

advies
aan b&w

Sector	: Inwoners	Openbaar: <input checked="" type="checkbox"/>
Afdeling	: Onderwijs, Cultuur, Sport en Welzijn	Niet openbaar: <input type="checkbox"/>
Zaaknummer(s) ingekomen stuk(ken)	:	Kabinet: <input type="checkbox"/>
Behandelend medewerk(st)er	: Gonnie Poell Tel.: (0495) 57 54 91 en: Barry Hofland	
Portefuillehouder(s)	: P.P.H. Sterk	Nummer B&W-advies: BW-008618

ONDERWERP

Samenwerkingsafspraken hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen in Noord- en Midden-Limburg

ADVIES

Besluiten tot het vaststellen van het convenant "Samenwerkingsafspraken hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen in regio Noord- en Midden-Limburg", conform bijgevoegd concept

TOELICHTINGRelatie met vorig voorstel:

Collegebesluit 25 februari 2014, BW-007003: overeenkomst tussen Bureau Jeugdzorg Limburg (BJZ) en de gemeenten in Midden-Limburg, waarin afspraken zijn vastgelegd over de functies van BJZ voor het jaar 2015.

Collegebesluit 28 oktober 2014, BW-007733: besluitvorming werving jeugdhulp Midden-Limburg 2015.

Algemeen:

Vanaf 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het aanbod en de beschikbaarheid van crisisinterventie en crisiszorg voor jeugdigen. Deze verantwoordelijkheid is opgenomen in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b van de Jeugdwet.

Een crisis is een acute ernstige verstoring van het alledaagse functioneren van de jeugdige of het gezin. Jeugdigen of ouders/verzorgers kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met een acute psychiatrische crisis, een suïciderisico of ernstige kindermishandeling.

Weert, 6 juli 2015 De directeur,		S		B	W	W	W	W
					HL	FvE	PS	GG
		akkoord						
		bespreken						
Behandeling uiterlijk in college van 14 juli 2015								

In te vullen door het B&W secretariaat:

- Akkoord
 Akkoord met tekstuele aanpassing door portefeuillehouder
 Anders, nl.:

- Niet akkoord
 Gewijzigde versie

- A-stuk
 B-stuk
 C-stuk

Beslissing d.d.:

Akkoord met advies Nummer: 26

14 JULI 2015

De secretaris,

Totaal aantal pagina's: 3
Pagina 1

Door de ontregeling die dan plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort en is direct crisisinterventie en crisiszorg nodig. Onder crisisinterventie wordt verstaan het inschatten van de ernst van de crisis en het nemen van maatregelen om de crisis te stabiliseren. Crisiszorg is de ingezette hulp na de crisisinterventie en kan bijvoorbeeld bestaan uit ambulante crisishulp, crisispleegzorg of residentiële crisiszorg.

Jeugdhulp in crisissituaties moet altijd bereikbaar en beschikbaar zijn. Dit zijn situaties waarbij per direct jeugdhulp moet worden geboden aan de jeugdige (binnen en buiten kantooruren). Om dit te realiseren moet de gemeente geregeld hebben dat te allen tijde (24/7) iemand bereikbaar is die crisisinterventie kan bieden en de jeugdige op een snelle en deskundige manier kan verwijzen naar de juiste hulp. Daarnaast moet de benodigde hulp ook direct geleverd worden.

Argumenten:

Om invulling te geven aan de gemeentelijke verantwoordelijkheid hebben gemeenten van Noord- en Midden-Limburg en aanbieders van jeugdhulp overleg gevoerd en afspraken gemaakt over de uitvoering van crisisinterventie en crisiszorg. Gelet op het collegebesluit van 25 februari 2014 (BW-007003) waarin afspraken zijn vastgelegd over de functies van BJJ voor het jaar 2015, waaronder de financiering van spoedeisende hulp (crisis) en uw collegebesluit van 28 oktober 2014 (BW-007733) met betrekking tot de werving van jeugdhulp in 2015, zijn de volgende jeugdhulpinstellingen hierbij betrokken: Bureau Jeugdzorg Limburg, Daelzicht, Gastenhof, Koraal Groep, MetGGZ, Mutsaersstichting, Rubicon Jeugdzorg en Vincent van Gogh.

De op hoofdlijnen gemaakte afspraken zijn vastgelegd in het bijgevoegde concept convenant "Samenwerkingsafspraken hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen in regio Noord- en Midden-Limburg". De gemeenten in Noord- en Midden-Limburg kiezen ervoor de crisisinterventie en crisiszorg voor jeugdigen in 2015 voort te zetten op de wijze waarop dit ook in 2014 was georganiseerd.

Crisisinterventie en crisiszorg aan een jeugdige die al zorg of ondersteuning ontvangt maakt geen onderdeel uit van de samenwerkingsafspraken, maar valt binnen de regulier ingekochte hulp.

De gemeenten en de instellingen borgen met de samenwerkingsafspraken de continuïteit van de hulpverlening in crisissituaties in 2015. Uitgangspunt hierbij is dat wettelijke taken en verantwoordelijkheden door de samenwerkingsafspraken niet worden beïnvloed. Het uitgangspunt blijft: "Geen kind op straat". Dat geldt ook voor reeds bestaande convenanten en afspraken op dit terrein.

Kantttekeningen:

De samenwerkingsafspraken gelden in eerste instantie voor het jaar 2015. In 2015 wordt gezamenlijk met alle instellingen gekeken of en hoe hulpverlening in crisissituaties beter georganiseerd kan worden.

JURIDISCHE GEVOLGEN (o.a. FATALE TERMIJNEN/HANDHAVING)

Door samenwerkingsafspraken met jeugdhulpinstellingen te maken regelt de gemeente dat bij crisissituaties de noodzakelijke jeugdhulp ingezet kan worden.

FINANCIËLE EN PERSONELE GEVOLGEN

De financiering is onderdeel geweest van de inkoop jeugdhulp 2015, waardoor de financiële consequenties in eerdere voorstellen al zijn opgenomen.

De gemeenten in de jeugdregio's Noord- en Midden-Limburg hebben apart bekostigingsafspraken gemaakt met de aanbieders van crisiszorg.

De aanpak en financiering van de crisishulp voor jeugdigen is verdeeld in drie regio's met een eigen financieringssysteem. De afspraken over crisiszorg en de beschikbaarheid van voldoende capaciteit hadden tot 2015 betrekking op de hele provincie Limburg. Nu hebben aanbieders te maken met de regio's Zuid-, Midden- en Noord-Limburg. In Noord-Limburg is de crisiszorg buiten de aanbesteding gehouden. In Midden-Limburg is crisishulp meegenomen in de regionale aanbesteding en inkoop/subsidiëring. In Zuid-Limburg is de crisishulp ingekocht. Dit betekent dat alleen Midden-Limburg subsidieert op basis van vooraf afgesproken capaciteit.

COMMUNICATIE/PARTICIPATIE

Voor wie is dit advies van belang?:

- ❖ Convenantpartijen (gemeenten en jeugdhulpinstellingen)
- ❖ Andere aanbieders en uitvoerders van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering

Geadviseerd wordt de volgende communicatie-instrumenten te gebruiken:

- ❖ Brief

Geadviseerd wordt de volgende participatie-instrumenten te gebruiken:

- ❖ Niet van toepassing

OVERLEG GEVOERD MET

Intern:

- Een regionale werkgroep van gemeenten en betrokken instellingen heeft dit voorstel en de samenwerkingsafspraken voorbereid
- Frank van Beeck, beleidsadviseur/coördinator beleid afdeling OCSW

Extern:

Instellingen jeugdhulp

BIJLAGEN

Openbaar:

Concept convenant "Samenwerkingsafspraken hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen in regio Noord- en Midden-Limburg"

Niet-openbaar:

Niet van toepassing

Samenwerkingsafspraken hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen in regio Noord- en Midden-Limburg



1. Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor een groot aantal nieuwe taken op het gebied van jeugdhulp die nu nog onder de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid of provincie vallen. Gemeenten zijn op basis van de Jeugdwet verantwoordelijk voor het bieden van de noodzakelijke jeugdhulp voor hun jeugdigen. In elke gemeente kunnen situaties voorkomen waarin jeugdigen of ouders/verzorgers te maken krijgen met onder andere een acute psychiatrische crisis, een suïciderisico of ernstige kindermishandeling. In acute situaties, waar onmiddellijke actie nodig is, is de gemeente er verantwoordelijk voor dat de jeugdhulp altijd (24/7) direct bereikbaar en beschikbaar is. Deze verantwoordelijkheid is geborgd in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b van de Jeugdwet. Hulpverleners spelen een cruciale rol in het geval van een crisis. Het is dus van essentieel belang dat gemeenten aan hun verantwoordelijkheid kunnen voldoen. Hiervoor is het noodzakelijk in regionaal verband afspraken met de betrokken instellingen te maken.

De gemeenten in Noord- en Midden-Limburg kiezen ervoor de toeleiding en hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen in 2015 voort te zetten, op de wijze waarop dit ook in 2014 is georganiseerd. Een uitzondering hierop is het MFCG. Deze speelt geen rol meer in de toegang tot crisiszorg voor jeugdigen. De samenwerkingsafspraken zijn op hoofdlijnen en gelden in eerste instantie voor het jaar 2015. In 2015 wordt gezamenlijk met alle instellingen gekeken of en hoe hulpverlening in crisissituaties beter georganiseerd kan worden.

Deze samenwerkingsafspraken gelden voor alle instellingen van de verschillende sectoren, en zijn gemaakt met de volgende gemeenten en instellingen:

- De gemeenten van Noord- en Midden-Limburg, namelijk de gemeenten Bergen, Gennep, Horst aan de Maas, Venray, Venlo, Beesel, Peel en Maas, Leudal, Weert, Nederweert, Roermond, Maasgouw, Echt-Susteren en Roerdalen (hierna te noemen: de gemeenten);
- De instellingen die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de invulling van toeleiding en hulpverlening in crisissituaties: Bureau Jeugdzorg, Daelzicht, Koraaigroep, MetGGZ, Mutsaersstichting, Rubicon Jeugdzorg, Vincent van Gogh (hierna te noemen: de instellingen).

1.1 Gezamenlijke doelstelling

Met deze samenwerkingsafspraken beogen de gemeenten en instellingen de continuïteit van de huidige hulpverlening in crisissituaties voor jeugdigen per 1 januari 2015 te waarborgen. Uitgangspunt is dat wettelijke taken en verantwoordelijkheden door deze samenwerkingsafspraken niet worden beïnvloed (met uitzondering van de financiering, die vanaf 2015 via gemeenten verloopt. Hiervoor loopt een apart traject). Het uitgangspunt "geen kind op straat" blijft gehandhaafd, dit geldt ook voor reeds bestaande convenanten en afspraken zoals

- Afspraken rondom ketenzorg suïcidepreventie;
- Afspraken rondom vervoer verwarde personen;
- Protocol crisiszorg aanbieders;
- Crisis DBC-beschrijving.

1.2 Definities

Gemeenten zijn per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de hulpverlening in crisissituaties. We verstaan hieronder zowel de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties (crisisinterventie) als de verlening van jeugdhulp in crisissituaties (crisiszorg). Hierover maken we samenwerkingsafspraken. Aan goede samenwerkingsafspraken liggen goede definities ten grondslag. Hieronder benoemen we deze definities.

Crisis

Een crisis is een acute ernstige verstoring van het alledaagse functioneren van het kind of het gezin. Door de ontregeling die plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort. Bij een crisis kan het gaan om problemen tussen ouders en kinderen die van grote impact zijn op het kind, zoals huiselijk geweld, kindermishandeling, verwaarlozing of ernstige conflicten met adolescenten. Het kan ook gaan om problemen tussen ouders onderling of tussen ouders en andere volwassenen. Het kan zijn dat de nadruk ligt op individuele problematiek van een ouder of een kind, bijvoorbeeld het wegvallen van ouders door onder andere detentie, overlijden of opname in psychiatrie, waar aandacht moet zijn voor de gevolgen voor gezin en familie.

Crisisinterventie

Onder crisisinterventie verstaan we het inschatten van de ernst van de crisis en het nemen van maatregelen om de crisis te stabiliseren. De crisisdienst is de dienst die crisisinterventie ten behoeve van kinderen en gezinnen uitvoert en kinderen en gezinnen indien nodig verwijst naar de juiste jeugdhulp. De crisisdienst is te allen tijde (24/7) bereikbaar en beschikbaar.

Crisiszorg

Crisiszorg is de ingezette hulp na de crisisinterventie en kan bestaan uit ambulante crisishulp, crisisleegzorg of residentiële crisiszorg. We spreken van een crisiszorg voor de duur van 6 weken die indien noodzakelijk eenmalig verlengd kan worden met 6 weken.

1.3 Reikwijdte van de samenwerkingsafspraken

Onder de samenwerkingsafspraken vallen:

- Jeugdigen van 0 tot 18 jaar;
- De inrichting van de Spoedeisende Hulp van Bureau jeugdzorg (SEH-BJZ) waarmee 24-uurs bereikbaarheid, triage en de eerste interventie geregeld is;
- De toegang tot de crisiszorg J-GGZ;
- Crisis van een jeugdige die nog geen zorg/ondersteuning ontvangt (of zorg ontvangt bij een instelling zonder mogelijkheden voor crisisopvang): een jeugdige ontvangt op het moment van melding nog geen zorg of staat op de wachtlijst en er ontstaat een crisissituatie, waarbij met spoed hulp nodig is. Deze vorm van crisis valt binnen deze samenwerkingsafspraken en we verstaan hieronder zowel de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties als de verlening van jeugdhulp in crisissituaties.

Geen onderdeel van de samenwerkingsafspraken:

- Crisis van een jeugdige die al zorg/ondersteuning ontvangt: een jeugdige zit in een residentiële instelling of ontvangt ambulante hulp en er ontstaat een crisissituatie, waarbij met spoed andere of meer hulp nodig is. In deze situatie is de al betrokken instelling verantwoordelijk voor de zorg van deze jeugdige en moet die instelling met spoed zorgen voor passende hulp. Deze vorm van crisis valt **niet** binnen deze samenwerkingsafspraken, maar valt binnen de regulier ingekochte hulp.

- De toegewezen jeugdhulp na de crisisperiode van maximaal 6 weken met een eenmalige verlenging.

Woonplaatsbeginsel in crisissituaties

Op basis van de Jeugdwet geldt het woonplaatsbeginsel (artikel 1.1 eerste lid). In urgente situaties spreken we af dat eerst de noodzakelijke zorg moeten worden verleend, bijvoorbeeld via een crisisdienst. Pas daarna wordt onderzocht welke gemeente (op basis van het woonplaatsbeginsel) financieel verantwoordelijk is.

2. Uitgangspunten

Voor de samenwerking tussen gemeenten en instellingen geldt een aantal algemene uitgangspunten.

- Gemeenten, het team SEH-BJZ en instellingen werken voortvarend samen en stemmen af om ervoor te zorgen dat alle jeugdigen in crisissituaties die acute zorg nodig hebben, deze ook ontvangen. De betrokken partijen dragen zorg voor een doorlopend traject.
- Er wordt zoveel mogelijk ambulante hulp en zo min mogelijk residentiele hulp ingezet. Voor jeugdigen in onveilige situaties wordt, nadat is geprobeerd de situatie veilig te maken, verblijf geregeld. Dit verblijf wordt altijd in combinatie met ambulante hulp ingezet. Versterking van de eigen kracht van kinderen, jongeren, gezinnen en hun sociale netwerk staat hierbij voorop.

3. Procesafspraken

Hieronder geven we het proces van toeleiding naar en het proces van verlening van jeugdhulp in crisissituaties weer.

3.1 Toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties: crisisinterventie

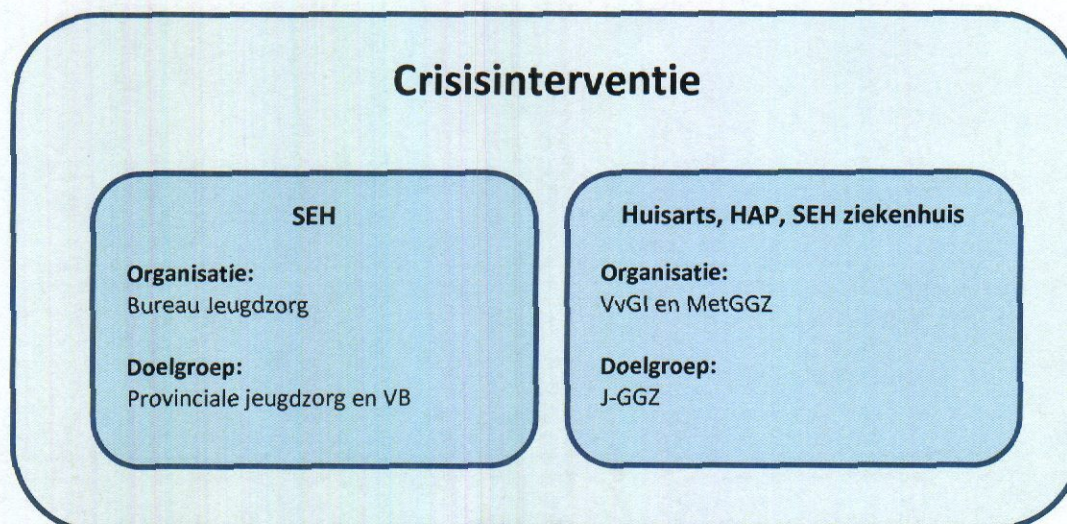
Het team SEH-BJZ verzorgt de crisisdienst voor de hele provincie Limburg. De taken van de crisisdienst zijn:

1. 24/7 (telefonisch) bereikbaar en beschikbaar zijn;
 - Op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur: 088-0072950
 - Buiten deze uren: 077-354888
2. Inschatten van de ernst van de crisis (triage);
3. Stabiliseren van de crisis;
4. Waarborgen van de veiligheid;
5. Inzetten van vervolghulpverlening

Professionals en burgers kunnen in crisissituaties de crisisdienst inschakelen. De medewerker van de crisisdienst dan twee taken vervullen: adviseren of ingrijpen. De medewerker kan de melder adviseren over de beste manier van omgaan met de situatie. Mogelijk is een gesprek voldoende om de melder te helpen de juiste weg te bewandelen of de situatie te stabiliseren. Het overleg kan er ook toe leiden dat de medewerker besluit tot ingrijpen, om de veiligheid te waarborgen. De medewerker beoordeelt naar aanleiding van een melding de ernst van de situatie en kan besluiten dat hij ter plaatse gaat. De medewerker beoordeelt welke actie genomen moet worden.

De crisisdienst voorziet in de toegang tot zorgaanbieders Rubicon, Xonar en de Mutsaersstichting en in de toegang tot de VB-sector. Daarnaast heeft de dienst ook lijnen met de psychiatrie (VvGI/ MetGGZ). Een uitzondering hierop vormt de GGZ IBS. Als er sprake is van psychiatrie in engere zin én de veiligheid van het kind in het geding is, dan vindt de crisisaanmelding – via de huisartsenpost – bij de crisisdienst GGZ jeugd (VvGI/MetGGZ/ Mutsaersstichting) plaats. Het betreft hier dan GGZ IBS.

Als de aanmelding niet aan beide voorwaarden voldoet, wordt de aanmelder naar de SEH-BJZ verwezen. De SEH-BJZ en zorgaanbieders vallen onder 'Acute Zorg Limburg'.



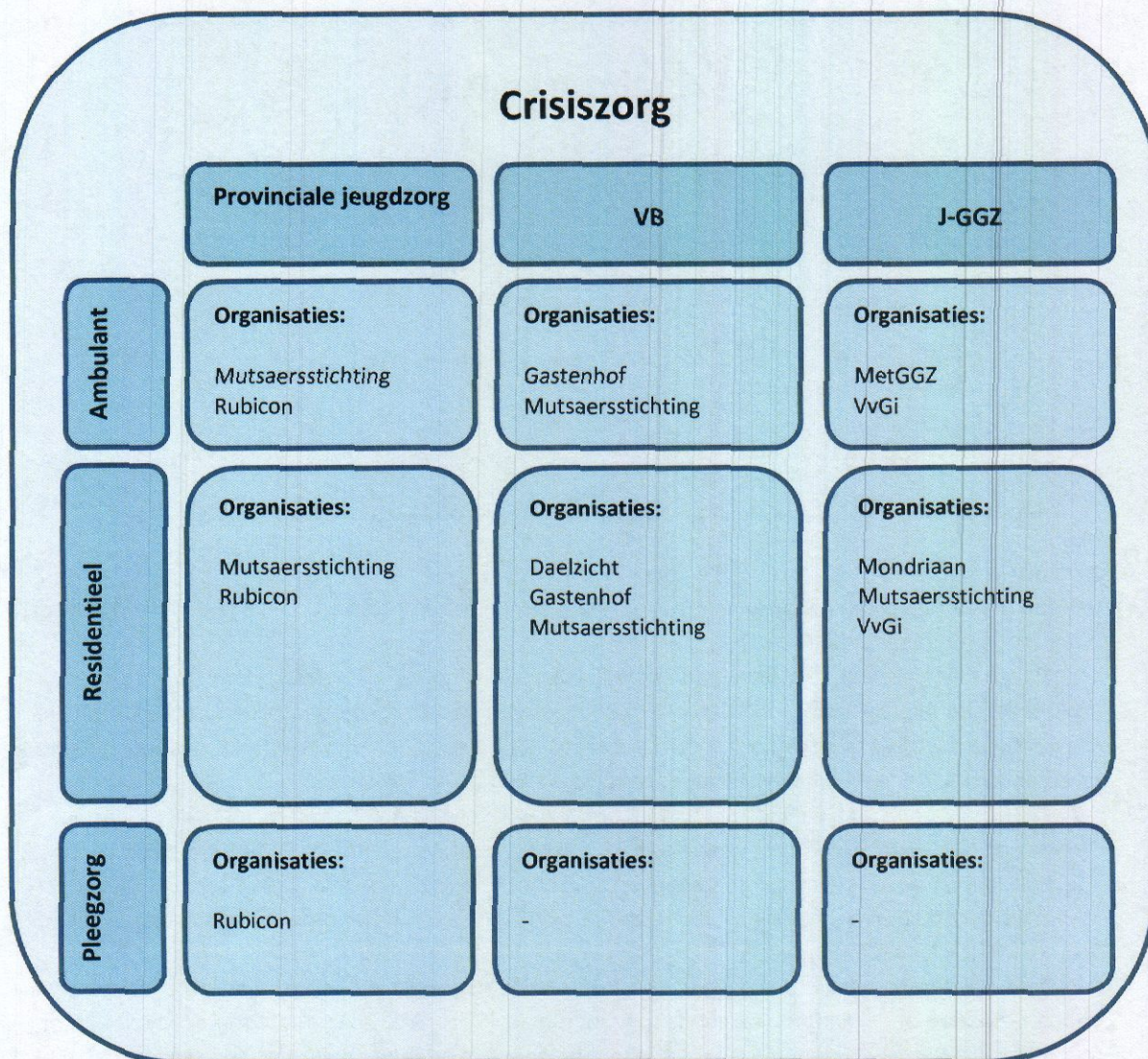
Afspraken:

- In iedere gemeentelijke toegang is er een aanspreekpunt voor crisiszorg. Deze is verantwoordelijk voor triage en gegevensuitwisseling.
- Aan inzet van crisiszorg ligt een gemeentelijke beschikking ten grondslag. Om tijdig passende hulp te kunnen leveren, geeft de gemeente bij inzet van crisiszorg de beschikking achteraf af. De beschikking wordt afgegeven voor de duur van 4 tot maximaal 6 weken. Na overleg met de gemeentelijke toegang is het mogelijk deze termijn eenmaal te verlengen.
- Voor GGZ in bewaring stelling geldt een periode van maximaal 3 weken met een eenmalige verlenging van deze termijn. De eerste termijn gaat in nadat de rechter de IBS bekrachtigd heeft.
- De crisisdienst voert de crisisinterventie uit, registreert en zet de casus (per e-mail) door naar ofwel de gecertificeerde instelling (als er een jeugdbeschermer in het gezin aanwezig is) ofwel de gemeentelijke lokale toegang.
- Crisismedewerkers moeten inzicht hebben in de hulpverleningshistorie van het gezin en moeten letten op goede aansluiting op de reeds ingezette hulp. SEH heeft toegang tot de dossiers van de gecertificeerde instellingen. Daarnaast is een goede verbinding met professionals van de gemeentelijke toegang van groot belang. Ook is het belangrijk dat vanuit de crisisdienst een goede terugkoppeling plaatsvindt richting de betrokken professionals in het gezin.
- Het aanspreekpunt van de gemeentelijke toegang is binnen kantooruren bereikbaar voor gegevensuitwisseling. Indien er een crisis plaatsvindt buiten kantooruren dan neemt de crisisdienst de volgende werkdag contact op met de contactpersoon crisis binnen de gemeentelijk toegang.
- De gemeentelijke toegang heeft beschikking over de contactgegevens van SEH-BJZ en protocol crisiszorg GGZ.

3.2 Verlening van jeugdhulp in crisissituaties: crisiszorg

De medewerker crisisdienst probeert de situatie te de-escaleren zodat de jeugdige en de gezinsleden voldoende veilig zijn en draagkracht hebben om samen verder te kunnen. Het komt (regelmatig) voor dat aanvullende hulpverlening noodzakelijk is en deze niet kan wachten. De medewerker crisisdienst beoordeelt de situatie en kan dan crisiszorg inzetten. Crisiszorg kan worden geboden via ambulante

crisiszorg of via een crisisplaatsing binnen het eigen netwerk, in de crisispleegzorg of residentiële crisisopvang.



Afspraken:

- Tijdens de crisisplaatsing is de medewerker van de zorginstelling - in nauwe samenwerking met de contactpersoon crisis van de lokale toegang (en evt. gezinsvoogd) - het aanspreekpunt voor het gezin. Samen zijn zij verantwoordelijk voor het opstellen en het uitvoeren van het gezinsplan. Na de hierboven genoemde termijn kan de hulpverlening in crisissituaties doorgezet worden naar de "reguliere" jeugdhulp. Gedurende de crisis hulpverlening heeft de hulpverleningsinstantie nauw contact met de lokale toegang, om de doorgeleiding naar deze hulp te organiseren. Vanaf dat moment is de medewerker van de lokale toegang of jeugdbeschermer het eerste aanspreekpunt voor het gezin.

4. Financieringsafspraken

Financieringsafspraken vallen buiten deze samenwerkingsafspraken en maken Noord- en Midden-Limburg apart met de instellingen. Uitgangspunt blijft onder andere "Geen kind op straat". Indien een crisissituatie zich voordoet zal altijd passende hulp ingezet moeten worden.

5. Afspraken over kwaliteit, verantwoording, monitoring en toezicht

Kwaliteit, verantwoording en monitoring

Voor het uitvoeringsjaar 2015 sluiten we aan bij de bestaande kwaliteitssystemen en resultaatmetingen voor zorg en ondersteuning met in achtname van de wettelijke eisen zoals opgenomen in de Jeugdwet. Aansluiten bij de huidige kwaliteitssystemen houdt in dat zorgaanbieders laten zien dat zij een lerende organisatie zijn, aan systematische kwaliteitsbewaking doen, intern kwaliteitsonderzoek uitvoeren en voortdurend kwaliteitsverbetering in het oog hebben. Het streven is om 2015 te gebruiken voor de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitssystemen en een compacte set van indicatoren voor het monitoren van en sturen op de kwaliteit van zorg en ondersteuning en dit in 2016 te implementeren.

Toezicht en inspectie

De rijksinspectie verricht onderzoek naar de kwaliteit in algemene zin en houdt toezicht op de naleving van de wet. De inspectie voert beide taken uit door enerzijds geprogrammeerd toezicht (risico gebaseerd toezicht en thematisch toezicht) en anderzijds niet geprogrammeerd toezicht (naar aanleiding van meldingen van calamiteiten en geweld).

Instellingen zijn op grond van de Jeugdwet gehouden om volgens de richtlijnen van de inspectie melding te doen bij de inspectie van iedere calamiteit of geweld bij verlening van jeugdhulp, uitvoering van een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering.

6. Afspraken over uitwisseling van beleidsinformatie

Gemeenten en instellingen spreken het volgende af over het uitwisselen van beleidsinformatie en het benutten van elkaars deskundigheid bij het vormgeven van hulpverlening in crisissituaties:

- De gemeenten en de instellingen overleggen in 2015 4 keer op beleidsniveau over de samenwerking. Ze evalueren daarna samen de gemaakte afspraken en stellen deze bij indien nodig. De gemeenten worden vertegenwoordigd door de regio's Noord- en Midden-Limburg.
- Buiten deze beleidsoverleggen, kunnen stafmedewerkers en andere medewerkers elkaar (telefonisch of anderszins) consulteren.
- De instellingen stellen aan de gemeenten op geaggregeerd niveau gegevens beschikbaar over de ontwikkelingen rond de inzet van crisiszorg.

7. Afspraken over doorontwikkeling hulpverlening in crisissituaties in 2015

Voor 2015 staat de continuïteit van de huidige zorg centraal. Tegelijkertijd gaan we transformeren. Dit doen we door gezamenlijk (gemeenten en instellingen) de ontwikkelpunten in kaart te brengen. Twee thema's staan hieronder al benoemd.

Daarnaast ontwikkelen we een visie met daarin diverse uitgangspunten ten aanzien van de doelgroep, het niveau van inrichting, het niveau van regionale samenwerking, definiëring van crisis en de uitvoeringsrol van gemeenten. Dit vormt samen de basis voor de transformatie van hulpverlening in crisissituaties.

Uitstroom en nazorg

Crisisdiensten proberen (langdurende) uithuisplaatsingen van jeugdigen te voorkomen. Dit lukt echter niet altijd. Een jeugdige wordt dan geplaatst in een voorziening voor crisiszorg met de maximale duur van vier tot zes weken. Hierbij is een eenmalige verlenging van deze periode mogelijk. In de huidige situatie kampen de crisisdiensten geregeld met uitstroomproblematiek op het moment dat een jeugdige uit de crisiszorg overgaat naar reguliere zorg. Sturing op uitstroom van crisisplaatsen naar reguliere hulp is een belangrijk aandachtspunt. Enerzijds om ervoor te zorgen dat de jeugdigen en gezinnen passende zorg ontvangen na de crisis. Anderzijds om te voorkomen dat crisiszorg onnodig lang wordt ingezet, waardoor zij mogelijk plekken bezet houden voor andere jeugdigen en gezinnen.

Zorg voor 18 tot 23-jarigen

De Jeugdwet betreft jeugdigen tot 18 jaar, wat betekent dat gemeenten tot deze leeftijd verantwoordelijk zijn voor deze doelgroep. Na de 18^e verjaardag vallen zij onder de Wet maatschappelijke ontwikkeling (Wmo), zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg. Toch gebeurt het in de praktijk dat jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar tussen wal en schip vallen. Dit thema vormt één van de ontwikkelpunten, waarop gezamenlijk een visie en aanpak gemaakt wordt.

Samenwerking zorginstellingen

Zorginstellingen nemen initiatief op samenwerking rondom onder andere hulpverlening in crisissituaties. Rubicon is daarin de kartrekker. Gemeenten onderschrijven het belang van deze samenwerking.

Afkortingenlijst

24/7	24 uur per dag, 7 dagen per week
BJZ	Bureau Jeugdzorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
IBS	In Bewaring Stelling
J-GGZ	Geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen
MFCG	Multifunctioneel Centrum voor mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische- of Gedragsproblemen
SEH	Spoedeisende hulp
SEH-BJZ	Spoedeisende hulp van Bureau Jeugdzorg
VB	Verstandelijk beperkten
VvGi	Vincent van Gogh

Deze samenwerkingsafspraken gelden voor:

Gemeente Beesel

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Bergen

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Echt-Susteren

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Gennep

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Horst aan de Maas

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Leudal

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Maasgouw

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Nederweert

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Peel en Maas

namens het college van Burgemeester en wethouders,
naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Roerdalen

namens het college van Burgemeester en wethouders,

naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Roermond

namens het college van Burgemeester en wethouders,

naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Venlo

namens het college van Burgemeester en wethouders,

naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Venray

namens het college van Burgemeester en wethouders,

naam:

.....

Handtekening:

.....

Gemeente Weert

namens het college van Burgemeester en wethouders,

naam:

.....

Handtekening:

.....

Bureau Jeugdzorg Limburg

namens het bestuur,

Naam:

.....

Handtekening:

.....

Daelzicht

namens het bestuur,

Naam:

.....

Handtekening:

.....

Gastenhof

namens het bestuur,

Naam:

.....

Handtekening:

.....

Koraalgroep

namens het bestuur,

Naam:

.....

Handtekening:

.....

Met GGZ

namens het bestuur,

Naam:

.....

Handtekening:

.....

Mutsaersstichting
namens het bestuur,
Naam:

.....

Handtekening:

.....

Rubicon Jeugdzorg
namens het bestuur,
Naam:

.....

Handtekening:

.....

Vincent van Gogh instituut
namens het bestuur,
Naam:

.....

Handtekening:

.....

Bijlagen

1. Convenant suïcidepreventie Noord-Limburg
2. Convenant suïcidepreventie Midden-Limburg
3. Convenant politie – GGZ 2012 (landelijk)
4. Convenant overdracht verwarde personen Noord- en Midden-Limburg (Conceptstatus, wordt later bijgevoegd)
5. Zorgpad Intensieve spoedHulp Thuis (Conceptstatus, wordt later bijgevoegd)
6. Factsheet Crisiszorg vanaf 2013

CONVENANT



KETENZORG
SUÏCIDEPREVENTIE
NOORD-LIMBURG

Ondergetekenden:

- Bureau Jeugdzorg, vertegenwoordigd door dhr. W. Dorrestijn, teamleider spoedeisende hulp BJZ
- Buro van Roosmalen, vertegenwoordigd door dhr. R. van Roosmalen, directeur
- Cohesie, vertegenwoordigd door dhr. P. van Wijk, Raad van Bestuur
- Mutsaersstichting, vertegenwoordigd door mw. I. Vogels, teamcoördinator zorginnovatie
- RiaggZuid, vertegenwoordigd door dhr. M. Hintzen, manager afdelingen Kinderen & Jeugd
- SEH VieCuri, vertegenwoordigd door dhr. H. Hendrix, clustermanager
- Vincent van Gogh, vertegenwoordigd door dhr. F. van de Vranden, bestuursteam

Overwogen dat:

- zij allen de uitgangspunten en werkwijze inzake ketenzorg bij suicidaliteit zoals gedefinieerd in het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit (Trimbosinstituut, 2010) van het Trimbos-instituut onderschrijven;
- zij allen deel uitmaken van de ketenzorg suïcidepreventie in Noord-Limburg;
- zij heldere ketenafspraken met betrekking tot suïcidepreventie beschouwen als een kritische succesfactor voor het functioneren van de keten.

En spreken af dat:

- zij de in de bijlage vastgelegde en vanuit gezamenlijk overleg tot stand gekomen ketenafspraken onderschrijven;
- zij erop toe zullen zien dat deze ketenafspraken binnen de eigen organisatie worden ingevoerd en nageleefd;
- waarbij voor Cohesie geldt dat zij de afspraken zal communiceren met de bij haar aangesloten huisartsen in Noord-Limburg, met het advies om deze na te leven;
- zij de gemaakte ketenafspraken zes maanden na vaststelling zullen evalueren en vervolgens twee maal per jaar, dan wel wanneer een der ondergetekenden dat noodzakelijk acht.

De ketenafspraken als vastgelegd in de bijlage maken onlosmakelijk deel uit van dit convenant.

Aldus overeengekomen te Venlo op 2 oktober 2013

Dhr. W. Dorrestijn
Teamleider spoedeisende hulp Bureau Jeugdzorg

Dhr. K. van Roosmalen
Directeur Buro van Roosmalen

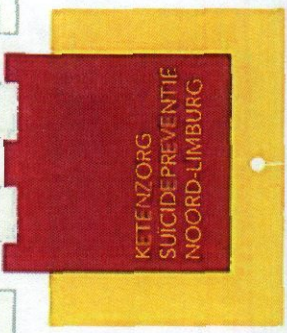
Dhr. P. van Wijk
Raad van Bestuur Cohesie

Mw. I. Vogels
Teamcoördinator zorginnovatie Mutsaersstichting

Dhr. M. Hintzen
Manager afdelingen Kinderen & Jeugd RiaggZuid

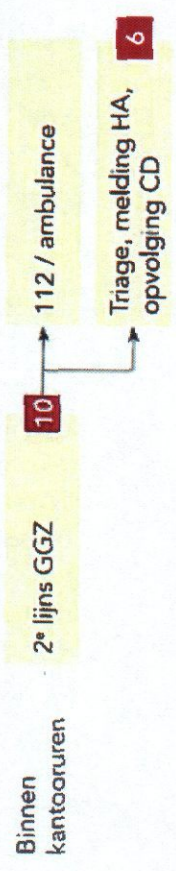
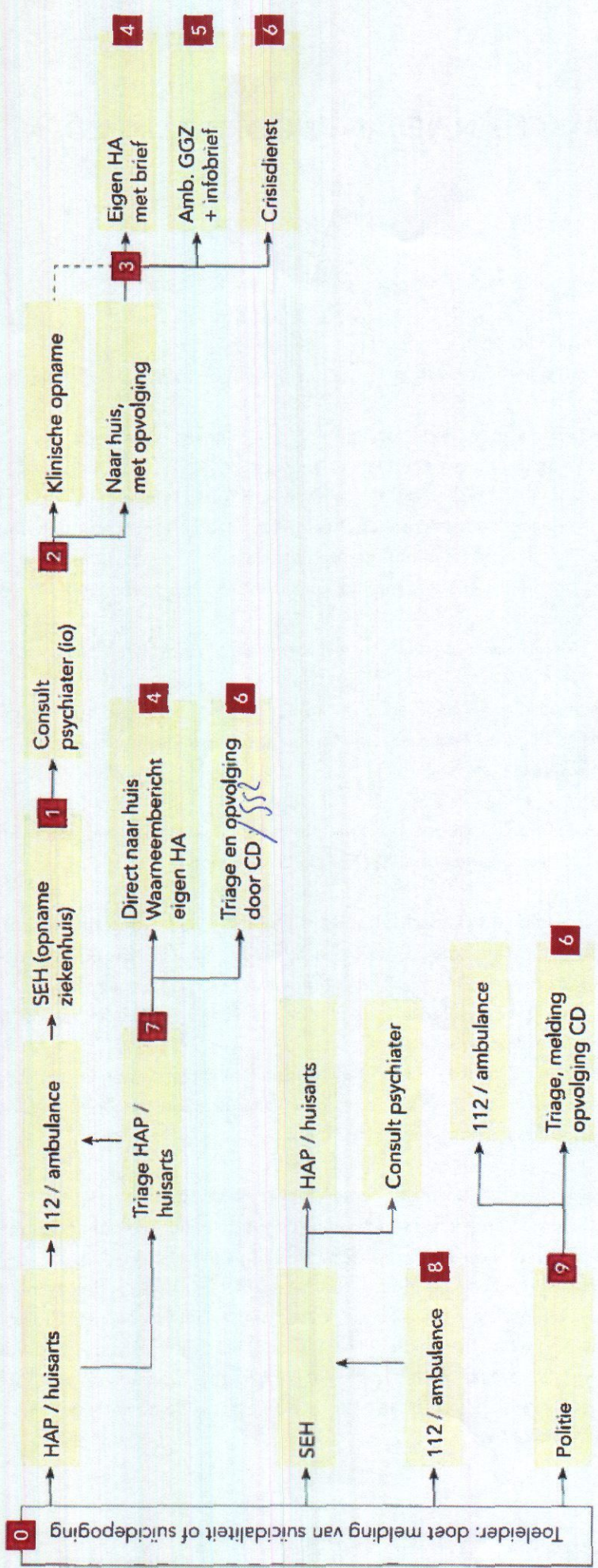
Dhr. H. Hendrix
Raad van Bestuur VieCuri

Dhr. F. van der Vranden
Chief Health Officer, lid bestuursteam Vincent van Gogh



MODEL KETENZORG SUICIDEPREVENTIE NOORD-LIMBURG

Bijlage 1



TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

0 Toeleiders:

Signaleren, bespreekbaar maken, toeleiden en motiveren. Bij nood: 112.

1. Spoedeisende hulp (SEH):

- Bij vermoeden van suïcidaliteit van een patiënt op de SEH wordt altijd hulp verleend conform dit protocol.
- Somatische zorg en indien mogelijk, oriënterend psychiatrisch onderzoek
 - er vindt overdracht plaats van ambulance/ verwijzer
 - patiënt wordt somatisch beoordeeld/ gestabiliseerd (ABCD-opvang)
 - *beknopte anamnese afnemen/ inschatten aanwezigheid en ernst psychiatrische stoornis.*
 - evt. aanvullend onderzoek/ overleg medisch specialist
 - *primair: beoordeling of patiënt somatisch geobserveerd/ opgenomen moet worden.*
- Inschakelen crisisdienst.

Bij vermoeden aanwezigheid psychiatrische stoornis en/of suïcidaliteit¹: altijd consultaanvraag bij de crisisdienst.

Indien patiënt somatisch geobserveerd dient te worden (opname) dan kan consultatievraag psychiatrie worden uitgesteld tot dag later. Indien geen somatische observatie nodig altijd direct inschakelen crisisdienst.

- Rapportage:

Medische gegevens worden gedocumenteerd in het digitaal patiëntendossier van het ziekenhuis. En er is een aparte rapportage in het EPD bij de crisisdienst.

2. Consult door de crisisdienst op Spoedeisende Hulp (SEH), na poging tot suïcide

- De psychiater (io) van de crisisdienst voert een psychiatrisch onderzoek uit op basis van vigerende richtlijnen. Zo nodig kunnen direct ook crisisinterventies worden uitgevoerd
- De psychiater (io) van de crisisdienst doet een beoordeling in het kader van de Wet BOPZ c.q. *betreffende de wilsbekwaamheid.*
- De psychiater (io) van de crisisdienst indiceert al dan niet klinische opname binnen de psychiatrie, met name *in geval er sprake is van een ernstig psychiatrisch toestandbeeld (depressie, psychose)* waarbij het suïciderisico als hoog wordt ingeschat.

3. Verwijzing van de patiënt na consult door psychiater of na opname

- De SEH-arts/ assistent interne is verantwoordelijk voor de indicatie voor vervolgbehandeling/ eventuele klinisch opname op een somatische afdeling van het ziekenhuis.
- In geval van aanwezigheid psychiatrische stoornis en/of suïcidaliteit is de psychiater (io) van de crisisdienst vanuit zijn optiek verantwoordelijk voor het stellen van een vervolgindicatie.
- Na verblijf op de SEH wordt vanuit de SEH altijd, ongeacht de indicatie voor verdere zorg, een digitaal bericht verstuurd naar de huisarts en/of HAP. In geval van een poging tot suïcide wordt daarin ook een apart verslag verzonden naar de huisarts van de bevindingen van de consultatief psychiater (io) binnen 24 uur.

