in het gezin bespreekbaar te maken. Blijven er ernstige vermoedens bestaan, dan zal de spoedzorgwerker dit met het gezin en het BJJ bespreken.

Methodisch kader

De spoedzorgwerker gebruikt een aantal technieken uit Families First, Vertrektraining, Instap-methode, IOG en oplossingsgericht werken. Spoedzorgmedewerkers hebben een rugzak vol met middelen, met technieken uit Families First, Vertrektraining, Instap-methode, IOG en oplossingsgericht werken.

Vraagverheldering

Indicaties:

'Vraagverheldering' wordt ingezet als er grote zorgen zijn, veel signalen rondom het gezin zijn en onduidelijk is wat er aan de hand is.

Methodiekbeschrijving:

Er wordt gebruik gemaakt van de FF-methodiek. Zie onder de Methodiekbeschrijving van Families First

Werkwijze:

De hulpverleners van het FF-team voeren de hulp uit. De gezinshulpverlener start binnen 48 uur en gaat in 1 week maximaal 3 keer naar het gezin. In 3 gesprekken (binnen 1 week) zoekt de hulpverlener met de gezinsleden uit wat er aan de hand is en welke hulp er geboden moet worden. Tijdens het eerste bezoek aan het gezin worden 2 onderzoekslijsten afgenomen ter analyse, die gebruikt worden voor de vraagverheldering. Dit zijn de CBCL (Child Behaviour Checklist) en de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke StressIndex) en indien nodig de competentie-analyse, de dagelijkse routinelijst, fitcirkels en de checklist risico- en beschermende factoren. Het Dagelijkse Routine Interview is een semi-gestructureerd interview ter ondersteuning van een gesprek met de ouder(s) om concrete informatie te krijgen over de dagelijkse gang van zaken in een gezin. De fitcirkel is een nieuw hulpmiddel om doelen voor verandering op te stellen. Bij een fitcirkel wordt het probleem in het midden geplaatst en daar omheen worden de fitfactoren geschreven, die van invloed zijn op het probleem. Aan de hand van de factoren die het meest van invloed op het probleem zijn, kunnen werkdoelen met het gezin worden opgesteld. Door de checklist risico- en beschermende factoren in te vullen, wordt duidelijk waar de krachten van het gezin liggen en waar het gezin hulp behoeft. Tijdens het tweede bezoek bespreekt de gezinshulpverlener de vragenlijsten met het gezin en formuleert de vraag. Tijdens het derde gesprek wordt in aanwezigheid van de aanmelder in het gezin duidelijk of en wat voor hulp het gezin nodig heeft.

Na elk bezoek rapporteert de hulpverlener aan de aanmelder en de casemanager, totdat binnen 3 bezoeken duidelijk wordt wat de beste vorm van hulp voor het gezin is. De casemanager is aanwezig voor de evaluatie en de aanvraag van de vervolghulp. Bij de keuze van crisishulp wordt het zorgcontract opgemaakt. Dit wordt door de casemanager teruggekoppeld aan het crisiscoördinatiepunt. De hulpverlener registreert in Care 4 en maakt een verslag over maximaal 3 bezoeken door middel van een zorgcontract, dat tijdens de evaluatie in het gezin besproken en ondertekend wordt door alle betrokkenen.

Methodisch kader:

Zie bij Ambulant zonder dreigende uithuisplaatsing.

Hulp op maat

Indicatie:

Hulp op maat is niet voor crisissen, maar er wordt nu wel geëxperimenteerd met het inzetten van Hulp op maat bij spoedeisende zaken.

Werkwijze:

De aanvragen komen binnen via een zogenaamd tafeloverleg, via andere afdelingen binnen de zorgaanbieder en via casemanagers. Bij een tafeloverleg wordt de indicatie en de gevraagde hulp met de casemanager besproken. Bij een geaccepteerde vraag voor Hulp op maat wordt een hulpverlener gezocht die met een duidelijk omschreven vraag ingezet wordt voor een aantal vooraf vastgestelde uren in het gezin op afgesproken tijden. Deze hulpverlener werkt veelal overdag en heeft geen bereikbaarheid buiten kantooruren.

Methodisch kader:

De Hulp op maat-medewerker wordt gezocht bij de vraag, dus dit zijn diverse personen die verschillende methodieken gebruiken. Hulp op maat wordt ook ingezet bij de meer spoedeisende (maar geen Families First) zaken en dan worden mensen van het FF-team ingezet.

Bijlage 4

Overzicht antwoorden uit vragenlijst zorgaanbieders over ambulante spoedeisende hulp

Amstelduin, IJmuiden

Beschikbare module(s). Momenteel wordt FF-LVG ingezet bij acute crisissen en bij dreigende uithuisplaatsingen. Er zijn voornemens om een module spoedeisende ambulante hulp in te zetten.

Toeleiding. Aanmeldingen voor FF-LVG worden via het CIZ (Centrale Indicatieorgaan Zorg) rechtstreeks aangebracht bij de teamleider van FF. Na screening en acceptatie van de case dient de verwijzer binnen twee weken te zorgen voor een indicatie van het CIZ.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3.

Werkwijze. De FF-gezinswerkers werken volgens de FF-methodiek. Deze methodiek duurt 4 weken en de gezinswerkers werken 10 uur per week met het gezin.

Methodisch kader. Er wordt gebruik gemaakt van de FF-methodiek. Voor de ontwikkeling van een module spoedeisende hulp wordt gedacht aan IAG, FF en KOT.

Formatie. Voor FF is er ongeveer 3 fte beschikbaar.

Vervolg hulp. Dit hangt af van wat er nodig is. Na FF wordt vaak IAG ingezet.

Problemen. Families First: het CTG tarief voor de gecertificeerde methodiek is ontoereikend.

Overige opmerkingen. Amstelduin is een module ambulante spoedhulp aan het ontwikkelen, zodoende zijn een aantal vragen niet ingevuld.

Base Groep, Groningen

Beschikbare module(s). De crisisopvanggroep en de crisispleegzorg van de Base Groep gebruiken de modules Families First, Hulp op maat en het project Terug naar huis.

