

Ambulante crisishulpverlening in de jeugd- en opvoedhulp Flevoland

*Een onderzoek naar de werkzame factoren van de ambulante
crisishulpverlening in de jeugd- en opvoedhulp van Almere, Lelystad, Dronten,
Urk, Noordoostpolder en Zeewolde*

Charlotte Vissenberg
Marjolijn Zwanepol
Marc Huijer
Sietske Saveur

In opdracht van:

Uitgevoerd door:

Datum:

Gemeente Almere, Zorglandschap Jeugd

Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg (Hogeschool
Windesheim Flevoland)

27 juni 2017

Windesheim  Flevoland

Lectoraat

Klantenperspectief in
Ondersteuning en Zorg



Aan dit onderzoek hebben meegewerkt (in alfabetische volgorde)

drs. Iris Goes
drs. Marc Huijer
dr. Kitty Jurrius
drs. Sietske Saveur
dr. Charlotte Vissenberg
drs. Marjolijn Zwanepol

Inhoudopgave

Leeswijzer	4
1. Achtergrond.....	5
2. Bevindingen m.b.t. de werkzame factoren en aanbevelingen.....	7
2.1 Bevindingen per werkzame factor	7
Werkzame factor 1: Snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake	7
Werkzame factor 2: 24/7 beschikbaarheid	7
Werkzame factor 3: Hulpverleners in de eigen omgeving	8
Werkzame factor 4: Intensiteit en caseload.....	8
Werkzame factor 5: Beperkte duur.....	9
Werkzame factor 6: Eén vaste hulpverlener met een back-up team:	9
Werkzame factor 7: Deskundigheid	10
Werkzame factor 8: randvoorwaarden m.b.t. de programma inhoud	10
Werkzame factor 9: samenwerking	11
2.1 Conclusie	12
2.2 Discussie	13
3. Referenties	14
Bijlage 1 Onderzoeksmethoden	15
Bijlage 2 Resultaten literatuurstudie crisis bij jeugd- en opvoedhulp.....	16
Bijlage 3 Resultaten enquête	20
3.1 Achtergrondgegevens	20
3.2 Ambulante crisishulpverlening	21
3.3 Organisatie ambulante crisishulpverlening.....	22
3.4 Inhoud ambulante crisishulpverlening.....	32
Bijlage 4 Enquête 'Ambulante crisishulpverlening.....	35
Bijlage 5 Resultaten literatuurstudie crisis bij spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen.....	45

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft de achtergrond en vraagstelling van dit project

Hoofdstuk 2 beschrijft de werkzame factoren van ambulante crisishulpverlening uit de literatuur, een korte beschrijving van de resultaten uit de enquête per werkzame factor en de aanbevelingen op basis van deze bevindingen. Hoofdstuk 2 wordt afgesloten met een conclusie en een discussie

Het rapport bevat de volgende bijlagen:

Bijlage 1: Onderzoeksmethoden

Bijlage 2: Resultaten uit de literatuurstudie (werkzame factoren) bij crisis in de jeugd- en opvoedhulp

Bijlage 3: Resultaten enquête (stand van zaken werkzame factoren)

Bijlage 4: De enquête 'Ambulante crisishulpverlening'

Bijlage 5: Resultaten uit literatuurstudie (werkzame factoren) bij spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen

1. Achtergrond

Een van de doelen van het programma Zorglandschap is het versterken van ambulante (crisis)hulp. Ook in crisissituaties moet direct gewerkt worden aan herstel, normaliseren en toekomstperspectief. Tevens willen we met sterke ambulante crisishulp voorkomen dat jeugdigen op een crisisbed worden geplaatst of daar onnodig lang op verblijven. Om die reden is in 2017 ingezet op versterking van de ambulante crisishulp.

Dit onderzoek beoogt een analyse te maken van de kwaliteit van de huidige ambulante crisishulp. Dit hebben we gedaan door een literatuuronderzoek uit te voeren naar werkzame factoren van ambulante crisishulp. Of deze werkzame factoren aanwezig zijn binnen de huidige ambulante crisishulp hebben we middels een enquête getoetst bij diverse crisishulpverleners. Deze rapportage bevat de uitkomsten van deze enquête.

Scope van dit onderzoek

Dit onderzoek is in eerste instantie ingestoken op het onderzoeken van werkzame factoren bij crisissen in de jeugd- en opvoedhulp. Uit het literatuuronderzoek bleek echter dat de werkzame factoren bij crisissen in de jeugd- en opvoedhulp veel lijken op de werkzame factoren bij spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen. Om deze reden is de enquête uitgezet onder zowel ambulante crisishulpverleners uit de jeugd- en opvoedhulp, medewerkers van het crisisteam van VTF én medewerkers van de crisisdienst van GGZ Centraal.

De enquête is voornamelijk ingevuld door ambulante crisishulpverleners en medewerkers van het crisisteam van VTF werkzaam in alle gemeenten van de regio Flevoland en slechts één keer door een medewerker van GGZ Centraal. Door de lage respons uit de psychiatrie zijn de resultaten niet apart opgenomen in dit onderzoek. Om deze reden is de oorspronkelijke scope van het onderzoek aangehouden: de ambulante crisishulpverlening in de jeugd- en opvoedhulp. Voor de volledigheid hebben we wel de werkzame factoren bij spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen uit ons literatuuronderzoek opgenomen in bijlage 5.

De enquête is uitgezet onder 50 crisishulpverleners en heeft een respons van 42% ($n = 21$).

Vraagstelling

De vraagstelling van het onderzoek is als volgt:

Wat zijn de werkzame factoren van ambulante crisishulpverlening (in de jeugd- en opvoedhulp) en in welke mate zijn deze werkzame factoren aanwezig in Flevoland?

Definities

Tijdens dit onderzoek zijn de volgende definities gehanteerd:

Ambulante crisishulpverlening

“Ambulante crisishulp is intensieve hulp aan de jeugdige en zijn gezin en/of netwerk. Deze vorm duurt in principe maximaal vier weken. Het doel van ambulante crisishulp is het oplossen van acute problemen, het herstellen van het evenwicht in het gezin en het voorkomen van een uithuisplaatsing van één of meer kinderen.”

Overgenomen uit: Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen? (Baat, Foolen, Udo, & Verheijden, 2015)

Binnen de regio Flevoland is de ambulante crisishulpverlening op twee manieren georganiseerd. De gemeenten Almere, Dronten, Noordoostpolder en Zeewolde hebben vormen van ambulante crisishulp (bijvoorbeeld Ambulante Spoedhulp (ASH), Ambulant per direct en Gezins Fact) ingekocht bij de regionale aanbieders Vitree, Intermetzo, Triade en 's Heeren Loo. De gemeenten Lelystad en

Urk hebben de ambulante crisishulp lokaal georganiseerd in hun eigen toegang. In deze rapportage gebruiken we Ambulante Crisishulp (ACH) als overkoepelende term die alle vormen van ambulante crisishulp bevat.

Crisissituatie

“Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. Door de ontregeling die plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort (Hoekert, Lommerse, & Beunderman, 2000). 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 poging tot zelfdoding”

Overgenomen uit: Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen? (Baat et al., 2015)

2. Bevindingen m.b.t. de werkzame factoren en aanbevelingen

Op basis van wetenschappelijk studies is het moeilijk om specifieke interventies aan te wijzen die een crisis kunnen bestrijden en crisisplaatsing van jeugdigen kunnen voorkomen. Wél is bekend dat er verschillende werkzame factoren zijn van ambulante crisishulpverlening: een snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake, 24/7 beschikbaarheid, hulpverleners in de eigen omgeving, intensiteit en caseload, beperkte duur, één vaste hulpverlener met een back up team, en randvoorwaarden m.b.t. de programma inhoud (Baat et al., 2015). In dit hoofdstuk geven wij de bevindingen per werkzame factor weer en daar waar relevant maken we een splitsing tussen de respondenten die ACH bieden en de respondenten van het crisisteam van VTF. Het hoofdstuk eindigt met aanbevelingen en een discussie.

2.1 Bevindingen per werkzame factor

Werkzame factor 1: Snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake

Uit de literatuur blijkt dat er binnen 24 uur na aanmelding een intake moet hebben plaatsgevonden. Daarnaast moet er binnen 24 uur na de intake hulp beschikbaar zijn voor het gezin.

Uit de enquête komt naar voren dat respondenten het snel kunnen starten en de snelheid waarmee hulp geboden wordt als belangrijke onderdelen van ambulante crisishulpverlening zien. Op de vraag 'Ik doe altijd binnen 24 uur na de crisismelding een intake' antwoordt 62% van de respondenten 'helemaal mee eens of mee eens', 24% 'neutraal' en 14% 'niet mee eens' (bijlage 3, vraag 22). Op de stelling 'Er is altijd binnen 24 uur na de intake hulp beschikbaar voor het gezin' antwoordt 76% van de respondenten 'helemaal mee eens of mee eens', 5% neutraal en 20% 'niet mee eens of helemaal niet mee eens' (bijlage 3, vraag 23).

De respondenten geven daarnaast in de open vragen aan dat de flexibiliteit en bereikbaarheid die gevraagd wordt niet altijd realiseerbaar is. Door het onverwachte karakter van een crisis is het plannen van de inzetbaarheid een uitdaging. Daarnaast zijn de teams klein en is het lastig werkers te vinden die op meerdere dagen willen werken.

Deze resultaten laten zien dat de meerderheid van de respondenten vindt dat de randvoorwaarde van een snelle start en een snelle beschikbaarheid voor intake aanwezig is. Wel vraagt dit om de nodige flexibiliteit van de medewerkers, iets wat niet altijd makkelijk te regelen valt, een gedeelte van de respondenten geeft daarom ook aan dat dit niet het geval is. Een aanbeveling voor de aanbieders is om voldoende met elkaar af te stemmen over hoe de organisatie voor inzet van crisishulpmedewerkers geregeld is bij de verschillende organisaties. Dit is belangrijk om de caseload zo goed mogelijk te kunnen verdelen zodat een snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake mogelijk is.

Werkzame factor 2: 24/7 beschikbaarheid

Uit de literatuur blijkt dat de crisishulpverlener of diens vervanger 24 uur per dag, zeven dagen per week flexibel beschikbaar moet zijn. De hulpverlener dient het gezin ook thuis te bezoeken.

Uit de enquête blijkt dat het merendeel van de respondenten vindt dat er niet aan deze randvoorwaarde wordt voldaan. Op de vraag 'ik ben 24/7 beschikbaar voor een gezin' geeft 72% van

de respondenten aan het hier niet mee eens of helemaal niet mee eens te zijn, 14% antwoordt 'neutraal' en 14% geeft aan het hiermee een te zijn (bijlage 3, vraag 18).

Het valt op dat er weinig crisisinterventies en contacten plaatsvinden in het weekend, de avond en/of nacht en in de ochtend. Daarnaast geven de respondenten aan dat zij nu nog niet altijd goed bereikbaar zijn, dat de teams klein en kwetsbaar zijn vooral in de vakantieperiode of wanneer er mensen uitvallen door ziekte (bijlage 3, vraag 19-21).

Op basis van deze resultaten is een aanbeveling voor de aanbieders om 24/7 beschikbaarheid van ambulante crisishulpverleners te organiseren binnen de mogelijkheden die wet- en regelgeving hierin biedt. Daarnaast is het belangrijk dat de aanbieder de medewerker voldoende faciliteert om flexibel om te gaan met uren / tijd.

Werkzame factor 3: Hulpverleners in de eigen omgeving

Uit de literatuur blijkt dat het van belang is om hulp te verlenen in de eigen omgeving van het gezin, zoals bij hen thuis, op de eigen school en in de eigen wijk. Op die manier kan de therapeut zicht houden op de omstandigheden thuis en ervoor zorgen dat de gezinnen betrokken blijven.