¹ Ook in geval van intoxicatie of ernstige automutilatie, geldt ook voor het begrip suïcidaliteit verder in deze notitie. In geval van TS komt altijd de psychiater (io) van de crisisdienst mee naar het consult.

Verwijzing vanuit de SEH naar de huisarts: Geen aanwezigheid van een psychiatrisch toestandsbeeld dan verwijzing naar de huisarts. Bijvoorbeeld:

- Suïcidepoging wordt beoordeeld als eenmalige impulsieve daad (psychosociale- of relatieproblemen).
- Bij laag recidive risico.
- Patiënt is niet in behandeling bij een (andere) GGZ instelling.
- Bij verwijzing naar de huisarts neemt de crisisdienst telefonisch contact op met de huisarts of diens waarnemer. Follow-up contact met de patiënt zal dan worden afgestemd.
- Buiten kantoor tijden wordt er een melding gedaan op de HAP.

Verwijzing vanuit de SEH naar de behandelend GGZ-instelling:

- Is de patiënt in behandeling bij een andere GGZ instelling en is er geen klinische GGZ indicatie noodzakelijk, dan kan de patiënt zijn behandeling voortzetten bij de eigen behandelaar.
- Behandelaar/ instelling krijgt ontslagbrief vanuit de SEH.
- Behandelaar/ instelling ontvangt brief van de crisisdienst.
- Er wordt zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval de volgende telefonisch contact gezocht met de behandelaar om afspraken te maken over het follow-up contact met de patiënt.

Verwijzing vanuit de SEH naar de crisisdienst:

- Bij ernstige situatie waarbij klinisch opname niet nodig of wenselijk is wordt beoordeeld door de SEH of de crisisdienst ingeschakeld moet worden.
Reden inschakelen crisisdienst: monitoring op kort termijn vanwege onvoldoende geweken suïcidegevaar.
Redenen om een patiënt niet op te nemen: voorkoming van hospitalisatie of regressie.
Of juist gebruik maken van de beschermende factoren in de thuissituatie.
- Inschakelen crisisdienst voor ontslag patiënt vanuit de SEH:
 - Crisisdienst wordt verzocht om contact op te nemen met familie.

4. Follow up door huisarts

- Huisarts zorgt voor follow-up contact binnen drie werkdagen met de patiënt na ontslag van de SEH of somatische afdeling van het ziekenhuis.
- Indien de patiënt zorg afwijst, maar suïcidegevaar nog steeds aanwezig lijkt, kan in niet acute situaties naast de CD ook het bemoeizorgteam worden ingeschakeld.

5. Follow up door reguliere GGZ-instellingen

- Nadat een patiënt na een suïcidepoging met ontslag gaat uit het ziekenhuis of andere instelling, wordt de patiënt zo spoedig mogelijk uitgenodigd. Uiterlijk binnen drie werkdagen zal er een face-to-face contact plaatsvinden.
- Indien niet direct een bij de behandeling betrokken hulpverlener bereikbaar is wordt contact opgenomen met de crisisdienst.
- De eigen hulpverlener neemt eveneens binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/familie indien de patiënt hiervoor toestemming verleent, voor zover mogelijk telefonisch.
- Indien de patiënt niet op het afgesproken contact verschijnt of er opnieuw ernstige suïcidaliteit aanwezig is, probeert de hulpverlener eerst zelf het suïcidegevaar af te wenden. Indien dit niet tot de-escalatie leidt, consulteert de hulpverlener de crisisdienst.

- het eerste follow up contact wordt besproken in het multidisciplinair overleg of aanpassing van het behandelplan gewenst is. De huisarts wordt over eventuele wijzigingen in het behandelplan en bij ontslag schriftelijk geïnformeerd.

6. Follow up door crisisdienst GGZ

- De crisisdienst nodigt de patiënt na een poging tot suïcide zo spoedig mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis. Uiterlijk binnen 24 uur is er een face-to-face contact of een huisbezoek afgesproken.
- De crisisdienst neemt binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/ familie indien de patiënt hiervoor toestemming verleent, voor zover mogelijk telefonisch.
- Indien de crisisdienst redenen heeft om hernieuwde ernstige suïcidaliteit te veronderstellen gaat deze over tot crisisinterventie.

7. Triage en doorverwijzing door HAP/ huisarts

- De huisarts heeft met betrekking tot suïcidaliteit allereerst een signalerende functie.
- Daartoe wordt gerekend: het bieden van basiszorg en het afnemen van een somatische anamnese.
- In geval van suïcidaliteit volgt een face-to-face inschatting van de problematiek.
- Belangrijk aspect van deze inschatting is de inschatten van de ernst/ urgentie.
- Vervolgzorg wordt altijd ingeschakeld op basis van de urgentie.
- De huisarts/ HAP kan een patiënt doorverwijzen naar de SEH, waarna de procedure als gegeven onder 1 gaat lopen.
- Indien de huisarts een patiënt na een poging tot suïcide terug naar huis verwijst draagt hij zorg voor een follow up contact. Indien de patiënt vanuit de HAP naar huis wordt verwezen wordt door de HAP een waarneembericht verzonden met het verzoek om binnen drie werkdagen een follow up contact te plannen. In geval de patiënt in behandeling is bij een reguliere GGZ-instelling kan de afspraak over follow up ook met de betreffende hulpverlener daar worden gemaakt en informeert daarover de huisarts.
- Bij inschakeling van de crisisdienst gaat de procedure als gegeven onder 6 lopen.

8. 112

- De eerste taak van de nooddiensten is het veiligstellen van patiënten die zich suïcidaal uiten. Het verlenen van somatische basiszorg behoort hiertoe.
- Als veiligstelling is geschied volgt een globale inschatting van de problematiek in verband met eventuele suïcidaliteit.
- De primaire taak van de nooddienst is vervolgens: inschakelen vervolgzorg, in de regel de SEH, eventueel HAP of verwijzing naar huis/huisarts.

9. Signalering en doorverwijzing voor politie

- De primaire taak van de politie is het veiligstellen van patiënten die zich suïcidaal uiten.
- Als veiligstelling is geschied volgt een globale inschatting van de problematiek in verband met eventuele suïcidaliteit.
- Doorverwijzing vanuit de politie vindt plaats naar de SEH of de crisisdienst.
- Tot de taak van de politie behoort vervolgens ook: het waarborgen veiligheid betrokken hulpverleners (ambulancedienst, crisisdienst).

10. Triage door 2^e lijns GGZ-instelling binnen kantooruren

- Van 2^e lijns GGZ-instellingen wordt verwacht dat ze binnen kantooruren bij suïcidaliteit/ poging tot suicide eerst zelf een triage doen. Als er sprake is van suïcidaliteit wordt de inschatting hiervan in een face-to-face contact gemaakt.
- Betrokken hulpverleners doen altijd een risicotaxatie, met aandacht voor de volgende factoren:
 1. Kwetsbaarheid voor suïcide (eerdere diagnoses, suïcidaal gedrag in verleden, suïcides binnen de familie).
 2. Aanwezigheid van stressoren (verlieservaringen, relationele problemen, beëindiging van een relatie).
 3. Symptomen (depressieve symptomen, angst, persoonlijkheidsproblematiek, afhankelijkheid van middelen).
 4. Aanwezigheid van wanhoop (ernst en duur).
 5. Mate van suïcidale gedachten (frequentie, inhoud, concrete plannen, mate van levensbedreiging bij uitvoering van plannen, mogelijkheden van hulp).
 6. Aanwezigheid van impulsiviteit en een gebrek aan zelfcontrole.
 7. Beschermende factoren (coping, sociale steun, gezin, familie, vrienden, werk).
- De taxatie/ triage resulteert in het inschatten van de ernst/ oriënterend psychiatrisch onderzoek, plus (somatische) screening door een psychiater.
- Informeren van de huisarts voor de opvolging van de crisisdienst.
- In geval er sprake is van gevaar kan vervolgens de crisisdienst worden ingeschakeld. Binnen kantooruren kan ook beroep worden gedaan op de Mutsaersstichting voor jongeren onder de 18 jaar. Zij werken niet outreachend. Met het oog op de wijzigingen in wet-en regelgeving per 1 januari 2014 (i.e. het mogen openen van een dbc-crisisinterventie) en met het oog op de specifieke expertise die nodig is voor een beoordeling bij jeugdigen worden hierover nadere afspraken tussen de ketenpartners gemaakt.
- De crisisdienst informeert uiterlijk een dag later telefonisch de betreffende instelling hoe de uiteindelijke afloop van de crisis is geweest, telefonisch en direct daarna ook per brief
- Indien de crisis niet heeft geleid tot een RM of IBS draagt de betreffende instelling zorg voor een follow up, conform de onder 5 geschetste procedure.

TOELICHTING OP DE SPECIFIEKE POSITIE VAN JEUGDIGEN EN JONGEREN:

- Bij minderjarigen is het sterk aan te bevelen om vooral de ouders bij de zorg te betrekken. Dat is van belang voor de diagnostiek en behandeling, maar ook vanwege wettelijke vereisten. De verplichting om ouders van kinderen en jongeren te betrekken bij diagnostiek van suïcidaal gedrag en het vaststellen van de behandelovereenkomst, hangt af van de leeftijd van het kind:
- Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijke gezag hebben, te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst. Bij weigering van ouders daartoe, kan in voorkomende gevallen ook voor een kind jonger dan 12 jaar een IBS worden uitgeschreven.
 - Jongeren tussen 12 en 16 jaar hebben met de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst.
 - Vanaf 16 jaar is de instemming van de ouders wettelijk niet meer noodzakelijk.

Daar waar, na beoordeling van de situatie van een minderjarige, geen suïcidaal gedrag kan worden vastgesteld, maar:

- er wel 1 of meer signalen zijn op diverse levensterreinen die zorgen baren, kunnen ouders en/of jeugdige verwezen worden naar het CJG in de betreffende regio.
- er meerdere signalen zijn, onder meer pedagogisch, en ouders en/of jeugdige niet geactiveerd kunnen worden om zelf hulp te zoeken kan door de betrokken hulpverlener een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg gedaan worden. Dit dient dan wel gemeld te worden aan de betreffende ouders/jeugdige.
- de situatie dermate onrustig is dat de veiligheid van de jeugdige niet voldoende gegarandeerd kan worden, kan voor patiënten welke geen zorgaanbieder hebben, gedacht worden aan het onmiddellijk inschakelen van het SpoedEisendeHulpteam van Bureau Jeugdzorg (dag en nacht), te bereiken via het nummer van SENSOOR (077-354888).

TOT SLOT

De afzonderlijke instellingen blijven zelf verantwoordelijk voor aanvullende interne richtlijnen en protocollen rondom suïcidaliteit. Deze notitie geeft geen specifieke richtlijnen voor vakinhoudelijke beoordeling, wijze van schriftelijke verslaglegging, interne logistiek, enzovoort.

De afzonderlijke instellingen blijven uiteraard ook zelf verantwoordelijk voor implementatie van de in deze notitie genoemde afspraken en richtlijnen. Een overkoepelend uitvoeringsplan voor de ketenzorgafspraken wordt gebruikt ter ondersteuning van de implementatie binnen de eigen organisatie. Huisartsen worden over de richtlijn geïnformeerd maar blijven uiteraard autonoom verantwoordelijk.

Dit document wordt zo nodig herzien door de betrokken ketenzorgpartners.

Bijlage 2

UITVOERINGSPLAN VOOR DE KETENAFSPRAKEN


 KETENZORG
SUÏCIDEPREVENTIE
NOORD-LIMBURG

In 2013 hebben ketenpartners in Noord-Limburg afspraken gemaakt ter bevordering van de preventie van suïcidaliteit en pogingen tot suïcidaliteit in de regio. Zij laten zich hierin leiden door de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a., 2012) en door het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit (Trimbosinstituut, 2010). Er zijn afspraken over het formuleren, bewaken en evalueren van de lokale samenwerking, over taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners en over overlegmomenten in het kader van de samenwerking. Deze afspraken zijn bekrachtigd in een convenant. Met dit uitvoeringsplan wordt beoogd te bevorderen dat de ketenafspraken daadwerkelijk worden uitgevoerd, geëvalueerd en waar nodig worden herzien of aangescherpt. Op deze manier willen de ketenpartners komen tot een goede samenwerkingspraktijk.

Uitvoering ketenafspraken tussen de ketenpartners	Doel	Tijd	Wie zijn betrokken
REGIONALE SAMENWERKING			
1. Convenant	Bekrachtiging van de gemaakte afspraken	2 oktober 2013	Alle ketenpartners
2. Afstemming ketenafspraken Noord-Limburg	Bevorderen van een goede uitvoering	Begin april 2014	Regievoerders van de ketens
3. Implementatie multidisciplinaire richtlijn	Bevorderen van de implementatie van de samenwerkingsonderdelen uit de multidisciplinaire richtlijn; Deskundigheidsbevordering gericht op samenwerking		Alle ketenpartners
4. Terugkoppeling en informatieoverdracht	Bevorderen dat de ketenafspraken over terugkoppeling en informatieoverdracht worden nagekomen	Continue	Alle ketenpartners
5. Dossievorming	Afspraken maken over de wijze waarop ketenpartners relevante gegevens uit een dossier kunnen verkrijgen	April 2014	Alle ketenpartners

6. Overleg	Uitwisseling, bevorderen toepassing best practices en evaluatie	2x per jaar	Regievoerder coördineert
7. Contactpersonen	Alle ketenpartners kennen de contactpersonen in de organisaties. Mutaties worden doorgegeven	Continue	Alle ketenpartners
8. Communicatie	Bespreekbaarheid van suicide bevorderen d.m.v. berichtgeving, organisatie van symposia etc.	1-2 per jaar	Alle ketenpartners
9. Onderzoek	Nader te bepalen Monitoren van de afspraken Regionale info: registratiesysteem voor suicides en tentamen suicides		Alle ketenpartners
BORGING			
1. De ketenafspraken zijn bekend gemaakt in de organisatie aan alle medewerkers die betrokken zijn bij de preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg bij suïcidaal gedrag.	Bevorderen van het naleven van de ketenafspraken		Contactpersonen/ communicatie- functionaris
2. De ketenafspraken zijn gekoppeld aan het kwaliteitssysteem van de organisatie.	Integratie van de afspraken in de werkprocessen in de organisatie		Contactpersoon/ kwaliteits- functionaris
3. Implementatie multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.	Bevorderen van zorgvuldig klinisch handelen in de diagnostiek en behandeling bij suïcidaal gedrag		Alle ketenpartners
EVALUATIE			
1. Evaluatie van de ketenafspraken	Doel: beoordelen van de werkzaamheid van de ketenafspraken en waar nodig bijstellen	April 2014	Regievoerder evaluatie is nader te bepalen

Convenant keten suïcidepreventie Midden-Limburg

Ondergetekenden:

- RiaggZuid, vertegenwoordigd door mw. J. Bomhof, raad van bestuur,
- RC GGZ Weert, vertegenwoordigd door dhr. G. Lijnders, directeur a.i.,
- Laurentius Ziekenhuis, vertegenwoordigd door dhr. Schipper, lid raad van bestuur,
- Vincent van Gogh, vertegenwoordigd door dhr. F. van de Vranden, Chief Health Officer,
- Buro van Roosmalen, vertegenwoordigd door dhr. R. van Roosmalen, directeur,
- Meditta, vertegenwoordigd door dhr. J. Cober, algemeen bestuurder,

Overwegen dat:

- Zij allen de uitgangspunten voor suïcidepreventie als gedefinieerd in de notitie van het Trimbosinstituut "Verminderen van suïcidaliteit" (2007) onderschrijven;
- Zij allen deel uit maken van de keten suïcidepreventie in Midden-Limburg;
- Zij ketenafspraken met betrekking tot suïcidepreventie beschouwen als een kritische succesfactor voor het functioneren van de keten.

En spreken af dat:

- Zij de in de bijlage vastgelegde en vanuit gezamenlijk overleg tot stand gekomen ketenafspraken onderschrijven;
- Zij er op toe zullen zien dat deze ketenafspraken binnen de eigen instelling worden geïmplementeerd c.q. worden nageleefd;
- Waarbij voor Meditta geldt dat zij de afspraken zal communiceren met de bij haar aangesloten huisartsen in Midden-Limburg, met het advies om deze na te leven;
- Zij de gemaakte ketenafspraken een jaar na de vaststelling zullen evalueren en daarna tweejaarlijks, dan zodra een der ondergetekenden dat noodzakelijk acht.

De ketenafspraken als vastgelegd in de bijlage maken onlosmakelijk deel uit van dit convenant.

Aldus overeengekomen te Roermond op 24 april 2013

Mevr. J. Bomhof
Raad van Bestuur RiaggZuid

Dhr. R. Schipper
Lid Raad van Bestuur Laurentiusziekenhuis Roermond

Dhr. G. Lijnders,
Directeur a.i. RC GGZ Weert

dhr. F. van de Vranden,
Chief Health Officer Vincent van Gogh

Dhr. R. van Roosmalen
Directeur Buro van Roosmalen

Dhr. J. Cober, huisarts
Algemeen bestuurder Meditta

Taken en verantwoordelijkheden:

0. Toeleiders:

Signaleren, bespreekbaar maken, toeleiden en motiveren. Bij nood: 112.
Geen specifieke afspraken.

1. Spoedeisende hulp (SEH):

- Een cliënt kan verwezen of niet-verwezen terecht komen bij de SEH. In geval van vermoeden van suïcidaliteit wordt altijd hulp verleend conform dit protocol.
- Somatische zorg en oriënterend psychiatrisch onderzoek
 - er vindt overdracht plaats van ambulance / verwijzer
 - patiënt wordt somatisch beoordeeld/gestabiliseerd (ABCD-opvang)
 - beknopte anamnese afnemen / inschatten aanwezigheid / ernst psychiatrische stoornis.
 - evt. aanvullend onderzoek / overleg medisch specialist
 - primair: beoordeling of patiënt somatisch geobserveerd / opgenomen moet worden.
- Inschakelen consultatieve psychiatrie.
Bij vermoeden aanwezigheid psychiatrische stoornis en/of suïcidaliteit: altijd consultaanvraag bij dienstdoende psychiater van ziekenhuis (LZR) of voorwacht crisisdienst ML (St. Jans Gasthuis)¹.
Indien patiënt somatisch geobserveerd dient te worden (opname) dan kan consultatievraag psychiatrie worden uitgesteld tot dag later. Indien geen somatische observatie nodig altijd direct inschakelen consultatieve psychiatrie of crisisdienst ML. De dienstdoende psychiater (PAAZ LZR) of de voorwacht van de crisisdienst komt in principe terstond, in elk geval op de dag van de consultaanvraag.
- Informatieoverdracht (door SEH)
Medische gegevens worden gedocumenteerd in digitaal patiëntendossier van ziekenhuis.

2. Consult door psychiater op Spoedeisende Hulp (SEH), na poging tot suïcide

- De consultatief psychiater voert een psychiatrisch onderzoek uit op basis van vigerende richtlijnen. Zo nodig kunnen direct ook crisisinterventies worden uitgevoerd (bij SJG: eventueel door de voorwacht van de crisisdienst).
- De consultatief psychiater doet allereerst een beoordeling in het kader van de Wet BOPZ c.q. betreffende de wilsbekwaamheid.
- De consultatief psychiater indiceert eventueel klinische opname binnen de psychiatrie, met name in geval er sprake is van een ernstig psychiatrie toestandbeeld (depressie, psychose) waarbij het suïciderisico als hoog wordt ingeschat.

¹ Er is sprake van een verschillende situatie tussen Laurentiusziekenhuis Roermond en St. Jansgasthuis Weert: in Roermond schakelt de SEH een PAAZ-psychiater in, in Weert overdag de consultatief psychiater van RC GGZ Weert en buiten kantooruren de Crisisdienst ML (waarna in eerste instantie de voorwacht/SPV komt).

3. Verwijzing van de patiënt na consult door psychiater of na opname

- De SEH-arts is verantwoordelijk voor de indicatie voor vervolgbehandeling / eventuele klinisch opname op een somatische afdeling van het ziekenhuis. In geval van aanwezigheid psychiatrische stoornis en/of suïcidaliteit is de consulterend psychiater vanuit zijn/haar optiek verantwoordelijk voor het stellen van een vervolgindeicatie².
- Na verblijf op de SEH wordt vanuit de SEH altijd, ongeacht de indicatie voor verdere zorg, een huisartsenbrief opgesteld en opgestuurd naar de huisarts. In geval van een poging tot suïcide wordt daarin ook altijd een verslag toegevoegd van de bevindingen van de consultatief psychiater³.

Verwijzing vanuit de SEH naar de huisarts:

- In geval er geen sprake is van een psychiatrisch toestandsbeeld en / of de suïcidepoging wordt beoordeeld als een eenmalige impulsieve daad (denk aan psychosociale-/relatieproblemen) of in geval het recidiverisico om andere redenen als erg laag wordt ingeschat, en in geval de patiënt niet in behandeling is bij een (andere) GGZ-instelling, vindt verwijzing naar huis c.q. de huisarts plaats.
- In dat geval wordt door de consulterend psychiater dan wel een medewerker van de crisisdienst (SJD) voorafgaand⁴ aan het ontslag telefonisch contact gezocht met de huisarts of diens waarnemer⁵, teneinde af te spreken dat een follow-up contact met de patiënt plaats vindt. De huisarts wordt verzocht ook contact met de familie op te nemen. Zulks ongeacht bovenstaande afspraak om vanuit de SEH een huisartsenbrief op te stellen. In deze huisartsenbrief wordt bovendien melding gemaakt van de telefonische overdracht en de daarbij gemaakte afspraak over follow up.

Verwijzing vanuit de SEH naar de behandelend GGZ-instelling:

- In geval de patiënt reeds in behandeling blijkt bij een andere GGZ-instelling en geen klinische GGZ-indicatie noodzakelijk wordt geacht, wordt de behandeling aan deze behandelende instelling worden overgedragen⁶. Daarbij krijgt deze instelling eveneens een ontslagbrief vanuit de SEH, met toevoeging van een verslag met de bevindingen van de consultatief psychiater. In dit verslag wordt melding gemaakt van de telefonische overdracht en de daarbij gemaakte afspraak over follow up.
- In dat geval wordt met betreffende instelling (c.q. de meest bij de behandeling betrokken hulpverlener) voorafgaand aan het ontslag⁷ ook telefonisch contact gezocht⁸, teneinde af te spreken dat een follow-up contact met de patiënt plaats vindt. Betreffende behandelaar wordt ook verzocht contact met de familie op te nemen.

² Als klinische observatie / behandeling vanuit somatisch oogpunt nodig wordt geacht prevaleert dat boven psychiatrische opname. De consulterend psychiater geeft daarbij aan of hij de patiënt voor ontslag op de somatische afdeling nog wil zien.

³ Bij vervolgonname op een somatische afdeling in ziekenhuis dan wel de PAAZ (LZR) of RC GGZ Weert stelt de behandelend arts/psychiater eveneens een huisartsenbrief op, refererend aan de onderliggende suïcidale problematiek.

⁴ Buiten kantooruren eventueel aan het begin van de volgende ochtend

⁵ De huisarts of diens waarnemer moet daarbij persoonlijk aan de lijn worden gevraagd (niet de via de assistente afspreken)

⁶ Deze procedure geldt in beginsel ook voor verwijzing naar de poli van de PAAZ LZR

⁷ Buiten kantooruren eventueel aan het begin van de volgende ochtend

⁸ De hulpverlener moet daarbij persoonlijk aan de lijn worden gevraagd (niet de via secretariaat afspreken)

Verwijzing vanuit de SEH naar de Crisisdienst ML:

- In ernstige situaties waarbij klinische opname om moverende redenen niet nodig of wenselijk wordt geacht (bijvoorbeeld als het wenselijk lijkt gebruik te maken van beschermende factoren in de thuissituatie, of ter voorkoming van hospitalisatie en/of regressie), of indien directe follow up gewenst is, wordt expliciet beoordeeld of de crisisdienst ML ingeschakeld moet worden. Dit zal met name het geval zijn wanneer monitoring op de korte termijn noodzakelijk is vanwege het nog onvoldoende geweken suïcidegevaar.
- Als het oordeel is dat de Crisisdienst ML in geschakeld moet worden wordt met de crisisdienst voorafgaand aan het ontslag ook telefonisch contact gezocht, teneinde af te spreken dat een follow-up contact met de patiënt plaats vindt. Betreffende behandelaar wordt ook verzocht contact met de familie op te nemen. Daarbij krijgt de crisisdienst eveneens een ontslagbrief vanuit de SEH, met toevoeging van een verslag met de bevindingen van de consultatief psychiater. In dit verslag wordt melding gemaakt van de telefonische overdracht en de daarbij gemaakte afspraak over follow up.

4. Follow up door huisarts

- Nadat de huisarts of diens waarnemer⁹ door de consulterend psychiater of een medewerker van de crisisdienst gecontacteerd is over het ontslag van een patiënt vanuit de SEH of een somatische afdeling van het ziekenhuis, na een poging tot suïcide, nodigt deze de patiënt zo spoedig mogelijk uit voor een face-to-face-contact, uiterlijk binnen drie werkdagen¹⁰.
- De huisarts neemt eveneens binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/familie, voor zover mogelijk, eventueel telefonisch.
- Indien de cliënt niet op het afgesproken contact verschijnt of indien de huisarts redenen heeft om hernieuwde ernstige suïcidaliteitsgevoelens te veronderstellen (bijvoorbeeld vanuit contact met familie/omgeving) schakelt deze de crisisdienst ML in.
- Indien de patiënt zorg afwijst, maar suïcidegevaar nog steeds aanwezig lijkt, kan in niet acute situaties ook het bemoeizorgteam worden ingeschakeld.

5. Follow up door reguliere GGZ-instellingen

- Nadat een direct bij de behandeling betrokken hulpverlener van een GGZ-instelling (liefst de primair hulpverlener) door de consulterend psychiater of een medewerker van de crisisdienst gecontacteerd is over het ontslag vanuit de SEH of een somatische afdeling van het ziekenhuis, van een bij betreffende instelling in zorg zijnde patiënt na een poging tot suïcide, nodigt deze betreffende patiënt zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen drie werkdagen uit voor een face-to-face-contact, of spreekt een huisbezoek af^{11,12}.

⁹ De waarnemer kan de verantwoordelijkheid voor een follow up overdragen aan de reguliere huisarts van de cliënt, maar wordt wel geacht dit duidelijk af te spreken en deze overdracht schriftelijk te bekrachtigen.

¹⁰ In geval dit om evidente redenen niet geregeld, bijvoorbeeld vanwege aan het weekend gekoppelde feestdagen. Wordt expliciet beoordeeld of het nodig is contact op te nemen met de crisisdienst ML.

¹¹ In geval dit om evidente redenen niet geregeld, bijvoorbeeld vanwege aan het weekend gekoppelde feestdagen. Wordt expliciet beoordeeld of het nodig is contact op te nemen met de crisisdienst ML.

¹² Deze afspraak geldt ook in geval de cliënt is doorverwezen naar de poli van de PAAZ LZR.

- Indien niet direct een bij de behandeling betrokken hulpverlener bereikbaar is wordt contact opgenomen met de crisisdienst.
- De betreffende hulpverlener neemt eveneens binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/familie, voor zover mogelijk, eventueel telefonisch.
- Indien de cliënt niet op het afgesproken contact verschijnt of indien de betreffende hulpverlener redenen heeft op hernieuwde ernstige suïcidaliteitsgevoelens te veronderstellen (bijvoorbeeld vanuit contact met familie/omgeving, of als de cliënt niet op de afspraak verschijnt) heeft deze eerst een eigen inspanningsverplichting ter afwending van het suïcidegevaar. Indien dat niet tot de-escalatie leidt consulteert deze de crisisdienst ML.
- Binnen het behandelend team wordt na het eerste follow up contact besproken in de multidisciplinaire staf of aanpassing van het behandelplan gewenst is. De huisarts wordt over eventuele wijzigingen in het behandelplan schriftelijk geïnformeerd.

6. Follow up door crisisdienst GGZ

- Nadat de crisisdienst door de consulterend psychiater is gecontacteerd is over het ontslag vanuit de SEH of een somatische afdeling van het ziekenhuis, van een bij betreffende instelling in zorg zijnde patiënt na een poging tot suïcide, nodigt deze betreffende patiënt zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 24 uur uit voor een face-to-face-contact, of spreekt een huisbezoek af¹³.
- De betreffende crisisdiensthulpverlener neemt eveneens binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/familie, voor zover mogelijk, eventueel telefonisch.
- Indien de crisisdienstmedewerker redenen heeft op hernieuwde ernstige suïcidaliteitsgevoelens te veronderstellen gaat deze over tot crisisinterventie.

7. Triage en doorverwijzing door HAP / huisarts

- De huisarts heeft met betrekking tot suïcidaliteit allereerst een signalerende functie.
- Daartoe wordt altijd gerekend: het bieden van basiszorg.
- Daartoe wordt altijd gerekend: het afnemen van een somatische anamnese.
- In geval van suïcidaliteit volgt altijd een globale inschatting van de problematiek.
- Belangrijk aspect van deze inschatting is de inschatten van de ernst / urgentie
- Vervolgzorg wordt altijd ingeschakeld op basis van de urgentie: criteria voor doorverwijzing zijn eveneens gegeven in de bijlage.
- De huisarts / HAP kan een cliënt doorverwijzen naar de SEH, waarna de procedure als gegeven onder 1 gaat lopen.
- Indien de huisarts een cliënt na een poging tot suïcide terug naar huis stuurt draagt hij/zij binnen drie werkdagen zorg voor een follow up contact. Indien de cliënt vanuit de HAP naar huis wordt gestuurd wordt door de HAP met betreffende huisarts aan het begin van de volgende werkdag afgesproken binnen drie werkdagen een follow up contact te plannen, schriftelijk in een overdracht te bevestigen. In geval de cliënt in behandeling is bij een reguliere GGZ-instelling kan de afspraak over follow up ook met de betreffende hulpverlener daar worden gemaakt, eveneens schriftelijk in een overdracht te bevestigen.
- Bij inschakeling van de crisisdienst gaat de procedure als gegeven onder 6 lopen.

¹³ In geval dit om evidente redenen niet geregeld, bijvoorbeeld vanwege aan het weekend gekoppelde feestdagen. Wordt expliciet beoordeeld of het nodig is contact op te nemen met de crisisdienst ML

8. Nooddiensten / 112

- De eerste taak van de nooddiensten is het veiligstellen van patiënten / mensen die zich suïcidaal uiten. Het verlenen van somatische basiszorg behoort hiertoe.
- Als veiligstelling is geschied volgt een globale inschatting van de problematiek in verband met eventuele suïcidaliteit: een algemene richtlijn is gegeven in de bijlage, inclusief criteria voor doorverwijzing.
- De primaire taak van de nooddienst is vervolgens: inschakelen vervolgzorg, in de regel de SEH, eventueel HAP of verwijzing naar huis/huisarts

9. Signalering en doorverwijzing voor politie

- De primaire taak van de politie is het veiligstellen van patiënten / mensen die zich suïcidaal uiten.
- Als veiligstelling is geschied volgt een globale inschatting van de problematiek in verband met eventuele suïcidaliteit¹⁴: een algemene richtlijn is gegeven in de bijlage, inclusief criteria voor doorverwijzing.
- Doorverwijzing vanuit de politie vindt in plaats naar de SEH (in de regel via de nooddienst) of de crisisdienst ML.
- Tot de taak van de politie behoort vervolgens ook: het waarborgen veiligheid betrokken hulpverleners (ambulancedienst, crisisdienst)

10. Triage door 2^e lijns GGZ-instelling binnen kantooruren

- Van 2^e lijns GGZ-instellingen wordt verwacht dat ze binnen kantooruren bij suïcidaliteit / poging tot suïcide eerst zelf een triage doen. Als er sprake is van suïcidaliteit wordt de inschatting hiervan niet telefonisch doch in een face to face contact gemaakt. Richtlijnen voor gespreksvoering zijn gegeven in de bijlage.
- Betrokken hulpverleners doen altijd een risicotaxatie, met aandacht voor de volgende factoren:
 - i. Kwetsbaarheid voor suïcide (eerdere diagnoses, suïcidaal gedrag in verleden, suïcides binnen de familie).
 - ii. Aanwezigheid van stressoren (verlieservaringen, relationele problemen, beëindiging van een relatie).
 - iii. Symptomen (depressieve symptomen, angst, persoonlijkheidsproblematiek, afhankelijkheid van middelen).
 - iv. Aanwezigheid van wanhoop (ernst en duur).
 - v. Mate van suïcidale gedachten (frequentie, inhoud, concrete plannen, mate van levensbedreiging bij uitvoering van plannen, mogelijkheden van hulp).
 - vi. Aanwezigheid van impulsiviteit en een gebrek aan zelfcontrole.
 - vii. Beschermende factoren (coping, sociale steun, gezin, familie, vrienden, werk).
- De taxatie / triage resulteert uit inschatten ernst / oriënterend psychiatrisch onderzoek, plus (somatische) screening door een psychiater.

¹⁴ Overleg over een convenant en een eventuele inschakeling van de GGD-arts in deze is per juni 2012 nog in discussie.

- In geval en sprake is van gevaar kan vervolgens de Crisisdienst bij RiaggZuid worden ingeschakeld.
- De crisisdienst informeert uiterlijk een dag later telefonisch naar de betreffende instelling hoe de uiteindelijke afloop van de crisis is geweest, telefonisch en direct daarna ook per brief
- Indien de crisis niet heeft geleid tot een RM of IBS draagt de betreffende instelling zorg voor een follow up, conform de onder 5 geschetste procedure.

Tot slot

De afzonderlijke instellingen blijven zelf verantwoordelijk voor aanvullende interne richtlijnen en protocollen rondom suïcidaliteit. Deze notitie geeft geen specifieke richtlijnen voor beoordeling, wijze van schriftelijke verslaglegging, interne logistiek, enzovoort.

De afzonderlijke instellingen blijven uiteraard ook zelf verantwoordelijk voor implementatie van de in deze notitie genoemde afspraken en richtlijnen. Huisartsen worden over de richtlijn geïnformeerd maar blijven uiteraard autonoom verantwoordelijk.



Convenant Politie – GGZ 2012

De vereniging GGZ Nederland en Raad van Korpschefs

De Vereniging GGZ Nederland statutair gevestigd te Amersfoort, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw drs. M.A.M. Barth, voorzitter, verder te noemen GGZ Nederland

en

de Raad van Korpschefs van de politie, gevestigd te De Bilt, ten deze vertegenwoordigd door de heer B. Rookhuijzen, portefeuillehouder Gebiedsgebonden Politie van de Raad van Korpschefs, verder te noemen Raad van Korpschefs

overwegende dat

- zorg aan verwarde personen in een crisissituatie van een andere orde is dan niet-acute langere termijnzorg. Zowel bij politie als de GGZ kan een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de wijze van opvolging van een melding bij deze twee vormen van zorg;
- in het geval van een crisissituatie waarin een verward persoon de openbare orde of veiligheid verstoort dan wel een gevaar is voor zichzelf, politie en GGZ hun complementaire verantwoordelijkheid erkennen voor het oplossen van de situatie. De politie is verantwoordelijk voor het handhaven van de openbare orde, het wettelijk begrenzen van overlast en het veiligstellen van situaties. De GGZ is verantwoordelijk voor een snelle beoordeling bij een vermoeden van psychiatrische problematiek, het op indicatie organiseren en bieden van het juist zorgaanbod, en het adviseren van de betrokkenen;
- de niet-spoedeisende zorg is een taak van GGZ en overige hulpverleners. Politie zal vanuit haar kerntaak ondersteunend, signalerend, adviserend en doorverwijzend optreden;
- een crisissituatie een acute situatie is die volgens één van beide partijen direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen;
- handelen in een crisissituatie bestaat uit de meest effectieve, maar minst ingrijpende interventie noodzakelijk om de veiligheid voor de betrokkene en de omgeving te kunnen waarborgen;
- in crisissituaties het aspect van hulpverlening voorop staat. Het perspectief van de cliënt en zijn of haar omgeving staat hierbij centraal. Het uiteindelijke doel betreft een zo effectief mogelijke oplossing van de (geestelijke) gezondheidsproblemen van de betrokkene, alsook het doen afnemen van de verstoring van de openbare orde en veiligheid;
- verwarde personen die de openbare orde verstoren, die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen en van wie men het vermoeden heeft dat zij een geestesstoornis hebben, niet in een politiecel geplaatst worden wanneer er geen strafbaar feit is gepleegd. Situaties waarin het ordeverstoring gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis worden als strafbaar feit aangemerkt;

- verwarde personen die een strafbaar feit hebben gepleegd naar oordeel van de officier van justitie of de hulpofficier kunnen worden ingesloten. Zowel politie als GGZ realiseren zich dat een cel per definitie geen geschikte plek is voor een verward persoon en de duur van de insluiting in een cel dient dan ook tot een minimum te worden beperkt;
- in de omgang met deze verwarde personen de wetgeving (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en Politiewet) het uitgangspunt is maar dat, daar waar wettelijke kaders ontbreken, het noodzakelijk is om tot heldere procedureafspraken te komen;
- er bij politie dringend behoefte bestaat aan een wettelijke titel die het mogelijk maakt om dwingend op te treden in de fase voorafgaand aan de eventuele inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). In het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) wordt, naar verwachting, aan deze behoefte tegemoet komen;
- dit convenant de landelijke kaders biedt om regionaal invulling te kunnen geven aan de lokale problematiek;
- in de omgang met verwarde personen samenwerking tussen politie en GGZ voorop staat. In de geest van dit convenant nemen betrokken partijen hun verantwoordelijkheid door zo nodig eerst te handelen en onverwachte of ongewenste situaties pas achteraf te bespreken;
- in relevante gevallen van politieoptreden en eventueel gedwongen opname, de cliënt en zo nodig de betrokken familie gevraagd wordt deel te nemen aan een evaluatie van het optreden. Dit kan waardevolle informatie opleveren die bijdraagt aan een verbetering van de zorgverlening, de communicatie, de rol van de politie en mogelijk het vervoer;
- bij blijvende verstoring van de openbare orde of het aanhouden van een gevaarsituatie politie de GGZ moet blijven ondersteunen;
- alle in dit convenant genoemde getallen geïnterpreteerd dienen te worden als streefgetallen;
- het van wederzijds belang is dat beide partijen uitvoering geven aan de inhoud van dit convenant.

Aldus overeengekomen en in viervoud opgemaakt te 's Gravenhage d.d. 21 december 2011

Namens GGZ Nederland

Namens de Raad van Korpschefs

mevrouw drs. M.A.M. Barth

de heer B. Rookhuijzen

CONVENANT POLITIE-GGZ

Inleiding en uitgangspunten

Aanleiding

In 2003 hebben GGZ Nederland (inclusief verslavingszorg) en de Raad van Hoofdcommissarissen een convenant gesloten betreffende samenwerking bij opvang, begeleiding en behandeling van mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek die overtredingen begaan, overlast geven of blijken hulpverlening nodig te hebben. Aanleiding voor het convenant was de groeiende vraag naar duidelijkheid rondom dit onderwerp.

Inmiddels is er acht jaar verstreken en is de samenwerking tussen de GGZ-instellingen en politie op dit vlak sterk verbeterd. Desalniettemin zijn er heden ten dagen nog een aantal praktische zaken waarvoor (nog) onvoldoende (wettelijke) regelgeving bestaat. Dit maakt dat zich nog steeds knelpunten voordoen, met name op het vlak van bereikbaarheid en beschikbaarheid, insluiting, vervoer en informatie-uitwisseling. Deze geven een risico op misverstanden, conflicten, oneigenlijke taakuitvoering, financiële en juridische aanspraken. Het is daarom noodzakelijk om tot hernieuwde heldere procedureafspraken te komen.

De afgelopen periode is door een werkgroep van vertegenwoordigers vanuit de GGZ-instellingen en politie gewerkt aan een aanscherping van het bestaande convenant. Dit heeft geleid tot voorliggend herijkte convenant. GGZ Nederland en politie streven ernaar met dit herijkte convenant meer eenduidigheid te realiseren in de toepassingen ten aanzien van de opvang van, en hulp aan mensen met psychische en verslavingsproblemen die in aanraking komen met de politie. Het convenant biedt de landelijke kaders om regionaal invulling te kunnen geven aan de lokale problematiek.

Het convenant legt afspraken vast tussen politie en GGZ. Deze partijen zijn zich zeer bewust dat er vele anderen betrokken zijn bij de nadere uitwerking en de dagelijkse praktijk. Dit convenant kan niet alles omvatten wat tussen deze partijen en GGZ, respectievelijk tussen partijen en politie nader geregeld moet worden. Zo hebben familie- en cliëntenorganisaties meerdere belangrijke punten aangereikt, die bij de implementatie zeker aan de orde moeten komen. Ook wordt er in dit convenant inzet van derden verwacht. Politie en GGZ zullen deze partijen betrekken bij de verdere uitwerking en implementatie van het convenant.