Toeleiding. Bij Families First is veelal sprake van een rechtstreekse aanmelding vanuit Bureau Jeugdzorg (voordeurteam of casemanager), maar ook via de Accare (kinder en jeugdpsychiatrie), GGZ, MEE en de William Schrikkerstichting. Hulp op maat/flexbudget is er voor zaken die wel onder jeugdzorg vallen, maar waar op dat moment geen passend aanbod voor is. De aanvragen komen binnen via een zogenaamd tafeloverleg, via unithoofden van andere afdelingen binnen de Base Groep en via casemanagers. Bij een geaccepteerde vraag wordt een hulpverlener gezocht. Het project Terug naar huis wordt meteen geïndiceerd bij een opname in de crisisgroep/crisispleeggezin.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. De Base Groep werkt competentiegericht. Families First werkt volledig vanuit deze (bekende) methodiek. De medewerkers van het project Terug naar huis zijn ook opgeleid in de Families First methodiek en gebruiken met name vaardigheden hieruit. De Hulp op Maat medewerker wordt gezocht bij de vraag, dus dit zijn diverse personen. Sinds kort werken er twee mensen met de FF opleiding voor de meer spoedeisende (maar geen Families First) zaken. Dit is experimenteel aangehaakt bij het FF team.

Methodiek- of modulebeschrijving. De methodiek van Families First is vastgelegd in een landelijke moduleomschrijving en landelijke kwaliteitstoets. De methodiek wordt volledig gehanteerd, zoals hij is vastgelegd.

De moduleomschrijving van Hulp op maat is gebaseerd op afspraken met BJJ en de provincie aan de hand van gereserveerd budget. Bepaald is dat dit budget wordt ingezet voor jeugdigen waar geen specifiek aanbod voor is.

Het project Terug naar huis werkt vanuit een projectplan geschreven door E. van Schot.

Formatie. Families First: 7.1 fte plus teamleider 0.9 fte. Hulp op maat voor spoedeisende zaken: 0.3 fte. Deze formatie vanuit Hulp op maat wordt ingezet door een Families First opgeleide medewerker, die momenteel niet bij Families First werkzaam is. Deze medewerker is aan het experimenteren met het inzetten van Hulp op maat bij spoedeisende zaken. Over de formatie bij het project Terug naar Huis is niets bekend.

Vervolghulp. De vervolghulp is wisselend en zeer breed. De vervolghulp kan plaatsvinden binnen de jeugdhulpverlening, binnen de volwassen zorg en ook kan het gezin op een lange wachtlijst komen. Families First biedt altijd de knipkaart aan. Dit houdt in dat een gezin nog 5 keer een beroep kan doen op de gezinshulpverlener gedurende een half jaar na afsluiting. Hulp op maat en Terug naar huis kennen geen knipkaarten.

Aansluiting vervolghulp. De aansluiting verloopt vaak moeizaam, omdat er lange wachtlijsten zijn. Families First heeft op jaarbasis recht op 8 voorrangspotjes bij de module Intensieve Orthopedagogische Gezinshulpverlening (IOG), waarbij de hulp meteen aansluit. Hulp op maat en Terug naar huis kennen geen voorrangspotjes.

Sterke punten. De resultaten van Families First zijn goed en de interne resultaten van het project Terug naar Huis ook.

Problemen. Het is lastig om hulp te bieden bij heftige escalaties in gezinnen waarbij een kind betrokken is, situaties waarbij niet direct zicht op de problematiek is en bij terugplaatsingen van kinderen.

Cardea, Leiden

Beschikbare module(s). Cardea biedt geen specifieke hulp na kindermishandeling. In crisissituaties wordt Families First (FF) en Intensieve GezinsBegeleiding (IGB) verleend. IGB is eigenlijk geen crisis-variant, maar wordt tegenwoordig toch ingezet bij (chronische) crisissituaties.

Toeleiding. FF: aanmelding door BJZ / WSG (William Schrikker Groep) / Leger des Heils / Curium (Jeugdpsychiatrisch centrum) / Rivierduinen (Jeugd ggz-instelling) / MEE (voormalige SPD) met aanmeldings-formulier. IGB: op indicatie van BJZ, urgent of met spoed aangemeld.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. FF: evidence-based programma. FF werkt vanuit het competentie-model en is gericht op het versterken van de krachten in het gezin.
IGB: systeemtheorie, contextueel en vraaggericht werken. Ook empowerment en normalisatie van de hulp. Normalisatie van de hulp houdt in dat de hulp zo gewoon als mogelijk en zo speciaal als nodig is. De hulp wordt zoveel mogelijk in de eigen omgeving geboden en er wordt gebruik gemaakt van het eigen netwerk.

Methodiek- of modulebeschrijving. Er is een methodiekbeschrijving van Families First en van Ambulante gezinsbegeleiding (enkelvoudig traject).

Formatie. FF: 4 fte. IGB: ± 15 fte wordt ingezet bij crisissituaties.

Vervolg hulp. FF wordt vaak gevolgd door IGB.

Aansluiting vervolghulp. IGB wordt binnen enkele weken gestart na einde FF.

Sterke punten. Snelle beschikbaarheid; Intensiteit van de inzet; Goed gebruik maken van de crisis.

Problemen. Veel crisissituaties vallen net buiten de grenzen van Families First. Dit komt doordat de doelgroep van FF maakt dat lang niet alle aanmeldingen ook deze hulp kunnen krijgen. Veel gezinnen verkeren in een chronisch crisisachtige situatie, waarbij de gezinsleden lang niet altijd een acute crisis ervaren. Dan is 4 weken intensieve hulp niet het antwoord. Ook moet bij FF een dreigende uithuisplaatsing van minstens 1 van de kinderen zijn: dat is lang niet altijd aan de orde. Hiermee vallen deze gezinnen af voor FF.

's Heeren Loo Kwadrant, regio Arkemeyde

Beschikbare module(s). Momenteel wordt er geen spoedhulp aangeboden.

De Jutters, Zuid-Holland

Beschikbare module(s). Er zijn nog geen vast omschreven modules beschikbaar. Op dit moment is De Jutters midden in een ontwikkeling ten aanzien van een crisisdienst samen met het BJZ. Nu werken we met bureaudiensten tijdens kantooruren om onder andere crisissen op te vangen.

Toeleiding. Dit kan gaan via het BJZ, de huisarts en ziekenhuizen.

Indicaties- en contra-indicaties. *Indicaties:* GGZ-problematiek ; Vrijwillig kader.
Contra-indicaties: De oplossing van het probleem lijkt niet haalbaar in een vrijwillig kader.