Uit de enquête blijkt dat een grote meerderheid van de respondenten vindt dat deze randvoorwaarde aanwezig is. Op de vraag 'ik verleen altijd hulp in de omgeving van het gezin', 'ik heb voldoende zicht op de omstandigheden thuis' en 'het lukt mij altijd om gezinsleden goed betrokken te houden' geeft een ruime meerderheid aan het hier mee eens of helemaal mee eens te zijn (bijlage 3, vraag 24-26).

Werkzame factor 4: Intensiteit en caseload

Uit de literatuur blijkt dat bij een goede crisisinterventie het belangrijk is dat de lengte van de hulpverleningssessies en de tijdstippen daarvan flexibel zijn: ook 's avonds en in het weekend. Er is minimaal acht tot tien uur uren face tot face contact per week. De precieze invulling van het traject hangt af van de doelen en mogelijkheden van het individuele gezin. De gezinstherapeuten helpen zo'n achttien gezinnen per jaar, maximaal twee of drie gezinnen tegelijkertijd bij fulltime dienstverband.

Voor intensiteit en caseload maken we een onderscheid tussen ambulante crisishulpmedewerkers en medewerkers van het crisisteam van VTF. Wij zien hierbij de volgende patronen. VTF respondenten geven aan gemiddeld 5.67 uur direct contact te hebben per gezin (range 2-12 uur), de overige respondenten geven aan 8.41 uur direct contact te hebben (range 0-40 uur). 100% van de VT respondenten vindt dit voldoende, van de ambulante crisishulpverleners geldt dat 69% het voldoende vindt. VT respondenten begeleiden per jaar gemiddeld 48.33 casussen versus 9.69 casussen volgens de ambulante crisishulpverleners. VT respondenten begeleiden op dit moment 8.67 (7-10) casussen in crisis tegelijkertijd, bij de overige respondenten is dit 1.56 (0-10). Van de VT respondenten vindt 0% dat hun caseload in balans is met hun werkuren, 67% antwoordt neutraal, 33% is het hiermee niet eens. Van de ambulante crisishulpverleners geeft 62% aan dat hun caseload in balans is met hun werkuren, 13% antwoordt neutraal en 25% is het hiermee niet eens of helemaal niet mee eens (bijlage 3, vraag 12A, 13A, 14A en 16A).

Uit de open vragen blijkt dat een te hoge caseload door de respondenten wordt ervaren als een belangrijk knelpunt. Zij geven daarbij aan dat zij als werknemer stevig in hun schoenen moeten staan om ervoor te zorgen dat zij niet teveel overwerken. De respondenten geven met name aan dat het combineren van hun huidige caseload met hun crisiscaseload een uitdaging is. Een aantal respondenten geeft aan hier een goede constructie voor te hebben gevonden met hun werkgever. Zij hebben bijvoorbeeld een contract dat uitgebreid kan worden of kunnen de gemaakte overuren later weer opnemen of laten uitbetalen. Tot slot geven een aantal respondenten aan dat wanneer zij onregelmatig worden ingezet voor crisiscasussen het lastig is om weer in het ambulante crisiswerk te komen, zij moeten hier dan weer aan wennen.

Hieruit blijkt dat de meeste respondenten, met uitzondering van de VTF respondenten, onder de 18 gezinnen per jaar zitten. De 8 uur contact per gezin per week wordt net gehaald door de ambulante crisishulpverleners, dit geldt niet voor de VTF respondenten. Het valt op dat de range erg uiteenloopt. Ook hier is de aanbeveling voor zorgaanbieders om te bekijken hoe de organisatie van crisishulpverlening in hun eigen organisatie geregeld is en in welke mate werknemers gefaciliteerd worden flexibel inzetbaar te zijn. De combinatie van ambulante crisishulpverlening met de huidige caseload en het onregelmatig ingezet worden voor crisiswerk hebben volgens de respondenten invloed op de kwaliteit van de hulpverlening. Een tweede aanbeveling voor zorgaanbieders is daarom om te overwegen de ambulante crisishulpverlening een hoofdtaak van medewerkers te laten zijn.

Werkzame factor 5: Beperkte duur

Uit de literatuur komt naar voren dat een crisisinterventie maximaal zes weken in beslag zou moeten nemen. De duur van een crisis – in de zin van verstoring van het evenwicht – is over het algemeen niet langer dan vier tot zes weken.

VTF respondenten geven aan dat een gemiddeld traject 13 dagen duurt (range 1-24 dagen) vs. 28 dagen (range 20-47 dagen) volgens de ambulante crisishulpmedewerkers. VT respondenten vinden dat deze trajecten precies zolang geduurd hebben als zou moeten, de overige respondenten geven aan dat deze trajecten gemiddeld 26 dagen (range 14-35 dagen) zouden moeten duren (zie bijlage 3, vraag 27A-28A).

De benodigde duur komt overeen met de duur genoemd in het literatuuronderzoek, naar aanleiding van dit onderzoek hebben we geen aanbeveling over de duur.

Werkzame factor 6: Eén vaste hulpverlener met een back-up team:

Uit de literatuur komt naar voren dat het belangrijk is dat de crisishulp zoveel mogelijk door één hulpverlener wordt verleend. Therapeuten werken in teams van drie tot vijf hulpverleners en een supervisor. 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. Ook aanvullende en ondersteunende interventies dienen goed aan te sluiten.

Uit de open vragen van de enquête blijkt dat de respondenten de vraag 'Ambulante crisishulpverlening wordt altijd verleend door één hulpverlener met een back up team' verkeerd hebben geïnterpreteerd. Uit de antwoorden blijkt dat de respondenten bij een back up team denken aan de veiligheid voor de professional bij het bezoeken van een gezin in plaats van de consistentie

van de hulpverlening. Om deze reden kunnen er geen uitspraken gedaan worden over de aanwezigheid van deze werkzame factor.

Werkzame factor 7: Deskundigheid

Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is dat de hulpverleners minstens veertig uur intensieve training gehad hebben van erkende trainers op het gebied van crisisinterventies. Daarnaast zouden de hulpverleners nascholing en ondersteuning moeten krijgen.

Bij deskundigheid maken wij ook een onderscheid tussen de medewerkers van het crisisteam van VFT en de ambulante crisishulp medewerkers. Alle medewerkers van VFT (n=3) zijn het eens of helemaal eens met de stelling 'ik ben een expert op mijn vakgebied (ambulante crisishulpverlening)'. Voor de ACH medewerkers geldt dat 44% het eens of helemaal eens is met deze stelling, 38% geeft neutraal aan en 19% is het niet of helemaal niet eens met deze stelling. Van VFT geeft één van de medewerkers aan voldoende nascholing en ondersteuning te ontvangen, één van de medewerkers is neutraal en één medewerker is het er niet mee eens. Van de ACH medewerkers is 19% van de respondenten het eens met de stelling 'ik krijg voldoende nascholing en ondersteuning', 44% geeft neutraal aan en 37% van de respondenten is het hier niet mee eens of helemaal niet mee eens. Tot slot geven alle VFT medewerkers aan minstens 40 uur intensieve training te hebben ontvangen op het gebied van crisisinterventies. Van de ACH medewerkers geeft 38% aan minstens 40 uur intensieve training te hebben gehad op het gebied van crisisinterventies en 62% van de respondenten geeft aan dit niet te hebben gehad (bijlage 3, vraag 37-39).

Een aantal respondenten geeft in de open vragen over training en nascholing aan dat zij te weinig scholing hebben gehad en te weinig kennis en vaardigheden hebben. Het merendeel van de respondenten geeft in de open vragen aan graag meer scholing te willen, zoals nascholing, intervisie en ondersteuning door collega's. Zij geven aan dat het lastig is om in contact te komen met de gedragsdeskundige, dat onderling overleg moeilijk in te plannen is vanwege de kleine teams, en dat het initiatief tot casus overleg of intervisie met een gedragsdeskundige bij hen ligt. Tot slot geven een aantal respondenten aan dat wanneer zij onregelmatig worden ingezet het lastig is om weer in het ambulante crisiswerk te komen, zij moeten hier dan weer aan wennen.

Een aanbeveling voor aanbieders is daarom om goed te kijken naar het huidige trainingsaanbod, de facilitering van ondersteuning door collega's en de mogelijkheden tot intervisie.

Werkzame factor 8: randvoorwaarden m.b.t. de programma inhoud

Uit de literatuur blijkt dat er meerdere randvoorwaarden zijn met betrekking tot de inhoud van ambulante crisishulpverlening. Deze zijn:

- **Inzetten op betrokkenheid en motivatie:** De therapeut zet expliciet in op de betrokkenheid en motivatie van het gezin. De therapeut brengt de motivatie van de gezinsleden in beeld en probeert indien mogelijk de motivatie te verbeteren.
- **Doelen en fasering:** Crisisinterventie is doelgericht en bevat meerdere fasen. In de fase van crisismanagement gaat het om het vaststellen van de crisis (aanleiding, inschatting van risico's en mogelijkheden), counseling of interview met de cliënt en opstellen van een 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. De doelen hebben inhoudelijk betrekking op het bijhouden van het gezin of het

opbouwen van de contacten van de gezinsleden onderling, het onderzoeken van de behoeften en krachten van het gezin en het aanleren of aanpassen van de coping strategieën van de verschillende gezinsleden. Binnen het Homebuilders model is het essentieel dat de doelen samen met het gezin worden opgesteld. Ook worden de behaalde doelen in kaart gebracht tijdens de hulp en na afloop. Het aanbod wordt aangepast aan de wensen en behoeften van het individuele gezin. Hierdoor is de kans groter dat de doelen van de hulp behaald worden.

- **Cognitieve en gedragsmatige benadering:** De therapeut zet cognitieve en gedragsmatige interventies in om gedragsverandering te bewerkstelligen.
- **Het aanleren van vaardigheden:** Door de gezinnen vaardigheden aan te leren zullen ze uiteindelijk zelf in staat zijn om effectiever met het dagelijks leven om te gaan. De therapeut doet vaardigheden voor, oefent met de gezinnen en geeft feedback.
- **Het bieden van concrete hulp:** De therapeut biedt concrete hulp die bijdraagt aan het behalen van de doelen. Onderzoek laat zien dat concrete hulp in de vorm van helpen bij huisvesting en het aanschaffen van kleding voor de kinderen in gezinnen met financiële problemen de kans op toekomstige kindermishandeling verkleint.
- **Belangenbehartiging:** De therapeut helpt de gezinnen door als belangenbehartiger op te treden bij instanties. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het aanvragen van schuldsanering of het aanvragen van subsidies. Wanneer er basale problemen zijn, bijvoorbeeld een grote kans op uithuiszetting, dan moeten deze eerst worden opgelost. Al doende leert de hulpverlener het gezin hoe het zijn eigen belangen kan behartigen.

Uit de enquête blijkt dat de volgende werkzaamheden relatief vaak genoemd worden door respondenten als zaken die altijd lukken bij ambulante crisishulpverlening: het in kaart brengen van de motivatie en het motiveren van het gezin; het gebruiken van interventies die het best passen bij de situatie; het aanpassen van het aanbod op de behoeften van het gezin; het focussen op het bij elkaar houden van het gezin en het evalueren van de situatie na 14 dagen. Aspecten die niet altijd lukken zijn: het aanleren van vaardigheden die gezinnen in staat stellen effectiever met het dagelijks leven om te gaan; de focus op het bij elkaar houden van het gezin en het aanpassen van het aanbod op de behoeften van het gezin. Aspecten die relatief vaak genoemd worden als zaken die nooit lukken zijn: het optreden als belangenbehartiger voor gezinnen bij instanties; het bieden van praktische hulp en het voordoen van vaardigheden; het oefenen van vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback. (bijlage 3, tabel 40A, 40B, en 40C).

Het valt op dat relatief veel elementen van ASH benoemd worden als werkzame factoren. Een aantal van deze elementen blijkt ondervertegenwoordigd volgens de respondenten. Een aanbeveling voor aanbieders is daarom om kritisch te kijken naar de methoden die gehanteerd worden bij ambulante crisishulp (Ambulante Spoedhulp, Ambulant per direct, Gezins Fact) en de redenen waarom gekozen wordt voor deze methoden.

