

Actieve hulp in crisissituaties

Kenmerken van cliënten van het
Crisis Interventie Team van
Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland
en Haaglanden

Actieve hulp in crisissituaties

Kenmerken van cliënten van het Crisis Interventie Team
van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland en Haaglanden

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Achtergrond	7
2. Opzet onderzoek	13
3. Kenmerken van de cliënten van het CIT	17
4. Vergelijking cliënten CIT Zuid-Holland en Haaglanden	35
5. Samenvatting	49
6. Conclusies en discussie	55
7. Aanbevelingen	67
Geraadpleegde bronnen	73

Voorwoord

De veiligheid van kinderen en jongeren is een actueel thema, dat zowel van de overheid als van jeugdzorginstellingen veel aandacht krijgt. Minister Rouvoet heeft het centrale plaats gegeven in het jeugdzorgbeleid. Voor Bureau Jeugdzorg (BJZ) is het een kerntaak. Wanneer de eigen ouders niet voor hun kind kunnen zorgen, moeten anderen dit doen. Het recht op veilig en gezond opgroeien is in de Wet op de Jeugdzorg (2005) verankerd.

Om snel te kunnen reageren op crisissituaties, waarbij de veiligheid of het welzijn van kinderen of jongeren in het geding is, hebben de Bureaus Jeugdzorg Zuid-Holland en Haaglanden sinds 1998 hun eigen Crisis Interventie Teams (CIT). Jaarlijks krijgen de teams met een toenemend aantal cliënten te maken. De gezinnen en de crisissituaties zijn heel divers. Veel cliënten vragen niet zelf om hulp bij Bureau Jeugdzorg. Vaak zijn het anderen die zich zorgen maken. Meestal is het ook niet één, enkelvoudig probleem, dat de gezinnen het hoofd moeten bieden. Vaak gaat het om een combinatie van problemen op verschillende gebieden. Dit geldt althans voor de cliënten van CIT Haaglanden, zo is gebleken uit een dossieronderzoek (2007).

Om een beeld te krijgen van de cliënten van het CIT Zuid-Holland is eenzelfde onderzoek uitgevoerd als bij cliënten van het CIT Haaglanden. De resultaten van beide onderzoeken zijn naast elkaar gezet. De vergelijking liet veel overeenkomsten tussen de gezinnen uit beide regio's zien. Enkele regionale verschillen in bevolking bleken echter door te werken op de cliënten en hun situatie. Welke overeenkomsten en verschillen dit zijn, is in dit rapport te lezen.

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.

De gegevens van het onderzoek naar kenmerken van cliënten van CIT Zuid-Holland zijn verzameld door Anita Ganga. Zij heeft deze deels geanalyseerd voor haar masterthesis voor haar studie Orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht. Ik wil haar bedanken voor al haar inspanningen. Ook de medewerkers van het CIT ben ik erkentelijk voor hun tijd en informatie. Zij hebben een conceptversie van het onderzoeksverslag kritisch gelezen. En bij de presentatie van de resultaten hebben wij een geanimeerde discussie gevoerd, die een aanzet is voor verbetering van de hulp aan ouders en kinderen in crisissituaties.

Emmy Berben, juli 2008

1. Achtergrond

1.1 Inleiding

In 1998 hebben de Bureaus Jeugdzorg Haaglanden en Zuid-Holland 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.

Door de jaarlijkse toename van het aantal cliënten in crisissituaties ontstond de behoefte aan inzicht in de achtergrond en de problematiek. Dit was de aanleiding voor dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de achtergrondkenmerken en problemen van jeugdigen en hun ouders die te maken krijgen met het CIT Zuid-Holland. Daarnaast moet het onderzoek zicht geven op overeenkomsten en verschillen in kenmerken van de cliënten in de regio Haaglanden en Zuid-Holland. In 2006 is namelijk al een onderzoek uitgevoerd, dat een beeld heeft geschetst van de cliënten van het CIT van Bureau Jeugdzorg Haaglanden. 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. In het volgende hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. De hoofdstukken 3 en 4 bevatten de resultaten. In hoofdstuk 5 staat de samenvatting van het onderzoek. Daarna volgen de conclusies en discussie in hoofdstuk 6. Deze hebben geleid tot de aanbevelingen in hoofdstuk 7.

1.2 Aanmelding bij het Crisis Interventie Team

Bureau Jeugdzorg (BJZ) 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. De term cliëntstelsel wordt gebruikt om aan te geven dat ouders en hun kind samen hulp nodig hebben en samen cliënt zijn.

Het CIT Zuid-Holland bestrijkt de regio's Rijnland, Hollands Midden en Zuid-Holland Zuid. Het CIT Haaglanden is verantwoordelijk voor de crisishulp in de regio Haaglanden, dat wil zeggen de stad Den Haag en randgemeenten. Sinds de opzet van het CIT neemt het aantal cliënten jaarlijks toe. In 2006 zijn 296 gezinnen in crisis door het CIT van Bureau Jeugdzorg (BJZ) Zuid-Holland geholpen. Bij BJZ Haaglanden waren dit er 466.

Voor meldingen 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 kantoortijden kan iedereen een crisissituatie melden bij de bureaudienst van de Toegang van BJZ of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). 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. Is de veiligheid van het kind of jongere of het gezin in het geding en/of is direct hulp nodig, verwijst de bureaudienst de zaak door naar één van de crisishulpverleners. De crisishulpverlener van het CIT Zuid-Holland onderneemt vervolgens dezelfde dag actie. In een urgente situatie is dit zelfs binnen een uur.

Voor de melding van een crisissituatie buiten kantoortijden is er in Zuid-Holland een Centrale Meldkamer. In crisiszaken belt de meldkamer de bereikbaarheidsdienst van BJZ. Deze 24-uursdienst wordt bemand door medewerkers van het Crisis Interventie Team en van andere werksoorten binnen BJZ. Zij beoordelen de melding, nemen contact op met de melder en lossen de crisis voor dat moment op. Gaat het om cliënten van BJZ, dan geeft de bereikbaarheidsdienst de melding de eerstvolgende werkdag door aan de betrokken maatschappelijk werker. Zijn het nieuwe cliënten in crisis, dan meldt de bereikbaarheidsdienst dit aan het CIT. Is de situatie niet urgent, dan krijgt het gezin een uitnodiging voor een screening.

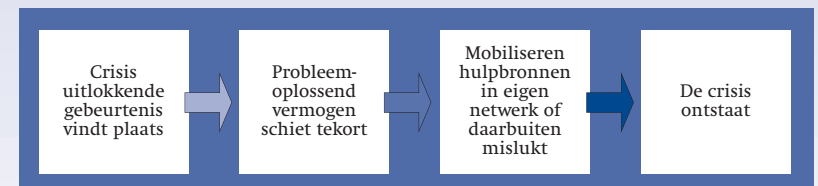
1.3 Crisisinterventie

Het belangrijkste doel van het CIT is om ouders en hun kind (het cliëntstelsel) te ondersteunen en het evenwicht in de draagkracht en draaglast te herstellen. 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. Het centrale begrip crisis is in de methodiek, 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. Een externe aanleiding veroorzaakt de acute crisissituatie.
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 cliëntensysteem 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 voor 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 (stief)ouders of verzorgers kunnen zich aanmelden voor hulp en cliënt van BJZ zijn.

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 melderders zijn bijvoorbeeld oma, opa, oom, tante, vrienden en de burens.

BJZ heeft de wettelijke taak om te reageren op zorgen (signalen) van derden om te voorkomen dat de hulp te laat ingezet wordt.

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen niet zelf hulp vragen. Het NJI, (destijds 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.

In het onderzoek onder cliënten van CIT Haaglanden (2007) zijn twee andere typen onderscheiden:

4. De cliënt die het overkomt.
5. De cliënt die geen probleem ziet.

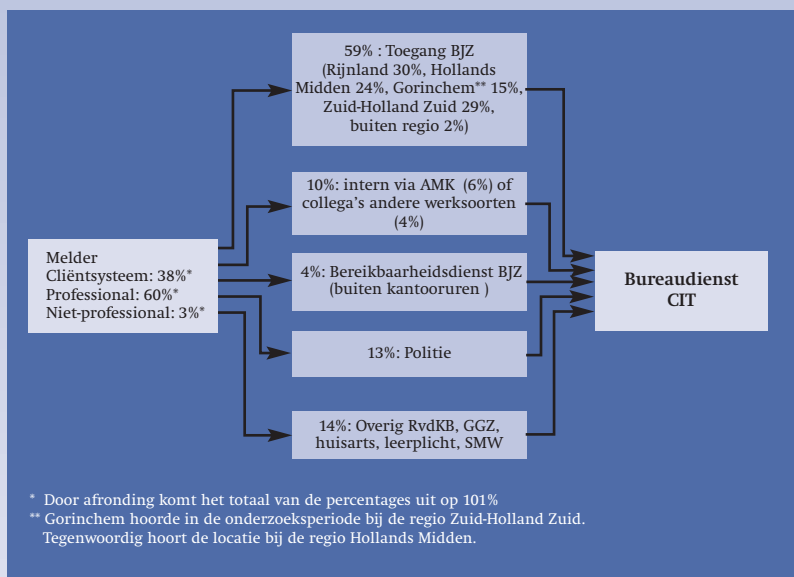
Uit een onderzoek naar Outreachend Handelen bij BJZ Zuid-Holland (2007) bleek de indeling in deze vijf categorieën ook goed te voldoen om de gezinnen te typeren die zelf niet om hulp vroegen.

Bij de aanmelding voor het CIT is in de regel sprake van een tussenstap. 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 naar cliënten van CIT Zuid-Holland gevonden zijn. Uit de figuur blijkt dat de meeste cliënten bij het CIT aangemeld worden via de Toegang van BJZ tijdens kantooruren (32%), de bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren (30%) en de politie (15%).

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



2. Opzet onderzoek

2.1 Vraagstelling en doel onderzoek

Dit onderzoek is op verzoek van de directie van BJZ Zuid-Holland uitgevoerd door de afdeling Onderzoek, Ontwikkeling en Opleiding (O³) van Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland. De vraagstelling is:

- 1) *Wat zijn de achtergrondkenmerken en problemen van cliënten van het CIT van BJZ Zuid-Holland?*
- 2) *Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de achtergrond, problematiek en hulpverlening tussen de jeugdige CIT-clieënten van BJZ Haaglanden en BJZ Zuid-Holland?*

Het doel van dit onderzoek is om een beeld te scheppen van de jeugdige cliënten van het Crisis Interventie Team Zuid-Holland. Inzicht in de doelgroep kan handvatten geven voor optimalisering van de zorg van het CIT. Daarnaast moet het onderzoek inzicht geven in verschillen en overeenkomsten in achtergrondkenmerken van gezinnen die hulp van het CIT krijgen uit twee verschillende regio's.

Voor het beantwoorden van de twee onderzoeksvragen is een kwantitatief dossieronderzoek uitgevoerd.

2.2 Instrument

De 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 jeugdinrichting zijn geplaatst. Essentieel kenmerk is dat deze groep jeugdigen in een jeugdinrichting 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.

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 χ^2 -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.

2.3 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 cliëntstelsysteem 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. Hierbij is de indeling van het CBS aangehouden: Nederland,

Suriname, Antillen, Turkije, Marokko, overige westerse landen en overige niet-westerse landen. Onder overige Westerse landen vallen alle landen in Europa, Noord-Amerika, Japan en Indonesië (CBS, 2006). De overige niet-westerse landen zijn alle andere landen.

Is ten minste één 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 om materiële zaken als financiën, huisvesting en werkloosheid en om psychische problemen van de ouders.

Bij *gezinsrelaties en sociale relaties* gaat het om de omgang tussen de diverse gezinsleden, het opvoedingsklimaat en of er mishandeling of verwaarlozing 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 normaal-begaafden. 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.

In het onderzoek is nagegaan of de cliënt zichzelf heeft aangemeld of is aangemeld door anderen, zogenaamde *derden*. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen professionele en niet-professionele melders. 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 Onderzoekgroep

Voor het onderzoek zijn de gegevens geïnventariseerd van alle jeugdige cliënten van het CIT Zuid-Holland, bij wie de crisisinterventie tussen 1 januari 2006 en 30 april 2006 is afgesloten. Deze periode is gekozen om de resultaten te kunnen vergelijken met die van het onderzoek dat bij het CIT Haaglanden is uitgevoerd.

In totaal heeft het CIT Zuid-Holland in de eerste vier maanden van 2006 117 crisiszaken afgesloten. Vijf 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. Het CIT Haaglanden heeft in dezelfde periode te maken gehad met 145 crisissituaties. Voor het onderzoek zijn er vier buiten beschouwing gebleven door gebrek aan gegevens.

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 van BJZ Zuid-Holland. De gegevens hebben betrekking op 112 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 CIT-clieuten. Daarna volgt de beschrijving van de algemene kenmerken (3.2) en de problemen op de verschillende domeinen. Dit zijn de problemen in de leefsituatie, in de gezinsrelaties, in gedrag van de jeugdige, op school en in de vrije tijd (3.3 tot 3.6). Vervolgens wordt ingegaan op de aanvang van de problemen en op de kenmerken van het hulpverleningsproces (3.7 tot 3.11).

In dit hoofdstuk gaat het om een algemene beschrijving van de cliënten van het CIT. Omdat uit het onderzoek onder cliënten van het CIT Haaglanden (2007) is gebleken dat leeftijd van de aangemelde jeugdige een onderscheidende rol speelt, zijn de gegevens gedifferentieerd naar leeftijdsgroep. De vergelijking van de resultaten met die van de cliënten van CIT Haaglanden komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

3.1 Type crisis

Wouda (1994) onderscheidt vier typen crisis (zie 1.3). De cliënten van het CIT zijn in deze typen ingedeeld (zie tabel 3.1). Het grootste deel van de

Tabel 3.1: Overzicht van typen crisis naar leeftijdsgroep (in %, n=112).