Werkwijze. Bureaudienst stuurt aan en de verdere hulp is afhankelijk van wat er aan de hand is. Dat wordt in multi-disciplinair teamverband afgesproken.

Methodisch kader. Er wordt multi-methodisch gewerkt.

Methodiek- of modulebeschrijving. Deze zijn nog niet aanwezig.

Formatie. Er is geen specifiek gelabelde formatie.

Vervolg hulp. Afhangelijk van de casus, dus van wat nodig is. De vervolghulp is heel divers.

Aansluiting vervolghulp. Is afhankelijk van wat er aan de hand is en wat de situatie is (leeftijd van het kind etcetera).

Sterke punten. Vraaggericht aanbod en zorg-op-maat.

Problemen. Wachtlijstproblemen intern en extern (bij partners in de zorg)

Driever's Dale, Winschoten

Beschikbare module(s). Vanaf 1 juni 2006 biedt Driever's Dale de module Ambulante crisishulpverlening.

Toeleiding. De cliënt of een vertegenwoordiger kan direct contact opnemen met het hoofd of de behandelcoördinator van de module. Vervolgens zoekt het hoofd contact met het zorgkantoor in Groningen met de vraag of de hulp ingezet kan worden. Bij acceptatie van ambulante crisisbehandeling wordt op dat moment telefonisch een indicatieformulier opgesteld met de casemanager. Na aanmelding neemt de gezinsbehandelaar binnen 24 uur contact op met het gezin. Binnen twee weken na aanvang dient de casemanager zorg te dragen voor een crisisindicatie voor activerende begeleiding.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. Er wordt competentiegericht gewerkt.

Formatie. Het team dat Ambulante crisishulpverlening en IOG uitvoert, bestaat uit 6,56 fte.

Vervolghulp. Het doel van de hulp is uiteraard om tot realisatie van de doelen te komen, zodat een gezin weer zelfstandig in staat is de opvoeding ter hand te nemen. Hierbij kan het gezin eventueel ondersteund worden vanuit bijvoorbeeld MEE. Wanneer vervolghulp nodig is, dan zal dat naar verwachting Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling zijn.

Aansluiting vervolghulp. Zowel Ambulante crisishulpverlening als IOG wordt door één team hulpverleners uitgevoerd. Hierdoor zal de cliënt dezelfde hulpverlener houden en kan de hulpverlening direct voortgezet worden.

Sterke punten. Deze module kan deel uitmaken van een traject aan gezinsbehandeling, van kortdurend en intensief tot langdurend en minder frequent. Er zijn allerlei combinaties van modules na elkaar mogelijk. De cliënt kan bijvoorbeeld eerst van crisishulpverlening gebruik maken en vervolgens IOG krijgen van dezelfde hulpverlener.

Ook de lijntjes met de residentiële crisisgroep zijn kort: een kind kan bijvoorbeeld eerst worden geplaatst in de crisisgroep en na een aantal dagen met de ambulante crisisvariant weer terug naar huis gaan. Ook andersom kan: wanneer er reeds ambulante crisishulpverlening ingezet is, maar blijkt dat een korte time-out van het kind in de crisisgroep noodzakelijk is, dan kan dit worden gerealiseerd.

Problemen. Niet van toepassing. Er wordt gestart met de module per 1 juni 2006.

Flexus, Rotterdam

Beschikbare module(s). Flexus verzorgt ambulante intensieve hulpverlening en crisisopvang, maar heeft niet als zodanig een zelfstandig en herkenbaar aanbod van ambulante spoedhulp. Dit is de reden dat de vragenlijst niet verder ingevuld is.

Jeugdhulp Friesland, Leeuwarden

Beschikbare module(s). Families First.

Toeleiding. Dit gaat via BJZ en de aanmelding wordt direct bij de teamleider van Families First gedaan. Dus via BJZ wordt direct aangemeld bij de teamleider van Families First. Informatie over de module is verspreid bij huisartsen, GGD's en dergelijke.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. Families First

Formatie. 6.08 fte, verdeeld over het team van Families First = acht mensen.

Vervolg hulp. Intensieve ambulante gezinsbehandeling, gezinsbegeleiding en opvoedcursussen.

Aansluiting vervolg hulp. Er vindt een inhoudelijke overdracht plaats tussen gezinswerker FF en IAG met het gezin als er overgegaan wordt tot intensieve ambulante gezinsbehandeling en gezinsbegeleiding. Meestal sluit IAG niet goed op FF aan, omdat er een wachtlijst is voor IAG.

Sterke punten. Empowerment; In het hier en nu; Systematisch; Intensief; Snel.

Problemen. Er is te weinig capaciteit voor de groep spoedeisende hulp, waarvoor Families First geschikt is. Dat zijn gezinnen, waarbij sprake is een crisis en een dreigende uithuisplaatsing. Ook zijn er verder geen mogelijkheden voor deze gezinnen. Dus als een gezin op een andere manier spoedeisende hulp nodig heeft, dan is er verder geen aanbod binnen Jeugdhulp Friesland. Ook is er sprake van kwetsbaarheid in geval van ziekte. Er is geen gemakkelijke ziektevervangende te regelen. De gezinswerkers moeten een FF-cursus hebben gedaan en die zijn er niet in overvloed. Ook is er een wachtlijst voor IAG, waardoor IAG niet altijd direct aansluit op FF.

Jeugdzorg, Drenthe

Beschikbare module(s). Vanuit het FF-team wordt het ambulante team vormgegeven, die de spoedhulp uitvoert. De mensen die in het FF-team werken, bemensen ook de andere modules. Via het crisiscoördinatiepunt (ccp) komt een vraag voor crisishulp, daar wordt overlegd en beoordeeld of het om Families First gaat, om 'Vraagverheldering' of om 'Terug naar huis' vanuit het crisiscentrum of 'Ambulant zonder dreigende uithuisplaatsing'. Als er plek is bij Families First (dus mensen vrij) wordt één van die medewerkers gebeld met de opdracht om hulp te gaan verlenen. Dus 8 mensen verlenen deze 4 modules.