Werkzame factor 9: samenwerking

Deze werkzame factor wordt niet expliciet als werkzame factor benoemd in de literatuur, maar komt wel als zodanig naar voren in de enquête. Uit de open vragen blijkt dat problemen in de samenwerking met professionals buiten de eigen organisatie, met verwijzers en met collega aanbieders ervoor kunnen zorgen dat het traject van gezinnen langer duurt dan nodig. Uit de open vragen over de samenwerking met professionals buiten de eigen organisatie blijkt dat de respondenten over het algemeen tevreden zijn over de samenwerking met externe partijen. Een aantal respondenten geeft aan dat zij het idee hebben nu serieuzer genomen te worden door andere partijen wanneer zij benoemen een ACH'er te zijn. Andere respondenten geven aan dat andere organisaties soms het belang van snel handelen niet inzien, zelf iets willen vinden van de casus of dat het onduidelijk is wie de regie heeft over de casus na het ACH traject. Dit belemmert volgens hen de

hulpverlening. Verder geven zij aan dat zij soms niet weten wie zij waarvoor moeten benaderen, niet weten hoe de lijntjes lopen, en andere partijen soms de noodzaak niet inzien waardoor zij traag reageren of niet alle informatie geven. De respondenten geven aan dat zij deze collega's graag zouden willen ontmoeten zodat zij weten wie zij waarvoor moeten benaderen en sneller contact kunnen leggen. Daarnaast geven zij aan dat niet iedereen weet wat ACH inhoudt, waardoor andere partijen vaak het gevoel hebben alles bij de ACH'er neer te kunnen leggen.

In de open vragen over de samenwerking met andere organisaties/ collega aanbieders geven de respondenten relatief vaak aan dat zij hier geen ervaring mee hebben of dat deze samenwerking er niet is. Daarnaast geven zij aan dat de onderlinge concurrentie tussen organisaties de samenwerking soms in de weg staat.

Een aantal respondenten geeft in de open vragen over de samenwerking met verwijzers aan tevreden te zijn over de samenwerking. Zij geven daarbij aan dat de bereidheid er is, dat de verwachtingen en taakverdeling helder is. Het merendeel van de respondenten geeft echter aan dat er ook knelpunten zijn in de samenwerking. De casussen die ingebracht worden zijn niet altijd passend, er wordt een gezamenlijk start, evaluatie en eindmoment gemist en de bereikbaarheid is vaak niet optimaal. Daarnaast geven respondenten aan dat verwijzers vaak niet op de hoogte zijn van hun taken. Wanneer meerdere organisaties betrokken zijn bij een casus lijkt er onduidelijkheid te ontstaan over wie wat doet. Tot slot wordt er aangegeven dat het jammer is dat de verwijzer niet bij de evaluatie en eindgesprek is. Hierdoor duurt het soms lang voordat vervolghulp wordt ingezet. Een andere reden voor vertraging m.b.t het inzetten van de juiste vervolghulp zijn wachtlijsten.

Om aanbieders met elkaar en met andere betrokken partijen in contact te brengen is het aan te bevelen een 'meet and greet' te organiseren. Medewerkers uit verschillende organisaties met elkaar in contact brengen verlaagt de drempel om elkaar te benaderen voor vragen of sparring. Ook kan het helpen inzichtelijker te maken hoe het proces loopt en wie welk onderdeel van ambulante crisishulpverlening verzorgd en onder welke voorwaarden.

Daarnaast is een aanbeveling voor de aanbieders om ervoor te zorgen dat ambulante crisishulpverlening een totaalpakket wordt inclusief een helder toekomstperspectief, zodat er op tijd afgerond kan worden. Hiervoor is het nodig dat het duidelijk is wie de regievoerder is bij een crisis casus. Een aanbeveling voor gemeenten is om in te zetten op de realisatie van de organisatie van perspectiefregie.

Over het geheel bezien is het aan de gemeenten om te kijken hoe ze de werkzame factoren op willen nemen in de voorwaarden voor ACH en hoe ze hierop willen monitoren.

2.1 Conclusie

De enquête laat zien dat er aan de randvoorwaarde hulp verlenen in de eigen omgeving voldaan wordt. Over de continuïteit van de hulpverlening (randvoorwaarde 6) kan op basis van deze enquête geen uitspraken gedaan worden. Bij de overige randvoorwaarden is echter ruimte voor verbetering. Op basis van deze resultaten zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd voor gemeenten en zorgaanbieders:

Gemeenten

- Het is aan de gemeenten om te kijken hoe ze de werkzame factoren op willen nemen in de voorwaarden voor ACH en hoe ze hierop willen monitoren.
- Zet in op de realisatie van de implementatie van perspectiefregie.

Aanbieders

- Stem met elkaar af over hoe de organisatie voor inzet van crisishulpmedewerkers geregeld is bij de verschillende organisaties. Dit is belangrijk om de caseload zo goed mogelijk te kunnen verdelen zodat een snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake mogelijk is.
- Organiseer 24/7 beschikbaarheid van ambulante crisishulpverleners binnen de mogelijkheden die wet- en regelgeving hierin biedt.
- Faciliteer de medewerker om flexibel om te gaan met uren / tijd.
- Overweeg om Ambulante crisishulpverlening in te zetten als een hoofdtaak van medewerkers in plaats van een taak bovenop de normale caseload.
- Kijk goed naar het huidige trainingsaanbod, de facilitering van ondersteuning door collega's en de mogelijkheden tot intervisie in de eigen organisatie.
- Bekijk kritisch het aanbod van methoden (Ambulante Spoedhulp, Ambulant per direct, Gezins Fact) die gehanteerd worden bij ambulante crisishulp binnen de eigen organisatie en de redenen waarom gekozen wordt voor deze methoden.
- Organiseer een 'meet and greet' tussen aanbieders en andere betrokken partijen om elkaar te leren kennen en zaken te bespreken als wie welk onderdeel van ambulante crisishulpverlening verzorgd en onder welke voorwaarden.
- Zorg ervoor dat ambulante crisishulpverlening een totaalpakket wordt inclusief een helder toekomstperspectief, zodat er op tijd afgerond kan worden.

Samenvattend: werk gezamenlijk aan een kwalitatief goed aanbod waarbij nadrukkelijke aandacht is voor de genoemde knelpunten.

2.2 Discussie

Bij de interpretatie van de resultaten zijn de volgende zaken van belang. Ten eerste was de respons op de enquête laag. Dit heeft invloed op de mate waarop de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar alle zorgaanbieders en alle gemeenten. Hoewel wij hier bij de analyse rekening mee gehouden hebben (door subgroepen aan te geven wanneer dit het geval was) zorgt dit ervoor dat deze rapportage geen volledig antwoord kan geven op de vraag in welke mate de werkzame factoren voor ambulante crisishulp aanwezig zijn. Deze rapportage geeft daarentegen wel een indicatie m.b.t. de stand van zaken rondom deze werkzame factoren.

Ten tweede is dit een kwantitatief onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van een enquête. Hoewel deze enquête ook open vragen bevatte, geven deze resultaten een indicatie van de stand van zaken. Voor een beter begrip raden wij zorgaanbieders en gemeenten aan om in gesprek te gaan met ambulante werkers om meer duiding bij deze resultaten te krijgen. Bijvoorbeeld, de respondenten geven relatief vaak aan dat het optreden als belangenbehartiger nooit lukt. Dit kan komen doordat dit niet in hun functiebeschrijving staat, niet onderdeel is van de methode die gehanteerd wordt, door tijdsgebrek of doordat gezinnen hier geen behoefte aan hebben. Dit soort duiding is niet aan de orde geweest binnen dit onderzoek.

3. Referenties

- Baat, M. d., Foolen, N., Udo, N., & Verheijden, E. (2015). *Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen?*
Retrieved from
- Bartelink, C. (2013). Uithuisplaatsing: wat werkt? *Nederlands Jeugdinstituut*.
- de Baat, M., Bartelink, C., & Udo, N. (2013). Spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen: wat werkt?
- Hoekert, E., Lommerse, M., & Beunderman, R. (2000). Het Mobiel Crisis Team. Hulp bij gezinnen in crisissituaties. *MAANDBLAD VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID*, 55(3), 244-250.
- Schweitzer, D. D., Pecora, P. J., Nelson, K., Walters, B., & Blythe, B. J. (2015). Building the Evidence Base for Intensive Family Preservation Services. *Journal of Public Child Welfare*, 9(5), 423-443.

Bijlage 1 Onderzoeksmethoden

Literatuurstudie

- Gezocht in Google Scholar en NJI Databank
- Eerst gezocht op werkzame factoren voor Ambulante Crisishulpverlening
- Er bleken drie recente literatuurstudies te zijn gedaan, namelijk (Baat et al., 2015; Bartelink, 2013; de Baat, Bartelink, & Udo, 2013). Hiermee was het overzicht voor de Nederlandse situatie al aanwezig.
- Vervolgens hebben wij gekeken of wij nog recentere nationale en internationale publicaties konden vinden. Alleen het artikel gevonden van Schweitzer, Pecora, Nelson, Walters, & Blythe, 2015.

Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst voor de enquête Ambulante Crisishulpverlening is opgezet op basis van de literatuurstudie door de werkgroep ambulante crisishulpverlening bestaande uit Marc Huijter, Sietske Saveur, Marjolijn Zwanepol en Charlotte Vissenberg. De enquête bestond uit een aantal onderdelen (achtergrondgegevens, belangrijke aspecten van ambulante crisishulp, de organisatie van ambulante crisishulpverlening en de inhoud van ambulante crisishulpverlening) om de ervaringen met de ACH zo volledig mogelijk in kaart te kunnen brengen. Hierbij werd een tweetal definities gehanteerd om voor zover mogelijk eenduidigheid te krijgen over de onderwerpen waar de vragen betrekking op hadden. De definitie van ambulante crisishulpverlening was als volgt:

“Ambulante crisishulp is intensieve hulp aan de jeugdige en zijn gezin en/of netwerk. Deze vorm duurt in principe maximaal vier weken. Het doel van ambulante crisishulp is het oplossen van acute problemen, het herstellen van het evenwicht in het gezin en het voorkomen van een uithuisplaatsing van één of meer kinderen (overgenomen uit: ‘Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen?’).”

De definitie van een crisissituatie was als volgt:

“Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. Door de ontregeling die plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort (Hoekert, Lommerse & Beunderman, 2000). 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 poging tot zelfdoding (overgenomen uit: ‘Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen?’).”

Na ontwikkeling van de vragenlijst is deze geschikt gemaakt voor gebruik in Google Forms. De link naar deze digitale enquête is vervolgens verspreid onder de potentiële deelnemers.

Werving deelnemers

De deelnemers aan deze enquête waren zorgprofessionals van verschillende zorgaanbieders die werkzaam zijn in de ambulante crisishulpverlening of deze enquête door konden sturen naar collega's die ook werkzaam waren in deze tak. De enquête is oorspronkelijk verstuurd naar 50 professionals, waarbij het verzoek om de enquête rond te sturen naar andere relevante collega's het bereik mogelijk nog vergroot heeft. Uiteindelijk hebben 21 professionals de enquête ingevuld.

Analyse

De analyse van de onderzoeksresultaten is uitgevoerd door Significant en Windesheim Flevoland, met behulp van Microsoft Excel 2010.

