

Ongevraagde hulp in crisissituaties

Kenmerken en ervaringen van cliënten van het Crisis Interventie Team
van Bureau Jeugdzorg Haaglanden

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1. Achtergrond	6
2. Opzet onderzoek	13
3. Kenmerken cliënten CIT	22
4. Kenmerken ongevraagde hulp	40
5. Interviews hulpverleners	51
6. Interviews cliënten	55
7. Samenvatting	62
8. Conclusies en discussie	68
9. Aanbevelingen	78
Geraadpleegde bronnen	82

Voorwoord

Om snel te kunnen reageren op crisissituaties, waarbij de veiligheid of het welzijn van kinderen of jongeren in het geding is, heeft Bureau Jeugdzorg Haaglanden sinds 1998 een eigen Crisis Interventie Team (CIT). Het is een snelgroeiend team. Jaarlijks krijgt het met een toenemend aantal cliënten te maken. Veel cliënten vragen niet zelf om hulp bij Bureau Jeugdzorg (BJZ). Vaak zijn het anderen die zich zorgen maken. Dat is op zich niets nieuws. Nieuw is wel dat het reageren op een signaal van een zogenaamde derde formeel geregeld is in de Wet op de Jeugdzorg. Sinds 2005 is het een taak van BJZ.

Door deze verandering ontstond de behoefte om pas op de plaats te maken. Om na te gaan welke cliënten bij het CIT terecht komen, is een dossieronderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek maakt deel uit van een serie. De afdeling Onderzoek, Ontwikkeling en Opleiding (O3) van Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland wil de verschillende groepen cliënten van BJZ structureel in beeld brengen. Informatie over de verschillende doelgroepen geeft zicht op de hulpvraag van cliënten en kan aanwijzingen geven voor het beleid.

Het dossieronderzoek naar kenmerken van cliënten van CIT Haaglanden heeft als extra accent de typering van cliënten die door anderen dan het gezin zelf aangemeld zijn voor hulp. Om ook inzicht te krijgen in wat gezinnen er zelf van vinden dat anderen zich met hen bemoeien, is een kwalitatief deel aan het onderzoek toegevoegd. In interviews hebben ouders en jongeren hun ervaringen verteld. In een afzonderlijk verslag staat de informatie uit hun verhalen uitgebreid beschreven. In dit rapport zijn deze samengevat.

Ik wil de ouders en jongeren die geïnterviewd zijn heel erg bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan het onderzoek. Ook alle medewerkers van het CIT ben ik erkentelijk voor hun tijd en informatie. Alle gesprekken samen hebben een rijke bron van informatie opgeleverd. Het heeft veel tijd gekost om alle informatie te reduceren tot een kernachtig geheel zonder afbreuk te doen aan de diversiteit.

1. Achtergrond

1.1 Inleiding

In 1998 heeft Bureau Jeugdzorg Haaglanden een eigen Crisis Interventie Team (CIT) opgezet. Dit gaf de mogelijkheid om sneller en intensiever te reageren op crisissituaties waarbij kinderen en jongeren betrokken zijn. Bij de start waren er vijf hulpverleners. Sindsdien is de afdeling gegroeid tot een team van elf hulpverleners, een gedragsdeskundige en teamleider in 2006. Het aantal cliënten neemt eveneens elk jaar toe. In het eerste jaar had het CIT te maken met ongeveer 180 cliënten. In 2005 waren dit er ruim twee keer zoveel, namelijk 417.

De behoefte van het CIT aan inzicht in de werkwijze en mogelijkheden voor verbetering vormt mede de aanleiding voor dit onderzoek. Het doel van het onderzoek is tweeledig. Ten eerste is het bedoeld om inzicht te krijgen in de achtergrond en de problematiek van jeugdigen en hun ouders die te maken krijgen met het CIT. Ten tweede moet het onderzoek zicht geven op kenmerken van ongevraagde hulp en op de cliënten aan wie deze verleend wordt. Sinds januari 2005 heeft Bureau Jeugdzorg (BJZ) wettelijk de taak om te reageren op signalen van derden. Deze impliceert dat BJZ jeugdigen en hun ouders hulp biedt, wanneer dit nodig is, ook als ze hier zelf niet om vragen. Deze formele verandering vereist een nieuwe aanpak. Met een goed beeld van de doelgroep kan het CIT de zorg beter op de cliënten afstemmen.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de achtergrond van crisisinterventie en op ongevraagde hulp na melding door derden. In het volgende hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. De hoofdstukken 3 tot en met 6 bevatten de resultaten. In hoofdstuk 7 staat de samenvatting van het onderzoek. Daarna volgen de conclusies en discussie in hoofdstuk 8. Deze hebben geleid tot de aanbevelingen in hoofdstuk 9.

1.2 Aanmelding bij het Crisis Interventie Team

Bureau Jeugdzorg richt zich op het welzijn en de veiligheid van jeugdigen. Crisissituaties zijn vaak niet alleen zorgwekkend voor het kind of de jongere, maar voor het hele gezin. Zowel jeugdigen als hun ouders of verzorgers kunnen dan ook, in overeenstemming met de Wet op de Jeugdzorg (2005), cliënt van het CIT van BJZ zijn. In deze wet wordt cliënt omschreven als: 'een jeugdige, zijn ouder(s) of stiefouder of anderen die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden'.

Het CIT Haaglanden is verantwoordelijk voor de crisishulp in de regio Haaglanden. Voor aanmeldingen van crisissituaties is BJZ het hele jaar door 24 uur per dag bereikbaar. De aanmelding bij het CIT is nooit direct. Er zit altijd een stap tussen.

Binnen kantoor tijden kan iedereen een crisissituatie aanmelden bij de bureaudienst van de Toegang van BJZ of het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling. Een medewerker neemt de melding aan. Wanneer deze vermoedt dat een gezin of jeugdige zich in een crisissituatie bevindt, meldt hij dit bij de bureaudienst van het CIT. Deze bepaalt vervolgens of er inderdaad sprake is van een crisis. Basisvraag is: 'Zou de situatie van het kind verergeren als er vandaag niet ingegrepen wordt?' Is het antwoord bevestigend, dan verwijst de bureaudienst de zaak door naar één van de elf crisishulpverleners. Deze onderneemt vervolgens binnen twee uur actie. In een urgente situatie is dit zelfs binnen een half uur.

Aanmelden van een crisissituatie buiten kantoor tijden kan bij de bereikbaarheidsdienst van BJZ. Deze 24-uursdienst wordt bemand door medewerkers van het CIT en van andere werksoorten binnen BJZ. Zij beoordelen de aanmelding en geven alle meldingen door aan de bureaudienst van het CIT. Bij urgente situaties komen zij zelf direct in actie.

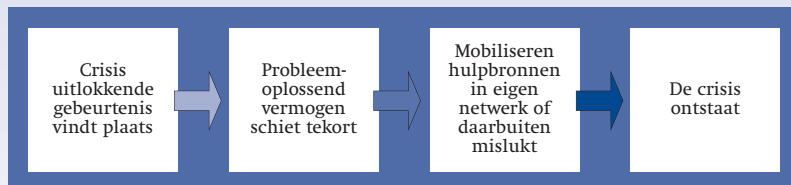
1.3 Crisisinterventie

Bij crisissituaties richt het CIT zich primair op ondersteuning van het cliëntstelsel en het herstellen van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast. Daarnaast wil het CIT langdurige uithuisplaatsingen en meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming zoveel mogelijk voorkomen. Door de concentratie van deskundigheid binnen een team probeert het CIT de kwaliteit van crisishulp voortdurend te verhogen.

Voor de crisisinterventie gebruikt het CIT een methodiek die ontwikkeld is in samenwerking met Heleen van Deur (Van Deur, 1999). In de methodiek zijn visie en uitgangspunten, werkwijze, algemene vaardigheden en de organisatie van crisisinterventie beschreven. Centraal hierin staat het begrip crisis. In de methodiek is dit begrip in navolging van Caplan (1989) omschreven als 'een ingrijpende verstoring van het evenwicht tussen de draagkracht en draaglast van een cliëntstelsel, waarbij de gewoonlijke competentie en het probleemoplossende vermogen van de betrokkene(n) niet meer toereikend is om de situatie op eigen kracht het hoofd te bieden' (Van Deur, 1999, p. 7).

Het gaat bij een crisis altijd om een situatie waar een individu niet alleen uit kan komen (Wouda, 1994). Voor deze situatie is er altijd een aanwijsbare aanleiding. De crisis is een beslissend moment, dat kan leiden tot groei of juist terugval. Met crisisinterventie trachten hulpverleners de uitkomst van de crisis positief te beïnvloeden.

Figuur 1: Fasen voorafgaand aan crisis



Er kunnen vier verschillende typen crisis onderscheiden worden:

1. Accidentele crisis – De crisis ontstaat door een plotselinge invloed van buitenaf door ingrijpende gebeurtenissen.
2. Ontwikkelingscrisis – De crisis heeft te maken met biologische of sociale veranderingen en komt voor bij fase-overgangen.
3. Structurele crisis – Hierbij is sprake van structurele problemen, waardoor een gezin of familie al langer niet goed functioneert. Dit komt door een externe aanleiding naar boven.
4. Verzorgingscrisis – Deze komt voor bij individuen of families die permanent afhankelijk zijn van ondersteuning. De crisis ontstaat doordat deze ondersteuning (tijdelijk) wegvalt.

Van Deur (1999, p. 9) definieert crisisinterventie als 'het onmiddellijk, dat wil zeggen twee uur na aanmelding, ten dienste stellen van het zorgaanbod van de instelling voor een cliëntstelsel dat naar aanleiding van een crisissituatie een beroep doet op de instelling'.

Een crisisinterventie is een preventieve, kortdurende, intensieve en directe interventie (Faas, 1996 p. 15). Deze dient om de crisis te bezweren en indien nodig passende hulpverlening te vinden. Een belangrijke taak van de crisishulpverlener is onder andere het bieden van rust voor de cliënten. Cruciaal is dat de hulpverlener snel handelt en beslissingen neemt. Zo kan hij de kansen op groei en verandering benutten (Wouda, 1994). Kenmerkend van crisisinterventie is dat de hulpverleningsprocedure (aanmelding, intake, indicatie, hulpverlening en evaluatie) niet altijd in de gebruikelijke volgorde doorlopen wordt. Binnen vier weken dient de crisis bezworen te zijn. Als vervolghulp nodig is, dient de geïndiceerde zorg ook binnen deze termijn aangevraagd te zijn.

1.4 Melding door derden

Wanneer een kind of jongere problemen heeft, kan hij zelf hulp vragen bij BJZ. Ook zijn ouders kunnen zich bij BJZ aanmelden voor hulp. De cliënt van BJZ is namelijk niet alleen de jeugdige zelf, maar ook zijn (stief) ouder(s) of anderen die de jeugdige verzorgen en opvoeden.

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen niet zelf hulp vragen. Het NIZW (2005) onderscheidt in dit opzicht drie typen cliënten:

1. De cliënt die zorg mijdt.
2. De cliënt die de weg niet weet.
3. De cliënt die al een keer afgehaakt is.

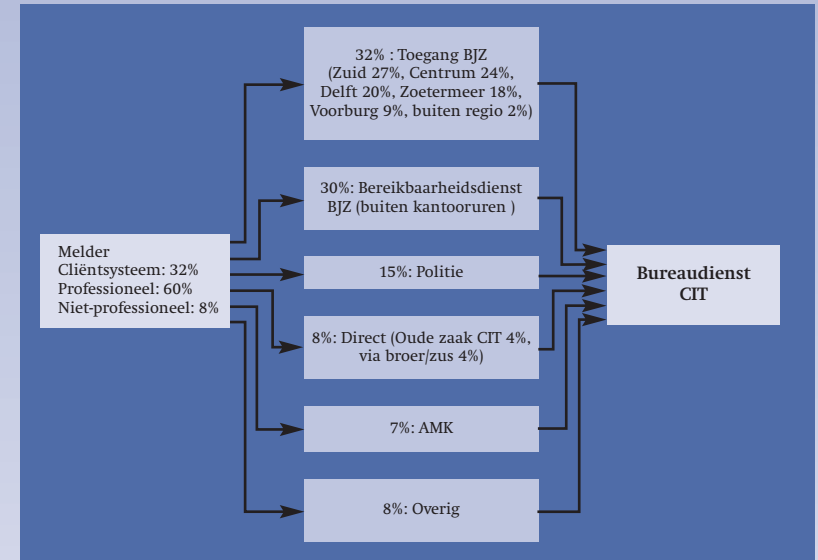
Maakt iemand anders dan de jeugdige of zijn ouders zich zorgen, dan kan deze persoon, de zogenaamde derde, dit ook melden. Derden zijn globaal in twee groepen te verdelen: professionals en niet-professionals. Professionals hebben een professionele zorgrelatie met de potentiële cliënt. Bij niet-professionals is dit niet het geval. Voorbeelden van professionals zijn leerkrachten, politiefunctionarissen, huisartsen en ambtenaren bij de sociale dienst. Niet professionele melders zijn bijvoorbeeld oma, opa, oom, tante, vrienden en de burens.

Bij de aanmelding voor het CIT is in de regel sprake is van een tussentap. De melder is degene die de cliënt heeft aangemeld bij één van de afdelingen of instellingen met een directe lijn naar het CIT. Dit geldt zowel wanneer de cliënt zichzelf voor hulp meldt als wanneer een ander dit doet. In figuur 2 is de route van de melding aangegeven. De percentages verwijzen naar de verhoudingen zoals deze in het dossieronderzoek gevonden zijn. Uit de figuur blijkt dat de meeste cliënten bij het CIT aangemeld worden via de Toegang van BJZ tijdens kantoortijden (32%), de bereikbaarheidsdienst buiten kantoortijden (30%) en de politie (15%).

De wettelijke taak om te reageren op signalen van derden geeft BJZ de bevoegdheid en verplichting om daar waar sprake is van zorgen, zelf contact op te nemen met de jeugdige en/of ouders. Het reageren op een signaal van derden moet voorkomen dat de hulp te laat ingezet wordt. Bij een bedreiging van de ontwikkeling van een jeugdige moet de hulpverlener

zorgen voor passende hulp. Om verdere bedreiging van deze ontwikkeling te voorkomen mogen hulpverleners van BJZ enige drang uitoefenen.

Figuur 2: Route voor aanmelding bij het Crisis Interventie Team.



1.5 Ongevraagde zorg

Kenmerkend voor hulpverlening na melding door derden is dat de hulp ongevraagd is. De hulpverlener zoekt de (potentiële) cliënt op in de eigen omgeving. Omdat de cliënt zelf niet om hulp vraagt, moet de hulpverlener eerst diens vertrouwen winnen. Vervolgens moet hij inzicht krijgen in de situatie en de cliënt zo nodig motiveren voor hulpverlening. Dit vraagt om een outreachende methodiek, die ook wel bemoeizorg wordt genoemd. Dit begrip is een samentrekking van de woorden bemoeizuchtig en zorgzaam. Vooral binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) zijn veel initiatieven ontwikkeld om mensen met complexe problematiek zorg te geven die hier om wat voor reden dan ook zelf niet om vragen.

In essentie gaat het er bij bemoeizorg om de cliënt te motiveren hulp te vragen en deze te accepteren.

Voor het CIT betekent de bemoeizorg een extra investering. De hulp van het CIT is erop gericht de (huidige) crisis te bezweren. Binnen vier weken moet duidelijk zijn of dit lukt. Als er vervolghulp nodig is, dan moet binnen deze termijn een indicatiebesluit afgegeven zijn. In de praktijk ervaren hulpverleners deze periode voor de 'reguliere' crisishulpverlening, wanneer mensen zelf hulp vragen, al als kort. Wanneer ze na een melding door derden extra tijd moeten nemen om cliënten te motiveren voor zorg, zal dit een extra inspanning vragen. Ook bij zorgaanbieders van de crisisopvang in Noord-Holland blijkt de periode van vier weken doorgaans te kort is om de cliënt tot vervolghulpverlening te motiveren (De Graaf, 2005).

Uit een recente evaluatie van het project 'Outreaching Handelen' bij BJZ Zuid-Holland (Berben, 2007) blijkt dat de periode die nodig is om cliënten te motiveren voor hulp erg varieert, namelijk van minder dan een dag tot 34 weken. Bovendien is voor de motivatie snel en intensief contact, veelal binnen een kort tijdsbestek, nodig.

2. Opzet onderzoek

2.1 Vraagstelling en doel onderzoek

Dit onderzoek is op verzoek van de directie van BJZ Haaglanden uitgevoerd door de afdeling O3 van Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland. De vraagstelling is:

- 1) Wat zijn de achtergrondkenmerken en problemen van CIT-cliënten in de regio Haaglanden?
- 2) Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de achtergrond, problematiek en hulpverlening tussen de jeugdige CIT-cliënten die zichzelf hebben aangemeld en die door derden zijn aangemeld voor hulp?
- 3) Hoe ervaren cliënten en hulpverleners de ongevraagde crisishulpverlening?

De bedoeling van dit onderzoek is om een beeld te scheppen van de jeugdige cliënten van het Crisis Interventie Team Haaglanden. Inzicht in de doelgroep kan handvatten geven voor optimalisering van de zorg van het CIT. Daarnaast moet het onderzoek inzicht geven in achtergrondkenmerken en ervaringen van gezinnen die ongevraagde hulp van het CIT krijgen.

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief deel. Voor het beantwoorden van de eerste twee vragen is een dossieronderzoek uitgevoerd. De analyse van kwantitatieve gegevens moet een beschrijving van de doelgroep opleveren. Bovendien moet uit de analyse naar voren komen wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen cliënten die zelf om hulp vragen en cliënten bij wie derden om hulp vragen. Om inzicht te krijgen in de ervaringen van de betrokkenen met ongevraagde hulp is een kwalitatief onderzoek opgezet. In interviews is aan ouders, jeugdigen en hun hulpverleners naar hun beleving gevraagd.