Type crisis*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Crisis door ingrijpende gebeurtenissen	38	16	22
Crisis door faseovergangen	3	15	12
Crisis door structurele, meervoudige problemen	47	69	63
Crisis door verzorgingsproblematiek	13	0	4

* $\chi^2(3)=19,2; p=.00$

gezinnen (63%) heeft te maken met een crisis door structurele, meervoudige problemen. Van een crisis door ingrijpende gebeurtenissen is in 22% van de situaties sprake. In 12% van de gevallen gaat het om een crisis door faseovergangen. Een klein deel van de crisissen wordt veroorzaakt door verzorgingsproblematiek (4%).

Het type crisis hangt samen met de leeftijd van de jeugdige. Een crisis door meervoudige problematiek komt zowel bij gezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar als bij gezinnen met jeugdigen vanaf 12 jaar het vaakst voor. In de overige situaties gaat het bij jonge kinderen relatief vaak om een crisis door ingrijpende gebeurtenissen of verzorgingsproblematiek. Crisissen door faseovergangen komen relatief vaak voor bij jongeren vanaf 12 jaar. De faseovergang kan te maken hebben met puberteitsproblemen.

3.2 Algemene kenmerken

3.2.1 Locatie

BJZ Zuid-Holland heeft een CIT op drie locaties. De meeste crisiszaken in de onderzoeksperiode zijn bij het CIT in de regio Zuid-Holland Zuid terechtgekomen, namelijk 39%. In de regio Rijnland zijn net iets minder crisiszaken opgepakt (37%). De regio Hollands Midden is een iets kleinere regio en verantwoordelijk voor 24% van de crisiszaken. Deze verdeling komt nagenoeg overeen met de gewenste verdeling van hulpverleningszaken tussen de regio's in de onderzoeksperiode (40-40-20).

Tabel 3.2: Leeftijdverdeling van de jeugdigen bij aanmelding bij het CIT naar locatie BJZ Zuid-Holland (in %, n=112)

Locatie	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Rijnland (n=41)	29	71	37
Hollands Midden (n=27)	11	89	24
Zuid-Holland Zuid (n=44)	39	61	39
Totaal	29	71	100

Tussen de locaties is er een verschil in cliënten naar leeftijd. De regio Zuid-Holland Zuid heeft relatief veel gezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar (39%), terwijl er zich onder de cliënten bij het CIT in de regio Hollands Midden juist heel weinig kinderen van 0-12 jaar bevinden (11%). De verdeling in Rijnland zit hier tussenin.

3.2.2 Demografische kenmerken

Onder de CIT-cliënten in het onderzoek bevinden zich meer meisjes (63%) dan jongens (38%). Gemiddeld zijn de CIT-cliënten 12,5 jaar oud. Een zesde van de jeugdigen (17%) is jonger dan 6 jaar. Een iets kleiner deel (12%) is tussen 6 en 12 jaar. Bijna drie kwart (71%) van de jeugdigen is 12 jaar of ouder.

Gemiddeld zijn de aangemelde meisjes twee jaar ouder (13,2 jaar) dan de jongens (11,1 jaar). In tabel 3.2 staat de leeftijdsverdeling naar geslacht. Er lijken in verhouding veel jongens van 0-12 en veel meisjes van 12 jaar en ouder aangemeld te zijn. De verschillen in verdeling zijn echter niet significant. Opmerkelijk is dat bijna de helft van de cliënten uit meisjes in de leeftijd van 12-18 jaar bestaat, namelijk 47%.

Tabel 3.3: Leeftijdverdeling van de jeugdigen bij aanmelding bij het CIT naar geslacht (in %, n=112)

Geslacht jeugdige *	Leeftijd jeugdige		Totaal** (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
0-12 jaar	47	34	38
12-18 jaar	53	66	63
Totaal	29	71	100

* niet significant

**door afronding is het totaal meer dan 100%

Van de jeugdigen is 94% in Nederland geboren (zie tabel 3.5). Van de ouders is een kleiner aandeel in Nederland geboren, namelijk 66%. Dit geldt zowel voor de vaders als de moeders. Slechts een klein deel van de jeugdigen is niet in Nederland geboren, namelijk 5%. 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 drie op de tien jeugdigen (30%) een andere dan Nederlandse etnische achtergrond. Dat zijn vooral tweedegeneratie allochtone jeugdigen (26%).

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

De groep allochtone cliënten bestaat vooral uit jeugdigen en ouders uit niet-westerse landen (bijvoorbeeld Afghanistan, Kenia en Irak). Ook gezinnen met een Marokkaanse achtergrond komen bij het CIT terecht. Turkse gezinnen zijn in de onderzoeksperiode helemaal niet bij één van de locaties van CIT in Zuid-Holland aangemeld.

Tabel 3.4: Geboorteland en etnische achtergrond van de jeugdigen in het onderzoek (in %, n=112) en landelijk (in %, N=16.334.210; bron CBS).

Etnische achtergrond	Geboorteland jeugdige*	Etnische achtergrond jeugdige*	Landelijk 1-1-2006*
	%	%	%
Nederland	94	63	81
Suriname	0	2	2
Antillen	0	2	1
Turkije	-	-	2
Marokko	1	6	2
Overig Westers	-	-	9
Overig niet-Westers	4	12	4
Gemengde achtergrond	-	9	**
Onbekend	2	7	-

* door afronding is totaal meer dan 100%
** onbekend

3.3 Leefsituatie

3.3.1 Opvoedingssituatie

Voorafgaand aan de crisis wonen bijna alle jeugdigen bij één of beide ouders (93%). Slechts een enkeling woont bij iemand anders in huis (2%) of in een tehuis (3%). Eén jeugdige cliënt is dakloos.

Ruim eenderde van de jeugdigen (38%) woont bij beide ouders. Meer dan de helft (55%) woont bij één van beide ouders, eventueel met een nieuwe partner. Meer jeugdigen wonen alleen bij hun moeder en eventueel haar nieuwe partner (44%) dan bij hun vader en eventueel nieuwe partner (11%). Dat de nieuwe partner van vader of moeder ook thuis woont, komt in een tiende van de gezinnen (10%) voor.

Bijna alle jeugdigen (89%) hebben (half)broers en/of (half)zussen. Gemiddeld zijn er in de gezinnen waar het CIT mee te maken krijgt 2,6 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 3.5 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 3.5 is te zien in hoeveel procent van de gezinnen zich de genoemde problematiek afspeelt.

Bij 89% van de jeugdigen vormen de problemen in de thuissituatie mede de aanleiding tot de crisissituatie. Gemiddeld kampen de gezinnen met twee verschillende problemen thuis.

Veel aangemelde gezinnen hebben dus te maken met een combinatie van problemen thuis. In de helft van de gezinnen heeft een van de ouders psychische problemen. Vaak betreft dit de moeder. Ook psychiatrische problemen van één van de ouders komen regelmatig voor (18%), evenals

gebruik van alcohol of drugs (13%) en ziekte of medicijngebruik (10%). Huiselijk geweld in de thuissituatie komt in meer dan één op de vijf gezinnen voor (22%). Materiële problemen (financiën en huisvesting) spelen in één op de vijf tot zeven gezinnen een rol (zie tabel 3.5). Problemen met werkloosheid komen relatief weinig voor (5%). Opmerkelijk is dat integratieproblemen in 12% van de gezinnen meespeelt in de crisissituatie.

Tabel 3.5: Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112)

Soort problematiek	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Psychische problemen	44	52	50
Psychiatrische stoornis*	31	13	18
Alcohol, druggebruik	13	14	13
Ziekte, medicijngebruik	3	13	10
Criminaliteit	9	3	5
Werkloosheid	0	5	4
Suïcidaal gedrag	3	1	2
Huiselijk geweld*	34	17	22
Echtscheidingsproblematiek	22	13	15
Financiële problemen	22	19	20
Huisvesting	21	9	14
Integratieproblemen	13	11	12

* $p \leq .05$

De kans dat problemen thuis een aandeel hebben in de crisissituatie is voor gezinnen met kinderen tot 12 jaar en voor gezinnen met jeugdigen vanaf 12 jaar niet significant verschillend. Welke problemen zich thuis

voordoen, verschilt wel enigszins. In gezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar hebben de ouders, vooral de moeders, vaker psychiatrische problemen en is vaker sprake van huiselijk geweld dan bij gezinnen met oudere jeugd. Andere problemen thuis spelen bij beide leeftijdsgroepen even vaak een rol in de crisis (zie tabel 3.5).

3.4 Gezinsrelaties en sociale relaties

In de vorige paragraaf is aangegeven dat huiselijk geweld en echtscheidingsproblemen vaak mede de aanleiding tot de crisis vormen. Om zicht te krijgen op de gezinsrelaties is nagegaan of de ouders in hun onderlinge of nieuwe relaties problemen ondervinden. In bijna alle gezinnen (98%) doen zich relatieproblemen voor. Ruim een derde van de moeders (38%) heeft relatieproblemen en 62% niet. Van de vaders heeft ruim een kwart (28%) problemen in hun relatie. Bij 71% van de vaders is dit niet het geval. In een klein deel van de situaties is de informatie over relatieproblemen onbekend (moeders 1%, vaders 5%).

Vier op de tien jeugdigen (40%) heeft problemen in de relatie met zijn of haar moeder. Met hun vader heeft ruim een vijfde van de CIT-cliënten relatieproblemen (21%) en 75% heeft dit niet. In de overige situaties zijn de ouders overleden of zijn de gegevens onbekend.

In de aangemelde gezinnen met kinderen tot 12 jaar hebben de moeders vaker relatieproblemen dan in gezinnen met jongeren vanaf 12 jaar (61% tegenover 29%; $\chi^2(1)=10,1$; $p=.00$). Dit geldt ook voor de vaders, zij het in mindere mate ($\chi^2(1)=10,0$; $p=.00$; zie tabel 3.6). Relatieproblemen met de ouders doen zich niet significant vaker voor onder jeugdigen van 12 jaar en ouder dan onder kinderen tot 12 jaar.

Tabel 3.6: Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112)

Relatieproblemen	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Relaties moeder**	61	29	38
Relaties vader**	47	21	28
Relatie moeder en jeugdige	34	43	40
Relatie vader en jeugdige	13	24	21

** $p \leq .01$

Meer dan de helft van de gezinnen (55%) heeft een eigen sociaal netwerk, dat steun kan bieden bij de crisis. Dit netwerk bestaat meestal uit familie (67%, n=61), maar kan ook bestaan uit burens, vrienden, kennissen, de kerk of moskee of collega's. Voor zover bekend heeft bijna de helft van de gezinnen (43%) geen eigen sociaal netwerk waarop zij terug kunnen vallen.

In veel gezinnen (92%) doen zich problemen in de opvoeding voor. Hierin verschillen gezinnen met kinderen tot 12 jaar niet noemenswaardig van die met jongeren vanaf 12 jaar. In 42% van de gezinnen is er sprake van overbelasting van (één van) beide ouders. Ouders zijn dan niet meer in staat een adequate opvoeding voor hun zoon of dochter te bieden. Dit geldt in verhouding even vaak voor gezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar als in gezinnen met adolescenten vanaf 12 jaar.

Een vorm van verwaarlozing of mishandeling doet zich in 56% van de gezinnen voor. Mishandeling, in welke vorm dan ook, komt in 41% van de gezinnen voor. Dit percentage verschilt niet voor gezinnen met kinderen tot 12 jaar en gezinnen met jeugdigen vanaf 12 jaar. Ruim een kwart van de jeugdigen (28%) heeft te maken met fysieke mishandeling (zie tabel 3.7). Hieraan maken zowel vaders (19% van alle vaders) als moeders (16%) zich schuldig. Een bijna even grote groep jeugdigen (22%) is slachtoffer

(geweest) van emotionele mishandeling. Seksuele mishandeling komt minder vaak voor (5%).

Tabel 3.7: Vormen van mishandeling of verwaarlozing naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112)

Mishandeling of verwaarlozing	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Fysieke mishandeling	28	28	28
Fysieke verwaarlozing*	16	4	7
Emotionele mishandeling	25	21	22
Emotionele verwaarlozing**	50	20	29
Seksuele mishandeling*	3	6	5

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

Een kwart van de jeugdigen (29%) krijgt te maken met emotionele verwaarlozing. Fysieke verwaarlozing komt onder 7% van de kinderen uit de aangemelde gezinnen voor. Van verwaarlozing -de fysieke en/of de emotionele- is de helft van de kinderen tot 12 jaar het slachtoffer. Dit is een significant groter deel dan van de jeugdigen vanaf 12 jaar, van wie een vijfde (21%) slachtoffer is ($\chi^2(1)=9,1$; $p=.01$).

Opmerkelijk is dat er geen enkel verschil is tussen jongens en meisjes op dit gebied. Elke vorm van mishandeling en verwaarlozing komt onder jongens en meisjes in verhouding even vaak voor.

3.5 (Probleem)gedrag jeugdigen

3.5.1 Externaliserend gedrag

Problemen bij de kinderen en jongeren kunnen bijdragen aan de crisis-situatie. In tabel 3.8 is aangegeven welk percentage jeugdigen bepaald externaliserend, naar buiten gericht, probleemgedrag vertoont. Bijna drie kwart van de jeugdigen (71%) heeft één of meer externaliserende problemen. Bij ruim een vierde (29%) van de jeugdigen is dit niet het geval.