Bijlage 2 Resultaten literatuurstudie crisis bij jeugd- en opvoedhulp

Titel	Doel studie: Literatuur-onderzoek	Belangrijkste resultaten waar werkzame factoren op gebaseerd zijn	Werkzame factoren
Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen? (Baat et al., 2015)	Dit rapport bevat een literatuurstudie waarbij specifiek gezocht is naar informatie over de werkzame elementen van ambulante crisishulp. Het oorspronkelijke doel was om ook residentiële crisisopvang en crisisleegzorg op te nemen maar hier bleek te weinig onderzoek naar gedaan te zijn.	Homebuilders Uit de meta-analyse bleek dat de programma's die werkten volgens het Homebuilders model de uithuisplaatsing van kinderen en de mate van kindermishandeling significant verminderden. Intensieve Pedagogische Thuishulp Voor zeventien methodieken, waaronder Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinshulpverlening en Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling, zijn effectgroottes berekend voor de vermindering van externaliserende problemen van kinderen en de vermindering van door ouders ervaren opvoedingsbelasting. Beide effectgroottes waren statistisch significant en kunnen als middelgroot getypeerd worden. Na afsluiting van de hulp zijn de externaliserende problemen bij jeugdigen en de	PROGRAMMASTRUCTUUR • Snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake Binnen 24 uur na aanmelding moet er een intake hebben plaatsgevonden. Binnen 24 uur na de intake moet er hulp beschikbaar zijn voor het gezin volgens het Homebuilders model. 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). • 24/7 beschikbaarheid De crisishulpverlener of diens vervanger is 24 uur per dag, zeven dagen per week flexibel beschikbaar. De hulpverlener dient het gezin ook thuis te bezoeken. We kennen dit kenmerk onder andere van het Families First programma (Spanjaard & Haspels, 2005) en het wordt ook onderbouwd door onderzoek naar effectieve interventies in crisissituaties (Fraser, Pecora & Haapala, 1991). • Hulpverleners in de eigen omgeving Volgens het Homebuilders model is het van belang om hulp te verlenen in de eigen omgeving van het gezin, dus bij hen thuis, op de eigen school en in de eigen wijk. Op die manier kan de therapeut zicht houden op de omstandigheden thuis en ervoor zorgen dat de gezinnen betrokken blijven. • Intensiteit en caseload Bij een goede crisisinterventie zijn de lengte van de hulpverleningssessies en de tijdstippen daarvan flexibel: ook 's avonds en in het weekend. Er is minimaal acht tot tien uur uren face tot face contact per week. De precieze invulling van het traject hangt af van de doelen en mogelijkheden van het individuele gezin. De gezinstherapeuten helpen zo'n achttien gezinnen per jaar, maximaal twee of drie gezinnen tegelijkertijd. • Beperkte duur Een crisisinterventie neemt maximaal zes weken in beslag. De duur van een crisis – in de zin van verstoring van het evenwicht - is over het algemeen namelijk niet langer dan vier tot zes weken (Fairchild, 1997; in: Konijn et al., 2001). Volgens Callahan (1994) kan een 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).

	opvoedingsbelasting die ouders ervaren duidelijk minder. Maar ofschoon de scherpe kantjes er misschien af zijn, bleek uit de hoogte van de scores op de nameting dat er bij afsluiting van de hulp gemiddeld genomen nog sprake is van behoorlijke problemen. Families first Uit de resultaten blijkt dat Families First voor 99 procent de beoogde doelgroep bereikt, een behandeling biedt die voor 97 procent modelgetrouw is, tot een statistisch significante afname van gedragsproblemen en opvoedbelasting leidt tijdens de behandeling (met effectgroottes van resp. 1,00 en 0,67), deze afname laat stabiliseren tot een jaar na afsluiting, in 75 procent van de gevallen tot het voorkomen van uithuisplaatsing binnen één jaar leidt en volgens de mening van 82 procent van de ouders effectief is. Ambulante spoedhulp Volgens de families en crisiswerkers was de crisis afgenomen en de veiligheid	• Eén vaste hulpverlener met een back-up team De crisishulp wordt zoveel mogelijk door één hulpverlener verleend. Therapeuten werken in teams van 3-5 hulpverleners en een supervisor. 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). Ook aanvullende en ondersteunende interventies dienen goed aan te sluiten. • Deskundigheid De hulpverleners hebben minstens veertig uur intensieve training gehad van erkende trainers op het gebied van crisisinterventies. Daarnaast krijgen de hulpverleners nascholing en ondersteuning. Simington, Cargill & Hill (1996) concluderen op basis van een evaluatie van het Crisis Intervention Program (CIP) dat de effectiviteit samenhangt met onder meer de expertise van de hulpverlener. PROGRAMMA INHOUD • Inzetten op betrokkenheid en motivatie De therapeut zet expliciet in op de betrokkenheid en motivatie van het gezin. De therapeut brengt de motivatie van de gezinsleden in beeld en probeert indien mogelijk de motivatie te verbeteren. • Doelen en fasering Crisisinterventie is doelgericht en bevat volgens Fairchild (1997; in: Konijn et al., 2011) meerdere fasen. In de fase van crisismanagement gaat het om het vaststellen van de crisis (aanleiding, inschatting van risico's en mogelijkheden), counseling of interview met de cliënt en opstellen van een 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). De doelen hebben inhoudelijk betrekking op het bijeenhouden van het gezin of het opbouwen van de contacten van de gezinsleden onderling, het onderzoeken van de behoeften en krachten van het gezin en het aanleren of aanpassen van de coping strategieën van de verschillende gezinsleden (Evans, Boothroyd & Armstrong, 1997). Binnen het Homebuilders model is het essentieel dat de doelen samen met het gezin worden opgesteld. Ook worden de behaalde doelen in kaart gebracht tijdens de hulp en na afloop. Het aanbod wordt aangepast aan de wensen en behoeften van het individuele gezin. Hierdoor is de kans groter dat de doelen van de hulp behaald worden. • Cognitieve en gedragsmatige benadering De therapeut zet cognitieve en gedragsmatige interventies in om gedragsverandering te bewerkstelligen.
--	---	--

		toegenomen aan het einde van de Ambulante Spoedhulp. Ook na de interventie ervoeren zij echter nog enige mate van crisis. Naast afgenomen crisis en toegenomen veiligheid, werden er ook verbeteringen gevonden op het gebied van opvoedingsstress, ouderlijke competentie (bij moeders), gedragsproblemen van kinderen (volgens ouders) en ouder-kind-interactie (volgens moeders). De oplossingsgerichte benadering van Ambulante Spoedhulp, de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener, verlengde interventieduur en analyse van de gezinssituatie vertoonden samenhang met de gevonden verbeteringen. De gezinnen die te maken hadden met opvang buiten het gezin tijdens Ambulante Spoedhulp rapporteerden het veelal eens te zijn geweest met deze opvang en beoordeelden deze vorm van hulp als positief in hun situatie.	• Het aanleren van vaardigheden Door de gezinnen vaardigheden aan te leren zullen ze uiteindelijk zelf in staat zijn om effectiever met het dagelijks leven om te gaan. De therapeut doet vaardigheden voor, oefent met de gezinnen en geeft feedback. • Het bieden van concrete hulp De therapeut biedt concrete hulp die bijdraagt aan het behalen van de doelen. De studie van Ryan en Schuerman (2004) laat zien dat concrete hulp in de vorm van helpen bij huisvesting en het aanschaffen van kleding voor de kinderen in gezinnen met financiële problemen de kans op toekomstige kindermishandeling verkleint. • Belangenbehartiging De therapeut helpt de gezinnen door als belangenbehartiger op te treden bij instanties. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het aanvragen van schuldsanering of het aanvragen van subsidies. Wanneer er basale problemen zijn, bijvoorbeeld een grote kans op uithuiszetting, dan moeten deze eerst worden opgelost. Al doende leert de hulpverlener het gezin hoe het zijn eigen belangen kan behartigen. Algemeen werkzame factoren die gelden voor de gehele jeugdzorg (basisvoorwaarden): • 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, ook wel 'treatment integrity' of 'treatment fidelity' genoemd; • Voldoende professionaliteit, vooral training van de behandelaar; • Goede werkomstandigheden van de behandelaar wat betreft caseload, begeleiding en beveiliging.
--	--	---	--

Titel	Doel studie: Onderzoek	Belangrijkste resultaten waar werkzame factoren op gebaseerd zijn	Werkzame factoren
Uithuis- plaatsing: wat werkt? (Bartelink, 2013)	Geen crisis, maar gaat wel over voorkomen van uithuisplaatsing.	Het lijkt erop dat de intensieve pedagogische thuishulpprogramma's nauwelijks uithuisplaatsing voorkomen. Wel zorgen ze voor vermindering van gedragsproblematiek bij kinderen en een verbetering in de opvoedingsvaardigheden van ouders. Een belangrijke vraag, die met het huidige onderzoek nog niet beantwoord kan worden, is of er kenmerken van kinderen, ouders of gezinnen zijn die ervoor zorgen dat de kans van slagen van dit type interventie vergroot of verkleind wordt. Tevens kan op basis van de uitgevoerde onderzoeken niet gezegd worden tot wanneer het verantwoord is om intensieve pedagogische thuishulp in te zetten ter voorkoming van uithuisplaatsing.	Er is nog veel onduidelijk over bij welke gezinnen deze programma's effectief zijn en bij welke niet. Daarvoor is verder onderzoek nodig. Ook is het noodzakelijk dat er meer bekend wordt over de kenmerken van gezinnen waar 'een uithuisplaatsing dreigt'.
Building the Evidence Base for Intensive Family Preservation Services (Schweitzer et al., 2015).	Recentere literatuur over Family Preservation Services (IFPS)	Er is een significant effect gevonden op het aantal uithuisplaatsingen en herhaalde kindermishandeling, met name voor hoog risico gezinnen. Dit onderzoek laat zien dat het lastig is te bepalen welke families deze interventie nodig hebben, te garanderen dat de interventie goed wordt uitgevoerd en moeilijkheden met het gebruik van geschikte evaluatie methoden.	Op basis van het huidige onderzoek is het niet mogelijk om family preservation services een evidence based methode te noemen.

Bijlage 3 Resultaten enquête

3.1 Achtergrondgegevens

1. Bij welke organisatie bent u werkzaam (meerdere opties mogelijk)?

Type	Respons (n)
Vitree	2
Intermetzo	4
Triade	7
's Heerenloo	4
GGZ Centraal	1
Jeugd- en Gezinsteam Lelystad	1
Sociaal zorgteam Urk	0
Veilig Thuis Flevoland	3

2. Hoeveel jaren bent u werkzaam bij deze organisatie?

Jaren werkzaam bij org.	
Gemiddeld aantal jaren	10,81
Range	0-25

3. Uit hoeveel uur per week bestaat uw dienstverband als ambulant crisishulpverlener?

Werkuren per week	In uren
Gemiddeld aantal uur per week	19,45
Range	0-36

4. Vanuit welke gemeente bent u werkzaam (meerdere antwoorden mogelijk)?

Gemeente	Respons (n)
Almere	17
Dronten	7
Lelystad	8
Noordoostpolder	9
Urk	6
Zeewolde	7

5. Wat is uw functie?

Functie	Respons (n)
Gedragdeskundige (inhoudelijk verantwoordelijk voor uitvoering ambulante crisiszorg)	1
Ambulant hulpverlener	14
Systeemtherapeut	0
Pedagogisch werker	0
Maatschappelijk werker	0

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	1
Anders	5

'Anders' opties ingevuld: manager, medewerker crisisteam VTF, crisismedewerker VTF, crisismedewerker, coördinatie /gezinshulpverlener

6. Hoeveel jaren bent u werkzaam in uw huidige functie?

Jaren werkzaam in functie	
Gemiddeld aantal jaren	6,12
Range	0,6-25

7. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

Opleiding	Respons (n)
Lager onderwijs	0
Lager beroepsonderwijs	0
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (MAVO)	0
Hoger algemeen voortgezet onderwijs (HAVO) of voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)	0
Hoger beroepsonderwijs (HBO)	16
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	1
Post-HBO	4

8. In welk jaar heeft u uw opleiding afgerond?

Opleiding afgerond (jaar)	Respons
Gemiddeld jaar	2005
Jaarrange	1989-2015

9. Wat is uw geslacht?

Geslacht	Respons (n)	Percentage
Man	5	24%
Vrouw	16	76%

10. Wat is uw leeftijd?

Leeftijdscategorie	In jaren
Gemiddelde leeftijd	41,62
Leeftijdssrange	27-58

3.2 Ambulante crisishulpverlening

Belangrijke aspecten van ambulante crisishulp volgens de respondenten

Uit de open vragen van de enquête komt naar voren dat de respondenten het maken van een risico analyse, het maken van een veiligheidsplan, het direct kunnen starten, de samenwerking met andere

organisaties, het betrekken van het systeem en het in kaart brengen wat er precies gebeurd is, de flexibiliteit van de werker en het inzetten van vervolghulp de belangrijkste aspecten vinden van ambulante crisishulpverlening.