2.2 Instrument

2.2.1 Checklist

De kwantitatieve gegevens zijn aan de hand van een registratielijst verzameld. Voor dossieronderzoek heeft O³ een standaard registratielijst ontwikkeld. Dit is een basislijst die voor elke doelgroep op maat gemaakt wordt. De basislijst is gebaseerd op een landelijk onderzoek naar civielrechtelijke crisisplaatsingen (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004). Aanpassing van de lijst is nodig, omdat bij elke doelgroep de route in het hulpverleningsproces anders kan zijn en de nadruk op verschillende aspecten kan liggen. Zo was het eerste dossieronderzoek gericht op jeugdigen in een crisissituatie die op civielrechtelijke basis in een justitiële jeugdinstelling zijn geplaatst. Essentieel kenmerk is dat deze groep jeugdigen in een jeugdinstelling verblijft. Bij jeugdigen die ambulante hulp krijgen, zijn gegevens over plaatsing minder relevant. Deze worden dan minder uitvoerig geïnventariseerd.

Door steeds dezelfde basislijst te gebruiken, kunnen gegevens uit verschillende onderzoeken goed vergeleken worden. Bij herhaling van onderzoek bij een specifieke doelgroep kunnen bovendien ontwikkelingen in tijd gevolgd worden.

Een aantal dossiers bevatte onvoldoende informatie voor het invullen van de checklist. In deze gevallen is de CIT-hulpverleners om aanvullende informatie gevraagd en zijn de aantekeningen van de gedragsdeskundige van het CIT gebruikt.

De gegevens zijn ingevoerd en verwerkt met behulp van het statistische programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Voor de vergelijking van subgroepen (b.v. jongens en meisjes) is gebruik gemaakt van de chi²-toets. Als criterium voor de statistische significantie van verschillen is uitgegaan van $p \leq .05$. Dit betekent dat met een zekerheid van minimaal 95% gesteld kan worden dat de verschillen niet op toeval berusten. Alleen significante verbanden staan in de tekst vermeld, tenzij het om interessante aanwijzingen voor nadere analyse gaat. In dat geval staat dit expliciet aangegeven.

2.2.2 Interviews

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn gestructureerde interviews voor hulpverleners, jeugdigen en hun ouders opgesteld. De interviews met de hulpverleners hebben tot doel het hulpverleningsproces bij melding door derden duidelijker in beeld te brengen. Centrale onderwerpen zijn de kennis van standaardprocedures op het gebied van melding door derden, de procedure die de hulpverlener hanteert, de verschillen met hulpverlening bij een reguliere crisis en knelpunten en mogelijke oplossingen hiervoor. Op basis van deze thema's is een topiclijst opgesteld die gebruikt is bij de interviews.

Het doel van de interviews met de jeugdigen en ouders is om inzicht te krijgen in de ervaringen met de hulpverlening van cliënten die aangemeld zijn door derden. Ook deze interviews zijn aan de hand van topiclijsten afgenomen. De belangrijkste thema's voor deze gesprekken zijn: de aanmelding, de eerste indruk van de hulpverlener, het hulpverleningsproces, de eventuele plaatsing en tips voor verbetering van de hulpverlening.

2.3 Gehanteerde begrippen

Het onderzoek is gericht op cliënten van de crisishulpverlening. Cliënt wordt in de Wet op de Jeugdzorg (2004, artikel 1d) omschreven als: 'een jeugdige, zijn ouder(s) of stiefouder of anderen die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden'. Dit impliceert dat zowel jeugdigen als hun ouders of verzorgers cliënt van BJZ kunnen zijn. Om alle betrokkenen aan te geven wordt de term cliëntensysteem gehanteerd. Om verwarring te voorkomen wordt in dit verslag steeds aangegeven of het om de jeugdige of de ouders gaat.

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit het perspectief van de jeugdigen. Van alle jeugdigen is een aantal achtergrondgegevens verzameld, zoals geslacht, leeftijd, etnische achtergrond en woonplaats. Om de etnische achtergrond te bepalen is gekeken naar geboorteland van de jeugdige en de ouders. Is ten minste een van de ouders niet in Nederland geboren, dan heeft de jeugdige in het onderzoek een niet-Nederlandse achtergrond. Zijn beide ouders in hetzelfde land geboren (bijvoorbeeld Marokko), dan is de

etnische achtergrond van de jeugdige hiervan afgeleid (Marokkaans). Zijn de ouders afkomstig uit verschillende landen, dan heeft de jeugdige in het onderzoek een gemengde etnische achtergrond. Als zowel jeugdige als beide ouders in Nederland zijn geboren is aangenomen dat de jeugdige een volledig Nederlandse achtergrond heeft.

In de checklist zijn de problemen ingedeeld naar leefgebied of domein. In navolging van landelijk onderzoek (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004) zijn de volgende domeinen onderscheiden: leefsituatie, gezinsrelaties en sociale relaties, gedrag, school en werk. Verder is ook de hulpverleningsgeschiedenis van de jeugdigen nagegaan. Deze geeft aan wat er al aan hulp verleend is en is indirect een maat voor de ernst van de problematiek.

De leefsituatie van de jeugdige heeft betrekking op de thuissituatie (wie woont er) en de problemen die zich bij de ouders kunnen voordoen. Hierbij gaat het zowel om zaken als financiën, huisvesting en werkloosheid als om psychische problemen van de ouders.

Bij gezinsrelaties en sociale relaties gaat het om hoe de diverse gezinsleden met elkaar omgaan, hoe het opvoedingsklimaat is en of mishandeling voorkomt.

Het gedrag van de jeugdige kan heel divers zijn. Binnen dit domein is nagegaan welke externaliserende problemen de jeugdige vertoont, bijvoorbeeld (kenmerken van) oppositioneel opstandig gedrag, antisociaal gedrag, weglopen en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De lichamelijke en geestelijke gezondheid van de jeugdige heeft betrekking op lichamelijke problemen en psychische (internaliserende) problemen, zoals depressie, angsten en suïcidaal gedrag of zelfbeschadiging.

Binnen het domein scholing en werk is informatie verzameld over de dagbesteding van de jeugdige en eventuele problemen op school. Nagegaan is ook of de jeugdige intelligentieproblemen heeft. Deze zijn alleen genoteerd, wanneer deze ook expliciet in het dossier genoemd zijn. Gebruikelijk is om een intelligentiequotiënt (IQ) van 85 - 115 te hanteren voor normaalbegaafden. Bij een IQ van 55-70 is volgens experts (www.lvgnet.nl) sprake van een licht verstandelijk handicap. Een IQ-score tussen 70 en 85 geeft aanleiding tot nader onderzoek. In veel dossiers is het IQ niet expliciet aangegeven. Problemen op dit gebied worden alleen genoemd, wanneer het IQ afwijkt van normaal. Doorgaans gaat het niet

om hoogbegaafdheid, maar om een IQ dat lager is dan normaal. Het is een aanwijzing dat er dan sprake is van een licht verstandelijke handicap. Over de criteria voor de indicatie hiervan is er momenteel de nodige discussie. In het onderzoek is als (globaal) criterium een IQ van 55-85 aangehouden.

Belangrijk onderwerp in dit onderzoek is de aanmelding van de cliënt. Nagegaan is of de cliënt zichzelf heeft aangemeld of is aangemeld door anderen, zogenaamde derden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen professionele en niet-professionele derden. Professionele melders werken in een organisatie of instelling en hebben in deze zin een professionele (zorg)relatie met de cliënt (Reactie op een signaal van een derde, 2005). Niet-professionele melders hebben geen professionele zorgrelatie met de cliënt. Zij komen vaak uit de directe omgeving van de cliënt, bijvoorbeeld grootouders, vrienden en burens.

2.4 Werkwijze interviews

2.4.1 Hulpverleners

De gesprekken met de vier hulpverleners zijn gevoerd aan de hand van een eigen zaak, waarin sprake was van melding door derden. De betreffende cliënten zijn ook benaderd voor een interview, waarin zij hun ervaringen konden vertellen.

Begin 2006 hebben de hulpverleners contact gehad met deze cliënten. Zij waren alle vier tevreden over de hulpverlening die ze verleend hebben aan de desbetreffende cliënt.

2.4.2 Cliënten

De geselecteerde ouders en jeugdigen kregen een brief met informatie over doel en procedure van het onderzoek. Hen is op deze manier gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Voor het interviewen van de jongeren tot 16 jaar is ook aan hun ouders om toestemming gevraagd. Vervolgens heeft de onderzoeker de jeugdigen en hun ouders gebeld om een afspraak te maken voor een interview. De plaats en tijd voor het interview zijn in overleg met de cliënt afgesproken.

De interviews vonden plaats tussen 12 september en 12 oktober 2006. De meeste interviews zijn bij de respondenten thuis afgenomen (26). Elf interviews vonden op de verschillende locaties van BJZ Haaglanden plaats. Twee interviews waren in de pleeggezinnen waarin de betreffende jeugdigen op dat moment woonden en één interview vond plaats op het opvangadres van de respondent.

2.4.3 Betrouwbaarheid

De meeste interviews vonden in een een-op-een-situatie plaats. Drie maal zijn twee respondenten tegelijkertijd geïnterviewd. Hoewel beide respondenten steeds naar hun individuele mening is gevraagd, heeft de situatie de kwaliteit van het interview beïnvloed.

Bij een aantal gesprekken waren ook andere personen tijdens het interview aanwezig, zoals jonge kinderen, een broertje, een moeder of een partner. In deze situaties leek de aanwezigheid van derden niet van invloed te zijn op de kwaliteit van het interview. Bij één interview kwam een stiefvader halverwege het interview binnen. Dit interview is maar ten dele afgenomen, omdat de jongere zich door de stiefvader niet meer vrij voelde om te praten.

Bij een aantal respondenten was extra uitleg nodig om betrouwbare informatie te krijgen. Dat was het geval bij twee broertjes en bij twee ouders, die moeite hadden met de Nederlandse taal. In één geval heeft een partner tijdens het interview het een en ander verduidelijkt.

Eén moeder was door haar chemotherapie erg vergeetachtig. Onduidelijk is of dit haar antwoorden heeft beïnvloed. Een andere moeder heeft twee keer contact gehad met het CIT. Omdat ze beide ervaringen verwarde, is voortdurend benadrukt dat het alleen ging om de laatste keer dat zij contact had met het crisisteam. Eén jongere verwarde het crisisteam soms met de crisisopvang. Door regelmatig de naam van de hulpverlener van het CIT te noemen is de verwarring zoveel mogelijk beperkt.

Verder verliep een interview met een jongere vrij moeizaam. Ze heeft haar CIT-hulpverlener maar één keer gezien en vond het daarom moeilijk om de hulpverlening te beoordelen. Tot slot is het interview met de pleegouders enigszins aangepast. Door hun andere rol waren niet alle vragen op hen van toepassing.

2.4.4 Non-respons

Het streven was om 30 ouders en 15 jeugdigen te interviewen.

Er zijn 60 gezinnen geselecteerd. Dit zijn 90 respondenten: 60 ouders en 30 jongeren.

Het percentage uitval komt nagenoeg overeen met de verwachte 50%. Ondanks de enorme inspanning om de respondenten te bewegen aan het onderzoek deel te nemen, lag het aantal respondenten net onder het streefaantal.

Niet alle respondenten konden benaderd worden. Een groep van twintig respondenten was niet bereikbaar. Hun gegevens waren niet bekend of klopten niet, ze waren telefonisch niet bereikbaar of spraken onvoldoende Nederlands. Eén respondent had een agressieve reputatie en is uit veiligheidsoverwegingen niet benaderd.

Het kostte moeite de respondenten gemotiveerd te houden voor het onderzoek. Zeven respondenten verschenen niet op hun eerste afspraak. Met vier van hen is een nieuwe afspraak gemaakt en is het interview alsnog afgenomen. De andere drie waren niet meer bereikbaar.

Van de benaderde respondenten hebben er 21 niet meegewerkt. Hiervoor gaven zij verschillende redenen op. Deze staan in tabel 2.1.

Reden voor weigering deelname	Aantal respondenten
Te druk, teveel aan het hoofd	6
Teleurgesteld, wil niets meer met jeugdzorg te maken hebben	7
Wil de problemen achter zich laten, geen zin	3
Heeft hulpverlener nauwelijks gesproken	1
Onduidelijke reden	4

2.5 Onderzoekgroep

2.5.1 Kwantitatieve gegevens

Het kwantitatieve deel van het onderzoek had tot doel inzicht te verwerven in de algemene kenmerken, het hulpverleningsproces en de problematiek van cliënten van het CIT. Voor dit onderzoek zijn de gegevens geïnventariseerd van alle jeugdigen, bij wie de crisisinterventie tussen 1 januari 2006 en 30 april 2006 is afgesloten. Gezien de voortdurende groei van het CIT kan niet zonder meer gesteld worden dat het om een derde van het aantal zaken op jaarbasis gaat. Uit de jaarcijfers van 2005 blijkt dat er gedurende het jaar nauwelijks sprake is van seizoensinvloeden bij de aanmelding. Aangenomen mag worden dat de onderzoekgroep een representatieve steekproef van cliënten is.

In totaal heeft het CIT in de eerste vier maanden van 2006 145 crisiszaken afgesloten. Vier van deze zaken zijn voor het dossieronderzoek buiten beschouwing gelaten omdat de dossiers te weinig informatie bevatten en gesprekken met de hulpverleners geen aanvulling opleverden.

2.5.2 Hulpverleners

In oktober 2006 zijn vier CIT-hulpverleners geïnterviewd over hun werkwijze na melding door derden. Alle interviews vonden in een een-op-een situatie plaats bij BJZ. Het gaat om drie mannen en één vrouw. De leeftijd van de hulpverleners varieert van 31 tot 54 jaar. De hulpverleners werken tussen negen maanden en acht jaar bij het CIT.

2.5.3 Cliënten

Bij de opzet van het kwalitatieve onderzoek is ervoor gekozen om alleen informatie te verzamelen van cliënten die gemeld zijn door derden. Een vergelijking met een controlegroep was binnen de beschikbare tijd en middelen niet mogelijk.

De respondenten voor dit deel van het onderzoek zijn geselecteerd uit de groep van 141 cliënten waarop het dossieronderzoek betrekking heeft. Op grond van de kwantitatieve gegevens zijn de 96 cliënten geselecteerd die door derden gemeld zijn bij het CIT.

Het streven was om gegevens van 30 gezinnen te verzamelen. De bedoeling was om 30 ouders en 15 jeugdigen van 12 jaar of ouder te interviewen. Omdat een non-respons van 50 % verwacht werd, zijn twee keer zoveel respondenten als nodig benaderd. Er zijn dus zestig verschillende gezinnen geselecteerd. In alle gevallen zijn de ouders benaderd voor een interview.

Bij de samenstelling van de onderzoekgroep zijn de volgende selectiecriteria gehanteerd:

- De cliënten zijn aangemeld door derden.
- De zaken zijn zo recent mogelijk afgesloten, zodat het hulpverleningsproces nog vers in het geheugen van de cliënt ligt.
- De cliënten zijn minimaal drie dagen begeleid door het CIT. Bij zaken die korter duren, staat wellicht de hulpverlening door de ketenpartner meer op de voorgrond. Interviews met deze cliënten zal waarschijnlijk weinig informatie over hulp door het CIT opleveren.
- In de ene helft van de gezinnen gaat het om jeugdigen jonger dan 12 jaar en in de andere helft om jeugdigen van 12 jaar en ouder.
- Om eenzijdigheid van de gegevens te voorkomen worden per gezin maximaal twee jeugdigen van 12 jaar en ouder geselecteerd.
- De situatie mag niet bedreigend zijn voor de onderzoeker.

In de helft van de gezinnen betrof het jeugdigen van minimaal 12 jaar. Deze zijn allen benaderd voor een interview. In de andere helft ging het om jeugdigen jonger dan 12 jaar. Deze zijn bewust niet benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Ten eerste vereist een gesprek met jonge kinderen een speciale interviewtechniek. Het uitvoeren hiervan was binnen de beschikbare onderzoekstijd niet haalbaar. Ten tweede beperkt het contact van het CIT, wanneer het jonge kinderen betreft, zich meestal tot de ouders.

In totaal zijn 79 verschillende respondenten benaderd: 29 jeugdigen en 50 ouders. Van deze groep heeft ongeveer de helft meegewerkt aan het onderzoek: 14 jeugdigen en 26 ouders. Tijdens de interviews bleken twee ouders zichzelf aangemeld te hebben. Hun ervaringen zijn niet opgenomen in het onderzoek.

In totaal zijn 38 interviews nader geanalyseerd voor het onderzoek. De interviews bevatten voldoende informatie om een beeld te scheppen van de ervaringen van cliënten met de crisishulpverlening.

De gegevens betreffen 25 verschillende gezinnen. Van 10 gezinnen zijn zowel een ouder als een kind geïnterviewd. De groep ouders bestond uit 16 moeders, 7 vaders, een pleegmoeder een pleegvader en een tante die tevens pleegmoeder is. De groep jeugdige cliënten bestond uit twee jongens en twaalf meisjes. Vier keer twee meisjes zijn zusjes van elkaar in deze respondentengroep. De twee jongens zijn broertjes van elkaar.

3. Kenmerken van de cliënten van het CIT

In dit hoofdstuk worden de achtergrond en de problematiek beschreven van de jeugdigen, die zijn aangemeld bij het CIT. De gegevens hebben betrekking op 141 crisiszaken, die in de periode van januari tot en met april 2006 zijn afgesloten. Eerst wordt in 3.1 beschreven welke typen crisis voorkomen onder de cliënten van het CIT Haaglanden. Daarna volgt de beschrijving van de algemene kenmerken, de problemen bij jeugdigen, in de gezinssituatie, op school en de vrije tijd (3.2 tot 3.7). Vervolgens wordt ingegaan op de kenmerken van het hulpverleningsproces (3.8 tot 3.11).