Ten grondslag aan de herijking van het convenant ligt de ervaring opgedaan in de afgelopen acht jaar. In deze periode heeft voortschrijdend inzicht bij beide convenantpartijen geleid tot de erkenning dat:

- zorg aan verwarde personen in een crisissituatie van een andere orde is dan niet-acute langere termijnzorg. Zowel bij politie als de GGZ kan een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de wijze van opvolging van een melding bij deze twee vormen van zorg.
- in het geval van een crisissituatie waarin een verward persoon de openbare orde of veiligheid verstoort dan wel een gevaar is voor zichzelf, politie en GGZ hun complementaire verantwoordelijkheid erkennen voor het oplossen van de situatie. De politie is verantwoordelijk voor het handhaven van de openbare orde, het wettelijk begrenzen van overlast en het veiligstellen van situaties. De GGZ is verantwoordelijk voor een snelle beoordeling bij een vermoeden van psychiatrische problematiek, het op indicatie organiseren en bieden van het juist zorgaanbod, en het adviseren van de betrokkenen.
- de niet-spoedeisende zorg voor langere termijn een taak is van GGZ en overige hulpverleners. Politie zal vanuit haar kerntaak ondersteunend, signalerend, adviserend en doorverwijzend optreden.
- met een verward persoon een persoon wordt bedoeld waarbij een redelijk vermoeden bestaat van een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen die voortkomt uit een geestesstoornis. Als geestesstoornis zijn aan te merken: een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit bijvoorbeeld hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide en organische hersenaandoeningen. Niet als geestesstoornis in deze zin zijn aan

- te merken: handelingen die voortkomen uit een emotionele reactie op een gebeurtenis, afhankelijkheid van middelen en stoornissen van de persoonlijkheid¹.
- een crisissituatie een acute situatie is die volgens één van beide partijen direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen.
 - handelen in een crisissituatie bestaat uit de meest effectieve, maar minst ingrijpende interventie noodzakelijk om de veiligheid voor de betrokkene en de omgeving te kunnen waarborgen.
 - in crisissituaties het aspect van hulpverlening voorop staat. Het perspectief van de cliënt en zijn of haar omgeving staat hierbij centraal. Het uiteindelijke doel betreft een zo effectief mogelijke oplossing van de (geestelijke) gezondheidsproblemen van de betrokkene, alsook het doen afnemen van de verstoring van de openbare orde en veiligheid.
 - verwarde personen die de openbare orde verstoren, die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen en van wie men het vermoeden heeft dat zij een geestesstoornis hebben, niet in een politiecel geplaatst worden wanneer er geen strafbaar feit is gepleegd. Situaties waarin het ordeverstoring gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis worden als strafbaar feit aangemerkt.
 - verwarde personen die een strafbaar feit hebben gepleegd naar oordeel van de officier van justitie of de hulpofficier kunnen worden ingesloten. Zowel politie als GGZ realiseren zich dat een cel per definitie geen geschikte plek is voor een verward persoon en de duur van de insluiting in een cel dient dan ook tot een minimum te worden beperkt.
 - in de omgang met deze verwarde personen de wetgeving (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en Politiewet) het uitgangspunt is maar dat, daar waar wettelijke kaders ontbreken, het noodzakelijk is om tot heldere procedureafspraken te komen.
 - er bij politie dringend behoefte bestaat aan een wettelijke titel die het mogelijk maakt om dwingend op te treden in de fase voorafgaand aan de eventuele inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). In het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) wordt, naar verwachting, aan deze behoefte tegemoet komen.²
 - dit convenant de landelijke kaders biedt om regionaal invulling te kunnen geven aan de lokale problematiek.
 - in de omgang met verwarde personen samenwerking tussen politie en GGZ voorop staat. In de geest van dit convenant nemen betrokken partijen hun verantwoordelijkheid door eerst te handelen en onverwachte of ongewenste situaties pas achteraf te bespreken.
 - in relevante gevallen van politieoptreden en eventueel gedwongen opname, de cliënt en zo nodig de betrokken familie gevraagd wordt deel te nemen aan een evaluatie van het optreden. Dit kan waardevolle informatie opleveren die bijdraagt aan een verbetering van de zorgverlening, de communicatie, de rol van de politie en mogelijk het vervoer.
 - bij blijvende verstoring van de openbare orde of het aanhouden van een gevaarsituatie politie de GGZ moet blijven ondersteunen.
 - alle in dit convenant genoemde getallen geïnterpreteerd dienen te worden als streefgetallen.
 - het van wederzijds belang is dat beide partijen uitvoering geven aan de inhoud van dit convenant.

Met dit inzicht hebben politie en GGZ Nederland aanvullende afspraken gemaakt ten aanzien van de samenwerking bij de opvang, begeleiding en behandeling van mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek die overtredingen begaan, overlast geven, daarbij een gevaar opleveren en blijken hulpverlening nodig te hebben. Hierbij is een onderscheid gemaakt in zogenaamde crisissituaties en niet-acute situaties. Tevens zijn nadere afspraken gemaakt op onderwerpen die deze tweedeling overschrijden. Een nadere uitwerking van deze aanvullende afspraken treft u in voorliggend document. Tot slot merken GGZ en politie op dat dit convenant gezien moet worden als een groeidocument en de basis is waarop de komende jaren de samenwerking en de uitvoeringspraktijk nader wordt ontwikkeld. Verbeteringen zijn altijd welkom!

¹ Definities op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Op grond van jurisprudentie kan verslaving in sommige gevallen wel als stoornis worden gezien.

² Artikel 7:4 Wvggz biedt een wettelijk kader ten aanzien van tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel. Onder de Bopz kan ingrijpen alleen worden gerechtvaardigd door een beroep te doen op het buitenwettelijke noodrecht.

Deelnemende partijen

Naam	Functie	Organisatie
Ben Nijboer	Beleidsmedewerker/Teammanager Crisisdienst en OGGZ	Mediant GGZ Twente
Peter Bastiaansen	Teammanager	GGZ Drenthe
Armin Voogt	Psychiater	GGD Rotterdam-Rijnmond
Bert van Hemert	Hoofd zorg, Bureau 24-uurszorg Hoogleraar Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, LUMC	Parnassia Bavo Groep, Haaglanden
Rob den Dekker	Centrummanager van GGZ Eindhoven centrum spoedeisende psychiatrie	GGZ Eindhoven
Rob de Jong	Algemeen directeur Divisie Willem Arntsz	Altrecht (GGZ)
Jelle van Veen	Regionaal coördinator Problematische Personen Voorzitter landelijk overleg Politie-GGZ	Politie Amsterdam-Amstelland
Hans Slijpen	Beleidsmedewerker	Politie Utrecht
Dirk Scholten	Regionaal portefeulhouder GGZ / hulpofficier van justitie	Politie Fryslan
Henk van Dijk	Kwartiermaker Veiligheidshuizen / korpsportefeulhouder samenwerking GGZ	Politie Rotterdam-Rijnmond
Pieter van Nobelen	Projectleider Politie-GGZ	Politie Haaglanden
Veronique Estourgie	Beleidsadviseur / Regionaal coördinator jeugd	Politie Gelderland-Zuid
Dick Kaasjager	Beleidsadviseur en coach	Onafhankelijk voorzitter
Frans Bosman	Beleidsmedewerker	GGD Rotterdam-Rijnmond
Dorine Vreugdenhil	Bedrijfsarchitect	Verbeteren Politie Processen (VPP) - vstPN

Onderwerpen Convenant

Afspraken in het geval van een crisissituatie

Een crisissituatie betreft een acute situatie die volgens één van beide partners direct ingrijpen noodzakelijk maakt ten einde direct gevaar voor de verwarde persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suicide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening.

Politie en GGZ hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het oplossen van dergelijke situaties. Ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid: de politie voor het handhaven van de openbare orde, het wettelijk begrenzen van overlast en het veiligstellen van situaties en de GGZ voor een snelle beoordeling bij een vermoeden van psychiatrische problematiek, het op indicatie organiseren en bieden van het juiste zorgaanbod, en adviseren van de betrokkenen. Meldingen van crisissituaties worden binnen politie opgevolgd met een prioriteit 1 of 2. Binnen de GGZ worden dergelijke meldingen zo spoedig als mogelijk opgevolgd / afgehandeld, meestal door de GGZ-crisisdienst.

A. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de GGZ-crisisdiensten voor de politie

Ten aanzien van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de GGZ-crisisdiensten worden de volgende afspraken gemaakt:

- o De crisisdienst is 24/7 bereikbaar en beschikbaar³.
- o De crisisdienst is bedoeld voor verwarde personen waarvan men het vermoeden heeft dat dit voorkomt uit een geestesstoornis.
- o Wanneer politie een verward persoon aantreft, schakelt de politie binnen een half uur de crisisdienst in voor consultatie en hulpverlening.
- o De crisisdienst reageert altijd op meldingen van politie omtrent crisissituaties. Uitgangspunt is dat er binnen ten hoogste twee uur⁴, of zoveel sneller als mogelijk, na het eerste (telefonisch) contact, een crisisdienst medewerker ter plaatse is om de politie bij te staan.

B. Tijdelijke vrijheidsbeneming en verblijf van verwarde personen (insluiting waar en hoelang)

Ten tijde van een crisissituatie kan op grond van artikel 25 van de Ambtsinstructie en artikel 40 Wetboek van strafrecht worden besloten om de betreffende persoon tijdelijk zijn vrijheid te benemen⁵. In dergelijke situaties dient de persoon onverwijd over te worden gebracht naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf.

Ten aanzien van het verblijf van verwarde personen in een crisissituatie worden de volgende afspraken gemaakt:

- o Personen die zich in een crisissituatie bevinden, worden (bij aantreffen door de politie) in principe door de politie overgebracht naar een geschikte locatie⁶ waar zij beoordeeld kunnen worden.
- o De politie bepaalt wat een veilige omgeving is om deze beoordeling plaats te laten vinden. Veiligheid voor de persoon en de hulpverlener is uitgangspunt voor deze keuze.
- o De politie stemt de gekozen locatie voor beoordeling direct af met de crisisdienst en zet hiermee het beoordelingsproces in gang.
- o Politie en GGZ-instellingen zijn bereid, binnen de kaders die de wet biedt, relevante informatie uit te wisselen ten aanzien van de betreffende persoon. In voorkomende gevallen kan de crisisdienst de politie adviseren over een juiste benaderingswijze etc.

³ Dat wil zeggen, de crisisdienst is 24x7 bemand en in staat om direct te handelen.

⁴ In de praktijk blijkt dat de crisisdienst in 80% van de gevallen binnen 2 uur aanwezig is. In de overige 20% van de gevallen kan zij garanderen dat zij binnen 3 uur aanwezig is.

⁵ In het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) verschaft art. 7:4.4b de Politie een wettelijke titel die het mogelijk maakt om dwingend op te treden in de fase voorafgaand aan inbewaringstelling (IBS).

⁶ Dit kan zijn een Spoedisende Psychiatrische Onderzoeksruiimte, een psychiatrisch ziekenhuis of politiebureau (niet zijnde een cel). Maar de beoordeling vindt bijvoorkeur op de locatie plaats waar de persoon wordt aangetroffen, bijvoorbeeld een woning, of een huisartsenpost. In art. 7:4.6 Wvggz wordt het onderbrengen bij politie of Koninklijke marechaussee geregeld.

- In geval van een strafbaar feit⁷ zal de persoon, naar inzicht van de Hulpofficier van Justitie (HovJ), worden ingesloten.
- Uitgangspunt is dat er binnen hoogstens twee uur na het telefonisch contact met de crisisdienst een crisisdienstmedewerker op de plaats van beoordeling aanwezig is die de opvang en het toezicht van de politie kan overnemen. Tot die tijd is de politie verantwoordelijk voor het toezicht op de persoon.
- Op locatie volgt zo snel mogelijk een beoordeling door de crisisdienst. De crisisdienst beoordeelt de betreffende persoon aan een geestesstoornis lijdt en bepaalt vervolgens welke vorm van behandeling noodzakelijk is. De eindverantwoordelijkheid voor deze beoordeling ligt bij de psychiater.
- De totale afhandeling van de opvang tot en met eventuele opname of heenzending vindt plaats met tussenkomst van zo min mogelijk schijven en in een zo hoog mogelijk tempo. Dit alles uiteraard met inachtneming van de professionele zorgvuldigheid.
- Concrete afspraken tussen de partners in dit proces worden op regionaal niveau vastgelegd.
- De complementaire verantwoordelijkheid voor de veiligheid van en de zorg voor persoon en omgeving staat in deze afspraken centraal. Zowel politie als GGZ blijven aanwezig totdat er een rustige en veilige situatie is ontstaan.

C. Het vervoer van verwarde personen

Het vervoer van verwarde personen is niet bij wet geregeld. Op grond van het feit dat een geestesstoornis een aanleiding kan zijn voor een medische indicatie, kan, nadat deze is vastgesteld, een beroep worden gedaan op ambulancezorg. Derhalve worden in zake het vervoer van verwarde personen de volgende procedureafspraken gemaakt:

- In geval van een crisissituatie is de politie verantwoordelijk voor vervoer naar de beoordelingslocatie⁸.
- De crisisdienst stelt de medische indicatie en organiseert op grond daarvan het verdere vervoer.
- Vervoer door de politie, anders dan naar de beoordelingslocatie, wordt niet gewenst geacht behoudens in situaties waarin politie en verantwoordelijk psychiater beide tot inzicht komen dat gegeven de bijzondere omstandigheden vervoer door of onder begeleiding van de politie zowel verantwoord als het beste is.
- In niet-acute situaties is de verantwoordelijkheid voor gedwongen vervoer afhankelijk van de situatie. De mogelijkheden worden weergegeven in bijlage I.
- De ambulancezorg vervoert in het geval van medische indicatie⁹. De gronden op basis waarvan deze indicatie wordt afgegeven worden weergegeven in bijlage II.
- Is er geen sprake van medische indicatie en in het geval van coöperatieve patiënten met wie goede afspraken zijn te maken kan de verantwoordelijk psychiater besluiten gebruik te maken van taxi, openbaar vervoer of eigen zorgkader (bijvoorbeeld familie). Is de patiënt niet coöperatief, dan zoeken politie en GGZ in overleg een passende oplossing voor het vervoer.
- Over vervoer op grond van een medische indicatie maken politie en GGZ regionaal werkafspraken met de ambulancezorg.
- In deze werkafspraken worden expliciet benoemd: onvrijwillig vervoer, urgentiebepaling, vervoer buiten de regio¹⁰ en vervoer buiten de regio tussen 18:00 en 07:00 uur.

D. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de politie voor de GGZ

In bepaalde gevallen kan het nodig zijn dat politie de GGZ assisteert. Het kan hierbij gaan om assistentie bij het tegen de wil van een verward persoon binnen gaan van een woning, om assistentie in het geval van

⁷ Situaties waarin het ordeverstoring gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis worden als strafbaar feit aangemerkt.

⁸ In geval van een beoordelingslocatie is politie verantwoordelijk voor het vervoer omdat indien in de pre-IBS fase de beoordelingslocatie niet het politiebureau is, een andere locatie (bv binnen een zorginstelling) als het equivalent van de politielocatie kan worden beschouwd.

⁹ De kern van de medische indicatie is: *de patiënt heeft onderweg verpleegkundige zorg nodig*. De medische indicatie is onafhankelijk van de aard van de opname (IBS, RM of vrijwillig).

¹⁰ Het vervoer door de ambulancedienst buiten de regio alleen als de paraatheid in de eigen regio niet in het geding is. Urgentiebepaling wordt bepaald door de meldkamer van de ambulancedienst.

een suïcide dreiging of om assistentie in gevallen waarin agressie van de kant van de patiënt kan worden verwacht.

Onder agressie wordt in deze context verstaan: "Het opzettelijk verbaal uiten of gebruiken van fysieke kracht of macht, dan wel het dreigen ermee, door de verwarde persoon, gericht tegen zichzelf of tegen de directe omgeving hetgeen zal resulteren in een onaangenaam gevoel, pijn, letsel, schade of de dood, dan wel ontardt in een strafbaar feit".

Politie draagt de verantwoordelijkheid voor de veiligheid in de openbare ruimte en heeft daar het monopolie op geweld. De GGZ is verantwoordelijk voor het waarborgen van de veiligheid op haar terrein en binnen haar instellingen. Zij kan hiertoe beveiliging inhuren. Er kunnen zich echter omstandigheden voordoen waarbij deze waarborging van de veiligheid redelijkerwijs niet van kan worden verlangd van de GGZ. Onder deze omstandigheden kan een beroep worden gedaan op de politie.

Op grond hiervan worden de volgende afspraken gemaakt:

- o Een acute bedreigende situatie dient zo snel mogelijk te worden beëindigd.
- o Wanneer het slachtoffer en andere betrokkenen hier zelf niet toe in staat zijn, wordt direct de politie ingeschakeld via het alarmnummer 112.
- o Over de omgang met agressie en geweld tegen medewerkers van de GGZ in de uitoefening van hun taak stellen politie, OM en GGZ regionaal een protocol op.
- o In dit protocol wordt in ieder geval aangegeven hoe er gehandeld dient te worden bij (dreiging van) een incident in een GGZ-instelling, de procedure van aangifte bij de politie en procedure bij een strafrechtelijke vervolging.
- o De richtlijn 'Eenduidige Landelijke Afspraken', zoals opgesteld in het programma 'Publiek Veilige Taak' is van toepassing op dit protocol en kan als basis dienen.
- o Het protocol wordt jaarlijks geëvalueerd.

Afspraken in het geval van een niet-acute situatie (hemoeizorg)

Een niet-acute situatie betreft een situatie waarin sprake is van personen met ernstige psychische / psychosociale problemen. Hoewel dergelijke situaties zorgwekkend zijn en de betreffende personen hulp behoeven, hoeft deze hulp niet acuut te worden aangeboden. Behandeling door de crisisdienst is in deze gevallen dus niet noodzakelijk. De crisisdienst kan echter wel als verwijzer optreden. Wanneer deze personen overlast veroorzaken, dan wel een gevaar voor zichzelf vormen, heeft de politie een verantwoordelijkheid om op te treden. Als de overlast gevolg is van psychische problemen trachten de GGZ-instellingen de overlast en het gevaar weg te nemen door het bieden van zorg (behandelingen). Meldingen van zorgwekkende situaties worden binnen politie opgevolgd met een prioriteit 3 of 4. Binnen de GGZ-instellingen worden dergelijke meldingen opgevolgd / afgehandeld door speciaal ingerichte meldpunten.

De ernstige psychische en psychosociale problemen zijn niet altijd zichtbaar en leveren zodoende niet altijd direct overlast op. Veelal zijn deze problemen maatschappelijk van aard en kunnen het gevolg zijn van:

- o Huiselijk geweld;
- o Verslaving en/of intoxicaties;
- o Eenzaamheid / sociaal isolement;
- o Geestelijke / verstandelijke handicap;
- o Dak- en thuisloosheid;
- o Of een combinatie van deze.

Hierdoor doen zich ernstige problemen voor op een of meer van de volgende leefgebieden (en de daarbinnen te onderscheiden aspecten):

- o Veiligheid;
- o Huisvesting;
- o Huishouding;
- o Zelfverzorging.

De regie op de sociaal-psychiatrische hulpverlening voor de omschreven problematiek valt onder de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en is een verantwoordelijkheid van de door de rijksoverheid

aangewezen gemeente. De uitvoering ligt doorgaans bij een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en/of een GGZ-instelling. Tussen die instellingen bestaat idealiter een nauwe samenwerking. Daarnaast participeren andere instituties zoals politie, gemeentelijke sociale dienst, hulpverleningsorganisaties en sociale verhuurders in overlegstructuren. Dit convenant beperkt zich echter uitsluitend tot afspraken tussen politie en GGZ.

E. Hulp aan personen in een niet-acute situatie

In geval van een niet-acute situatie waarin de persoon de openbare orde of veiligheid verstoort, dan wel een gevaar is voor zichzelf, erkennen politie en GGZ-instellingen ook een complementaire verantwoordelijkheid bij het tot stand komen van bemoeizorg. Politie heeft hier een signalerende en adviserende rol en treedt, indien noodzakelijk, ondersteunend op. De GGZ-instellingen zijn, in samenwerking met partners, zoals bijvoorbeeld de gemeente, verantwoordelijk voor het organiseren en bieden van een juist zorgaanbod.

In dit kader worden de volgende afspraken gemaakt:

- Uitvoering van het OGGZ-beleid en onderhoud van de netwerken die daaromheen zijn georganiseerd, is een taak van de gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- Politie en GGZ-instellingen spannen zich in om samen met de gemeenten te komen tot een regiodekkend OGGZ-netwerk met een meldpunt voor hulp aan personen in een niet-acute situatie.
- Politie en GGZ-instellingen beschrijven een verantwoordelijkheid om deze taak vanuit een adviserende rol te ondersteunen.
- In situaties waarbij de persoon zelf om hulp vraagt, dan wel de geboden hulp aanvaardt, draagt de GGZ-instelling zorg voor een directe doorverwijzing naar een geschikte behandelaar, alsmede de terugkoppeling naar de betrokken partners.
- In situaties waarbij de persoon geen hulp aanvaardt, wordt hulp geboden via de (lokale of regionale) OGGZ-netwerken. De persoon wordt door politie of GGZ aangemeld bij een centraal meldpunt van de OGGZ. Dit meldpunt draagt zorg voor een juiste doorverwijzing.
- GGZ-instellingen en politie zien erop toe dat hulp aan personen in een zorgwekkende situatie in een zo vroeg mogelijk stadium word geboden. Door vroegsignalering¹¹ kan worden voorkomen dat problemen escaleren. Voorkomen is beter dan genezen.

F. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van OGGZ-netwerken voor de politie en GGZ

Ten aanzien van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de (lokale of regionale) OGGZ-netwerken voor de politie en GGZ worden de volgende voorwaarden gesteld:

- In elke gemeente/regio:
 - Is er een meldpunt waar OGGZ-signalen kunnen worden afgegeven. Dit kan een fysiek punt zijn, een persoon, een telefoon- of een mailadres, afhankelijk van de gemeente/regio.
 - Is er een OGGZ-netwerk beschikbaar waar politie en/of GGZ zorgwekkende situaties kunnen adresseren en bespreken. Een OGGZ-netwerk functioneert onder de regie van de gemeente, die deze regie kan delegeren aan de regionale GGD.
 - Zijn er afspraken over de wederzijdse bereikbaarheid zowel tijdens als buiten kantooruren.
 - Is er een multidisciplinair overleg waar concrete afspraken ten aanzien van de opvolging van meldingen worden gemaakt. De partners die in ieder geval aan dit overleg deelnemen zijn:
 - GGZ-instellingen
 - Gemeente; bestaande uit in ieder geval de GGD en het veiligheidshuis
 - Woningcorporaties
 - Politie

¹¹ Deze vroegsignalering kan bijvoorbeeld geleverd worden door FACT-teams of medewerkers van OGGZ-netwerken.

- Kunnen afhankelijk van regio, gemeenten en de problematiek andere, specialistische partners structureel of op indicatie worden uitgenodigd. Bijvoorbeeld het OM wanneer er sprake is van criminaliteit.
- Kan een OGGZ-netwerk worden uitgesplitst naar doelgroep of wijkniveau, afhankelijk van de problematiek en het noodzakelijke netwerk van (hulpverlenings)partners, of juist in samenwerkingsverband tussen gemeenten worden georganiseerd.

Afspraken op het gebied van overstijgende onderwerpen

Buiten de acute en zorgwekkende situaties zijn er nog een aantal overstijgende onderwerpen waarover nadere afspraken zullen worden gemaakt. Onderstaand volgt een nadere uitwerking van deze onderwerpen.

G. Informatie-uitwisseling tussen GGZ-instellingen, politie, partners en familie

In de praktijk bestaat veel verwarring over de mogelijkheid persoonsgegevens uit te wisselen tussen verschillende disciplines en / of instanties. De grondslag voor deze mogelijkheden is gelegen in de 'Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg' en de 'Wet politiegegevens'. Beide zijn leidend in de uitwisseling en verwerking van persoonsgegevens in de samenwerking tussen GGZ en politie. Algemeen uitgangspunt in de verwerking en uitwisseling van persoonsgegevens in de samenwerking tussen politie en GGZ zijn:

- Relevante gegevens mogen door beide partijen worden verstrekt voor zover dit noodzakelijk is voor de directe uitvoering van hun taak in een concrete situatie (het proportionaliteitsbeginsel). De politieambtenaar en de hulpverlener beoordelen dit zelf.
- Bij de uitwisseling van informatie staat het aspect van hulpverlening te allen tijde voorop.
- Relevante gegevens¹² mogen worden uitgewisseld om, gezien de ernst, een situatie rond een persoon bespreekbaar te maken dan wel van advies te voorzien.
- Slechts die gegevens¹³ mogen worden verstrekt die nodig zijn om een situatie aan te pakken. Dit kunnen gegevens zijn over het feit of iemand psychotisch is, maar geen gegevens over de uitvoerige voorgeschiedenis van een patiënt. Dergelijke gegevens kunnen tevens worden uitgewisseld om de gevaarsituatie in te schatten ten behoeve van het vervoer.
- Informatie verstrekt in het kader van dit convenant mag uitsluitend voor die doeleinden worden gebruikt.
- De persoon waarover gegevens worden uitgewisseld wordt zo snel mogelijk hierover geïnformeerd tenzij een gewichtig belang zich hiertegen verzet.
- Er dient zorgvuldig aantekening te worden gehouden over de doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit van de gegevensuitwisseling.
- Uitwisseling, (her)gebruik en doorverstrekken van persoonsgegevens vindt *alleen plaats* voor zover dit noodzakelijk is voor het doel van dit convenant of indien dit uit een wettelijke verplichting voortvloeit.
- Vertrouwelijkheid geldt ook voor de informatie op de crisiskaart die veel GGZ-cliënten bij zich dragen.

H. Wat te doen bij vermissing, c.q. ongeoorloofde afwezigheid uit een GGZ-instelling.

Ten behoeve van een eenduidige opvolging van vermissing, c.q. ongeoorloofde afwezigheid uit een GGZ-instelling, worden de volgende afspraken gemaakt¹⁴:

¹² In samenwerking tussen de politie en GGZ zijn relevant: NAW-gegevens, geboortedatum, geslacht, huisarts, gezinssituatie, inhoud van de melding, contactpersoon, sociale situatie en veiligheidsrisico.

¹³ Afhankelijk van de situatie kunnen in de samenwerking tussen politie en GGZ relevant zijn: culturele achtergrond, psychische toestand, lichamelijke toestand, lopende maatregelen en straffen, en gegevens m.b.t. onrechtmatig/hinderlijk gedrag (i.v.m. opgelegd verbod n.a.v. gedrag).

¹⁴ Het melden van vermissingen wordt geregeld in art. 14:3 van de WvGGZ. Overeenkomstig dit artikel moet vermissing van een opgenomen persoon worden gemeld bij de commissie (indien ingevoerd) en de politie.

- Het Openbaar Ministerie van de desbetreffende regio waar de patiënt wordt vermist, is verantwoordelijk voor de opsporing en aanhouding van de ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt.
- De geneesheer-directeur van de betreffende GGZ-instelling maakt melding van ongeoorloofde afwezigheid bij inspecteur van Volksgezondheid en de officier van Justitie.
- Dergelijke meldingen komen binnen op een centraal punt bij het korps¹⁵ en worden afgehandeld op basis van de richtlijn van het college van PG's.
- Op verzoek kan politie een uitdraai van dit centrale punt ontvangen met daarop een overzicht van vermiste en ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënten in de regio.
- Indien de vermiste of ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormt, verzoekt de officier van Justitie politie over te gaan tot acute opsporing van deze persoon.
- Ten behoeve van een efficiënte inzet van de opsporingscapaciteit geeft de geneesheer-directeur per vermiste, dan wel ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt, aan hoe acuut directe opsporing van deze patiënt is. Bij bepaalde patiënten is immers bekend dat zij uit zichzelf terugkomen.
- Bij aanhouding van een vermiste dan wel ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt wordt op lokaal niveau, in overleg met de houder van de BOPZ machtiging besloten op welke wijze het vervoer terug naar de instelling wordt geregeld (afspraken zijn conform de werkwijze zoals geformuleerd in de brief van Procureurs Generaal d.d. 6 oktober 2009¹⁶).
- Voor patiënten die niet vallen onder de BOPZ geldt het algemene protocol voor vermissingen van de politie.
- In voorkomende situaties bij ontslag uit een BOPZ-maatregel of omzetting naar een voorwaardelijke maatregel wordt met toestemming van de patiënt de politie door de GGZ ingelicht.

I. Aangifte doen van strafbare feiten gepleegd binnen de GGZ-instellingen

Om het doen van aangifte van strafbare feiten die in de zorg plaatsvinden bekend te maken, worden de volgende afspraken gemaakt:

- De GGZ-instellingen maken de mogelijkheid tot het doen van aangifte bekend binnen zorginstellingen.
- Een vertegenwoordiger van de GGZ-instelling doet aangifte van het strafbare feit. Het slachtoffer wordt vervolgens gehoord als getuige. Van het slachtoffer wordt alleen de naam genoteerd, geen andere gegevens.
- Openbaar Ministerie en politie ondersteunen het programma Veilige Publieke Taak¹⁷. In het kader hiervan wordt de privacy van de aangever zo veel mogelijk beschermd. Anoniem aangifte doen is in het Nederlandse strafrecht niet mogelijk.
- Om te komen tot een goede dossiervorming maken politie en GGZ registratie van zowel aangiftes als meldingen.
- Politie en GGZ dragen er zorg voor dat gemelde incidenten in de juiste context worden geplaatst. Incidenten binnen GGZ-instellingen worden hiermee als onderdeel van een gehele problematiek rondom een persoon gezien.
- Aan de hand van het protocol "Sociale veiligheid in de GGZ, aangifte doen bij agressie of geweldsincidenten" en de "Eenduidige Landelijke Afspraken bij agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak" worden deze punten op regionaal niveau nader uitgewerkt in concrete procedureafspraken.
- Politie en GGZ dragen er zorg voor dat deze afspraken intern worden opgepakt en op de werkvloer landen.

¹⁵ Volgens de richtlijn van het college van PG's komen deze meldingen binnen bij het OM. In de dagelijkse praktijk komen deze meldingen op een centraalpunt bij de Politie binnen.

¹⁶ In het geval van een medische indicatie vervoert de ambulancezorg. N.B.; een verzoek van de Geneesheer Directeur om de patiënt per ambulancevervoer terug te laten brengen naar de kliniek geldt als een medische indicatie.

¹⁷ Voor meer informatie zie www.helodeskvt.nl.

J. Opleiding en kennisuitwisseling

Zowel politie als GGZ realiseren zich dat kennis van essentieel belang is voor een effectieve aanpak van *verwarde personen*. De website 'Opvang verwarde personen' op Politie Kennis Net (PKN) en de internetsite 'www.politiegedrag.nl' zijn reeds beschikbaar voor nadere informatie over het onderwerp. Daarnaast worden ten aanzien van opleiding en kennisuitwisseling op het gebied van de aanpak van verwarde personen de volgende afspraken gemaakt:

- Vanuit politie en GGZ wordt er geïnvesteerd in opleidingen voor zowel medewerkers in de basispolitiezorg¹⁸ als medewerkers binnen de zorg.
- Op regionaal niveau worden afspraken gemaakt tussen de GGZ-instelling en het politiekorps over wederzijdse kennisoverdracht.
- Op landelijk niveau ontwikkelen GGZ en politie een toolkit met daarin praktische voorbeelden en handvatten uit de verschillende regio's.
- De politie en GGZ brengen cliëntenervaringen in in de opleiding.

K. Overlegstructuren

Voor een goede samenwerking zijn bindende afspraken nodig over de vormgeving van deze samenwerking. Kernpunt van deze bindende afspraken moet zijn dat de domeindiscussie op operationeel niveau tijdens de samenwerking wordt vermeden. De voortgang van deze samenwerking dient regelmatig op verschillende niveaus te worden besproken. Hiertoe zijn overlegstructuren noodzakelijk. Ten aanzien van deze overlegstructuren worden de volgende afspraken gemaakt:

- Op centraal niveau wordt een overlegstructuur geformeerd. Hier vindt halfjaarlijks tactisch overleg plaats over de uitvoering van het convenant tussen politie en GGZ.
- Voor overleg met andere relevante partijen wordt op centraal niveau een klankbordgroep gevormd.
- Op decentraal niveau wordt een overlegstructuur geformeerd waar op operationeel wordt gesproken over de aanpak van verwarde personen.
- Binnen deze overlegstructuur op decentraal niveau wordt tevens gesproken over de situaties die buiten de scope van de bestaande convenanten, protocollen of afspraken vallen, maar waar GGZ-instellingen en politie in gezamenlijkheid hebben gehandeld, met als doel het probleem op een zo goed mogelijke wijze op te lossen.
- Zorgverleners die deelnemen aan een van deze overlegstructuren maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.
- Zorgverleners die deelnemen aan een van deze overlegstructuren zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.
- Op decentraal niveau wordt onderscheid gemaakt tussen overleggen ten behoeve van crisissituaties en overleggen ten behoeve van zorgwekkende situaties.
 - Overleggen ten behoeve van crisissituaties
 - Ten behoeve van het opschalen van acute knelpunten tijdens het operationele proces worden binnen zowel politie als GGZ-instelling vaste contactpersonen aangewezen die elkaar 24x7 kunnen bereiken.
 - Ten tijde van de crisissituaties vindt afstemming plaats over de meest effectieve oplossing.
 - Na afloop van een crisissituatie vindt overleg plaats tussen de betrokkenen (zoals cliënten, familie, advocaten, huisartsen, etc.) bij dit proces. Evaluatie van het proces, onderkenning van de verbeterpunten en het voorkomen van domeindiscussies in crisissituaties staan hier centraal.
 - Overleggen ten behoeve van zorgwekkende situaties

¹⁸ De omgang met verwarde personen kan bijvoorbeeld als standaard onderdeel worden opgenomen in de basisopleiding politiezorg. Bijscholing op dit gebied kan een vast onderdeel worden van de IBT-trainingen.

- Ten behoeve van het oplossen van zorgwekkende problemen vindt periodiek overleg plaats binnen het lokale zorgnetwerk. Vaste vertegenwoordigers van de partnerorganisaties uit het lokale zorgnetwerk nemen deel aan dit overleg.
- Dit overleg vindt zoveel mogelijk plaats binnen de structuur van het veiligheidshuis.
- Tijdens dit overleg staat de persoon centraal en wordt een oplossingsgerichte benadering nagestreefd. Tevens staat de evaluatie van lopende aanpak op de agenda van dit overleg.

L. Evaluatie van het convenant

Dit convenant wordt drie jaar na ondertekening geëvalueerd door politie en GGZ. De evaluatie strekt zich uit tot:

- De implementatie van het convenant.
- De werking van het convenant.
- De ervaringen van cliënten en familie.
- De betrokkenheid en ervaringen van andere partners.

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage I. Afspraken over verantwoordelijkheden m.b.t. vervoer van verwarde personen voor zolang het vervoer niet bij wet is geregeld¹⁹.

Situatie	Justitiële Status	Gevaar	Maatregelen	Vervoersrichting	Vrijwillig gedwongen vervoer	Bevoegdheid politie nodig?	Verantw. voor vervoer
Verwijzing Opname	vrijwillig	nee	Overdracht naar eigen zorgkader	naar huis/familie	vrijwillig	nee	patient
	vrijwillig	ja	Beëindiging crisissituatie woning/elders Beëindiging crisissituatie op openbare weg	naar instelling naar onderz.lok (SPOR, SEH) naar politiebureau	vrijwillig gedwongen gedwongen	nee ja ja	beh. arts politie politie
Ontslag	IBS/RM WGBO strafrecht e.a. wetg.	ja	Beëindiging crisissituatie woning/elders Beëindiging crisissituatie op openbare weg Beoordeling in het kader van de Wet BOPZ Vaststellen med. indicatie voor vervoer	naar instelling naar onderz.lok (SPOR, SEH) naar politiebureau naar huis/familie	gedwongen gedwongen gedwongen vrijwillig	nee ja ja nee	beh. arts politie politie patient
	vrijwillige opname	nee	Gebruikelijke nazorg en afspraken	naar huis/familie	vrijwillig	nee	patient
Weglopen Vermissing	opname	ja	Beoordeling in het kader van de Wet BOPZ Overplaatsing naar andere instelling	geen (blijft ter plekke) naar instelling	n.v.t. vrijwillig	n.v.t. nee	n.v.t. beh. arts
	vrijwillige opname	nee	Regelen ontslag en afspraken nazorg Opsporing vermiste patient door instelling	naar huis/familie naar instelling	vrijwillig vrijwillig	nee nee	patient beh. arts
Niet nakomen van voorwaarden	gedwongen opname	ja	Beoordeling in het kader van de Wet BOPZ Opsporing vermiste patient door instelling Opsporing en aanhouding vermiste pat. door politie	naar onderz.lok (SPOR, SEH) naar instelling naar politiebureau van bureau naar instelling	gedwongen gedwongen gedwongen gedwongen	ja nee ja nee ja	politie beh. arts politie beh. arts pol. beg. Ambu
	gedwongen opname	n.v.t.	Terughalen van patiënt door instelling Opsporing vermiste patient door instelling Opsporing en aanhouding vermiste pat. door politie	naar instelling naar instelling naar politiebureau van bureau naar instelling	gedwongen gedwongen gedwongen gedwongen	nee nee ja nee ja	beh. arts beh. arts politie beh. arts pol. beg. Ambu
Strafbaar feit	voorwaardelijke RM	n.v.t.	Intrekken voorwaardelijk ontslag	naar instelling naar politiebureau van bureau naar instelling	gedwongen gedwongen gedwongen	nee ja ja	beh. arts politie pol. beg. Ambu
	strafrecht	n.v.t.	Afhandeling strafrechtelijke vervolging. Voortzetting strafrechtelijke vervolging	naar politiebureau naar justitiële inrichting	gedwongen gedwongen	ja ja	politie DJI

¹⁹ Een nadere toelichting op dit model is op te vragen bij de heer H. Slijpen van de politieregio Utrecht (hans.slijpen@utrecht.politie.nl).

Bijlagen

Bijlage II. Medische indicatie voor ambulancezorg bij patiënten met een psychiatrisch ziektebeeld²⁰:

Patiënten met een psychiatrisch ziektebeeld kunnen dikwijls wel zelfstandig of met enige hulp reizen. In sommige situaties kan ambulancezorg noodzakelijk zijn. Voor ambulancezorg is een medische indicatie nodig. De kern van de medische indicatie is: *de patiënt heeft onderweg verpleegkundige zorg nodig*. De medische indicatie is onafhankelijk van de aard van de opname (IBS, RM of vrijwillig). Reden om een medische indicatie af te geven kan zijn:

- Patiënt heeft op basis van zijn ziektebeeld verpleegkundige zorg nodig. Patiënt is bijvoorbeeld te angstig of te verward zijn om zelfstandig (met mantelzorg) te kunnen reizen.
- Patiënt heeft op basis van een acuut psychiatrisch beeld medicatie gehad waardoor, met het oog op somatische reacties op de medicatie, *verpleegkundige observatie en interventie nodig zijn*.
- Patiënt heeft somatische problematiek die vervoer per ambulance noodzakelijk maken zoals (auto)intoxicatie of automutilatie.

	IBS	RM	Vrijwillig
Psychiatrische noodzaak voor verpleegkundige begeleiding	Ja BOPZ, politie moet zich laten bijstaan	Soms	Soms
Somatische noodzaak voor verpleegkundige begeleiding	Vaak (acute sedatie)	Zelden	Zelden
Juridische noodzaak voor begeleiding	Ja, gedwongen	Ja, gedwongen	Nee
Maatregelen veiligheid	Ja, gevaarscriterium	Soms	Soms

- De meldkamer ambulancezorg is verantwoordelijk voor het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie en zorginstructie²¹.

²⁰ Aanvulling ten behoeve van het convenant GGZ-Politie opgesteld door Ambulancezorg Nederland.

²¹ Nota verantwoorde ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, NVMMA en V&VN Ambulancezorg (juni 2009) en Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, NVMMA en V&VN Ambulancezorg (juni 2009).

Bijlagen

- Op elke aanvraag om ambulancezorg beslist de meldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend²².
- De beoordeling van de noodzaak (indicatie) om per ambulance te vervoeren vindt plaats door de meldkamer ambulancezorg op basis van de informatie van de behandelende arts.
- De verpleegkundige zorg onderweg kan eventueel ook verleend worden door een sociaal psychiatrische verpleegkundige die ter begeleiding met de ambulance meegaat of die met ander vervoer de patiënt begeleidt.
- Bij een IBS moet eerst het gevaarcriterium worden gewogen en maatregelen worden genomen om de veiligheid te garanderen. Bij sommige patiënten is sedatie voldoende, bij andere patiënten is politiebegeleiding noodzakelijk. De politie heeft het mandaat op dwanguitoefening.

²² Tijdelijke Wet Ambulancezorg (september 2011).

Stelselwijziging Jeugd

Checklist

Toeleiding naar
jeugdhulp in
crisissituaties

Auteurs:

Anita Mikulic, Marly Kiewik en Inge Kouijzer (Deloitte Consulting)

Met medewerking van René van Vianen en Kitty van Julsingha
(Nederlands Jeugdinstuut)

Datum: april 2014

In opdracht van het Transitiebureau Jeugd

Inleiding

Dit is een checklist waarmee u als gemeente de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties kunt inrichten. De inrichting van een crisisdienst is een van de focuspunten uit de focuslijst die u onlangs is aangeboden door Transitiebureau Jeugd. Met deze focuslijst wil het Transitiebureau ingrediënten bieden aan gemeenten om te zorgen dat zij op tijd klaar zijn op 1 januari 2015. De checklist toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties is behulpzaam bij de afwegingen die gemaakt moeten worden. In het overgangsjaar is het belangrijk dat u zoveel mogelijk aansluit bij de situatie in uw gemeente en uw regio. Van hieruit kunnen de functies en taken van de crisisdienst zich verder ontwikkelen.

Met de Jeugdwet krijgen de gemeenten de taak om de noodzakelijke jeugdhulp in te zetten voor hun jeugdigen. In acute situaties, waar onmiddellijke actie nodig is, is de gemeente ervoor verantwoordelijk dat de jeugdhulp altijd direct bereikbaar en beschikbaar is. Deze verantwoordelijkheid is geborgd in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b van de Jeugdwet.

De gemeenten zijn op basis van het beginsel van beleidsvrijheid vrij bij de inrichting van een herkenbare, laagdrempelige en toegankelijke toegang tot de hulpverlening. Een randvoorwaarde is dat de jeugdhulp in crisissituaties altijd bereikbaar en beschikbaar is. In deze situaties moet per direct jeugdhulp worden geboden aan de jeugdige (binnen en buiten kantooruren). Bij de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties geldt een aantal algemene aandachtspunten:

- Om tijdig passende hulp te kunnen leveren, is het van belang dat de gemeente regelt dat er bij acute nood of crisis direct benodigde zorg ingezet kan worden. Het afgeven van de beschikking en verantwoording van de ingezette zorg vindt dan achteraf plaats.
- De crisisdienst dient 24/7 bereikbaar en beschikbaar te zijn. Naast bereikbaarheid en beschikbaarheid is aanwezigheid van voldoende juiste expertise van belang om een juiste inschatting van de crisissituatie te kunnen maken en de juiste interventie en zorg kunnen inzetten.
- Sturing op uitstroom van crisisplaatsen naar reguliere hulp is bij de inrichting van de crisisdienst een belangrijk aandachtspunt. Om dit te realiseren dienen er voldoende plaatsen beschikbaar te zijn en dienen er bindende afspraken te zijn met de partijen die de vervolgzorg en/of nazorg leveren.
- Er moet aandacht zijn voor de verbinding van de crisiszorg met de lokale voorzieningen. De cliënt kan in crisis komen vanuit de huidige hulp die hij ontvangt. Na een periode van crisisinterventie en crisiszorg kan de ondersteuning worden voortgezet in de lokale zorgstructuur.
- Crisismedewerkers moeten inzicht hebben in de hulpverleningshistorie van het gezin en moeten letten op goede aansluiting op de reeds ingezette hulp. Een goede verbinding met andere professionals uit de gemeentelijke toegang is daarvoor van groot belang. Ook is het belangrijk dat vanuit de crisisdienst een goede terugkoppeling plaatsvindt richting de professionals die actief zijn binnen het gezin.
- Het is raadzaam om inzicht te krijgen in de aantallen en soorten meldingen, ingezette interventies en crisiszorg binnen diverse domeinen in de huidige situatie om een beeld te vormen van de omvang van de (toekomstige) vraag naar crisisinterventie en crisiszorg.