Externaliserend gedrag komt meer voor onder jongeren van 12 jaar en ouder (88%) dan onder de jongere kinderen die aangemeld zijn bij het CIT (31%; $\chi^2(1)=35,4$; $p=.00$). Bij de jeugdigen in het onderzoek gaat het voornamelijk om oppositioneel, agressief of antisociaal gedrag, weglopen en risicovol middelengebruik of gokken. Behalve agressief gedrag komen deze problemen significant vaker voor onder de pubers van 12-18 jaar dan onder de jongste leeftijdsgroep (zie tabel 3.8).

Tabel 3.8: Externaliserende problematiek van de jeugdige naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112)

Externaliserende problematiek jeugdige	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Oppositieel opstandig gedrag **	19	48	40
Weglopen**	0	40	29
Antisociaal gedrag**	6	35	27
Agressief gedrag	13	21	19
Risicovol middelengebruik of gokken**	0	26	19
Aandachtstekort stoornissen	9	9	9
Seksueel overschrijdend gedrag	9	6	7
Vermoeden van prostitutie	0	4	3
Delicten gepleegd	0	3	2

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

Aandachttekortstoornissen en seksueel overschrijdend gedrag komen bij CIT-cliënten minder vaak voor (respectievelijk 9% en 7%). Bij slechts een beperkt deel van de jeugdigen is een vermoeden van prostitutie (3%). Een nog kleiner deel heeft een delict gepleegd (2%). Al deze problemen komen even vaak voor onder jongens als meisjes.

3.5.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Naast externaliserend probleemgedrag heeft 42% van de jeugdigen ook internaliserende, psychische problemen. Dat geldt voor meer jongeren van 12 jaar en ouder dan kinderen tot 12 jaar. Van de oudste groep heeft bijna de helft (48%) internaliserende problemen tegenover een kwart (28%) van de jongste leeftijdsgroep. Het verschil is niet significant. Bijna een vijfde van de jeugdigen (20%) heeft last van depressie. Eén op de tien jeugdigen (14%) vertoont suïcidaal gedrag of zelfbeschadiging. Dit zijn meer jongeren vanaf 12 jaar (19%) dan kinderen tot 12 jaar (3%; $\chi^2(1)=4,6$; $p=.03$).

Andere internaliserende problemen die minder frequent voorkomen zijn angsten, eet- en slaapproblemen.

Ongeveer één op de vijf jeugdigen (18%) heeft last van lichamelijke problemen. Hierin verschillen de twee leeftijdsgroepen niet significant.

3.6 School en werk

Drie kwart (78%) van de CIT-cliënten gaat naar school. Het grootste deel van de overige jeugdigen is nog niet schoolplichtig (14%). Een klein gedeelte van de jeugdigen heeft werk (5%).

De meeste schoolgaande jeugdigen gaan naar de middelbare school (80%, n=93). Een kleiner deel gaat naar de basisschool (15%). Van sommige jeugdigen is niet bekend welke school ze bezoeken.

Van de CIT cliënten heeft, voor zover bekend, een heel klein deel een licht verstandelijke handicap, namelijk 6%.

Een vijfde van de jeugdigen (20%) heeft leerproblemen, zoals slechte leerprestaties of concentratieproblemen. Een derde (33%) spijbelt of verzuimt

regelmatig van school. Dit komt significant vaker voor onder de oudste leeftijdsgroep (44%) dan onder de jongste (6%; $\chi^2(2)=19,6$; $p=.00$). Verder spijbelen meisjes vaker dan jongens (43% tegenover 17%; $\chi^2(2)= 11,9$; $p=.00$). Dit geldt ook als rekening gehouden wordt met de leeftijdsverdeling.

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 drie op de tien jeugdige cliënten van het CIT (31%) spelen de problemen al voordat ze naar de basisschool gaan. Bij bijna de helft treden de problemen pas op tijdens de middelbare schoolperiode (46%). 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 begonnen. Bij drie kwart is dit al voordat ze naar de basisschool gaan (75%). Bij het merendeel van de oudere jeugd zijn de problemen op de middelbare school begonnen. Bij één op de zeven jeugdigen van 12 jaar en ouder zijn de problemen al voor de periode op de basisschool begonnen. Bij een even grote groep zijn de problemen begonnen tijdens de

Tabel 3.9: Periode waarin problemen zich het eerst voordoen naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112)

Periode waarin problemen zich voor het eerst voordoen*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
0-5 jarige leeftijd	75	14	31
Lagere school leeftijd	22	14	16
Middelbare school leeftijd	0	65	46
Onbekend	3	8	6

* $\chi^2(3)=49,9$; $p=.00$

basisschoolperiode.

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 aanlooperperiode tot de aanmelding korter.

3.8 Aanmelding

Bij ruim de helft van de aanmeldingen bij het CIT (55%) gaat het om nieuwe zaken. Dit houdt in dat de cliënten nog niet bekend zijn bij BJZ. De overige cliënten zijn wel al bekend bij BJZ. Bij een achtste deel (13%) gaat het om bestaande zaken, waarbij een (acute) crisis ontstaat. Deze gezinnen zijn aangemeld of onder begeleiding van Bureau Jeugdzorg. In een derde van de gevallen (32%) gaat het om oude zaken, waarbij de situatie nu (opnieuw) tot een crisis leidt. Deze gezinnen hebben eerder ooit contact gehad met Bureau Jeugdzorg. Bij al deze gezinnen is sprake van opvoedingsproblemen. Bij ruim driekwart van deze gezinnen (78%, n=36) gaat het om structurele crisissituaties.

Veel crisissituaties worden tijdens kantoortijden aangemeld via de Toegang van Bureau Jeugdzorg, namelijk 59%. Een tiende (10%) van de gezinnen komt terecht bij het CIT door melding van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK, 6%) of collega's van andere werksoorten (4%) binnen Bureau Jeugdzorg. In de overige gevallen verloopt de aanmelding bij het CIT via een andere instantie. De politie heeft hierin een belangrijk aandeel (12%). De andere meldingen (15%) komen van de huisarts, een medewerker van de GGZ, het schoolmaatschappelijk werk, de Raad voor de Kinderbescherming of de leerplichtambtenaar. Buiten kantooruren verloopt de aanmelding via de bereikbaarheidsdienst. Dit is in 4% van de situaties het geval.

Dat cliënten in crisis zichzelf aanmelden bij BJZ, gebeurt in 38% van de situaties. In de meerderheid van deze situaties gebeurt dit door een (stief)ouder of beide ouders (83%, n=42). In de overige situaties (17%) meldt de jeugdige zelf zich aan.

In bijna twee derde van de gevallen (63%) signaleren anderen, zogenaamde ‘derden’, het probleem en melden hun zorgen bij BJZ. Dit zijn bijna altijd (96%, n=70) personen die een professionele (hulpverlenings)relatie hebben met (één van) de gezinsleden. Professionals die vaak melden, zijn de politie, de leerkracht of maatschappelijk werker van school, de huisarts, een medewerker van de GGZ en een (andere) hulpverlener van moeder. Dat een niet-professional, zoals vrienden en kennissen, meldt, komt niet vaak voor (3%).

Als het gezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar betreft, zijn het nog vaker anderen die de problemen melden dan wanneer het om jongeren vanaf 12 jaar gaat ($\chi^2(1)=9,1$; $p=.00$). Jongeren in crisissituaties melden zich relatief vaak zelf of worden door hun eigen ouders gemeld. Tussen jongens en meisjes is er in dit opzicht geen verschil.

Tabel 3.10: De melder van de crisis naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112)

Melder*	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Cliënt	16	46	38
Derde	84	54	63

* $\chi^2(1)=9,1$; $p=.00$

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom cliënten niet zelf hun problemen melden bij BJZ. Ruim de helft van de cliënten in dit onderzoek, wiens problemen door anderen gemeld zijn bij BJZ, overkomt het (53%, n=70). Ruim een derde (34%) weet de weg niet. Iets minder dan een tiende (9%) heeft al een keer hulp gehad maar is voortijdig afgehaakt en een klein deel van de cliënten (4%) mijdt de zorg.

De reden om zelf geen hulp te vragen hangt heel erg sterk met de leeftijd van de jeugdige samen ($\chi^2(3)=15,7$; $p=.00$). Het grootste deel van de crisisgezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar overkomt het, namelijk 82%

(n=27). Voor gezinnen met jongeren vanaf 12 jaar is dit in 35% (n=43) van de gevallen de reden. Bij deze groep gaat het in verhouding vaker om een van de andere redenen. Bijna de helft van deze gezinnen (44%) weet de weg niet.

3.9 Voorgaande hulpverlening

Een derde van de CIT-cliënten (32%) heeft voorafgaand aan de crisisinterventie al eerder hulp gehad. Dit kan zowel individuele hulp aan de jeugdige zijn als hulp aan het gezin. Aan ruim een kwart van de gezinnen (28%) is ambulante hulp verleend. Dat er in het verleden dagbehandeling (8%) of residentiële hulp (2%) 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%). Aan gezinnen met oudere jeugd vanaf 12 jaar is voorafgaand aan de crisisinterventie al vaker hulp verleend (38%) dan aan gezinnen met jongere kinderen (16%; $\chi^2(1)=5,1$; $p=.02$). 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 zes 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. Er zijn echter lokale verschillen in de duur van de crisisinterventie. Op één locatie duurde 83% van de crisisinterventies (n=41) uit de onderzoeksperiode langer dan 6 weken. Dit is erg lang. De gegevens doen echter geen recht aan de huidige situatie. Inmiddels is de gemiddelde duur op die locatie teruggebracht.

Op de twee overige locaties heeft de hulpverlener de interventie in 65% van de zaken binnen vier weken afgesloten (zie tabel 3.11). In nog een tiende van de gevallen (11%) was er nog een of twee weken extra nodig. In

de overige 24% van de zaken was meer tijd nodig. De gemiddelde duur van de crisisinterventie was 40,0 dagen. Dat is binnen zes weken.

Tabel 3.11: Duur van de crishulpverlening in weken op drie (n=112) respectievelijk twee locaties (in %, n=71)

Duur crisisinterventie	Drie subregio's (n=112) %	Twee subregio's (n=112) %
0 - ≤2 weken	29	45
2 - ≤4 weken	15	20
4 - ≤6 weken	11	11
langer dan 6 weken	46	24

In deze twee regio's is er een duidelijke samenhang tussen duur van de crisisinterventie en leeftijd van de jeugdige cliënt. Op enkele uitschieters na duurt de hulp in de onderzoeksperiode bij kinderen van 0-12 jaar maximaal 2 weken. Door die uitschieters duurt de crisisinterventie bij de jongste groep gemiddeld toch nog 31,7 dagen (n=20). Bij de oudere jeugd is er meer spreiding in duur. Gemiddeld neemt de crisisinterventiemedewerker 43,3 dagen (n=51) de tijd. Dat is ongeveer 6 weken.

3.10.2 Plaatsing

Om voor alle betrokkenen rust in de crisissituatie te creëren worden jeugdigen vaak tijdelijk uit huis geplaatst. Dit gebeurt bij 36% van de jeugdigen in beide leeftijdsgroepen. Ongeveer de helft van deze jeugdigen (52%, n=40) komt in een residentiële crisisopvang terecht en de andere helft (48%) verblijft tijdelijk in een pleeggezin. Drie kwart van de pleegkinderen (74%, n=19) verblijft bij familie, vrienden of burens in een netwerkgezin. De overige jeugdigen (5% van alle kinderen in crisis) zijn in een regulier pleeggezin geplaatst.

Meestal gaat het tijdens de crisisinterventie om één plaatsing. Een klein aantal jeugdigen wordt tijdens de crisisinterventie een keer overgeplaatst

(5%). De jeugdigen in de onderzoeksgroep zijn niet nog een derde keer geplaatst.

3.11 Beëindiging hulpverlening

3.11.1 Reden van beëindiging

In ruim de helft van de zaken (58%) is de crisisinterventie in overleg tussen hulpverlener en de cliënten beëindigd. Bij vier op de tien cliënten (39%) is dit gebeurd op basis van het oordeel van de hulpverlener. In 4% van de gevallen hebben de jeugdige of ouders het initiatief tot beëindiging genomen.

In zes van de tien situaties zijn de doelen bij beëindiging van de crisisinterventie bereikt (zie tabel 3.12). Een op de vijf cliënten is doorverwezen (22%) en bij 16% is de eindtermijn voor de crisisinterventie bereikt.

De redenen voor beëindiging zijn voor gezinnen met jonge kinderen als voor die met jongeren vanaf 12 jaar nagenoeg gelijk verdeeld. Bij jongeren

Tabel 3.12: Reden van beëindiging crisisinterventie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112).

Reden van beëindiging	Leeftijd jeugdige		Totaal (n=112) %
	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	
Doelen crisisinterventie bereikt	53	58	56
Cliënt doorverwezen	25	21	22
Eindtermijn crisisinterventie bereikt	19	15	16
Cliënt geen behoefte meer aan hulpverlening	0	5	4
Onbekend	3	1	2

van 12 tot 18 jaar zijn iets vaker de doelen van de crisisinterventie bereikt en is geen vervolghulp nodig dan bij de kinderen tot 12 jaar.

3.11.2 Vervolghulp

Na beëindiging van de crisishulpverlening krijgt minder dan de helft van de jeugdigen (41%) vervolghulp. De meeste van hen krijgen geïndiceerde vervolghulp (85%, n=46), zoals intensieve gezinsbegeleiding of sociale weerbaarheidstraining. In de minderheid van de situaties gaat het om vrij toegankelijke hulp (6% van alle situaties).

Het feit of er nog andere hulp volgt en of dit geïndiceerde of vrij toegankelijke zorg is, staat los van de leeftijd van de jeugdige.