In dit hoofdstuk gaat het om een algemene beschrijving van de cliënten van het CIT. In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de kenmerken van ongevraagde hulp na melding door derden.

3.1 Type crisis

Wouda (1994) onderscheidt vier typen crisis (zie 1.3). De cliënten van het crisisteam zijn in deze typen ingedeeld (zie tabel 3.1). Veruit het grootste gedeelte van de gezinnen (70%) heeft te maken met een crisis door structurele, meervoudige problemen. Van een crisis door ingrijpende gebeurtenissen is in 18% van de situaties sprake. In 10% van de gevallen gaat het om een crisis door faseovergangen. Een klein deel van de crisissen wordt veroorzaakt door verzorgingsproblematiek (2%).

Tabel 3.1: Overzicht van typen crisis naar leeftijdsgroep (in %, n=141).

Type crisis*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Crisis door ingrijpende gebeurtenissen	24	14	18
Crisis door faseovergangen	2	15	10
Crisis door structurele, meervoudige problemen	69	71	70
Crisis door verzorgingsproblematiek	6	0	2

* $\chi^2=14,5$; $df=3$; $p=.01$

Het type crisis hangt samen met de leeftijd van de jeugdige. Crisissen door faseovergangen komen relatief vaak voor bij jongeren vanaf 12 jaar. De faseovergang heeft wellicht te maken met puberproblematiek. Bij jongere kinderen gaat het relatief vaak om een crisis door ingrijpende gebeurtenissen of verzorgingsproblematiek. Een crisis door meervoudige problematiek komt verreweg het vaakst voor. Hierin verschillen gezinnen met jonge kinderen onder de 12 jaar niet van die met jongeren van 12-18 jaar.

3.2 Algemene kenmerken

Het CIT is verantwoordelijk voor de crisishulpverlening in de gehele regio Haaglanden. Iets meer dan de helft van de jeugdigen woont in Den Haag (52%). Een ander aanzienlijk deel (19%) komt uit Zoetermeer. De overige jeugdigen wonen verspreid over de andere gemeenten in de regio Haaglanden.

Onder de CIT-cliënten in het onderzoek bevinden zich meer meisjes (64%) dan jongens (36%). Gemiddeld zijn de CIT-cliënten 11,2 jaar oud. Een kwart van de jeugdigen is jonger dan 6 jaar. Een iets kleiner deel (14%) is tussen 6 en 12 jaar. Ruim de helft (61%) van de jeugdigen is twaalf jaar of ouder. In tabel 3.2 staat de leeftijdsverdeling naar geslacht. Hieruit blijkt dat ruim de helft van de aangemelde jongens jonger dan 12 jaar is (52%). Dat is vergeleken met de meisjes (31%) een groot aandeel. De aangemelde meisjes zijn relatief vaak 12 jaar of ouder (69% tegenover 47%; $\chi^2=6,5$; $df=1$; $p=.01$).

Tabel 3.2: Leeftijdsverdeling van de jeugdigen bij aanmelding bij het CIT naar geslacht (in %, n=141)

Leeftijd jeugdige *	Geslacht jeugdige		Totaal (n=141) %
	Jongen (n=51) %	Meisje (n=90) %	
0-12 jaar	52	31	39
12-18 jaar	47	69	61

* $\chi^2=6,5$; $df=1$; $p=.01$

Van de jeugdigen is 64% in Nederland geboren, van de vaders en moeders is dit respectievelijk 31% en 36%. Meer dan één op de drie jeugdigen is dus niet in Nederland geboren. Voor het vaststellen van de etniciteit van de jeugdigen is gekeken naar het geboorteland van de ouders. Wanneer beide ouders in verschillende landen geboren zijn is de jeugdige in de categorie gemengd ingedeeld. In totaal heeft twee op de drie jeugdigen (69%) een andere dan Nederlandse etnische achtergrond (zie tabel 3.3).

Vergeleken met landelijke cijfers zijn allochtone jeugdigen onder de CIT-cliënten oververtegenwoordigd. Van de Nederlandse bevolking is 19,3% allochtoon (CBS, juni 2006).

Meer dan de helft van de cliënten (53%) is van niet-westerse afkomst. Hieronder vallen alle landen buiten Europa en Noord-Amerika, met uitzondering van Japan en Indonesië (CBS, 2006).

Er zijn relatief veel Surinaamse jeugdigen bij het CIT aangemeld (zie tabel 3.3). Dit heeft te maken met het relatief groot aantal Surinaams Hindostaanse gezinnen in de regio Haaglanden.

Tabel 3.3: Geboorteland en etnische achtergrond van de jeugdigen in het onderzoek (in %, n=141) en landelijk (in %, bron CBS).

Etnische achtergrond	Geboorteland jeugdige %	Etnische achtergrond jeugdige %	Landelijk CBS juni 2006 %
Nederland	64	31	81
Suriname	2	12	2
Antillen	6	7	1
Turkije	-	4	2
Marokko	5	10	2
Overig Westers	4	3	9
Overig niet Westers	14	20	4
Gemengde achtergrond	-	9	*
Onbekend	6	6	-
*onbekend			

Ook Marokkaanse cliënten komen relatief veel voor. Ongeveer een vijfde van de cliënten van het CIT valt in de categorie ‘Overige niet Westerse landen’ (bv. Afghanistan, Kenia en Irak). Dit is een opmerkelijk groot aandeel vergeleken met dat in de Nederlandse bevolking. Hiervan is 4% van ‘overig niet Westerse’ afkomst.

3.3 Leefsituatie

3.3.1 Opvoedingssituatie

Voorafgaand aan de crisis wonen bijna alle jeugdigen bij een of beide ouders (98%). Slechts een enkeling woont bij iemand anders in huis (2%) of zelfstandig (1%). Een derde (33%) van de jeugdigen woont bij beide ouders. In de helft van de situaties verblijft de jeugdige (51%) alleen bij zijn moeder en eventueel haar nieuwe partner. Een kleiner deel (13%) woont alleen bij vader en eventueel zijn nieuwe partner. In ruim een vijfde van de situaties (22%) woont ook de nieuwe partner van vader of moeder thuis.

Bijna alle jeugdigen (87%) hebben (half)broers en/of (half)zussen. Gemiddeld zijn er in de gezinnen waar het CIT mee te maken krijgt 3,2 kinderen.

3.3.2 Problemen thuis

In de thuissituatie van de jeugdigen doen zich verschillende problemen voor. Dat kunnen materiële problemen zijn of individuele problemen bij de ouders. In tabel 3.4 zijn deze problemen op een rij gezet. In een aantal gezinnen kampt de moeder met de genoemde problemen en in andere gezinnen de vader. Soms speelt het probleem bij beide ouders. Soms zijn er anderen in het gezin die problemen hebben, zoals een oudere broer of de nieuwe partner van vader of moeder. In de laatste kolom van tabel 3.4 is te zien in hoeveel procent van de gezinnen zich de genoemde problematiek afspeelt.

Veel aangemelde gezinnen hebben te maken met een combinatie van problemen thuis. Huiselijk geweld in de thuissituatie komt in meer dan een op de vijf gezinnen voor (22%). In een vijfde tot een kwart van de gezinnen spelen ziekte en psychische problemen van vooral de moeder een rol.

Ook psychiatrische problemen (16%) en suïcidaal gedrag (14%) van een van de ouders komt regelmatig voor. Een aantal ouders gebruikt overmatig alcohol en/of drugs (16%) en onderneemt criminele activiteiten (11%). Materiële problemen (financiën en huisvesting) spelen in een op de vijf tot tien gezinnen een rol. Problemen met werkloosheid of asielpcedure komen relatief weinig voor (5%).

Bij 77% van de jeugdigen vormen de problemen in de thuissituatie mede de aanleiding tot de crisissituatie. Gemiddeld kampen de gezinnen met twee verschillende problemen thuis.

De kans op en de aard van de problemen thuis hangen samen met de leeftijd van de jeugdige. Bij aangemelde kinderen van 0-12 jaar spelen de problemen thuis significant vaker een rol dan bij de oudere leeftijdsgroep

Tabel 3.4: Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=141)

Soort problematiek	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Psychische problemen	27	22	24
Huiselijk geweld*	31	16	22
Financiële problemen**	35	14	22
Ziekte, medicijngebruik	15	24	21
Alcohol, druggebruik	24	12	16
Psychiatrische stoornis**	29	8	16
Suïcidaal gedrag	15	14	14
Huisvesting**	24	4	11
Echtscheidingsproblematiek	15	9	11
Criminaliteit**	22	5	11

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

van 12 jaar en ouder ($\chi^2= 12,2$; $df=1$; $p=.00$). Bij de jongste leeftijdsgroep komen deze in 93% van de aanmeldingen voor tegenover 67% bij de oudere jeugd.

Materiële problemen met financiën en huisvesting, psychiatrische problemen, criminaliteit van de ouders en huiselijk geweld spelen significant vaker een rol bij de aanmelding van jonge kinderen dan bij die van de oudere jeugd (zie tabel 3.4).

3.4 Gezinsrelaties en sociale relaties

Om zicht te krijgen op de gezinsrelaties is nagegaan of de ouders in hun onderlinge of nieuwe relaties problemen ondervinden. Bijna de helft van de moeders (45%) heeft relatieproblemen en bij 29% is dit niet het geval. Van de vaders heeft ruim een derde (38%) problemen in hun relatie en 18% niet. Een klein deel van de ouders heeft geen relatie (moeders 4%, vaders 6%) of deze leeft niet meer (moeders 6%, vaders 3%). In de overige situaties is de informatie over relatieproblemen onbekend (moeders 16%, vaders 35%).

Van de jeugdigen heeft de helft (50%) relatieproblemen met zijn of haar moeder. Een derde (33%) heeft dit niet. Met hun vader heeft ruim een derde van de CIT-cliënten relatieproblemen (36%) en 42% heeft dit niet. In de overige situaties zijn de ouders overleden of zijn de gegevens onbekend.

Bij jeugdigen van 12 jaar en ouder doen relatieproblemen met de ouders zich significant vaker voor dan bij kinderen tot 12 jaar. Van de oudste leeftijdsgroep heeft 71% problemen met de moeder en 48% met de vader. Bij de jonge kinderen is dit respectievelijk 18% en 16% (zie tabel 3.5).

Meer dan de helft van de gezinnen (62%) heeft een eigen sociaal netwerk, dat steun kan bieden bij de crisis. Dit netwerk bestaat meestal uit familie (71%), maar kan ook bestaan uit burens, vrienden, kennissen, de kerk of moskee of collega's. Voor zover bekend, heeft een kwart van de gezinnen (27%) géén eigen sociaal netwerk waarop zij terug kunnen vallen.

Tabel 3.5: Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=141)

Relatieproblemen	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Relaties moeder	56	38	54
Relaties vader	49	31	38
Relatie moeder en jeugdige*	18	71	50
Relatie vader en jeugdige*	16	48	36

* $p \leq .01$

In veel gezinnen (89%) doen zich problemen in de opvoeding voor. Bij de jeugd van 12 jaar en ouder komen opvoedproblemen nog frequenter voor

dan bij de kinderen tot 12 jaar (respectievelijk 93% en 82%; $\chi^2=4,2$; $df=1$; $p=.04$). In 18% van de gezinnen is er sprake van overbelasting van (één van) beide ouders. Ouders zijn dan niet meer in staat hun zoon of dochter een adequate opvoeding te bieden.

Een vorm van verwaarlozing of mishandeling doet zich in 81% van de gezinnen voor. Bijna de helft van de jeugdigen (45%) heeft te maken met fysieke mishandeling. Hier maken zowel vaders (21% van alle vaders) als moeders (25%) zich schuldig aan. Een vierde (24%) van de jeugdigen is slachtoffer (geweest) van emotionele mishandeling. Verder krijgt een op de zes jeugdigen te maken met fysieke (17%) of emotionele (16%) verwaarlozing. Seksuele mishandeling komt minder vaak voor (4%).

De aard van de verwaarlozing of mishandeling hangt samen met de leeftijd van de aangemelde jeugdige. Bij jongere kinderen tot 12 jaar komt relatief vaak fysieke verwaarlozing voor, terwijl bij de jeugd vanaf 12 jaar relatief vaak sprake is van fysieke, emotionele of seksuele mishandeling (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6: Vormen van mishandeling of verwaarlozing naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=141)

Mishandeling of verwaarlozing	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Fysieke mishandeling*	35	52	45
Fysieke verwaarlozing*	29	9	17
Emotionele mishandeling*	7	35	24
Emotionele verwaarlozing	15	17	16
Seksuele mishandeling*	0	7	4

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Fysieke verwaarlozing komt ook vaker voor bij jongens (31%) dan bij meisjes (9%) voor ($\chi^2=11,6$; $df=1$; $p=.01$). Vooral onder jonge kinderen is dit verband sterk. Onder de groep kinderen tot 12 jaar is 44% van de jongens fysiek verwaarloosd tegenover 14% van de meisjes ($\chi^2=6,1$; $df=1$; $p=.01$).

3.5 (Probleem)gedrag jeugdigen

3.5.1 Externaliserend gedrag

Problemen bij de kinderen en jongeren kunnen bijdragen aan de crisis-situatie. In tabel 3.7 is aangegeven welk percentage jeugdigen bepaald externaliserend probleemgedrag vertoont. Ruim de helft (58%) heeft een of meer externaliserende problemen. Bij een vierde (26%) van de jeugdigen is dit niet het geval. Van 16% van de jeugdigen is niet bekend of zij externaliserend gedrag vertoonden.

Externaliserend gedrag komt meer voor onder jongeren van 12 jaar en ouder (79%) dan onder de jongere kinderen die aangemeld zijn bij het CIT (26%; $\chi^2=24,9$; $df=2$; $p=.00$). Bij de jeugdigen in het onderzoek gaat het voornamelijk om oppositioneel, agressief of antisociaal gedrag en weggelopen. Al deze problemen komen significant vaker voor onder de

pubers van 12-18 jaar dan onder de jongste leeftijdsgroep (zie tabel 3.7). Verder is agressief gedrag vaker een probleem onder jongens (41%) dan onder meisjes (14%; $\chi^2=12,7$; $df=1$, $p=.00$). Meisjes lopen vaker weg dan jongens (29% respectievelijk 9%). Dit hangt samen met de leeftijd. Er zijn meer meisjes dan jongens van 12 jaar en ouder.

Opmerkelijk is dat de jeugdige cliënten van het CIT, voor zover bekend, nauwelijks overmatig alcohol of drugs gebruiken noch delicten plegen. Aandachtstekortstoornissen en seksueel overschrijdend gedrag komen, voor zover bekend, bij CIT-clienten evenmin vaak voor (2%).

3.5.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Naast externaliserend probleemgedrag heeft 45% van de jongeren ook internaliserende, psychische problemen. Dat geldt meer voor de oudere jeugd van 12 jaar en ouder dan voor de kinderen tot 12 jaar. Van de oudste groep heeft twee derde (67%) internaliserende problemen tegenover een derde (36%) van de jongste leeftijdsgroep ($\chi^2=9,6$; $df=1$; $p=.00$).

Tabel 3.7: Externaliserende problematiek van de jeugdige naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=141)

Externaliserende problematiek jeugdige	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Oppositieel opstandig gedrag **	7	38	26
Agressief gedrag*	15	30	24
Weglopen**	2	35	22
Antisociaal gedrag**	6	31	21
Aandachtstekort stoornissen	2	2	2
Seksueel overschrijdend gedrag	0	4	2
Delicten gepleegd	0	4	2
Risicovol middelengebruik of gokken	0	1	1

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Bijna een derde van de jeugdigen (30%) heeft last van depressieve klachten. Dit zijn meer jongeren vanaf 12 jaar (42%) dan jongere kinderen (11 %; $\chi^2=15,4$; $df=1$; $p=.00$). Eén op de tien jeugdigen (11%) vertoont suïcidaal gedrag of zelfbeschadiging. Dit zijn allen jongeren vanaf 12 jaar. Andere internaliserende problemen die minder frequent voorkomen zijn angsten, eet- en slaapproblemen.

Ongeveer één op de acht jeugdigen (12%) heeft last van lichamelijke problemen. Hierin verschillende de twee leeftijdsgroepen niet significant.

3.6 School en werk

Drie kwart (77%) van de CIT-cliënten gaat naar school. Het grootste deel van de overige jeugdigen is nog niet schoolplichtig (13%) en zit thuis of gaat naar een kinderdagverblijf (3%). In 6% van de situaties gaat het om een schoolverlater zonder dagbesteding. Twee van de 141 jeugdigen (1%) hebben een baan.

Schoolniveau	Schoolgaande jeugdigen (n=109) %
Speciaal basisonderwijs	2
Basisonderwijs	34
Voortgezet speciaal onderwijs	3
VMBO	27
HAVO/VWO	7
Voortgezet onderwijs, niveau onbekend	25
MBO	4

Van de schoolgaande jeugdigen gaat ruim een derde naar het basisonderwijs (36%, n=109) en 62% naar het voortgezet onderwijs. Slechts 5% (n=109) van de jeugdigen bezoekt een vorm van speciaal onderwijs.

Van de CIT cliënten heeft, voor zover bekend, een heel klein deel een licht verstandelijke handicap, namelijk 4%.

Veel schoolgaande cliënten (40%) hebben leerproblemen, zoals slechte leerprestaties of concentratieproblemen. Leerproblemen komen meer voor onder de 12-18-jarigen (43%) dan onder de jongere kinderen (13%; $\chi^2=14,3$; $df=1$; $p=.00$).

Verder spijbelt of verzuimt 33% van de jeugdigen regelmatig van school. Ook dit komt meer voor onder de oudste leeftijdsgroep (45%) dan onder de jongste (15%; $\chi^2=14,3$; $df=1$; $p=.00$).