In dit kader van de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties is het voor gemeenten van belang na te denken over strategische keuzes rond een aantal aspecten. De vijftien uitgewerkte keuzeaspecten zijn te verdelen in drie categorieën, namelijk:

1. Uitgangspunten

2. Positionering

3. Inrichting

De vijftien aspecten zijn onderling met elkaar verbonden. De keuzes die een gemeente maakt bij de uitgangspunten hebben invloed op de positionerings- en inrichtingsaspecten. Het is raadzaam dat de gemeente bij het maken van keuzes rekening houdt met de samenhang tussen de verschillende aspecten. De gemeente formuleert eerst de **uitgangspunten** met betrekking tot de crisiszorg. Vervolgens maakt zij een keuze over de **positionering** ofwel de organisatie waar de crisisdienst wordt ondergebracht. Als duidelijk is waar de crisisdienst wordt gepositioneerd, neemt men besluiten over de **inrichting** van de dienst. In de onderstaande checklist voor de inrichting van de crisisdienst zijn de verschillende keuzeaspecten met de erbij behorende keuzes weergegeven.

U kunt klikken op de keuzeaspecten. Per aspect worden dan de keuzemogelijkheden voor de gemeente toegelicht en worden de aandachtspunten en consequenties opgesomd. Belangrijk is op te merken dat deze aandachtspunten en consequenties niet uitputtend zijn. Het zijn echter wel veelbesproken onderwerpen als het om toeleiding naar crisiszorg gaat.

Mocht u geïnteresseerd zijn in meer informatie met betrekking tot de (wettelijke)context van de crisiszorg, de wijze waarop crisiszorg in het huidige stelsel is ingericht of het proces dat binnen de crisiszorg doorgaans wordt doorlopen, dan kunt u de uitgebreide Brochure *Toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties* raadplegen.

Checklist bij inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties

Uitgangspunten	Scope doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: integrale en intersectorale crisiszorg, leeftijd 0 tot 100 jaar • Keuze 2: crisiszorg voor de jeugd, leeftijd 0 tot 18/23 jaar • Keuze 3: aparte crisisdiensten jeugdzorg, jeugd GGZ, jeugd met een beperking
	Niveau van inrichting	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: (boven) regionaal niveau • Keuze 2: lokaal niveau
	Niveau van regionale samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: veiligheidsregio • Keuze 2: jeugdregio • Keuze 3: toekomstige AMHK regio • Keuze 4: GGD regio
	Definiëring crisis	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: kortdurende crisis a 24, 48 of 72 uur • Keuze 2: langer durende crisis a 4 tot 6 weken
	Uitvoeringsrol gemeente	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: rol op afstand • Keuze 2: rol in uitvoering
Positionering	Positionering Crisisdienst	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: bij de gemeente • Keuze 2: binnen de gecertificeerde instelling • Keuze 3: binnen het AMHK • Keuze 4: bij een zorgaanbieder • Keuze 5: als aparte organisatie
Inrichting	Uitvoeringsvorm	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: toegang via één ingang • Keuze 2: toegang via meerdere ingangen
	Beschikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: 24/7 • Keuze 2: verdeling buiten en binnen kantooruren
	Bemensing	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: bestaande kennis samenvoegen • Keuze 2: nieuwe arbeidsrelaties aangaan
	Taken en functies	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: beperkte functies (crisisinterventie) • Keuze 2: brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)

1 Uitgangspunten

1.1 Scope doelgroep

Keuze 1. Integrale en intersectorale crisisdienst, leeftijd 0 tot 100

Gemeenten kunnen ervoor kiezen de crisisdienst te organiseren als integrale en intersectorale crisisdienst. Met andere woorden voor alle leeftijden, niet alleen voor jeugd, maar ook voor volwassenen en voor alle soorten crises. Wanneer een volwassene betrokken is in de crisis, wordt deze in de huidige situatie via de crisisdiensten voor volwassenen opgepakt. Door de koppeling tussen de jeugd en volwassenen crisisdienst, kan er integraal en systeemgericht gekeken worden wat er nodig is om de veiligheid terug te brengen.

Om tot een integrale en intersectorale crisisdienst te komen, zal een proces doorlopen moeten worden van integratie en aansluiting met uiteenlopende expertises, werkwijzen en culturen. Het is van belang om bij het organiseren van een integrale en intersectorale crisisdienst te zorgen dat alle benodigde expertise aanwezig is om de gewenste kwaliteit te borgen

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 1](#)

Keuze 2. Integrale crisisdienst voor de jeugd, leeftijd tot 18 (met eventuele uitloop tot 23 jaar)

Gemeenten kunnen er ook voor kiezen de crisiszorg allereerst voor de jeugd tot 18 jaar (met een eventuele uitloop tot 23 jaar) te organiseren. De zorg rond kinderen vraagt om een andere insteek dan de zorg voor volwassenen. Het kan een bewuste keuze zijn om de zorg voor jeugd afgebakend te organiseren en hier gerichte expertise op in te zetten.

Gezien de huidige Ausgangssituatie waarin de crisisdiensten voor de jeugd vaak per sector zijn ingericht, ligt de uitdaging bij het opzetten van een integrale crisisdienst voor jeugd bij het samenbrengen van de diverse soorten expertise en kwaliteit en het ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze.

Ook kan dit een keuze zijn, indien de gemeente kiest voor een groeimodel waarin in eerste instantie afzonderlijke crisisdiensten voor jeugd en volwassenen worden gerealiseerd en later samenvoeging volgt. De gemeenten kunnen hiervoor kiezen omdat het eenvoudiger is om de diensten vanuit de bestaande situatie per domein te organiseren. Een integrale aanpak is wellicht niet direct haalbaar, omdat binnen verschillende domeinen nog veel onzekerheden zijn en verschillende keuzes gemaakt moeten worden.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 2](#)

Keuze 3: Aparte crisisdiensten jeugdzorg, jeugd GGZ, jeugd met een beperking

Gemeenten kunnen ervoor kiezen de huidige inrichting van de crisisdiensten (momenteel per sector: jeugdzorg, jeugd-GGZ en jongeren met een beperking) te handhaven. Gezien de doelstellingen van de wet is dit niet de meest voor de hand liggende keuze. Het kan echter, uit praktische overwegingen, een keuze zijn om de bestaande crisisdiensten te laten voortbestaan vanwege het grote aantal opgaven en veranderingen binnen het jeugddomein. Dit kan ook een tijdelijke oplossing zijn. De gemeente kan ervoor kiezen om binnen een bepaalde termijn de crisisdienst door te ontwikkelen tot een integrale crisisdienst voor jeugd of zelfs tot een integrale crisisdienst voor de doelgroep 0 tot 100 jaar.

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze voor een integrale crisisdienst is het van belang voldoende aandacht te hebben voor jeugd vanwege het volume, de specifieke problematiek, benodigde expertise en aanpak en de specifiek bij deze doelgroep horende sociale kaart.
- Bij de keuze voor een integrale crisisdienst is het van belang dat er een goede verbinding is gelegd voor uitstroom naar de juiste jeugdhulp.
- De keuze voor de integrale crisisdienst vraagt om een combinatie van veel deskundigheid en expertise. De medewerker die de eerste crisismelding aanneemt moet over een brede expertise beschikken om een juiste schatting te maken van de situatie of er moet een breed team beschikbaar zijn om de eerste inschatting te maken.
- Bij de keuze voor een integrale crisisdienst voor de brede doelgroep of voor jeugd is het belangrijk rekening te houden met verschillende wettelijke en kwaliteitseisen.

<< Keer terug naar de Checklist

1.2 Niveau van inrichting

Keuze 1. (Boven) regionaal niveau

Omdat het bij crisiszorg gaat om hooggekwalificeerd werk met een naar verwachting beperkt volume en omdat de bereikbaarheid (24/7) van belang is, ligt inrichting op regionaal niveau voor de hand. Bovendien worden hiermee de frictiekosten zo laag mogelijk gehouden. De crisisdienst is in de huidige situatie grotendeels belegd bij Bureau Jeugdzorg, en daarmee regionaal georganiseerd.

De crisisdienst kan ook op een bovenregionaal niveau worden ingericht. Dit kan opportuun zijn vanuit schaalgrootte of wanneer ook andere voorzieningen op bovenregionaal niveau zijn ingericht. Crisisplaatsingen van verstandelijk beperkte jongeren vragen bijvoorbeeld om maatwerk omdat niet elke jongere op elke willekeurige en beschikbare crisisplaats terecht kan. Dergelijke situaties vragen om kennis van de doelgroep, kennis van het zorgveld en plaatsingsmogelijkheden. Oplossingen voor crisissituaties van deze jongeren passen momenteel vaak beter bij een (boven)regionale benadering.

Echter één van de doelstellingen van de transitie jeugd is om zoveel mogelijk jeugdhulp in de buurt van het gezin te organiseren. Om de lokale verbinding te houden, kan worden afgesproken dat de crisiszorg zo snel mogelijk wordt overgedragen aan de lokaal georganiseerde reguliere hulp. De lokale situatie en de situatie van het kind en gezin moeten dit dan wel toelaten.

>> Klik hier voor praktijkvoorbeeld 3

Keuze 2. Lokaal (gemeentelijk) niveau

Tot nu toe zijn er geen voorbeelden bekend van de inrichting van crisiszorg op lokaal niveau. Mocht voor deze optie worden gekozen dan ligt dit het meest voor de hand bij gemeenten met een zekere omvang. Alleen op deze manier kan de kwaliteit, het volume en de bereikbaarheid worden gegarandeerd.

De meeste gemeenten zullen de eerste twee jaar beide onderdelen (crisisinterventie en crisiszorg) gezamenlijk inkopen, is de verwachting. Bij sterk functionerende lokale jeugdteams en/of het CJG, kan de bezetting van de crisisdienst tijdens kantooruren wellicht afnemen in de toekomst wanneer de jeugdteams en CJG's over voldoende expertise en kwaliteit beschikken om de crisisinterventies te plegen en de juiste crisiszorg in te schakelen.

Aandachtspunten en consequenties

- Het is belangrijk dat er een dekkend aanbod van crisisdienst en crisiszorg beschikbaar is. Door de gemeentelijke beleidsvrijheid kan het voorkomen dat binnen een regio verschillende keuzes gemaakt worden. Het is belangrijk dat alle gemeenten een crisisdienst en benodigde jeugdhulp beschikbaar hebben.
- Bij de keuze voor een (boven)regionale inrichting is het raadzaam te zorgen voor een goede aansluiting bij de andere diensten zoals de gemeentelijke toegang, AMHK, Raad voor de Kinderbescherming, de gecertificeerde instelling voor jeugdbescherming en jeugdreclassering etc.
- Houd bij het maken van de keuze voor het niveau van inrichting rekening met het volume en het kostenaspect van de crisisdienst.
- Bij keuze voor een (boven)regionale crisisdienst is een goede aansluiting bij het lokale jeugdveld belangrijk.
- Bij de keuze voor een (boven)regionale crisisdienst is het raadzaam de gemeentelijke sturing op de kwaliteit en uitvoering te waarborgen.

<< Keer terug naar de Checklist

1.3 Niveau van regionale samenwerking

Keuze 1. Veiligheidsregio

De gemeenten kunnen ervoor kiezen de samenwerking rondom de crisisdienst te koppelen aan de veiligheidsregio. Deze koppeling heeft als voordeel dat de crisiszorg aansluit op het werkproces van justitie en politie. Tevens zorgt deze schaalgrootte voor voldoende expertise.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 4](#)

Keuze 2. Jeugdregio

In het kader van de Jeugdwet hebben gemeenten voor 1 juni 2013 aangegeven in welke regio's zij willen of gaan samenwerken in de transitie jeugdzorg. De Nederlandse gemeenten hebben gekozen voor een indeling in 41 regio's. Deze regio's werken samen op specifieke thema's. Veel taken in het vrijwillig kader rondom jeugd zullen worden georganiseerd op de schaal van deze regio's. Ook het opstellen van regionale transitiearrangementen is op deze schaal vormgegeven. Voordeel van schaling volgens de jeugdregio is de aansluiting op het aanbod van gespecialiseerde jeugdhulp dat naar verwachting op het niveau van deze regio wordt ingericht.

Keuze 3. Toekomstig AMHK regio

Gemeenten hebben de opdracht om per 1 januari 2015 bovenlokaal een AMHK te vormen (samenvoeging SHG (Steunpunt Huiselijk Geweld) en AMK (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling)). Het bepalen van de schaalgrootte van de regio is aan gemeenten zelf. Dit kan eventueel samenvallen met de veiligheidsregio of de jeugdregio. Gemeenten zullen hier onderling afspraken over maken. Koppeling van de crisisdienst aan de AMHK-regio heeft als voordeel dat er aansluiting is op de werkprocessen van het AMHK. Overige voordelen hangen af van de gekozen schaal van het AMHK.

Keuze 4. GGD regio

Omdat de GGD in het kader van infectieziekten bestrijding over een 24/7 bereikbaarheid moet beschikken is het denkbaar de crisisdienst ook op dit niveau in te richten en bij de GGD-regio aan te sluiten. GGD-regio's zijn in een groot deel van Nederland aangesloten op de veiligheidsregio's. In sommige regio's is het huidige SHG ondergebracht bij de GGD.

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze voor het niveau van regionale samenwerking is het raadzaam om rekening te houden met het niveau van samenwerking rondom het zorgaanbod zodat de uitstroom naar reguliere zorg soepel verloopt.

<< Keer terug naar de Checklist

1.4 Definiëring crisiszorg

Keuze 1. Kortdurende crisiszorg a 24, 48 of 72 uur

Gemeenten kunnen ernaar streven de crisiszorg te richten op de eerste 24, 48 of 72 uur na crisis-interventie. Dit betekent dat crisiszorg in 24, 48 of 72 uur geboden wordt en dat de cliënt hierna wordt overgedragen aan de reguliere hulp. Bij deze keuze is het van belang dat de benodigde hulp altijd per direct beschikbaar en inzetbaar is. Wanneer sprake is van wachtlijsten of onvoldoende kennis en kwaliteit voor de benodigde zorgvormen kan dit leiden tot uitstroomproblemen en veiligheidsrisico's.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 5](#)

Keuze 2. Langer durende crisiszorg 4 à 6 weken

De gemeente kan er ook voor kiezen om de periode van de eerste vier tot zes weken na de crisisinterventie in het kader van crisiszorg te laten invullen, indien nodig. Hiermee wordt de crisiszorgaanbieder gelegenheid geboden om de crisissituatie zo veel mogelijk te normaliseren voordat de cliënt naar de reguliere zorg uitstroomt. In de huidige situatie hanteren sommige provincies/stadsregio's een crisiszorg van zes weken met een mogelijke verlenging van zes weken. Deze keuze vraagt om directe beschikbaarheid van de crisiszorg voor een langere periode.

Aandachtspunten en consequenties

- De definiëring van crisiszorg heeft invloed op de mate en snelheid van uitstroom en nazorg na crisiszorg en daarmee de afspraken die gemaakt moeten worden met zorgaanbieders.
- Beschikbaarheid van voldoende crisisplaatsen voor instroom vanuit crisisdienst, maar ook voor instroom van cliënten die reeds in zorg zijn bij een zorginstelling en in een crisissituatie terechtkomen, is van belang bij de inrichting van de crisisdienst. Strakke regie op crisisplaatsen en uitstroom naar reguliere zorg is noodzakelijk om te voorkomen dat in sommige situaties benodigde hulp niet geboden kan worden. Aanwezigheid van een plaatsingscommissie die onafhankelijk kan oordelen (zodat gemeenten in een regio niet onderling in gevecht gaan over wie welk kind het eerst plaatst bij in geval van wachtlijsten) is aan te raden.
- Bij kortdurende crisiszorg is het van groot belang aandacht te hebben voor duidelijke afspraken over een stevige sturing op de uitstroom uit crisiszorg naar reguliere zorg. Directe uitstroommogelijkheden zijn noodzakelijk om het veiligheidsrisico te beperken.
- Beschikbaarheid van vervolgzorg na crisiszorg speelt ook bij de keuze voor een langer durende crisiszorg een rol, maar vormt door de mogelijkheid om zes weken crisiszorg in te zetten een beperkter veiligheidsrisico.
- Bij de keuze voor kortdurende crisiszorg zijn er meer overdrachtsmomenten naar verschillende professionals. Deze overdrachtsmomenten vormen een veiligheidsrisico, onder andere door gebrek aan motivatie bij het gezin in crisis.

<< [Keer terug naar de Checklist](#)

1.5 Uitvoeringsrol gemeente

Keuze 1. Rol op afstand

Veel gemeenten kiezen ervoor de crisiszorg te organiseren op plaatsen waar dit momenteel ook al gebeurt. Redenen hiervoor zijn: behoud van investeringen (panden, loketten, etc.), bekendheid voor *inwoners en samenwerkingspartners*. Daarnaast zijn de faciliteiten voor de crisiszorg op dit moment overwegend (boven)regionaal geregeld. De gemeente heeft bij deze keuze meer een regierol en laat de uitvoering over aan de gekozen partijen.

Keuze 2. Rol in uitvoering; crisisdienst bij gemeentelijke loket/het jeugdteam

Er zijn ook gemeenten die de crisisdienst onderdeel willen laten zijn van het *gemeentelijke loket/het jeugdteam*. Zo kan de jeugdhulp ook in crisissituaties dichtbij worden aangeboden. Het is raadzaam om hierbij goed te bepalen welke competenties nodig zijn (bij onder andere de triage en 24/7 uren beschikbaarheid) en welke taken en functies de gemeentelijke crisisdienst zal uitvoeren. Deze keuze biedt de gemeenten de mogelijkheid om meer inzicht te hebben in wat er speelt en direct te sturen op de uitvoering van de crisisdienst.

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze voor een **rol op afstand** is het van belang duidelijke afspraken te maken met de uitvoeringsorganisatie over sturing, financiering en resultaten.
- Bij de keuze voor een **rol in de uitvoering** is het verwerven van benodigde expertise om de gekozen rol goed in te vullen een aandachtspunt. Ook moet rekening worden gehouden met de kwaliteitseisen en registratieverplichtingen voor betrokken medewerkers.
- Het is van belang rekening te houden met de kosten en de baten van de gekozen gemeentelijke rol.

<< Keer terug naar de Checklist

2 Positionering van de crisisdienst

2.1 Bij de gemeente

De gemeente kan ervoor kiezen zelf een crisisdienst in te richten binnen de eigen organisatie door de taken die bij de crisisdienst horen te beleggen bij het eigen loket of een lokaal jeugdteam. Deze keuze hangt samen met het gekozen uitgangspunt van de uitvoeringsrol van de gemeente. Voordeel van deze keuze is dat de gemeente directe regie kan voeren op de ingezette actie en geboden ondersteuning in acute situaties.

Gezien het relatief beperkte volume van acute situaties en de verplichting om voor taken op het gebied van jeugdbescherming, jeugdreclassering en AMHK regionaal samen te werken, is het raadzaam af te wegen of de voordelen van de individuele inrichting opwegen tegen de kosten van de organisatie, de benodigde expertise en beschikbaarheid.

Aandachtspunten en consequenties

- Een georganiseerd meldpunt op lokaal niveau, zoals bij de gemeente, kan invloed hebben op de algehele meldbereidheid. Omdat de melding dichtbij huis, eenvoudig en met minder drempels gedaan kan worden zou de meldbereidheid kunnen stijgen.
- Denk na over de inrichting van een registratie- en informatiesysteem voor uitwisseling van gegevens met andere samenwerkingspartijen.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van het AMHK en GI (gecertificeerde instelling) voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

<< Keer terug naar de Checklist

2.2 Binnen de gecertificeerde instelling

De gemeente kan ervoor kiezen de crisisdienst onder te brengen bij een gecertificeerde instelling (GI). De redenen om hiervoor te kiezen zijn ondermeer de regionale schaal en de aanwezigheid van expertise bij deze instelling. Verder speelt mee dat er veel overeenkomsten zijn tussen de taken van de GI, het AMHK en de crisisdienst waardoor de medewerkers efficiënter ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld met de verplicht 24/7 bereikbaarheid die geldt voor zowel JB, JR als de crisisdienst. Belangrijk hierbij is om specifieke expertise met betrekking tot jeugd GGZ en jeugdigen met een beperking hierbij aan te sluiten.

Zowel de crisisdienst, gecertificeerde instellingen voor JB en JR als het AMHK hebben een 24/7 bereikbaarheid nodig, dit kan in de toekomst wellicht gecombineerd worden wat betreft bezetting en kennisdeling, maar ook beperken van frictiekosten en verdwijnen van expertise. Er is dus een belangrijk verschil; het AMHK werkt vanuit een vrijwillig karakter en de gecertificeerde instellingen voor JB en JR vanuit het gedwongen kader.

De hoeveelheid en verscheidenheid van taken binnen de organisatie vragen om duidelijke communicatie naar buiten zodat dit niet zal leiden tot verwarring bij de cliënten. JB en JR maken deel uit van het gedwongen kader, terwijl AMHK vanuit het vrijwillige kader opereert. Voor hen is het mogelijk niet altijd duidelijk waar de organisatie voor staat, waar men terecht moet en hoe onderdelen zich tot elkaar verhouden.

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze om de crisisdienst bij de GI te positioneren is het van belang rekening te houden met het feit dat de GI geen jeugdhulp mag verlenen. Dit betekent dat noodzakelijke jeugdhulp in het kader van crisis door een andere partij moet worden uitgevoerd.
- Het is van belang een goede verbinding te hebben met crisiszorg en voldoende beschikbare capaciteit, aangezien de GI zelf geen vervolgcrisiszorg verleent na de interventie.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere het AMHK voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

<< Keer terug naar de Checklist

2.3 Binnen het AMHK

De crisisdienst kan een onderdeel zijn van de AMHK-organisatie. De taken van de crisisdienst en het AMHK komen op sommige punten overeen. Beide diensten moeten 24/7 bereikbaar zijn en direct kunnen handelen in een acute situatie. Een voordeel van deze positionering is bijvoorbeeld dat er één meldpunt met 24/7 bereikbaarheid wordt ingericht. Aandachtspunt is dat AMHK staat voor huiselijk geweld en kindermishandeling en niet alle crisissen gaan over huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit zou kunnen zorgen voor (hogere) barrières bij melders en burgers.

Bij de realisatie van het AMHK zijn de gemeenten verplicht bovenregionaal samen te werken. Zij hebben beleidsvrijheid bij de inrichting van de AMHK-organisatie en samenwerking met overige stakeholders. De handreiking 'Scenario's voor het AMHK in relatie tot het lokale sociale domein' beschrijft de mogelijke scenario's voor de inrichting van het AMHK (zie www.vng.nl).

In sommige regio's is het denkbaar dat het AMHK wordt ondergebracht bij de GGD. De GGD is 24/7 beschikbaar in verband met infectieziekten en soms OGGZ. In deze situatie zou de crisisdienst samen met het AMHK bij de GGD kunnen worden ondergebracht.

Aandachtspunten en consequenties

- Er kan rolverwarring ontstaan omdat crisis niet altijd kindermishandeling of huiselijk geweld behelst. Dit kan drempelverhogend werken voor melder en inwoners van een gemeente.
- Het is van belang een goede schakel te vormen tussen crisisinterventie en crisiszorg.
- Een goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de VOTS en VoVo van belang.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.
- Er kan rolverwarring ontstaan omdat crisis niet altijd kindermishandeling of huiselijk geweld behelst. Dit kan drempelverhogend werken voor melder en inwoners van een gemeente.
- Het is van belang een goede schakel te vormen tussen crisisinterventie en crisiszorg.
- Een goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de VOTS en VoVo van belang.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

<< Keer terug naar de Checklist

2.4 Bij een zorgaanbieder

De gemeente kan ervoor kiezen de crisisdienst te laten uitvoeren door een zorginstelling en bedden beschikbaar te laten stellen. Deze instelling kan bijvoorbeeld direct benodigde hulp bieden aan het gezin of direct een crisisplaatsing realiseren.

Aangezien er in een gemeente of regio doorgaans meerdere zorginstellingen met specifieke zorgaanbod actief zijn, beschikt één instelling vaak niet over een totaal palet aan hulpverlening. Het belangrijk om het proces van uitstroom uit crisiszorg naar reguliere zorg goed af te stemmen om te borgen dat een cliënt de best passende zorg ontvangt na de crisisplaatsing.

Aandachtspunten en consequenties

- Waarborgen dat cliënt passende hulp krijgt in de crisis en niet alleen de beschikbare zorg van de zorgaanbieder aanbieden.
- Een goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de VOTS en VoVo van belang.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere het AMHK en GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

[<< Keer terug naar de Checklist](#)

2.5 Als aparte organisatie

De gemeente kan ervoor kiezen een aparte organisatie voor een crisisdienst in te richten. Deze keuze is denkbaar wanneer de crisisdienst gericht is op een brede doelgroep van 0 tot 100 jaar en wanneer er samengewerkt wordt in regionaal verband. Hier zijn hoge kosten mee gemoeid wat vraagt om een bepaalde schaalgrootte. De verwachting is dat het niveau van de 41 jeugdregio's hier ontoereikend voor is.

Aandachtspunten en consequenties

- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere het AMHK en GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.
- Realiseer goede aansluiting met de overige jeugdketenpartners.
- Borging van expertise en beschikbaarheid van de benodigde hulp is van belang.
- Goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de (V)OTS en VoVo van belang.

[<< Keer terug naar de Checklist](#)

3 Inrichting van toeleiding

3.1 Uitvoeringsvorm

Keuze 1. Toegang via één ingang

Door het organiseren van de toegang tot de crisisdienst via één (soort) aanspreekpunt is voor zowel inwoners als professionals duidelijk waar vragen en meldingen over crisiszorg kunnen worden afgehandeld. Zij weten waar zij de melding kunnen doen. Daarnaast zitten alle crisismedewerkers op één plek, waardoor afstemming en intervisie eenvoudiger is. Een ander voordeel is dat gemeenten meer grip en zicht hebben op de uitvoering, kwaliteit en financiering. Van belang is dan te zorgen voor goede koppeling met de lokale, gebiedsgerichte jeugdhulp via loketten, jeugdteams, CJG's etc.

Bij het bepalen van de inrichtingsvorm is het ook van belang rekening te houden met de positie van de toeleverancier van crisismeldingen. Het is belangrijk dat zij direct weten waar zij de melding kunnen doen zodat zo snel mogelijk ingegrepen kan worden in acute situaties.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 6](#)

Keuze 2. Toegang via meerdere ingangen

Bij een toegang via meerdere ingangen wordt tegemoet gekomen aan lokale bereikbaarheid bij crisisvragen. Omdat burgers en professionals via verschillende ingangen kunnen melden, komen signalen mogelijk sneller binnen: de toegang wordt drempelverlagend georganiseerd. Aandachtspunt is wel dat afstemming en intervisie tussen medewerkers op verschillende locaties minder vanzelfsprekend op gang komt. Nadeel is bovendien dat de meldingen op verschillende plekken gedaan worden. Voor de politie is het bijvoorbeeld belangrijk om een meldpunt via een telefoonnummer te benaderen. Deze keuze kan als onduidelijk of vervelend ervaren worden door de toeleveranciers van de crisismeldingen.

Een combinatie van meerdere ingangen aan de voorkant, met één aanspreekpunt in de backoffice kan een tussenoplossing zijn. Hiermee ontstaat wel een extra schakel in het meldingsproces.

Aandachtspunten en consequenties

- Zorg voor een algemeen telefoonnummer dat 24/7 beschikbaar is. Dit kan lokaal of landelijk zijn.
- Naast bereikbaarheid is aanwezigheid van benodigde expertise en beschikbaarheid van benodigde zorg van belang bij inrichting van de crisisdienst.
- Door het schaalvoordeel van één aanspreekpunt en daarmee centralisering van functies en diensten kunnen kosten lager zijn dan de inrichting van de toegang via meerdere ingangen.
- Bij de keuze van toegang via meerdere ingangen is duidelijke informatie en communicatie naar burger en melder van groot belang.
- Onduidelijkheid over de meldplek kan leiden tot een lagere meldbereidheid.
- Goede aansluiting met andere crisisdiensten en achterliggende voorzieningen is voor beide opties belangrijk.

<< [Keer terug naar de Checklist](#)

3.2 Beschikbaarheid en bereikbaarheid crisisdienst

Keuze 1. 24/7

Gemeenten kunnen ervoor kiezen te werken met een crisisdienst die 24/7 bereikbaar is voor inwoners en professionals. Hiermee is de duidelijkheid over het aanspreekpunt en de bereikbaarheid optimaal. Aandachtspunt hierbij is dat een 24-uurs crisisdienst meer personeel en dus meer kosten met zich meebrengt. Daartegenover zorgt deze keuze voor een bundeling van expertise. Bij een sterk functionerende lokale toegang (loketten/jeugdteams), zou de bezetting van de crisisdienst tijdens kantoortijden in de toekomst kunnen afnemen, omdat de crisisinterventie en het inschakelen van crisiszorg binnen de jeugdteams of loketten kan worden opgepakt. Er moet wel voldoende expertise aanwezig zijn om de juiste interventie en zorg in te zetten.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 7](#)

Keuze 2. Verdeling binnen en buiten kantooruren

De gemeente kan ervoor kiezen tijdens kantooruren gebruik te maken van het reguliere toeleidingsproces met een crisisdienst die tijdens kantooruren beschikbaar is voor professionals en buiten kantooruren voor professionals en burgers (wanneer professionals, loketmedewerkers en/of jeugdteams zelf niet beschikbaar zijn). Overdag moeten burgers dan eerst aankloppen bij de lokale toegangspoort (loketten/jeugdteams) voordat zij van hieruit eventueel worden doorverwezen. Dit kan leiden tot toeleiding via meerdere ingangen.

Aandachtspunten en consequenties

- Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de juiste kwaliteit en zorg is niet geborgd door slechts na te denken over openingstijden.
- Aandacht voor voldoende en juiste expertise om een passende interventie en toeleiding te realiseren.

<< [Keer terug naar de Checklist](#)

3.3 Bemensing crisisdienst

Crisisdiensten bestaan al op basis van de AWBZ, Zorgverzekeringswet en de huidige Wet op de Jeugdzorg (Wjz). Het is van belang de opgebouwde kennis en ervaring van deze crisisdiensten ook in het nieuwe stelsel te behouden. Dit kan door het inzetten van bestaande expertise in de nieuwe crisisdienst. De gemeente kan er bijvoorbeeld voor kiezen de crisisdienst te bemensen op basis van een samenwerking tussen verschillende organisaties of door een nieuwe arbeidsrelatie aan te gaan met de medewerkers van crisisdienst.

Keuze 1: Samenwerking vanuit bestaande organisaties

Een integrale crisisdienst kan ontstaan door samenwerking tussen de bestaande verschillende organisaties, bijvoorbeeld de huidige zorgaanbieders en organisaties zoals AMHK, MEE of de crisisdiensten GGZ. Voordeel van deze keuze is dat de benodigde expertise intact blijft door de link met de moederorganisatie.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 8](#)

Keuze 2: Nieuwe arbeidsrelaties aangaan

Wanneer gemeenten nieuwe arbeidsrelaties aangaan met professionals en deze uit hun moederorganisaties halen, kan een onafhankelijke organisatie in de keten van crisiszorg worden gevormd. Het is echter de vraag of expertise, verantwoordelijkheid en bevoegdheid uit de moederorganisaties geborgd kunnen blijven, als de werknemers daar niet meer in dienst zijn. De vraag is dan hoe je als gemeente deze kwaliteit en kennis kunt stimuleren.

Aandachtspunten en consequenties

- Aandacht voor benodigde expertise. De benodigde expertise is afhankelijk van de gekozen scope van de crisisdienst (jeugd of 0 tot 100 jaar).
- Rekening houden met het feit dat er een combinatie van brede expertise, taken en verantwoordelijkheden nodig is wanneer gekozen wordt voor een intersectorale crisisdienst

<< Keer terug naar de Checklist

3.4 Functies en taken van crisisdienst

Keuze 1: Beperkte functies (alleen crisisinterventie)

De gemeente kan ervoor kiezen bij de crisisdienst alleen de functie van crisisinterventie, en verwijzing naar crisiszorg indien noodzakelijk, te beleggen. Dit betekent dat crisiszorg op een andere plek wordt gerealiseerd. Aandachtspunt hierbij is het bestaan van mogelijke 'schotten' binnen de keten van crisisdienstverlening. Een ander aandachtspunt is een te snelle overdracht naar crisiszorg.

Dit kan leiden tot afhaken van de cliënt en tot veiligheidsrisico's. Voordeel van deze keuze is dat het inzetten van crisiszorg na de crisisinterventie onafhankelijk plaatsvindt.

Keuze 2: Brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)

Omdat gemeenten toegankelijke jeugdhulp willen bieden, kan het verstandig zijn om vanuit één crisisdienst zowel crisisinterventies als crisiszorg te verzorgen. Dit leidt tot ontschotting: bij incidenten is één partij aanspreekpunt voor de gemeente(n). Als bij een gezin direct ingegrepen moet worden, kan dit vanuit één opdracht gebeuren en kan een gezin niet tussen wal en schip raken. Daarnaast kan expertise in een backoffice gebundeld worden, zodat niet iedere afzonderlijke organisatie dit hoeft te organiseren, behouden en bekostigen. Deze keuze hangt nauw samen met de keuze voor de definitie van crisiszorg (24 uur of 4 a 6 weken). Wanneer gekozen wordt voor een definitie van crisiszorg die 24 uur beslaat, is het logischer om beide functies in één crisisdienst onder te brengen.

>> [Klik hier voor praktijkvoorbeeld 9](#)

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze voor beperkte of brede functies binnen de crisisdienst is het van belang dat het proces soepel verloopt, de gezinnen geen kans krijgen om uit te vallen en de doorstroom tussen de crisisinterventie en crisiszorg en vervolgens vervolg- of nazorg goed is geregeld.
- Het onderbrengen van crisisinterventie en crisiszorg in één organisatie kan als nadeel hebben dat er onvoldoende onafhankelijk geoordeeld wordt over het inzetten van crisiszorg.

<< Keer terug naar de Checklist

Bijlage:

Praktijkvoorbeelden

Uitgangspunten – Scope doelgroep

Praktijkvoorbeeld 1 – keuze 1: integrale en intersectorale crisisdienst, leeftijd 0 tot 100

Regio Zuidoost-Brabant

In de regio Zuidoost Brabant is besloten tot de oprichting van een integrale crisisdienst voor zowel jeugd als volwassenen. In het geval van jeugdigen wordt de crisisinterventie uitgevoerd door de spoedeisende zorg van BJZ. Wanneer er een crisis is bij een volwassene wordt die nu via de crisisdiensten voor volwassenen opgepakt. Vaak zijn deze volwassenen ook ouder. Het is derhalve in ieders belang de crisis integraal op te pakken voor het gezin. Door de koppeling tussen de jeugd en volwassenen crisisdienst, kan er breed gekeken worden wat er nodig is om de veiligheid terug te brengen. Het streven is om in overleg met de diverse instellingen de integrale crisisdienst in 2015 te kunnen realiseren. Het aantal fte van BJZ toegerekend naar de regio neemt de regio Zuid-oost Brabant, daarbij voor 100% mee, zodat expertise niet verloren gaat. Indien de regionale crisisdienst in 2015 niet operationeel is, wil de regio de afspraken van 2015 in samenwerking met de regio Noordoost Brabant met het huidige BJZ voortzetten.

Los van de organisatorische vormgeving van de crisisdienst - integraal of voortzetting van huidige afspraken met BJZ - wordt geadviseerd om de eerste twee jaar zowel de 'ambulancedienst' (48 uur) als de ambulante hulp tot maximaal vier weken gezamenlijk te bekostigen. Het AMHK en crisisdienst worden gezamenlijk bekostigd met volumegarantie voor de instelling. Uit de praktijk blijkt dat een crisis niet altijd na 48 uur overgedragen kan worden aan een generalistenteam. De ambulante hulp van de medewerker van de crisisdienst blijft tijdelijk nodig, omdat deze wordt geboden vanuit een onafhankelijke rol. De generalist (al dan niet vooraf al bekend aan het gezin) staat als het ware naast het kind en het gezin en heeft dus per definitie geen onafhankelijke positie. Er wordt wel gestreefd naar nauwe samenwerking met het generalistenteam. Bij sterk functionerende generalistentteams, die zich de komende jaren zullen ontwikkelen, kan de bezetting van de crisisdienst wellicht tijdens kantooruren afnemen in de toekomst.

<< Keer terug

¹ 21 voor de jeugd 2.0. samenwerking op jeugdzorg in Zuidoost-Brabant. 5 maart 2014.

Praktijkvoorbeeld 2 – keuze 2: integrale en intersectorale crisisdienst

Gemeente Amsterdam

Gemeente Amsterdam is voornemens om één crisismeldpunt in te richten. Bij een melding dient de crisisdienst de afweging te maken of onmiddellijke crisisinterventie noodzakelijk is, of dat een casus kan worden doorverwezen naar een wijk- of buurtteam. Ook kan een gecertificeerde instelling gevraagd worden intensief casemanagement te bieden (met of zonder maatregel OTS) als de veiligheid van de kind(eren) dat vereist. Wanneer nodig, wordt er direct hulp aan kinderen en ouders geboden. De gemeente wil het gezin zo snel mogelijk overdragen aan de professional die het gezin hulp kan bieden; de crisisdienst blijft maximaal 24/48 uur bij het gezin betrokken. De crisisdienst dient ook goede juridische expertise in huis te hebben om te kunnen beoordelen vanuit welk wettelijk kader eventuele dwangmaatregelen ingezet moeten worden.

<< Keer terug

Uitgangspunten – Niveau van inrichting

Praktijkvoorbeeld 3 – keuze 1: (boven) regionaal niveau

Regio Zuidoost-Brabant

Sinds lange tijd werken de 21 gemeenten in Zuidoost Brabant samen op het gebied van jeugdbeleid. Deze gemeenten hebben een regionaal strategische agenda opgesteld. De regio gaat werken met generalisten, dit betekent dat specialistische zorg wordt ingekocht ten dienste van het opgestelde gezinsplan. Ze onderscheiden een paar vormen van gespecialiseerde jeugdhulp:

- ambulante hulp aan het kind en gezin
- dagbehandeling
- dag- en nachtbehandeling
- jeugdbescherming en jeugdreclassering
- speciale producten

De speciale producten worden binnen de regio onderverdeeld in twee belangrijk functies die te maken hebben met crisiszorg.

Er komt één crisisdienst die 24 uur per dag paraat staat om direct in noodsituaties bij kinderen/jongeren uit te kunnen rukken. Dit zijn situaties waarbij de veiligheid van het kind acuut in gevaar is. Zo snel als kan zal de zorg overgedragen worden aan het generalistenteam. Een crisisdienst (nu Spoedeisende Zorg van Bureau Jeugdzorg) biedt acute, niet medische, hulp. Ze verrichten 24 uur per dag, zeven dagen per week crisisinterventie voor kinderen en gezinnen. Medewerkers van het crisisteam moeten in onoverzichtelijke situaties en onder druk professioneel en adequaat handelen om de veiligheid van kinderen én ouders te bevorderen voor minimaal de eerste 48 uur (ambulancedienst) tot maximaal vier weken. De crisisdienst werkt samen met diverse organisaties en draagt de casus zo spoedig mogelijk over aan het lokale generalistenteam.

De wens is gezamenlijke inkoop te regelen met volumegarantie voor de instelling(en). Argumenten om dit op schaal van Zuidoost Brabant in te kopen zijn:

- vanwege de kleine aantallen waarop afzonderlijke gemeenten een beroep doen, is dit niet op schaal van de gemeente of sub regio te organiseren;
- het is van belang dat het team 24 uur per dag klaar staat met voldoende expertise en hiertoe ook faciliteiten heeft;
- het aantal casussen uit iedere gemeente is niet te voorspellen, waardoor het niet realistisch is om lokale volumeafspraken te maken².

<< Keer terug

² 21 voor de jeugd, samenwerking op jeugdzorg in Zuidoost-Brabant.

Uitgangspunten - Niveau van regionale samenwerking

Praktijkvoorbeeld 4 - keuze 1: veiligheidsregio

Gemeente Amsterdam

De gemeenten binnen de stadsregio hebben het voornemen om de crisisdienst intersectoraal, dus integraal, te organiseren op het niveau van de veiligheidsregio om hiermee voldoende beschikbaarheid van crisisinterventies te garanderen. De gemeente zal dat meldpunt samen met de andere gemeenten in de regio Amsterdam-Amstelland organiseren op het niveau van de veiligheidsregio om op efficiënte wijze 24/7 beschikbaarheid te garanderen. De gemeenten binnen de veiligheidsregio Amsterdam Amstelland zullen deze crisisdienst op termijn koppelen aan het AMHK, en willen daar ook de zorgmeldingen van de politie laten afhandelen. Een zorgmelding, melding kindermishandeling/huiselijk geweld of crisis is niet altijd scherp te onderscheiden. Daarnaast zijn in verschillende situaties veelal vergelijkbare interventiemogelijkheden gewenst... Bovendien kan de nabijheid van psychiatrische kennis die nu in de crisisdiensten beschikbaar is de kwaliteit van de beoordeling van de aard en ernst van de problematiek bij huiselijk geweld en kindermishandeling verhogen. De gemeenten willen de aanwezige deskundigheid op dit terrein bundelen.

<< Keer terug

Uitgangspunten - Definiëring crisiszorg

Praktijkvoorbeeld 5 – keuze 1: kortdurende crisis

Gemeente Amsterdam

Gemeente Amsterdam is voornemens om regionaal een crisisdienst of team beschikbaar te maken. In het nieuwe jeugdstelsel wil de gemeente Amsterdam in ieder geval één crisismeldpunt inrichten. Bij een melding maakt de crisisdienst de afweging of onmiddellijke crisisinterventie noodzakelijk is, dat een casus kan worden doorverwezen naar een wijk- of buurtteam, of dat een gecertificeerde instelling gevraagd wordt intensief casemanagement te bieden (met of zonder maatregel OTS) als de veiligheid van de kind(eren) dat vereist.

Wanneer nodig, wordt er direct hulp aan kinderen en ouders geboden. De gemeenten willen zo snel mogelijk het gezin overdragen aan de professional die het gezin hulp kan bieden; de crisisdienst blijft maximaal 24/48 uur bij het gezin betrokken. De crisisdienst dient ook goede juridische expertise in huis te hebben om te kunnen besluiten vanuit welk wettelijk kader eventuele dwangmaatregelen ingezet moeten worden³.

<< Keer terug

³ Koersbesluit, om het kind. Programma hervorming zorg voor de jeugd. Gemeente Amsterdam. 15 mei 2013

Inrichting - Uitvoeringsvorm

Praktijkvoorbeeld 6 – keuze 1: toegang via 1 meldpunt

Regio Friesland

SpoedJeugd biedt in Friesland spoedeisende (jeugd)hulp in crisissituaties die worden veroorzaakt door gedrag- of opvoedproblemen, gezinsproblemen of psychische problemen. Bureau Jeugdzorg, Jeugdhulp Friesland, Kinnik kind en jeugd GGZ en Tjallingahiem voor expertise en behandeling van jeugdigen met een beperking werken samen om zo snel mogelijk een ambulante werker in te zetten in een spoedeisende situatie. SpoedJeugd biedt zelf geen hulpverlening, maar is een samenwerking van jeugdzorgaanbieders.