Factoren die volgens de respondenten voldoende in hun organisatie aanwezig zijn bevatten deskundige medewerkers, de snelheid waarmee hulp geboden kan worden, de flexibiliteit met betrekking tot het maken van overuren en de uitbetaling daarvan, en het inzetten van korte effectieve hulp.

Factoren die volgens de respondenten onvoldoende aanwezig zijn, zijn voldoende bekwame goed geschoolde flexibele ASH'ers.

“Het is een zwaar product, wat een hoge mate van flexibiliteit vraagt wat mijn inziens onmogelijk is als je een druk privé leven hebt, een klein contractje en niet alle dagen van de week kunt werken”

De respondenten geven aan dat er te weinig ASH'ers zijn, dat zij geen scholing hebben gehad en dat zij bijscholing missen (een verdieping van bestaande kennis). Ook missen de respondenten intercollegiale uitwisseling met andere hulpverlenende instanties om van elkaar te kunnen leren.

Daarnaast geven de respondenten aan dat zij nu nog niet altijd goed bereikbaar zijn, dat de teams klein en kwetsbaar zijn vooral in de vakantieperiode of wanneer er mensen uitvallen door ziekte.

Tot slot geven de respondenten aan dat er nog onduidelijkheid bestaat binnen hun organisatie. Zij noemen daarbij dat de aanmeldroute van het CCP niet helder is, dat de samenwerking met het CCP rommelig verloopt, onduidelijkheid over wanneer je een casus kunt verwachten en onduidelijkheid over welke verslaglegging zij moeten gebruiken.

11. Welke ambulante crisisinterventies worden er door uw organisatie ingezet (één of meerdere antwoorden mogelijk)?

Type	Respons (n)
Ambulante Spoedhulp (ASH)	18
Families First	0
Snelhulp	3
Anders:	5

'Anders' opties ingevuld: Ambulant Per Direct (2x), crisisinterventie om onveiligheid op te heffen, crisisdienst en IHT, Gezins Fact

3.3 Organisatie ambulante crisishulpverlening

Intensiteit

12. Hoeveel uur heeft u gemiddeld direct contact (face to face) per gezin?

Contacturen per week	In uren
Gemiddeld aantal contacturen per week	7,21
Range	0-40

12A. Hoeveel uur heeft u gemiddeld direct contact (face to face) per gezin?

Contacturen per week	In uren Veilig Thuis	In uren Overig (n = 16)
Gemiddeld aantal contacturen per week	5,67	8,41
Range	2-12	0-40

13. Ik heb voldoende direct contact per gezin.

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	7	33%
Mee eens	8	38%
Neutraal	2	10%
Niet mee eens	3	14%
Helemaal niet mee eens	1	5%

13A. Ik heb voldoende direct contact per gezin.

Antwoord	Respons (n) Veilig Thuis	Percentage Veilig Thuis	Respons (n = 16) Overig	Percentage Overig
Helemaal mee eens	1	33%	5	31%
Mee eens	2	67%	6	38%
Neutraal	0	0%	1	6%
Niet mee eens	0	0%	3	19%
Helemaal niet mee eens	0	0%	1	6%

14. Hoeveel gezinnen in crisis (zie definitie) begeleidt u gemiddeld per jaar?

Gemiddeld aantal gezinnen	Respons
Gemiddeld aantal gezinnen in crisis	16,94
Range	0-50

Extra antwoorden: Geen idee, via direct contact geen enkel gezin, '?'

14A Hoeveel gezinnen in crisis (zie definitie) begeleidt u gemiddeld per jaar?

Contacturen per week	Respons Veilig Thuis	Respons Overig (n = 13)
Gemiddeld aantal gezinnen in crisis	48,33	9,69
Range	45-50	0-30

Extra antwoorden: Geen idee, via direct contact geen enkel gezin, '?'

15. Bij hoeveel van deze gezinnen was er sprake van een crisissituatie zoals hierboven beschreven?

Crisissituatie	Respons
Gemiddeld aantal gezinnen met crisissituatie volgens definitie	13,69
Range	0-50

Extra antwoorden: Bijna alle gezinnen die binnen komen, heel wisselend

15A. Bij hoeveel van deze gezinnen was er sprake van een crisissituatie zoals hierboven beschreven?

Crisissituatie	Respons Veilig Thuis	Respons Overig (n = 13)
Gemiddeld aantal gezinnen met crisissituatie volgens definitie	40	7,62
Range	25-50	0-15

Extra antwoorden: Bijna alle gezinnen die binnen komen, heel wisselend

16. Hoeveel gezinnen in crisis begeleidt u tegelijkertijd op dit moment?

Begeleide gezinnen	Respons
Gemiddeld aantal begeleide gezinnen in crisis op dit moment	2,68
Range	0-10

16A. Hoeveel gezinnen in crisis begeleidt u tegelijkertijd op dit moment?

Begeleide gezinnen	Respons Veilig Thuis	Respons Overig (n = 16)
Gemiddeld aantal begeleide gezinnen in crisis op dit moment	8,67	1,56
Range	7-10	0-10

17. Mijn caseload is in balans met mijn werkuren

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	1	5%
Mee eens	9	43%
Neutraal	6	29%
Niet mee eens	4	19%
Helemaal niet mee eens	1	5%

16A. Mijn caseload is in balans met mijn werkuren

Antwoord	Respons (n) Veilig Thuis	Percentage Veilig Thuis	Respons (n = 16) Overig	Percentage Overig
Helemaal mee eens	0	0%	1	6%
Mee eens	0	0%	9	56%
Neutraal	2	67%	2	13%
Niet mee eens	1	33%	3	19%
Helemaal niet mee eens	0	0%	1	6%

Uit de open vragen blijkt dat een te hoge caseload door de respondenten wordt ervaren als een belangrijk knelpunt. Zij geven daarbij aan dat zij als werknemer stevig in hun schoenen moeten staan om ervoor te zorgen dat zij niet teveel overwerken. Zij geven aan dat het rekenmodel (3 uur per week per gezin) geen rekening houdt met het schrijven van verslagen, coaching, intervisie en vergaderingen.

De respondenten geven met name aan dat het combineren van hun huidige caseload met hun crisiscaseload een uitdaging is.

“Ik werk 30 uur op contract, 25 uur gevuld met caseload. Met 1 crisis erbij werk je zomaar 35-36 uur per week. Ik ben op vrijdag vrij. Ik lever dus in op kwaliteit in mijn reguliere caseload, omdat ik de crisis voorrang geef.”

Een aantal respondenten geeft aan hier een goede constructie voor te hebben gevonden met hun werkgever. Zij hebben bijvoorbeeld een contract dat uitgebreid kan worden of kunnen de gemaakte overuren later weer opnemen of laten uitbetalen.

“Ik heb een min max contract 16-24 uur en heb de mogelijkheid, zowel privé als vanuit mijn werkgever om meer dan 24 uur te draaien. Dit komt dan ook regelmatig voor. Dit is mijn eigen keuze, ik ben hierin zeer flexibel. Dit ervaar ik als prettig, mijn werkgever is hier ook zeer content mee.”

Beschikbaarheid

18. Ik ben 24/7 beschikbaar voor een gezin

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	0	0%
Mee eens	3	14%
Neutraal	3	14%
Niet mee eens	10	48%
Helemaal niet mee eens	5	24%

De respondenten geven in de open vragen aan dat de flexibiliteit en bereikbaarheid die gevraagd wordt niet altijd realiseerbaar is. Door het onverwachte karakter van een crisis is het plannen van de inzetbaarheid een uitdaging. Daarnaast zijn de teams klein en is het lastig werkers te vinden die op meerdere dagen willen werken.

19. In de afgelopen maand, hoe vaak heeft u crisisinterventies en contacten gehad in het weekend (zaterdag en zondag)?

Crisis in weekend	Respons
Gemiddeld aantal crisissen in weekend	0,7
Range	0-5

20. In de afgelopen maand, hoe vaak heeft u crisisinterventies en contacten gehad in de avond en/of nacht (na 18 uur, voor 6 uur 's ochtends)?

Crisis in avond/nacht	Respons
Gemiddeld aantal crisissen in de avond en/of nacht	2,05
Range	0-10

21. In de afgelopen maand, hoe vaak heeft u crisisinterventies en contacten gehad in de ochtend (na 6 uur 's ochtends, voor 8 uur)?

Crisis in de ochtend	Respons
Gemiddeld aantal crisissen in de ochtend	0,63

Range	0-6
--------------	-----

22. Ik heb altijd binnen 24 uur na de crisismelding een intake gedaan.

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	6	29%
Mee eens	7	33%
Neutraal	5	24%
Niet mee eens	3	14%
Helemaal niet mee eens	0	0%

23. Er is altijd binnen 24 uur na de intake hulp beschikbaar voor het gezin

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	7	33%
Mee eens	9	43%
Neutraal	1	5%
Niet mee eens	2	10%
Helemaal niet mee eens	2	10%

De respondenten geven aan dat de flexibiliteit en bereikbaarheid die gevraagd wordt niet altijd realiseerbaar is. Door het onverwachte karakter van een crisis is het plannen van de inzetbaarheid een uitdaging. Daarnaast zijn de teams klein en is het lastig werkers te vinden die op meerdere dagen willen werken.

Hulpverlening in de eigen omgeving

24. Ik verleen altijd hulp in de omgeving van het gezin.

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	9	43%
Mee eens	8	38%
Neutraal	3	14%
Niet mee eens	1	5%
Helemaal niet mee eens	0	0%

25. Ik heb voldoende zicht op de omstandigheden thuis.

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	3	14%
Mee eens	13	62%
Neutraal	4	19%
Niet mee eens	1	5%
Helemaal niet mee eens	0	0%

26. Het lukt mij altijd om gezinsleden goed betrokken te houden.

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	4	19%
Mee eens	8	38%
Neutraal	6	29%
Niet mee eens	3	14%
Helemaal niet mee eens	0	0%

Duur traject

27. Hoe lang duurt een gemiddeld hulpverleningstraject na de start (in dagen)?

Duur hulpverleningstraject	Respons (in dagen)
Gemiddeld aantal dagen	25,44
Range	1-47

27A. Hoe lang duurt een gemiddeld hulpverleningstraject na de start (in dagen)?

Duur hulpverleningstraject	Respons (in dagen) Veilig Thuis	Respons (in dagen) Overig (n = 15)
Gemiddeld aantal dagen	13	27,93
Range	1-24	20-47

28. Hoe lang vind je dat het gemiddeld zou moeten duren (in dagen)?

Duur hulpverleningstraject	Respons (in dagen)
Gemiddeld aantal dagen	23,74
Range	1-35

28A. Hoe lang vind je dat het gemiddeld zou moeten duren (in dagen)?

Duur hulpverleningstraject	Respons (in dagen) Veilig Thuis	Respons (in dagen) Overig (n = 16)
Gemiddeld aantal dagen	13	25,75
Range	1-24	14-35

Consistentie hulpverlening

29. Uit hoeveel hulpverleners bestaat uw team?

Aantal hulpverleners in team	Respons
Gemiddeld aantal hulpverleners	5,90
Range	1-18

30. Crisishulpverlening wordt altijd verleend door 1 hulpverlener met een back up team

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	4	19%
Mee eens	10	48%
Neutraal	4	19%
Niet mee eens	3	14%
Helemaal niet mee eens	0	0%

Samenwerking

31. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met andere hulpverleners binnen uw eigen organisatie?