3.7 Aanvang problemen

Bij een groot deel van de jeugdigen zijn de problemen al op jonge leeftijd begonnen. In tabel 3.9 is te zien op welke leeftijd zich de problemen voor het eerst voordoen. Bij vier op de tien jeugdige cliënten van het CIT (41%) spelen de problemen al voordat ze naar de basisschool gaan. Bij een kwart treden de problemen pas op tijdens de middelbare schoolperiode. Dit verband hangt sterk samen met de leeftijd van de aangemelde cliënt (zie tabel 3.9). Bij kinderen tot 12 jaar zijn de problemen op jonge leeftijd

Periode waarin problemen zich voor het eerst voordoen*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
0-5 jarige leeftijd	71	21	41
Lagere school leeftijd	13	26	21
Middelbare school leeftijd	0	40	24
Onbekend	16	14	15

* $\chi^2=45,3$; $df=3$; $p=.00$

begonnen. Bij bijna drie kwart is dit al voordat ze naar de basisschool gaan. Bij het merendeel van de oudere jeugd zijn de problemen op de basis- of middelbare school begonnen. Bij een vijfde van deze groep spelen de problemen al van voor de basisschool.

Dit betekent dat het in een deel van de situaties jaren duurt voordat iemand de jeugdige (met gezin) aanmeldt bij het CIT. In andere situaties is de aanloopperiode tot de aanmelding korter.

3.8 Aanmelding

Bij de meeste aanmeldingen bij het CIT (71%) gaat het om nieuwe zaken. Dit houdt in dat de cliënten nog niet bekend zijn bij BJZ. Eén op de vier cliënten is wel al bekend bij BJZ. In 8% van de situaties zijn de jeugdigen (met gezin) direct bij het CIT aangemeld (zie figuur 2 in hoofdstuk 1). Deze jeugdigen hebben al een hulpverlener van BJZ of hun broer of zus krijgt hulp van het CIT.

In de overige gevallen verloopt de aanmelding bij het CIT via een andere instantie of andere afdeling van BJZ. Binnen kantooruren wordt een derde van de cliënten (32%) aangemeld via de Toegang van BJZ. Op de tweede plaats komt de politie met 15%. Buiten kantooruren gaat de aanmelding via de bereikbaarheidsdienst. Dit is in 30% van de situaties het geval.

Dat cliënten in crisis zichzelf aanmelden bij BJZ, gebeurt in 32% van de situaties. In bijna de helft van deze situaties (47%, n=45) is het de jeugdige zelf, die zich aanmeldt. Iets minder vaak (40%) doet een van de ouders dit. In de overige gevallen neemt een ander gezinslid (broer, zus, stiefouder) het initiatief tot de melding.

In twee derde van de gevallen (68%) signaleren anderen, zogenaamde 'derden', het probleem en melden hun zorgen bij BJZ.

Meer dan de helft van de cliënten is aangemeld door een professional (60%). Professionals die vaak melden, zijn de politie (45%, n=96), de leerkracht of maatschappelijk werker van school (15%) en de huisarts (9%). Dat een niet-professional, zoals opa of oma, burens, kennissen en de oppas, meldt, komt minder vaak voor (8%). Op de overeenkomsten en verschillen

van de crisissituaties waarbij cliënten zichzelf aanmelden bij het CIT en waarbij anderen dit doen, wordt in het volgende hoofdstuk nader ingegaan.

3.9 Voorgaande hulpverlening

Een derde van de CIT-clieënten (33%) heeft voorafgaand aan de crisisinterventie al eerder hulp gehad. Dit kan zowel individuele hulp aan de jeugdige zijn als hulp aan het gezin. In een kwart van de gevallen (24%) gaat het om ambulante hulp. Meer dan één op de tien jeugdigen (11%) heeft al eerder hulp van het crisisinterventieteam gehad. Dat er dagbehandeling (1%), pleegzorg (1%) of residentiële hulp (6%) verleend is, komt niet vaak voor.

Bij een minderheid van de jeugdigen is voorafgaand aan de crisisinterventie een jeugdbeschermingsmaatregel ((V)OTS of voogdij) uitgesproken (5%). Dat er voorafgaand aan de crisisinterventie al hulp verleend is, komt vaker onder de oudere jeugd vanaf 12 jaar (43%) voor dan onder de jongere groep cliënten (17%; $\chi^2=10,0$; $df=1$; $p=.00$). Tussen jongens en meisjes is er in dit opzicht geen verschil.

3.10 Verloop hulpverlening

3.10.1 Duur

De medewerkers van het CIT hebben in principe vier weken de tijd om de crisis te bezweren. In deze periode moeten ze de jeugdigen en ouders zo nodig doorverwijzen naar de juiste hulpverlener of passende zorg indiceren. De duur van de crisisinterventie van de jeugdigen (en hun ouders) in het onderzoek varieert van één dag (binnen 24 uur) tot 96 dagen. Gemiddeld duurt de crisisinterventie 26,7 dagen. Dat is binnen de vierwekentermijn. In 65% van de zaken sluit de hulpverlener de hulp binnen vier weken af (zie tabel 3.10). In een vijfde van de gevallen (19%) is er nog een of twee weken extra nodig. In de overige 16% van de zaken is meer tijd nodig.

Tabel 3.10: Duur van de crisishulpverlening in weken (in %, n=141)

Duur crisisinterventie	Jeugdigen (n=41) %
0 - ≤2 weken	32
2 - ≤4 weken	33
4 - ≤6 weken	19
langer dan 6 weken	16

Er is een samenhang tussen de gemiddelde duur van de hulpverlening en de leeftijd van de jeugdigen (zie tabel 3.11). Bij de oudere jeugd duurt de crisisinterventie gemiddeld 8 dagen langer (29,9 dagen) dan bij de jongere kinderen tot 12 jaar (21,7 dagen; $p=.02$). Eenzelfde verschil in duur is er tussen jongens en meisjes. Bij meisjes duurt de crisisinterventie gemiddeld een week langer dan bij jongens (29,5 dagen resp. 21,8 dagen; $p=.04$). Dit verschil hangt voor een deel samen met de verdeling van leeftijd. Er zijn relatief veel oude meisjes (ouder dan 12 jaar) en jonge jongens (jonger dan 12 jaar) aangemeld bij het CIT. Ook voor de afzonderlijke leeftijdsgroepen is het verschil echter significant. Dit betekent dat de duur gemiddeld bij jonge jongens het kortste is (17,8 dagen) en bij oude meisjes het langst (31,3 dagen; $p=.03$).

Tabel 3.11: Gemiddelde duur van de crisisinterventie (in dagen) naar leeftijd en geslacht van de jeugdige (n=141)

Gemiddelde duur (in dagen)	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141)
	0-12 jaar (n=51)	12-18 jaar (n=90)	
Geslacht jeugdige			
Jongen	17,8	26,3	21,8
Meisje	25,4	31,3	29,5
Totaal	21,7	29,9	26,7

3.10.2 Plaatsing

Om voor alle betrokkenen rust in de crisissituatie te creëren worden jeugdigen vaak tijdelijk uit huis geplaatst. Dit gebeurt bij 52% van de jeugdigen, zowel bij de jonge kinderen als bij de jongeren vanaf 12 jaar. Ruim de helft van deze jeugdigen (62%, $n=73$) verblijft tijdelijk in een residentiële setting en 36% komt in een pleeggezin terecht. Bijna de helft van de pleegkinderen (42%, $n=24$) is in een netwerkgezin geplaatst. De andere helft (58%) is in een regulier pleeggezin terecht gekomen. De residentiële setting is in 84 % van de gevallen een crisisopvang.

Meestal gaat het tijdens de crisisinterventie om één plaatsing. Gemiddeld duurt deze plaatsing 18 dagen. Een aantal jeugdigen wordt tijdens de crisisinterventie een keer overgeplaatst (11%). Dat een jeugdige nog een derde keer geplaatst wordt, komt incidenteel voor (1%).

Minder dan de helft van de plaatsingen (44%, $n=73$) is afgesloten voor het einde van de crisishulpverlening. Meer dan de helft (51%) van de geplaatste cliënten zit bij beëindiging van de crisisinterventie nog steeds in een opvang en van 5% van de cliënten is dit onbekend.

3.11 Beëindiging hulpverlening

Bij bijna alle cliënten (94%) is de hulpverlening van het CIT beëindigd op basis van het oordeel van de hulpverlener. Dit gebeurt altijd in overleg met de cliënten. In 4% van de gevallen heeft de jeugdige het initiatief tot beëindiging genomen.

3.11.1 Reden van beëindiging

In een derde van de situaties zijn de doelen bereikt (zie tabel 3.12). Een op de vijf cliënten is doorverwezen. Bijna even vaak is de eindtermijn voor de crisisinterventie bereikt. In ongeveer een op de acht situaties is een jeugdbeschermingsmaatregel nodig of is de Raad voor de Kinderbescherming gevraagd de noodzaak te onderzoeken. In al deze situaties blijkt deze noodzaak er te zijn. Na de crisisinterventie volgt er (uiteindelijk) hulp in een gedwongen kader.

De reden van beëindiging is voor jonge kinderen tot 12 jaar vaak anders

dan voor jongeren vanaf 12 jaar. Bij de jongste groep zijn relatief vaak de doelen behaald of vindt de medewerker van het CIT voortzetting van de hulp in een gedwongen kader nodig. Jongeren vanaf 12 jaar worden vaker doorverwezen naar vrijwillige hulp, hebben geen behoefte meer aan hulp of de eindtermijn is bereikt.

Tabel 3.12: Reden van beëindiging crisisinterventie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=141).

Reden van beëindiging*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Doelen crisisinterventie bereikt	42	28	33
Cliënt doorverwezen	7	27	19
Eindtermijn crisisinterventie bereikt	13	21	18
(Voorlopige) Maatregel uitgesproken of melding bij de Raad voor de Kinderbescherming	22	5	12
Cliënt geen behoefte meer aan hulpverlening	2	12	8
Anders	15	9	10

* $\chi^2=24,0$; $df=5$; $p=.00$

3.11.2 Kader vervolghulp

Na beëindiging van de crishulpverlening krijgt drie kwart van de jeugdigen (74%) vervolghulp. In 62% van de gevallen volgt er vrijwillige hulpverlening na de crisisinterventie. Hierbij gaat het twee keer zo vaak om geïndiceerde (vrijwillige) zorg (41%) als om vrij toegankelijke zorg (21%). In een aantal gevallen gaat het om een combinatie van hulpvormen. In 12% is de hulp in een gedwongen kader voortgezet. Bij een kwart wordt de crisisinterventie afgesloten zonder vervolghulp.

Het feit of er nog andere hulp volgt, staat los van de leeftijd van de jeugdige. Het kader van de hulp hangt wel samen met de leeftijd van de jeugdige (zie tabel 3.13). Bij jongere kinderen wordt vaker een jeugdbeschermingsmaatregel uitgesproken. De hulp vindt dan in een gedwongen kader plaats. Bij de oudere jeugd gebeurt dit vaker in een vrijwillig kader ($\chi^2=6,2$; $df=2$; $p=.05$).

Tabel 3.13: Kader vervolghulp naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=141)

Kader vervolghulp*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=141) %
	0-12 jaar (n=55) %	12-18 jaar (n=86) %	
Vrijwillige vervolghulp	53	69	62
Geen vervolghulp	27	24	26
Jeugdbeschermingsmaatregel	20	7	12

* $\chi^2=6,2$; $df=2$; $p=.05$

De geïndiceerde zorg betreft in veel gevallen jeugdhulpverlening. Een vorm van ambulante jeugdhulpverlening is voor bijna twee derde van de jeugdigen geïndiceerd. Voorbeelden zijn ambulante begeleiding jeugdige (gesprekken), gezinsbegeleiding en kidsclub. Voor residentiële jeugdhulpverlening is in 18% van de situaties een indicatie gesteld. Pleegzorg is in 7% van de gevallen geïndiceerd. Geestelijke gezondheidszorg is in een derde van de situaties nodig. Dat is vaker ambulante zorg voor de jeugdige en eventueel de ouders (25%) dan een opname voor behandeling (7%). Voorbeelden van vrij toegankelijke vervolghulp zijn begeleiding door het JIT (4%), thuiszorg (3%) en hulp van Stichting MEE (3%). Sommige cliënten zijn vanwege een verhuizing naar een BJZ buiten de regio doorverwezen (3%).

4. Kenmerken ongevraagde hulp

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de kenmerken van gezinnen die ongevraagde hulp krijgen. Hiertoe zijn de gegevens van cliënten die zichzelf hebben aangemeld vergeleken met die van degenen, die door anderen (derden) zijn aangemeld bij het CIT. Net zoals in het vorige hoofdstuk wordt eerst ingegaan op het type crisis (4.1). Daarna worden de kenmerken van de problematiek bij de jeugdige, in de thuissituatie en de ouders, op school en in de dagbesteding beschreven (4.2 - 4.7). Vervolgens komen de kenmerken van het hulpverleningsproces aan de orde (4.8 - 4.9).

4.1 Type crisis

In 3.1 is aangegeven dat het in de meeste crisissituaties gaat om structurele, meervoudige problematiek (70%). Dit geldt zowel voor de situaties, waarin de cliënt zelf om hulp vraagt als waarin anderen dit voor hem doen (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1: Overzicht van typen crisis naar melder (in %, n=141)

Type crisis*	Melder		Totaal (n=141) %
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	
Crisis door ingrijpende gebeurtenissen	13	20	18
Crisis door faseovergangen	20	5	10
Crisis door structurele, meervoudige problemen	67	72	70
Crisis door verzorgingsproblematiek	0	3	2

* $\chi^2=9,0$; $df=3$; $p=.03$

Cliënten melden zich vaker zelf bij een crisis door faseovergangen, terwijl derden vaker melden als het een crisis door ingrijpende gebeurtenissen of

verzorgingsproblematiek betreft. Dit verschil in melding hangt samen met de leeftijd van de aangemelde cliënt. Crisissituaties bij faseovergangen doen zich overwegend voor bij jongeren vanaf 12 jaar. Vaak zoeken zij dan zelf of een gezinslid hulp.

4.2 Algemene kenmerken

In de vorige paragraaf is aangegeven dat de leeftijd samenhangt met het type crisis. Leeftijd hangt ook samen met het feit of de cliënt zichzelf aanmeldt voor hulp (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2: Leeftijd van de jeugdige naar melder (in %, n=141)

Leeftijdsgroep*	Melder		Totaal (n=141) %
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	
0-12 jaar	16	50	39
12-18 jaar	84	50	61
Totaal	100	100	100

* $\chi^2=15,3$; $df=1$; $p=.00$

Zijn jonge kinderen tot 12 jaar betrokken, dan melden derden de crisissituatie vaker aan bij het CIT. Gaat het om jongeren vanaf 12 jaar, dan vragen zij of hun familie vaker zelf hulp ($\chi^2=15,3$; $df=1$; $p=.00$).

Bij meisjes ligt het initiatief voor de melding vaker bij de cliënt dan bij jongens (76% resp. 58%). Een aanmelding van een jongen gebeurt vaker door anderen ($\chi^2=3,9$; $df=1$; $p=.05$). Dit verschil in melding hangt samen met de leeftijd van de jeugdigen. Onder de cliënten bevinden zich relatief veel 'jonge' jongens en 'oude' meisjes. Dit betekent dat jongens vaker door een ander gemeld worden, omdat het om jonge kinderen gaat. Meisjes zijn vaker ouder dan 12 jaar en melden zich om die reden vaker zelf.

Wie meldt (cliënt of derde), hangt niet samen met de etniciteit van de jeugdige. Jeugdigen met een Nederlandse etnische achtergrond melden zichzelf even vaak als jeugdigen met een andere dan de Nederlandse etniciteit. Er lijken tussen de allochtone groeperingen verschillen te zijn in degene die het initiatief tot melding neemt. De verschillen hangen deels samen met leeftijd. De aantallen zijn echter te klein voor een verantwoorde analyse van de verschillen.

4.3 Leefsituatie

4.3.1 Opvoedingssituatie

Een derde van de jeugdigen woont voorafgaand aan de crisis bij beide ouders (33%). Het feit of de jeugdige bij beide ouders, alleen bij een van zijn ouders woont of dat er ook een nieuwe partner in huis woont, maakt voor de melding niet uit. In alle gevallen zijn de verhoudingen tussen situaties, waarin de cliënt zelf meldt en waarin een derde meldt, gelijk.

4.3.2 Problemen thuis

Of de cliënt zelf de crisis meldt of dat een ander dit doet, hangt wel samen met het feit of er thuis problemen zijn. Als deze problemen zich voordoen, meldt vaker een ander (88%) dan de cliënt (56%) dit. Dit geldt in het bijzonder, wanneer er materiële problemen rond financiën en huisvesting zijn, bij psychiatrische problemen, verslaving en criminaliteit van een van de gezinsleden en bij huiselijk geweld (zie tabel 4.3). Gezinnen die aangemeld zijn door derden, hebben dan ook gemiddeld meer problemen thuis (2,4 problemen per gezin) dan gezinnen die zichzelf hebben aangemeld (1 probleem per gezin; $p=.00$).

Tabel 4.3: Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar melder (in %, n=141)

Soort problematiek	Melder		Totaal (n=141) %
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	
Problemen thuis**	56	88	77
Psychische problemen	18	27	24
Huiselijk geweld*	11	27	22
Financiële problemen*	9	28	22
Ziekte, medicijngebruik	13	24	21
Alcohol, druggebruik*	7	21	16
Psychiatrische stoornis*	7	21	16
Suïcidaal gedrag	7	18	14
Huisvesting*	2	16	11
Echtscheidingsproblematiek	9	13	11
Criminaliteit*	2	16	11
Werkloosheid	0	7	5

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

4.4 Gezinsrelaties en sociale relaties

Relatieproblemen van de ouders of tussen ouders en hun kinderen spelen vaak mede een rol in de crisissituatie. Wanneer de ouders relatieproblemen hebben, is dit vaker een aanleiding voor een derde om de crisissituatie te melden dan voor de ouders of hun kind. Dit geldt zowel voor relatieproblemen van moeder als van vader (zie tabel 4.4). De problemen in de relatie van de ouders met hun kind leiden niet significant vaker tot de melding door cliënt noch door een ander.