Toeleiding. De toeleiding voor alle crisishulp binnen Jeugdzorg Drenthe verloopt vanuit het BJZ of GGZ (de casemanagers) naar het ccp. Daar wordt overlegd tussen de casemanager(s) en de crisiscoördinator(en) welke hulp op welke termijn wordt ingezet. De crisiscoördinator communiceert dit met de teamleider van het FF-team, die het communiceert met de hulpverlener. Het crisiscoördinatiepunt draagt zorg voor de benodigde info voor de hulpverlener die naar de crisis gaat. 'Vraagverheldering': de aanmelding geschiedt door de casemanager via het crisiscoördinatiepunt waarin het eindgesprek en/of de evaluatiedatum al is afgesproken. De gezinshulpverlener bezoekt het gezin na aanmelding binnen 48 uur voor de eerste maal.

'Crisis zonder dreigende uithuisplaatsing': de aanmelding geschiedt door de casemanager via het crisiscoördinatiepunt die het zorgcontract verzorgt, waarna de hulpverlener binnen 24 uur het gezin voor het eerste maal bezoekt.

'Terug naar huis': de medewerker van het crisiscentrum bespreekt met de ouders, jongere en de casemanager het doel van de plaatsing en het perspectief in het intakegesprek en het vervolggesprek. De casemanager vraagt vervolgens via het crisiscoördinatiepunt het ambulante team aan voor terug naar huis begeleiding.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. De methodiek van het ambulante team is de FF-methodiek, aangevuld met de oplossingsgerichte therapie.

Bij 'Vraagverheldering', 'Crisis zonder dreigende uithuisplaatsing' en 'Terug naar huis' maakt de hulpverlener gebruik van de FF-methodiek, IAG en de oplossingsgerichte therapie.

Methodiek- of modulebeschrijving. De methodiekbeschrijving van Families First. De modules, zoals die in Drenthe worden ingezet, worden op dit moment beschreven.

Formatie. 7 personen (6 x 36 uur en 1 x 32 uur), met 1 teamleider en 1 gedragswetenschapper. Dit is inclusief Families First.

Vervolghulp. De vervolghulp wordt ingezet afhankelijk van het probleem en van de vraag. Na bijvoorbeeld het inzetten van 'Vraagverheldering' kan eruit komen dat Families First of ambulante hulp nodig is en dat kan dan starten. Voor andere hulp is er een wachtlijst. Is er vervolgens meer hulp nodig (bijvoorbeeld IOG of IPG), dan dient dit geïndiceerd te worden door de casemanager.

Aansluiting vervolghulp. De inhoudelijke aansluiting kan met een overdracht in aanwezigheid van de gezinsleden; aansluiting qua tijd is regelmatig een probleem.

Sterke punten. De snelheid waarmee hulp wordt ingezet en de methodiek die wordt gehanteerd.

Problemen. Op dit moment nog nergens. Er komen wellicht problemen wanneer Families First helemaal vol is en de hulpverleners geen ruimte meer hebben voor het verlenen van spoedhulp.

Lindenhout, Arnhem

Beschikbare module(s). Spoedzorg is de module. De spoedzorgwerker kan meerdere keren per week in het gezin aanwezig zijn en is overdag voor het gezin bereikbaar. De bereikbaarheid buiten kantooruren wordt afgedekt door een bereikbaarheidsdienst. Een spoedzorgwerker kan er in incidentele gevallen voor kiezen om zelf (preventief) in de avond of nacht bereikbaar te zijn. Er wordt uitgegaan van 12 uur (bruto) per cliëntstelsel per week. De Spoedzorg duurt zo kort mogelijk en maximaal vier weken.

Toeleiding. Gelderland is in drie regio's verdeeld en per regio zijn er twee zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitvoering van de Spoedzorg.

De zorgaanbieders zijn 7x 24 uren rechtstreeks bereikbaar voor een Spoedzorgaanmelding van BJJ. BJJ heeft een team spoedeisende zorg. Deze medewerkers doen de 1e crisisinterventie en besluiten of er spoedzorg van de zorgaanbieders nodig is.

BJJ neemt dan een besluit Spoedeisende Hulp en meldt het gezin telefonisch via een 0900-nummer rechtstreeks aan bij een teamleider van de betreffende zorgaanbieder. Deze teamleider zet binnen 24 uren een ambulante spoedzorgwerker in. Indien een tijdelijke uithuisplaatsing nodig is, beschikken de zorgaanbieders over bedden.

Indicaties- en contra-indicaties. *Indicaties:* BJZ kan de crisis niet binnen haar eigen middelen/taakstelling oplossen; Er is sprake van een onveilige situatie; Door spoedzorg in te zetten kan een (structurele) uithuisplaatsing voorkomen worden.

Contra-indicaties: Het kind/gezin ontvangt al hulp van Lindenhout of andere zorgaanbieder (dan is het een interne kwestie); Er is/ komt een indicatie (dan volgt het reguliere traject bij geïndiceerde zorg). Verder gelden de algemene contra-indicaties: Er is sprake van LVG of psychiatrische problematiek (dan zijn die betreffende zorgaanbieders verantwoordelijk).

Werkwijze. Bij Lindenhout wordt de spoedzorg uitgevoerd door ambulante medewerkers. Dit zijn voormalige FF-, IAG-, of Crisisopvangmedewerkers. Er wordt ingezet op de aanwezige krachten van het gezin en het netwerk. De gezinsleden krijgen de gelegenheid met behulp van gesprekken en oefeningen te komen tot ordening, keuzes en communicatieverbetering. Indien nodig worden familie, vrienden, burens en overig (professioneel) netwerk nauw bij de hulpverlening betrokken. Een tijdelijk verblijf van één van de gezinsleden buitenshuis kan noodzakelijk blijken. Oplossingen zullen zoveel mogelijk binnen het eigen netwerk gezocht worden. In dit kader zal ook vanaf de start de mogelijkheid voor een eigen kracht conferentie of een familie- en netwerkberaad onderzocht worden. Samen met het gezin wordt uitgezocht wat er speelt en op welke terreinen. Er wordt gekeken naar wat er op korte termijn en wat er op lange termijn geregeld moet worden: wat het gezin zelf kan en waarbij van wie ondersteuning/hulp nodig is. Na de inventarisatie zal er een plan van aanpak worden vastgesteld.

De inzet van Spoedzorg leidt tot:

- a. stabilisatie en het gezin kan zelf of met ondersteuning van het eigen netwerk verder.
- b. stabilisatie en het gezin heeft vervolghulp nodig.
- c. advies over de vervolghulp.

