

# Hulp aan een gezin in crisis in de Utrechtse regio's

## Inhoud

Hulp aan een gezin in crisis in de Utrechtse regio's .....	2
Doel van dit document .....	2
Uitgangspunten voor hulp aan een gezin in crisis .....	3
Werkwijze: inzet hulp bij een gezin in crisis .....	6
Aanmeldroute via CCP van Samen Veilig voor (specialistische) crisiszorg: tel. 0800-2000 .....	6
Aanmelden via preferentie zorgaanbieder .....	6
Aanmelden via crisisdienst GGZ .....	6
Gegevens die nodig zijn bij aanmelding voor crisiszorg: .....	6
Taken en verantwoordelijkheden betrokken professionals .....	7
Prioriteitenladder .....	7
Bijlage 1 Context Vernieuwingsproces crisiszorg .....	9
Een integrale crisiszorg waarbij de toegang tot jeugd GGZ en VG expertise is gecentraliseerd .....	10
Verdergaande ambulantisering zodat het mogelijk wordt om: .....	10
Inzetten op (snellere) perspectiefverduidelijking: .....	10
Aansluiten van vervolgzorg en integratie andere zorgdomeinen: .....	10
Randvoorwaarden: wat is er verder nodig om goede crisiszorg te blijven organiseren? .....	11

Datum 25-09-2017

Autheurs: Bovenregionale Crisiswerkgroep, de crisiszorgaanbieders en Samen Veilig Midden Nederland

## Hulp aan een gezin in crisis in de Utrechtse regio's

*Een crisis is een ernstige verstoring van het normale, alledaagse functioneren van een individu of systeem. De draaglast van een jeugdige, ouder of een gezin gaat de draagkracht van henzelf en hun sociale netwerk ver te boven. Daardoor zijn de oplossingsstrategieën die een gezin normaal gesproken inzet, niet langer toereikend (De Baat, Foolen, & Udo, 2013; Hoekert, Lommerse, & Beunderman, 2000).*

*Een crisis is een extreme situatie: een gezin belandt van een 'kwetsbare toestand' in 'totale ontredde'ring'. De problemen worden vaak verergerd door allerlei bijkomende problemen, zoals een verslaving, gebrek aan sociale ondersteuning, en financiële en materiële problemen (Hoekert et al., 2000).*

### Doel van dit document

Dit document is tot stand gekomen met inbreng van medewerkers van de lokale teams uit de Utrechtse regio's, zorgaanbieders, Samen-Veilig Midden Nederland (SAVE en Veilig Thuis (VT) en leden van de bovenregionale werkgroep crisiszorgproces.

Om in geval van crisis goede zorg voor cliënten te kunnen organiseren, is samenwerking noodzakelijk. Goede samenwerking ontstaat vanuit gezamenlijke uitgangspunten, een eenduidige werkwijze en een lerend proces.

Met behulp van dit document leggen we de gezamenlijk opgestelde uitgangspunten en de werkwijze in geval van crisis vast. Deze werkwijze hanteren we in de samenwerking tussen professionals die zorgdragen voor de hulp aan een kind en gezin in crisis. We richten ons op maatwerk. Dit vraagt om anders te denken en anders te doen. Veiligheid is altijd de ondergrens en is leidend in ons handelen

Omdat we willen leren en vernieuwen gaat het hierbij om een werkdocument. Aan de hand van ervaringen in de praktijk kunnen de uitgangspunten of de werkwijze worden bijgesteld. In de tweede helft van 2017 stellen we per regio een plan van aanpak op hoe we via een leercyclus op de beste manier kunnen leren van de praktijk.

In de volgende hoofdstukken beschrijven we de uitgangspunten die gehanteerd worden in geval van crisis. Daarna volgt de beschrijving van de werkwijze met de inzet van een prioriteitenladder. In de bijlage wordt dieper ingegaan op de context van het vernieuwingsproces rond crisiszorg.

## Uitgangspunten voor hulp aan een gezin in crisis

1. Hulp bij een gezin in crisis voldoet ten minste aan:
  - Maatwerk (is de norm), doen wat nodig is;
  - zo snel als nodig;
  - hulp zo lokaal en zo licht als mogelijk;
  - hulp is deskundig;
  - hulp is passend en duurt zo lang als nodig;
  - het lokale team is altijd betrokken.
  - Benutten van Crisis als Kans
2. Het gezin en de aanwezige hulpbronnen in familie en netwerk worden altijd in kaart gebracht door het lokale team of SAVE/VT en zijn uitgangspunt voor de begeleiding. Hun behoefte aan hulp en ondersteuning is leidend, niet het beschikbare aanbod. Inzet wordt gepleegd om een belangrijke ander uit dit netwerk te betrekken. Dit is een persoon die door het kind wordt vertrouwd en die het kind kan adviseren en ondersteunen.
3. Ondergrens is de veiligheid van alle gezinsleden. De zorgprofessional (lokaal team en/of SAVE/VT) maakt een inschatting van de veiligheid. Hiertoe wordt zowel met ouders als met de kinderen gesproken en dit wordt weergegeven in het gezinsplan.
4. Bij de keuze van passende zorg wordt gebruik gemaakt van de [prioriteitenladder](#). De prioriteitenladder (zie figuur 1) is opgebouwd uit de volgende treden:

---

Trede 1: Het kind blijft in zijn gezinsomgeving met benodigde hulp en ondersteuning voor kind en gezin. Zo kan zoveel als mogelijk het dagelijks leven van het kind, met bijvoorbeeld school en vrije tijd, doorgang vinden. Hulp en ondersteuning wordt gegeven vanuit het eigen netwerk.