Tabel 4.4: Relatieproblemen naar melder (in %, n=141)

Relatieproblemen	Melder		
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	Totaal (n=141) %
Relaties moeder*	29	53	45
Relaties vader*	22	46	38
Relatie moeder en jeugdige	60	46	50
Relatie vader en jeugdige	42	32	36

* $p \leq .05$

In vier op de vijf gezinnen is sprake van verwaarlozing of mishandeling van de jeugdige. Dit gegeven zegt niets over degene die het initiatief tot melding neemt. De melding wordt even vaak gedaan door cliënt zelf als door een ander. De vorm van verwaarlozing hangt wel samen met wie meldt.

Tabel 4.5: Verwaarlozing of mishandeling van de jeugdige naar melder (in %, n=141)

Verwaarlozing of mishandeling	Melder		
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	Totaal (n=141) %
Verwaarlozing of mishandeling	82	81	81
Fysieke mishandeling	53	42	45
Fysieke verwaarlozing**	0	25	17
Emotionele mishandeling	31	21	24
Emotionele verwaarlozing	9	20	17
Seksuele mishandeling	7	3	4

** $p \leq .01$

Bij fysieke verwaarlozing van de jeugdige is het binnen de onderzoeksgroep altijd een ander dan de cliënt die meldt ($\chi^2=13,6$; $df=1$; $p=.00$). Als het om een vorm van mishandeling gaat, lijkt de cliënt vaker zelf te melden. De verschillen tussen beide groepen zijn echter niet significant.

4.5 (Probleem)gedrag jeugdigen

4.5.1 Externaliserende problemen

In tabel 4.6 staat een overzicht van de meest voorkomende problemen bij de jeugdige die een rol spelen in de crisissituatie. Per probleem is aangegeven hoe vaak dit zich voordoet bij melding door de cliënt en door een ander. Externaliserende problemen van de jeugdige vormen in 69% van de gevallen mede de aanleiding tot melding bij het CIT (zie tabel 4.6). Deze problemen zijn vaker de reden dat de cliënt (94%) zelf hulp zoekt dan dat

een ander het initiatief tot melding neemt (58%; $\chi^2=15,7$; $df=1$; $p=.00$). Dat geldt in het bijzonder bij oppositiek gedrag en weglopen van de jeugdige. Uit nadere analyse blijkt dat de samenhang alleen geldt voor de oudere leeftijdsgroep. Onder hen komen externaliserende problemen vaker voor dan onder de jongere leeftijdsgroep. Jongeren van 12 jaar tot 18 jaar met externaliserende problemen melden zich vaker zelf dan de jongeren zonder deze problemen. Bij jongere kinderen met externaliserende problemen zijn het bijna altijd derden die melden. Onder de cliënten die zichzelf aangemeld hebben, komen gemiddeld twee keer zoveel externaliserende problemen (1,8) voor dan onder de jeugdigen die door een ander zijn aangemeld (0,9 problemen; $p=.00$).

Tabel 4.6: Problematiek van de jeugdige naar melder (in %, n=141)			
Problematiek jeugdige	Melder		Totaal (n=141) %
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	
Externaliserende problemen**	94	58	69
Opposit. opstandig gedrag **	42	19	26
Agressief gedrag	22	25	24
Weglopen**	36	16	22
Antisociaal gedrag	31	17	21
Internaliserende problemen	44	46	45
Depressiviteit	31	29	30
Suïcidaliteit	16	9	11
Lichamelijke problemen	9	14	12
School			
Leerproblemen*	44	25	31
Spijbelen	38	31	33

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

4.5.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Wat betreft het aantal internaliserende en lichamelijke problemen verschillen de twee groepen niet significant. Wanneer cliënten zich zelf melden, doen psychische en lichamelijke problemen zich even vaak voor als wanneer een derde een melding doet.

4.5.3 School en werk

De cliënten met leerproblemen melden zich vaker zelf aan dan dat een ander dit doet (zie tabel 4.6). Dit hangt weer samen met de leeftijd van de jeugdigen. Bij jongeren vanaf 12 jaar bepalen vaker leerproblemen mede

de problematiek dan bij de jongere kinderen en de oudste groep meldt zich vaker zelf aan. Spijbelers worden even vaak door een ander aangemeld als dat ze zelf het initiatief nemen.

4.5.4 Aanvang problemen

Bij een groot deel van de jeugdigen zijn de problemen al op jonge leeftijd begonnen. Bij jeugdigen waarbij de problemen al voor de basisschool begonnen zijn, nemen vaker derden het initiatief tot melding dan de ouders of kinderen zelf (50% resp. 20%, zie tabel 4.7). Beginnen de problemen op latere leeftijd dan vraagt de cliënt vaker zelf om hulp dan dat een ander dit voor hem doet (47% resp. 14%). Dit verband hangt samen met de leeftijd van de aangemelde cliënt. Bij jonge kinderen zijn de problemen op jonge leeftijd begonnen. Dan gebeurt de melding vaker door een ander dan door de cliënt. Bij de oudste leeftijdsgroep bij wie de problemen pas op de middelbare school begonnen zijn, is het vaak de cliënt zelf die hulp vraagt.

Bij de oudere leeftijdsgroep kan de problematiek ook al op jonge leeftijd begonnen zijn. In deze gevallen is het, net zoals bij de jongste leeftijdsgroep, vaker een ander die de cliënt bij het CIT meldt en niet de cliënt zelf ($\chi^2=8,5$; $df=3$; $p=.04$).

Tabel 4.7: Periode waarin problemen zich het eerst voordoen naar melder (in %, n=141)			
Periode waarin problemen zich voor het eerst voordoen*	Melder		Totaal (n=141) %
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	
0-5 jarige leeftijd	20	50	41
Lagere school leeftijd	24	19	21
Middelbare school leeftijd	47	14	24
Onbekend	9	18	15

* $\chi^2=22,8$; $df=3$; $p=.00$

4.6 Aanmelding

Van de 141 cliënten uit de onderzoeksgroep is 68 % door derden aangemeld en 32% heeft zichzelf aangemeld (zie figuur 2). Cliënten die zichzelf aanmelden, doen dit bij de toegang tijdens kantoortijden (42%) en buiten kantoortijden bij de crisisdienst (22%). Een deel komt via de politie bij het CIT terecht (16%) of heeft een directe lijn, omdat ze al eerder hulp hebben gehad (13%). Professionals komen daarnaast nog via andere ingangen bij het CIT: AMK en andere hulpverleningsorganisaties.

Tabel 4.8: Overzicht van typen cliënten (in %, n=141)

Type cliënt	CIT-clieñten (n=96) %
De cliënt die de weg niet weet	67
De cliënt die zorg mijdt	16
De cliënt die het overkomt	15
De cliënt die al een keer afgehaakt is	2
De cliënt die geen probleem ziet	1

Bij melding door derden kunnen drie verschillende cliëntprofielen onderscheiden worden (Reactie op een signaal van een derde, 2005): de cliënt die de weg niet weet, de cliënt die zorg mijdt en de cliënt die al een keer afgehaakt is.

De cliënten die door derden bij het CIT zijn aangemeld, zijn in deze categorieën ingedeeld (tabel 4.8). Twee op de drie cliënten (67%, n=96) weet de weg niet. 16% mijdt de zorg en 2% van de cliënten is al een keer afgehaakt. De categorieën uit de literatuur volstaan niet om alle cliënten in te delen. Aanvullend zijn er twee nieuwe categorieën gecreëerd, waarin de overige cliënten onder te brengen zijn, namelijk 'de cliënt die het overkomt' (15%) en 'de cliënt die geen probleem ziet' (1%).

4.7 Verloop hulpverlening

Is er al eerder hulp verleend, dan meldt de cliënt de problemen vaker zelf (44%) dan dat een ander dat doet (28%; $\chi^2=3,9$; $df=1$; $p=.05$). De aard van de hulpverlening maakt niet uit. Opmerkelijk is dat als de jeugdige al eerder hulp van het CIT heeft gehad, hij ook vaker zelf meldt. Hij kent de weg. Het contact met de hulpverlening heeft geen negatief effect gehad, waardoor hij geen hulp meer wil.

De gemiddelde duur van de hulpverlening is voor cliënten die zichzelf hebben aangemeld en cliënten die door een ander zijn aangemeld vrijwel gelijk, namelijk 26,9 resp. 26,6 dagen.

Cliënten die zichzelf aanmelden komen in verhouding minder vaak in een crisisopvang terecht (40%) dan degenen die gemeld zijn door een ander (57%). Dit verschil is niet significant. In een aantal gevallen heeft de cliënt zelf wel enig initiatief genomen om hulp te zoeken, ook al is hij door een ander bij het CIT gemeld. Bij cliënten die enig initiatief nemen, blijken de kinderen of jongeren tijdens de crisisinterventie significant minder vaak in een opvang geplaatst te worden dan wanneer het initiatief volledig bij een ander ligt ($\chi^2=5,8$; $df=1$; $p=.02$).

Voor de beëindiging van de crisisinterventie zijn er verschillende redenen. In tabel 4.9 staan deze aangegeven naar type melder. Of de cliënt zelf de crisis gemeld heeft of een ander maakt voor de reden van beëindiging niet uit. Doelen worden in verhouding even vaak behaald, de cliënt wordt even vaak doorverwezen en er wordt even vaak een jeugdbeschermingsmaatregel aangevraagd en/of uitgesproken.

Of er na de crisisinterventie nog vervolghulp ingezet wordt en of deze in een vrijwillig of gedwongen kader verleend wordt, is onafhankelijk van de melder (cliënt of ander).

Tabel 4.9: Reden beëindiging naar melder (in %, n=141)

Reden van beëindiging*	Melder		Totaal (n=141) %
	Cliëntsysteem (n=45) %	Derde (n=96) %	
Doelen crisisinterventie bereikt	38	31	33
Cliënt doorverwezen	27	16	19
Eindtermijn crisisinterventie bereikt	16	19	18
(Voorlopige) maatregel of melding bij de Raad voor de Kinderbescherming	11	12	12
Cliënt geen behoefte meer aan hulpverlening	4	9	8
Anders	4	12	10

* niet significant.

5. Interviews met crisishulpverleners

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de interviews met de hulpverleners beschreven. Ingegaan wordt op de werkwijze en de ervaringen met de hulpverlening na een melding door derden. In het volgende hoofdstuk komen de interviews met de ouders en jeugdigen aan bod.

5.1 Hulpverleners

Voor het onderzoek zijn vier crisishulpverleners geïnterviewd over de werkwijze na melding door derden. Het onderwerp ‘bemoeizorg’ bespreken ze wel eens in teamvergaderingen. Door een toenemend appel op crisishulp door derden is het onderwerp actueel. Scholing vinden ze niet expliciet nodig, wel deskundigheidsbevordering aan de hand van de praktijk tijdens intervisiebijeenkomsten.

5.2 Werkwijze van het CIT na een melding door derden

De hulpverleners is gevraagd hoe zij normaliter te werk gaan na een crisismelding door derden. De hulpverleners geven aan dat zij altijd eerst overleg plegen voordat zij contact opnemen met de cliënt. In welke volgorde zij de verschillende personen (melder, collega's van eigen team, van andere werksoorten en andere instellingen) spreken, wisselt.

In de werkwijze volgen zij een aantal stappen. De eerste stap bestaat uit het verzamelen van informatie bij de derden en andere werksoorten van BJZ. Vervolgens heeft de hulpverlener meestal overleg met collega's van het crisisteam. Met de informatie maakt de crisishulpverlener een plan van aanpak. Daarna benadert hij de cliënt en nodigt hem uit voor een gesprek, meestal nog voor dezelfde dag. Tijdens dit gesprek probeert hij de ernst van de situatie in te schatten. Wanneer de cliënt hiervoor toestemming verleent, kan de hulpverlener informatie inwinnen bij andere organisaties. Wanneer de hulpverlener de jeugdige uit huis wil plaatsen, bespreekt hij dit in het eerste gesprek met de cliënten. Alles gaat bij voor-

keur in overleg. Al na het eerste gesprek maakt de hulpverlener een inschatting of kortdurende hulp voldoende zal zijn of dat een vervolgetraject nodig is.

5.3 Verstrekte informatie

In het eerste gesprek met de cliënt leggen de hulpverleners meestal een aantal zaken uit. Zij hebben een standaardverhaal waarin ze uitleggen wat het CIT inhoudt. Ze vertellen wat voor team zij zijn, welke mogelijkheden ze hebben, dat ze alleen op vrijwillige basis werken, dat ze een termijn van vier weken hebben en dat ze indien nodig een vervolgetraject zullen inzetten. Dit vertellen ze vrijwel altijd in het eerste gesprek.

De meeste hulpverleners houden de melder op de hoogte van de afhandeling van de melding en het verloop van de hulpverlening. Eén hulpverlener informeert de melder normaliter alleen als hij daar een reden voor heeft, bijvoorbeeld om meer informatie in te winnen. De hulpverleners geven aan dat de frequentie van het contact met de melder verschilt per type zaak en per melder. Zij hebben allen hun eigen interpretatie welke melder in dit opzicht belangrijk is.

5.4 Verschillen en knelpunten

5.4.1 Verschillen

De hulpverleners hebben aangegeven wat volgens hen de grootste verschillen zijn tussen crisissituaties die de cliënt zelf meldt en de situaties die een derde meldt. Volgens hen hebben de verschillen vooral te maken met motivatie. De hulpverleners vinden cliënten die door derden gemeld zijn minder gemotiveerd voor hulp dan cliënten die zich zelf melden. Zij zouden zich vaak nog niet bewust zijn van de crisis.

Andere verschillen hebben betrekking op de werkwijze. Hulpverlening na melding door derden vraagt om een andere benadering. Hulpverleners moeten meer rekening houden met privacy en meer moeite doen om de situatie op 'waarheid' in te schatten.

De hulpverleners melden verder verschillen in de aard en de ernst van de problematiek. Bij melding door derden zou het vaker gaan om verwaarlozing, ruzies, mishandeling, verslavingsproblemen, pubers die meer vrijheid willen en psychische problemen. Verder betreft het volgens één hulpverlener in veel gevallen jonge kinderen. Volgens één andere hulpverlener zijn vaak andere hulpverleners al met het gezin bezig. Alle hulpverleners vinden dat er bij melding door derden in de regel sprake is van een ernstigere problematiek. Het probleem speelt meestal al langer. Hierdoor hebben cliënten die door derden gemeld worden over het algemeen langduriger hulp nodig.

Hulpverleners plaatsen meer kinderen uithuis die gemeld zijn door derden dan jeugdigen die zichzelf melden. Zij hebben hiervoor verschillende beweegredenen: voor de veiligheid en bescherming van de jeugdige, als time-out, om tijd te winnen of om een juist een crisis te veroorzaken.

5.4.2 Knelpunten en oplossingen

De hulpverleners is gevraagd wat de belangrijkste knelpunten zijn bij hulpverlening na melding door derden. Zij hebben hiervoor zelf een oplossing proberen te vinden.

Een belangrijk knelpunt vinden de hulpverleners de samenwerking met derden. Ze stuiten vaak op onbegrip, merken dat er verschillen bestaan in aanpak en ervaren problemen in de communicatie met derden. De oplossingen voor deze knelpunten hebben allemaal te maken met meer communicatie: beter alles uitleggen en regelmatig contact. Verder is een goede afstemming van de verschillende werkwijzen noodzakelijk. Eventueel kan een specifieke vorm van casemanagement een oplossing vormen.

Een moeilijk punt is het vinden van de 'waarheid'. Bij melding door derden gaat het altijd om een verhaal van een ander dan de cliënt. De oplossing hiervoor is zorgvuldig te werk gaan.

Eén hulpverlener vindt het een knelpunt dat hij soms moeilijk binnen komt bij gezinnen gemeld door derden. Hij heeft hiervoor geen oplossing en verwijst deze gezinnen door naar het AMK.

Dat hulpverleners knelpunten ervaren, kan het gevolg zijn van onvol-

doende kennis over de methodiek bij melding door derden. De hulpverlener die het kortst in dienst heeft wel behoefte aan meer kennis. Voor de andere, ervaren hulpverleners geldt dit niet. Zij vinden dat er genoeg aandacht aan besteed is, niet in de vorm van een cursus, maar wel in vergaderingen.

6. Interviews cliënten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de interviews met de cliënten beschreven. In de interviews is cliënten gevraagd naar hun ervaringen met de hulpverlening na een melding door iemand anders (een derde).

6.1 Achtergrond cliënten

Over hun ervaringen met de crisisinterventie na melding door derden zijn 24 ouders en 14 jeugdigen van 25 verschillende gezinnen geïnterviewd. Van 10 gezinnen hebben zowel de jeugdige als een van de (pleeg)ouders hun ervaringen verteld. Van de overige 15 gezinnen zijn alleen de jeugdigen geïnterviewd (4 maal) of alleen een ouder (11 maal).

De respondenten hebben hulp van het CIT gehad tussen 22 november 2005 en 24 april 2006. Hierbij waren acht verschillende hulpverleners betrokken. Van iedere hulpverlener zijn drie tot zeven cliënten geïnterviewd.

6.2 Situatieschets problematiek

De problemen die tot een crisis leiden, kunnen op verschillende domeinen liggen. Het kan gaan om specifieke problemen bij de jeugdige, problemen bij de ouders of in de thuissituatie en problemen in de opvoeding of tussen ouder en kind. In een kwart van de 25 geïnterviewde gezinnen (24%) waren problemen bij de jeugdige de aanleiding tot de melding. Dit betrof gedragsproblemen (bv. agressiviteit) en psychische problemen. In ruim de helft van de gezinnen (56%) speelden problemen van de ouders of in de thuissituatie een belangrijke rol. De thuissituatie was onveilig, de ouders kampten zelf met psychische problemen of hadden relatieproblemen. In een op de vijf gezinnen waren er conflicten tussen de ouders en hun kinderen.