Aangaande de veiligheid van de kinderen:

Bij een aanmelding van een gezin waarbij reeds bekend is dat er sprake is van lichamelijke mishandeling en/of seksueel misbruik, wordt meteen met alle betrokkenen een plan gemaakt waarin de voorwaarden voor de veiligheid van de betrokken kinderen vanaf dat moment gewaarborgd zijn. Dit kan betekenen dat een dader het gezin moet verlaten of dat een slachtoffer tijdelijk elders ondergebracht gaat worden. Indien de spoedzorgwerker tijdens de hulp het vermoeden krijgt van mishandeling, probeert hij dit zo snel mogelijk in het gezin bespreekbaar te maken. Blijven er ernstige vermoedens bestaan, dan zal de spoedzorgwerker dit met het gezin en het BJZ bespreken.

Methodisch kader. De spoedzorgwerker gebruikt een aantal technieken uit Families First, Vertrektraining, Instap-methode, IOG en oplossingsgericht werken.

Methodiek- of modulebeschrijving. Op dit moment is er nog geen éénduidige methodiek. Er is vanuit Collegio wel een cursustraject geweest speciaal voor spoedzorgmedewerkers van BJZ en zorgaanbieders van Gelderland. Hierin komen aan de orde: gemeenschappelijke visie en uitgangspunten, gemeenschappelijke taal en aanpak en vanuit dit concept toe te passen vaardigheden. Op dit moment hebben de spoedzorgmedewerkers van Lindenhout een rugzak vol met middelen, met technieken uit Families First, Vertrektraining, Instap-methode, IOG en oplossingsgericht werken. Lindenhout heeft wel een concept modulebeschrijving. Er is ook een provinciale modulebeschrijving in concept gereed, die grotendeels overeenkomt met de Lindenhout module.

Formatie. Lindenhout: 20 uur projectleider/teamleider, 4 fte ambulante werkers.

Vervolghulp. Spoedzorg is erop gericht dat het gezin zelf verder kan of met ondersteuning van het eigen netwerk. Indien dit niet mogelijk is, zal de vervolghulp afhankelijk van het advies door voorliggende voorzieningen kunnen worden uitgevoerd of geïndiceerde zorg betreffen, bijv. Intensieve Ambulante Hulp, Leef-behandelgroep, Kamertraining etc.

Aansluiting vervolghulp. Bij geïndiceerde zorg is Lindenhout of een andere zorgaanbieder verantwoordelijk voor de uitvoering in aansluiting op de Spoedzorg. In praktijk levert dit wel knelpunten op in verband met beschikbare capaciteit en wachtlijsten. Bij Lindenhout wordt de verantwoordelijkheid voor de vervolgzorg overgenomen door de betreffende teamleider. De teamleider en medewerker van de spoedzorg zorgen voor de overdracht.

Sterke punten. Snelheid; Directiviteit; Verantwoordelijkheid; Beschikbaarheid; Het voorkomen van (langdurige) uithuisplaatsingen.

Problemen. *In de toeleiding:* Spoedzorg dreigt soms een snelle toegang tot geïndiceerde zorg te worden. Bij aanvang blijkt bijvoorbeeld dat al duidelijk is, dat er langdurig verblijf noodzakelijk is. Ambulante inzet is dan niet meer nodig, terwijl dat juist de kracht van Spoedzorg is.

In het vervolg: Wanneer Spoedzorg nodig is, dan dient dit zo kort mogelijk en maximaal 4 weken te zijn. In praktijk is voortzetting van de hulp vaak aan de orde. Er wordt te gemakkelijk vanuit gegaan dat de zorgaanbieder dit regelt. De overgang naar een geïndiceerd traject vraagt om goede afstemming wat betreft de tijd (4 weken) en beschikbare middelen/capaciteit van de zorgaanbieder. Steeds zullen de eigen mogelijkheden van het gezin centraal moeten blijven staan, bijvoorbeeld overbrugging in het eigen netwerk in plaats van bij de zorgaanbieder.

In de visie: Het BJJ en de zorgaanbieders hebben in Gelderland een gezamenlijke visie over wat Spoedzorg is, voor wie het is bedoeld en wanneer het wordt ingezet. Het BJJ en de zorgaanbieder hebben een gezamenlijke verantwoording voor de uitvoering vanaf het 1e contact van het BJJ met het gezin tot de afsluiting bij de zorgaanbieder. In de praktijk zijn hierover nog veel afstemmingsvragen.

Meerwijk, Utrecht

Beschikbare module(s). Families First en FF-LVG en de module KIOG-LVG (Kortdurende Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding).

Toeleiding. Families First gaat via het crisiscoördinatiepunt van BJJ. Aanmeldingen voor FF-LVG worden rechtstreeks bij de teamleider aangemeld. Aanmeldingen voor KIOG-LVG worden gedaan bij het zorgloket van Opbouwnet, locatie OPL, en vervolgens doorgesluisd naar de teamleider van KIOG-LVG. Opbouwnet is de nieuwe naam voor OPL. OPL vormt een samenwerkingsverband met een aantal andere instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Bij het zorgloket komen alle hulpvragen binnen.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. De methodiek is gebaseerd op het competentiemodel, de systeemtheorie en de multi-probleemtheorie.

Methodiek- of modulebeschrijving. Ja, de uitgangspunten en de methodiek is beschreven van KIOG.

Formatie. Voor het jaar 2006 is de formatie van KIOG-LVG gesteld op 0.3 fte per gezin. KIOG-LVG is niet vastgesteld op een aantal gezinsmedewerkers. Medewerkers van OGB voeren de module uit. Afhankelijk van het aantal aanvragen doet een medewerker er een KIOG-gezin bij. Daarbij wordt uitgegaan dat voor een KIOG-gezin 0,3 fte kan worden ingezet. Voor FF JHV en LVG gaat het om 6 fte (inclusief de teamleider).

Vervolg hulp. Hulp aan Huis, IOG en LIOG-LVG sluiten meestal op KIOG-LVG aan. LIOG-LVG is de langdurige laagfrequente variant van KIOG-LVG

Aansluiting vervolghulp. OGB kan hoogfrequent starten met maximaal 2 bezoeken per week. Later wordt het laag frequent met 1 keer per 2 weken.