In ongeveer één op de zes situaties is een jeugdbeschermingsmaatregel nodig of is de Raad voor de Kinderbescherming gevraagd de noodzaak te onderzoeken (17%). Dat gebeurt vaker bij jonge kinderen tot 12 jaar (31%) dan bij de ouder jeugd (11%) ($\chi^2(1)=6,5$; $p=.01$).

4. Vergelijking cliënten CIT Zuid-Holland en Haaglanden

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de overeenkomsten en verschillen in kenmerken van gezinnen die crisishulp krijgen van BJZ Haaglanden en BJZ Zuid-Holland. Een beeld van de situatie van de cliënten van het CIT Haaglanden is gegeven in een aparte publicatie (2007). 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). Voor de leesbaarheid zijn de drie locaties van het CIT van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland in dit hoofdstuk aangeduid met 'Zuid-Holland'. Het CIT van Bureau Jeugdzorg Haaglanden is afgekort tot 'Haaglanden'.

4.1 Type crisis

In 3.1 is aangegeven dat het in de meeste crisissituaties gaat om structurele, meervoudige problematiek (67%). Dit geldt zowel voor de situaties, waarin de cliënt zichzelf meldt als waarin anderen dit doen (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1: Overzicht van typen crisis bij het CIT naar regio (in %, n=253)

Type crisis*	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
Crisis door ingrijpende gebeurtenissen	22	18	20
Crisis door faseovergangen	12	10	11
Crisis door structurele, meervoudige problemen	63	70	67
Crisis door verzorgingsproblematiek	4	2	3

* niet significant

In de regio Haaglanden is het percentage structurele crisissituaties hoger dan in Zuid-Holland. Het verschil is echter niet significant. Alle soorten crisissituaties komen in verhouding even vaak voor in beide regio's.

4.2 Algemene kenmerken

De verdeling naar leeftijd en geslacht verschilt niet significant onder de cliënten van het CIT Haaglanden en Zuid-Holland. In beide regio's zijn er meer meisjes (63%) dan jongens (37%) en is het aandeel jongeren vanaf 12 jaar groter dan dat van kinderen tot 12 jaar.

De jeugdige cliënten van CIT Zuid-Holland zijn gemiddeld 12,5 jaar. Dat is ruim een jaar ouder dan de aangemelde jeugdigen bij CIT Haaglanden, die gemiddeld 11,2 jaar oud zijn. In de regio Haaglanden zijn ook iets meer gezinnen met kinderen tot 12 jaar bij het CIT gemeld dan in Zuid-Holland (zie tabel 4.1). De verschillen tussen beide regio's berusten op toeval. Ze zijn niet significant.

Tabel 4.2: Leeftijd van de jeugdige cliënten bij het CIT naar regio (in %, n=253)

Leeftijdsgroep*	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
0-12 jaar	29	39	34
12-18 jaar	71	61	66

* niet significant

Beide regio's verschillen wel in het aandeel allochtone cliënten dat bij het CIT gemeld wordt. In de regio Haaglanden zijn dit er ruim twee keer zoveel als in Zuid-Holland ($\chi^2(2)=28,8$; $p=.00$; zie tabel 4.3). Dit heeft deels te maken met de algemene samenstelling van de bevolking in beide regio's. In de stad Den Haag is het percentage allochtonen op 1 januari 2006 45% (Den Haag in cijfers). In de regio Haaglanden is het percentage

allochtonen iets lager, namelijk 36% (<http://statline.cbs.nl>). In de provincie Zuid-Holland, exclusief de grote stadsregio's Den Haag en Rotterdam, is dit 23%. Dit betekent dat er zich onder de CIT-clieënten meer personen met een niet-Nederlandse achtergrond bevinden dan onder de totale bevolking in de regio. Voor Haaglanden geldt dit nog sterker dan voor de provincie Zuid-Holland. Het percentage allochtone onder Haagse CIT-clieënten is bijna twee keer zo groot als onder de Haagse bevolking.

Tabel 4.3: Verdeling van autochtone en allochtone jeugdigen bij het CIT naar regio (in %, n=253)

Autochtoon/allochtoon*	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
0-12 jaar	63	31	45
12-18 jaar	30	64	49
Onbekend	7	6	6

* $\chi^2(2)=28,8$; $p=.00$

4.3 Leefsituatie

4.3.1 Opvoedingssituatie

In Zuid-Holland woont een iets groter percentage jeugdigen voorafgaand aan de crisis bij beide ouders dan in Haaglanden (respectievelijk 38% en 33%). Een groot deel woont bij één van de ouders met eventueel een nieuwe partner. Het percentage jeugdigen dat bij een alleenstaande ouder (zonder nieuwe partner) woont, verschilt niet tussen beide regio's. Dat een nieuwe partner van de ouders in huis woont, komt in Haaglanden echter vaker voor dan in Zuid-Holland (namelijk 21% tegenover 10%; $\chi^2(3)=8,0$; $p=.05$). Voor het overige is er weinig verschil in de gezinssamenstelling. De jeugdigen in beide regio's hebben even vaak broertjes en/of zusjes (88%) en gemiddeld zijn er 2,6 respectievelijk 3,2 kinderen in het gezin.

4.3.2 Problemen thuis

In beide regio's is in de meerderheid van de crisissituaties sprake van problemen thuis. In Zuid-Holland (89%) is dit in verhouding nog vaker dan in Haaglanden (77%; $\chi^2(1)=6,2$; $p=.01$).

Het gemiddeld aantal verschillende problemen thuis is in beide regio's gelijk, namelijk 2,0. De aard van de problemen die zich thuis voordoen, verschilt wel tussen beide regio's. Het verschil betreft vooral de individuele problemen van de ouders. In Zuid-Holland zijn er veel meer ouders (bijna allemaal moeders) met psychische problemen. In Haaglanden uiten

Tabel 4.4: Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar regio (in %, n=253)

Soort problematiek	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
Problemen thuis*	89	77	83
Psychische problemen**	50	24	36
Psychiatrische stoornis	18	16	17
Alcohol, druggebruik	13	16	15
Ziekte, medicijngebruik*	10	21	16
Criminaliteit*	5	11	8
Werkloosheid	4	5	4
Suïcidaal gedrag**	2	14	9
Huiselijk geweld	21	22	22
Echtscheidingsproblematiek	15	11	13
Financiële problemen*	20	22	21
Huisvesting	13	11	12
Integratieproblemen*	12	4	7

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

de problemen van de ouders zich vaker in ziekte of medicijngebruik, suïcidaal gedrag of criminaliteit (zie tabel 4.4). Opmerkelijk is dat problemen met de integratie in Zuid-Holland veel vaker dan in Haaglanden leiden tot een melding bij het CIT, terwijl het percentage allochtonen in Haaglanden veel hoger is (zie tabel 4.3).

Problemen die te maken hebben met ouderlijke relaties of materiële problemen komen in beide regio's in verhouding even vaak voor.

4.4 Gezinsrelaties en sociale relaties

Relatieproblemen van de ouders of tussen ouders en hun kinderen spelen in bijna alle crisissituaties (mede) een rol, namelijk in 98% (zie tabel 4.5). Dit geldt zowel voor Zuid-Holland als voor Haaglanden. Het verschil tussen beide regio's is dat alle soorten relatieproblemen in Haaglanden vaker voorkomen. De percentages voor alle afzonderlijke relatieproblemen zijn ongeveer 10% hoger dan in Zuid-Holland.

Tabel 4.5: Relatieproblemen naar regio (in %, n=253)

Soort problematiek	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
Relatieproblemen	98	97	98
Relaties moeder**	38	45	42
Relaties vader**	28	38	34
Relatie moeder en jeugdige**	40	50	46
Relatie vader en jeugdige**	21	36	29

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

In beide regio's is in ruim de helft van de gezinnen sprake van verwaarlozing of mishandeling van de jeugdige. Dat is een groot aandeel. In Haag-

landen komt verwaarlozing of mishandeling nog vaker voor dan in Zuid-Holland ($\chi^2(1)=5,5$; $p=.02$). Daarnaast is er tussen de regio's verschil in het type verwaarlozing of mishandeling waarvan sprake is. In Haaglanden komen de fysieke mishandeling én verwaarlozing ongeveer anderhalf tot twee keer zo vaak voor als in Zuid-Holland (zie tabel 4.6). In Zuid-Holland speelt emotionele mishandeling bijna twee keer zo vaak een rol als in Haaglanden.

Tabel 4.6: Verwaarlozing of mishandeling van de jeugdige naar regio (in %, n=253)

Verwaarlozing of mishandeling	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
Verwaarlozing en/of mishandeling *	56	69	63
Fysieke mishandeling**	28	45	38
Fysieke verwaarlozing*	7	17	13
Emotionele mishandeling	22	24	23
Emotionele verwaarlozing*	29	16	22
Seksuele mishandeling	5	4	5

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

Bij cliënten van het CIT gaat het in negen op de tien situaties om problemen in de opvoeding. In Zuid-Holland is dit in 92% van de situaties en in Haaglanden in 88%. In Zuid-Holland voelen meer ouders zich overbelast dan in Haaglanden, namelijk 42% tegenover 18% ($\chi^2(1)=16,8$; $p=.00$). Meestal, namelijk in 85% van de situaties van overbelasting (n=73), betreft het de moeders en minder vaak (30%) om de vaders.

4.5 (Probleem)gedrag jeugdigen

4.5.1 Externaliserende problemen

In tabel 4.7 staat een overzicht van de meest voorkomende problemen bij de jeugdige die een rol spelen in de crisissituatie. Per probleem is aangegeven bij welk deel van de jeugdige cliënten van het CIT in Zuid-Holland en Haaglanden dit zich voordoet.

Externaliserende, naar buiten gerichte problemen van de jeugdige vormen in 64% van de gevallen mede de aanleiding tot melding bij het CIT

Tabel 4.7: Problematiek van de jeugdige cliënten bij het CIT naar regio (in %, n=253)

Problematiek jeugdige	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
Externaliserende problemen**	71	58	64
Oppositieel opstandig gedrag *	40	26	32
Weglopen	29	22	25
Antisociaal gedrag	27	21	24
Agressief gedrag	19	24	22
Risicovol middelengebruik of gokken**	19	2	9
Internaliserende problemen	42	45	44
Depressiviteit	20	30	25
Suïcidaliteit	14	11	13
Lichamelijke problemen	18	12	15
School			
Leerproblemen*	20	31	26
Spijbelen	33	33	33

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

(zie tabel 4.7). Dat deze problemen mede een rol spelen komt vaker in Zuid-Holland voor dan in Haaglanden ($\chi^2(1)=19,3$; $p=.00$).

De aard van de externaliserende problemen die zich voordoen bij de jeugdigen verschilt iets per regio. In Zuid-Holland vertonen meer jeugdige cliënten oppositioneel opstandig gedrag dan in Haaglanden ($\chi^2(1)=4,9$; $p=.03$). Bovendien is het percentage jeugdigen dat verslavende middelen gebruikt of gokt in Zuid-Holland hoger dan in Haaglanden. Het is echter de vraag of dit verschil werkelijk zo groot is. Het percentage in Haaglanden is extreem laag. Omdat dit zelfs nog lager is dan in de Haagse bevolking, is de vraag of dit percentage betrouwbaar is (Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland, 2007b).

4.5.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Internaliserende, naar binnen gerichte, problemen en lichamelijke problemen doen zich in beide regio's in verhouding even vaak voor bij jeugdige cliënten van het CIT (zie tabel 4.7). Hierin verschillen Haaglanden en Zuid-Holland niet. Ook de afzonderlijke internaliserende problemen komen in beide regio's in verhouding even vaak voor.

4.5.3 School en werk

In schoolproblemen is er wel een significant verschil tussen beide regio's. Problemen met leren, spelen anderhalf keer zo vaak een rol bij de jeugdigen in crisis in Haaglanden als in Zuid-Holland ($\chi^2(1)=5,9$; $p=.02$). Spijbelen komt even vaak voor in beide regio's.

4.5.4 Aanvang problemen

Bij ruim een derde van de jeugdige CIT-clieënten (36%) zijn de problemen al op baby-, peuter- of kleuterleeftijd begonnen. Bij ongeveer een op de vijf jeugdigen begonnen de problemen tijdens de basisschool. Bij ongeveer een derde (34%) was pas op de middelbare school sprake van problemen die tot een crisissituatie hebben geleid. In Zuid-Holland en Haaglanden verschillen de verhoudingen naar leeftijd, waarop de problemen beginnen, significant ($\chi^2(3)=14,9$; $p=.00$).

In Zuid-Holland zijn de problemen bij bijna de helft van de jeugdigen

(46%) pas op de middelbare school begonnen. In Haaglanden is dit bij ongeveer een kwart van de jeugdigen (24%). Dit is een veel kleiner aandeel. Het percentage cliënten waarbij al op heel jonge leeftijd sprake was van problemen, is daarentegen in Haaglanden groter dan in Zuid-Holland, namelijk 40% tegenover 31%.

Tabel 4.8: Periode waarin problemen zich het eerst voordoen bij cliënten CIT naar regio (in %, n=253)

Periode waarin problemen zich voor het eerst voordoen*	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
0-5 jarige leeftijd	31	41	37
Lagere school leeftijd	16	21	19
Middelbare school leeftijd	46	24	34
Onbekend	6	14	10

* $\chi^2(3)=14,9$; $p=.00$

De leeftijd bij aanmelding hangt sterk samen met de leeftijd waarop de problemen beginnen. Bij de analyse is gecontroleerd of eventuele verschillen in de leeftijd van de jeugdige bij aanmelding het verschil tussen beide regio's verklaart. Dit is niet (helemaal) het geval.