Er zijn verschillende redenen waarom cliënten zichzelf niet melden. Geen van de geïnterviewde CIT-clients is een zogenoemde zorgmijder.

Dit heeft wellicht te maken met het feit dat zorgmijders helemaal niets met hulpverlening te maken willen hebben, ook niet als het om onderzoek gaat. Ruim de helft van de cliënten is niet zelf naar BJZ gegaan omdat het probleem hen overkwam. Voordat ze het zich realiseerden, waren ze al aangemeld. Twee van de veertien jongeren durfden geen hulp bij BJZ te zoeken en drie kwamen niet op het idee. Mogelijk is de drempel van BJZ voor hen te hoog. Een derde van de cliënten (33%) heeft zich niet zelf aangemeld omdat zij de weg niet wisten. Zij kenden BJZ en het crisis-interventieteam niet.

6.3 De melding

Een belangrijk kenmerk van bemoeizorg is dat de hulp ongevraagd is. Bij het CIT kan een cliënt door derden gemeld zijn en toch een hulpvraag hebben. Bijna één op de vier geïnterviewde respondenten heeft zelf al hulp gezocht. Drie ouders gaven aan direct contact te hebben gehad met de bereikbaarheidsdienst van BJZ. Bij de andere was dit niet het geval. Zij wisten niet tot welke instantie zij zich moesten wenden. Uiteindelijk kwamen ze via derden bij het CIT terecht.

Voor de meeste cliënten uit dit onderzoek namen professionele derden het initiatief om hulp te zoeken (76%). In de minderheid van de gevallen deden familie, vrienden of bekenden melding van een crisis bij BJZ (12%). Een aantal professionals heeft een directe lijn met het CIT, zoals de politie en het School Maatschappelijk Werk. De meeste aanmeldingen, ook van derden, kwamen indirect bij het CIT terecht, via de bureaudienst van BJZ of de politie.

De helft van de ouders en alle jongeren hebben de melding door derden als positief ervaren. Zij waren het met de melding eens. 14% van de cliënten was het oneens met de melding, die een derde had gedaan. Zij hebben de melding daadwerkelijk als bemoeizorg ervaren.

6.4 Verloop van de crisisinterventie

Het eerste contact met de hulpverlener bestond voor ruim de helft van cliënten uit een face to face gesprek. Hierin kregen zij de kans hun verhaal te doen. Bij de andere cliënten was het eerste contact telefonisch.

De meeste ouders en jongeren hebben dit contact als prettig ervaren. Enkele cliënten vonden het niet prettig. Ouders voelden zich overrompeld en jongeren vonden dat de hulpverlener teveel aandacht voor de ouders had.

Bij dit eerste contact leggen de hulpverleners doel en werkwijze van het CIT uit. De cliënten waren over het algemeen tevreden over de informatie die zij van de hulpverlener kregen over het CIT. Zowel de jeugdigen als de ouders gaven aan dat de hulpverleners goed vertelden wat de bedoeling was van de hulpverlening. Drie op de vier cliënten vond de informatie over het CIT voldoende.

De taak van de crisis hulpverlener is om de crisis te bezweren en zonnodig passende hulpverlening voor de cliënt te vinden. Bijna alle jongeren en ouders vertelden dat de hulpverlener iets heeft gedaan om ze te helpen. De cliënten noemden vooral gesprekken als vorm van hulp. Hierbij ging het expliciet om praten en geruststellen. Een aantal cliënten zag ook de doorverwijzing als vorm van hulp.

Ruim de helft van de ouders en jongeren gaf aan dat de hulpverleners tijdens het hulpverleningsproces afspraken met hen hebben gemaakt. In ruim de helft van de gevallen zijn deze afspraken helemaal of deels nagekomen. In bijna de helft van de situaties (42%) was dit echter niet zo. Meer dan de helft van de geïnterviewde cliënten (69%) heeft tijdens de crisisinterventie te maken gehad met een (tijdelijke) uithuisplaatsing. In veel gevallen ging het om een residentiële crisisopvang (46%). In andere situaties zijn de jeugdigen door familie of vrienden opgevangen (netwerkplaatsing), in een pleeggezin of samen met hun moeder in een vrouwenopvang geplaatst.

De duur van de plaatsingen varieerde van één nacht tot acht maanden. Alle geplaatste jongeren zijn bij de beslissing tot plaatsing betrokken. Bij de ouders is dit minder vaak gebeurd. Met zes van de vijftien ouders is geen overleg gevoerd over de plaatsing.

Bij afsluiting van de hulpverlening moet de crisishulpverlener goed uitleggen wat de volgende stap is in de hulpverlening. Dit blijkt niet in alle gevallen gebeurd te zijn. Met name onder ouders bestond hier veel onduidelijkheid over. Voor 11 van de 24 ouders was niet duidelijk wat het vervolg was. Daarentegen gaven tien van de dertien jongeren aan dat de hulpverlener het vervolg wel met hen besproken had.

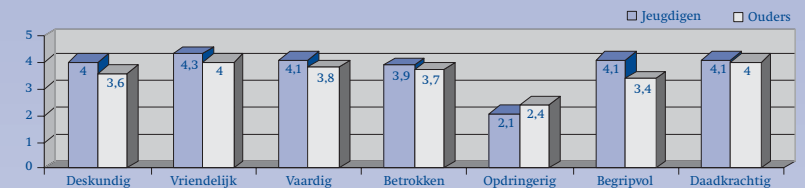
6.5 Waardering van de ongevraagde crisisinterventie

De cliënten is gevraagd hun hulpverlener te beoordelen op deskundigheid, vriendelijkheid, vaardigheid, betrokkenheid, opdringerigheid, begrip en daadkracht. Zij konden hun waardering op een vijf-puntsschaal aangeven. Een score van 1 betekende ‘helemaal niet (deskundig, vaardig etc.)’ en 5 ‘helemaal wel’. In figuur 3 staan de resultaten van deze beoordeling vermeld.

Hoewel de ouders en jeugdigen wisselende ideeën hadden over de verschillende eigenschappen van de hulpverleners, was hun oordeel over de hele linie positief. Beide groepen vonden de hulpverleners deskundig, vriendelijk, vaardig, betrokken, vol begrip en daadkrachtig. De gemiddelde scores lagen tussen 3,6 en 4,3. De jongeren gaven gemiddeld hogere scores dan de ouders. Ondanks de ongevraagde hulp, vonden de ouders en jeugdigen de hulpverlener niet expliciet opdringerig. De beoordeling voor deze eigenschap (2,1 en 2,4) was iets gematigder dan voor de andere eigenschappen.

De meeste jongeren en een deel van de ouders hebben nooit geprobeerd om de hulpverlener te bereiken. Soms was dat niet nodig omdat de hulpverlener zelf contact opnam. In andere gevallen had de cliënt er geen behoefte aan. Een klein deel van de ouders klaagde over het feit dat ze de hulpverlener niet konden bereiken. Ruim de helft was tevreden over de bereikbaarheid.

Figuur 3: Overzicht van gemiddelde waardering van de hulpverlener door jeugdigen (n=14) en ouders (n=24).



De meeste cliënten (86%) vonden dat de hulpverleners van het CIT goed naar hen luisterden. Volgens alle jeugdigen begreep de hulpverlener ook wat hun probleem was. Drie op de vier ouders vonden ook dat de hulpverlener hun probleem wel begreep.

Over de informatie die ze van de hulpverlener kregen over de aanpak van hun problemen waren de cliënten minder positief. Ongeveer de helft van de cliënten vond de informatie onvoldoende. Toch vonden de meesten (63%) de manier waarop de hulpverlener hun problemen aanpakte, wel goed. Het was een goede manier om hun situatie te verbeteren.

Uithuisplaatsing in de crisisopvang vormt vaak een heikel punt. Veel ouders waren het niet eens met de plaatsing. Ze vonden dat ze te weinig informatie kregen over de opvang van hun zoon of dochter. Veel ouders zijn niet in de opvang geweest en wisten dus niet waar hun zoon of dochter tijdelijk heeft gewoond. Ze waren overwegend negatief over de crisisopvang. De meeste jongeren hadden hun plaatsing in de crisisopvang wel als positief ervaren.

Ruim drie kwart van geïnterviewde jongeren en ouders beoordeelde de hulpverlening als geheel als positief.

6.6 Noodzaak van de ongevraagde crisisinterventie

Aan de jongeren en ouders is gevraagd of ze de hulp van het CIT nodig vonden. Drie op de vier cliënten vond dat dit het geval was. Een kwart vond dit niet.

Niet alle cliënten hebben de hulp die ze nodig hadden, ook ontvangen. De jeugdigen vonden veel vaker dan de ouders dat ze de benodigde hulp hebben gehad. Bijna alle jeugdigen hadden deze opvatting, terwijl minder dan de helft van de ouders, die hulp nodig vonden, deze mening deelt. Vier op de vijf cliënten vonden de manier waarop de hulpverlener met ze omging goed. Zij noemden de hulpverlener eerlijk, open en geruststellend.

De meerderheid (73%) van de cliënten had vooraf positieve verwachtingen van de hulp. Ze meenden dat de hulpverlener hen kon helpen. Een kwart dacht dat de crisisinterventie niets zou opleveren vanwege de complexe situatie of omdat de jeugdige helemaal geen hulp wilde.

Een deel van de ouders en jeugdigen heeft concrete verwachtingen geformuleerd. Van de door de jongeren uitgesproken verwachtingen kwam 77% uit. Voor de verwachtingen van de ouders was dit percentage lager, namelijk 45%. De vraag is of de verwachtingen van de ouders realistisch waren.

6.7 Resultaat van de ongevraagde crisisinterventie

De hulpverlening van het CIT leverde volgens de meeste geïnterviewden (64%) wel iets op. Voor 52% van de cliënten zijn de problemen minder geworden en van 12% van de cliënten zijn de problemen verholpen. In 36% van de gevallen veranderde de hulpverlening niets. In 9% van de situaties zijn de problemen erger geworden.

Volgens 56% van de ouders en jongeren die te maken kregen met een uithuisplaatsing heeft deze de betrokkenen geholpen.

Eén op de drie cliënten kon niet aangeven waarom de hulpverlening beëindigd is. Van de cliënten die wel de reden van beëindiging kenden, gaf 40% aan dat er een vervolgtraject was ingezet. Volgens 20% van de cliënten was de crisis bezworen en volgens nog eens 20% was de maximale hulpverleningstermijn verstreken. 16% van de cliënten vertelde geen behoefte aan

hulp meer te hebben, ook al waren de problemen nog niet verholpen. Eén cliënt vertelde dat de hulpverlening beëindigd is, omdat de Raad voor de Kinderbescherming erbij betrokken was.

Na de afsluiting van de crisishulpverlening is voor bijna de helft van de cliënten (49%) een vervolgtraject ingezet. Bij één op de vijf cliënten is de Raad voor de Kinderbescherming ingeschakeld. Bij nog eens één op de vijf is er helemaal geen vervolg op de hulp gekomen. 14% van de cliënten gaf aan nog steeds op de start van het vervolgtraject te wachten.

Vier op de vijf respondenten heeft na het contact met het CIT nog contact gehad met andere hulpverleningsinstanties. De meerderheid (60%) van de cliënten met vervolghulp is op het moment van het interview nog in behandeling bij de desbetreffende instelling. De meeste cliënten kwamen voor dezelfde problemen in het vervolgtraject als de problemen waarvoor ze met het CIT in aanraking kwamen.

6.8 Mogelijke verbeteringen van de ongevraagde crisisinterventie

Aan de jongeren en hun ouders is gevraagd tips ter verbetering van de crisishulpverlening te geven. Van de geïnterviewden noemde 65% een of meer tips. De meeste tips hadden te maken met communicatie. Cliënten wilden graag meer informatie en uitleg, de hulpverlener zou goed moeten luisteren, naar beide ouders luisteren en begrip tonen. Ze hadden ook tips over de methodische uitgangspunten en inhoud van de hulp: snel reageren, situatie goed leren inschatten, jeugdigen de keuze bieden tussen verschillende hulpverleners, niet zomaar drastisch ingrijpen met een uithuisplaatsing, contact tussen ouders en jeugdige tijdens plaatsing verbeteren, steun en begeleiding voor pleegouders.

7. Samenvatting

In 2006 heeft de afdeling O³ van Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland een onderzoek uitgevoerd naar de cliënten van het Crisisinterventieteam (CIT) van Bureau Jeugdzorg Haaglanden.

Behalve inzicht in achtergrond en kenmerken van de cliënten heeft het onderzoek ook zicht gegeven op de ervaringen van hulpverleners en cliënten die door anderen zijn aangemeld voor hulp. De vraagstelling was drieledig:

1. Wat zijn de achtergrondkenmerken en problemen van CIT-clieënten in de regio Haaglanden?
2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de achtergrond, problematiek en hulpverlening tussen de jeugdige CIT-clieënten die zichzelf hebben aangemeld en die door derden zijn aangemeld voor hulp?
3. Hoe ervaren cliënten en hulpverleners de ongevraagde crisishulpverlening?

Het onderzoek bevat een kwantitatief deel (dossieronderzoek) en een kwalitatief deel (interviews met cliënten en hulpverleners). Er is een kwantitatieve analyse uitgevoerd van de dossiergegevens van 141 cliënten van CIT Haaglanden. Hieruit is een beeld naar voren gekomen van de doelgroep. Bovendien heeft dit inzicht gegeven in de verschillen en overeenkomsten tussen cliënten die zichzelf aanmelden voor hulp en cliënten die door anderen, de zogenaamde derden zijn aangemeld. Het kwalitatieve deel heeft veel informatie opgeleverd over de gang van zaken rond de hulpverlening na melding door derden. In interviews hebben 4 crisishulpverleners, 24 ouders en 14 jongeren van 25 gezinnen hun ervaringen verteld.

7.1 Cliënten CIT

Bij een groot deel van de cliënten van het CIT is sprake van structurele multiprobleem-problematiek. Onder de jeugdige cliënten bevinden zich relatief veel jonge jongens tot 12 jaar en meisjes vanaf 12 jaar. Ruim twee derde van de jeugdigen (69%) heeft een andere dan een Nederlandse etnische achtergrond. Het gaat voor een groot deel om allochtone jeugdigen van de tweede generatie. Twee derde (64%) van alle jeugdigen is namelijk in Nederland geboren. Vergeleken met de verdeling in de Nederlandse bevolking is het aandeel Surinaamse jeugdigen groot. Dit hangt samen met het grote percentage Surinaams Hindostaanse gezinnen in den Haag (Van Tilburg, 2006). Ook de groep 'overig niet westerse' cliënten is groot.

Op grond van de leeftijd van de jeugdigen zijn globaal twee verschillende probleemgroepen te onderscheiden. De ene groep bestaat uit kinderen van 0-12 jaar, die relatief veel jongens bevat en waarbij vooral veel problemen bij de ouders (psychisch, verslaving, huiselijk geweld) of in de thuis-situatie (financiën, huisvesting) bijdragen aan de crisis. De jonge kinderen zijn vaker dan de oudere jeugd fysiek verwaarloosd. De problemen beginnen vaak al voordat het kind naar de basisschool gaat. Deze kinderen worden relatief vaak door anderen dan de cliënt (ouders of jeugdige zelf) bij Bureau Jeugdzorg gemeld voor hulp. De crisisinterventie duurt relatief kort. Voor de jonge jongens is dit gemiddeld 18 dagen en voor meisjes van deze leeftijd 25,4 dagen.

De crisisinterventie wordt beëindigd omdat de doelen van de hulp behaald zijn of omdat hulp in een gedwongen kader voortgezet wordt. Bij de jongste groep kinderen wordt relatief vaak een jeugdbeschermingsmaatregel uitgesproken.

Onder de oudste groep jeugdigen van 12 tot 18 jaar bevinden zich relatief veel meisjes. Bij deze groep draagt vaker dan bij de jongere groep probleemgedrag van de jongere bij aan de crisis. Oppositioneel, agressief, antisociaal gedrag en weglopen komen relatief vaak voor. Ditzelfde geldt voor internaliserende, psychische problemen. Verder doen zich vaker leerproblemen en spijbelgedrag voor en hebben deze jeugdigen vaker proble-

men in hun relatie met de ouders. De problemen beginnen voor een groot deel pas op de middelbare school. Bij een vijfde van deze jongeren is echter al op heel jonge leeftijd (0-5 jaar) sprake van problemen.

De oudere jeugd meldt zich vaker zelf bij Bureau Jeugdzorg voor hulp. De crisisinterventie duurt bij de meisjes van deze leeftijd gemiddeld het langst, namelijk 31,3 dagen tegenover 26,3 dagen voor jongens in dezelfde leeftijd. De hulp eindigt vaak door doorverwijzing naar andere (vrijwillige) hulp, omdat de termijn van de crisisinterventie bereikt is of omdat er geen behoefte meer is aan hulp. Vervolghulp vindt vaker dan bij jonge kinderen in vrijwillig kader plaats.

7.2 Kenmerken na melding door derden

Cliënten bij het CIT worden vaker door anderen gemeld dan dat ze zelf bij BJZ aankloppen voor hulp. Veelal gebeurt dit door professionals (60%). In de minderheid van de gevallen (14%) melden niet-professionals, zoals familie en vrienden, hun zorgen.

Veel cliënten (67%, n=96) weten de weg naar de hulpverlening niet. Anderen mijden de zorg (16%) of overkomt het gewoon (15%).