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	5	24%
Tevreden	10	48%
Neutraal	3	14%

Ontevreden	2	10%
Heel ontevreden	1	5%

De respondenten geven in de open vragen over de samenwerking met professionals binnen de eigen organisatie aan dat de bereidwilligheid tot samenwerking binnen de teams groot is, dat er snel met elkaar wordt meegedacht. Een aantal respondenten geeft aan hier voldoende tijd en ruimte voor te hebben, andere respondenten geven aan dat de mogelijkheden tot samenwerking soms beperkt zijn gezien de tijdsdruk en het afwisselend aanwezig zijn van medewerkers.

32. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met andere professionals buiten uw eigen organisatie (bijvoorbeeld scholen, politie, justitie, GGZ)?

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	0	0%
Tevreden	14	67%
Neutraal	3	14%
Ontevreden	4	19%
Heel ontevreden	0	0%

Uit de open vragen over de samenwerking met professionals buiten de eigen organisatie blijkt dat de respondenten over het algemeen tevreden zijn over de samenwerking met externe partijen. Een aantal respondenten geeft aan dat zij het idee hebben nu serieuzer genomen te worden door andere partijen wanneer zij benoemen een ASH'er te zijn. Andere respondenten geven aan dat andere organisaties soms het belang van snel handelen niet inzien, zelf iets willen vinden van de casus of dat het onduidelijk is wie de regie heeft over de casus na het ASH traject. Dit belemmert volgens hen de hulpverlening.

“Ik merk nu steeds vaker dat ze je advies in twijfel trekken en er zelf iets van willen vinden. Hierdoor krijg je kinderen bijvoorbeeld niet op de plek waar ze volgens de visie van ASH zouden horen.”

“het is vaak niet duidelijk wie na het ASH traject regie heeft over in te zetten vervolghulp. Soms duurt dit te lang en is het gezin ‘zwevend’. Deze gezinnen blijven onnodig in je rugzak zitten.”

Verder geven zij aan dat knelpunten zijn dat zij soms niet weten wie zij waarvoor moeten benaderen, niet weten hoe de lijntjes moeten lopen, en andere partijen soms de noodzaak niet inzien waardoor zij traag reageren of niet alle informatie geven. De respondenten geven aan dat zij deze collega's graag zouden willen ontmoeten zodat zij weten wie zij waarvoor moeten benaderen en sneller contact kunnen leggen. Daarnaast geven zij aan dat niet iedereen weet wat ASH inhoudt, waardoor andere partijen vaak het gevoel hebben alles bij de ASH'er neer te kunnen leggen.

33. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking andere hulpverlenersorganisaties/collega aanbieders?

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	1	5%
Tevreden	9	43%
Neutraal	9	43%
Ontevreden	1	5%
Heel ontevreden	1	5%

In de open vragen over de samenwerking met andere organisaties/ collega aanbieders geven de respondenten relatief vaak aan dat zij hier geen ervaring mee hebben of dat deze samenwerking er niet is.

“Ik ken ze niet. Nog nooit contact mee gehad. Geen idee hoe ze werken. Daar zou ik heel graag verandering in zien.”

Daarnaast geven zij aan dat de onderlinge concurrentie tussen organisaties de samenwerking soms in de weg staat.

“Communicatie is soms moeilijk. Het belang van de organisatie staat soms boven het belang van de hulpvraag.”

“Gedeeltelijk ben je elkaars concurrenten, dit geldt dan voor collega’s die dezelfde producten aanbieden zoals Triade en Vitree”

34. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met verwijzers (zoals lokale toegang, huisartsen, medisch specialisten, Veilig Thuis, Samen Veilig, William Schrikker Stichting, Leger des Heils etc.)?

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	1	5%
Tevreden	10	48%
Neutraal	8	38%
Ontevreden	2	10%
Heel ontevreden	0	0%

Een aantal respondenten geeft in de open vragen over de samenwerking met verwijzers aan tevreden te zijn over de samenwerking. Zij geven daarbij aan dat de bereidheid er is, dat de verwachtingen en taakverdeling helder is. Het merendeel van de respondenten geeft echter aan dat er ook knelpunten zijn in de samenwerking. De casussen die ingebracht worden zijn niet altijd passend, er wordt een gezamenlijk start, evaluatie en eindmoment gemist en de bereikbaarheid is vaak niet optimaal.

“Als ik hen bel zijn ze niet bereikbaar en moet ik een mail sturen, waarna ik een mail ontvang dat ze niet snappen wat ze met mijn mail aan moeten.”

Daarnaast geven respondenten aan dat verwijzers vaak niet op de hoogte zijn van hun taken.

“Het lijkt soms dat zodra ASH gestart is, plaatsers alles loslaten. Dit is niet de bedoeling. Het vergt dan enige inzet van de ASH medewerker om dit toch voor elkaar te krijgen. Jammer van de tijd en de energie”

Wanneer meerdere organisaties betrokken zijn bij een casus lijkt er onduidelijkheid te ontstaan over wie wat doet.

“Wanneer er binnen een crisis een crisis ontstaat dan is het veel naar elkaar wijzen of over de schutting gooien ondanks één gezin, één plan. Hierdoor vaak veel vertraging en onnodige stress voor gezin en hulpverleners”

Tot slot wordt er aangegeven dat het jammer is dat de verwijzer niet bij de evaluatie en eindgesprek is. Hierdoor duurt het soms lang voordat vervolghulp wordt ingezet. Een andere reden voor vertraging m.b.t het inzetten van de juiste vervolghulp zijn wachtlijsten.

35. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met de lokale toegang van gemeenten?

Er zijn 6 gemeenten, geef aan per gemeente hoe je de samenwerking ervaart:

Noordoostpolder (NOP)

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	1	5%
Tevreden	6	29%
Neutraal	12	57%
Ontevreden	2	10%
Heel ontevreden	0	0%

Almere

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	0	0%
Tevreden	7	33%
Neutraal	10	48%
Ontevreden	3	14%
Heel ontevreden	1	5%

Lelystad

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	0	0%
Tevreden	9	43%
Neutraal	10	48%
Ontevreden	2	10%
Heel ontevreden	0	0%

Dronten

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	0	0%
Tevreden	10	48%
Neutraal	11	52%
Ontevreden	0	0%
Heel ontevreden	0	0%

Urk

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	0	0%
Tevreden	4	19%
Neutraal	17	81%
Ontevreden	0	0%
Heel ontevreden	0	0%

Zeewolde

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	1	5%
Tevreden	5	24%
Neutraal	15	71%
Ontevreden	0	0%
Heel ontevreden	0	0%

36. In welke mate bent u tevreden over het verlopen van de (indien van toepassing) verwijzing naar andere zorg/ hulpverlening?

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Heel tevreden	0	0%
Tevreden	5	24%
Neutraal	6	29%
Ontevreden	8	38%
Heel ontevreden	2	10%

Training en opleiding

37. Ik voel mij expert op mijn vakgebied (= ambulante crisishulpverlening)

Antwoord	Respons (n) Veilig Thuis	Percentage Veilig Thuis	Respons (n = 18) Overig	Percentage Overig
Helemaal mee eens	2	67%	1	6%
Mee eens	1	33%	8	44%
Neutraal	0	0%	6	33%
Niet mee eens	0	0%	2	11%
Helemaal niet mee eens	0	0%	1	6%

38. Ik krijg voldoende nascholing en ondersteuning

Antwoord	Respons (n) Veilig Thuis	Percentage Veilig Thuis	Respons (n = 18) Overig	Percentage Overig
Helemaal mee eens	0	0%	0	0%
Mee eens	1	33%	4	22%
Neutraal	1	33%	8	44%
Niet mee eens	1	33%	5	28%
Helemaal niet mee eens	0	0%	1	6%

39. Ik heb minstens 40 uur aan intensieve training gehad op het gebied van crisisinterventies.

Antwoord	Respons (n) Veilig Thuis	Percentage Veilig Thuis	Respons (n = 18) Overig	Percentage Overig
Ja	3	100%	7	39%
Nee	0	0%	11	61%

Een aantal respondenten geeft in de open vragen aan dat zij te weinig scholing hebben gehad en te weinig kennis en vaardigheden hebben. Het merendeel van de respondenten geeft in de open vragen aan graag meer scholing te willen, zoals nascholing, intervisie en ondersteuning door collega's. Zij

geven aan dat het lastig is om in contact te komen met de gedragsdeskundige, dat onderling overleg moeilijk in te plannen is vanwege de kleine teams, en dat het initiatief tot casus overleg of intervisie met een gedragsdeskundige bij hen ligt. Tot slot geven een aantal respondenten aan dat wanneer zij onregelmatig worden ingezet het lastig is om weer in het ambulante crisiswerk te komen, zij moeten hier dan weer aan wennen.

3.4 Inhoud ambulante crisishulpverlening

40. Alle jeugdigen en hun gezin in mijn caseload hebben ambulante crisishulpverlening nodig.

Antwoord	Respons (n)	Percentage
Helemaal mee eens	2	10%
Mee eens	6	29%
Neutraal	2	10%
Niet mee eens	9	43%
Helemaal niet mee eens	2	10%

Het in kaart brengen van de motivatie en het motiveren van het gezin, het gebruiken van interventies die het best passen bij de situatie, het aanpassen van het aanbod op de behoeften van het gezin, het focussen op het bij elkaar houden van het gezin het evalueren van de situatie na 14 dagen behoren tot de zaken die relatief veel respondenten noemen die altijd lukken bij ambulante crisishulpverlening. Het aanleren van vaardigheden die gezinnen in staat stellen effectiever met het dagelijks leven om te gaan en de focus op het bij elkaar houden van het gezin en het aanpassen van het aanbod op de behoeften van het gezin worden genoemd als aspecten die niet altijd lukken. Het optreden als belangenbehartiger voor gezinnen bij instanties, het bieden van praktische hulp en het voordoen van vaardigheden, het oefenen van vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback als onderdeel van het dagelijks werk worden relatief vaak genoemd als zaken die nooit lukken (zie tabel 40A, 40B, en 40C).

40A. Kunt u de aspecten van ambulante crisishulpverlening die u altijd lukken om toe te passen omcirkelen?

Aspect	Respons (n)
Ik breng altijd de motivatie van het gezin in beeld	16
Ik probeer indien nodig de motivatie van het gezin te optimaliseren	19
Het gezin is altijd mijn uitgangspunt bij de crisishulpverlening	15
Ik stel altijd samen met het gezin de doelen op	11
Ik breng altijd de voortgang m.b.t te behalen doelen in kaart met het gezin tijdens de hulpverlening	13
Ik breng altijd de te behalen doelen in kaart met het gezin bij het beëindigen van de hulpverlening	15
Ik pas altijd het aanbod aan op de wensen en behoeften van het gezin	11
De focus van de crisishulpverlening is altijd het bij elkaar houden van het gezin en/of het opbouwen van contacten tussen gezinsleden onderling	10
Ik maak altijd gebruik van interventies die het best passen bij crisissituatie om gedragsveranderingen te bewerkstelligen	15
Door de vaardigheden die ik gezinnen aanleer zijn zij beter in staat om effectiever met het dagelijks leven om te gaan	6
Het voordoen van vaardigheden, het oefenen van deze vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback aan	9

gezinne zijn onderdeel van mijn dagelijks werk.	
Ik bied praktische hulp als dit nodig is (helpen bij huisvesting, aanschaffen van kleding)	7
Ik treed op als belangenbehartiger van gezinnen bij instanties (bijvoorbeeld het aanvragen van schuldsanering en het aanvragen van subsidies)	3
Ik evalueer altijd binnen 14 dagen na de start de resultaten van de ambulante crisishulpverlening met het jeugdige, gezin en indien van toepassing de verwijzer.	11

40B. Kunt u de aspecten van ambulante crisishulpverlening die u niet altijd lukken om toe te passen omcirkelen?