Voor de jongste leeftijdsgroep van 0-12 jaar is er geen verschil tussen beide regio's. Bij drie kwart van deze jeugdigen (74%) manifesteerden de problemen zich al voor hun zesde jaar. Onder de jongeren van 12 tot 18 jaar is er in dit opzicht wel een significant verschil tussen Zuid-Holland en Haaglanden ($\chi^2(3)=10,9$; $p=.01$, $n=166$). In Haaglanden is het percentage jongeren vanaf 12 jaar, waarbij de problemen al vóór de middelbare school speelden, hoger dan in Zuid-Holland. Bij 21% ($n=86$) van de jongeren in Haaglanden was dit al op 0-5 jarige leeftijd en bij 26% op basisschoolleeftijd. In Zuid-Holland betreft dit voor beide perioden 14% ($n=80$) van de jongeren vanaf 12 jaar.

4.6 Aanmelding

Bij BJZ Zuid-Holland en Haaglanden heeft ongeveer een derde van de cliënten (34%) in een crisissituatie zichzelf aangemeld. In de overige situaties (66%) heeft iemand anders dan de cliënt de crisissituatie gemeld. Dit was bijna altijd een professional en slechts incidenteel iemand uit het sociale netwerk van het gezin. Hierin verschillen de beide regio's niet.

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom cliënten in crisis dit niet zelf melden bij BJZ. In tabel 4.9 staan deze genoemd, met de verdeling binnen de beide regio's. In Haaglanden is ook nog de categorie 'de cliënt die geen probleem ziet' onderscheiden. Dit betrof echter slechts één gezin. Voor de vergelijking tussen beide regio's is deze buiten beschouwing gelaten.

Tussen Zuid-Holland en Haaglanden is er een opmerkelijk verschil in de verdeling van typen cliënten ($\chi^2(3)=35,9$; $p=.00$). Ruim de helft van de cliënten (53%) in Zuid-Holland overkomt de crisissituatie. In Haaglanden is dit een veel kleiner deel van de cliënten (15%). In deze regio weet het grootste deel van de cliënten de weg niet (67%). Dit zijn er in verhouding twee keer zoveel als in Zuid-Holland. Verder mijden de cliënten van CIT Haaglanden vaker de zorg dan in Zuid-Holland, terwijl de gezinnen in Zuid-Holland vaker afgehaakt zijn bij eerdere hulp dan in Haaglanden (zie tabel 4.9).

Type cliënt	BJZ		Totaal (n=165) %
	Zuid-Holland (n=70) %	Haaglanden (n=95) %	
De cliënt die de weg niet weet	34	67	53
De cliënt die het overkomt	53	15	31
De cliënt die zorg mijdt	4	16	11
De cliënt die al een keer afgehaakt is	9	2	5

* $\chi^2(3)=35,9$; $p=.00$

4.7 Verloop hulpverlening

In beide regio's zijn gegevens over het verloop van de hulpverlening verzameld. Het percentage gezinnen dat al voor de crisisinterventie hulp heeft gehad, is in beide regio's even groot (32%). In beide regio's ging het vooral om ambulante hulp.

De gemiddelde duur van de crisisinterventie in de onderzoeksperiode (januari tot april 2005) is in Haaglanden veel korter dan in Zuid-Holland. Dit verschil is vooral te wijten aan één locatie in Zuid-Holland, waarin de crisisinterventie door beperkte capaciteit in veel situaties lang duurde. De gegevens zijn enigszins achterhaald. Door goede aansturing van de teamleider is de gemiddelde duur heel erg teruggebracht. Om een realistischer beeld te geven is ervoor gekozen om recentere gegevens over de duur van de crisisinterventie te vergelijken, namelijk over de periode september - december 2007.

Tabel 4.10: Duur van de crishulpverlening in de periode september tot en met december 2007* naar regio (in %, n=220)

Duur crisisinterventie **	BJZ		Totaal (n=220) %
	Zuid-Holland (n=75) %	Haaglanden (n=145) %	
0 - ≤2 weken	39	45	43
2 - ≤4 weken	17	24	22
4 - ≤6 weken	5	23	17
langer dan 6 weken	39	8	19

* dit is een andere periode dan de onderzoeksperiode (januari t/m april 2005)
** $\chi^2(3)=34,9$; $p=.00$

De meerderheid van de crisissituaties (65%) is binnen vier weken beëindigd (zie tabel 4.10). Bij één op de zes crisissituaties (17%) duurt het nog twee weken langer en in een vijfde van de situaties (19%) duurt het

langer dan zes weken om de crisisinterventie af te sluiten. In Zuid-Holland is het percentage dat niet binnen zes weken is afgesloten, hoger dan in Haaglanden, namelijk 39% tegenover 8% ($\chi^2(3)=34,9$; $p=.00$).

Tabel 4.11: Reden van beëindiging naar regio (in %, n=253)

Reden van beëindiging	BJZ		Totaal (n=253) %
	Zuid-Holland (n=112) %	Haaglanden (n=141) %	
Doelen crisisinterventie bereikt	56	33	43
Cliënt doorverwezen	22	19	21
Eindtermijn crisisinterventie bereikt	16	18	17
(Voorlopige) maatregel of melding bij de Raad voor de Kinderbescherming*	17	12	14
Cliënt geen behoefte meer aan hulpverlening	4	8	6
Anders	2	10	7

* kan samen met andere reden van beëindiging voorkomen

Voor de beëindiging van de crisisinterventie zijn er verschillende redenen. In tabel 4.11 staan deze aangegeven naar type regio.

Na de crisisinterventie krijgen veel gezinnen vervolghulp. Dit kan geïndiceerde of vrij toegankelijke vervolghulp in een vrijwillig kader zijn. Het percentage gezinnen dat na de crisisinterventie geïndiceerde vervolghulp heeft gekregen is in beide regio's nagenoeg gelijk. In Haaglanden heeft een groter percentage gezinnen vrij toegankelijke hulp dan in Zuid-Holland gekregen. In Zuid-Holland volgde vaker dan in Haaglanden geen andere hulp op de crisisinterventie.

Tabel 4.12: Aard van de vervolghulp na crisisinterventie naar regio (in %, n=252)

Vervolghulp *	BJZ		Totaal (n=252) %
	Zuid-Holland (n=111) %	Haaglanden (n=141) %	
Geïndiceerde vervolghulp	39	41	39
Vrij toegankelijke vervolghulp	6	21	15
Geen vervolghulp	59	38	47

* $\chi^2(2)=15,9$; $p=.00$

In een deel van de situaties is begeleiding in gedwongen kader nodig. De percentages in beide regio's liepen niet erg uiteen. In Zuid-Holland betrof dit 17% van de gezinnen en in Haaglanden 12%.

5. Samenvatting

In 2007 heeft de afdeling O³ van Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland een onderzoek uitgevoerd naar de cliënten van het Crisis-interventieteam (CIT) van Bureau Jeugdzorg (BJZ) Zuid-Holland.

Doel was om inzicht te krijgen in achtergrond en kenmerken van de cliënten van het CIT BJZ Zuid-Holland en om het verkregen beeld te vergelijken met dat van de cliënten van het CIT BJZ Haaglanden. De vraagstelling was tweeledig:

1. *Wat zijn de achtergrondkenmerken en problemen van cliënten van het CIT van BJZ Zuid-Holland?*
2. *Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de achtergrond, problematiek en hulpverlening tussen de jeugdige CIT-clieñten van BJZ Haaglanden en BJZ Zuid-Holland?*

Er is een kwantitatieve analyse uitgevoerd van de dossiergegevens van 112 cliënten van het CIT van BJZ Zuid-Holland, waarbij de crisisinterventie in de periode januari tot en met april 2006 is afgesloten. Hieruit is een beeld naar voren gekomen van de doelgroep. De gegevens zijn vergeleken met die van de CIT cliënten van BJZ Haaglanden. Naar de kenmerken van cliënten van CIT Haaglanden is eerder onderzoek uitgevoerd (Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland, 2007b).

5.1 Cliënten CIT Zuid-Holland

5.1.1 Algemeen

Van de 112 crisisinterventies in Zuid-Holland is 39% door hulpverleners in de regio Zuid-Holland Zuid uitgevoerd, 37% door die in de regio Rijnland en 24% door die in Hollands Midden.

Kenmerkend voor de crisissituatie van de meerderheid van de cliënten in Zuid-Holland (63%) is de structurele meervoudige problematiek. Dit geldt zowel voor gezinnen met jonge kinderen tot 12 jaar als voor gezinnen met jeugdigen vanaf 12 jaar. Bij ongeveer een kwart van de gezinnen (22%) ontstaat een crisis door ingrijpende gebeurtenissen. Een crisis veroorzaakt

door faseproblematiek of verzorgingsproblematiek komt minder vaak voor (respectievelijk 12% en 4%).

In de aangemelde crisiszaken gaat het vaker om jongeren vanaf 12 jaar dan om jonge kinderen tot 12 jaar. Het betreft vaker meisjes dan jongens. Bijna de helft van de jeugdige cliëntengroep bestaat uit meisjes van 12-18 jaar (47%). De meeste jeugdigen (94%) zijn in Nederland geboren. In slechts een klein deel van de cliënten zijn het allochtone jeugdigen van de eerste generatie (5%). Ongeveer een kwart van de crisisgezinnen heeft allochtone kinderen van de tweede generatie (26%).

Bijna alle jeugdigen wonen voorafgaand aan de crisis bij hun ouders. Een derde (38%) woont bij beide ouders. Meer dan de helft (55%) woont bij één van de ouders, meestal de moeder, en eventueel een nieuwe partner.

In ongeveer negen van de tien gezinnen (89%) zijn er thuis problemen. Veel ouders, vooral moeders, hebben last van psychische of psychiatrische problemen. Huiselijk geweld en financiële problemen komen in één op de vijf gezinnen voor. In bijna alle gezinnen (98%) doen zich relatieproblemen voor. Dat zijn relatieproblemen van de ouders en/of problemen in de relatie tussen (één van) de ouders en hun kind. In ruim de helft van de gezinnen (56%) is sprake van een vorm van verwaarlozing of mishandeling.

Bijna driekwart van de jeugdigen vertoont externaliserende, naar buiten gerichte problemen. De top 5 bestaat uit oppositioneel opstandig gedrag, weglopen, antisociaal en agressief gedrag en gebruik van verslavende middelen. Daarnaast heeft bijna de helft van de jeugdigen (42%) ook internaliserende, naar binnen gerichte problemen, zoals depressief en suïcidaal gedrag.

De meeste jeugdigen gaan naar school (78%). Het gros hiervan (80%) gaat naar de middelbare school. 14% van de jeugdigen is nog niet schoolplichtig. Een klein deel heeft werk (5%).

Voor zover bekend hebben slechts weinig jeugdigen een licht verstandelijke handicap (6%). Problemen met leren heeft ongeveer een derde van de jeugdigen. Spijbelen doet ook ongeveer een derde. Meer meisjes

dan jongens spijbelen. Ruim één op de drie heeft al op jonge leeftijd met de problemen te maken.

Bij ongeveer de helft van de jeugdigen doen de problemen zich voor voordat ze 12 zijn en bij de andere helft is dit vanaf de middelbare school.

In ruim de helft van de crisissen gaat het om gezinnen die voor het eerst bij BJZ komen (nieuwe zaken). In een derde betreft het gezinnen, waarin zich opnieuw een crisis voordoet (oude zaken).

Veel gezinnen in crisis worden aangemeld via de toegang van BJZ. Slechts weinig gezinnen in crisissituaties (4%) komen via de bereikbaarheidsdienst bij het CIT.

Ruim een derde van de cliënten (38%) meldt zich zelf aan voor hulp. In bijna al deze gevallen zijn het de ouders die bij BJZ aankloppen. Relatief vaak betreft het gezinnen met jeugdigen vanaf 12 jaar. In 63% van de situaties melden anderen dan de ouders en/of hun kinderen de crisis bij BJZ. Dit zijn bijna altijd professionals, zoals politie, huisarts, maatschappelijk werker. Dat iemand uit de directe omgeving van het gezin, zoals oma, buurvrouw of imam, de problemen meldt, komt slechts incidenteel voor. Gezinnen in een crisissituatie die niet zelf om hulp vragen bij BJZ, laten dit niet met opzet na. Veelal overkomt de crisis hen (53%) of ze weten de weg niet (33%). Slechts enkele gezinnen hebben slechte ervaringen met de hulpverlening (10%) of mijden de zorg (3%), waardoor ze niet zelf om hulp vragen.

Ongeveer een derde van de cliënten heeft al eerder hulp gehad vóór de aanmelding bij het CIT. Meestal betrof het ambulante hulp.

Van de crisiszaken in de onderzoeksperiode wordt 54% afgesloten binnen zes weken. Hierin zijn er grote lokale verschillen. Ruim een derde van de jeugdigen (36%) wordt in een crisisopvang geplaatst.

De crisisinterventie wordt in ruim de helft van de situaties (58%) in overleg tussen hulpverlener en cliënt afgesloten. In een derde van de gevallen (39%) besluit de hulpverlener de interventie te beëindigen en een klein deel van de gezinnen neemt zelf het initiatief tot beëindiging. In drie kwart van de situaties (78%) zijn de doelen bij beëindiging van de crisis-

interventie behaald of zijn de cliënten doorverwezen naar passende zorg. Een (onderzoek voor het opleggen van een) jeugdbeschermingsmaatregel is voor 17% van de jeugdigen nodig.