Aanmelding

Inwoners of verwijzers maken zich kenbaar via telefoonnummer of e-mailadres en wordt persoonlijk te woord gestaan door een interviewer. Het telefoonnummer is 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar. Gedurende contact binnen kantoor tijd wordt ten eerste vastgesteld of de cliënt al zorg krijgt aangeboden. Wanneer dit zo is wordt de beller verwezen naar de betreffende zorgaanbieder. Als een externe zorgaanbieder zelf een verzoek indient voor een interventie in een crisissituatie, dan wordt de melding in behandeling genomen. Buiten kantoor uren gedane meldingen ook, omdat de vier partners de enige jeugdzorgaanbieders in Friesland zijn die dan spoedeisende hulp bieden.

Inventarisatie en beoordeling

Na de inventarisatie, door middel van een checklist, wordt het contact verbroken met de beller, waarbij een afspraak wordt gemaakt dat de beller binnen 15-20 minuten wordt teruggebeld. De interviewer beoordeelt de crisissituatie na de inventarisatie door middel van een beslisboom die automatisch het juiste zorgpad of beoordeling toewijst. De beslisboom is verwerkt in een digitale applicatie. Na de beoordeling neemt de interviewer contact op met de dienstdoende triagist (beoordelaar). Samen toetsen zij de beoordeling en nemen een besluit op basis van de verkregen informatie. Na deze zogenaamde triage neemt de interviewer contact op met de cliënt en/of melder om terug te koppelen en het besluit door te nemen.

Besluit

Het besluit kan zijn: 1) Vastgesteld zorgpad en zorgaanbieder; de zorgaanbieder dient in dit geval binnen een uur contact op te nemen met de cliënt om altijd ten eerste ambulante zorg in te zetten. De interviewer is verantwoordelijk om de hulpverlener van informatie te voorzien. 2) Er is sprake van onveiligheid en/of onvrijwilligheid en er dient een koppel van zorgaanbieders ter plaatse aanvullende informatie te verzamelen. Het koppel voert daarna voor een tweede keer een beoordeling uit en neemt hiervoor telefonisch contact op met de triagist. Het kan ook dan zijn dat een werker ter plaatse blijft en het zorgpad start of dat een juiste zorgaanbieder wordt geactiveerd om met de cliënt het zorgpad te starten⁴.

<< Keer terug

Inrichting - Beschikbaarheid en bereikbaarheid crisisdienst

Praktijkvoorbeeld 7 – keuze 1: 24/7

Regio Zuidoost-Brabant

De crisisdienst is in beginsel 24/7 bereikbaar voor crises. Zij hebben een telefonische bereikbaarheidsdienst voor alle inwoners en professionals. Echter, gedurende kantoor tijden zal eerst (snel) gekeken worden of een generalist uit het lokale veld beschikbaar is. Anders gaan zij erop af, zoals eerder beschreven. Zij werken hiervoor samen met de crisisdiensten van LVB, GGZ en het specialistisch zorgaanbod⁵.

<< Keer terug

⁴ Praktijkvoorbeeld. SpoedJeugd – Friesland. NJI.

⁵ 21 voor de jeugd 2.0 samenwerking op jeugdzorg in Zuidoost-Brabant. 5 maart 2014.

Inrichting - Bemensing crisisdienst

Praktijkvoorbeeld 8 – keuze 1: samenwerking vanuit bestaande organisaties

Regio Utrecht

Bureau Jeugdzorg Utrecht is samen met de Raad voor de Kinderbescherming regio Midden Nederland, de William Schrikker Groep en de Eigen Kracht Centrale gestart met het project SAVE. Jeugdreclassering, spoedeisende hulp, AMK, medewerkers van de Toegang en Jeugdbeschermingswerkers (BJU en WSG) en raadsonderzoekers opereren in dit project, voor een aantal wijken in Utrecht, Amersfoort en Zeist, vanuit één interdisciplinair team. De Raad behoudt vanwege zijn wettelijke taken en bevoegdheden natuurlijk wel zijn onafhankelijke positie in SAVE.

In SAVE (Samenwerken aan Veiligheid) is de expertise op het gebied van onderzoek naar de bedreigde ontwikkeling van kinderen (ook met licht verstandelijke beperking), kindermishandeling, crisisinterventie, jeugdbescherming en jeugdreclassering in één team verenigd voor een specifiek gebied. De lokale zorgteams en het SAVE team versterken elkaar. Omdat het SAVE-team, gebiedsgericht werkt, kennen de lokale professionals van het CJG of het wijkteam hun SAVE-team persoonlijk. SAVE sluit aan op het moment dat de veiligheid van een kind bedreigd wordt of als jongeren dreigen af te glijden in de criminaliteit. Een SAVE-medewerker is degene die de rechter bijvoorbeeld kan vragen om een maatregel op te leggen. Door deze bevoegdheid niet bij het buurtteam te leggen, behoudt het buurtteam haar laagdrempeligheid. Zodra de situatie weer voldoende veilig is, treedt SAVE terug⁶.

Het CJG en wijkteams kunnen gezinnen direct aanmelden bij het SAVE-team in hun gebied. Bureau Jeugdzorg draagt momenteel zorg voor een centraal meldpunt waar burgers, politie, ziekenhuis, GGZ en andere organisatie terecht kunnen voor advies en melding van zorgen. Het is een cruciale functie voor zaken die om crisisinterventie vragen of een snelle inschatting van de veiligheid. Ook de crisisdienst Huisverboden, vertrouwensartsen en de 24-uur bereikbaarheidsdienst opereren vanuit dit meldpunt. Het centraal meld- en crisispunt is 24 uur, 7 dagen per week bereikbaar. Met de mogelijkheid van crisisinterventie vanuit het meldpunt wordt gegarandeerd dat er 24 uur per dag kan worden gereageerd. De lokale zorg en/of SAVE-team neemt de zaak daarna binnen vijf werkdagen over.

Uit het transitiearrangementen van Utrecht Zuidoost valt op te maken dat er een voornemen is om de SAVE-teams voor te zetten, onder voorbehoud dat Bureau Jeugdzorg Utrecht ook de vereiste certificering verkrijgt. Door de inzet van het CJG/wijkteams in combinatie met een SAVE-functie in de wijk, voorzien de gemeenten een daling van het aantal AMK/zorgmeldingen en justitiële maatregelen. De verwachting is dat dit vanaf 2015 tot en met 2017 jaarlijks met 5% zal zijn.

Spoedeisende zorg betreft volgens de gemeenten een noodzakelijke voorziening. De zorgvorm crisis 24-uur zou in de toekomst onder SAVE kunnen vallen. Samen met de aanbieder constateren gemeenten dat crisiszorg niet intersectoraal aangeboden wordt. Ze koesteren de gedeelde ambitie tot intersectorale samenwerking⁷.

<< Keer terug

⁶ Folder samenwerking aan veiligheid. SAVE. Zorg voor jeugd in ontwikkeling.

⁷ Transitiearrangement regio Zuidoost Utrecht. 10-11-2013.

Inrichting - Functies en taken van crisisdienst

Praktijkvoorbeeld 9 – keuze 2: brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)

Regio Haaglanden

Voortvloeiend uit het Regionaal Transitiearrangement *Jeugd hebben de negen samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden met Bureau Jeugdzorg de afspraak gemaakt dat tot 1 januari 2017 de uitvoering van het crisisteam zal worden opgedragen aan de gecertificeerde instelling. Het CIT (crisis interventie team) zal zich nóg meer gaan profileren als acuut crisisteam. In de praktijk betekent dit dat het CIT zich nadrukkelijker manifesteert daar waar er onveiligheid is voor kinderen en/of motivatie voor hulpverlening ontbreekt. Het CIT biedt, direct vanuit een aanmelding, 24/7 uur hulp in de vorm van consultatie en (crisis) interventie. Dit betekent snellere opsporing (het vinden) en korte gerichte interventies. Concreet biedt het CIT in de nabije toekomst de volgende trajecten aan:*

1. Crisisinterventie

In dit traject is er sprake van een korte crisisinterventie van maximaal 72 uur. Deze interventie bestaat uit:

- een risicoanalyse en/of een psychiatrische beoordeling;
- het creëren van veiligheid;
- het opstellen van een veiligheidsplan;
- het organiseren van vervolghulp.

Op het moment dat er geen sprake (meer) is van een veiligheidsrisico, draagt het CIT de zaak over naar een regulier (of al betrokken) hulpverleningsaanbod. Dit is het geval als:

- de jeugdige(n) en/of ouder(s) gemotiveerd zijn voor hulpverlening, en/of;
- de jeugdige(n) (als onderdeel van het veiligheidsplan) geplaatst is binnen de jeugdhulpverlening, LVB of is opgenomen binnen de psychiatrie, en/of;
- er sprake is van heldere (enkelvoudige) problematiek, en/of;
- er sprake is van een direct beschikbaar, passend hulpverleningsaanbod, en/of;
- er al voldoende/passende hulpverlening actief betrokken is bij het gezin.

In deze situatie draagt het CIT de zaak over naar een regulier (of al betrokken) hulpverleningsaanbod.

2. (Crisis)Drangtraject

Dit traject volgt veelal op traject 1 en kan gezien worden als een zogenoemd 'drangtraject'.

Dit is een traject op maat, zowel qua inhoud als duur.

Dit traject wordt ingezet op het moment dat er (nog) sprake is van een veiligheidsrisico:

- de jeugdige(n) en/of ouder(s) zijn niet gemotiveerd voor hulpverlening (er is eventueel een Verzoek tot Onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming noodzakelijk) en/of;
- er is sprake van een Huisverbodprocedure, en/of;
- er is onduidelijkheid over de (multi)problematiek waardoor een risicoanalyse of psychiatrische beoordeling niet volledig mogelijk is, en/of
- het gezin kan geen aanspraak maken op reguliere zorg (bijvoorbeeld vanwege illegaliteit), en/of,
- er is geen hulpaanbod beschikbaar voor de specifieke problematiek.

De laatste 2 punten worden onder andere veroorzaakt doordat:

- de jeugdige en/of ouders geen vaste verblijfplaats hebben;
- de jeugdige en/of ouders vermist zijn;
- de jeugdige en/of ouders (tijdelijk) in het buitenland zijn (al dan niet gedetineerd).

In deze situatie blijft het CIT in de zaak totdat er geen veiligheidsrisico meer bestaat (zoals onder punt 1).

3. Consult

Het CIT biedt (telefonisch) consult aan professionals met betrekking tot crisissituaties. Naar aanleiding van een consultvraag blijkt er soms behoefte aan of noodzaak te zijn tot (tijdelijke) ondersteuning of aansluiting in een lopend traject van de consultvrager (de professional). Consult zal gericht zijn op het voorkomen van het inzetten van langdurige (en dure) geïndiceerde zorg. Daarnaast om professionals in het voorliggend handvatten te geven m.b.t. crisiszaken⁸.

⁸ Tekst aangedragen door regio BIZ Haaglanden.

Dit is een uitgave van het



Ministerie van Veiligheid en Justitie



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

www.voordejeugd.nl

April 2014



Stelselwijziging Jeugd

Brochure

Toeleiding naar
jeugdhulp in
crisissituaties

Brochure
Toeleiding naar
jeugdhulp in
crisissituaties

Auteurs:

Anita Mikulic, Marly Kiewik en Inge Kouijzer (Deloitte Consulting)

Met medewerking van René van Vianen en Kitty van Julsingha
(Nederlands Jeugdinstituut)

Datum: april 2014

In opdracht van het Transitiebureau Jeugd

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding en doelstelling van de brochure	7
1.2 Totstandkoming van de brochure	7
1.3 Reikwijdte van de brochure	8
1.4 Definitie van begrippen	8
1.5 Leeswijzer	9
2. Context toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties	11
2.1 Wat is een crisis?	11
2.2 Kenmerken van gezinnen in crisissituaties	13
2.3 Gradaties van jeugdhulp	13
2.4 Relevante wet- en regelgeving	15
2.4.1 Gemeentelijke verantwoordelijkheid voor jeugdhulp in crisissituatie	15
2.4.2 Woonplaatsbeginsel in crisissituaties	15
3. Huidige situatie	16
3.1 Huidige crisisdiensten	16
3.2 Uitstroom en nazorg	20
3.3 Landelijke en regionale cijfers	21
4. Schets van het proces; van melding tot crisiszorg	22
4.1 Processtappen toeleiding naar jeugdhulp in crisissituatie	22
4.2 Melding crisissituatie (stap 0)	24
4.3 Triage (stap 1 en 2)	25
4.4 Crisisinterventie en crisiszorg (stap 3, 4 en 5 en 6)	27
4.4.1 Crisisinterventie (stap 3 en 4)	27
4.4.2 Crisiszorg (stap 5 en 6)	29
5. Toeleidingsmodel – keuzeaspecten	30
5.1 Uitgangspunten	31
5.1.1 Scope doelgroep	32
5.1.2 Niveau van inrichting	34
5.1.3 Niveau van regionale samenwerking	35
5.1.4 Definiëring crisiszorg	36
5.1.5 Uitvoeringsrol gemeente	37
5.2 Positionering van de crisisdienst	38
5.2.1 Bij de gemeente	38
5.2.2 Binnen de gecertificeerde instelling	38
5.2.3 Binnen het AMHK	39
5.2.4 Bij een zorgaanbieder	39
5.2.5 Als aparte organisatie	40

5.3	Inrichting van toeleiding	40
5.3.1	Uitvoeringsvorm	41
5.3.2	Beschikbaarheid en bereikbaarheid crisisdienst	42
5.3.3	Bemensing crisisdienst	43
5.3.4	Functies en taken van crisisdienst	45
Bijlagen		48
	Bijlage 1 - Relevante artikelen uit de Jeugdwet en uitvoeringsbesluit	49
	Bijlage 2 - Inhoudelijke uitgangspunten	52
	Bijlage 3 - Crisistoeleiding in huidig stelsel	54
	Bijlage 4 - Samenwerkingspartijen van de crisisdienst	58

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doelstelling van de brochure

Het jeugdstelsel gaat ingrijpend veranderen. Per 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het creëren van een positief opvoed- en opgroeklimaat, preventie, vroegsignalering, (gespecialiseerde) zorg en uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. De gemeenten zijn op basis van de Jeugdwet verantwoordelijk voor het bieden van de noodzakelijke jeugdhulp voor hun jeugdigen. In acute situaties, waar onmiddellijke actie nodig is, is de gemeente er verantwoordelijk voor dat de jeugdhulp altijd direct bereikbaar en beschikbaar is. De inrichting van een crisisdienst is dan ook van essentieel belang. Het inrichten van een crisisdienst lijkt wellicht in het grote geheel van de transitie- en transformatieopgave een klein detail, maar is in impact mogelijk één van de belangrijkste punten. Het crisisteam gaat soms letterlijk over leven en dood. In elke gemeente kunnen situaties voorkomen waarin kinderen of ouders te maken krijgen met een acute psychiatrische crisis, een suïciderisico of ernstige kindermishandeling. Om gemeenten te ondersteunen bij het vormgeven van de toeleiding naar crisiszorg is in opdracht van het Transitiebureau Jeugd deze brochure opgesteld. Bij deze brochure hoort de checklist **Toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties**, waarmee u snel kunt zien welke afwegingen u moet maken bij het inrichten en vormgeven van de toeleiding naar crisissituaties.

1.2 Totstandkoming van de brochure

De inrichting en uitvoering van de toeleiding naar crisiszorg voor de jeugd gaan gepaard met het overwegen en het maken van een groot aantal keuzes over diverse onderwerpen. In deze brochure worden vijftien aspecten beschreven in het kader waarvan gemeenten een keuze moeten maken bij de inrichting van toeleiding naar crisiszorg. De aspecten worden waar mogelijk geïllustreerd met praktijkvoorbeelden uit verschillende gemeenten. Hierbij is een selectie gemaakt uit de vele initiatieven en voorbereidingen die momenteel gaande zijn. De keuzes en uitwerkingen van gemeente Amsterdam, regio Utrecht, gemeente Haarlemmermeer, gemeente Den Haag, regio Friesland en regio Zuidoost-Brabant dienen als voorbeeld voor deze brochure.

De input van de meeleesgroep, die bijeenkwam op 26 februari 2014, is meegenomen in deze brochure. Deze meeleesgroep bestaat uit professionals van de VNG, MEE, ministerie van VWS, ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland, Achmea, Jeugdzorg Nederland, Parnassia Groep, Crisis Interventie Team Haaglanden, gemeente Bunschoten, gemeente Zuidhoorn, gemeente Eindhoven, gemeente Rotterdam en de gemeenten uit de Kempen regio.

Bij de totstandkoming van de brochure is intensief samengewerkt met experts op het gebied van jeugdhulp; René van Vianen en Kitty van Julsingha van het Nederlands Jeugdinstituut.

1.3 Reikwijdte van de brochure

Deze brochure gaat in op de keuzes die gemeenten kunnen maken bij de inrichting van het toeleidingsmodel voor crisiszorg. Dit is een gecompliceerd en omvangrijk onderwerp. Om een handzame en bruikbare brochure op te stellen, valt een aantal onderwerpen buiten de scope van deze brochure, te weten:

- zorginkoop ten behoeve van de crisisdienst. Deze aspecten komen deels ook aan bod in de handreiking *Sturing en bekostiging van tweedelijnszorg*;
- bekostiging van de crisisdienst;
- sturing op de crisisdienst.

De brochure gaat over acute zorgmeldingen waarin de aard en ernst van de crisis vragen om direct handelen. Zorgmeldingen in het 'bredere' spectrum komen in deze notitie niet aan bod.

1.4 Definitie van begrippen

Om verwarring te voorkomen, worden hieronder enkele belangrijke definities gegeven van termen die veelvuldig voorkomen in de brochure.

- **Toeleiding naar jeugdhulp** is het proces vanaf het moment waarop een jeugdige of een gezin met een ondersteuningsvraag (voor het eerst of opnieuw) in beeld komt, tot het moment waarop passende ondersteuning wordt geboden.
- De **crisisdienst** is de dienst die crisisinterventie ten behoeve van kinderen en gezinnen verzorgt en kinderen en gezinnen indien nodig vervolgens verwijst naar de juiste jeugdhulp. Een crisisdienst wordt ook wel Spoedeisende zorg (SEZ), Crisis Interventie Team (CIT), Mobiel Team Crisis (MTC) genoemd. Het verdient aanbeveling om landelijk dezelfde term (crisisdienst) te gebruiken, zodat men hier overal hetzelfde onder verstaat.
- **Crisisinterventie** is het inschatten van de ernst van de crisis en het nemen van maatregelen om de crisis te stabiliseren.
- **Crisiszorg** en jeugdhulp in crisissituaties hebben dezelfde betekenis. In de Jeugdwet wordt gesproken over jeugdhulp in crisissituaties. Crisiszorg is de ingezette hulp na de crisisinterventie en kan bijvoorbeeld bestaan uit ambulante crisiszorg of crisispleegzorg. Dit is een breder begrip dan bijvoorbeeld met crisis-DBC¹ binnen de GGZ wordt bedoeld.
- **Ambulante crisiszorg** is intensieve hulp aan het gezin in hun eigen huis. Het doel van ambulante crisiszorg is het oplossen van acute problemen, het herstellen van het evenwicht in het gezin, betrekken van het eigen netwerk en het voorkomen van een uithuisplaatsing van één of meer kinderen.
- **Crisis (netwerk)pleegzorg** wordt geboden bij plaatsing van een jeugdige in een (netwerk)crisis-pleeggezin. Het gaat dan om 24-uurs plaatsing (dag en nacht), in principe voor de duur van maximaal vier weken. Het pleeggezin biedt rust en zorgt voor opvang en verzorging door middel van structuur, stabiliteit en veiligheid.

¹ Crisis DBC binnen de GGZ is een DBC die een behandelaar opent als bij een patiënt sprake is van een crisisinterventie die uitgevoerd wordt door een instelling die een regionale crisisfunctie biedt en 7/24-uurs diensten kan leveren (<http://www.dbcspelregels.nl/terminologie/crisis-dbc>)

- **Residentiële crisiszorg** wordt ingezet als plaatsing in een (netwerk) pleeggezin niet mogelijk is. In dat geval kan de jeugdige in een residentiële crisisopvang worden geplaatst. Dit is in principe voor de duur van maximaal vier tot zes weken. Deze crisisopvang biedt op zeer korte termijn opvang, verzorging en begeleiding voor het wonen, de vrijetijdsbesteding en de dagbesteding.
- **Zorgmelding of zorgsignaal** is de melding door een professional (bijvoorbeeld de politie) over een jeugdige, als de professional vindt dat er hulp nodig is, maar de jeugdige en/of ouders zijn hier niet voor gemotiveerd of zijn niet bij machte deze hulp zelf te vragen. De professional moet ouders en/of jeugdigen informeren over de zorgmelding en/of huiselijk geweld.
- Bij een **vermoeden van kindermishandeling** kan een professional een melding AM(H)K doen. Voor professionals geldt dat ouders moeten worden geïnformeerd. Buren, kennissen of familieleden hebben de mogelijkheid anoniem te melden, tenzij de veiligheid van het cliëntsysteem, de melder of andere partij in het geding is.

1.5 Leeswijzer

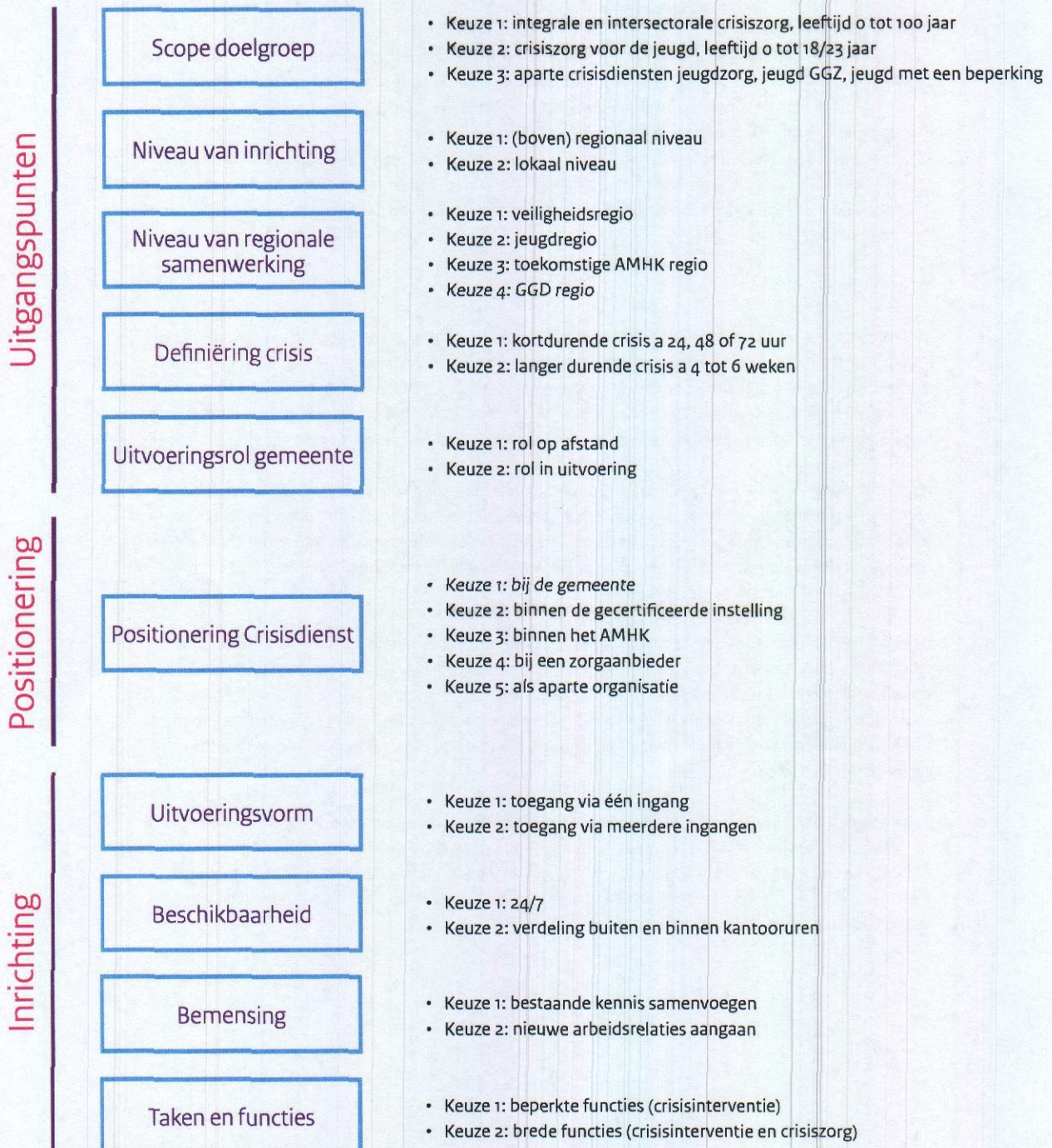
In hoofdstuk 2 worden kort de kaders van toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties besproken, waarbij inzicht wordt gegeven in de definiëring van crisis, de gradaties van jeugdhulp, de doelgroep en de relevante wet- en regelgeving. Hoofdstuk 3 gaat in op de huidige situatie van de toeleiding naar crisiszorg in de AWBZ, jeugdzorg en de GGZ. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 het proces van crisisinterventie en toeleiding naar crisiszorg geschetst en worden de belangrijkste onderdelen toegelicht.

Bij de inrichting van de crisisdienst maken gemeenten verschillende keuzes. De vijftien keuzeaspecten komen in hoofdstuk 5 uitgebreid aan bod. Per aspect worden de keuzemogelijkheden toegelicht en de aandachtspunten en consequenties opgesomd. Belangrijk is op te merken dat deze aandachtspunten en consequenties niet uitputtend zijn. Het zijn echter wel veelbesproken onderwerpen als het gaat om toeleiding naar crisiszorg.

De vijftien keuzeaspecten rond de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties zijn in te delen in drie categorieën: uitgangspunten, positionering en inrichting. Paragraaf 5.1 gaat in op de aspecten die samenhangen met de **uitgangspunten** van de toeleiding naar crisiszorg. Daarna behandelt paragraaf 5.2 de **positionering** van de crisisdienst binnen het nieuwe jeugdstelsel. De laatste paragraaf van hoofdstuk 5 behandelt de **inrichting** van de toeleiding. Figuur 1, op de volgende pagina, geeft een overzicht van de verschillende aspecten.

Bijlage 1 geeft een overzicht van de relevante wet- en regelgeving met betrekking tot de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties. Bijlage 2 gaat in op de inhoudelijke uitgangspunten. Bijlage 3 gaat nader in op de huidige toeleiding van jeugdigen naar crisiszorg in de jeugdzorg, AWBZ en de GGZ. Bijlage 4 geeft informatie over de samenwerkingspartijen van de crisisdienst: de Raad voor de Kinderbescherming, jeugdbescherming en jeugdreclassering en zorgaanbieders.

Figuur 1 – Checklist bij inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties



2. Context toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties

In dit hoofdstuk staat de context centraal waarbinnen de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties wordt vormgegeven. De eerste paragraaf geeft een definitie van crisis en enkele voorbeeldcases. De tweede en derde paragraaf gaan in op de verschillende gradaties van jeugdhulp en de doelgroep. De relevante juridische kaders worden toegelicht in paragraaf 4.

2.1 Wat is een crisis?

Een crisis is een acute ernstige verstoring van het alledaagse functioneren van het gezin. Door de ontregeling die plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort. Bij een crisis kan het gaan om problemen tussen ouders en kinderen die van grote impact zijn op het kind, zoals huiselijk geweld², kindermishandeling³, verwaarlozing of ernstige conflicten met adolescenten. Het kan ook gaan om problemen tussen ouders onderling of tussen ouders en andere volwassenen. Het kan zijn dat de nadruk ligt op individuele problematiek van een ouder of een kind, bijvoorbeeld het wegvallen van ouders door onder andere detentie, overlijden of opname in psychiatrie, waar aandacht moet zijn voor de gevolgen voor gezin en familie. Er is sprake van crisis bij een plotselinge, ernstige ontregeling (in de fysieke, sociale en psychische gesteldheid van de cliënt of van de omgeving) met als gevolg het ontstaan van een acuut onhoudbare situatie in het thuismilieu of de woonsituatie van de cliënt.

Een crisis kan ontstaan doordat:

1. het verzorgingsmilieu (mantelzorg/informele hulp) is weggefallen, waardoor de cliënt niet in staat is tot zelfstandig (maatschappelijk) functioneren, ook niet met reguliere ambulante begeleiding;
2. het huidige milieu van de cliënt of dat van anderen in fysiek en/of psychisch opzicht ernstig wordt bedreigd, waardoor verblijf binnen dit milieu onmogelijk is geworden;
3. er sprake is van een crisis, ziekte of stoornis van de cliënt.

² Definitie huiselijk geweld: geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd.

³ Definitie kindermishandeling: elke vorm van een voor een minderjarig bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die de ouders of andere personen ten opzichte van de minderjarige actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokken of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige.

Hieronder worden enkele voorbeeldcasussen getoond om een beeld te krijgen van de diversiteit aan crisissituaties die kunnen voorkomen.

Weglopen

Een jongen van 17 belt om 23.00 uur 's avonds met de crisisdienst. Hij wil weglopen van huis. Al snel blijkt dat de jongen functioneert op een lager verstandelijk niveau. Daarom gaat de medewerker van de crisisdienst samen met een medewerker van stichting MEE met hem in gesprek. De jongen is vaak verdrietig omdat hij veel denkt aan ruzies van vroeger tussen ouders en een oudere broer wanneer zijn vader boos is. Hij hoopt dat hij er minder aan zal denken als hij niet meer thuis woont. Met de ouders en de jongen wordt over de problemen thuis gepraat en er worden afspraken gemaakt. De jongen is opgelucht. Stichting MEE gaat het gezin verder begeleiden.

Seksueel misbruik

Een normaal begaafd meisje van 12 jaar groeit op in een gezin met haar verstandelijk beperkte moeder en twee broers. Haar oudere broer heeft eveneens een verstandelijke beperking. Hulpverleners begeleiden het gezin sinds langere tijd, omdat er sprake is van pedagogische onmacht en verwaarlozing. Er zijn acute en ernstige vermoedens op school dat het meisje seksueel wordt misbruikt door haar oudere broer. De schoolt belt met de crisisdienst. De vermoedens zijn zo ernstig dat het meisje uit huis wordt geplaatst. De relatie tussen moeder en dochter is dermate verstoord, dat terugkeer naar huis niet meer mogelijk is. Medewerkers van de crisisdienst en stichting MEE zorgen ervoor dat zij bij familie wordt ondergebracht.

Ouders overleden

De politie vindt de stoffelijke overschotten van twee volwassenen in een woning. De minderjarige zoon van één van de slachtoffers blijft zonder steun van familie achter. De crisisdienst gaat hem in nauwe samenwerking met een casemanager van slachtofferhulp helpen met zijn emotionele last en de vele praktische zaken waar direct antwoord op moet komen zoals onderdak, inkomen en de afwikkeling van de uitvaart en het wel of niet accepteren van een erfenis.

Ernstige mishandeling

De politie treft een ernstig mishandeld meisje aan. Haar ouders binden haar regelmatig vast en slaan haar met een touw. In de wonden van het meisje wordt zout aangetroffen. De ouders zijn verstandelijk beperkt. De politie houdt de ouders aan en schakelt de crisisdienst in. Zij regelen medische zorg en onderdak voor het meisje en opvang voor een veel jonger broertje die nu opeens zonder ouders thuis zit⁴.

Geen elektriciteit, voedsel en warm water

Een Noord-Afrikaans gezin wordt aangetroffen door de politie in de gemeente. Het gezin woont in een ongemeubileerde woning, zonder elektriciteit, verwarming en warm water. Er is geen inkomen en geen voedsel. Zij woonden elders in Europa maar zeggen dat ze zijn gevlucht voor de armoede en onrecht aldaar. Omdat het gezin geen recht heeft op voorzieningen in Nederland probeert de medewerker van de crisisdienst hen te motiveren zo snel mogelijk terug te gaan naar een land waar zij wel recht hebben op voorzieningen. Dat blijkt niet eenvoudig en met de komst van de herfst wordt de leefsituatie van de kinderen in de koude woning onaanvaardbaar. Er wordt noodopvang gevonden en voedsel via de voedselbank. Dit alles op voorwaarde dat het gezin meewerkt aan terugkeer naar hun laatste verblijfplaats elders in Europa.

Vrouwenopvang

De vrouwenopvang belt om 21.00 uur. Bewoonster Jane, 22 jaar, woont al twee jaar met haar inmiddels 1,5 jarige dochtertje bij hen in de opvang. Jane heeft vandaag cocaïne gesnoven, XTC gebruikt en bier en whisky gedronken en daarna een hele strip tabletten diazepam geslikt. Zij hebben een ambulance gebeld en Jane is onderweg naar het ziekenhuis. Hun vraag is, wat moeten zij doen als Jane daar vanavond ontslagen wordt?⁵

⁴ Nieuwsbrief crisis interventie. Maart – april, september 2013. Bureau Jeugdzorg Haaglanden.

⁵ Uit: Overzicht van crisismeldingen van een willekeurige week uit een van Bureau Jeugdzorg Haaglanden Zuid Holland.

2.2 Kenmerken van gezinnen in crisissituaties

De gezinnen waar een crisisdienst mee te maken heeft, zijn zeer uiteenlopend. Een ingrijpende gebeurtenis in een gezin, waar een crisis uit voort komt, kan in elk gezin voorkomen. Door acute psychiatrische problematiek bij één van de gezinsleden kan het evenwicht verstoord raken in elk gezin.

Een grote groep gezinnen waar crisissituaties voorkomen is te typeren als multi-probleem gezinnen. Dit zijn gezinnen waarin verwaarlozing, kindermishandeling of huiselijk geweld speelt, en/of gezinnen die te maken hebben met een (verstandelijke) handicap, verslaving of psychiatrische problematiek. Deze gezinnen hebben over het algemeen veel problemen en zijn in contact geweest met diverse hulpverleners. De gezinnen hebben vaak moeite met hulp van buitenaf. Instabiliteit, onduidelijke hulpvragen en een lage motivatie om ondersteuning te vragen of te aanvaarden, kenmerken deze gezinnen.

Sommige gezinnen bestaan uit gezinsleden met een (lichte) verstandelijke beperking. Bij mensen met een (lichte) verstandelijke beperking treden meestal geen plotselinge wijzigingen op in de gezondheids-toestand. In veel gevallen is sprake van een geleidelijk, soms snel oplopende, gedragswijziging. Dit gedrag kan dan niet meer adequaat bejegend worden binnen het verblijfsysteem. Veel van deze cliënten kunnen niet rechtstreeks geplaatst worden op een reguliere woonplek. Kijkend naar de crisissen van (L) VB, ontstaat het grootste gedeelte van de crisissen door overbelasting van het systeem. Vaak ten gevolge van het uitblijven van ondersteuning door wachtlijsten.

In de grote steden is zo'n tien procent van de gezinnen waar de crisisdienst op dit moment mee te maken krijgt, een gezin met kinderen zonder (GBA) adres. Dit zijn gezinnen die bijvoorbeeld niet rechtmatig in Nederland verblijven, maar ook gezinnen uit diverse landen uit Europa en toeristen. Er kan bij deze gezinnen geen beroep gedaan worden op een ondersteunend eigen netwerk, aangezien het netwerk zich buiten Nederland bevindt. Er is veel improvisatie nodig bij de crisisdienst om tot oplossingen te komen. Daarnaast hebben deze gezinnen veelal (nog) geen recht op sociale voorzieningen waardoor een regulier hulpaanbod voor hen vaak niet beschikbaar is. De gemeente moet rekening houden met deze doelgroep wanneer afspraken worden gemaakt met de crisisdienst.

2.3 Gradaties van jeugdhulp

In de jeugdhulp zijn drie gradaties van urgentie⁶ te onderscheiden, die in de onderstaande tabel beschreven zijn:

- Regulier
- Spoedeisend
- Crisis

⁶ Handboek Indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (2010).

Tabel 1 – Gradaties van urgentie

	Reguliere situatie	Spoeisende situatie	Crisissituatie
Kenmerken	Het gezin of de jeugdige heeft een ondersteuningsvraag gerelateerd aan opvoeden of opgroeien	Er dreigt direct gevaar voor de jeugdige en/of de balans tussen draagkracht en draaglast is ernstig verstoord	Levensbedreigende situaties of direct gevaar voor de jeugdige door bijvoorbeeld ernstige verwaarlozing, ernstig fysiek geweld of seksueel misbruik. Ook situaties waarin ouder of jeugdige dreigt met zelfdoding of een psychose heeft vallen in deze categorie
Actie	Regulier traject waarbij ingeschat wordt of zorg noodzakelijk is	Binnen 24 uur vervolcontact	Direct ingrijpen en binnen 24 uur vervolgesprek
Voorbeeld casus	Een gezin waarvan het oudste kind gedragsproblemen vertoont die met zichtbaar zijn op school. Zijn gedrag heeft ook weerslag op de gezinssituatie waar dit voor spanning zorgt tussen de ouders omdat zij het niet met elkaar eens zijn hoe hiermee om te gaan	Een alleenstaande zwakbegaafde moeder heeft kanker en zal niet meer genezen. Haar dochter is in de pubertijd en moeder raakt de grip op haar kwijt. Haar dochter spijsbelt, blijft nachten weg en er is een toename van geweld tussen moeder en dochter. De crisisdienst wordt ingeschakeld als moeder ten einde raad is en haar dochter in haar kamer heeft opgesloten. Zij maken met moeder en dochter een plan voor de korte termijn: medische ondersteuning en huishulp worden ingezet voor moeder en ondersteuning voor het meisje. Daarnaast wordt een familie-beraad gehouden waarin afspraken worden gemaakt voor de zorg en opvoeding	In een gezin worden na een melding van huiselijk geweld twee ernstig verwaarloosde kinderen aangetroffen. De politie vraagt de crisisdienst in actie te komen om opvang te regelen voor de kinderen. Zij vinden al snel familie waar de kinderen voorlopig kunnen wonen. De volgende dag wordt de benodigde hulp ingezet voor de kinderen en wordt er ondersteuning aangeboden aan de familieleden die de kinderen opvangen. De Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld in verband met te treffen kindbeschermingsmaatregelen

In een acute situatie moet zorgvuldig worden afgewogen wat de urgentie van de situatie is en hoe snel gehandeld moet worden. In feite gaat het dan om de beoordeling of de veiligheid in het geding is en/of de situatie op korte termijn dusdanig zal verslechteren dat snel ingrijpen noodzakelijk wordt (ook wel triage genoemd)⁷.

⁷ Handboek Indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (2010).

2.4 Relevante wet- en regelgeving

De Jeugdwet geeft de wettelijke kaders voor de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties. Deze kaders worden kort toegelicht in deze paragraaf.

2.4.1 Gemeentelijke verantwoordelijkheid voor jeugdhulp in crisissituatie

Met de Jeugdwet krijgen gemeenten de taak om de noodzakelijke jeugdhulp in te zetten voor hun jeugdigen. In acute situaties, waar onmiddellijke actie nodig is, is de gemeente ervoor verantwoordelijk dat de jeugdhulp altijd direct bereikbaar en beschikbaar is. Deze verantwoordelijkheid is geborgd in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b van de Jeugdwet.

Artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b

Het college is in ieder geval verantwoordelijk voor dat:

- a. [...]
- b. jeugdhulp op een laagdrempelige en herkenbare manier wordt aangeboden en te allen tijde bereikbaar en beschikbaar is in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden.

De gemeenten zijn, op basis van het beginsel van beleidsvrijheid, vrij bij de inrichting van een herkenbare, laagdrempelige en toegankelijke toegang tot de hulpverlening. Een randvoorwaarde is dat de jeugdhulp in crisissituaties altijd bereikbaar en beschikbaar is. Dit zijn situaties waarbij per direct jeugdhulp moet worden geboden aan de jeugdige (binnen en buiten kantooruren). Om dit te realiseren moet de gemeente geregeld hebben dat te allen tijde (24/7) iemand bereikbaar is die crisisinterventie kan bieden en de jeugdige op een snelle en deskundige manier kan verwijzen naar de juiste hulp. Daarnaast moet de benodigde hulp ook direct geleverd worden. Voor een goed functionerende crisisdienst is bepaalde capaciteit nodig in onder andere expertise en beschikbare zorg, waardoor het aanmerkelijk is dat gemeenten de toeleiding naar jeugdhulp in geval van crisis veelal regionaal inrichten.

De gemeente is (ingevolge artikel 2.7, lid 2, artikel 4.1 en artikel 6.1) verplicht om bij de toegang de norm van verantwoorde werktoedeling en de – in het uitvoeringsbesluit van de Jeugdwet – vastgestelde deskundigheidseisen toe te passen, waardoor in principe een geregistreerde professional bij de toegang werkzaam is en er voldoende expertise beschikbaar is. Daarnaast stelt de concept Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) een aantal minimale eisen die borgen dat een deskundige met de juiste kennis en vaardigheden de taken rondom de toegang uitvoert. Bijlage 1 is geeft een uitgebreid overzicht van relevante wet- en regelgeving.

2.4.2 Woonplaatsbeginsel in crisissituaties

Op basis van de Jeugdwet geldt het woonplaatsbeginsel (artikel 1.1 eerste lid). Dat wil zeggen dat de gemeente jeugdhulpvoorzieningen regelt ten behoeve van jeugdigen die hun woonplaats hebben binnen die gemeente. In de situatie dat een jeugdige met een hulpvraag zich in een andere gemeente bevindt en de hulpvraag is niet urgent, worden de jeugdige en diens ouder verwezen naar de eigen gemeente. In urgente situaties is het echter zo dat eerst de noodzakelijke zorg moeten worden verleend, bijvoorbeeld via een crisisdienst. Pas daarna wordt onderzocht welke gemeente (op basis van het woonplaatsbeginsel) financieel verantwoordelijk is⁸.

⁸ Memorie van antwoord, beantwoording Eerste Kamer.

3. Huidige situatie

Het inzetten van interventies is onder de huidige Wet op de Jeugdzorg de verantwoordelijkheid van de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders. Daarnaast zijn er binnen de jeugd-GGZ (BOPZ) en de jeugdigen met een beperking (AWBZ) nog eigen crisisregelingen. Dit hoofdstuk gaat (globaal) in op de huidige toeleiding binnen de diverse sectoren.

3.1 Huidige crisisdiensten

Het verlenen van crisiszorg is de verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder. Het inschatten van de ernst van de crisis, het stabiliseren van de crisis, het waarborgen van de veiligheid en het indiceren van vervolghulpverlening gebeurt 24/7 uur door de crisisdienst.⁹ In Nederland zijn diverse inrichtingsmodellen bekend voor crisisdiensten en crisiszorg. Daarbij wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen instellingen of tussen sectoren (jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugdigen met een beperking). Daarnaast maken we meestal onderscheid tussen crisiszorg voor jeugd en voor volwassenen. In onderstaand kader zijn kort twee voorbeelden geschetst van de inrichting van de crisisdienst voor jeugd in de huidige situatie.