Bij jeugdigen die door anderen gemeld worden, gaat het relatief vaak om een crisis door ingrijpende gebeurtenissen of verzorgingsproblematiek en minder vaak om een crisis door faseovergangen. Deze laatste vorm van crisis doet zich vaker voor bij cliënten die zichzelf melden. Deze zijn over het algemeen 12 jaar of ouder. Het onderscheid tussen cliënten die zelf hulp vragen en die door derden gemeld worden, hangt namelijk sterk samen met leeftijd van de jeugdige. Bij jonge kinderen tot 12 jaar zijn het vaker anderen die problemen signaleren en dit bij de hulpverlening melden. De jongeren vanaf 12 jaar zoeken veel vaker zelf hulp. De kenmerken van de groep cliënten die ongevraagde hulp krijgt van het CIT zijn gelijk aan die van de jonge groep kinderen zoals in 7.1 beschreven.

Dit betekent dat het vooral gaat om problemen bij de ouders of in de thuis-situatie en niet zozeer om probleemgedrag of psychische problemen bij de

kinderen. Bij de kinderen is in verhouding vaak sprake van fysieke verwaarlozing. De problemen beginnen al op relatief jonge leeftijd.

7.3 Ervaringen hulpverleners

In grote lijnen houden de crisis hulpverleners onderling dezelfde werkwijze aan na melding door derden. Op onderdelen verschilt hun aanpak. Veel nadruk ligt op het verzamelen van informatie. De hulpverleners stellen in het informeren van betrokkenen verschillende prioriteiten. Welke melders zij op de hoogte blijven houden en in welke frequentie, verschilt per hulpverlener.

Na melding bij het CIT krijgen cliënten meestal dezelfde dag een uitnodiging voor een eerste gesprek. Tijdens dit gesprek vertellen de hulpverleners ieder hun eigen standaardverhaal over doel en werkwijze van het CIT.

De eerste informatie over de cliënten komt na melding door derden altijd van een ander. Dit vraagt zorgvuldigheid van de hulpverleners bij de inschatting van de situatie. Bij melding door derden zou het vaker gaan om jonge kinderen, ongemotiveerde cliënten, mishandeling, verwaarlozing en ruzies. Bovendien is de problematiek volgens de hulpverleners ernstiger. Zij ervaren vaak knelpunten in de samenwerking en communicatie met andere hulpverleners. Oorzaken zijn onbegrip en verschil in aanpak. Als oplossing stellen hulpverleners voor anderen beter te informeren en regelmatig contact te onderhouden.

De hulpverleners vinden dat ze voldoende deskundigheid hebben op het gebied van melding door derden. Hun expertise als hulpverlener zouden ze verder kunnen ontwikkelen door bespreking van het thema in intervisiebijeenkomsten. Extra scholing vinden de meesten niet nodig.

7.4 Ervaringen cliënten

In een kwart van de geïnterviewde gezinnen (24%) lag de aanleiding tot de melding bij het CIT in de problematiek van de jeugdige. In ruim de helft van de gezinnen (56%) waren er problemen bij ouders of in de thuis-situatie en in de overige 20% waren relatieproblemen tussen ouders en hun kind de reden tot melding van de zorgen.

De meeste cliënten ‘overkwam’ de melding. Een deel had zelf wel al initiatief genomen hulp te vragen, maar wist de weg niet. Zorgmijders zijn niet geïnterviewd.

Een minderheid (14%) van de cliënten heeft de melding als negatief ervaren. De meeste cliënten stonden achter de melding die een ander had gedaan. Ze vonden de hulp zelf ook nodig.

Drie kwart van de cliënten verwachtte vooraf dat de hulpverlener hen kon helpen. Onder ouders is 45% van de verwachtingen uitgekomen, onder de jongeren 77%. Bijna alle jongeren vonden dat ze de noodzakelijke hulp hebben ontvangen. Minder dan de helft van de ouders deelde deze mening.

Het eerste contact vonden de meeste cliënten prettig. De hulpverlener gaf voldoende informatie over doel en werkwijze. Vooral via gesprekken heeft de hulpverlener iets gedaan om te helpen. De informatie over hoe ze hun problemen konden aanpakken vonden veel cliënten onvoldoende.

De ouders en jongeren waren wisselend in hun oordeel over een aantal eigenschappen van de hulpverlener. Hun gemiddelde oordeel was positief. Ze vonden de hulpverlener deskundig, vriendelijk, vaardig, betrokken, vol begrip, daadkrachtig en niet opdringerig. Verder was de hulpverlener goed bereikbaar, luisterde hij goed, begreep de problemen en pakte deze ook goed aan. De jongeren beoordeelden de hulpverlener positiever dan hun ouders.

In ruim de helft van de situaties (56%) heeft de hulpverlener met de cliënt afspraken gemaakt. Deze zijn in ongeveer de helft van de gevallen nagekomen.

Veel gezinnen hadden te maken met een uithuisplaatsing tijdens de crisis. Alle jongeren en twee derde van de ouders hebben hierover mee kunnen beslissen. Jongeren waren overwegend positief over de plaatsing. Ouders waren over het algemeen niet tevreden over de gang van zaken. Ze waren het niet eens met de plaatsing en kregen te weinig informatie.

Meer dan de helft van de jongeren en ouders (64%) vond dat de crisis-interventie de problemen heeft verholpen of verminderd. Ruim een derde van de cliënten (36%) was niet tevreden over het resultaat. De situatie was niet veranderd of juist erger geworden.

De afsluiting van de crisisinterventie en het vervolg hierop waren voor veel ouders en jongeren onduidelijk. Een derde wist niet waarom de crisis-interventie was afgesloten.

Voor de meeste cliënten (70%) is er een vervolgtraject uitgezet, hetzij in vrijwillig, hetzij in gedwongen kader. Veel cliënten waren ten tijde van het interview (3-8 maanden later) nog in behandeling of onder begeleiding voor dezelfde problemen als die bij aanmelding bij het CIT.

Tips van cliënten ter verbetering van de crisisinterventie hadden voornamelijk betrekking op communicatie: meer uitleg en informatie, goed luisteren naar ouders en kinderen. Andere tips hadden betrekking op verbetering van de werkwijze: o.a. snel reageren, situatie goed inschatten, niet zomaar drastisch ingrijpen met een uithuisplaatsing.

8. Conclusies en discussie

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek op een rij gezet. Uitgangspunt zijn de onderzoeksvragen zoals vermeld in hoofdstuk 2. Op grond van de conclusies worden in het volgende hoofdstuk aanbevelingen geformuleerd.

8.2 Leeftijd CIT- cliënten

Veel jeugdigen die aangemeld worden bij het CIT komen uit een multi-probleemgezin. Welke problemen voornamelijk de crisissituatie bepalen, hangt sterk samen met leeftijd van de jeugdige. Op basis van leeftijd zijn de cliënten van het CIT globaal in twee groepen te verdelen. Bij jonge kinderen tot 12 jaar ligt de nadruk van de problemen bij de ouders of in de thuissituatie. Het zijn voornamelijk anderen die de crisis signaleren en hun zorgen melden bij Bureau Jeugdzorg. De oudere groep jeugdigen van 12 jaar en ouder trekt vaker zelf aan de bel, wanneer zij hulp nodig heeft. Aanleiding zijn vaker dan bij jonge kinderen problemen bij de jeugdige zelf: externaliserende gedragsproblemen, psychische, internaliserende problematiek, leerproblemen en spijbelen. Ook problemen in de relatie tussen de jeugdige en zijn ouders doen zich vaker voor. Vaak gaat het om faseproblematiek.

Bij de jonge kinderen zal de crisisinterventie vooral gericht zijn op de problemen van de ouders en bij de oudere jeugd op hun eigen problemen. Risico van dit accentverschil is dat andere aspecten van de problematiek onvoldoende aandacht krijgen. Bij jonge kinderen hebben de problemen thuis invloed op hun ontwikkeling. Fysieke verwaarlozing kan leiden tot functionele ontwikkelingsachterstanden (zoals in motoriek, spraak, zintuiglijke waarneming). Problemen van ouders hebben eveneens hun weer-slag op de ontwikkeling van hun kinderen. Uit onderzoek is onder andere bekend dat een derde van de kinderen van ouders met psychiatrische

problemen, zelf psychiatrische problemen krijgt (handboek Kinderen en adolescenten).

Zo staan ook de problemen van de jongeren meestal niet op zichzelf. Ze zijn een gevolg van of reactie op de gezinssituatie. Moeilijkheden thuis kunnen leiden tot gedragsproblemen. Ze kunnen spanning of een slechte concentratie veroorzaken en als gevolg hiervan problemen op school. Dit betekent dat de crisishulpverlener altijd aandacht moet besteden aan het hele gezinssysteem. De nadruk voor het bezweren van de crisis kan wel liggen op de directe aanleiding tot de melding. Bij de verwijzing of indicatie voor vervolghulp moet altijd aandacht zijn voor verborgen problemen. Dat wil zeggen dat er een goede inschatting van risico's voor veilig opgroeien gemaakt moet worden.

Het gebruik van een standaardinstrument voor de risicotaxatie kan een goede ondersteuning bieden. Gezien de beperkte tijd die er voor crisis-interventie beschikbaar is, moet het een eenvoudig, snel te gebruiken instrument zijn. Voor de eenheid binnen BJZ moet het instrument aansluiten bij andere instrumenten die BJZ gebruikt. Bij de jonge kinderen liggen de risico's met name in de thuissituatie. De Child Abuse Risk Evaluation (CARE-NL, 2005), die het AMK gebruikt voor de risicotaxatie, zou een alternatief kunnen zijn. Voor de oudere jeugd zou een ander instrument gehanteerd moeten worden, dat meer gericht is op problemen bij de jeugdige zelf. Onderzocht zou kunnen worden of de STEP, een instrument voor de Standaard Taxatie voor Ernst van de Problematiek, voldoet. Voordeel van de STEP is dat het eenvoudig in gebruik is. Bovendien gaat het tot de standaardinstrumenten van BJZ behoren.

8.3 Gedragsproblemen

Voor de oudere jeugd is sprake van externaliserend probleemgedrag, zoals agressief, antisociaal gedrag en weglopen. Opmerkelijk is dat overmatig alcohol- en druggebruik nauwelijks als probleem gesignaleerd is. Slechts bij 1% van de jeugdigen is het gesignaleerd. Volgens landelijke cijfers is het problematisch alcoholgebruik onder 16-24-jarigen 22% (brief

VWS, 2005) en gebruikt 10% van de scholieren cannabis (Monshouwer e.a., 2004). Onder probleemjongeren, zoals weglopers of jongeren in een justitiële jeugdinstelling, is het cannabisgebruik zelfs 60%. Volgens Burger (2000) is het gebruik in Den Haag lager dan landelijk, maar het verschil tussen de landelijke cijfers en die in dit onderzoek is erg groot.

Het is mogelijk dat dergelijke problemen onder CIT-cliënten inderdaad nauwelijks voorkomen. Het kan ook zijn dat alcohol- en druggebruik niet de aanleiding tot de crisis vormen en om die reden niet als problemen genoemd worden. Een andere verklaring is dat ambulante hulp wordt ingezet als deze problemen zich niet of nauwelijks voordoen. Wanneer de nadruk ligt op problematisch alcohol- en/of druggebruik, zal de jeugdige sneller doorverwezen worden naar de verslavingszorg.

Wanneer zich problemen met alcohol en/of drugs voordoen, kan de situatie zo ernstig zijn, dat onmiddellijk een jeugdbeschermingsregel nodig is om de jeugdige tegen zichzelf of anderen te beschermen. Deze jeugdigen worden meteen in een residentiele instelling geplaatst in het kader van een civiele maatregel door de Kinderrechter. De resultaten van een onderzoek naar jeugdigen met een civielrechtelijke crisisplaatsing (BJZ, 2006) ondersteunen deze laatste veronderstelling. De helft van jongeren die via een civiele maatregel geplaatst zijn, gebruikt overmatig alcohol of drugs. Bovendien is hun situatie gemiddeld veel ernstiger. Bij alle jongeren is sprake van verschillende gedragsproblemen (gemiddeld 4,4) en bij het merendeel zijn er diverse problemen bij de ouders of in de thuissituatie. Nader onderzoek is nodig om de verschillen duidelijker in kaart te brengen.

8.4 Profiel cliënten door derden gemeld

In de literatuur zijn de door anderen aangemelde cliënten ingedeeld in drie groepen: de cliënt die zorg mijdt, de cliënt die de weg niet weet en de cliënt die al een keer afgehaakt is. Deze categorieën volstonden niet om alle cliënten van het CIT in te delen. Op grond van de resultaten zijn twee categorieën toegevoegd: de cliënt die het overkomt en de cliënt die het probleem niet ziet. Deze categorieën zijn ook onderkend in een project

van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland, dat is opgezet om het Outreachend Handelen vorm te geven.

Twee derde van de cliënten van het CIT weet de weg niet of overkomt het. De kenmerken die uit het onderzoek naar voren komen hebben dus vooral betrekking op deze twee groepen.

Zorgmijders zijn in dit kader een interessante groep. Zij zijn het moeilijkste te bewegen om gepaste hulp te vragen en accepteren. Onder de geïnterviewde ouders en jongeren bevonden zich helemaal geen zorgmijders. In het dossieronderzoek blijkt 16% in deze groep te vallen. Voor een nadere analyse van de achtergrondkenmerken is het aantal zorgmijders in het onderzoek te klein. Nader onderzoek naar de kenmerken van deze groep kan goede aanknopingspunten geven hoe deze groep gevonden en gemotiveerd kan worden voor passende zorg. Bij Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland is een vergelijkbaar dossieronderzoek naar de cliënten van het CIT gestart. De hoeveelheid beschikbare gegevens neemt hierdoor toe, waardoor analyse van de kenmerken van zorgmijders wel verantwoord zal zijn.

8.5 Ongevraagde zorg?

De cliënten die door anderen voor hulp gemeld zijn krijgen hulp die ze zelf niet gevraagd hebben. Deze ongevraagde hulp staat ook bekend als bemoeizorg. Dit begrip heeft voor de meeste mensen een negatieve betekenis.

Zoals al eerder vermeld weet de grootste groep (66,7%) van deze CIT-cliënten de weg naar de hulpverlening niet. Een deel van hen heeft zelf wel al hulp gezocht. Een zesde van de cliënten overkomt het gewoon. Ze realiseren zich niet de ernst van de situatie of hebben de energie of moed niet om hulp te zoeken. Het is geen boze opzet dat ze geen hulp zoeken. De cliënten die geïnterviewd zijn geven veelal aan, dat ze achter de melding staan en de hulp nodig vinden. Ze vragen er zelf niet om maar vinden het wel prettig. Het heeft voor hen een positieve betekenis. Ongevraagde zorg is dan ook in dit opzicht een betere term dan bemoeizorg.

Dat cliënten zelf de hulp nodig vinden, betekent dat de melding door

anderen belangrijk is. Zonder de bemoeienis van anderen zouden deze cliënten niet bij de hulpverlening terecht komen of pas na ernstige escalatie van problemen. Het is dus belangrijk dat de werkwijze van Bureau Jeugdzorg na melding door derden een duidelijke plaats krijgt, zowel binnen de eigen organisatie als in overleg met andere betrokkenen. Binnen Bureau Jeugdzorg heeft een werkgroep een voorstel gedaan voor de procedure na melding door derden. De werkgroep heeft geadviseerd deze werkwijze in heel BJZ in te voeren. Deze kan op maat gemaakt worden voor de werkwijze bij crisissituaties. Kenmerk van crisissituaties is onder andere de noodzaak tot snel handelen. De methodiek voor Outreachend Handelen, die bij Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland ontwikkeld is, kan de basis hiervoor vormen.

8.6 Tevredenheid cliënten

De geïnterviewde cliënten zijn over het algemeen tevreden. Jeugdigen zijn nog tevredener dan de ouders. Er zijn echter grote individuele verschillen. Sommige cliënten zijn over de hele linie tevreden, terwijl anderen juist heel erg ontevreden zijn. In hun beoordeling van de hulpverlener en hulpverlening zijn ze ook niet eenduidig. Soms zijn de resultaten zelfs tegenstrijdig. Aan de ene kant zijn ouders en jongeren wel tevreden over de hulp die gegeven is, terwijl ze aan de andere kant vinden dat niet de goede hulp gegeven is en dat de informatie onvoldoende was.

Hun ontevredenheid is grotendeels te wijten aan gebrekkige informatie. De hulpverlener legt soms niet goed uit wat het CIT doet, wat de bedoeling is van de hulpverlening, wat de cliënten het beste kunnen doen om hun problemen aan te pakken, waarom de hulpverlening wordt afgesloten en hoe het vervoltraject eruit ziet.

Zo ervaart een deel van de cliënten dit. Hun tips voor verbetering van de crisisinterventie hebben grotendeels betrekking op de communicatie. Behalve behoefte aan informatie en goede uitleg, hebben cliënten ook behoefte aan begrip en betrokkenheid van de hulpverlener. Een aantal cliënten wil ook graag serieus genomen worden en betrokken worden in beslissingen.

Op een aantal punten is de werkwijze dus nog te verbeteren. Naast begrip is er meer informatie en uitleg nodig. Wat mogelijk nog belangrijker is, is dat deze uitleg regelmatig herhaald wordt. Caplan (1964) noemt als kenmerken in denken van cliënten in crisis: voortrazende gedachten, vasthouden aan één idee of oplossing, verkeerd interpreteren van informatie of het trekken van de verkeerde conclusies. In crisissituaties nemen mensen dus niet altijd de informatie die gegeven wordt op. Dan kan het lijken of geen informatie gegeven wordt. Hiermee moeten de crisis-hulpverleners rekening houden. Herhaling is dus nodig.

8.7 Motivatie

Dat cliënten geen informatie denken te krijgen, kan ook een kwestie van motivatie zijn. Hulpverleners vinden cliënten, gemeld door derden, vaak niet gemotiveerd. Dit betekent dat er extra aandacht nodig is om deze motivatie te bestendigen. Dit kost meestal meer tijd dan er binnen de crisisinterventie beschikbaar is. Volgens de motivatietheorie gaat het bij het opbouwen van motivatie om een cyclisch veranderingsproces (Prochaska en DiClemente, 1982). Dit bestaat uit 6 stadia (voorbeschouwing, overpeinzing, besluitvorming, actieve verandering, stabilisatie en terugval). Bij kwetsbare cliënten, die door anderen gemotiveerd worden om hulp te vragen of te accepteren, is het vooral van belang dat terugval voorkomen wordt.