5.1.2 Leeftijdsgroepen

Op grond van de leeftijd van de aangemelde jeugdigen zijn globaal twee verschillende probleemgroepen te onderscheiden. De ene groep bestaat uit gezinnen met kinderen van 0-12 jaar. Deze bevat relatief veel jongens. Bij deze groep wordt de crisis in verhouding vaak veroorzaakt door ingrijpende gebeurtenissen of verzorgingsproblematiek. Het betreft vaak alleenstaande, overbelaste ouders, vooral moeders. Psychische of psychiatrische problemen van de ouder(s) en huiselijk geweld zijn vaak mede aanleiding tot de crisis. Relatieproblemen van de ouders komen in deze gezinnen nog vaker voor dan bij gezinnen in crisis met jongeren vanaf 12 jaar. Veel van deze kinderen zijn de dupe van fysieke en/of emotionele verwaarlozing. De problemen doen zich vaak al voor, wanneer de kinderen nog geen 5 jaar zijn. In relatief veel gevallen melden anderen dan het gezin zelf de problemen bij BJZ. Veel van deze gezinnen overkomt de crisis. Een onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming is bij jonge kinderen vaker nodig dan bij jongeren vanaf 12 jaar.

Gezinnen in crisis met jongeren vanaf 12 jaar vormen de tweede groep. Hierin zijn de meisjes oververtegenwoordigd. Nog vaker dan bij gezinnen met jonge kinderen gaat het om structurele crisissituaties. De gezinnen bestaan over het algemeen uit twee samenwonende verzorgers, hetzij beide natuurlijke ouders, hetzij één van deze ouders met nieuwe partner.

Problemen van de jeugdige zelf dragen vaak bij aan de crisis. Externaliserende problemen, zoals oppositioneel, antisociaal gedrag, weglopen en verslaving, en internaliserende problemen, zoals depressie, spelen in crisissituaties bij jongeren vanaf 12 jaar vaker een rol dan bij kinderen van 0-12 jaar. Ook problemen op school en spijbelen komen bij jongeren in de oudere leeftijdsgroep vaker voor. In relatief veel gevallen beginnen de problemen pas als de jeugdige op de middelbare school zit. Vaker dan bij de jongere kinderen vragen cliënten zelf, veelal de ouders, om hulp.

Wanneer anderen de problemen melden, weten de cliënten zelf vaak de weg naar de hulp niet, ook al heeft een deel van hen al eerder (ambulante) hulp gehad.

5.2 Verschillen en overeenkomsten tussen cliënten uit de regio's Haaglanden en Zuid-Holland

De cliënten bij het CIT in Zuid-Holland en Haaglanden zijn heel vergelijkbaar. De gezinnen hebben met dezelfde problemen te maken, die zich op diverse leefgebieden voordoen, zich opstapelen en tot een crisis leiden. Op enkele punten zijn er verschillen. Een verschil betreft de etnische achtergrond van de gezinnen. Bij het CIT in Haaglanden komen twee keer zo veel gezinnen met een niet-Nederlandse achtergrond als bij het CIT in Zuid-Holland. Hierbij verschilt vooral het aandeel allochtone jeugdigen van de eerste generatie. Deze jeugdigen zijn niet in Nederland geboren. In Zuid-Holland is dit slechts 5% en in Haaglanden is dit bijna een derde van de jeugdigen (30%). Het percentage tweede generatie (in Nederland geboren) allochtone jeugdigen is respectievelijk 26% en 30%. Dit verschil tussen beide cliëntengroepen is dus veel kleiner.

In Zuid-Holland is het aandeel alleenstaande ouders, vooral moeders, met psychische problemen, vooral onder de crisisgezinnen met kinderen tot 12 jaar, relatief groot. In negen van de tien gezinnen zijn er problemen thuis. Veel ouders zijn overbelast, kunnen de opvoeding niet goed aan en de crisis overkomt hen. Relatief veel kinderen worden emotioneel verwaarloosd. Veel jeugdigen uiten hun problemen in externaliserend gedrag, zoals oppositioneel opstandig gedrag en weglopen. De crisis ontstaat vaker dan in Haaglanden pas wanneer de jeugdigen naar de middelbare school gaan. Dit is in ongeveer de helft van de Zuid-Hollandse gezinnen. Bij de andere helft ontstaat de crisis als de jeugdigen jonger dan 12 jaar zijn. Vaker dan in Haaglanden is er na het afsluiten van de crisisinterventie geen vervolghulp. In relatief veel gevallen gaat het om oude zaken, waarbij (opnieuw) een crisis ontstaat.

Behalve dat de cliënten in Haaglanden vaak allochtone gezinnen zijn, betreft het ook relatief veel nieuw samengestelde gezinnen. Veel jeugdigen wonen namelijk bij één van hun ouders met nieuwe partner. Terwijl in Zuid-Holland veel ouders psychische problemen hebben, zijn de problemen van de ouders in Haaglanden van een iets andere, meer naar buiten gerichte, aard. Relatief veel ouders zijn ziek of gebruiken medicijnen. Daarnaast komen criminaliteit en suïcidaal gedrag van de ouders vaker voor dan in Zuid-Holland. Relatieproblemen van de ouders zijn eerder regel dan uitzondering. Veel jeugdigen worden verwaarloosd en/of mishandeld. In vergelijking met Zuid-Holland gaat het vaker om fysieke mishandeling of verwaarlozing.

Zowel in Haaglanden als in Zuid-Holland hebben veel jeugdigen externaliserende en internaliserende problemen. In Haaglanden hebben de problemen die bij de jeugdigen een rol spelen vaker dan in Zuid-Holland betrekking op school.

In veel Haagse gezinnen beginnen de problemen al als de kinderen nog jong zijn. Tweevijfde van de kinderen (41%) is dan nog geen 5 jaar. Dat de problemen op jonge leeftijd ontstaan, geldt niet alleen voor de jonge kinderen tot 12 jaar, maar ook voor jongeren vanaf 12 jaar. Vergeleken met de groep jongeren vanaf 12 jaar in Zuid-Holland betreft het een grote groep.

In Haaglanden weten veel ouders de weg niet naar de hulpverlening, waardoor anderen de problemen melden bij BJZ. In Zuid-Holland is de reden dat ouders en/of kinderen niet zelf om hulp vragen vaker dat de crisis hen overkomt. Na afsluiting van de crisisinterventie krijgen meer jeugdigen in Haaglanden dan in Zuid-Holland vrij toegankelijke (vervolg)hulp.

In de crisissituaties in Zuid-Holland lijken de ouders een iets passievere rol te hebben, terwijl de ouders in Haaglanden zich actiever opstellen.

6. Conclusies en discussie

6.1 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.

6.2 Multiprobleemgezinnen

6.2.1 Ernst problematiek

Kenmerkend voor gezinnen in crisis, zowel in Zuid-Holland als in Haaglanden, is dat ze kampen met een groot aantal problemen. Eén probleem veroorzaakt over het algemeen geen crisis. Het gaat in veel gezinnen om een opeenstapeling van verschillende problemen op verschillende leefgebieden. Het zijn multiprobleemgezinnen.

Het aantal verschillende problemen is een manier om de ernst van de situatie aan af te meten (o.a. Rutter, 1979). Bij cliënten van het CIT gaat het dus om ernstige probleemsituaties. Het gaat om een combinatie van problemen op alle verschillende leefgebieden, die het gezond opgroeien van kind en jongere bedreigen. Het gaat niet alleen om gedragsproblemen, psychische problemen en relatieproblemen van jeugdige én ouders. Ook materiële problemen, zoals huisvesting en financiële problemen, vormen een risicofactor voor het ontstaan van de crisis. Dat dit een maatschappelijk probleem is, blijkt uit een onderzoek van het Verwey-Jonker instituut. De onderzoekers concludeerden dat er in 2006 veel meer kinderen in arme bijstandsgezinnen woonden dan in 2005 (Kinderen in Tel Databoek 2008). Hierbij hebben gezinnen dus steun nodig. Armoede is een risicofactor waarmee rekening gehouden moet worden.

6.2.2 Veiligheid

De maatschappelijke druk om zicht te houden op de veiligheid van kinderen neemt steeds meer toe. Er moet zo snel mogelijk duidelijk zijn welke risico's

er zijn voor kinderen. De beslissingen moeten volledig verantwoord worden en terug te vinden zijn in rapportages. De inspecties voor Jeugdzorg controleren hier ook steeds meer op.

De criteria voor ernst of urgentie van de problematiek moeten in ieder geval duidelijk zijn. In 2006 zijn de criteria voor urgente situaties voor aanmelding bij het CIT opgesteld. Gecheckt zou moeten worden of deze voldoende richtlijnen geven om de urgentie te bepalen tijdens de bereikbaarheidsdienst.

Om een beeld te krijgen van de ernst van de situatie taxeren crisisinterventiemedewerkers altijd de risico's voor de kinderen. Ze doen dit grotendeels op basis van hun eigen ervaring.

Een risicotaxatie-instrument is een goed hulpmiddel om standaard de risico's bij alle jeugdigen op dezelfde manier in kaart te brengen. Op basis van het onderzoek bij het CIT Haaglanden is al aanbevolen om na te gaan welk risicotaxatie-instrument bruikbaar is voor het CIT. Gezien de beperkte tijd die er voor crisisinterventie beschikbaar is, moet het een eenvoudig, snel te gebruiken instrument zijn. Momenteel zijn er nog geen voor Nederland gevalideerde risicotaxatie-instrumenten. Voor de verschillende werksoorten van BJZ (AMK, Toegang, Jeugdbescherming, Jeugdreclassering) worden er landelijk specifieke instrumenten aanbevolen. Het lijkt dan het meest zinvol om aan te sluiten bij die instrumenten, zodat er eenheid in het taxeren van risico's binnen de organisatie is. De keuze voor een instrument (of en welk instrument) dient in het verlengde te liggen van het veiligheidsbeleid van BJZ. Momenteel (zomer 2008) is dit beleid voor de veiligheid van kinderen en jongeren nog in ontwikkeling. Factoren die bij de keuze een rol kunnen spelen zijn de leeftijd van de jeugdige, de ernst van de (crisis)situatie en fase in het hele hulpverleningstraject.

6.3 Leeftijd CIT- cliënten

In de vorige paragraaf is aangegeven, dat veel jeugdigen bij het CIT uit een multiprobleemgezin komen. Welke problemen voornamelijk de crisis-

situatie bepalen, hangt sterk samen met leeftijd van de jeugdige. Globaal gaat het om twee groepen. Bij gezinnen met 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. Gezinnen met kinderen van 12 jaar en ouder trekken vaker zelf aan de bel, wanneer zij hulp nodig hebben. De crisis ontstaat bij deze groep vaker dan bij gezinnen met jonge kinderen door 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 dan in gezinnen met kinderen tot 12 jaar.

Dit verschil in aard van de problematiek tussen de twee leeftijdsgroepen kwam al naar voren in het onderzoek naar de cliënten van het CIT in Haaglanden. Dit gegeven is al langer bekend. Het bleek bijvoorbeeld al in een onderzoek naar vrijwillige pleegzorg in 1988 (Reeuwijk en Berben, 1988). Ook uit ander onderzoek naar uithuisplaatsing blijkt dit (o.a. Dijkman en Terpstra, 1992).

Met dit verschil zal de crisisinterventiemedewerker op basis van ervaring rekening houden. Bij de jonge kinderen zal de crisisinterventie met name gericht zijn op de problemen van de ouders en bij de oudere jeugd op hun eigen problemen. Het verschil kan ook richting geven aan de keuze voor ondersteunende middelen voor de inschatting van veiligheid en risico's voor de kinderen. Hierbij gaat het niet zozeer om een keuze van instrumenten gericht op problemen thuis óf op problemen bij de jeugdige. Probleemgedrag bij jeugdigen en problemen thuis bij de ouders werken namelijk op elkaar in. 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 jongeren kunnen een gevolg van of reactie op de gezinssituatie zijn. Moeilijkheden thuis kunnen ook gedragsproblemen veroorzaken of tot een slechte concentratie leiden, waardoor problemen op school ontstaan. Vanuit de methodiek (van Deur, 1999) zal de crisis hulpverlener altijd aandacht besteden aan het hele gezinssysteem. De samenhang tussen leeftijd en aard van de problematiek

geeft aan welke aspecten van belang zijn voor een volledige risicotaxatie. Voor het veilig opgroeien is het nodig een volledige inschatting te maken van alle aspecten die enerzijds de veiligheid kunnen garanderen en die anderzijds een risico kunnen vormen voor de ontwikkeling van kinderen en jongeren.

6.4 Typering crisisgezinnen

In veel opzichten lijken de cliënten van het CIT in Zuid-Holland en Haaglanden op elkaar. Het gaat voor het merendeel om multiprobleemgezinnen. Er zijn ook verschillen. Hierdoor zijn de crisisgezinnen in beide regio's op verschillende manieren te typeren.

6.4.1 Gezinnen Zuid-Holland

In Zuid-Holland zijn veel alleenstaande moeders die psychische problemen hebben. Zij kunnen de opvoeding niet aan, voelen zich overbelast en verwaarlozen hun kinderen (emotioneel). In de helft van de situaties ontstaat de crisis als de jeugdigen op de middelbare school zitten. Veel kinderen uiten hun problemen naar buiten toe en vertonen externaliserende gedragsproblemen. Het is niet duidelijk of het gedrag een directe of indirecte reactie van de kinderen op de problemen thuis is. Van belang is in ieder geval dat het evenwicht in het gezinssysteem verstoord is. De draaglast is groter dan de draagkracht.

De ondersteuning of hulp moet gericht zijn op het herstellen van het evenwicht. Dit betekent dat aandacht nodig is voor beide kanten van de weegschaal. Door de kinderen bij hun (gedrags)problemen te helpen, wordt de draaglast voor de ouders kleiner. Tegelijkertijd is het ook nodig om de draagkracht van de ouders te vergroten. Dan kunnen ze beter de opvoeding van hun (probleem)kinderen aan.