Aspect	Respons (n)
Ik breng altijd de motivatie van het gezin in beeld	3
Ik probeer indien nodig de motivatie van het gezin te optimaliseren	0
Het gezin is altijd mijn uitgangspunt bij de crisishulpverlening	3
Ik stel altijd samen met het gezin de doelen op	5
Ik breng altijd de voortgang m.b.t te behalen doelen in kaart met het gezin tijdens de hulpverlening	1
Ik breng altijd de te behalen doelen in kaart met het gezin bij het beëindigen van de hulpverlening	1
Ik pas altijd het aanbod aan op de wensen en behoeften van het gezin	7
De focus van de crisishulpverlening is altijd het bij elkaar houden van het gezin en/of het opbouwen van contacten tussen gezinsleden onderling	8
Ik maak altijd gebruik van interventies die het best passen bij crisissituatie om gedragsveranderingen te bewerkstelligen	2
Door de vaardigheden die ik gezinnen aanleer zijn zij beter in staat om effectiever met het dagelijks leven om te gaan	8
Het voordoen van vaardigheden, het oefenen van deze vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback aan gezinnen zijn onderdeel van mijn dagelijks werk.	6
Ik bied praktische hulp als dit nodig is (helpen bij huisvesting, aanschaffen van kleding)	8
Ik treed op als belangenbehartiger van gezinnen bij instanties (bijvoorbeeld het aanvragen van schuldsanering en het aanvragen van subsidies)	12
Ik evalueer altijd binnen 14 dagen na de start de resultaten van de ambulante crisishulpverlening met het jeugdige, gezin en indien van toepassing de verwijzer.	5

40C. Kunt u de aspecten van ambulante crisishulpverlening die u nooit lukken om toe te passen omcirkelen?

Aspect	Respons (n)
Ik breng altijd de motivatie van het gezin in beeld	0
Ik probeer indien nodig de motivatie van het gezin te optimaliseren	0
Het gezin is altijd mijn uitgangspunt bij de crisishulpverlening	0
Ik stel altijd samen met het gezin de doelen op	1

Ik breng altijd de voortgang m.b.t te behalen doelen in kaart met het gezin tijdens de hulpverlening	0
Ik breng altijd de te behalen doelen in kaart met het gezin bij het beëindigen van de hulpverlening	0
Ik pas altijd het aanbod aan op de wensen en behoeften van het gezin	0
De focus van de crisishulpverlening is altijd het bij elkaar houden van het gezin en/of het opbouwen van contacten tussen gezinsleden onderling	2
Ik maak altijd gebruik van interventies die het best passen bij crisissituatie om gedragsveranderingen te bewerkstelligen	1
Door de vaardigheden die ik gezinnen aanleer zijn zij beter in staat om effectiever met het dagelijks leven om te gaan	4
Het voordoen van vaardigheden, het oefenen van deze vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback aan gezinnen zijn onderdeel van mijn dagelijks werk.	5
Ik bied praktische hulp als dit nodig is (helpen bij huisvesting, aanschaffen van kleding)	8
Ik treed op als belangenbehartiger van gezinnen bij instanties (bijvoorbeeld het aanvragen van schuldsanering en het aanvragen van subsidies)	7
Ik evalueer altijd binnen 14 dagen na de start de resultaten van de ambulante crisiszorg met het jeugdige, gezin en indien van toepassing de verwijzer.	1

Bijlage 4 Enquête ‘Ambulante crisishulpverlening

‘Enquête ambulante crisishulpverlening’

Deze enquête

Voor u ligt de enquête ‘Ambulante crisishulpverlening’ van het Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg van Windesheim Flevoland. Het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg monitort de veranderingen in het Zorglandschap Flevoland Jeugd.

In het kader van dit onderzoek ontvangt u deze enquête. Het doel van deze enquête is het in kaart brengen van de ambulante crisishulpverlening in Flevoland. U bent uitgenodigd om deze enquête in te vullen omdat u ambulante crisishulpverlening verleent aan gezinnen.

Wij willen u alvast hartelijk bedanken voor uw medewerking!

Ambulante crisishulpverlening

Wij willen u vragen om deze enquête in te vullen over ambulante crisishulpverlening. Daaronder verstaan wij:

Ambulante crisishulp is intensieve hulp aan de jeugdige en zijn gezin en/of netwerk. Deze vorm duurt in principe maximaal vier weken. Het doel van ambulante crisishulp is het oplossen van acute problemen, het herstellen van het evenwicht in het gezin en het voorkomen van een uithuisplaatsing van één of meer kinderen (overgenomen uit: ‘Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen?’).

Anonimiteit

Er zal vertrouwelijk omgegaan worden met uw gegevens. Deze zijn niet herleidbaar tot individuele personen en zullen alleen worden ingezien door onderzoekers van Windesheim Flevoland.

Vragen of opmerkingen

Als u vragen of opmerkingen heeft over deze enquête kunt u een bericht sturen naar monitorzorglandschap@windesheimflevoland.nl

[START ENQUÊTE]

Deel 1: Achtergrondgegevens

Bij welke organisatie bent u werkzaam (meerdere opties mogelijk)?

1. Vitree
2. Intermetzo
3. Triade
4. 'S Heerenloo
5. GGZ Centraal
6. Jeugd- en gezinsteam Lelystad
7. Sociaal zorgteam Urk
8. Overig: [open]

Hoeveel jaren bent u werkzaam bij deze organisatie?

[open]

Uit hoeveel uur per week bestaat uw dienstverband als ambulant crisishulpverlener?

[open] uur per week

Vanuit welke gemeente bent u werkzaam?

1. Almere
2. Dronten
3. Lelystad
4. Noordoostpolder
5. Urk
6. Zeewolde

Functie

1. Gedragsdeskundige (inhoudelijk verantwoordelijk voor uitvoering ambulante crisiszorg))
2. Ambulant Hulpverlener
3. Systeemtherapeut
4. Pedagogisch werker
5. Maatschappelijk werker
6. Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
7. Anders, nl. [open]

Hoeveel jaren bent u werkzaam in uw huidige functie?

[open]

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

1. Lager onderwijs
2. Lager beroepsonderwijs
3. Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
4. Hoger algemeen voortgezet onderwijs en VWO
5. Hoger beroepsonderwijs (HBO)
6. Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
7. Anders, namelijk [open]

In welk jaar heeft u uw opleiding afgerond?

[open]

Wat is uw sekse?

1. Man
2. Vrouw

Wat is uw leeftijd?

[open]

Deel 2: Ambulante crisishulpverlening

1. Wat vindt u de belangrijkste aspecten van ambulante crisishulp?

- 1 [open]
- 2 [open]
- 3 [open]
- 4 [open]
- 5 [open]
- 6 [open]
- 7 [open]
- 8 [open]
- 9 [open]
- 10 [open]

2. Welke van deze aspecten zijn volgens u voldoende aanwezig in uw organisatie? U kunt deze aspecten omcirkelen:

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Toelichting

[open]

3. Welke van deze aspecten zijn volgens u ONVOLDOENDE aanwezig in uw organisatie? U kunt deze aspecten omcirkelen:

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Toelichting

[open]

4. Welke ambulante crisisinterventies worden er door uw organisatie ingezet (een of meerdere antwoorden mogelijk):

1. Ambulante Spoedhulp (ASH)
2. Families First
3. Snelhulp
4. Anders, namelijk [open]

Deel 3: Organisatie ambulante crisishulpverlening

In deze enquête hanteren wij de volgende definitie van een crisissituatie:

Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. Door de ontregeling die plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort (Hoekert, Lommerse & Beunderman, 2000). 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 poging tot zelfdoding (overgenomen uit: 'Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen?').

Intensiteit

1. Hoeveel uur heeft u gemiddeld direct contact (face to face) per gezin?

[open]

2. Ik heb voldoende direct contact per gezin.

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

Toelichting

[open]

3. Hoeveel gezinnen *in crisis* (zie definitie) begeleidt u gemiddeld per jaar?

[open]

4. Bij hoeveel van deze gezinnen was er sprake van een crisissituatie zoals hierboven beschreven?

[open]

5. Hoeveel gezinnen *in crisis* begeleidt u tegelijkertijd op dit moment?

[open]

6. Mijn caseload is in balans met mijn werkuren

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

Toelichting

[open]

Beschikbaarheid

1. Ik ben 24/7 beschikbaar voor een gezin

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

2. In de afgelopen maand, hoe vaak heeft u crisisinterventies en contacten gehad in het weekend (zaterdag en zondag)?

[open]

3. In de afgelopen maand, hoe vaak heeft u crisisinterventies en contacten gehad in de avond en/of nacht (na 18 uur, voor 6 uur 's ochtends)?

[open]

4. In de afgelopen maand, hoe vaak heeft u crisisinterventies en contacten gehad in de ochtend (na 6 uur 's ochtends, voor 8 uur)?

[open]

5. Ik heb altijd binnen 24 uur na de crisismelding een intake gedaan.

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

6. Er is altijd binnen 24 uur na de intake hulp beschikbaar voor het gezin

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

Hulpverlening in de eigen omgeving

1. Ik verleen altijd hulp in de omgeving van het gezin.

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

2. Ik heb voldoende zicht op de omstandigheden thuis.

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

3. Het lukt mij altijd om gezinsleden goed betrokken te houden.

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

Duur traject

1. Hoe lang duurt een gemiddeld hulpverleningstraject na de start?

[open]

2. Hoe lang vind je dat het gemiddeld zou moeten duren?

[open]

Consistentie hulpverlening

1. Uit hoeveel hulpverleners bestaat uw team?

[open]

2. Crisishulpverlening wordt altijd verleend door 1 hulpverlener met een back up team

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

Toelichting

[open]

Samenwerking

1. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met andere hulpverleners binnen uw eigen organisatie?

1. Heel tevreden
2. Tevreden
3. Neutraal
4. Ontevreden
5. Heel ontevreden

Toelichting

[open]

2. Ik welke mate bent u tevreden over de samenwerking met andere professionals buiten uw eigen organisatie (bijvoorbeeld scholen, politie, justitie, GGZ)?

6. Heel tevreden
7. Tevreden
8. Neutraal
9. Ontevreden
10. Heel ontevreden

Toelichting

[open]

3. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking andere hulpverlenersorganisaties/ collega aanbieders?

1. Heel tevreden
2. Tevreden
3. Neutraal
4. Ontevreden
5. Heel ontevreden

Toelichting

[open]

4. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met verwijzers (zoals lokale toegang, huisartsen, medisch specialisten, Veilig Thuis, Samen Veilig, William Schrikker Stichting, Leger des Heils etc.)?

1. Heel tevreden
2. Tevreden
3. Neutraal
4. Ontevreden
5. Heel ontevreden

Toelichting [open]

5. In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met de lokale toegang van gemeenten?

Er zijn 6 gemeenten, geef aan per gemeente hoe je de samenwerking ervaart:

10.1 Noordoostpolder (NOP)

- 10.1.1 Heel tevreden
- 10.1.2 Tevreden
- 10.1.3 Neutraal
- 10.1.4 Ontevreden
- 10.1.5 Heel ontevreden
- 10.1.6 Niet van toepassing

10.2 Almere

- 10.2.1 Heel tevreden
- 10.2.2 Tevreden
- 10.2.3 Neutraal
- 10.2.4 Ontevreden
- 10.2.5 Heel ontevreden
- 10.2.6 Niet van toepassing

10.3 Lelystad

- 10.3.1 Heel tevreden
- 10.3.2 Tevreden
- 10.3.3 Neutraal
- 10.3.4 Ontevreden
- 10.3.5 Heel ontevreden
- 10.3.6 Niet van toepassing

10.4 Dronten

- 10.4.1 Heel tevreden
- 10.4.2 Tevreden
- 10.4.3 Neutraal
- 10.4.4 Ontevreden
- 10.4.5 Heel ontevreden
- 10.4.6 Niet van toepassing

10.5 Urk

- 10.5.1 Heel tevreden
- 10.5.2 Tevreden
- 10.5.3 Neutraal
- 10.5.4 Ontevreden

- 10.5.5 Heel ontevreden
- 10.5.6 Niet van toepassing

10.6 Zeewolde

- 10.6.1 Heel tevreden
- 10.6.2 Tevreden
- 10.6.3 Neutraal
- 10.6.4 Ontevreden
- 10.6.5 Heel ontevreden
- 10.6.6 Niet van toepassing

Toelichting

[open]

6. In welke mate bent u tevreden over het verlopen van de (indien van toepassing) verwijzing naar andere zorg/ hulpverlening?