Bij deze cliënten zou het CIT extra tijd moeten krijgen of de ondersteuning van een ander hulpverlener om de motivatie op gang te brengen. Ook tijdens de periode dat cliënten op een wachtlijst voor vervolghulp staan, is vaak extra motivatie nodig voor het blijven accepteren van de noodzaak van hulp. De crisis-hulpverlener zou als casemanager kunnen bewaken dat de cliënt gemotiveerd blijft voor hulp en uiteindelijk ook de hulp krijgt die nodig is. Dit past binnen de visie van BJZ. BJZ wil namelijk het aantal verschillende hulpverleners waarmee een cliënt te maken krijgt zoveel mogelijk reduceren. Binnen BJZ moet zoveel mogelijk dezelfde persoon contactpersoon zijn voor de cliënt.

8.8 Uithuisplaatsing tijdens crisisinterventie

Veel gezinnen hebben te maken met een uithuisplaatsing tijdens de crisisinterventie. Vooral de ouders zijn niet tevreden met de gang van zaken rondom de uithuisplaatsing. Ze worden niet bij de beslissing betrokken, zijn het er niet mee eens en krijgen onvoldoende informatie. De vraag is óf de ouders betrokken moeten worden. Het gaat immers om een crisis-situatie, waarin welzijn en veiligheid van hun kind vooropstaat. Bureau Jeugdzorg richt zich primair op het belang van het kind. Informeren van de ouders hoeft niet in het belang van het kind te zijn, bijvoorbeeld als sprake is van mishandeling of verwaarlozing. Aan de andere kant zijn de ouders wel de belangrijkste personen die verantwoordelijk zijn voor de opvoeding. Enige informatie is dan wel op zijn plaats. Het is wel wenselijk dat voor alle betrokken partijen duidelijk is op welke informatie ouders bij uithuisplaatsingen in het belang van de jeugdige recht hebben. BJZ heeft hierover wel juridische richtlijnen. Deze hebben de ernst van de situatie voor de jeugdige als uitgangspunt. Het begrip ‘ernst’ is niet duidelijk gedefinieerd. Er blijft ruimte voor individuele interpretaties. Deze zijn afhankelijk van inhoudelijke overwegingen.

Om meer duidelijkheid te krijgen over dit onderwerp, zouden de juridische richtlijnen en inhoudelijke criteria op een rij gezet moeten worden. Een panel van deskundigen (op juridisch, inhoudelijk en praktisch methodisch gebied) zou een advies kunnen geven voor aanvulling op de methodiek die de crisishulpverleners hanteren. Uitgaande van het recht van ouders op informatie zou het advies gericht moeten zijn op uitzonderingssituaties, dat wil zeggen wanneer ouders niet geïnformeerd kunnen worden in het belang van het kind.

8.9 Afsluiting van de crisisinterventie

De afsluiting van de crisisinterventie lijkt een ondergeschoven kindje in de uitvoering. Het initiatief voor beëindiging ligt meestal bij de hulpverlener. Hij geeft aan dat dit altijd in overleg met de cliënt gebeurt. Een

derde van de geïnterviewde cliënten wist echter niet waarom de hulp is afgesloten. De hulpverlener is volgens hen hierover niet duidelijk genoeg. Deze onduidelijkheid kwam uit een eerder onderzoek onder CIT-clieñten van Surinaams Hindostaanse afkomst (Van Tilburg, 2006) ook al naar voren.

Het is in dit kader niet belangrijk wie gelijk heeft. Vanuit vraaggerichte zorg is de beleving van de cliënt het uitgangspunt. Blijkbaar besteedt de hulpverlener niet voldoende aandacht aan de afsluiting. Bij de cliënt moet hij meer nadruk leggen op het feit dat de crisisinterventie ten einde loopt. Hoe de hulpverleners dit aspect kunnen verbeteren, zouden ze binnen hun team tijdens een intervisiebijeenkomst kunnen bespreken. Samen zouden ze hiervoor een goede, duidelijke werkwijze kunnen ontwikkelen.

8.10 Deskundigheidsbevordering

Crisishulpverleners gaven aan voldoende over de werkwijze bij melding door derden te weten. Gezien de individuele verschillen tussen de hulpverleners is op een aantal punten meer eenheid in werkwijze nodig. Wanneer deze vanuit een duidelijke, gezamenlijke visie ontstaat, is de basis solide. Om hun deskundigheid te verbeteren vinden hulpverleners extra scholing niet nodig. Ze vinden het wel zinvol hun werkwijze te bespreken aan de hand van hun ervaringen, bijvoorbeeld tijdens intervisiebijeenkomsten. Voor nieuwe medewerkers van het CIT zou dit onderwerp extra aandacht kunnen krijgen in de introductiescholing.

Uitgangspunt voor de bespreking ter verbetering van de deskundigheid is in eerste instantie de eigen methodiek voor de crisishulpverlening. Voor de eenheid binnen BJZ biedt de algemene, voorgestelde procedure na melding door derden (werkgroep melding door derden) een basis voor mogelijke werkwijze bij de crisisinterventie. Daarnaast bevat de methodiek voor ‘Outreaching Handelen’ van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland de beschrijving van een werkwijze, die veel raakvlakken heeft met die bij CIT Haaglanden na melding door derden.

Centrale uitgangspunten in deze methodiek zijn:

- snel handelen en intensief contact
- proactief handelen: de hulpverlener gaat naar het gezin toe
- openheid naar de cliënt
- informeren van alle betrokkenen
- feedback aan melder
- samenwerking met alle betrokken personen en instellingen (met inachtneming van de regels voor privacy)
- combinatie van engageren (betrokkenheid bij cliënt) en positioneren (duidelijkheid over kader, rol, taak, doel en verwachtingen).

8.11 Validiteit van de kwalitatieve gegevens

De interviews in het kwalitatieve onderzoek zijn alleen afgenomen aan cliënten die door derden gemeld zijn. Uit praktische overwegingen is er geen vergelijkingsgroep van cliënten die zelf hulp gevraagd hebben, samengesteld. De vraag is dus in hoeverre de resultaten typerend zijn voor cliënten die zelf geen hulp hebben gevraagd of dat het om algemene kenmerken van de crisisinterventie gaat.

Over dit onderwerp kan er wel iets gemeld worden. In 2006 is een vergelijkbaar kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder Surinaams Hindostaanse gezinnen (Van Tilburg, 2006). In interviews is gevraagd naar hun ervaringen met de crisisinterventie. Het betreft weliswaar een specifieke groep cliënten van het CIT, maar de resultaten hebben deels dezelfde strekking. Uit beide onderzoeken komen namelijk dezelfde knelpunten naar voren: de behoefte aan meer uitleg en informatie, de hoge of irreële verwachtingen vooraf en de onduidelijkheid over de afsluiting. Deze punten kunnen dus beschouwd worden als de aandachtspunten voor de crisisinterventie in het algemeen.

Bij onderwerpen die direct te maken hebben met de melding door een ander (bv.: 'Bent u het eens met de melding?') geven de resultaten wel informatie over het specifieke thema. Of de tevredenheid van de cliënten door anderen gemeld afwijken van die van andere cliënten van het CIT is niet bekend. Een aanvullend onderzoek kan hierover het beste uitsluitsel geven.

9. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een aantal aanbevelingen gegeven. Deze zijn gebaseerd op de conclusie in voorgaand hoofdstuk. De aanbevelingen zijn in drie groepen verdeeld. Ze hebben betrekking op 1) de methodiek voor crisisinterventie in het algemeen, 2) de methodiek die gericht is op hulp na melding door derden en 3) onderwerpen die nader onderzoek vragen.

9.1 Methodiek Crisisinterventie

9.1.1 Risicotaxatie

De leeftijd van de jeugdige is een belangrijk gegeven voor de typering van de doelgroep van het CIT. Op grond van leeftijd kunnen globaal twee verschillende groepen met verschillende nadruk op problematiek onderscheiden worden. Dit is voor de directe crisisinterventie van belang. Het gevaar is echter dat andere verborgen problemen te weinig aandacht krijgen. Om een goede inschatting te maken welke vervolghulp nodig en gepast is, is een taxatie van de risico's voor het gezonde en veilige opgroeien van belang. Aanbevolen wordt om nader te onderzoeken welke reeds gebruikte of binnenkort te gebruiken instrumenten binnen BJZ hiervoor geschikt kunnen zijn. Voor de jongste groep komt de CARE, die het AMK hanteert in aanmerking. Voor de oudere jeugd kan misschien de STEP (of QUICKSTEP), een algemeen instrument om de ernst van de situatie in te schatten, volstaan. Pas wanneer blijkt dat deze instrumenten voor de cliënten van het CIT niet bruikbaar zijn, is een inventarisatie van andere instrumenten aan te bevelen.

9.1.2 Communicatie met cliënten

Cliënten hebben grote behoefte aan informatie en duidelijke uitleg over allerlei aspecten van de hulpverlening. Het gaat bijvoorbeeld om het doel en de werkwijze van het CIT, een mogelijke uithuisplaatsing van de jeugdige, de afsluiting van de crisisinterventie, de hulp na de crisisinterventie en de verdere gang van zaken. Deze behoefte lijkt niet alleen op te gaan voor cliënten die door derden gemeld zijn, maar voor CIT-clieuten in het

algemeen. Deze behoefte zegt niets over de hoeveelheid informatie die gegeven is. Cliënten in crisis zijn immers kwetsbaar en onthouden niet alles, wat ze horen. Aanbevolen wordt om binnen de methodiek aandacht te schenken aan de manier waarop hulpverleners de cliënten informatie geven. Herhaling is wellicht een goede manier.

9.1.3 Criteria voor informatie van ouders bij uithuisplaatsing

Voor eenduidigheid bij het informeren van ouders over de uithuisplaatsing wordt aanbevolen de juridische en inhoudelijke criteria op een rij te zetten. Een panel van deskundigen (juristen, inhoudelijk deskundigen en hulpverleners) kan advies geven over de werkwijze in aansluiting op de gehanteerde methodiek.

9.1.4 Casemanagement

Voor de aansluitende hulp na de crisisinterventie is het raadzaam dat de hulpverlener als casemanager fungeert. Hij kan zorgen dat de cliënten gemotiveerd blijven voor deze hulp en uiteindelijk de hulp ook krijgen. Deze opeenvolging van verschillende functies door een medewerker van BJZ past binnen de visie van BJZ.

9.2 Methodiek hulp na melding door derden

De hulpverlening na melding door derden is een actueel onderwerp, waarvoor steeds meer aandacht komt. Crisishulpverleners hanteren hierin verschillende werkwijzen. Van groot belang is dat er eenheid in de werkwijze komt. De crisishulpverleners hebben geen behoefte aan extra scholing. De eenheid in de werkwijze kan het CIT zelf ontwikkelen door het onderwerp binnen de intervisiebijeenkomsten te bespreken aan de hand van de dagelijkse praktijk. Ondersteunende middelen hierbij zijn de methodiek voor de crisisinterventie, de algemene procedure voor ‘melding door derden’ en de methodiek voor ‘Outreaching Handelen’ die bij BJZ Zuid-Holland ontwikkeld is.

Aandachtspunten bij de ontwikkeling zijn:

- Motivatie van de cliënt en het behoeden voor terugval
- Openheid naar de cliënt
- Communicatiestrategieën (betrokkenheid en positie nemen)
- Feedback aan de melder
- Communicatie en samenwerking met alle betrokkenen.
- Het op de hoogte blijven houden van alle betrokken partijen met inachtneming van de regels voor privacy.

Voor de borging en kwaliteit van de werkwijze moet in de introductie cursus voor nieuwe medewerkers aandacht besteed worden aan dit onderwerp.

9.3 Nader onderzoek

Een aantal aspecten is in het onderzoek nog onduidelijk gebleven of heeft nieuwe vragen opgeroepen. Om hierover helderheid te krijgen is nader onderzoek nodig. Het gaat om de volgende onderwerpen:

- Problematisch alcohol- en druggebruik onder cliënten van het CIT en eventueel gokverslaving. Onder CIT-clieñten komen ze niet voor of ze worden niet relevant geacht voor de crisis. Om deze veronderstelling te bevestigen is specifiek onderzoek nodig. Daarnaast kan een nadere analyse van de verschillen met andere doelgroepen van BJZ (bv. civielrechtelijk geplaatste jongeren na crisis in een Justitiële Jeugdinstelling) inzicht geven in kenmerken van niet-gebruikers en problematische gebruikers. Dit geeft mogelijk ook inzicht in de grens tussen ambulante en residentiële hulp: in welke situaties is nog ambulante hulp mogelijk en wanneer wordt die grens overschreden en is residentiële hulp noodzakelijk.
- Bevestiging van typerende kenmerken en ervaringen na hulp door derden. Een kwalitatief onderzoek onder cliënten die zichzelf hebben aangemeld, dat identiek is aan het onderzoek uitgevoerd onder door derden aangemelde cliënten, kan inzicht geven in typische en atypische kenmerken.

- Zorgmijders. Zij zijn in alle opzichten een groep die uit zicht blijft en daarom juist interessant. Kenmerken van deze groep kunnen informatie opleveren over manieren waarop ze het beste te benaderen zijn voor hulp. Hiervoor zouden de gegevens van het onderzoek naar de kenmerken van de cliënten van het CIT van BJZ Zuid-Holland gebruikt kunnen worden. Het dossieronderzoek wordt op identieke wijze uitgevoerd als het dossieronderzoek bij BJZ Haaglanden. De groep zorgmijders uit beide regio's samen is naar verwachting zo groot dat een analyse van de kenmerken verantwoord is.
- Typerende kenmerken van CIT-clieënten in Haaglanden. Een vergelijking met de CIT-clieënten in de regio Zuid-Holland kan inzicht geven in de verschillen en overeenkomsten tussen CIT-clieënten uit Den Haag en die uit de provincie. Zoals hiervoor reeds vermeld, wordt bij BJZ Zuid-Holland een identiek dossieronderzoek uitgevoerd. Hierdoor is een goede en verantwoorde vergelijking mogelijk.

Geraadpleegde bronnen

Berben, E. (2007). *Evaluatie van het project 'Outreachend Handelen' bij BJZ Zuid-Holland*. Interne publicatie. Den Haag: Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland.

Berger, M., & Hordijk, S. (2007). *Crisisinterventie en spoedeisende hulp. Een overzicht van theorie en praktijk*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Boendermaker, L., Eigenraam, K., & Geurts, E. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Bransen, E., Hulsbosch, L., Nicholas, S., & Wolf, J. (2003) *Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg; Deelstudie in het kader van de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de Staat van de Gezondheidszorg 2003: Keten zorg voor chronisch zieke mensen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Burger, I., Brommet, P.E., & Hendriks, V.M. (2000). *Alcohol, druggebruik en probleemgedrag onder jongeren. Een inventarisatie in Den Haag*. Epidemiologisch Bulletin, 35 (1). Den Haag: GGD Dienst onderwijs Cultuur en Welzijn.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basis Books.

Deur, H. van (1999). *Methodiek crisisinterventie voor de ambulante jeugdhulpverlening*. In opdracht van de Stichtingen Jeugdzorg Zuid-Holland Noord en Dordrecht.

Faas, M. (1996). *Crisisinterventie: basisboek voor de jeugdzorg*. Utrecht: SWP.

Graaf, M. de (2005). *Clieëntrouting bemoeizorg / gezinscoaching. Taken, verantwoordelijkheden en overdrachtmomenten*. Utrecht: NIZW

<http://www.lvgnet.nl>

IGZ (2004). *Handreiking Bemoeizorg: Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen*. Utrecht: IGZ

Laar, M. van (2006). *Druggebruik. Omvang van het probleem. Nationaal Kompas Volksgezondheid*.

<http://www.rivm.nl/Gezondheidsdeterminanten/Leefstijl/Druggebruik>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Alcohol en jongeren*. Beleidsbrief.

Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, Gorter, A., Verdurmen, J., & Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ruiter, C. de, & Jong, E.M. de (2005). *CARE-NL. Child Abuse Risk Evaluation-Nederland. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Corine de Ruiter.

Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland (2006a). *Doorstromers en civiele crisisplaatsingen. Twee groepen jeugdigen vergeleken*.

Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland (2006b). *De ernst van een civiele crisisplaatsing*.

Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland (2007). *Methodiek Outreachend Handelen Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland*.

Stichting Bureaus Jeugdzorg Den Haag/Zuid-Holland (2005). *Reactie op een signaal van een derde*. Interne publicatie.

Terlouw, N. (2006). *Motiveren bij de Toegang. Een onderzoek naar motivatiestrategieën bij de Toegang van Bureau Jeugdzorg*. Leiden: Universiteit Leiden.

Tilburg, A. van (2006). *Crisisinterventie in Surinaams Hindoestaanse gezinnen. Een onderzoek naar de knelpunten van crisisinterventie in Surinaams Hindoestaanse gezinnen met als doel het formuleren van een aantal oplossingen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Wet op de Jeugdzorg (2004). *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 206*. Den Haag: Koninklijke Uitgeverij.

Wouda, P.L. (1994). *Crisisintervention for adolescents. An outcome study with two homogeneous subgroups in two different programs*. Leiden: DSWO Press.

Colofon

Dit is een uitgave van Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland,
Bureau Onderzoek, Ontwikkeling en Opleiding (O³)

De Horst 4
2592 HA Den Haag
070 - 3004444

Tekst: Emmy Berben, Annemiek van Tilburg
Art Direction: Fred Juist Concepts
Druk: Drukkerij Liebeek

Ongevraagde hulp in crisissituaties

Kenmerken en ervaringen van cliënten van het Crisis Interventie Team
van Bureau Jeugdzorg Haaglanden

© 2007, Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in
een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder de uit-
drukkelijke, voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.