Dit betekent dat er in het indicatiebesluit, bij de verwijzing en het hulpverleningsplan ook veel aandacht besteed moet worden aan de problemen van de ouders. In Zuid-Holland hebben vooral veel moeders deze hulp nodig. Door de moeders te helpen bij hun psychische problemen én

bij de opvoeding van hun kind neem je de risico's voor de kinderen deels weg. Een werkwijze om de gevaren voor kind en mogelijkheden voor veiligheid in kaart te brengen is Signs of Safety (zie 6.6).

De intensiteit van de ondersteuning zal afhankelijk zijn van de situatie. Een aantal moeders is wellicht al geholpen met enkele begeleidende gesprekken. Andere moeders zullen intensievere hulp nodig hebben en bijvoorbeeld doorverwezen moeten worden naar de GGZ.

6.4.2 Gezinnen Haaglanden

In Haaglanden komen relatief veel samengestelde gezinnen bij het CIT. Veel ouders hebben een nieuwe partner, die thuis bij het gezin woont. Terwijl in Zuid-Holland veel meer psychische problemen bij ouders voorkomen, is er in Haaglanden veel vaker sprake van ziekte of medicijngebruik en crimineel gedrag van de ouders. Ook suïcidaal gedrag van ouders komt vaker voor. Relatief veel kinderen worden fysiek mishandeld of verwaarloosd.

Daarnaast is het percentage allochtonen in Haaglanden veel groter dan in Zuid-Holland. Hierbij gaat het vooral om eerste generatie allochtonen. Dit kan ook deels de aard van de problemen van de ouders verklaren. Ouders uit andere culturen hebben een andere opvatting over zorg. Zij vinden dit een taak van de familie. Daarnaast zijn ze meer ingesteld op praktische en concrete zaken dan op emotionele problemen en behoeften (De Jong, van Lier en Morée, 2004). Lichamelijke klachten accepteren zij meer als probleem waarvoor hulp nodig is dan psychische problemen.

Dit betekent dat in Haaglanden extra aandacht nodig is voor de diversiteit van de bevolking en de betekenis die dit heeft voor de opvoeding van de kinderen en voor de interpretatie van problemen.

6.4.3 Profiel cliënten Haaglanden en Zuid-Holland

In beide regio's vraagt een even groot percentage gezinnen in crisis zelf hulp. Hetzelfde geldt voor het percentage gezinnen dat door anderen bij B/JZ wordt gemeld. Dat is ook even groot. Waarom gezinnen niet zelf hulp vragen, verschilt per regio enigszins. Cliënten in Haaglanden weten vaak de weg naar de hulpverlening niet, terwijl de cliënten in Zuid-Holland de

crisissituatie veel vaker overkomt. Tijdens de presentatie van de onderzoekresultaten aan de medewerkers van het CIT Zuid-Holland (3 juli 2008) gaven de CIT medewerkers aan, dat zij de categorie ‘het overkomt de cliënt’ anders interpreteren. ‘Het’ staat dan niet voor crisissituatie, maar voor de melding voor hulp bij BJZ door een professional. Bij deze interpretatie overkomt de crisisinterventie de gezinnen.

Welke interpretatie ook de juiste is, het verschil tussen beide groepen cliënten wekt de indruk dat de gezinnen in Haaglanden een iets actievere houding hebben dan de gezinnen in Zuid-Holland. Het verschil in typering van gezinnen dat in de vorige paragraaf is beschreven, bevestigt dit beeld. In Zuid-Holland gaat het vaak om ouders met naar binnen gerichte, psychische problemen, voor wie de opvoeding een overbelasting vormt. Zij verwaarlozen hun kind emotioneel. In Haaglanden zijn veel ouders in hun problemen veel meer naar buiten gericht. Er zijn meer ouders die hun kind fysiek mishandelen dan die emotioneel mishandelen.

Ondanks de noodzaak zoeken meer gezinnen in Zuid-Holland dan in Haaglanden zelf geen hulp. Dit kan betekenen dat BJZ (of andere hulpverleners) in Zuid-Holland veel meer nog dan in Haaglanden zelf op zoek moet gaan naar probleemgezinnen en outreachend te werk moeten gaan. In Zuid-Holland is binnen het project Outreachend Handelen hiervoor een methode ontwikkeld. Aan dit project hebben ook medewerkers van het CIT van BJZ Hollands Midden deelgenomen. Deze methode Outreachend Handelen biedt aanknopingspunten voor actieve benadering van crisiszaken, die aansluiten bij de methodiek van het CIT.

Het grotere aandeel meldingen van crisisgezinnen via professionele lijnen in Zuid-Holland kan ook betekenen dat de signalering door ketenpartners, bijvoorbeeld in zorgnetwerken, structureler ingebed is.

6.5 Sociaal netwerk

Veel ouders ontberen een sociaal netwerk dat bijspringt bij de opvoeding. Een investering in de versteviging van dit sociale netwerk kan structureel steun geven bij de opvoeding en het gezond opgroeien van de kinderen.

Een Familienetwerkberaad is een goede manier om het sociale netwerk dát er is, te activeren en om afspraken te maken. In een aantal situaties zal een beraad alleen niet voldoende zijn en is nog aanvullende hulp nodig voor het psychisch welzijn van de ouders en de opvoedingsondersteuning aan ouder met kind.

6.6 Verwaarlozing en mishandeling

Verwaarlozing en mishandeling komen veelvuldig voor bij de cliënten van het CIT. In ruim de helft van de gezinnen komen één of meer vormen van verwaarlozing en/of mishandeling voor. Tussen de cliënten in Zuid-Holland en Haaglanden zijn er in dit opzicht nuanceverschillen. In Haaglanden komen de fysieke vormen van mishandeling en verwaarlozing in verhouding vaak voor, terwijl in Zuid-Holland relatief veel ouders hun kind emotioneel verwaarlozen. Dit kan samenhangen met een verschil in opvoedingsstijl van de ouders. In een recent promotie-onderzoek toonde Hoeve (2008) een verschillende invloed van opvoedingsstijl van de ouders op delinquent gedrag voor jongens en meisjes aan. Hoeve constateerde dat de jongens die delinquent gedrag vertonen, vaker zijn verwaarloosd en hard gestraft, terwijl de meisjes die delicten plegen, vaker toegeeflijke ouders hebben, die weinig regels en eisen stellen en die ook weinig oog hebben voor de behoeften van hun dochter. De jongens in het onderzoek lijken vaker fysiek mishandeld (en verwaarloosd). De meisjes lijken emotioneel verwaarloosd te zijn. Hoewel Hoeve geen verklaring heeft voor dat verschil tussen de beide geslachten, komt uit het onderzoek naar voren, dat er verschillende opvoedstijlen zijn en waarom hulp bij de opvoeding belangrijk is om problemen te voorkomen.

In Australië heeft Andrew Turnell (1999) een werkwijze ontwikkeld, genaamd Signs of Safety, die aanknopingspunten kan bieden voor het CIT. Deze werkwijze is bij uitstek geschikt om te praten met ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen. Bovendien biedt de werkwijze een ondersteuningsmiddel om de gevaren voor kind en mogelijkheden voor veiligheid in kaart te brengen. De gesprekken kunnen daarnaast infor-

matie geven over de verschillende opvoedingsstijlen. Hierop zou nader onderzoek aan kunnen sluiten. De gegevens zouden zicht kunnen geven op daadwerkelijke verschillen in opvoeding bij meisjes en bij jongens. Gezien het grote aandeel meisjes onder de CIT-cliënten zou het interessant zijn om na te gaan of de opvoedingsstijl samenhangt met bepaalde problemen, andere dan delinquentie. In onderhavig onderzoek (onder CIT cliënten) hangen de verschillen in opvoedingsstijl van CIT-cliënten, voor zover bekend, niet zozeer samen met geslacht van de jeugdige. Ze zijn meer regionaal bepaald. Mogelijk hangen ze samen met het verschil in het percentage eerste generatie allochtone jeugdigen. Dit zou echter nader onderzocht moeten worden.

6.7 Aanmelding

In Zuid-Holland komt 4% van de gezinnen via de bereikbaarheidsdienst bij het CIT. De werkwijze van CIT Zuid-Holland is gericht op het bezweren van de crisis van dat moment. Sommige situaties die gemeld worden bij de bereikbaarheidsdienst, zijn niet zo urgent dat er direct hulp geboden moet worden. Als dit de volgende ochtend gebeurt, is dit vroeg genoeg. Een deel van de gezinnen, dat buiten kantoor tijd bij de bereikbaarheidsdienst gemeld wordt, is al bekend bij de hulpverlening. Zij worden terugverwezen naar hun eigen hulpverlener. Dit kan bijvoorbeeld een eigen gezinsvoogd zijn, een maatschappelijk werker of een hulpverlener van de GGZ. Ten slotte betreft een deel van de meldingen (4%) de acute crisissituaties waarbij direct actie ondernomen moet worden.

In Zuid-Holland is dit een erg klein deel. In Haaglanden is het aandeel crisiszaken via de bereikbaarheidsdienst 30%. Dit verschil tussen beide regio's is erg groot en kan niet alleen verklaard worden door regionale verschillen in bevolking. Ook de werkwijze bij crisismeldingen buiten kantoor tijd verschilt tussen beide regio's. Door de grote geografische spreiding en beperkte capaciteit kunnen medewerkers in Zuid-Holland niet direct naar alle (potentiële) crisissituaties toegaan. Ze doen dit alleen in de meest urgente gevallen. De vraag is of dat beleid niet bijgesteld moet worden. Door de (maatschappelijke) nadruk op veiligheid en de relatief

passieve houding van de crisisgezinnen in Zuid-Holland lijkt een heroverweging op zijn plaats. In ieder geval moet duidelijk zijn hoe de besluitvorming verloopt en welke criteria gehanteerd worden om de veiligheid van de betrokken kinderen in te schatten.

Een nadere analyse van meldingen bij de bereikbaarheidsdienst zou meer inzicht kunnen geven in de aard van de meldingen. De resultaten zouden ook een licht kunnen werpen op de achtergrond en kenmerken van de gezinnen, over wie de melding gaat, en op de criteria voor besluitvorming.

6.8 Duur crisisinterventie

Binnen vier weken moet de ergste crisis bezworen zijn of duidelijk zijn of vervolghulp nodig is. In Zuid-Holland duurde de crisisinterventie in de onderzoeksperiode in veel situaties langer dan zes weken. Hoewel het percentage langdurige crisisinterventies in Zuid-Holland behoorlijk is teruggedrongen, gaat het nog om bijna 40%. Dat is een erg hoog percentage. Dit betekent dat er voor dit aspect aandacht nodig blijft. De goede ontwikkeling in het terugdringen van de duur moet voortgezet worden.

6.9 Vervolghulp (hulpverleningstraject)

In Zuid-Holland wordt minder vaak dan in Haaglanden vervolghulp geïndiceerd. Een reden kan zijn dat minder vaak vervolghulp noodzakelijk is dan in Haaglanden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de probleemsituaties in Zuid-Holland minder ernstig zijn en dat de crisisinterventie voldoende steun biedt voor de gezinnen om weer zelf de situatie aan te kunnen. De onderzoeksresultaten ondersteunen deze verklaring echter niet. Het percentage multiprobleemgezinnen is in beide regio's namelijk even groot.

In een derde van de crisiszaken in Zuid-Holland gaat het om gezinnen waarin de crisis terugkeert (32%). In 78% van deze situaties gaat het om structurele problematiek. Dit betekent dat de crisis zich herhaalt of dat de situatie onvoldoende bezworen is. Of dit bij de afsluiting van de (eerste)

crisis te voorzien is, is onbekend. Dit gegeven pleit er wel voor om meer aandacht te besteden aan een inschatting van de ernst van de situatie en de toekomstige risico's voor de ontwikkeling van het kind of de jongere. Hierdoor ontstaat bij afsluiting van de crisisinterventie meer zicht op de situatie en op risico's op terugval in de toekomst. De medewerker van BJZ kan de vinger aan de pols houden. Zeker in het kader van veiligheidsbeleid is dit aan te raden. De inschatting van ernst en risico's bij beëindiging kan ook richting geven aan de noodzakelijke hulp. Wanneer BJZ een indicatieaanvraag krijgt en moet onderbouwen, gebruikt de medewerker voor de inschatting van de ernst standaard de QUICKSTEP (Van Yperen e.a., 2006). Bij afsluiting van de crisisinterventie is echter niet altijd geïndiceerde zorg nodig. Om er toch zicht op te krijgen of het om een ernstige probleemsituatie gaat of juist niet, is het aan te bevelen om bij afsluiting standaard een QUICKSTEP in te vullen. Dit betekent ook in situaties waarin geen hulp nodig lijkt of vrij toegankelijke hulp voldoet. Het is een relatief eenvoudig middel, dat de medewerker ondersteunt in de inschatting van de situatie. Mocht het gezin opnieuw in een crisissituatie terechtkomen, dan is het resultaat op de QUICKSTEP een aanknopingspunt voor hulp.

Een extra argument voor risicomanagement tijdens of in het verlengde van de crisisinterventie is het feit dat het om kwetsbare cliënten gaat, die door deels anderen gemotiveerd worden om hulp te vragen of te accepteren. Juist bij hen is het van belang extra aandacht te besteden aan de risico's om terugval te voorkomen.

Bij deze kwetsbare cliënten is er tijdens de crisisinterventie extra aandacht nodig om de motivatie op gang te brengen. Hiervoor heeft de CIT-medewerker extra tijd nodig of de ondersteuning van een andere hulpverlener. Ook in 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 crisishulpverlener 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.

In de praktijk is er weinig ruimte (capaciteit) voor casemanagement. Wanneer de veiligheid van de kinderen bij beëindiging van de crisisinterventie nog steeds in het geding is, moet er wel toezicht blijven. Het gezin uit efficiencyoverwegingen overdragen aan een collega casemanager verdient dan de voorkeur boven niets doen.