Sterke punten. FF blijkt een prima hulpaanbod voor spoedeisende zorg te zijn. Bij KIOG-LVG sluit de tijdsduur en de mate van intensiviteit beter bij LVG-gezinnen aan. In de aanmeldingscriteria zit ruimte om gezinnen met chronische problematiek te helpen. Bij LVG-cliënten komt veel chronische problematiek voor. Het gaat hierbij niet altijd om een acuut dreigende uithuisplaatsing, dus vallen deze gezinnen buiten de aanmeldingscriteria van FF, maar kunnen wel met KIOG geholpen worden.

Problemen. Bij KIOG-LVG vraagt de logistieke planning de nodige aandacht. De logistieke planning geeft problemen, omdat werkers een caseload OGB hebben met 1 à 2 huisbezoeken per week. Om hiernaast een KIOG-gezin te draaien met intensievere contacten en een kortere looptijd vraagt meer flexibiliteit van de werker en zeker bij parttimers is dat lastig. Verder is de interpretatie van de crisis, m.a.w. de screeningscriteria, nog niet altijd helder. De vraag is wanneer FF-LVG en wanneer KIOG-LVG ingezet moet worden.

Parlan, Jeugdhulp Thuis, Heerhugowaard

Beschikbare module(s). Families First.

Toeleiding. De aanmelding gebeurt telefonisch door BJZ of andere beroepsbeoefenaar (thuiszorg, ziekenhuis, school etc.) Het aanmeldingsformulier van Families First wordt gebruikt als checklist om na te gaan of Families First geschikt is voor het gezin. Na de invoering van de nieuwe Wet Jeugdzorg dient er ook voor de acute crisisinterventie een indicatiebesluit van BJZ te zijn. Dit komt achteraf (in plaats van voorafgaand aan de hulpverlening).

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. Families First werkt met behulp van het competentiemodel op basis van de leertheorie. Ook de systeemtheorie vormt steeds vaker de basis voor het handelen in de crisisinterventie van Families First.

Methodiek- of modulebeschrijving. Families First kent een methodiekbeschrijving (NIZW, 2005). Parlan heeft dit zorgaanbod neergelegd in een modulebeschrijving (Modulenboek Parlan, 2004).

Formatie. Bij Families First werken 5 gezinsmedewerkers van ieder 32 uur (= 4,44 fte) en een werkbegeleider voor 10 uur (=0,28 fte). Daarnaast zijn een gedragswetenschapper, een leidinggevende en een afdelingssecreresse beschikbaar, die alle drie voor alle werkvormen van Jeugdhulp Thuis werken.

Vervolghulp. De vervolghulp kan van alles zijn, maar meestal is het Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG).

Aansluiting vervolghulp. Als de vervolghulp ook door Parlan geboden wordt (zoals bijvoorbeeld IAG), geldt een voorrangsregeling. De plaatsende instelling beschikt altijd over de hulpverleningsrapportage van Families First. Als er behoefte aan is, kan er met toestemming van de gezinsleden ook altijd een mondelinge overdracht plaatsvinden.

Sterke punten. Vraaggericht; Grote beschikbaarheid; Concrete werkwijze; Grote ervaring en deskundigheid van de gezinsmedewerkers en de werkbegeleider.

Problemen. De aansluiting van vraag en beschikbaar aanbod: vaak is er geen gezinsmedewerker beschikbaar als dit acuut nodig is. Omgekeerd komt het voor dat de vraag ontbreekt als er wel een gezinsmedewerker vrij is (dit laatste speelt met name in de zomerperiode).

Rubicon Jeugdzorg, Horn

Beschikbare module(s). Crisisinterventie in gezinnen (CiG, vergelijk: Families First) en ambulante crisisbegeleiding voor kinderen ouder dan 12 jaar (ACB-module).

Toeleiding. Aanmelding voor crisishulp is 24 uur per dag mogelijk via het centraal meldpunt crisishulp (één loket zorgaanbieder voor Noord- en Midden-Limburg). Alle vragen over acute zorg komen binnen bij het BJZ en het BJZ legt contact met de zorgaanbieder(s) over wie wat aanbiedt. In overleg met de aanmelder wordt bekeken welke vorm van acute zorg het beste aansluit bij de huidige situatie van het cliëntsysteem. De medewerker van het meldpunt neemt contact op met de medewerker van de acute zorg die aangewezen is. De acute zorg gaat van start, zodra er plaats is. Indien opname of het starten van het voortraject acute zorg noodzakelijk is, wordt dit binnen 24 uur geregeld. Wat betreft de ACB-module: de ambulant begeleider zal de eerste werkdag na de melding contact opnemen met de betreffende jongere.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. Systeemgericht, contextueel en leertheoretisch (competentiegericht werken).

Formatie. 92 uur per week = 2,55 fte en dat is verdeeld over drie personen.

Vervolg hulp. Er is een module CiG-nazorg voor eventuele vervolghulp. CiG-nazorg wordt ingezet als blijkt dat de crisis weer onder controle is, maar controle tijdelijk noodzakelijk is. CiG-nazorg moet altijd geïndiceerd worden door BJJ en de duur is maximaal 2 maanden en 1 keer per week.

Aansluiting vervolghulp. CiG-nazorg wordt door dezelfde hulpverlener verleend die ook CiG heeft verzorgd.

Sterke punten. Direct inzetbaar; Geen wachttijd; Flexibel inzetbaar; Specifieke deskundigheid medewerkers.

Problemen. Stuwvorming, omdat er ook besluiten acute zorg worden afgegeven, waar door zorgaanbieders vragen bij worden gesteld (voldoet deze casus nu aan de definitie van acute zorg?) Soms ontstaat de indruk dat zo geprobeerd wordt de wachtlijst te passeren. Deze hulp maakt soms dat er geen plaats is voor echte crisisgevallen.

Spirit, Amsterdam

Beschikbare module(s). De volgende programma's kunnen worden ingezet: Ambulante crisisinterventie (Spoedhulp); Ambulante crisisinterventie met verblijf in een KAO (kleinschalige acute opvang); Ambulante crisisinterventie met verblijf in een crisispleeggezin; Speciaal voor meisjes van 12 – 18 is er een crisisopvanggroep.