- 1. Heel tevreden
- 2. Tevreden
- 3. Neutraal
- 4. Ontevreden
- 5. Heel ontevreden

Toelichting

[open]

Training en opleiding

1. Ik voel mij expert op mijn vakgebied (= ambulante crisishulpverlening)

- 1. Helemaal mee eens
- 2. Mee eens
- 3. Neutraal
- 4. Oneens
- 5. Helemaal mee oneens

40. Ik krijg voldoende nascholing en ondersteuning

- 1. Helemaal mee eens
- 2. Mee eens
- 3. Neutraal
- 4. Oneens
- 5. Helemaal mee oneens

Toelichting

[open]

41. Ik heb minstens 40 uur aan intensieve training gehad op het gebied van crisisinterventies.

- 6. Ja
- 7. Nee

Deel 4: Inhoud ambulante crisishulpverlening

1. Alle jeugdigen en hun gezin in mijn caseload hebben ambulante crisishulpverlening nodig.

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Oneens
5. Helemaal mee oneens

Toelichting

[open]

2. A. Kunt u de aspecten van ambulante crisishulpverlening die u altijd lukken om toe te passen omcirkelen?

- ☐ Ik breng altijd de motivatie van het gezin in beeld
- ☐ Ik probeer indien nodig de motivatie van het gezin te optimaliseren
- ☐ Het gezin is altijd mijn uitgangspunt bij de crisishulpverlening
- ☐ Ik stel altijd samen met het gezin de doelen op
- ☐ Ik breng altijd de voortgang m.b.t te behalen doelen in kaart met het gezin tijdens de hulpverlening
- ☐ Ik breng altijd de te behalen doelen in kaart met het gezin bij het beëindigen van de hulpverlening
- ☐ Ik pas altijd het aanbod aan op de wensen en behoeften van het gezin
- ☐ De focus van de crisishulpverlening is altijd het bij elkaar houden van het gezin en/of het opbouwen van contacten tussen gezinsleden onderling
- ☐ Ik maak altijd gebruik van interventies die het best passen bij crisissituatie om gedragsveranderingen te bewerkstelligen
- ☐ Door de vaardigheden die ik gezinnen aanleer zijn zij beter in staat om effectiever met het dagelijks leven om te gaan
- ☐ Het voordoen van vaardigheden, het oefenen van deze vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback aan gezinnen zijn onderdeel van mijn dagelijks werk.
- ☐ Ik bied praktische hulp als dit nodig is (helpen bij huisvesting, aanschaffen van kleding)
- ☐ Ik treed op als belangenbehartiger van gezinnen bij instanties (bijvoorbeeld het aanvragen van schuldsanering en het aanvragen van subsidies)
- ☐ Ik evalueer altijd binnen 14 dagen na de start de resultaten van de ambulante crisiszorg met het jeugdige, gezin en indien van toepassing de verwijzer.

B. Kunt u aangeven waarom u dit altijd lukt?

[open]

3. A. Kunt u de aspecten van ambulante crisishulpverlening die u niet altijd lukken om toe te passen omcirkelen?

- ☐ Ik breng altijd de motivatie van het gezin in beeld
- ☐ Ik probeer indien nodig de motivatie van het gezin te optimaliseren
- ☐ Het gezin is altijd mijn uitgangspunt bij de crisishulpverlening
- ☐ Ik stel altijd samen met het gezin de doelen op
- ☐ Ik breng altijd de voortgang m.b.t te behalen doelen in kaart met het gezin tijdens de hulpverlening
- ☐ Ik breng altijd de te behalen doelen in kaart met het gezin bij het beëindigen van de hulpverlening
- ☐ Ik pas altijd het aanbod aan op de wensen en behoeften van het gezin
- ☐ De focus van de crisishulpverlening is altijd het bij elkaar houden van het gezin en/of het opbouwen van contacten tussen gezinsleden onderling

- Ik maak altijd gebruik van interventies die het best passen bij crisissituatie om gedragsveranderingen te bewerkstelligen
- Door de vaardigheden die ik gezinnen aanleer zijn zij beter in staat om effectiever met het dagelijks leven om te gaan
- Het voordoen van vaardigheden, het oefenen van deze vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback aan gezinnen zijn onderdeel van mijn dagelijks werk.
- Ik bied praktische hulp als dit nodig is (helpen bij huisvesting, aanschaffen van kleding)
- Ik treed op als belangenbehartiger van gezinnen bij instanties (bijvoorbeeld het aanvragen van schuldsanering en het aanvragen van subsidies)
- Ik evalueer altijd binnen 14 dagen na de start de resultaten van de ambulante crisiszorg met het jeugdige, gezin en indien van toepassing de verwijzer.

B. Kunt u aangeven waarom u dit soms lukt?

[open]

4. A. Kunt u de aspecten van ambulante crisishulpverlening die u nooit lukken om toe te passen omcirkelen?

- Ik breng altijd de motivatie van het gezin in beeld
- Ik probeer indien nodig de motivatie van het gezin te optimaliseren
- Het gezin is altijd mijn uitgangspunt bij de crisishulpverlening
- Ik stel altijd samen met het gezin de doelen op
- Ik breng altijd de voortgang m.b.t te behalen doelen in kaart met het gezin tijdens de hulpverlening
- Ik breng altijd de te behalen doelen in kaart met het gezin bij het beëindigen van de hulpverlening
- Ik pas altijd het aanbod aan op de wensen en behoeften van het gezin
- De focus van de crisishulpverlening is altijd het bij elkaar houden van het gezin en/of het opbouwen van contacten tussen gezinsleden onderling
- Ik maak altijd gebruik van interventies die het best passen bij crisissituatie om gedragsveranderingen te bewerkstelligen
- Door de vaardigheden die ik gezinnen aanleer zijn zij beter in staat om effectiever met het dagelijks leven om te gaan
- Het voordoen van vaardigheden, het oefenen van deze vaardigheden met gezinnen en het geven van feedback aan gezinnen zijn onderdeel van mijn dagelijks werk.
- Ik bied praktische hulp als dit nodig is (helpen bij huisvesting, aanschaffen van kleding)
- Ik treed op als belangenbehartiger van gezinnen bij instanties (bijvoorbeeld het aanvragen van schuldsanering en het aanvragen van subsidies)
- Ik evalueer altijd binnen 14 dagen na de start de resultaten van de ambulante crisiszorg met het jeugdige, gezin en indien van toepassing de verwijzer.

B. Kunt u aangeven waarom u dit nooit lukt?

[open]

Indien u nog vragen en/of opmerkingen heeft over ambulante crisishulpverlening kunt u deze hieronder noteren.

[open]

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking. Indien u op de hoogte gehouden wil worden van de resultaten van dit onderzoek, kunt u hieronder uw emailadres invullen:

[open]

Bijlage 5 Resultaten literatuurstudie crisis bij spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen

Spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen: wat werkt? (de Baat et al., 2013) Een psychiatrische stoornis kan, maar hoeft niet aanwezig te zijn.	Dit rapport bevat een literatuurstudie waarbij specifiek gezocht is naar informatie over de werkzame elementen bij een acute psychiatrische crisis bij een jeugdige. Opgenomen in literatuurstudie omdat een psychiatrische stoornis aanwezig kan zijn, maar dit is niet altijd het geval.	De werkzame factoren in dit rapport zijn gebaseerd op de volgende programma's: Systemic Crisis Intervention Program (SCIP), Emergency Room Follow Up Team (ERFUT) en Multi Systeem Therapie (MST). De programma's delen een aantal kenmerken, zoals: inzet van een multidisciplinair team, directe reactie op de crisissituatie en inzet van psychotherapie voor specifieke individuele en gezinsdoelen. Uit dit rapport komt ook naar voren dat een crisisinterventieprogramma een goed alternatief kan zijn voor het gebruik van psychiatrische behandelbedden voor kinderen. Bewijs hiervoor is aangetoond voor MST en intensief case management. Voor vier programma's die intensieve hulp aan huis bieden, MST, Crisis Case Management, Home-Based Crisis Intervention, en Enhanced Home-Based Crisis Intervention, is aangetoond dat deze leiden tot een	PROGRAMMA STRUCTUUR Gemeenschapsgericht Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren richt zich in eerste instantie op het verlenen van hulp aan het kind in zijn eigen omgeving. Daarom is het nodig dat spoedeisende psychiatrische hulp ambulant geboden wordt en outreachend is. Niet alleen het kind of de jongeren moet erbij betrokken worden, maar ook de ouders, de school, of andere personen die nabij het kind staan. Residentieel indien nodig Soms kan een (beveiligde) residentiële omgeving nodig zijn om het risico af te kunnen wenden en de gepaste zorg te verlenen. Opnames mogen echter nooit bedoeld zijn om (zelfs tijdelijk) de ouders of de zorgverleners van hun verantwoordelijkheid voor de opvoeding van het kind te ontlasten, en evenmin mogen ze worden misbruikt als een tijdelijk alternatief voor problemen met kinderen of jongeren in reguliere zorgvoorzieningen. Om in een crisissituatie een jeugdige meteen te kunnen opnemen is voldoende (buffer)capaciteit voor onmiddellijke hulp noodzakelijk. Daarbij moet een verschil worden gemaakt tussen hoog beveiligde bedden, die de nodige bescherming bieden tegen autodestructie of geweld tegen derden, en gewone noodbedden. Op ieder moment, maar voor een korte periode Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor iedereen (24 uur per dag, 7 dagen per week). In het onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010) wordt spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren gedefinieerd als zorg die maximaal twee weken duurt. In Nederland duurt dit soms langer, namelijk vier tot zes weken. Binnen deze periode kan de situatie zich stabiliseren en kan vervolghulp georganiseerd worden die aansluit bij de behoeften van het kind of de jongere. INHOUD Tijdens de spoedeisende psychiatrische hulp ontvangen kinderen en jongeren (en hun ouders of het gezin) stabilisatie van de crisissituatie, psychoeducatie en behandeling. Bovendien wordt hun problematiek goed in kaart gebracht (assessment) en vindt er verwijzing voor verdere hulp plaats. Een klinische beoordeling is nodig om de vereiste interventies te bepalen, het acute risico te evalueren en een risicobeheersplan te ontwikkelen. Dit plan moet ook de verwijzing naar aangepaste zorg omvatten. Georganiseerd rond individuele behoeften Er moet per geval worden bekeken welke hulp nodig is. Hulp moet op een flexibele manier, aangepast aan de bijzondere behoeften van het kind of de jongere, en in zijn of haar context worden voorzien.
---	---	---	--

		afname van klinische opnames.	Door wie Spoedeisende psychiatrische hulp moet worden verleend door competent personeel. Het personeel moet een opleiding genoten hebben in geestelijke gezondheidszorg en in de behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren. Algemeen werkzame factoren die gelden voor de gehele jeugdzorg (basisvoorwaarden): Uit diverse effectstudies komt naar voren dat naast de specifieke aanpak bij spoedeisende psychiatrische hulp, 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 (basisvoorwaarden): • 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, ook wel 'treatment integrity' of 'treatment fidelity' genoemd; • Voldoende professionaliteit, vooral training van de behandelaar; Goede werkomstandigheden van de behandelaar wat betreft caseload, begeleiding en beveiliging.
--	--	-------------------------------	--