6.10 Zorgmijders

De cliënten die door anderen voor hulp aangemeld worden, zijn in verschillende categorieën verdeeld. Twee derde van de cliënten van het CIT weet de weg niet of overkomt de crisis. De kenmerken die uit het onderzoek naar voren komen hebben dus met name betrekking op deze twee groepen. Zorgmijders vormen een veel kleinere groep. Zij zijn interessant, omdat ze het moeilijkste te bewegen zijn om gepaste hulp te vragen en accepteren. Nader onderzoek naar de kenmerken van deze groep kan goede aanknopingspunten geven hoe deze groep gevonden en gemotiveerd kan worden voor passende zorg. De groep cliënten van het CIT Haaglanden bestond voor 16% uit zorgmijders. Deze groep was te klein om een nadere analyse uit te voeren. De verwachting was dat het percentage zorgmijders in Zuid-Holland even groot zou zijn. Analyse van de samengevoegde gegevens zou meer inzicht geven in het profiel van zorgmijders. Het percentage zorgmijders in Zuid-Holland is echter maar 4%. Een analyse van de groep is nog steeds niet verantwoord. Voor onderzoek naar het profiel van zorgmijders zal een andere opzet bedacht moeten worden.

6.11 Ongevraagde zorg

Wanneer derden een crisissituatie melden, krijgen de betreffende jeugdigen en hun ouders hulp die ze zelf niet gevraagd hebben. Deze ongevraagde hulp staat bekend als bemoeizorg. Dit begrip heeft voor de meeste mensen een negatieve betekenis.

Uit onderzoek onder cliënten van CIT Haaglanden blijkt dat ze achter de

melding staan, die anderen voor hen doen. Ze vinden ook dat ze hulp nodig hebben. Ze vragen zelf niet om de hulp, maar vinden het wel prettig, dat ze deze krijgen. Het heeft voor hen een positieve betekenis. Ongevraagde zorg is dan ook in dit opzicht een betere term dan bemoeizorg.

De onderzoekresultaten benadrukken nog een keer het belang van de melding van zorgen door anderen. Zonder de bemoeienis van anderen zouden veel gezinnen immers niet bij de hulpverlening terecht komen of pas na ernstige escalatie van problemen. Binnen Bureau Jeugdzorg krijgt de werkwijze na melding door derden een steeds duidelijker en verder uitgekristalliseerde plaats. Binnen het kwaliteitstraject is een werkproces beschreven, dat aan de normen van de HKZ voldoet. Deze werkwijze zal verder in de organisatie geïmplementeerd moeten worden en geïntegreerd in de samenwerking met andere betrokkenen in de zorgketen. Voor verdere ontwikkeling van de werkwijze bij het CIT kan de methodiek voor Outreachend Handelen, die bij Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland ontwikkeld is, handvatten bieden.

7. 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, 2) de vervolghulp na de crisisinterventie en 3) onderwerpen die nader onderzoek vragen.

7.1 Methodiek Crisisinterventie

7.1.1 Risicotaxatie

De crisisgezinnen zijn grotendeels multiprobleemgezinnen. In veel gezinnen is sprake van mishandeling en/of verwaarlozing van de kinderen. Dit onderstreept de noodzaak om een goede taxatie van de ernst van de problematiek en van de risico's voor het gezonde en veilige opgroeien te verrichten. Dit ligt ook in het verlengde van de maatschappelijke druk vanuit de overheid en de inspectie voor jeugdzorg. Zij sturen heel erg aan op een duidelijk veiligheidsbeleid en eenduidige besluitvorming rondom inschatting van risico's. Een risicotaxatie-instrument kan hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Aanbevolen wordt om nader te onderzoeken welke reeds gebruikte of binnenkort te gebruiken instrumenten binnen BJZ voor het CIT geschikt kunnen zijn.

De STEP (of ^{QUICK}STEP; Van Yperen e.a., 2006) is een algemeen instrument om de ernst van de situatie in te schatten. Gezien de overlap in problematiek van jonge cliënten (0-12 jaar) bij het CIT en die bij het AMK gemeld worden zou hetzelfde risicotaxatie-instrument gebruikt kunnen worden, namelijk de CARE-NL.

De keuzen moeten gebaseerd zijn op het veiligheidsbeleid van BJZ, dat in ontwikkeling is. Dit beleid is gericht op de veiligheid en gezonde ontwikkeling van kinderen en jongeren. Ouders zijn degenen die hiervoor in eerste instantie verantwoordelijk zijn (ouders en kind centraal). De keuze voor ondersteunende middelen kan hierop afgestemd worden. Door gericht te kiezen ontstaat eenheid tussen alle werksoorten.

7.1.2 Melding derden, outreachend handelen

Vooral in Zuid-Holland vragen veel gezinnen in crisis niet zelf om hulp, omdat de crisissituatie hen overkomt. Voor deze gezinnen is het van belang dat anderen aandacht hebben voor hun zorgen. Bij deze groep, zeker de gezinnen die zich passief opstellen in het vragen van hulp, is outreachende hulp noodzakelijk. De hulpverlening na melding door derden bij BJZ krijgt een steeds centraler plek binnen BJZ. De werkwijze krijgt allengs duidelijker vorm. Van groot belang is dat er eenheid in de werkwijze komt. De eenheid in de werkwijze bij het CIT kunnen de crisisinterventiemedewerkers 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 'Outreachend 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.

7.1.3 Nog meer nadruk op terugdringen duur

In Zuid-Holland is met resultaat het aantal langdurige crisisinterventies teruggedrongen. Dat sommige gezinnen in een crisissituatie lang aandacht behoeven is onvermijdelijk. Het percentage crisissituaties dat langer dan zes weken duurt, is in Zuid-Holland ongeveer 40%. Dit betekent dat het einddoel nog niet bereikt is. De duur vraagt nog steeds aandacht.

7.1.4 Aandacht voor afsluiting: voldoende vervolghulp, voorkomen terugval

Bij meer dan de helft van de gezinnen in Zuid-Holland eindigt de hulp na de crisisinterventie. Er is geen vervolghulp. Het aandeel 'oude' zaken geeft aan, dat veel gezinnen opnieuw in een crisissituatie terecht komen. Net zoals bij de aanmelding de risico's voor het gezond opgroeien van de jeugdige getaxeerd moeten worden, zouden bij de afsluiting van de crisisinterventie structureel de veiligheid van de jeugdige en de risico's op een crisis in de toekomst in kaart gebracht moeten worden. Dit moet niet alleen gebeuren als vervolghulp geïndiceerd wordt, maar standaard zou in ieder geval de ernst van de situatie beoordeeld moeten worden. BJZ gebruikt hier standaard de QUICKSTEP voor. In het ideale geval zou de ernst gemeten kunnen worden bij de start en bij beëindiging van de crisisinterventie. De vraag is of dit praktisch haalbaar is. In crisiszaken moet vaak snel gehandeld worden om de ergste crisis te bezweren. Dan is er niet meteen tijd om een volledig beeld van de situatie te krijgen. Begin- en eindmeting kunnen dan zo dicht bij elkaar liggen, dat de vraag is of er een verschil is tussen beide situaties. In een pilot zou uitgezocht kunnen worden of in crisiszaken effectmeting van de ernst van de situatie zin heeft.

7.1.5 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. Uit efficiencyoverwegingen kan ook gekozen worden voor overdracht aan een collega. Voorwaarde is dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd wordt.

7.2 Gedifferentieerde vervolghulp na crisisinterventie

In de regio's Zuid-Holland en Haaglanden komen bij het CIT veel multi-probleemgezinnen. Er zijn wel nuanceverschillen tussen de gezinnen in beide regio's. In Haaglanden zijn meer eerste generatie allochtonen. De

gezinnen lijken een iets actievere, naar buiten gerichte houding te hebben dan in Zuid-Holland. In Zuid-Holland gaat het om relatief veel eenoudergezinnen met psychische, naar binnen gerichte problemen. De hulpverlening moet aandacht besteden aan deze specifieke aspecten per regio. Omdat het om kwetsbare gezinnen gaat, waarbij het risico groot is dat ze zonder aandacht weer uit de hulpverlening verdwijnen, moet er aandacht zijn voor de samenhang en de samenwerking tussen het sociale en professionele netwerk.

Dit betekent voor Zuid-Holland en Haaglanden dat er specifiek aandacht besteed moet worden aan de diversiteit van de cliënten. In Haaglanden is er nog extra aandacht nodig voor de eerste generatie allochtone jeugdigen. In Zuid-Holland zijn die er niet zoveel. De tweede generatie allochtone jeugdigen komen in beide regio's ongeveer evenveel voor.

In Zuid-Holland is extra aandacht nodig voor alleenstaande, overbelaste moeders met psychische problemen. Deze maken een groot deel van de cliënten van het CIT uit. Dit betekent dat niet alleen de kinderen hulp nodig hebben bij hun (gedrags)problemen. Ook de moeders moeten aandacht krijgen. Zij hebben individuele hulp en hulp bij de opvoeding nodig. Deze ondersteuning zorgt voor meer evenwicht in draaglast en draagkracht van de jeugdigen, de ouders en uiteindelijk ook het gezin. Dit voorkomt verdere bedreiging van de ontwikkeling van hun kinderen.

7.3 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:

- De meldingen via de bereikbaarheidsdienst: het is niet helemaal duidelijk welke gezinnen via de bereikbaarheidsdienst bij het CIT komen en welke niet, hoe de doorstroom is en hoe de besluitvorming verloopt.
- Terugval in crisissituatie: een derde van de aanmeldingen betreft

oude zaken van gezinnen die opnieuw in een crisis terecht komen. Het is onduidelijk waarom dit gebeurt. Het is mogelijk dat deze gezinnen in eerste instantie voldoende hulp hebben gehad. De volgende crisis is dan wellicht niet te voorzien. Het is ook mogelijk dat er om welke reden dan ook geen vervolghulp geïndiceerd of verleend is, terwijl dit toch nodig was. Behalve dat structureel gekeken moet worden naar de ernst van de situatie bij afsluiting, is ook een inventarisatie nodig van factoren die met terugval te maken kunnen hebben. Door de redenen voor terugval te onderzoeken kan meer zicht ontstaan op de noodzaak van risicotaxatie bij afsluiting en mogelijke toekomstige risicofactoren. Dit kan aanwijzingen geven voor het passende hulpverleningstraject.

- Opvoedingsstijl: de opvoedingsstijl heeft invloed op het ontstaan van specifieke problemen. Uit een promotieonderzoek van Hoeve (2008) blijkt dat verschillende opvoedingsstijlen bij jongens en meisjes samenhangen met delinquent gedrag. Nader onderzoek moet uitwijzen of dit ook geldt voor (andere) problemen die tot een crisis leiden. Mogelijk zijn de opvoedingsstijlen voor verschillende etnische groeperingen verschillend en kunnen deze opvoedingsstijlen invloed hebben op het ontstaan van specifieke problemen.
- 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. De hoeveelheid gegevens van de dossieronderzoeken bij het CIT van beide Bureaus Jeugdzorg is onvoldoende voor een verantwoorde analyse. De groep is niet groot genoeg. Om zicht te krijgen op de kenmerken van zorgmijders is een ander onderzoek nodig. Een optie is om een onderzoek op te zetten in samenwerking met instellingen die zich bezighouden met de zorg aan zorgmijdende volwassenen, zoals het Mobiel Team van de GGZ volwassenenzorg.
- Effectmeting crisisinterventie: gezien de korte termijn van de crisisinterventie is de vraag of het mogelijk en zinvol is om bij start en

einde van de crisisinterventie de ernst van de situatie te meten. Dit zou in een pilot onderzoek kunnen worden.

- Effect crisisinterventie op (middel)lange termijn: onduidelijk is welk effect de crisisinterventie op de ontwikkeling van de jeugdige heeft op de langere termijn. Door gezinnen na de crisisinterventie te volgen en één keer of vaker een follow-up onderzoek uit te voeren bij de betreffende gezinnen, ontstaat een beeld van de ontwikkeling van de jeugdige en de invloed van de crisisinterventie op lange termijn.

Geraadpleegde bronnen

Berben, E., (2007). *Evaluatie van het project 'Outreaching 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.

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.

Dijkman, T., & Terpstra, J. (1992). *Besluitvorming in de jeugdhulpverlening bij plaatsing in residentiële voorzieningen. Een onderzoek in het spanningsveld tussen substitutie en hulp op maat*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen van de Stichting Katholieke Universiteit Nijmegen

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

Graaf, M. de (2005). *Clïëntrouting bemoeizorg / gezinscoaching. Taken, verantwoordelijkheden en overdrachtmomenten*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Hoeve, M. (2008). *Parenting and juvenile delinquency*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *Handreiking Bemoeizorg: Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Jong, Y. de, Lier, W. van, & Morée, M. (2004). *Zorg in kleuren. Ondersteuning van zorg in allochtone families*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) / Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ).

Kinderen in tel. Databoek 2008 (2008). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Reeuwijk, P.M.C., & Berben, E.G.M.J. (1998). *Vrijwillige Pleegzorg. Een kwantitatieve analyse*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

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*. Den Haag: Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland.

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

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

Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland (2007b). *Ongevraagde hulp in crisissituaties. Kenmerken en ervaringen van cliënten van het CIT Haaglanden*.

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

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

Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety. A solution and safety oriented approach to child protection*. New York/London: Norton & Company.

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.

Yperen, T. van, Berg, G. van den, Eijgenraam, K., & Graaf, M. de (2006). ^(QUICK)STEP. *Standaard Taxatie Ernst Problematiek*. Handleiding. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

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
Art Direction: Fred Juist Concepts
Druk: Liebeek

Actieve hulp in crisissituaties

Kenmerken van cliënten van het Crisis Interventie Team
van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland en Haaglanden

© 2008, 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.