Toeleiding. Onze organisatie is werkzaam binnen het ROA-gebied. Dit gebied is ingedeeld in 8 regio's: 6 in Amsterdam en 2 in de buitengebieden. Voor de ambulante crisis hulp kan iedere werker van BJAA (hulpverlening en jeugdbescherming) uit de betrokken regio bellen/faxen met de afdelingsmanager van het spoedhulpteam. Na het telefonisch overleg wordt het formulier 'crisisaanpraak' door BJAA gefaxt en kan de hulp starten. De werker van BJAA kan echter ook besluiten om eerst het crisisteam van BJAA in te schakelen. Dit team kan dan de crisis bezweren en daarmee de zaak afsluiten of aansluitend aan hun traject (maximaal 2 x 24 uur) de zaak overdragen aan een spoedhulpwerker van Spirit uit de desbetreffende regio. Dezelfde route geldt voor medewerkers van AJL, William Schrikker Groep (WSG) en GGZ. Voor de ambulante crisisprogramma's met verblijf moet de medewerker BJAA (en AJL, WSG en GGZ) contact opnemen met het coördinatie crisisteam van BJAA (CCTJ). Het CCTJ checkt en toetst de vraag en belt/faxt dan met de afdelingsmanager van spoedhulp uit de betrokken regio.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Iedere regio heeft een spoedhulpteam, bestaande uit een afdelingsmanager, gedragsdeskundige en een aantal spoedhulpwerkers (formatie afhankelijk van grootte regio). Iedere regio heeft een KAO en aantal crisispleeggezinnen om desgewenst de verblijfsfunctie in te vullen. Er wordt altijd ambulant gestart. De crisisaanpraak is 4 weken geldig, de spoedhulpwerker kan 2 à 3 keer met maximaal 8 contacturen per week naar het gezin. Aan het eind van week 3 wordt een advies geformuleerd voor eventuele vervolghulp.

Methodisch kader. Er wordt vanuit verschillende invalshoeken gewerkt: Crisisinterventie; Systeembenadering; Netwerkbenedering; Competentiemodel; Draagkracht/draaglast; Eigen Kracht Conferentie.

Methodiek- of modulebeschrijving. Er is een uitgebreide beschrijving van de methode Spoedhulp. Deze is samen met het Adviesbureau van Montfoort ontwikkeld.

Formatie. De formatie is afhankelijk van de grootte van de regio. In totaal zijn er ongeveer 30 spoedhulpwerkers, 8 parttime afdelingsmanagers en 8 parttime gedragsdeskundigen.

Vervolghulp. Geen vervolghulp. De spoedhulpwerker rond dan uiterlijk eind week 6 de hulp af; Vervolghulp. Dit kan geïndiceerd zijn of uit een andere sector of uit voorliggende voorzieningen komen. De spoedhulpwerker zorgt voor 'warme overdracht' aan de vervolghulpverlener; Verlenging van 2 maanden. Dit gebeurt als de situatie om nog meer bestendinging vraagt en het gezin daarna zelfstandig verder kan of als er nog meer uitgezocht moet worden om een goed advies voor een vervolgsituatie te geven.

Aansluiting vervolghulp. Via 'warme overdracht' wordt inhoudelijk overgedragen. In tijd lukt het niet altijd om de vervolghulp goed op de ambulante spoedeisende hulp aan te laten sluiten, maar vervolghulp na spoedhulp krijgt soms voorrang. Soms kan ook dezelfde (spoedhulp)werker een ander ambulante programma uitvoeren.

Sterke punten. Regionaal georganiseerd en uitgevoerd: dicht bij de cliënt en ook bij verblijf kan de jeugdige naar zijn eigen school gaan en deelnemen aan eigen sociale activiteiten. Het professionele netwerk wordt in de regio opgebouwd en daar wordt mee gewerkt; Kort en intensief; Er wordt gewerkt met een uitgebreid beschreven methode, die ontwikkeld is via de bouwstenenmethode, en dus een groot draagvlak heeft van alle werkers; Het aanvullende verblijf KAO is klein en benadrukt het gewone gezinsleven = normaliserend; Er wordt gewerkt volgens een door alle medewerkers gedragen missie en visie.

Problemen. Er is bij de start van spoedhulp soms onvoldoende capaciteit en bij het einde geen direct aansluitende vervolghulp.

St. Jeugdformaat, Rijswijk

Beschikbare module(s). Er wordt ambulante crisishulp of enkelvoudige ambulante hulp ingezet. Sinds vorig jaar zijn er ambulante teams, waarin iedere hulpverlener iedere binnenkomende zaak op moet kunnen pakken.

Toeleiding. Het BJZ meldt een cliënt aan bij een leidinggevende, werkzaam bij St. Jeugdformaat, met in ieder geval stambladgegevens en het liefst ook met de onderbouwing van de vraag op schrift. Als de leidinggevende de zaak accepteert, wordt er een hulpverlener toegewezen.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. De ambulante hulpverlener komt gedurende 4 weken ongeveer 10 keer bij het gezin thuis.

Methodisch kader. De inzet is generalistisch en de werkwijze is eclecticisch. Dit houdt in dat alle gezinshulpverleners alle binnenkomende zaken op kunnen pakken en hierbij gebruik maken van passende methodische middelen. Voor de één is dat video, voor de ander werken met gedragskaarten etcetera. In een crisis wordt gefocust op gedragsverandering en de balans tussen de draaglast en de draagkracht.

Methodiek- of modulebeschrijving. Deze wordt op dit moment ontwikkeld.

Formatie. Het totaal aan ambulante medewerkers is 80 fte.

Vervolg hulp. Na de crisishulp kan enkelvoudige ambulante hulp worden ingezet of ambulant gecombineerd met een voorziening. Ook kan de hulp worden afgesloten, omdat er niet meer gesproken kan worden van een crisis of dat hulp elders beter past bij de cliënt.

Aansluiting vervolghulp. Er wordt direct aangesloten op de ambulante hulp door dezelfde ambulante hulpverlener.

Sterke punten. De ambulante spoedhulp wordt direct ingezet en crisishulp en vervolghulp wordt door dezelfde ambulante hulpverlener geboden.

Problemen. Het BJZ en de St. Jeugdformaat hanteren niet altijd dezelfde definitie van een crisis.

Stek Jeugdhulp Thuis, Rotterdam

Beschikbare module(s). Families First.