⁹ Nu worden deze taken uitgevoerd door de Bureaus Jeugdzorg. Na de transitie van de jeugdzorg (1-1-2015) is het aan de gemeenten vorm te geven aan deze crisisdienst. Daarom staat deze nu in algemene termen aangeduid.

Stadsregio Amsterdam

In de regio Amsterdam zijn verschillende crisisteams actief. Bij sociale crisissituaties in gezinnen kunnen verwijzers tijdens kantoor tijden contact opnemen met het Crisis Team Jeugd (CTJ) van Bureau Jeugdzorg. Bij psychiatrische crises kan tijdens kantoor tijden contact opgenomen worden met Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. Bij een vermoeden van ernstige psychische of psychiatrische problemen kunnen verwijzers ook direct contact opnemen met één van de Jeugd GGZ-instellingen. Bij een noodgeval buiten kantoor uren kunnen verwijzers contact opnemen met het Mobiel Crisisteam (MCT). Het MCT komt naar de plek waar het kind/de jongere zich bevindt, onderzoekt deze en verwijst zo nodig door. Indien nodig kan een kinder- en jeugdpsychiater worden geconsulteerd door de MCT-medewerker¹⁰.

Regio Haaglanden

De Crisisdienst Jeugd van Bureau Jeugdzorg doet wat nodig is voor cliënten in crisis. Dit team biedt, 7 dagen in de week 24 uur per dag, integrale crisiszorg aan jeugdigen en hun gezin. Het Crisis Interventie Team (CIT), de Jutters (Jeugd GGZ) en MEE (LVB) realiseren middels dit samenwerkingsverband een integrale ketensamenwerking en bieden zo optimale crisiszorg aan gezinnen. Voor mensen met een beperking heeft dit grote meerwaarde. In 2013 zijn er 102 kinderen of hun ouders met een (licht) verstandelijke beperking in crisis geholpen die nu in beeld komen door de samenwerking. Op deze wijze wordt eerder de juiste crisisinterventie gepleegd. Bij het CIT werken 24 uitvoerend hulpverleners (22,8 Fte), 3 Gedragsdeskundigen (1,5 Fte), 5 secretariaat medewerkers (4 Fte) en 2 teamleiders (1,6 Fte), samen met een dagelijkse MEE consulent, een medewerker van de jeugd GGZ en een kinderpsychiater op afroep.

Vanuit een centraal aanmeldpunt, wordt er gestructureerd een inschatting gemaakt van de urgentie en het type crisis (triage). Na een melding is er uiterlijk binnen 3 uur een professional (op locatie) beschikbaar. Afhankelijk van het type crisis worden er, indien nodig, integrale duo's op pad gestuurd (combinaties tussen BJZ, Jutters en/of MEE). Er wordt vervolgens ter plekke een veiligheidsrisico analyse gemaakt en bepaald welke hulp noodzakelijk is en wie dat het beste kan uitvoeren. Die hulp wordt vervolgens direct aansluitend geboden¹¹.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de stappen die doorlopen worden bij toeleiding naar zorg in crisissituaties in de huidige jeugdzorg, jeugdigen met een beperking en jeugd-GGZ. Bijlage 3 geeft een uitgebreide beschrijving van alle stappen van de huidige toeleiding naar crisiszorg in de drie sectoren.

¹⁰ <http://www.jeugdggz-amsterdam.nl>

¹¹ Tekst aangedragen door regio BJZ Haaglanden.

Tabel 2 – Overzicht van toeleidingsstappen

Stappen	Jeugdzorg	Jeugdigen met een beperking	Jeugd GGZ
Stap 0 Aannemen melding van crisis	Melding komt binnen bij Bureau Jeugdzorg (BJZ), bij de 24- uur bereikbaarheidsdienst.	In de regio treedt 1 partij op als regisseur. Er wordt een crisisplaats aangevraagd bij de crisismanager door hulpverlener. De aanvrager voorziet in relevante informatie voor beoordeling van spoedsituatie.	Crisisdiensten voor jeugd GGZ zijn verschillend ingericht per regio. Melding komt binnen bij crisisdienst in de regio die zowel een consultatieve als beoordelende functie heeft. Direct vindt een eerste beoordeling plaats om na te gaan of spoedeisende psychiatrische bemoeienis gewenst is. Zo ja, dan wordt de urgentie gedefinieerd, hulpvraag geformuleerd en zoveel mogelijk informatie verzameld.
Stap 1 Beoordelen of er sprake is van een acute crisis	BJZ stelt vast of er sprake is van crisis. De veiligheid en de balans tussen draagkracht en draagvlak zijn leidende indicatoren.	De crisismanager beoordeelt of er terecht beroep wordt gedaan op de crisisregeling. Toetsing bestaat uit: cliënt behoort tot doelgroep, sprake van crisis en alle reguliere opvang en het netwerk bieden geen oplossing.	Hulpverleners voeren op korte termijn een consult uit op basis van specialistische diagnostische kennis. Aan de hand van een inventarisatie wordt een triage uitgevoerd om in te schatten wat er aan de hand is. Er vindt een psychiatrisch en evt. lichamelijk onderzoek plaats en een interventie wordt geformuleerd.
Stap 2 Beoordelen of onmiddellijke zorg nodig is	Onderzoek welke hulp nodig is na overleg met gezin en omgeving.	Eerste zorgvraag wordt geïnventariseerd. De hulpverlener levert een ingevuld aanvraagformulier in voor de crisisplaats.	In geval van een psychiatrische crisis wordt de patiënt eerst gestabiliseerd en wordt een nieuwe crisis voorkomen.
Stap 3 Afwegen welke zorg noodzakelijk is	BJZ maakt afweging welke jeugdzorg noodzakelijk is. Bij onvoldoende borging van de veiligheid kan gekozen worden voor een plaatsing in de crisiszorg. Er zijn vier vormen van ingrijpen.		Afgewogen wordt of en welke vervolgzorg noodzakelijk is. Dit kan leiden tot een plaatsing bij een behandelende zorginstelling.
Stap 4. Afstemmen met de zorgaanbieders of andere ketenpartner	BJZ maakt afspraken met zorgaanbieders en noodopvanggezinnen over wie verantwoordelijk is, welke zorg geboden wordt en hoe lang deze zorg geboden wordt.	Regisseur neemt contact op met zorgaanbieder. De regisseur spreekt de duur en voorwaarden van de plaatsing af.	Er wordt contact opgenomen met de behandelende zorginstelling i.v.m. de plaatsing en overdracht.
Stap 5. Beoordelen of er een gevolg aan zorg nodig is	BJZ stelt binnen vier weken vast of vervolg aan jeugdzorg noodzakelijk is en zo ja welke zorg. Ook wordt een risico- inschatting gemaakt van de crisis.	De hulpverlener of dossierhouder doet wat nodig is, om na afloop van de crisisplaatsing de terug- dan wel doorplaatsing te realiseren.	Wanneer nodig wordt de patiënt naar een behandelende zorginstelling gebracht. Hierbij vindt er een overdracht en verslaglegging plaats.

Bij het inrichten van een crisisdienst is het van belang ook het aanbod van crisiszorg, vervolgzorg of nazorg in te richten. Het is belangrijk dat de benodigde zorg, in de vorm van ambulante hulp of een crisisbed, aanwezig is op het moment dat dit nodig is.

De transitie van de zorg voor jeugd biedt kansen voor een integrale inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties, omdat de huidige schotten tussen de provinciale jeugdzorg, AWBZ-zorg en de jeugd-GGZ worden opgeheven en direct kan worden verwezen naar benodigde hulp. Het is raadzaam om eerst goed zicht te krijgen op de huidige regionale organisatie van de crisisdienst, voordat de huidige situatie gereorganiseerd wordt. De uitvoeringspraktijk moet werkbaar blijven.

3.2 Uitstroom en nazorg

Crisisdiensten proberen (langdurende) uithuisplaatsingen van jeugdigen te voorkomen. Dit lukt echter niet altijd. Een jeugdige wordt dan geplaatst in een voorziening voor crisiszorg met de maximale duur van vier tot zes weken. In deze weken probeert de casemanager een meer passende oplossing te zoeken voor de jeugdige.

In de huidige situatie kampen de crisisdiensten geregeld met uitstroomproblematiek op het moment dat een jeugdige uit de crisiszorg overgaat naar reguliere zorg. De zorgaanbieders of Centra voor jeugd en gezin (CJG) vinden het vaak lastig om cliënten vanuit een crisis over te nemen, omdat er sprake is van wachtlijsten, gebrek aan motivatie of een onduidelijke hulpvraag. Bij de inrichting van de crisisdienst in het nieuwe jeugdstelsel is sturing op uitstroom van crisisplaatsen naar reguliere hulp een belangrijk aandachtspunt. Om een goede uitstroom te realiseren is het van belang dat er voldoende plaatsen beschikbaar zijn en bindende afspraken worden gemaakt met de partijen die de vervolgzorg en/of nazorg leveren. Hieronder staan enkele voorbeelden uit de regio Haaglanden waarbij de interventie en uitstroom per casus wordt aangegeven.

Praktijkvoorbeelden – regio Haaglanden

Door het acuut wegvallen van ouders - bijvoorbeeld door overlijden, opname psychiatrie, detentie e.d. valt ook de zorg voor kinderen weg. Het is (nog) niet duidelijk of en waar in het netwerk de kinderen opgevangen worden of kunnen verblijven (ook omdat veel van dit soort gezinnen geen of pedagogisch onvoldoende netwerk heeft).

De focus ligt op de eerste opvang van de kinderen. Daarna wordt gezocht naar functionerende volwassenen in het eigen netwerk van het gezin en daarmee naar het organiseren van langduriger opvang. Soms is een eerst inzet van noodopvang nodig via een zorgaanbieder. In dit geval wordt snel onderzocht of inzet en opvang binnen het eigen netwerk mogelijk is. De crisisinterventie duurt een paar uur tot een aantal dagen.

Ouders kunnen door eigen problematiek (psychiatrie, zwakbegaafdheid, verslaving, enz.), een acuut gevaar vormen voor kinderen. Op zeer korte termijn worden, in dit geval, gesprekken gevoerd met jeugdige en ouders om te komen tot een oplossing. Zo nodig wordt er direct noodopvang geregeld voor de kinderen. Belangrijk is de afstemming met hulpverlening voor volwassenen zodat ook ouders worden geholpen. Er wordt toegewerkt naar relatieherstel, hulp en behandeling. De crisisinterventie duurt een paar uur tot een paar weken.

Jeugdigen kunnen een acuut gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen (psychiatrie, suïcide, geweld). Op zeer korte termijn worden dan gesprekken gevoerd met jeugdige en ouders. Daarnaast vindt ook een psychiatrische beoordeling plaats en wordt zo nodig een opname voor het kind geregeld. De crisisinterventie duurt een paar uur tot een paar dagen.

Crisisopvang van kinderen na acuut geweld is noodzakelijk bij bijvoorbeeld mishandeling, seksueel misbruik of gezinsmoord. Op zeer korte termijn worden gesprekken gevoerd met jeugdigen en ouders en zo nodig wordt noodopvang voor de kinderen geregeld. Er wordt toegewerkt naar relatieherstel, hulp en behandeling. De crisisinterventie duurt een paar uur tot een paar weken¹².

Bij de inrichting van de crisisdienst in het nieuwe jeugdstelsel is sturing op uitstroom van crisiszorg naar reguliere hulp een belangrijk aandachtspunt. Enerzijds omdat ervoor te zorgen dat de jeugdigen en gezinnen passende zorg ontvangen na de crisis. Anderzijds om te voorkomen dat crisiszorg onnodig lang wordt ingezet waardoor zij mogelijk plekken bezet houden voor andere jeugdigen en gezinnen.

¹² Voorbeelden zijn afkomstig van de Crisisdienst regio Haaglanden.

3.3 Landelijke en regionale cijfers

Het is voor gemeenten van belang inzicht te hebben in de aantallen, doorlooptijden, kosten en andere cijfers van regionale crisisdiensten om de crisisdienst passend in te richten. Er zijn weinig recente landelijke cijfers beschikbaar op het gebied van jeugdhulp in crisissituaties. Wel is er een branche-rapportage van Jeugdzorg Nederland 2011 gepubliceerd. Deze rapportage bevat cijfers over spoedeisende zorg en jeugdzorgPlus. De cijfers met betrekking tot 7/24 uurs crisisdienst Bureau Jeugdzorg ontbreken¹³.

In februari 2014 heeft het CBS cijfers gepubliceerd over de verschillende zorgvormen van jeugdzorgcliënten, uitgesplitst naar regio en gemeenten. Het betreft de cijfers over 2011 van Bureau Jeugdzorg en Jeugd en Opvoedhulp (excl. jeugdzorgPlus). Cijfers met betrekking tot 2012 volgen naar verwachting in maart 2014 (www.statline.nl). Naast landelijke cijfers zijn er ook regionale cijfers bekend. In onderstaand kader zijn de cijfers van regio Haaglanden en regio Zuidoost Brabant ter illustratie weergegeven.

Regio Zuidoost Brabant

Vanaf 2006 voert MEE zuidoost Brabant in samenwerking met een aantal zorgaanbieders uit de VG sector de crisisbemiddeling uit. In 2013 zijn er 87 unieke crisismeldingen binnengekomen in deze regio. Het merendeel hiervan is vervolgens opgepakt door MEE. 69% van de meldingen heeft geleid tot een crisisopname. De gemiddelde crisisduur was circa 43 dagen¹⁴.

Regio Haaglanden

In 2013 heeft het Crisis Interventie Team 942 kinderen geholpen in crisissituaties. 60 procent van deze trajecten is buiten kantoor tijd opgestart. In 2013 heeft het CIT 90 kinderen geholpen waarbij sprake was van een huisverbod. Bij 120 kinderen is MEE betrokken bij de crisisinterventie¹⁵.

¹³ Branche rapportage jeugdzorg 2011. Jeugdzorg Nederland.

¹⁴ Jaarverslag crisisbemiddeling 2013 regio Zuidoost-Brabant. MEE. 10 januari 2014

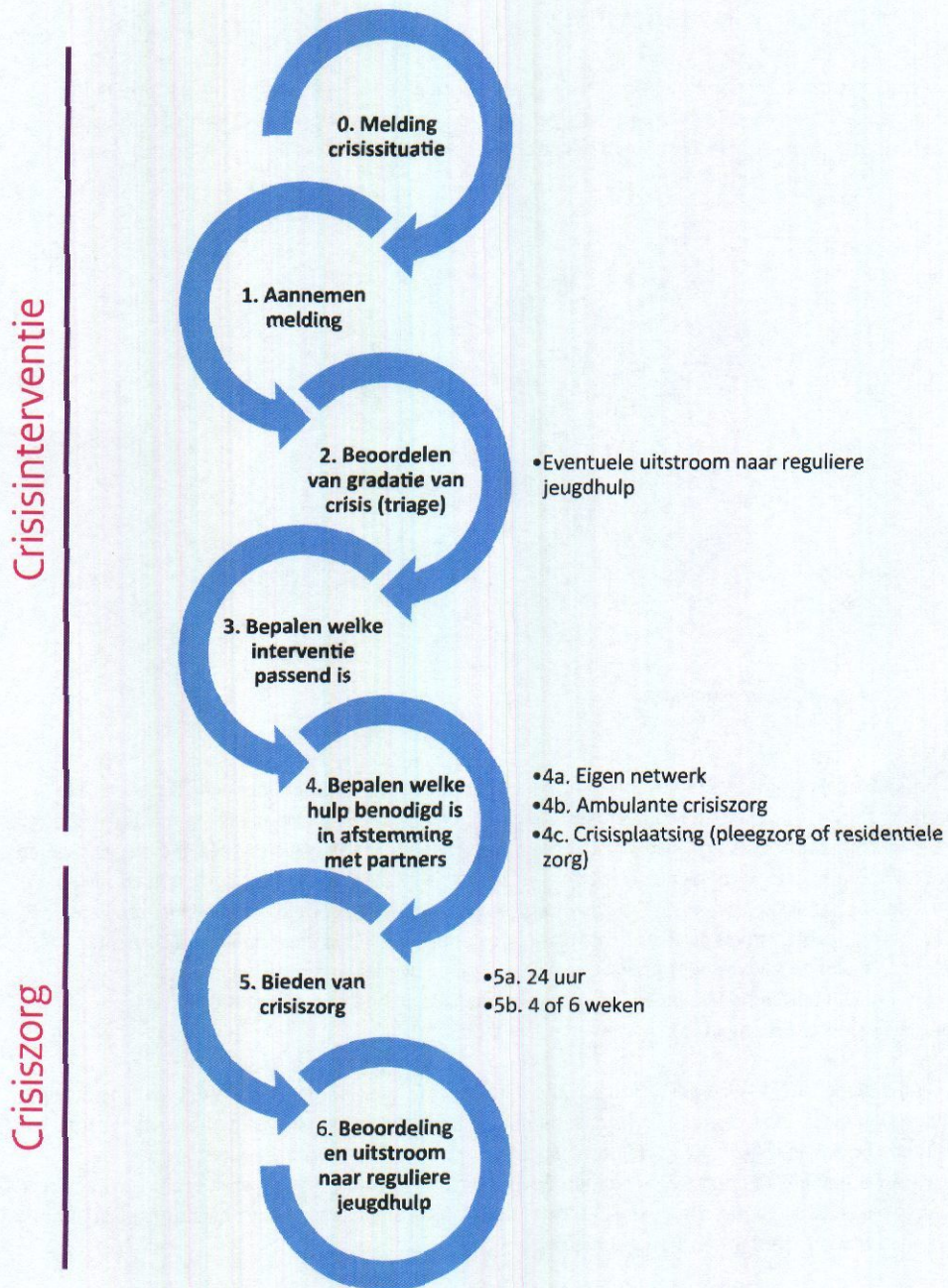
¹⁵ Tekst aangedragen door regio BJZ Haaglanden.

4. Schets van het proces; van melding tot crisiszorg

Het proces van melding, crisisinterventies en jeugdhulp in crisissituaties wordt in dit hoofdstuk geschetst om op hoofdlijnen inzicht te bieden in de taken en werkzaamheden van de crisisdienst. Dit inzicht kan gemeenten helpen bij de afweging van de keuzes bij het inrichten van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties.

4.1 Processtappen toeleiding naar jeugdhulp in crisissituatie

Het proces dat doorgaans doorlopen wordt nadat een crisismelding is geplaatst kent een aantal stappen.

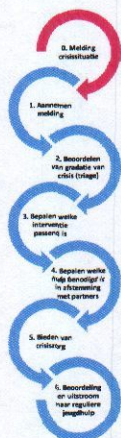


Deze stappen zijn schematisch weergegeven in onderstaand figuur.

Figuur 2 – Stappen toeleidingsproces

In de navolgende paragrafen worden zaken zoals melding van crisissituaties, triage en onderscheid tussen crisisinterventie en crisiszorg toegelicht. Vervolgens wordt stilgestaan bij de samenwerkingspartners van de crisisdienst.

4.2 Melding crisissituatie (stap 0)



De crisisdienst kan in crisissituaties door verschillende partijen en burgers worden ingeschakeld. In onderstaande afbeelding zijn deze partijen weergegeven. Vervolgens worden per partij de taken en verantwoordelijkheden in de jeugdketen beschreven.



Figuur 3 – overzicht van melders van crisis

Politie

Politie is één van de grootste toeleveranciers van de crisisdienst (bij mensen met een verstandelijke beperking zijn dat voornamelijk hulpverleners of het netwerk). De politie heeft vaak te maken met escalerende situaties zoals ter plaatse gaan in situaties waarin huiselijk geweld speelt tussen gezinsleden. Wanneer hier kinderen en/of jeugdigen betrokken zijn, schakelt de politie de crisisdienst in voor hulpverlening aan de kinderen en het gezin. *Is er sprake van huiselijk geweld waarbij kinderen getuige of betrokken zijn, dan stemt de crisisdienst af met de politie over het verdere handelen.* De politie handelt conform de aanwijzing Huiselijk Geweld¹⁶. Zij kan in overleg met de burgemeester eventueel zorgen voor een huisverbod voor één van de gezinsleden. De politie kan tevens informatie geven over eventuele eerdere meldingen van incidenten op het adres.

Vanuit het perspectief van de politie is het wenselijk dat er één plek is waar zij 24/7 met crisismeldingen terecht kunnen. *De politie geeft aan geen zorginhoudelijke beslissing te kunnen nemen over de ernst van de situatie binnen een gezin.* Het is daarom belangrijk dat er, indien noodzakelijk, iemand van de crisisinterventiedienst ter plaatse kan komen. Tevens dient de crisisdienst toegerust te zijn om per direct opvangplekken te verzorgen. De politie beschikt noch over de mogelijkheid noch over de capaciteit om mensen in crisissituaties in een politiebureau op te vangen.

Advies en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK)

Bij een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling schat het AMHK altijd de veiligheidsrisico's in. Bij een groot en acuut risico worden er onmiddellijk maatregelen getroffen om kinderen in veiligheid te brengen. In verband hiermee is 24-uurs bereikbaarheid belangrijk, net als de mogelijkheid om in geval van een crisis onmiddellijk actie te ondernemen. Wanneer sprake is van een direct veiligheidsrisico kan door het AMHK direct opgeschaald worden voor het in gang zetten van een raadgevend onderzoek naar de noodzaak van een kinderschermingsmaatregel, een tijdelijk huisverbod of een strafrechtelijke vervolging of ingrijpen¹⁷.

De gemeenten kunnen ervoor kiezen om de crisisdienst en AMHK in één organisatie onder te brengen. Zie paragraaf 5.2 voor een nadere uitwerking van deze optie.

¹⁶ http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/publicaties/huiselijk_geweld_een_kerntaak_voor_de_politie_versie_2009.pdf

¹⁷ Scenario's voor het AMHK in relatie tot het lokale sociale domein. 19 november 2013. VNG.

Wijkteams

In steeds meer gemeenten zijn wijkteams (met verschillende benamingen) ingericht met als doel vroegtijdige ondersteuningsbehoeften te signaleren en integrale ondersteuning te bieden. Het kan voorkomen dat vanuit de wijkteams acute situaties worden gesignaleerd en een opschaling naar crisisdienst noodzakelijk is.

Huisartsen, ziekenhuizen en jeugdartsen

Artsen binnen ziekenhuizen kunnen acute situaties of dreiging hiervan signaleren wanneer zij in contact komen met jeugdigen. Zij hebben bijvoorbeeld te maken met ouders op de spoedeisende eerste hulp (SEH) waarbij de artsen een vermoeden hebben van Abusive Head Trauma (ook wel het Shaken Baby Syndroom). Huisartsen, jeugdartsen en medisch specialisten hebben binnen de reguliere toeleiding naar jeugdhulp de bevoegdheid om de cliënt door te verwijzen naar de benodigde jeugdhulp. In acute situaties (waarin sprake is van kindermishandeling of (huiselijk) geweld) kunnen zij ook gebruikmaken van de crisisdienst of van het AMHK.

(Zorg)professionals

Het kan voorkomen dat een professional (vanuit bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, GGZ volwassenenzorg, verslavingszorg of (jeugd)zorgaanbieders) in een gezin actief is en met een acuut gevaarlijke situatie te maken krijgt. De professional kan klem komen te zitten; hij weet niet hoe verder met het gezin, terwijl het gezin druk uitoefent. In dit soort situaties kan de professional de crisisdienst inschakelen. Bij de samenwerking is het van belang dat er tussen de professional en de crisisdienst een goede taakverdeling wordt afgesproken.

Scholen

Scholen kunnen acuut gevaarlijke situaties signaleren waarin hun leerlingen betrokken zijn, en de crisisdienst benaderen. Denk aan leerlingen die zijn weggelopen. Het AMHK is ook een partij die de scholen kunnen inschakelen. De scholen handelen volgens het Protocol kindermishandeling en huiselijk geweld.

Ouders of jeugdigen

Ouders of jeugdigen zelf kunnen ook een beroep doen op de crisisdienst. Denk aan een ouder of jeugdige die psychotisch, suïcidaal of verslaafd is. Of aan een jeugdige die na een flinke confrontatie met ouders of andere gezinsleden is weggelopen.

4.3 Triage (stap 1 en 2)



Op basis van een aanmelding tijdens of buiten kantoortijd schat de medewerker crisisdienst de inhoud en de urgentie van de melding in. Deze zogenaamde triage is van belang om te bepalen met welke snelheid en door wie er gehandeld moet worden. De medewerker crisisdienst schat de situatie in op basis van de informatie van de melder. Deze informatie kan worden verrijkt door het raadplegen van drie systemen: AMHK (WMO), politie/ gecertificeerde instellingen en lokale verwijzindexen. Dit helpt de medewerker om een compleet beeld te vormen van de situatie en maakt aansluiting op de reeds ingezette hulp mogelijk.

Vervolgens oordeelt de medewerker crisisdienst over de veiligheid van de situatie en schakelt in voorkomende gevallen na overleg met de melder, direct de politie in en de Raad voor de Kinderbescherming. De medewerker crisisdienst schat ook zijn eigen veiligheid in op basis van informatie van de melder en na het raadplegen van de mogelijke beschikbare (achtergrond)informatie.

De medewerker crisisdienst besluit of hij ter plaatse gaat. Vaak doet de medewerker dit met een collega, waarbij zowel jeugdzorg als GGZ-expertise en, als in voorkomende gevallen expertise voor jeugdigen met een beperking, van belang is. De medewerker crisisdienst beoordeelt ter plaatse het type crisis. Onderstaande tabel geeft verschillende typen crises weer. Het type bepaalt deels welke vorm van hulp nodig is. De medewerker crisisdienst schat de veiligheid van de jeugdige en de gezinsleden in. Vervolgens neemt de medewerker maatregelen om de veiligheid te waarborgen. Wanneer de situatie

spoedeisend is, maar niet direct bedreigend, zorgt de medewerker ervoor dat de juiste partners worden ingeschakeld om het contact met het gezin te leggen binnen 24 uur na de melding.

Type crisis	Kenmerk	Voorbeeld	Hulp
Crisis bij ingrijpende gebeurtenissen	Normaal functionerend gezin. Ingrijpende gebeurtenis van buitenaf.	Plotse dood familielid.	De hulp dient dan vooral gericht te zijn op het geruiststellen van de cliënt en het regelen van praktische zaken.
Crisis bij faseovergangen	De overgang vraagt nieuwe eisen en de benodigde vaardigheden gaan niet gelijk op met aanpassingsvermogen van het gezin en spanningen leiden tot crisis.	Het weglopen van een jeugdige na een flinke confrontatie met ouders of andere gezinsleden of een confrontatie van verschillende waarden en normen in migrantengezinnen.	De hulp dient vooral gericht te zijn op het ondersteunen en erkennen van wensen en opvattingen. Het gaat om het brengen van rust en het op weg helpen in het vinden van een nieuw evenwicht. Bij onenigheid kan een jeugdige tijdelijk uit huis geplaatst worden, waarbij eerst naar het bestaande netwerk wordt gekeken.
Crisis bij meervoudige structurele problemen	De balans is snel verstoord, de gezinsleden zijn snel uit evenwicht.	De gezinnen zijn vaak te typeren als multi-probleemgezinnen waar lichamelijke- of psychische verwaarlozing is, kindermishandeling en of huiselijk geweld speelt.	De hulp is vooral gericht om de kinderen voldoende veiligheid te bieden op de korte termijn.
Crisis bij verzorgingsproblematiek	Het gezin steunt al veel op anderen in de omgeving en de chronische zorg maakt het systeem afhankelijk van anderen/ zwak.	Gezinnen met (verstandelijke) handicap, verslaving en/of psychiatrische problematiek.	De hulp is vooral gericht in eerste instantie om de gezinnen op korte termijn op een hoger niveau van functioneren te tillen zodat het minder kwetsbaar is. In een vervolg is vaak langdurige ondersteuning nodig.
Crisis bij acute psychiatrische problematiek	Het evenwicht in het gezin wordt verstoord door acute psychiatrische problematiek van één van de gezinsleden.	Eén van de gezinsleden krijgt een depressie met suïcide bedreiging of een acute psychose van een jeugdige of ouder.	Samenwerking met psychiatrie is van belang. De hulp is gericht op herstel van de routine en het verwerken van de traumatische gebeurtenis voor de gezinsleden. Belangrijk is het verstevigen van het netwerk rondom het gezin en indien veiligheid een issue is, het maken van afspraken over de veiligheid van de kinderen in het gezin met het netwerk ¹⁸ .

Tabel 3 – Typen crisis

¹⁸ Samenvatting concept Richtlijn Crisisplaatsing, NII, 2013

4.4 Crisisinterventie en crisiszorg (stap 3, 4 en 5 en 6)



Er is een onderscheid te maken tussen directe crisisinterventie ofwel handelen in een crisissituatie en het bieden van crisiszorg. Het verschil wordt hieronder kort toegelicht.

1. Het inschatten van de ernst van de crisis, het nemen van maatregelen in een crisissituatie gebeurt door de medewerker van een (boven)lokale crisisdienst.
2. Het inzetten van crisiszorg is de verantwoordelijkheid van een aanbieder van jeugdhulp.¹⁹

4.4.1 Crisisinterventie (stap 3 en 4)

Een crisisinterventie bestaat uit handelingen die doorgaans door de crisisdienst worden uitgevoerd. Bij crisisinterventies kan de crisisdienst twee taken vervullen: adviseren of ingrijpen. De medewerker van de crisisdienst kan de melder adviseren over de beste manier van omgaan met de situatie. Mogelijk is een gesprek voldoende om de melder te helpen de juiste weg te bewandelen of de situatie te stabiliseren. Het overleg kan er ook toe leiden dat de medewerker besluit tot ingrijpen. De medewerker van een (boven)lokale crisisdienst beoordeelt naar aanleiding van een melding de ernst van de situatie en kan besluiten dat hij ter plaatse gaat. De medewerker beoordeelt welke actie genomen moet worden. Dit doet hij onder andere in zeer ernstige situaties –bijvoorbeeld op politiebureaus en Eerste Hulpverlening – waarbij direct fysiek gevaar is voor de jeugdige.

Taken die bij crisisinterventie horen, zijn:

- advies aan melder crisis zoals de politie of (zorg)professionals,
- 24/7 bereikbaarheid,
- het inschatten van de ernst van de crisis,
- het stabiliseren van de crisis,
- het waarborgen van de veiligheid en
- het indiceren van vervolghulpverlening.

Een medewerker van een crisisdienst kan de situatie ter plaatse de-escaleren door afspraken te maken met de betrokken gezinsleden. Er kan bijvoorbeeld worden afgesteld dat direct ingrijpen niet noodzakelijk is. De medewerker van de crisisdienst kan dan het gezin verwijzen naar de juiste vervolghulpverlening.

Wanneer de crisisdienstmedewerker een melding aanneemt en oordeelt dat er sprake is van een crisissituatie waarin de veiligheid van de jeugdige in het geding is, dan overweegt hij verschillende maatregelen om de veiligheid te verbeteren/herstellen:

1. het direct inzetten van het sociaal netwerk of een hulpverlener in het gezin;
2. de veroorzaker van de onveiligheid uit huis te laten plaatsen, hetzij op vrijwillige basis, hetzij door het adviseren over een huisverbodprocedure of een onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming;
3. de jeugdige uit huis plaatsen (in eigen netwerk, pleeggezin of residentiële instelling);
4. gezins-/vrouwenopvang organiseren;
5. beoordeling op inbewaringstelling (IBS genoemd);
6. inzet medische hulp en/of doen verstrekken van medicatie²⁰;
7. doen van aangifte kindermishandeling en/of melding bij het AMHK of bij de Raad voor de Kinderbescherming;
8. directe inzet (ambulante) hulp/behandeling.

¹⁹ Nu worden deze taken uitgevoerd door de bureaus jeugdzorg. Na de transitie van de jeugdzorg (1-1-2015) is het aan de gemeenten vorm te geven aan deze crisisdienst. Daarom staat deze nu in algemene termen aangeduid.

²⁰ Medicatie kan alleen door een psychiater of huisarts worden verstrekt.

De medewerker werkt – indien de situatie daar om vraagt – samen met partners zoals de politie, de Raad voor de Kinderbescherming, de gecertificeerde instelling (jeugdbescherming/jeugdreclassering), het AMHK, MEE, de jeugdhulpaanbieders (jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugdigen met een beperking) en aanbieders van volwassenzorg. Een deel van deze samenwerkende partners wordt toegelicht in bijlage 4.

Gekoppeld aan de maatregelen zijn twee beslissingen mogelijk. De eerste beslissing gaat over de vraag of de jeugdige uit huis gaat. Plaatsing in het eigen netwerk in overleg met de jeugdige en de ouders heeft hierbij de voorkeur. Andere opties zijn plaatsing in een pleeggezin of in een residentiële instelling. Uit huis plaatsen van een jeugdige is een stap die gezet wordt wanneer er geen andere oplossingen zijn om de veiligheid te laten terugkeren in het gezin. Voordat hiertoe wordt overgegaan wordt eerst bekeken of er andere manieren zijn om een veilige situatie te realiseren. Dit kan door inzet van het eigen netwerk of inzet van lichtere interventies en zorg. Nadat de crisis is gede-escaleerd dient altijd overwogen te worden – de tweede beslissing – of en welke ambulante interventie na de crisis ingezet kan worden.

Als een jeugdige acuut gevaar loopt binnen een gezin en ouders hun medewerking niet willen verlenen kan de Raad voor de Kinderbescherming op basis van een eerste inschatting nog dezelfde dag aan de rechter een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) vragen.

Als sprake is van een gezagsvacuüm of er zijn feiten die tot een ontzetting of gedwongen ontheffing kunnen leiden, kan de rechter op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming een voorlopige voogdij (VoVo) opleggen. Dit gebeurt in noodsituaties waarin snel ingrijpen als (tijdelijke) bescherming van de jeugdige noodzakelijk is. Er zijn twee mogelijkheden om van deze maatregel gebruik te maken. De eerste mogelijkheid betreft situaties waarin het gezag over het kind ontbreekt of niet wordt uitgeoefend. Bijvoorbeeld bij het ontbreken van gezag in geval van overlijden van beide ouders, spoorloos zijn van ouders of een kind dat te vondeling is gelegd. De andere mogelijkheid betreft situaties waarin de ouders moeten worden geschorst in de uitoefening van het gezag. Bijvoorbeeld in geval van ernstige verwaarlozing, grove mishandeling of weigering van de ouder om een kind medisch te laten behandelen. In beide gevallen (VOTS en VoVo) maakt de crisisdienst buiten kantooruren gebruik van de spoeddienst van de Raad voor de Kinderbescherming die als het nodig is een kinderrechter inschakelt.

In het kader van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) kunnen jeugdigen gedwongen worden tot psychiatrische zorg of opname door middel van een rechterlijke machtiging (RM) of een *inbewaringstelling* (IBS). Een rechterlijke machtiging kan worden verkregen als:

1. de jeugdige een geestesstoornis heeft en hierdoor een (dreigend) gevaar vormt voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen, en
2. de enige manier om het gevaar af te wenden een opname in een psychiatrische instelling is, en
3. de jeugdige ouder is dan 12 jaar en niet vrijwillig wil worden opgenomen of jonger is dan 12 jaar en de ouders/ wettelijk vertegenwoordigers zijn tegen opname of verschillen hierover van mening.

De BOPZ wordt op termijn vervangen door de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ). In geval van acuut gevaar kan de burgemeester een inbewaringstelling (IBS) afgeven, zodat een jeugdige meteen kan worden opgenomen. Binnen drie dagen na de opname komt de rechter – door middel van een zitting – beoordelen of er een acute reden bestaat om de IBS voor de duur van drie weken te activeren.

Als er veiligheid is gecreëerd en de noodzakelijke vervolgzorg is gestart, wordt de crisisinterventie afgesloten en opgevolgd door crisiszorg. Deze overdracht kan een risico zijn, omdat er sprake kan zijn van weinig motivatie voor hulp van externen. De crisiszorg wordt hieronder toegelicht.



4.4.2 Crisiszorg (stap 5 en 6)

In principe probeert de medewerker crisisdienst de situatie te de-escaleren zodat de jeugdige en de gezinsleden voldoende veilig zijn en draagkracht hebben om samen verder te kunnen. Het komt (regelmatig) voor dat aanvullende hulpverlening noodzakelijk is en deze niet kan wachten. De medewerker crisisdienst beoordeelt de situatie en kan dan crisiszorg inzetten.

De aangeboden crisiszorg is afhankelijk van de situatie en de keuzes die gemaakt zijn tijdens de crisisinterventie. Crisiszorg kan worden geboden via ambulante crisiszorg of via een crisisplaatsing binnen eigen netwerk, in de crisispleegzorg of residentiële crisisopvang. Plaatsing binnen het eigen netwerk heeft de voorkeur. Daarna heeft een leefgroep of crisispleegzorg de voorkeur. En mocht de situatie daarom vragen dan kan plaatsing in een residentiële crisiszorgvoorziening worden geboden. Bij direct gevaar kan het noodzakelijk zijn een jongere te plaatsen in een gesloten jeugdzorgvoorziening (JeugdzorgPlus) of gedwongen opname (inbewaringstelling) in een psychiatrische kliniek te realiseren. Een crisisplaatsing kan zowel vrijwillig als gedwongen plaatsvinden. Een gedwongen crisisplaatsing kan met en zonder instemming van de jeugdige en zijn ouders plaatsvinden.

Bij de inrichting van de crisisdienst in het nieuwe jeugdstelsel is sturing op uitstroom van crisisplaatsen naar reguliere hulp een belangrijk aandachtspunt. Om de uitstroom te realiseren is het van belang dat er voldoende plaatsen beschikbaar zijn en dat er bindende afspraken zijn met de partijen die de vervolgzorg en/of nazorg leveren.

5. Toeleidingsmodel – keuzeaspecten

Gemeenten hebben bij de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties beleidsvrijheid. *In dit kader is het voor gemeenten van belang na te denken over strategische keuzes rond een aantal aspecten. De vijftien uitgewerkte keuzeaspecten zijn te verdelen in drie categorieën, namelijk:*

1. Uitgangspunten
2. Positionering
3. Inrichting

De vijftien aspecten zijn onderling met elkaar verbonden. De keuzes die een gemeente maakt bij de uitgangspunten hebben invloed op de positionerings- en inrichtingsaspecten. Het is raadzaam dat de gemeente bij het maken van keuzes rekening houdt met de samenhang tussen de verschillende aspecten. De gemeente formuleert eerst de uitgangspunten met betrekking tot de crisiszorg. Vervolgens maakt zij een keuze over de positionering ofwel de organisatie waar de crisisdienst wordt ondergebracht. Als duidelijk is waar de crisisdienst wordt gepositioneerd, neemt men besluiten over de inrichting van de crisisdienst.

In de volgende paragrafen worden deze aspecten toegelicht en waar mogelijk geïllustreerd aan de hand van een praktijkvoorbeeld. Voordat de keuzeaspecten worden toegelicht, wordt eerst stilgestaan bij een aantal algemene aandachtspunten voor de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties:

Algemene aandachtspunten voor de inrichting van toeleiding naar crisiszorg

1. Om tijdig passende hulp te kunnen leveren, is het van belang dat de gemeente regelt dat er bij acute nood of crisis direct benodigde zorg ingezet kan worden. Het afgeven van de beschikking en verantwoording van de ingezette zorg vindt dan achteraf plaats.
2. De crisisdienst dient 24/7 bereikbaar en beschikbaar te zijn. Naast bereikbaarheid en beschikbaarheid is aanwezigheid van voldoende juiste expertise van belang om een juiste inschatting van de crisissituatie te kunnen maken en de juiste interventie en zorg kunnen inzetten.
3. Sturing op uitstroom van crisisplaatsen naar reguliere hulp is bij de inrichting van de crisisdienst een belangrijk aandachtspunt. Om dit te realiseren dienen er voldoende plaatsen beschikbaar te zijn en dienen er bindende afspraken te zijn met de partijen die de vervolgzorg en/of nazorg leveren.
4. Er moet aandacht zijn voor de verbinding van de crisiszorg met de lokale voorzieningen. De cliënt kan in crisis komen vanuit de huidige hulp die hij ontvangt. Na een periode van crisisinterventie en crisiszorg kan de ondersteuning worden voortgezet in de lokale zorgstructuur.
5. Crisismedewerkers moeten inzicht hebben in de hulpverleningshistorie van het gezin en moeten letten op goede aansluiting op de reeds ingezette hulp. Een goede verbinding met andere professionals uit de gemeentelijke toegang is daarvoor van groot belang. Ook is het belangrijk dat vanuit de crisisdienst een goede terugkoppeling plaatsvindt richting de professionals die actief zijn binnen het gezin.
6. Het is raadzaam om inzicht te krijgen in de aantallen en soorten meldingen, ingezette interventies en crisiszorg binnen diverse domeinen in de huidige situatie om een beeld te vormen van de omvang van de (toekomstige) vraag naar crisisinterventie en crisiszorg.

Naast de algemene aandachtspunten geldt een aantal inhoudelijke uitgangspunten. Medewerkers van een crisisdienst moeten als een soort spin in het web deskundig, snel, accuraat en veilig aan de slag kunnen gaan. De medewerker beschikt over specifieke kennis en vaardigheden en handelt nooit alleen. Voor een uitwerking van deze inhoudelijke punten verwijzen we naar Bijlage 2.

5.1 Uitgangspunten

Onder uitgangspunten voor de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties vallen de volgende keuzeaspecten.

Uitgangspunten	Scope doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: integrale en intersectorale crisiszorg, leeftijd 0 tot 100 jaar • Keuze 2: crisiszorg voor de jeugd, leeftijd 0 tot 18/23 jaar • Keuze 3: aparte crisisdiensten jeugdzorg, jeugd GGZ, jeugd met een beperking
	Niveau van inrichting	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: (boven) regionaal niveau • Keuze 2: lokaal niveau
	Niveau van regionale samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: veiligheidsregio • Keuze 2: jeugdregio • Keuze 3: toekomstige AMHK regio • Keuze 4: GGD regio
	Definiëring crisis	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: kortdurende crisis a 24, 48 of 72 uur • Keuze 2: langer durende crisis a 4 tot 6 weken
	Uitvoeringsrol gemeente	<ul style="list-style-type: none"> • Keuze 1: rol op afstand • Keuze 2: rol in uitvoering

5.1.1 Scope doelgroep

Keuze 1. Integrale en intersectorale crisisdienst, leeftijd 0 tot 100

Gemeenten kunnen ervoor kiezen de crisisdienst te organiseren als integrale en intersectorale crisisdienst. Met andere woorden voor alle leeftijden, niet alleen voor jeugd, maar ook voor volwassenen en voor alle soorten crises. Wanneer een volwassene betrokken is in de crisis, wordt deze in de huidige situatie via de crisisdiensten voor volwassenen opgepakt. Door de koppeling tussen de jeugd en volwassenen crisisdienst, kan er integraal en systeemgericht gekeken worden wat er nodig is om de veiligheid terug te brengen.

Om tot een integrale en intersectorale crisisdienst te komen, zal een proces doorlopen moeten worden van integratie en aansluiting met uiteenlopende expertises, werkwijzen en culturen. Het is van belang om bij het organiseren van een integrale en intersectorale crisisdienst te zorgen dat alle benodigde expertise aanwezig is om de gewenste kwaliteit te borgen.

Praktijkvoorbeeld – keuze 1: integrale en intersectorale crisisdienst, leeftijd 0 tot 100

Regio Zuidoost-Brabant

In de regio Zuidoost Brabant is besloten tot de oprichting van een integrale crisisdienst voor zowel jeugd als volwassenen. In het geval van jeugdigen wordt de crisisinterventie uitgevoerd door de spoedeisende zorg van BJZ. Wanneer er een crisis is bij een volwassene wordt die nu via de crisisdiensten voor volwassenen opgepakt. Vaak zijn deze volwassenen ook ouder. Het is derhalve in ieders belang de crisis integraal op te pakken voor het gezin. Door de koppeling tussen de jeugd en volwassenen crisisdienst, kan er breed gekeken worden wat er nodig is om de veiligheid terug te brengen. Het streven is om in overleg met de diverse instellingen de integrale crisisdienst in 2015 te kunnen realiseren. Het aantal fte van BJZ toegerekend naar de regio neemt de regio Zuid-oost Brabant, daarbij voor 100% mee, zodat expertise niet verloren gaat. Indien de regionale crisisdienst in 2015 niet operationeel is, wil de regio de afspraken van 2015 in samenwerking met de regio Noordoost Brabant met het huidige BJZ voortzetten.

Los van de organisatorische vormgeving van de crisisdienst - integraal of voortzetting van huidige afspraken met BJZ - wordt geadviseerd om de eerste twee jaar zowel de 'ambulancedienst' (48 uur) als de ambulante hulp tot maximaal vier weken gezamenlijk te bekostigen. Het AMHK en crisisdienst worden gezamenlijk bekostigd met volumegarantie voor de instelling. Uit de praktijk blijkt dat een crisis niet altijd na 48 uur overgedragen kan worden aan een generalistenteam. De ambulante hulp van de medewerker van de crisisdienst blijft tijdelijk nodig, omdat deze wordt geboden vanuit een onafhankelijke rol. De generalist (al dan niet vooraf al bekend aan het gezin) staat als het ware naast het kind en het gezin en heeft dus per definitie geen onafhankelijke positie. Er wordt wel gestreefd naar nauwe samenwerking met het generalistenteam. Bij sterk functionerende generalistentteams, die zich de komende jaren zullen ontwikkelen, kan de bezetting van de crisisdienst wellicht tijdens kantoortijden afnemen in de toekomst²¹.

Keuze 2. Integrale crisisdienst voor de jeugd, leeftijd tot 18 (met eventuele uitloop tot 23 jaar)

Gemeenten kunnen er ook voor kiezen de crisiszorg allereerst voor de jeugd tot 18 jaar (met een eventuele uitloop tot 23 jaar) te organiseren. De zorg rond kinderen vraagt om een andere insteek dan de zorg voor volwassenen. Het kan een bewuste keuze zijn om de zorg voor jeugd afgebakend te organiseren en hier gerichte expertise op in te zetten.

Gezien de huidigegangssituatie waarin de crisisdiensten voor de jeugd vaak per sector zijn ingericht, ligt de uitdaging bij het opzetten van een integrale crisisdienst voor jeugd bij het samenbrengen van de diverse soorten expertise en kwaliteit en het ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze.

²¹ 21 voor de jeugd z.o. samenwerking op jeugdzorg in Zuidoost-Brabant. 5 maart 2014.

Ook kan dit een keuze zijn, indien de gemeente kiest voor een groeimodel waarin in eerste instantie afzonderlijke crisisdiensten voor jeugd en volwassenen worden gerealiseerd en later samenvoeging volgt. De gemeenten kunnen hiervoor kiezen omdat het eenvoudiger is om de diensten vanuit de bestaande situatie per domein te organiseren. Een integrale aanpak is wellicht niet direct haalbaar, omdat binnen verschillende domeinen nog veel onzekerheden zijn en verschillende keuzes gemaakt moeten worden.

Praktijkvoorbeeld – keuze 2: integrale en intersectorale crisisdienst

Gemeente Amsterdam

Gemeente Amsterdam is voornemens om één crisismeldpunt in te richten. Bij een melding dient de crisisdienst de afweging te maken of onmiddellijke crisisinterventie noodzakelijk is, of dat een casus kan worden doorverwezen naar een wijk- of buurtteam. Ook kan een gecertificeerde instelling gevraagd worden intensief casemanagement te bieden (met of zonder maatregel OTS) als de veiligheid van de kind(eren) dat vereist. Wanneer nodig, wordt er direct hulp aan kinderen en ouders geboden. De gemeente wil het gezin zo snel mogelijk overdragen aan de professional die het gezin hulp kan bieden; de crisisdienst blijft maximaal 24/48 uur bij het gezin betrokken. De crisisdienst dient ook goede juridische expertise in huis te hebben om te kunnen beoordelen vanuit welk wettelijk kader eventuele dwangmaatregelen ingezet moeten worden.

Keuze 3: Aparte crisisdiensten jeugdzorg, jeugd GGZ, jeugd met een beperking

Gemeenten kunnen ervoor kiezen de huidige inrichting van de crisisdiensten (momenteel per sector: jeugdzorg, jeugd-GGZ en jongeren met een beperking) te handhaven. Gezien de doelstellingen van de wet is dit niet de meest voor de hand liggende keuze. Het kan echter, uit praktische overwegingen, een keuze zijn om de bestaande crisisdiensten te laten voortbestaan vanwege het grote aantal opgaven en veranderingen binnen het jeugddomein. Dit kan ook een tijdelijke oplossing zijn. De gemeente kan ervoor kiezen om binnen een bepaalde termijn de crisisdienst door te ontwikkelen tot een integrale crisisdienst voor jeugd of zelfs tot een integrale crisisdienst voor de doelgroep 0 tot 100 jaar.

Aandachtspunten en consequenties

1. Bij de keuze voor een integrale crisisdienst is het van belang voldoende aandacht te hebben voor jeugd vanwege het volume, de specifieke problematiek, benodigde expertise en aanpak en de specifiek bij deze doelgroep horende sociale kaart.
2. Bij de keuze voor een integrale crisisdienst is het van belang dat er een goede verbinding is gelegd voor uitstroom naar de juiste jeugdhulp.
3. De keuze voor de integrale crisisdienst vraagt om een combinatie van veel deskundigheid en expertise. De medewerker die de eerste crisismelding aanneemt moet over een brede expertise beschikken om een juiste schatting te maken van de situatie of er moet een breed team beschikbaar zijn om de eerste inschatting te maken.
4. Bij de keuze voor een integrale crisisdienst voor de brede doelgroep of voor jeugd is het belangrijk rekening te houden met verschillende wettelijke en kwaliteitseisen.

5.1.2 Niveau van inrichting

Keuze 1. (Boven) regionaal niveau

Omdat het bij crisiszorg gaat om hooggekwalificeerd werk met een naar verwachting beperkt volume en omdat de bereikbaarheid (24/7) van belang is, ligt inrichting op regionaal niveau voor de hand. Bovendien worden hiermee de frictiekosten zo laag mogelijk gehouden. De crisisdienst is in de huidige situatie grotendeels belegd bij Bureau Jeugdzorg, en daarmee regionaal georganiseerd.

De crisisdienst kan ook op een bovenregionaal niveau worden ingericht. Dit kan opportuun zijn vanuit schaalgrootte of wanneer ook andere voorzieningen op bovenregionaal niveau zijn ingericht. Crisisplaatsingen van verstandelijk beperkte jongeren vragen bijvoorbeeld om maatwerk omdat niet elke jongere op elke willekeurige en beschikbare crisisplaats terecht kan. Dergelijke situaties vragen om kennis van de doelgroep, kennis van het zorgveld en plaatsingsmogelijkheden. Oplossingen voor crisissituaties van deze jongeren passen momenteel vaak beter bij een (boven)regionale benadering. Echter één van de doelstellingen van de transitie jeugd is om zoveel mogelijk jeugdhulp in de buurt van het gezin te organiseren. Om de lokale verbinding te houden, kan worden afgesproken dat de crisiszorg zo snel mogelijk wordt overgedragen aan de lokaal georganiseerde reguliere hulp. De lokale situatie en de situatie van het kind en gezin moeten dit dan wel toelaten.

Praktijkvoorbeeld – keuze 1: (boven) regionaal niveau

Regio Zuidoost-Brabant

Sinds lange tijd werken de 21 gemeenten in Zuidoost Brabant samen op het gebied van jeugdbeleid. Deze gemeenten hebben een regionaal strategische agenda opgesteld. De regio gaat werken met generalisten, dit betekent dat specialistische zorg wordt ingekocht ten dienste van het opgestelde gezinsplan. Ze onderscheiden een paar vormen van specialiseerde jeugdhulp:

- ambulante hulp aan het kind en gezin
- dagbehandeling
- dag- en nachtbehandeling
- jeugdbescherming en jeugdreclassering
- speciale producten

De speciale producten worden binnen de regio onderverdeeld in twee belangrijk functies die te maken hebben met crisiszorg.

Er komt één crisisdienst die 24 uur per dag paraat staat om direct in noodsituaties bij kinderen/jongeren uit te kunnen rukken. Dit zijn situaties waarbij de veiligheid van het kind acuut in gevaar is. Zo snel als kan zal de zorg overgedragen worden aan het generalistenteam. Een crisisdienst (nu Spoedeisende Zorg van Bureau Jeugdzorg) biedt acute, niet medische, hulp. Ze verrichten 24 uur per dag, zeven dagen per week crisisinterventie voor kinderen en gezinnen. Medewerkers van het crisisteam moeten in onoverzichtelijke situaties en onder druk professioneel en adequaat handelen om de veiligheid van kinderen én ouders te bevorderen voor minimaal de eerste 48 uur (ambulancedienst) tot maximaal vier weken. De crisisdienst werkt samen met diverse organisaties en draagt de casus zo spoedig mogelijk over aan het lokale generalistenteam.

De wens is om een gezamenlijke inkoop te regelen met volumegarantie voor instelling.

Argumenten om dit op schaal van Zuidoost-Brabant in te kopen zijn:

1. vanwege de kleine aantallen waarop afzonderlijke gemeenten een beroep doen, is dit niet op schaal van de gemeente of sub regio te organiseren;
2. het is van belang dat het team 24 uur per dag klaar staat met voldoende expertise en hiertoe ook faciliteiten heeft;
3. het aantal casussen uit iedere gemeente is niet te voorspellen, waardoor het niet realistisch is om lokale volumeafspraken te maken²².

²² 21 voor de jeugd, samenwerking op jeugdzorg in Zuidoost-Brabant.

Keuze 2. Lokaal (gemeentelijk) niveau

Tot nu toe zijn er geen voorbeelden bekend van de inrichting van crisiszorg op lokaal niveau. Mocht voor deze optie worden gekozen dan ligt dit het meest voor de hand bij gemeenten met een zekere omvang. Alleen op deze manier kunnen kwaliteit, het volume en bereikbaarheid worden gegarandeerd.

De verwachting is dat de meeste gemeenten de eerste twee jaar beide onderdelen (crisisinterventie en crisiszorg) gezamenlijk inkopen. Bij sterk functionerende lokale jeugdteams en/of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), kan de bezetting van de crisisdienst tijdens kantooruren in de toekomst wellicht afnemen. Wanneer de jeugdteams en CJG's over voldoende expertise en kwaliteit beschikken om crisisinterventies te plegen en de juiste crisiszorg in te schakelen, kunnen zij deze taken overnemen.

Aandachtspunten en consequenties

1. Het is belangrijk dat er een dekkend aanbod van crisisdienst en crisiszorg beschikbaar is. Door de gemeentelijke beleidsvrijheid kan het voorkomen dat binnen een regio verschillende keuzes gemaakt worden. Het is belangrijk dat alle gemeenten een crisisdienst en benodigde jeugdhulp beschikbaar hebben.
2. Bij de keuze voor een (boven)regionale inrichting is het raadzaam te zorgen voor een goede aansluiting bij de andere diensten zoals de gemeentelijke toegang, AMHK, Raad voor de Kinderbescherming, de gecertificeerde instelling voor jeugdbescherming en jeugdreclassering etc.
3. Houd bij het maken van de keuze voor het niveau van inrichting rekening met het volume en het kostenaspect van de crisisdienst.
4. Bij keuze voor een (boven)regionale crisisdienst is een goede aansluiting bij het lokale jeugdveld belangrijk.
5. Bij de keuze voor een (boven)regionale crisisdienst is het raadzaam de gemeentelijke sturing op de kwaliteit en uitvoering te waarborgen.

5.1.3 Niveau van regionale samenwerking**Keuze 1. Veiligheidsregio**

De gemeenten kunnen ervoor kiezen de samenwerking rondom de crisisdienst te koppelen aan de veiligheidsregio. Deze koppeling heeft als voordeel dat de crisiszorg aansluit op het werkproces van justitie en politie. Tevens zorgt deze schaalgrootte voor voldoende expertise.

Praktijkvoorbeeld - keuze 1: veiligheidsregio**Gemeente Amsterdam**

De gemeenten binnen de stadsregio hebben het voornemen om de crisisdienst intersectoraal, dus integraal, te organiseren op het niveau van de veiligheidsregio om hiermee voldoende beschikbaarheid van crisisinterventies te garanderen. De gemeente zal dat meldpunt samen met de andere gemeenten in de regio Amsterdam-Amstelland organiseren op het niveau van de veiligheidsregio om op efficiënte wijze 24/7 beschikbaarheid te garanderen. De gemeenten binnen de veiligheidsregio Amsterdam Amstelland zullen deze crisisdienst op termijn koppelen aan het AMHK, en willen daar ook de zorgmeldingen van de politie laten afhandelen. Een zorgmelding, melding kindermishandeling/huiselijk geweld of crisis is niet altijd scherp te onderscheiden. Daarnaast zijn in verschillende situaties veelal vergelijkbare interventiemogelijkheden gewenst... Bovendien kan de nabijheid van psychiatrische kennis die nu in de crisisdiensten beschikbaar is de kwaliteit van de beoordeling van de aard en ernst van de problematiek bij huiselijk geweld en kindermishandeling verhogen. De gemeenten willen de aanwezige deskundigheid op dit terrein bundelen.

Keuze 2. Jeugdregio

In het kader van de Jeugdwet hebben gemeenten voor 1 juni 2013 aangegeven in welke regio's zij willen of gaan samenwerken in de transitie jeugdzorg. De Neder-landse gemeenten hebben gekozen voor een indeling in 41 regio's. Deze regio's werken samen op specifieke thema's. Veel taken in het vrijwillig kader rondom jeugd zullen worden georganiseerd op de schaal van deze regio's. Ook het opstellen van regionale transitiearrangementen is op deze schaal vormgegeven. Voordeel van schaling volgens de jeugdregio is de aansluiting op het aanbod van gespecialiseerde jeugdhulp dat naar verwachting op het niveau van deze regio wordt ingericht.

Keuze 3. Toekomstig AMHK regio

Gemeenten hebben de opdracht om per 1 januari 2015 bovenlokaal een AMHK te vormen (samenvoeging SHG (Steunpunt Huiselijk Geweld) en AMK (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling)). Het bepalen van de schaalgrootte van de regio is aan gemeenten zelf. Dit kan eventueel samenvallen met de veiligheidsregio of de jeugdregio. Gemeenten zullen hier onderling afspraken over maken. Koppeling van de crisisdienst aan de AMHK-regio heeft als voordeel dat er aansluiting is op de werkprocessen van het AMHK. Overige voordelen hangen af van de gekozen schaal van het AMHK.

Keuze 4. GGD regio

Omdat de GGD in het kader van infectieziekten bestrijding over een 24/7 bereikbaarheid moet beschikken is het denkbaar de crisisdienst ook op dit niveau in te richten en bij de GGD-regio aan te sluiten. GGD-regio's zijn in een groot deel van Nederland aangesloten op de veiligheidsregio's. In sommige regio's is het huidige SHG ondergebracht bij de GGD.

Aandachtspunten en consequenties

1. Bij de keuze voor het niveau van regionale samenwerking is het raadzaam om rekening te houden met het niveau van samenwerking rondom het zorgaanbod zodat de uitstroom naar reguliere zorg soepel verloopt.

5.1.4 Definiëring crisiszorg

Keuze 1. Kortdurende crisiszorg a 24, 48 of 72 uur

Gemeenten kunnen ernaar streven de crisiszorg te richten op de eerste 24, 48 of 72 uur na crisis-interventie. Dit betekent dat crisiszorg in 24, 48 of 72 uur geboden wordt en dat de cliënt hierna wordt overgedragen aan de reguliere hulp. Bij deze keuze is het van belang dat de benodigde hulp altijd per direct beschikbaar en inzetbaar is. Wanneer sprake is van wachtlijsten of onvoldoende kennis en kwaliteit voor de benodigde zorgvormen kan dit leiden tot uitstroomproblemen en veiligheidsrisico's.

Praktijkvoorbeeld – keuze 1: kortdurende crisis

Gemeente Amsterdam

Gemeente Amsterdam is voornemens om regionaal een crisisdienst of team beschikbaar te maken. In het nieuwe jeugdstelsel wil de gemeente Amsterdam in ieder geval één crisismeldpunt inrichten. Bij een melding maakt de crisisdienst de afweging of onmiddellijke crisisinterventie noodzakelijk is, dat een casus kan worden doorverwezen naar een wijk- of buurtteam, of dat een gecertificeerde instelling gevraagd wordt intensief casemanagement te bieden (met of zonder maatregel OTS) als de veiligheid van de kind(eren) dat vereist. Wanneer nodig, wordt er direct hulp aan kinderen en ouders geboden. De gemeenten willen zo snel mogelijk het gezin overdragen aan de professional die het gezin hulp kan bieden; de crisisdienst blijft maximaal 24/48 uur bij het gezin betrokken. De crisisdienst dient ook goede juridische expertise in huis te hebben om te kunnen besluiten vanuit welk wettelijk kader eventuele dwangmaatregelen ingezet moeten worden²³.

²³ Koersbesluit, om het kind. Programma hervorming zorg voor de jeugd. Gemeente Amsterdam. 15 mei 2013.

Keuze 2. Langer durende crisiszorg 4 à 6 weken

De gemeente kan er ook voor kiezen om de periode van de eerste vier tot zes weken na de crisisinterventie in het kader van crisiszorg te laten invullen, indien nodig. Hiermee wordt de crisiszorg-aanbieder gelegenheid geboden om de crisissituatie zo veel mogelijk te normaliseren voordat de cliënt naar de reguliere zorg uitstroomt. In de huidige situatie hanteren sommige provincies/stadsregio's een crisiszorg van zes weken met een mogelijke verlenging van zes weken. Deze keuze vraagt om directe beschikbaarheid van de crisiszorg voor een langere periode.

Aandachtspunten en consequenties

1. De definiëring van crisiszorg heeft invloed op de mate en snelheid van uitstroom en nazorg na crisiszorg en daarmee de afspraken die gemaakt moeten worden met zorgaanbieders.
2. Beschikbaarheid van voldoende crisisplaatsen voor instroom vanuit crisisdienst, maar ook voor instroom van cliënten die reeds in zorg zijn bij een zorginstelling en in een crisissituatie terechtkomen, is van belang bij de inrichting van de crisisdienst. Strakke regie op crisisplaatsen en uitstroom naar reguliere zorg is noodzakelijk om te voorkomen dat in sommige situaties benodigde hulp niet geboden kan worden. Aanwezigheid van een plaatsingscommissie die onafhankelijk kan oordelen (zodat gemeenten in een regio niet onderling in gevecht gaan over wie welk kind het eerst plaatst bij in geval van wachtlijsten) is aan te raden.
3. Bij kortdurende crisiszorg is het van groot belang aandacht te hebben voor duidelijke afspraken over een stevige sturing op de uitstroom uit crisiszorg naar reguliere zorg. Directe uitstroommogelijkheden zijn noodzakelijk om het veiligheidsrisico te beperken.
4. Beschikbaarheid van vervolgzorg na crisiszorg speelt ook bij de keuze voor een langer durende crisiszorg een rol, maar vormt door de mogelijkheid om zes weken crisiszorg in te zetten een beperkter veiligheidsrisico.
5. Bij de keuze voor kortdurende crisiszorg zijn er meer overdrachtsmomenten naar verschillende professionals. Deze overdrachtsmomenten vormen een veiligheidsrisico, onder andere door gebrek aan motivatie bij het gezin in crisis.

5.1.5 Uitvoeringsrol gemeente

Keuze 1. Rol op afstand

Veel gemeenten kiezen ervoor de crisiszorg te organiseren op plaatsen waar dit momenteel ook al gebeurt. Redenen hiervoor zijn: behoud van investeringen (panden, loketten, etc.), bekendheid voor inwoners en samenwerkingspartners. Daarnaast zijn de faciliteiten voor de crisiszorg op dit moment overwegend (boven)regionaal geregeld. De gemeente heeft bij deze keuze meer een regierol en laat de uitvoering over aan de gekozen partijen.

Keuze 2. Rol in uitvoering: crisisdienst bij gemeentelijke loket/het jeugdteam

Er zijn ook gemeenten die de crisisdienst onderdeel willen laten zijn van het gemeentelijke loket/het jeugdteam. Zo kan de jeugdhulp ook in crisissituaties dichtbij worden aangeboden. Het is raadzaam om hierbij goed te bepalen welke competenties nodig zijn (bij onder andere de triage en 24/7 uren beschikbaarheid) en welke taken en functies de gemeentelijke crisisdienst zal uitvoeren. Deze keuze biedt de gemeenten de mogelijkheid om meer inzicht te hebben in wat er speelt en direct te sturen op de uitvoering van de crisisdienst.

Aandachtspunten en consequenties

1. Bij de keuze voor een **rol op afstand** is het van belang duidelijke afspraken te maken met de uitvoeringsorganisatie over sturing, financiering en resultaten.
2. Bij de keuze voor een **rol in de uitvoering** is het verwerven van benodigde expertise om de gekozen rol goed in te vullen een aandachtspunt. Ook moet rekening worden gehouden met de kwaliteitseisen en registratieverplichtingen voor betrokken medewerkers.
3. Het is van belang rekening te houden met de kosten en de baten van de gekozen gemeentelijke rol.

5.2 Positionering van de crisisdienst

De gemeente heeft de vrijheid bij de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties en de positionering van de crisisdienst. Onder crisisdienst wordt in deze brochure een dienst verstaan die zowel crisisinterventie als crisiszorg uitvoert. Het is echter ook mogelijk om crisisinterventie en crisiszorg te beleggen bij aparte organisaties of instellingen (zie paragraaf 5.3.4). Hoe deze dienst wordt ingericht en waar de taken worden belegd zijn inrichtingskeuzes die de gemeente maakt. Mogelijke keuzes van de positionering van de crisisdienst zijn:

Positionering Crisisdienst

- Keuze 1: bij de gemeente
- Keuze 2: binnen de gecertificeerde instelling
- Keuze 3: binnen het AMHK
- Keuze 4: bij een zorgaanbieder
- Keuze 5: als aparte organisatie

5.2.1 Bij de gemeente

De gemeente kan ervoor kiezen zelf een crisisdienst in te richten binnen de eigen organisatie door de taken die bij de crisisdienst horen te beleggen bij het eigen loket of een lokaal jeugdteam. Deze keuze hangt samen met het gekozen uitgangspunt van de uitvoeringsrol van de gemeente. Voordeel van deze keuze is dat de gemeente directe regie kan voeren op de ingezette actie en geboden ondersteuning in acute situaties.

Gezien het relatief beperkte volume van acute situaties en de verplichting om voor taken op het gebied van jeugdbescherming, jeugdreclassering en AMHK regionaal samen te werken, is het raadzaam af te wegen of de voordelen van de individuele inrichting opwegen tegen de kosten van de organisatie, de benodigde expertise en beschikbaarheid.

Aandachtspunten en consequenties

- Een georganiseerd meldpunt op lokaal niveau, zoals bij de gemeente, kan invloed hebben op de algehele meldbereidheid. Omdat de melding dichtbij huis, eenvoudig en met minder drempels gedaan kan worden zou de meldbereidheid kunnen stijgen.
- Denk na over de inrichting van een registratie- en informatiesysteem voor uitwisseling van gegevens met andere samenwerkingspartijen.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van het AMHK en GI (gecertificeerde instelling) voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

5.2.2 Binnen de gecertificeerde instelling

De gemeente kan ervoor kiezen de crisisdienst onder te brengen bij een gecertificeerde instelling (GI). De redenen om hiervoor te kiezen zijn ondermeer de regionale schaal en de aanwezigheid van expertise bij deze instelling. Verder speelt mee dat er veel overeenkomsten zijn tussen de taken van de GI, het AMHK en de crisisdienst waardoor de medewerkers efficiënter ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld met de verplicht 24/7 bereikbaarheid die geldt voor zowel JB, JR als de crisisdienst. Belangrijk hierbij is om specifieke expertise met betrekking tot jeugd GGZ en jeugdigen met een beperking hierbij te laten aansluiten.

Zowel de crisisdienst, gecertificeerde instellingen voor JB en JR, als het AMHK hebben een 24/7 bereikbaarheid nodig. Dit kan in de toekomst wellicht leiden tot een combinatie wat betreft bezetting en kennisdeling, het beperken van frictiekosten en het vasthouden van expertise. Er is dus een belangrijk verschil; het AMHK werkt vanuit een vrijwillig karakter en de gecertificeerde instellingen voor JB en JR vanuit het gedwongen kader.

De hoeveelheid en verscheidenheid van taken binnen de organisatie vragen om duidelijke communicatie naar buiten zodat dit niet zal leiden tot verwarring bij de cliënten. Zoals gezegd maken JB en JR deel uit van het gedwongen kader, terwijl AMHK vanuit het vrijwillige kader opereert. Voor hen is het misschien niet altijd duidelijk waar de organisatie voor staat, waar men terecht moet en hoe onderdelen zich tot elkaar verhouden.

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze om de crisisdienst bij de GI te positioneren is het van belang rekening te houden met het feit dat de GI geen jeugdhulp mag verlenen. Dit betekent dat noodzakelijke jeugdhulp in het kader van crisis door een andere partij moet worden uitgevoerd.
- Het is van belang een goede verbinding te hebben met crisiszorg en voldoende beschikbare capaciteit, aangezien de GI zelf geen vervolgcrisiszorg verleent na de interventie.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere het AMHK voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

5.2.3 Binnen het AMHK

De crisisdienst kan een onderdeel zijn van de AMHK-organisatie. De taken van de crisisdienst en het AMHK komen op sommige punten overeen. Beide diensten moeten 24/7 bereikbaar zijn en direct kunnen handelen in een acute situatie. Een voordeel van deze positionering is bijvoorbeeld dat er één meldpunt met 24/7 bereikbaarheid wordt ingericht. Aandachtspunt is dat AMHK staat voor huiselijk geweld en kindermishandeling en niet alle crisissen gaan over huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit zou kunnen zorgen voor (hogere) barrières bij melders en burgers.

Bij de realisatie van het AMHK zijn de gemeenten verplicht bovenregionaal samen te werken. Zij hebben beleidsvrijheid bij de inrichting van de AMHK-organisatie en samenwerking met overige stakeholders. De handreiking 'Scenario's voor het AMHK in relatie tot het lokale sociale domein' beschrijft de mogelijke scenario's voor de inrichting van het AMHK (zie www.vng.nl).

In sommige regio's is het denkbaar dat het AMHK wordt ondergebracht bij de GGD. De GGD is 24/7 beschikbaar in verband met infectieziekten en soms OGGZ. In deze situatie zou de crisisdienst samen met het AMHK bij de GGD kunnen worden ondergebracht.

Aandachtspunten en consequenties

- Er kan rolverwarring ontstaan omdat crisis niet altijd kindermishandeling of huiselijk geweld behelst. Dit kan drempelverhogend werken voor melder en inwoners van een gemeente.
- Het is van belang een goede schakel te vormen tussen crisisinterventie en crisiszorg.
- Een goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de VOTS en VoVo van belang.
- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

5.2.4 Bij een zorgaanbieder

De gemeente kan ervoor kiezen de crisisdienst te laten uitvoeren door een zorginstelling en bedden beschikbaar te laten stellen. Deze instelling kan bijvoorbeeld direct benodigde hulp bieden aan het gezin of direct een crisisplaatsing realiseren.

Aangezien er in een gemeente of regio doorgaans meerdere zorginstellingen met een specifiek zorgaanbod actief zijn, beschikt één instelling vaak niet over een totaal palet aan hulpverlening. Het is belangrijk om het proces van uitstroom uit de crisiszorg naar de reguliere zorg goed af te stemmen om te borgen dat een cliënt de best passende zorg ontvangt na de crisisplaatsing.

Aandachtspunten en consequenties

- Waarborgen dat cliënt passende hulp krijgt in de crisis en niet alleen de beschikbare zorg van de zorgaanbieder aanbieden.
- Een goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de VOTS en VoVo van belang.
- • Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere het AMHK en GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.

5.2.5 Als aparte organisatie

De gemeente kan ervoor kiezen een aparte organisatie voor een crisisdienst in te richten. Deze keuze is denkbaar wanneer de crisisdienst gericht is op een brede doelgroep van 0 tot 100 jaar en wanneer er samengewerkt wordt in regionaal verband. Hier zijn hoge kosten mee gemoeid en dat vraagt om een bepaalde schaalgrootte. De verwachting is dat het niveau van de 41 jeugdregio's hiervoor ontoereikend is.

Aandachtspunten en consequenties

- Denk aan registratie van gegevens en koppeling van systemen van onder andere het AMHK en GI voor informatieoverdracht en houd rekening met de wettelijke verplichtingen.
- Realiseer goede aansluiting met de overige jeugdketenpartners.
- Borging van expertise en beschikbaarheid van de benodigde hulp is van belang.
- Goede aansluiting tussen de crisisdienst en de Raad voor de Kinderbescherming en GI is in verband met de uitvoering van de (V)OTS en VoVo van belang.

5.3 Inrichting van toeleiding

Wanneer gesproken wordt over de inrichting van de toeleiding naar jeugdhulp in crisissituaties, kan gedacht worden aan de volgende aspecten:

Inrichting

Uitvoeringsvorm

- Keuze 1: toegang via één ingang
- Keuze 2: toegang via meerdere ingangen

Beschikbaarheid

- Keuze 1: 24/7
- Keuze 2: verdeling buiten en binnen kantooruren

Bemensing

- Keuze 1: bestaande kennis samenvoegen
- Keuze 2: nieuwe arbeidsrelaties aangaan

Taken en functies

- Keuze 1: beperkte functies (crisisinterventie)
- Keuze 2: brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)

5.3.1 Uitvoeringsvorm

Keuze 1. Toegang via één ingang

Door het organiseren van de toegang tot de crisisdienst via één (soort) aanspreekpunt is voor zowel inwoners als professionals duidelijk waar vragen en meldingen over crisiszorg kunnen worden afgehandeld. Zij weten waar zij de melding kunnen doen. Daarnaast zitten alle crisismedewerkers op één plek, waardoor afstemming en intervisie eenvoudiger is. Een ander voordeel is dat gemeenten meer grip en zicht hebben op de uitvoering, kwaliteit en financiering. Van belang is dan te zorgen voor goede koppeling met de lokale, gebiedsgerichte jeugdhulp via loketten, jeugdteams, CJG's etc.

Bij het bepalen van de inrichtingsvorm is het ook van belang rekening te houden met de positie van de toeleverancier van crisismeldingen. Het is belangrijk dat zij direct weten waar zij de melding kunnen doen zodat zo snel mogelijk ingegrepen kan worden in acute situaties.

Praktijkvoorbeeld – keuze 1: toegang via 1 ingang

Regio Friesland

SpoedJeugd biedt in Friesland spoedeisende (jeugd)hulp in crisissituaties die worden veroorzaakt door gedrag- of opvoedproblemen, gezinsproblemen of psychische problemen. Bureau Jeugdzorg, Jeugdhulp Friesland, Kinnik kind en jeugd GGZ en Tjallingahiem voor expertise en behandeling van jeugdigen met een beperking werken samen om zo snel mogelijk een ambulante werker in te zetten in een spoedeisende situatie. SpoedJeugd biedt zelf geen hulpverlening, maar is een samenwerking van jeugdzorgaanbieders.

Aanmelding

Inwoners of verwijzers maken zich kenbaar via telefoonnummer of e-mailadres en wordt persoonlijk te woord gestaan door een interviewer. Het telefoonnummer is 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar. Gedurende contact binnen kantooruren wordt ten eerste vastgesteld of de cliënt al zorg krijgt aangeboden. Wanneer dit zo is wordt de beller verwezen naar de betreffende zorgaanbieder. Als een externe zorgaanbieder zelf een verzoek indient voor een interventie in een crisissituatie, dan wordt de melding in behandeling genomen. Buiten kantooruren gedane meldingen ook, omdat de vier partners de enige jeugdzorgaanbieders in Friesland zijn die dan spoedeisende hulp bieden.

Inventarisatie en beoordeling

Na de inventarisatie, door middel van een checklist, wordt het contact verbroken met de beller, waarbij een afspraak wordt gemaakt dat de beller binnen 15-20 minuten wordt teruggebeld. De interviewer beoordeelt de crisissituatie na de inventarisatie door middel van een beslisboom die automatisch het juiste zorgpad of beoordeling toewijst. De beslisboom is verwerkt in een digitale applicatie. Na de beoordeling neemt de interviewer contact op met de dienstdoende triagist (beoordelaar). Samen toetsen zij de beoordeling en nemen een besluit op basis van de verkregen informatie. Na deze zogenaamde triage neemt de interviewer contact op met de cliënt en/of melder om terug te koppelen en het besluit door te nemen.

Besluit

Het besluit kan zijn: 1) Vastgesteld zorgpad en zorgaanbieder; de zorgaanbieder dient in dit geval binnen een uur contact op te nemen met de cliënt om altijd ten eerste ambulante zorg in te zetten. De interviewer is verantwoordelijk om de hulpverlener van informatie te voorzien. 2) Er is sprake van onveiligheid en/of onvrijwilligheid en er dient een koppel van zorgaanbieders ter plaatse aanvullende informatie te verzamelen. Het koppel voert daarna voor een tweede keer een beoordeling uit en neemt hiervoor telefonisch contact op met de triagist. Het kan ook dan zijn dat een werker ter plaatse blijft en het zorgpad start of dat een juiste zorgaanbieder wordt geactiveerd om met de cliënt het zorgpad te starten²⁴.

²⁴ Praktijkvoorbeeld. Spoedjeugd – Friesland. NJI.

Keuze 2. Toegang via meerdere ingangen

Bij een toegang via meerdere ingangen wordt tegemoet gekomen aan lokale bereikbaarheid bij crisisvragen. Omdat burgers en professionals via verschillende ingangen kunnen melden, komen signalen mogelijk sneller binnen: de toegang wordt drempelverlagend georganiseerd. Aandachtspunt is wel dat afstemming en intervisie tussen medewerkers op verschillende locaties minder vanzelfsprekend op gang komt. Nadeel is bovendien dat de meldingen op verschillende plekken gedaan worden. Voor de politie is het bijvoorbeeld belangrijk om een meldpunt via een telefoonnummer te benaderen. Deze keuze kan als onduidelijk of vervelend ervaren worden door de toeleveranciers van de crisismeldingen.

Een combinatie van meerdere ingangen aan de voorkant, met één aanspreekpunt in de backoffice kan een tussenoplossing zijn. Hiermee ontstaat wel een extra schakel in het meldingsproces..

Aandachtspunten en consequenties

- Zorg voor een algemeen telefoonnummer dat 24/7 beschikbaar is. Dit kan lokaal of landelijk zijn.
- Naast bereikbaarheid is aanwezigheid van benodigde expertise en beschikbaarheid van benodigde zorg van belang bij inrichting van de crisisdienst.
- Door het schaalvoordeel van één aanspreekpunt en daarmee centralisering van functies en diensten kunnen kosten lager zijn dan de inrichting van de toegang via meerdere ingangen.
- Bij de keuze van toegang via meerdere ingangen is duidelijke informatie en communicatie naar burger en melder van groot belang.
- Onduidelijkheid over de meldplek kan leiden tot een lagere meldbereidheid.
- Goede aansluiting met andere crisisdiensten en achterliggende voorzieningen is voor beide opties belangrijk.

5.3.2 Beschikbaarheid en bereikbaarheid crisisdienst

Keuze 1. 24/7

Gemeenten kunnen ervoor kiezen te werken met een crisisdienst die 24/7 bereikbaar is voor inwoners en professionals. Hiermee is de duidelijkheid over het aanspreekpunt en de bereikbaarheid optimaal. Aandachtspunt hierbij is dat een 24-uurs crisisdienst meer personeel en dus meer kosten met zich meebrengt. Daartegenover zorgt deze keuze voor een bundeling van expertise. Bij een sterk functionerende lokale toegang (loketten/jeugdteams), zou de bezetting van de crisisdienst tijdens kantoortijden in de toekomst kunnen afnemen, omdat de crisisinterventie en het inschakelen van crisiszorg binnen de jeugdteams of loketten kan worden opgepakt. Er moet wel voldoende expertise aanwezig zijn om de juiste interventie en zorg in te zetten.

Praktijkvoorbeeld – keuze 1: 24/7

Regio Zuidoost-Brabant

De crisisdienst is in beginsel 24/7 bereikbaar voor crises. Zij hebben een telefonische bereikbaarheidsdienst voor alle inwoners en professionals. Echter, gedurende kantoortijden zal eerst (snel) gekeken worden of een generalist uit het lokale veld beschikbaar is. Anders gaan zij erop af, zoals eerder beschreven. Zij werken hiervoor samen met de crisisdiensten van LVB, GGZ en het specialistisch zorgaanbod ²⁵.

²⁵ 21 voor de jeugd 2.0 samenwerking op jeugdzorg in Zuidoost-Brabant. 5 maart 2014

Keuze 2. Verdeling binnen en buiten kantooruren

De gemeente kan ervoor kiezen tijdens kantooruren gebruik te maken van het reguliere toeleidingsproces met een crisisdienst die tijdens kantooruren beschikbaar is voor professionals en buiten kantooruren voor professionals en burgers (wanneer professionals, loketmedewerkers en/of jeugdteams zelf niet beschikbaar zijn). Overdag moeten burgers dan eerst aankloppen bij de lokale toegangspoort (loketten/jeugdteams) voordat zij van hieruit eventueel worden doorverwezen. Dit kan leiden tot toeleiding via meerdere ingangen.

Aandachtspunten en consequenties

- Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de juiste kwaliteit en zorg is niet geborgd door slechts na te denken over openingstijden.
- Aandacht voor voldoende en juiste expertise om een passende interventie en toeleiding te realiseren.

5.3.3 Bemensing crisisdienst

Crisisdiensten bestaan al op basis van de AWBZ, Zorgverzekeringswet en de huidige Wet op de Jeugdzorg (Wjz). Het is van belang de opgebouwde kennis en ervaring van deze crisisdiensten ook in het nieuwe stelsel te behouden. Dit kan door het inzetten van bestaande expertise in de nieuwe crisisdienst. De gemeente kan er bijvoorbeeld voor kiezen de crisisdienst te bemensen op basis van een samenwerking tussen verschillende organisaties of door een nieuwe arbeidsrelatie aan te gaan met de medewerkers van crisisdienst.

Keuze 1: Samenwerking vanuit bestaande organisaties

Een integrale crisisdienst kan ontstaan door samenwerking tussen de bestaande verschillende organisaties, bijvoorbeeld de huidige zorgaanbieders en organisaties zoals AMHK, MEE of de crisisdiensten GGZ. Voordeel van deze keuze is dat de benodigde expertise intact blijft door de link met de moederorganisatie.

Praktijkvoorbeeld – keuze 1: samenwerking vanuit bestaande organisaties

Regio Utrecht

Bureau Jeugdzorg Utrecht is samen met de Raad voor de Kinderbescherming regio Midden Nederland, de William Schrikker Groep en de Eigen Kracht Centrale gestart met het project SAVE. Jeugdreclassering, spoedeisende hulp, AMK, medewerkers van de Toegang en Jeugdbeschermingswerkers (BJU en WSG) en raadsonderzoekers opereren in dit project, voor een aantal wijken in Utrecht, Amersfoort en Zeist, vanuit één interdisciplinair team. De Raad behoudt vanwege zijn wettelijke taken en bevoegdheden natuurlijk wel zijn onafhankelijke positie in SAVE.

In SAVE (Samenwerken aan Veiligheid) is de expertise op het gebied van onderzoek naar de bedreigde ontwikkeling van kinderen (ook met licht verstandelijke beperking), kindermishandeling, crisisinterventie, jeugdbescherming en jeugdreclassering in één team verenigd voor een specifiek gebied. De lokale zorgteams en het SAVE team versterken elkaar. Omdat het SAVE-team, gebiedsgericht werkt, kennen de lokale professionals van het CJG of het wijkteam hun SAVE-team persoonlijk. SAVE sluit aan op het moment dat de veiligheid van een kind bedreigd wordt of als jongeren dreigen af te glijden in de criminaliteit. Een SAVE-medewerker is degene die de rechter bijvoorbeeld kan vragen om een maatregel op te leggen. Door deze bevoegdheid niet bij het buurtteam te leggen, behoudt het buurtteam haar laagdrempeligheid. Zodra de situatie weer voldoende veilig is, treedt SAVE terug²⁶.

Het CJG en wijkteams kunnen gezinnen direct aanmelden bij het SAVE-team in hun gebied. Bureau Jeugdzorg draagt momenteel zorg voor een centraal meldpunt waar burgers, politie, ziekenhuis, GGZ en andere organisatie terecht kunnen voor advies en melding van zorgen. Het is een cruciale functie voor zaken die om crisisinterventie vragen of een snelle inschatting van de veiligheid. Ook de crisisdienst Huisverboden, vertrouwensartsen en de 24-uur bereikbaarheidsdienst opereren vanuit dit meldpunt. Het centraal meld- en crisispunt is 24 uur, 7 dagen per week bereikbaar. Met de mogelijkheid van crisisinterventie vanuit het meldpunt wordt gegarandeerd dat er 24 uur per dag kan worden gereageerd. De lokale zorg en/of SAVE-team neemt de zaak daarna binnen vijf werkdagen over.

Uit het transitiearrangementen van Utrecht Zuidoost valt op te maken dat er een voornemen is om de SAVE-teams voor te zetten, onder voorbehoud dat Bureau Jeugdzorg Utrecht ook de vereiste certificering verkrijgt. Door de inzet van het CJG/wijkteams in combinatie met een SAVE-functie in de wijk, voorzien de gemeenten een daling van het aantal AMK/zorgmeldingen en justitiële maatregelen. De verwachting is dat dit vanaf 2015 tot en met 2017 jaarlijks met 5% zal zijn.