Toeleiding. Via een telefonische aanmelding door een gedragsdeskundige en vervolgens een toewijzing aan een beschikbare gezinsmedewerker. De hulp start binnen 24 uur na aanmelding. De gedragsdeskundige van Jeugdhulp Thuis toetst de aanmelding aan de indicatiecriteria van Families First en besluit zelf tot aanneming.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Het Families First team bestaat uit 7 full-time gezinsmedewerkers. Case load: 2 gezinnen per 5 weken. De hulpverlening vindt bij het gezin plaats en duurt 4 weken per gezin.

Methodisch kader. Competentiemodel; Empowerment; Leertheorie; Zelfbepalingstheorie; Model-leren; Oplossingsgericht.

Formatie. 8 fte. Daarvan wordt 6 fte gebruikt voor Families First voor reguliere gezinnen en 2 fte voor Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. In totaal bestaat het Families First team uit 7 fulltime gezinsmedewerkers.

Vervolg hulp. Intensieve Gezinsbehandeling; Riagg; Boddaert; MKD.

Aansluiting vervolghulp. De gezinnen die op de wachtlijst staan krijgen waar mogelijk voorrang. Er is echter een wachtlijst van 4 maanden.

Sterke punten. Hulp direct beschikbaar; Bereikbaarheid van 24 uur; Flexibele gezinsmedewerkers; Gedragmatig werken.

Problemen. Er zijn voornamelijk problemen wat betreft de aansluitende vervolghulp. Er is een te grote vraag en een te klein aanbod. Voor een klein deel van de aanmelding kan de vervolghulp opgestart worden. Voor het andere deel niet, hetgeen soms resulteert in een uithuisplaatsing.

Tender, Breda

Beschikbare module(s). Tender zet Ambulante Spoedhulp en Families First in.

Toeleiding. Het BJJ meldt telefonisch aan, waarna een afspraak wordt gemaakt voor het eerste gesprek (binnen 24-48 uur).

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. De hulp wordt uitgevoerd door medewerkers met een HBO MWD/SPH/Pedagogiek opleiding, aangevuld met de training Families First.

Methodisch kader. Er wordt gewerkt met de oplossingsgerichte psychotherapie. Er wordt gebruik gemaakt van technieken als wondervraag, genogram, ecogram, sociogram.

Methodiek- of modulebeschrijving. De methodiek van FF is vastgelegd in een landelijke moduleomschrijving en landelijke kwaliteitstoets. De methodiek van Ambulante Spoedhulp staat beschreven in 'Methodiek ambulante spoedhulp'. Deze methodiekbeschrijving is gemaakt door M.Loeffen van Collegio in april 2005.

Formatie. Families First: 3 fte; Ambulante Spoedhulp: 2 fte; Teamleider: 0,5 fte; Zorgcoördinatie: 0,3 fte

Vervolghulp. Crisisbed (soms kortdurend naast ambulante spoedhulp); Intensieve ambulante gezinshulpverlening; Mkd/Boddaert/Therapie/Coaching. Therapie en Coaching zijn vormen van individuele hulp aan kinderen/jongeren. In een aantal gevallen ook verwijzing naar psychiatrie (individueel of gezinsopname). In de regel is naadloze aansluiting op deze hulpvormen niet mogelijk, vaak zit er een wachttijd tussen.

Aansluiting vervolghulp. Er wordt overlegd met de cliënt, de hulpverlener Spoedhulp en de casemanager van het BJJ. Er moet een indicatiestelling voor vervolghulp gegeven worden door het BJJ. Als er een wachtlijst is voor vervolghulp, dan wordt er overbruggingshulp (minder intensieve hulp) ingezet.

Sterke punten. Families First is evidence based en een gecertificeerde methode. Ambulante Spoedhulp sluit goed aan bij vraag naar minder intensieve hulp in het gezin. Niet alle gezinnen willen een hulpverlener enkele hele dagen per week over de vloer. Zij stemmen wel in met

onmiddellijke start van de hulp en willen daar actief in investeren. Wanneer de hulpverlener 2 keer per week ongeveer 1,5 á 2 uur komt, sluit dat beter aan bij hun eigen dagprogramma.

Problemen. Ambulante Spoedhulp kent (nog) geen gestandaardiseerde werkwijze, waardoor de effecten van de hulp moeilijk te meten zullen zijn.

Tjallinga Hiem, Leeuwarden

Beschikbare module(s). Bij IOG/gezinsbehandeling van Tjallinga Hiem is er nog geen (mogelijkheid tot) crisisinterventie.

Xonar, Maastricht

Beschikbare module(s). Twee mensen bieden acute zorg ambulante. Het zijn maatschappelijk werkers, die zich hebben bekwaamd in crisisinterventietechnieken door Multi-methodisch, dus met meerdere methodieken in hun bagage, de vragen van cliënten aan te gaan. Dat kan directief zijn, via gezinsinterventies, via netwerkberaad of op de Families First-manier. Zij zijn thuis in drugsproblematiek, psychopathologie en screening.

Toeleiding. Een jongere wordt door BJZ telefonisch aangemeld bij het meldpunt. Daar wordt telefonisch de hulpvraag verduidelijkt en gekeken welke vorm van acute zorg het meest helpend zal zijn, daar wordt de match gemaakt.

Indicaties- en contra-indicaties. Zie bijlage 3

Werkwijze. Zie bijlage 3

Methodisch kader. Multi-methodisch, invalshoeken vanuit methodiek van A. Snellen (basismodel maatschappelijk werk), systeembenadering en crisisinterventie.

Formatie. 2 fte bieden acute zorg ambulante.

Vervolghulp. Als de ambulante acute zorg wordt afgesloten, kan BJZ een indicatie maken. Meestal is dat een indicatie voor jeugdhulp en een enkele keer voor een 24-uurs verblijf, als gebleken is dat thuis blijven onverantwoord is.

Aansluiting vervolghulp. Wanneer mogelijk (praktisch haalbaar) vindt er een overdrachtsgesprek plaats tussen de acute zorg en de vervolghulp. Wanneer er geen overdrachtsgesprek plaats kan vinden, wordt aan BJZ het verzoek gedaan om de overdracht (uitwisselen van info/proces-verloop) vorm te geven. Er is tevens eindrapportage van de hulp met aandachtspunten, indien relevant.

Sterke punten. Multi-methodisch; Snel en flexibel inzetbaar; Wordt aangeboden in de eigen omgeving van de cliënt/systeem;

Problemen. Wanneer de ambulante inzet niet helpend is of niet aansluit bij de hulpvraag, is er vaak geen ander alternatief dan een kortdurende opname.