Spoedeisende zorg betreft volgens de gemeenten een noodzakelijke voorziening. De zorgvorm crisis 24-uur zou in de toekomst onder SAVE kunnen vallen. Samen met de aanbieder constateren gemeenten dat crisiszorg niet intersectoraal aangeboden wordt. Ze koesteren de gedeelde ambitie tot intersectorale samenwerking²⁷.

²⁶ Folder samenwerking aan veiligheid. SAVE. Zorg voor jeugd in ontwikkeling.

²⁷ Transitiearrangement regio Zuidoost Utrecht. 10-11-2013.

Keuze 2: Nieuwe arbeidsrelaties aangaan

Wanneer gemeenten nieuwe arbeidsrelaties aangaan met professionals en deze uit hun moederorganisaties halen, kan een onafhankelijke organisatie in de keten van crisiszorg worden gevormd. Het is echter de vraag of expertise, verantwoordelijkheid en bevoegdheid uit de moederorganisaties geborgd kunnen blijven, als de werknemers daar niet meer in dienst zijn. De vraag is dan hoe je als gemeente deze kwaliteit en kennis kunt stimuleren.

Aandachtspunten en consequenties

- Aandacht voor benodigde expertise. De benodigde expertise is afhankelijk van de gekozen scope van de crisisdienst (jeugd of 0 tot 100 jaar).
- Rekening houden met het feit dat er een combinatie van brede expertise, taken en verantwoordelijkheden nodig is wanneer gekozen wordt voor een intersectorale crisisdienst.

5.3.4 Functies en taken van crisisdienst**Keuze 1: Beperkte functies (alleen crisisinterventie)**

De gemeente kan ervoor kiezen bij de crisisdienst alleen de functie van crisisinterventie, en verwijzing naar crisiszorg indien noodzakelijk, te beleggen. Dit betekent dat crisiszorg op een andere plek wordt gerealiseerd. Aandachtspunt hierbij is het bestaan van mogelijke 'schotten' binnen de keten van crisisdienstverlening. Een ander aandachtspunt is een te snelle overdracht naar crisiszorg. Dit kan leiden tot afhaken van de cliënt en tot veiligheidsrisico's. Voordeel van deze keuze is dat het inzetten van crisiszorg na de crisisinterventie onafhankelijk plaatsvindt.

Keuze 2: Brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)

Omdat gemeenten toegankelijke jeugdhulp willen bieden, kan het verstandig zijn om vanuit één crisisdienst zowel crisisinterventies als crisiszorg te verzorgen. Dit leidt tot ontschotting: bij incidenten is één partij aanspreekpunt voor de gemeente(n). Als bij een gezin direct ingegrepen moet worden, kan dit vanuit één opdracht gebeuren en kan een gezin niet tussen wal en schip raken. Daarnaast kan expertise in een backoffice gebundeld worden, zodat niet iedere afzonderlijke organisatie dit hoeft te organiseren, behouden en bekostigen. Deze keuze hangt nauw samen met de keuze voor de definiëring van crisiszorg (24 uur of 4 a 6 weken). Wanneer gekozen wordt voor een definitie van crisiszorg die 24 uur beslaat, is het logischer om beide functies in één crisisdienst onder te brengen.

Praktijkvoorbeeld – keuze 2: brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)**Regio Haaglanden**

Voortvloeiend uit het Regionaal Transitiearrangement Jeugd hebben de negen samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden met Bureau Jeugdzorg de afspraak gemaakt dat tot 1 januari 2017 de uitvoering van het crisisteam zal worden opgedragen aan de gecertificeerde instelling. Het CIT (crisis interventie team) zal zich nóg meer gaan profileren als acuut crisisteam. In de praktijk betekent dit dat het CIT zich nadrukkelijker manifesteert daar waar er onveiligheid is voor kinderen en/of motivatie voor hulpverlening ontbreekt. Het CIT biedt, direct vanuit een aanmelding, 24/7 uur hulp in de vorm van consultatie en (crisis) interventie. Dit betekent snellere opsporing (het vinden) en korte gerichte interventies.

Vervolg – keuze 2: brede functies (crisisinterventie en crisiszorg)

Concreet biedt het CIT in de nabije toekomst de volgende trajecten aan:

1. Crisisinterventie

In dit traject is er sprake van een korte crisisinterventie van maximaal 72 uur.

Deze interventie bestaat uit:

- een risicoanalyse en/of een psychiatrische beoordeling;
- het creëren van veiligheid;
- het opstellen van een veiligheidsplan;
- het organiseren van vervolghulp.

Op het moment dat er geen sprake (meer) is van een veiligheidsrisico, draagt het CIT de zaak over naar een regulier (of al betrokken) hulpverleningsaanbod. Dit is het geval als:

- de jeugdige(n) en/of ouder(s) gemotiveerd zijn voor hulpverlening, en/of;
- de jeugdige(n) (als onderdeel van het veiligheidsplan) geplaatst is binnen de jeugdhulpverlening, LVB of is opgenomen binnen de psychiatrie, en/of;
- er sprake is van heldere (enkelvoudige) problematiek, en/of;
- er sprake is van een direct beschikbaar, passend hulpverleningsaanbod, en/of;
- er al voldoende/passende hulpverlening actief betrokken is bij het gezin.

In deze situatie draagt het CIT de zaak over naar een regulier (of al betrokken) hulpverleningsaanbod.

2. (Crisis)Drangtraject

Dit traject volgt veelal op traject 1 en kan gezien worden als een zogenoemd 'drangtraject'.

Dit is een traject op maat, zowel qua inhoud als duur.

Dit traject wordt ingezet op het moment dat er (nog) sprake is van een veiligheidsrisico:

- de jeugdige(n) en/of ouder(s) zijn niet gemotiveerd voor hulpverlening (er is eventueel een Verzoek tot Onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming noodzakelijk) en/of;
- er is sprake van een Huisverbodprocedure, en/of;
- er is onduidelijkheid over de (multi)problematiek waardoor een risicoanalyse of psychiatrische beoordeling niet volledig mogelijk is, en/of
- het gezin kan geen aanspraak maken op reguliere zorg (bijvoorbeeld vanwege illegaliteit), en/of,
- er is geen hulpaanbod beschikbaar voor de specifieke problematiek.

De laatste 2 punten worden onder andere veroorzaakt doordat:

- de jeugdige en/of ouders geen vaste verblijfplaats hebben;
- de jeugdige en/of ouders vermist zijn;
- de jeugdige en/of ouders (tijdelijk) in het buitenland zijn (al dan niet gedetineerd).

In deze situatie blijft het CIT in de zaak totdat er geen veiligheidsrisico meer bestaat (zoals onder punt 1).

3. Consult

Het CIT biedt (telefonisch) consult aan professionals met betrekking tot crisissituaties. Naar aanleiding van een consultvraag blijkt er soms behoefte aan of noodzaak te zijn tot (tijdelijke) ondersteuning of aansluiting in een lopend traject van de consultvrager (de professional). Consult zal gericht zijn op het voorkomen van het inzetten van langdurige (en dure) geïndiceerde zorg. Daarnaast om professionals in het voorliggend handvatten te geven m.b.t. crisiszaken²⁸.

²⁸ Tekst aangedragen door regio BIZ Haaglanden.

Aandachtspunten en consequenties

- Bij de keuze voor beperkte of brede functies binnen de crisisdienst is het van belang dat het proces soepel verloopt, de gezinnen geen kans krijgen om uit te vallen en de doorstroom tussen de crisisinterventie en crisiszorg en vervolgens vervolg- of nazorg goed is geregeld.
- Het onderbrengen van crisisinterventie en crisiszorg in één organisatie kan als nadeel hebben dat er onvoldoende onafhankelijk geoordeeld wordt over het inzetten van crisiszorg.

Bijlagen

Bijlage 1 - Relevante artikelen uit de Jeugdwet en uitvoeringsbesluit

Binnen de nieuwe Jeugdwet en het uitvoeringsbesluit worden de wettelijke kaders gegeven voor de inrichting en toeleiding naar crisiszorg. De volgende artikelen zijn van toepassing.

Artikel 1.1 (jeugdwet)

1. Woonplaats als bedoeld in artikel 12 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek;
2. Ingeval het gezag over de jeugdige berust bij een instelling als bedoeld in artikel 302 van Boek 1 van het Burgerlijk wetboek; woonplaats van degene die voorafgaand aan de voogdij door de instelling het gezag had over de jeugdige of
3. Ingeval het gezag berust bij een pleegoudervoogd: woonplaats van degene die voorafgaand aan de pleegzorg het gezag had over de jeugdige.

Op basis van de Jeugdwet zijn gemeenten gehouden de noodzakelijke jeugdhulp in te zetten ten behoeve van jeugdigen die hun woonplaats hebben binnen die gemeente. Het begrip woonplaats in de zin van de Jeugdwet (zie artikel 1.1) is gebaseerd op artikel 1:12 BW. Dat betekent dat voor de toepassing van de wet en de verantwoordelijke voor de financiering van de zorg aan een minderjarige in beginsel uitgegaan wordt van de woonplaats van degene die het gezag over hem uitoefent. In de situatie dat een jeugdige zich bevindt in een andere regio of gemeente dan waar de jeugdige woont en de hulpvraag is niet urgent, dan zullen de jeugdige en zijn ouders worden verwezen naar de eigen gemeente.

In situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken geboden is (acute situaties), is de gemeente er op basis van de Jeugdwet verantwoordelijk voor dat de jeugdhulp te allen tijde bereikbaar en beschikbaar is (artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b). In die situaties zal dan ook eerst de noodzakelijke zorg moeten worden verleend, bijvoorbeeld via een crisisdienst, en pas daarna zal worden onderzocht welke gemeente (op basis van het woonplaatsbeginsel) financieel verantwoordelijk is. Achteraf kan dan vastgesteld worden welke gemeente de (financiële) verantwoordelijkheid draagt. Doorgaans is deze woonplaats eenvoudig vast te stellen en leidt dit niet tot ingewikkelde verrekeningen. Samen met de VNG wordt gewerkt aan een nadere uitleg (handreiking) van het woonplaatsbeginsel. Hierin wordt ook praktisch uitgewerkt hoe te handelen als de zorgvraag zich voordoet in een andere gemeente dan de gemeente die verantwoordelijk is.

Artikel 2.1 (uitvoeringsbesluit)

Ter uitvoering van de taken, bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, van de wet, draagt het college zorg voor de beschikbaarheid van relevante deskundigheid met betrekking tot:

- a. opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;
- b. opvoedingssituaties waardoor jeugdigen mogelijk in hun ontwikkeling worden bedreigd;
- c. taal- en leerproblemen;
- d. somatische aandoeningen;
- e. lichamelijke of verstandelijke beperkingen; en
- f. kindermishandeling en huiselijk geweld.

Het wordt aan de beleidsvrijheid van de gemeenten overgelaten hoe zij voorzien in herkenbare, laagdrempelige en toegankelijke toegang tot de hulpverlening. De jeugdhulp moet altijd bereikbaar en beschikbaar zijn in acute situaties. Denk hierbij aan situaties waarbij buiten kantooruren een regeling getroffen moet worden voor een jeugdige. Dit betekent dat de gemeente, of een door de gemeente aangewezen dienstverlener, 24/7 bereikbaar moet zijn en dus ook buiten kantooruren in spoedgevallen moet kunnen verwijzen naar de juiste jeugdhulp en dat deze jeugdhulp dan ook geleverd moet worden.

Artikel 2.6 (jeugdwet)

Het college is in ieder geval verantwoordelijk voor dat;

- a. er een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod is om aan de taken als bedoeld in de artikelen 2.2, 2.3 en 2.4, tweede lid, onderdeel b, te kunnen voldoen;
- b. jeugdhulp op een laagdrempelige en herkenbare manier wordt aangeboden en te allen tijde bereikbaar en beschikbaar is in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden;
- c. degenen die beroepsmatig met jeugdigen werken deskundig advies kunnen krijgen over vragen en problemen met betrekking tot opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;
- d. jeugdigen kosteloos en anoniem advies kunnen krijgen over de door hen voorgelegde vragen met betrekking tot opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;
- e. wordt voorzien in maatregelen om kindermishandeling te bestrijden;
- f. jeugdigen, ouders of pleegouders een beroep kunnen doen op een vertrouwenspersoon, en
- g. jeugdhulp ook toegankelijk is na verwijzing door de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts, onverminderd de daarbij te hanteren professionele standaard als bedoeld in artikel 453 van Boek 7 van het *Burgerlijk Wetboek*.

Het college is er verantwoordelijk voor dat een vertrouwenspersoon werkzaam is bij een rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid die onafhankelijk is van het college, de jeugdhulpaanbieder, de gecertificeerde instelling en het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling en van personen in dienst van het college, de jeugdhulp-aanbieder, de gecertificeerde instelling en het advies- en meldpunt en stelt de vertrouwenspersoon in de gelegenheid zijn taak uit te oefenen.

Artikel 2.7 (jeugdwet)

1. Het college treedt bij het treffen van een individuele voorziening zo nodig in overleg met het bevoegd gezag van een school als bedoeld in artikel 1 van de Wet op het primair onderwijs, artikel 1 van de Wet op het voortgezet onderwijs, artikel 1 van de Wet op de expertisecentra of van een instelling als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet educatie en beroepsonderwijs, waar de jeugdige schoolgaand is.
2. Op het college zijn de eisen inzake de verantwoordelijkheidstoedeling gesteld bij of krachtens artikel 4.1.1, tweede lid, juncto 4.1.5, eerste lid, van overeenkomstige toepassing ten aanzien van personen die onder verantwoordelijkheid van het college werkzaamheden verrichten met betrekking tot de toeleiding naar, advisering over en de bepaling van de aangewezen voorziening en ten aanzien van personen die door het college worden ingezet om jeugdhulp te verlenen.
3. Het college verzekert zich bij het inzetten van de aangewezen voorziening ervan dat de jeugdhulpaanbieder in staat is te voldoen aan de eisen inzake de verantwoordelijkheidstoedeling gesteld bij of krachtens artikel 4.1.1, tweede lid, juncto 4.1.5, eerste lid.
4. Het college maakt afspraken met de huisartsen, de medisch specialisten, de jeugdartsen en de zorgverzekeraars over de voorwaarden waaronder en de wijze waarop de verwijzing, bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g, plaatsvindt, onverminderd de daarbij te hanteren professionele standaard als bedoeld in artikel 453 van Boek 7 van het *Burgerlijk Wetboek*.
5. Het college stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met zorgverzekeraars met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatste.

Artikel 2.14 (jeugdwet)

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de beschikbare deskundigheid voor de toeleiding, advisering en bepaling van de aangewezen voorziening, bedoeld in artikel 2.3, eerste lid, alsmede voor de uitvoering van de taken, bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdelen b en c. 2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop het college voorziet in een toereikend aanbod om aan de taken als bedoeld in artikel 2.3 te voldoen, waarbij onderscheid gemaakt kan worden in categorieën van jeugdhulp.

Artikel 4.1. (jeugdwet)

1. De jeugdhulpaanbieder en de gecertificeerde instelling verlenen verantwoorde hulp, waaronder wordt verstaan hulp van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de jeugdige of ouder.
2. De jeugdhulpaanbieder en de gecertificeerde instelling organiseren zich op zodanige wijze, voorzien zich kwalitatief en kwantitatief zodanig van personeel en materieel en dragen zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde hulp. De jeugdhulpaanbieder en de gecertificeerde instelling betrekken hierbij de resultaten van overleg tussen jeugdhulpaanbieders, het college en cliëntenorganisaties. Voor zover het betreft jeugdhulp die verblijf van een jeugdige of ouder in een accommodatie gedurende tenminste een etmaal met zich brengt, draagt de jeugdhulpaanbieder er tevens zorg voor dat in de accommodatie geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de jeugdige of ouder.
3. De hulpverlener neemt bij zijn werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor die hulpverlener geldende professionele standaard.

Artikel 6.1 (uitvoeringsbesluit)

1. Het college draagt er zorg voor dat het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling herkenbaar en toegankelijk is.
2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt het college er in ieder geval zorg voor dat het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling te allen tijde bereikbaar en beschikbaar is in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden en daartoe aangesloten is op een landelijk telefoonnummer dat kosteloos bereikbaar is.
3. Het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling legt de wijze waarop het de in de wet aan hem opgedragen taken uitvoert schriftelijk vast. Daarbij wordt in ieder geval aangegeven op welke wijze: 1) wordt gewaarborgd dat persoonsgegevens, waaronder bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens, die door het advies- en meldpunt worden verwerkt, slechts worden verwerkt voor het doel waarvoor ze zijn verzameld of voor zover het verwerken met dat doel verenigbaar is, alsmede hoe daarop wordt toegezien, en 2) uitvoering wordt gegeven aan artikel 6.2.

Op grond van het tweede lid dient het AMHK aangesloten te zijn op één door het college beschikbaar te stellen landelijk telefoonnummer. Eén landelijk nummer bevordert de bekendheid van de AMHK's en de meldingsbereidheid. Het telefoonnummer dient 24/7 uur bereikbaar te zijn en daarnaast beschikbaar in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden. Dit betekent in ieder geval dat in spoedeisende situaties het AMHK zijn taken direct moet kunnen uitvoeren. Gemeenten bepalen met elkaar hoe deze bereikbaarheid en beschikbaarheid in acute gevallen wordt vormgegeven, bijvoorbeeld in de vorm van een crisisteam of een AMHK. Waar het om gaat, is dat in acute gevallen de voorwaarden voor deskundigheid en kwaliteit en termijnen ook gelden en dat indien nodig actie kan worden ondernomen als de veiligheid van het slachtoffer direct in het geding is. Gemeenten en het veld zullen met elkaar moeten komen tot een formulering wanneer er sprake is van acute gevallen en hoe hier buiten kantooruren mee om te gaan (ondersteuningsprogramma AMHK). Dat kan worden opgenomen in het handelingsprotocol²⁹.

²⁹ Nota van toelichting.

Bijlage 2 - Inhoudelijke uitgangspunten

Er is een aantal inhoudelijke uitgangspunten. De crisisdienst moet als een soort spin in het web deskundig, snel, accuraat en veilig aan de slag kunnen gaan. De medewerker beschikt over specifieke kennis en vaardigheden en handelt nooit alleen.

Spin in het web

Zoals gezegd is een medewerker van de crisisdienst een spin in het web. Hiermee wordt het volgende bedoeld:

- de medewerkers van een crisisdienst moet kunnen samenwerken met verschillende instellingen en instanties. Het gaat hierbij niet alleen om de samenwerking met een professionele melder, dus de persoon of instantie die de crisis meldt.
- de medewerker van de crisisdienst moet weten wanneer hij welke instantie moet raadplegen.
- de medewerker moet zo laagdrempelig mogelijk informatie kunnen delen. Met inachtneming van de juridische mogelijkheden.
- de samenwerking richt zich met name op de politie, de gecertificeerde instellingen jeugdbescherming en jeugdreclassering (JB/JR), het Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK), de Raad voor de Kinderbescherming, de volwassen- en jeugd-GGZ, de zorg voor jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking, zorgaanbieders en de verslavingszorg.
- Het moet voor alle partijen in het werkveld duidelijk zijn hoe de crisisdienst werkt en hoe de in- en uitstroom van jeugdigen en gezinnen is georganiseerd.

Specifieke kennis en competenties medewerker crisisdienst

In de crisisteams wordt kennis en ervaring opgebouwd, gebundeld en behouden. Door ervaring en deskundigheidsbevordering beschikt een medewerker crisisdienst over gespecialiseerde kennis op het gebied van onder andere veiligheid, gezinssystemen, kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenpsychiatrie, uithuisplaatsingen, de zorg voor jongeren met een verstandelijke beperking, zorgaanbieders, verslavingszorg, gesloten jeugdzorg en huisverboden.

De medewerker crisisdienst dient voor het beoordelen en handelen in crisissituaties over de volgende competenties te beschikken:

- directief kunnen zijn, motiverend kunnen werken;
- actief informatie kunnen verzamelen en handelen;
- gestructureerd kunnen werken en snel kunnen schakelen;
- samen kunnen werken met andere hulpverlenende instanties;
- kunnen putten uit een behoorlijke ervaringskennis van crisissituaties;
- risico's kunnen inschatten en openstaan voor overleg en consultatie.

De beslissing om een jeugdige uit huis te plaatsen in een crisissituatie is ingrijpend. Daarom is het essentieel dat dit zorgvuldig gebeurt. *Zorgvuldig beslissen betekent dat medewerkers crisisdienst:*

- systematisch en planmatig werken;
- flexibel en creatief zijn;
- gebruikmaken van beschikbare wetenschappelijke kennis (op basis van de beschikbare richtlijnen³⁰);
- onderscheid maken tussen de informatie die ze verzamelen, hoe ze die beoordelen en welke beslissingen zij op basis daarvan nemen;
- transparant zijn over de overwegingen die leiden tot beslissingen naar ouders, kinderen, collega's en andere hulpverleners³¹.

³⁰ Voor de geregistreerde professionals (NVO, NIP, NVMW) in de jeugdzorg werkt het Nederlands Jeugdinstituut aan richtlijnen voor crisisplaatsing en uithuisplaatsing.

³¹ Samenvatting concept richtlijnen crisisplaatsing, NJI, 2013.

Nooit alleen

De medewerker crisisdienst handelt 'nooit alleen'. Bij voorkeur gaan er twee medewerkers van de crisisdienst naar de crisis en overleggen zij telefonisch met de verantwoordelijke gedragswetenschapper. De hoofdtak is een risicoanalyse en veiligheidsinschatting te maken. De veiligheid moet worden verhoogd cq. terugkeren door inzet van eigen kracht en het omliggende netwerk. Kortom, door een zo licht en kort mogelijke interventie wordt geprobeerd uithuisplaatsing te voorkomen. Is plaatsing in een gesloten instelling voor jeugdzorg aan de orde, dan dient deze gedragswetenschapper gekwalificeerd te zijn om de noodzaak van een gesloten plaatsing te kunnen beoordelen. En dient er een verzoek bij de kinderrechter te worden ingediend. Bij gesloten plaatsingen in de jeugdzorg bekrachtigt de kinderrechter het besluit van de jeugdzorg. Is er sprake van een gedwongen opname in de GGZ- en VG-sector dan kan dit alleen door een besluit van een psychiater in dienst van de lokale Spoedeisende Psychiatrie (crisisdienst).

Snelheid en kwaliteit gedurende de eerste interventie

Snelheid is bij een crisis van groot belang. Toch moet ook de tijd worden genomen om zo goed mogelijk uit te zoeken welke hulpverlening actief is (geweest) in het betreffende gezin. De hulpverleningsgeschiedenis geeft direct een beeld van de aard van de problematiek. Staan de kinderen onder toezicht? Heeft moeder een GGZ-contact? Is MEE betrokken, vrouwenopvang, schuldhulpverlening, verslavingszorg?

Ondanks deze zeer korte fase van informatieverzameling blijft een belangrijk kenmerk van crisis, dat de crisismedewerker met weinig informatie aan de slag moet. Belangrijk voordeel van snelheid is dat de crisismedewerker de emoties en gedragingen van de cliënten in crisis kan waarnemen. En dat er een kans is dat het gezinssysteem open staat voor hulp, kort na de crisis.

Veiligheid kent verschillende gradaties, die allemaal om verschillende noodzakelijke interventies vragen. In de smalle opvatting van veiligheid staat de directe, fysieke veiligheid van de jeugdige centraal. Deze veiligheid is in het geding als de jeugdige in levensgevaar verkeert of zijn lichamelijke integriteit geschonden wordt, bijvoorbeeld door lichamelijk geweld, lichamelijke verwaarlozing of seksueel misbruik. Om te beoordelen of direct ingrijpen noodzakelijk is, is deze smalle opvatting van veiligheid voor de crisismedewerker richtinggevend.

Is dus de veiligheid van de jeugdige direct in het geding, en is er een groot risico dat de jeugdige op korte termijn iets ernstigs overkomt, dan moet snel en effectief worden opgetreden. De eerste prioriteit is zorgen dat de jeugdige fysiek veilig is. Daarna worden verder onderzoek en hulpverlening ingezet. Een goede interventie bij crisis is een kunst waarbij zowel de snelheid en kwaliteit van handelen op basis van voldoende expertise en het inschatten van veiligheid hand in hand gaan³².

³² Een gezin in crisis staat open voor verandering, door Geert van Wesemael en Channa Al; Jeugdkennis, 19 september 2013.

Bijlage 3 - Crisistoeleiding in huidig stelsel

Jeugdzorg

o. Aannemen van een crisismelding

In de huidige situatie melden aanbieders, hulpverleners, AMHK, politie of jeugd-GGZ gezinnen of kinderen aan bij Bureau Jeugdzorg wanneer er sprake is van een crisis. Alle Bureaus Jeugdzorg hebben hiervoor een 24-uurs bereikbaarheidsdienst.

1. Beoordelen of er sprake is van een acute crisis

Bureau Jeugdzorg stelt vast of sprake is van een crisis dan wel een spoedeisende opvoedsituatie in het gezin. De urgentie van de situatie bepaalt hoe snel er gehandeld moet worden. De veiligheid van het kind en de balans tussen draagkracht en draaglast zijn hierbij leidende indicatoren. In het handboek Indiciestelling Bureau Jeugdzorg (2010) worden drie gradaties van urgentie onderscheiden: crisis (direct ingrijpen + binnen 24 uur vervolgspraak), spoed (binnen 24 uur eerste contact) en regulier.

2. Interventie en beoordeling of onmiddellijke jeugdzorg nodig is

Bureau Jeugdzorg gaat direct in gesprek met het gezin en de omgeving wanneer sprake is van een crisis. De nadruk ligt op het onderzoeken welke hulp nodig is en, indien nodig, doorverwijzen naar betreffende zorgaanbieders. Deze beoordeling vindt plaats door professionals van de crisisdienst en eventueel een gedragsdeskundige. Als wordt beoordeeld dat onmiddellijke hulp nodig is, heeft de cliënt ook aanspraak op jeugdzorg zonder dat er een indicatiebesluit is geformuleerd.

3. Afweging welke jeugdzorg noodzakelijk is

Bureau Jeugdzorg maakt een afweging welke jeugdzorg noodzakelijk is en gaat hierbij uit van zo licht mogelijke hulp of opvang in het netwerk, waar mogelijk. Bij onvoldoende borging van de veiligheid van het kind kan gekozen worden voor plaatsing in een crisisopvang. Er kan op vier manieren worden ingegrepen: (1) een korte interventie en doorverwijzing naar reguliere jeugdzorg, (2) vormen van spoedhulp inschakelen, (3) tijdelijke uithuisplaatsingen (ook wel crisisopvang genoemd), of (4) de Raad voor de Kinderbescherming inschakelen.

4. Afstemming met de zorgaanbieders of andere ketenpartner

Er wordt, waar nodig, contact gezocht met een zorgaanbieder uit de regio die crisisinterventie verleent (zoals ambulante crishulp, residentiële crisiszorg en crisispleegzorg). Deze zorgaanbieder biedt zo snel mogelijk en zo kort mogelijk intensieve spoedhulp. Bureau Jeugdzorg maakt afspraken met aanbieders en noodopvanggezinnen over wie waarvoor verantwoordelijk is, welke zorg geboden wordt en hoe lang deze geboden wordt. Voor de effectiviteit van de zorg is het belangrijk dat ouders en kind betrokken worden bij de besluitvorming.

5. Beoordelen of er een vervolg aan jeugdzorg nodig is

Bureau Jeugdzorg stelt binnen vier weken vast of vervolg aan jeugdzorg noodzakelijk is en, zo ja, welke zorg. De beslissing wordt genomen door een crisisinterventieteam samen met een gedragsdeskundige. Ook wordt er een risicoinschatting gemaakt van de crisis. Vervolgens vindt toetsing en beslissing plaats door de indicatiecommissie. Wanneer er vervolghulp noodzakelijk is, wordt een indicatiebesluit genomen. Bureau Jeugdzorg kiest voor zo min mogelijk ingrijpende zorg. De beslissing van Bureau Jeugdzorg zorgt voor toegang tot geïndiceerde zorg³³.

³³ Crisis, wat nu? Onderzoek naar de kwaliteit van handelen van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland bij cliënten in acute crisis. Juli 2005.

Jeugd-GGZ

De wijze waarop de crisisdiensten voor jeugd-GGZ zijn ingericht, verschilt per regio. Crisiszorg wordt momenteel veelal voor jeugd en volwassenen samen georganiseerd. De kerntaak van de crisisdienst is crisisinterventie. Crisisinterventie omvat alle acties die erop gericht zijn een cliënt(systeem) zo snel mogelijk te stabiliseren, zodat reguliere behandeling mogelijk wordt. Daarnaast is de crisisdienst beschikbaar voor consultatief overleg met verwijzers en andere samenwerkingspartners. Binnen de spoedeisende psychiatrie zijn er geen jeugdspecialisten. De jeugdpsychiaters zijn belangrijke samenwerkingspartners.

o. Aannemen van een crisismelding

De huisarts, politie, hulpverleners, behandelaren, GGD en artsen kunnen een patiënt aanmelden bij de crisisdienst in de regio (24/7). De crisisdienst heeft zowel een consultatieve (telefonisch) als een beoordelende (face to face) functie. Het gaat om patiënten met ernstige psychiatrische problematiek die, als zij niet onmiddellijk of uiterlijk binnen 24 uur worden behandeld, ernstig gevaar lopen of veroorzaken. De hulpverlening kan plaatsvinden op vrijwillige basis. In een aantal gevallen kan gedwongen opname noodzakelijk zijn. Dit kan alleen binnen het wettelijk kader van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), de In Bewaring Stelling (IBS) of de Rechterlijke Machtiging (RM).

1. Beoordeling of er sprake is van een crisis

De hulpverleners van de Spoedeisende Psychiatrie (crisisdienst) voeren op zeer korte termijn een consult uit op basis van specialistische diagnostische kennis met betrekking tot psychiatrische toestandsbeelden en psychosociale crises bij jeugdige en volwassen cliënten. Uitgangspunt is dat de patiënt in (dreigende) crisis direct een beoordeling krijgt, zodat het voor de cliënt zelf, de verwijzer en de eventueel naastbetrokkenen, snel duidelijk is wat er aan de hand is en welke zorg kan worden georganiseerd. De hulpverleners van de Spoedeisende Psychiatrie proberen cliënten zoveel mogelijk op locatie te zien. Bijvoorbeeld in de thuissituatie of op een EHBO-post van een nabijgelegen ziekenhuis.

2. Afweging welke zorg noodzakelijk is

Triage wordt als instrument ingezet om te beoordelen wat er aan de hand is. Een beoordeling wordt altijd gedaan door een team bestaande uit een arts/psychiater en een verpleegkundige. Indien een arts dienst heeft, is er altijd een psychiater als achterwacht waarmee overleg gevoerd moet worden. Er wordt een psychiatrisch, en indien nodig, lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Op basis van de resultaten van de inventarisatie en het onderzoek wordt een interventie geformuleerd. Het doel is om de acute psychiatrische crisis te indiceren, op te lossen en te behandelen³⁴.

3. Beoordelen of er vervolgzorg nodig is

Bij de uitvoering van de interventie is het doel om de persoon in crisis te stabiliseren. Hierna wordt beoordeeld of de patiënt vervolgens aan een behandelende instelling moet worden overgedragen. De crisisinterventie wordt afgesloten na de uitvoering van de afspraken die tijdens het consult zijn gemaakt. In geval van doorverwijzing naar een behandelende instelling vindt er een overdracht plaats. Tot slot wordt er gewerkt aan de verslaglegging³⁵.

³⁴ De psychiatrische spoedhulp keten (PSK) in westelijk Noord-Brabant. 31 maart 2012.

³⁵ Handboek acute dienst Rijnmond Zuid, oktober 2011.

Jeugdigen met een beperking

De cristoeliding voor jeugdigen met een beperking is nu via de AWBZ geregeld op regionaal niveau en vastgelegd door het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een beheersfunctie ten aanzien van de crisisplaatsen bij zorgaanbieders. De regie van het uitvoeren van de crisisregeling is in handen van een zogeheten crisisregisseur (zie volgende paragraaf), zowel bij het beoordelen van de aanmeldingen als bij het bepalen van de benodigde instrumenten. De regisseur heeft de beschikking over diverse crisisplaatsen, deze zijn door de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieders ingekocht en kunnen alleen gebruikt worden door de regisseur.

o. Aannemen van een crisismelding

In elke regio is er één partij die optreedt als regisseur voor crisisopvang voor jong verstandelijk beperkten. In Zuid-Holland is dit bijvoorbeeld MEE³⁶. Maar er zijn ook crisisregisseurs die door een zorgkantoor worden gefinancierd, en werkzaam zijn bij instellingen. De crisisregisseur verricht alle activiteiten om ervoor te zorgen dat cliënten de juiste zorg krijgen. De zorgverzekeraar is vervolgens eindverantwoordelijk voor het leveren van zorg qua beschikbaarheid en kwaliteit.

Hulpverleners van MEE, GGZ, Bureau Jeugdzorg, gehandicaptenzorg, zorgaanbieders, de politie en huisarts kunnen een crisisplaats aanvragen bij de crisisregisseur. De medewerker die de crisisplaats (de probleemhouder of hulpverlener) aanvraagt, voorziet het crisisteam van relevante informatie om de beoordeling van de spoedsituatie adequaat te kunnen uitvoeren en coördineren. Dit kan ook de dossierhouder zijn; de zorgaanbieder waar de cliënt al intramurale hulp krijgt of waar de cliënt al een geaccepteerde klant is, maar nog op de wachtlijst staat.

1. Beoordelen of sprake is van een crisisregeling

De crisisregisseur beoordeelt of er terecht een beroep wordt gedaan op de crisisregeling en kan zich bij het nemen van een besluit laten adviseren door deskundigen. Om in aanmerking te komen voor spoedzorg dient de cliënt te voldoen aan alle hier genoemde criteria:

- er is sprake van een acute verandering;
- gevaarscriterium is duidelijk aanwezig;
- binnen 24 uur is intramurale zorg noodzakelijk;
- voorliggende voorzieningen zijn niet van toepassing.

Alleen als deze vier punten zijn vastgesteld, verklaart de regisseur zich akkoord met het gebruik van de crisisregeling. De crisisplaatsen bieden diverse functies, die per instelling kunnen verschillen.

Het onderscheid wordt bepaald door:

- a) Leeftijden: Er is dus sprake van crisisopvangplekken 0-5 jaar van 5- 12 jaar en 12 tot 18 jaar
- b) Het soort setting: Er is sprake van open settings en besloten settings
- c) Intensiteit van opvang: Van 1 milieus tot 3 milieus opvang
- d) Ernst van de bijkomende problematiek: bijvoorbeeld psychiatrie, verslaving etc.

In de meeste gevallen leidt een positieve beslissing tot plaatsing van de cliënt op een crisisbed. De hulpverlener is verantwoordelijk om passende zorg in de thuissituatie te regelen als de cliënt niet in aanmerking komt voor een crisisopvang.

³⁶ Crisisregeling voor mensen met een verstandelijke beperking in de provincie Zuid-Holland. Maart 2011.

2. Afweging welke zorg noodzakelijk is

De zorgaanbieder vraagt bij plaatsing de indicatie spoedzorg aan (indicatie voor de eerste 2 weken), de probleemhouder moet zorgdragen voor de reguliere indicatie, op de dag van de plaatsing op de eerstvolgende werkdag. Op aanwijzing van de regisseur, dient deze, in geval van een onjuiste of geen indicatie, op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure bij het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) aan te vragen. De indicatie wordt doorgestuurd aan de aanbieder.

3. Afstemming met zorgaanbieders of andere ketenpartners

De regisseur neemt contact op met de zorgaanbieder die het meest geschikt is en legt de casus voor. Indien een dossierhouder aanwezig is, neemt de regisseur hiermee contact op in het kader van de zorgplicht. Kan de dossierhouder hier niet aan voldoen, dan dient de crisisopvang elders te worden gerealiseerd. De regisseur geeft, na een akkoordverklaring met het gebruik van de crisisregeling, aan de hulpverlener door welke zorgaanbieder de crisisplaats gaat leveren. De regisseur spreekt de duur en voorwaarden af met de hulpverlener en de zorgaanbieder crisisopvang. Een crisisplaats bestaat uit tijdelijke opvang en zorg geboden door een zorgaanbieder met een maximale duur van 6 weken (met mogelijkheid tot eenmalige verlenging van 6 weken). De opvang en zorg zijn erop gericht de situatie te stabiliseren en acute dreiging af te wenden, in afwachting van beschikbaarheid van reguliere zorg of een terugplaatsing naar de thuissituatie. De regisseur monitort gedurende de crisisplaatsing de activiteiten met betrekking tot de begeleidende cq. behandelende zorgaanbieders van de crisiscliënt.

4. Beoordelen of er gevolgzaam nodig is

De hulpverlener of dossierhouder doet wat nodig en mogelijk is, om na afloop van de crisisplaats de terug- dan wel doorplaatsing zo soepel mogelijk te laten verlopen en laat zich daarbij adviseren door de regisseur. De vervolgzorg kan bestaan uit: (1) terugkeer naar de oorspronkelijke aanbieder, (2) doorplaatsing naar een andere reguliere plek, of (3) ambulante zorg³⁷.

Registratiesysteem

Er wordt een registratiesysteem bijgehouden, met als resultaat zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie, waarop gestuurd kan worden en als gevolg de regeling en de daarbij passende plaatsen aan te passen aan de vragen die er gesteld worden. Jaarlijks voert de crisisregisseur evaluatiegesprekken met zorgaanbieders. Doel is praktische en inhoudelijke afstemming. Daarnaast wordt bij elke casus na afloop van de crisisplaatsing een evaluatieformulier gestuurd naar de aanmelder en naar de instelling waar de cliënt van de crisisplek gebruikmaakt.

³⁷ Regeling crisisopvang (J)(L)VG. Januari 2013. Agis Zorgkantoren

Bijlage 4 - Samenwerkingspartijen van de crisisdienst

De crisisdienst werkt - naast de toeleveranciers van de meldingen – samen met verschillende partijen, waaronder:

- Raad voor de Kinderbescherming
- jeugdbescherming en jeugdreclassering (JB/JR)
- zorgaanbieders

Raad voor de Kinderbescherming

De Raad voor de Kinderbescherming heeft taken op het gebied van jeugdbescherming, jeugdreclassering, taakstraffen en schoolverzuim. De Raad vormt de toegangspoort naar de jeugdbescherming en heeft de wettelijke bevoegdheid om een kindbeschermingsmaatregel te vragen. Gemeenten en de Raad voor de Kinderbescherming werken samen en maken hierover afspraken. Hiertoe is een handreiking en een model samenwerkingsprotocol ontwikkeld.

Is er sprake van een ernstige bedreiging van de fysieke veiligheid van de jeugdige of verwaarlozing dan kan de Raad voor de Kinderbescherming een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) verzoeken. Het gezag van de ouders wordt hiermee beperkt. In de praktijk gaat dit vrijwel altijd samen met een uithuisplaatsing. De uithuisplaatsing wordt noodzakelijk gevonden om de veiligheid te waarborgen. Mochten ouders om één of andere reden wegvallen of weggefallen zijn dan kan de Raad voor de Kinderbescherming zorgen voor een voorlopige voogdijmaatregel die weer in het gezag van de jeugdige voorziet.

Wanneer na de crisisinterventie geen directe noodzaak is om een VOTS aan te vragen ten behoeve van de uithuisplaatsing, kan er wel een verzoek tot onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming (VTO) worden ingediend. Dit kan leiden tot een kindbeschermingsmaatregel.

De gecertificeerde instelling voor jeugdbescherming en jeugdreclassering (JB en JR)

Jeugdbescherming wordt, net als jeugdreclassering, conform de Jeugdwet uitgevoerd door organisaties die in het bezit zijn van een geldig certificaat als uitvoerder van jeugdbeschermings- en/of jeugdreclasseringsmaatregelen. Dit certificaat wordt verkregen als men voldoet aan de eisen zoals ze zijn geformuleerd in het normenkader. De 24/7 uur bereikbaarheid van de gecertificeerde instellingen JB/JR is in dit normenkader vastgelegd.

Jeugdbescherming kan door de crisisdienst op twee manieren worden ingeschakeld in crisissituaties. Enerzijds wanneer sprake is van een kind dat onder toezicht staat (OTS). Anderzijds wanneer sprake is van een acute situatie. Een regulier onderzoek naar de noodzaak van een kindbeschermingsmaatregel kan in het laatste geval door de Raad niet kan worden afgewacht omdat het kind snel door middel van een voorlopige OTS moet worden beschermd. Daarom kan de kinderrechter, in acute situaties en op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming, het kind tijdens de behandeling van het verzoek om een OTS, alvast voorlopig onder toezicht stellen (VOTS). Meestal wordt dan ook verzocht om een machtiging uithuisplaatsing.

Dit betekent concreet dat bij een zeer ernstige situatie waarin onverwijld in het gezag moet worden voorzien, de kinderrechter op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming direct een VOTS uitspreekt. De gecertificeerde instelling in de regio die de maatregelen uitvoert, krijgt dan direct de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de maatregel kindbescherming. Naast een tijdelijke voorziening als de VOTS bestaat er, zoals beschreven in paragraaf 4.1.2, nog een andere tijdelijke voorziening: de Voorlopige Voogdij (VoVo). Bij een (voorlopige) OTS krijgt het kind (direct) een gezinsvoogd toegewezen van de gecertificeerde instelling. Deze persoon begeleidt het kind en zijn ouders bij het oplossen van de opvoedingsproblemen. De ouders behouden beperkt het gezag over hun kind en blijven zelf verantwoordelijk voor de opvoeding. Bij de voorlopige voogdij (VoVo) wordt het gehele gezag (direct) overgedragen aan de gecertificeerde instelling.

Zorgaanbieders

Aanbieders van zorg voor jeugd zijn belangrijke samenwerkingspartners voor de crisisdienst omdat zij in principe de benodigde crisiszorg leveren (24/7). Logischerwijs worden zij betrokken bij stap vijf van het toeleidingsproces waarin de benodigde hulp bepaald wordt. Hiernaast kunnen de zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het bieden van crisiszorg. Zorgaanbieders kunnen ook als aanmelder optreden wanneer hun cliënten zich in een crisissituatie bevinden die niet binnen het reguliere zorgproces kan worden opgelost. Zorgaanbieders zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de cliënten die in een crisissituatie raken. In geval van cliënten met een verstandelijke beperking zorgt MEE in crisissituaties voor een adequate opvang binnen een zorginstelling. Om dit te realiseren bestaat er een samenwerkingsverband van AWBZ-zorginstellingen onder coördinatie van MEE. Dit is in Nederland niet overal op dezelfde manier georganiseerd.

Dit is een uitgave van het



Ministerie van Veiligheid en Justitie



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

www.voordejeugd.nl

April 2014