---

Trede 2: Het lokale team ondersteunt het gezin bij het voeren van regie en het borgen van het gezinsplan en biedt zelf hulp waar dit passend is. Ouders blijven verantwoordelijk en aan zet waar dit kan. Inzet vanuit het netwerk wordt geleverd, eventueel in combinatie met begeleiding vanuit het lokale team.

---

Trede 3: Wanneer meer nodig is voor een gezin in crisis wordt aanvullend op het lokale team SAVE/VT, aanvullende specialistische ambulante zorg of therapie betrokken, inclusief huisarts en GGZ-expertise. Dit gebeurt op maat en wanneer de aard en ernst van de problematiek daarom vraagt. Naast de ambulante hulp wordt praktische ondersteuning vanuit een steungezin of andere lokaal aanwezige hulpbronnen ingezet ter vergroting van de draagkracht en verkleining van de draaglast van het gezin.

---

Trede 4: Daar waar er een acute crisis of spoedeisende situatie ontstaat en het lokale team niet toegerust is om snel en kundig te regeren op een gezin in crisis, en er geen aanvullende specialistische ambulante zorg ingezet is wordt SAVE/VT en/of ambulante specialistische crisishulp betrokken. Naast de ambulante hulp wordt praktische ondersteuning vanuit een steungezin of andere lokaal aanwezige hulpbronnen ingezet ter vergroting van de draagkracht en verkleining van de draaglast van het gezin.

---

Trede 5: Wanneer de situatie niet ambulante gestabiliseerd kan worden, wordt eerst gekeken naar de mogelijkheid van opvang in de eigen omgeving, bij familie of in het eigen netwerk. Het lokale team onderzoekt de mogelijkheden ter ondersteuning van het gezin of in het netwerk, of vraagt de zorgaanbieder om dit te onderzoeken en een advies te formuleren.

---

---

Trede 6: Wanneer opvang in het eigen netwerk niet mogelijk is, wordt gekeken naar de mogelijkheden om (deeltijd) logeeropvang, respijtzorg, time-out plekken voor het kind of de gezinsleden te benutten.

---

Trede 7: Wanneer logeeropvang en dergelijke niet passend is, wordt gekeken naar (deeltijd) (netwerk)pleegzorg met pleegzorgbegeleiding

---

Trede 8: Mocht pleegzorg onvoldoende toegerust zijn, dan wordt gekeken naar de mogelijkheid van opvang in een gezinshuis.

---

Trede 9: Als ook een gezinshuis niet passend is wordt gekeken naar de mogelijkheid van residentiële plaatsing op een regulier bed;

---

Trede 10: Als laatste mogelijkheid volgt plaatsing op een crisisbed.

---

N.B. Er wordt uitgegaan van het principe van 'matched care': er wordt in afstemming gekeken wat het kind/het gezin op de verschillende levensgebieden nodig heeft zodat hier, indien mogelijk, tegelijkertijd of opeenvolgend aan wordt gewerkt. Het lokale team blijft betrokken voor regievoering of het aanvullend bieden van begeleiding.

---

5. Hulp bij een gezin in crisis wordt ambulante gestart, ook wanneer een residentiële plaatsing onafwendbaar is of lijkt. Parallel aan een plaatsing loopt een ambulante traject om te werken in de thuissituatie en de overgang terug naar huis te begeleiden.
6. De hulp bij crisis wordt zo ingericht dat er zo min mogelijk schakelingen of verhuizingen voor het kind zijn.
7. Indien al eerder een diagnose is gesteld en duidelijk is dat er zorg nodig is en ook welke zorg nodig is voor het kind en het gezin, heeft het de voorkeur om direct te plaatsen op de passende plek. Is dit niet haalbaar doordat er onvoldoende informatie is over de primaire zorgvraag of omdat de juiste zorg nog niet beschikbaar is, dan kan plaatsing noodzakelijk zijn op een crisisbed.
8. Kinderen onder de 12 jaar worden niet geplaatst in een residentiële groep. Ook bij oudere kinderen heeft het de voorkeur om te plaatsen in een gezinsomgeving. Uitzondering hierop wordt gemaakt wanneer het gaat om een kortdurende klinische GGZ behandelopname of wanneer er een contra-indicatie is voor een gezinssetting. Wanneer een gezinssetting niet beschikbaar is zorgt het lokale team ervoor dat dit binnen de gemeente bekend wordt zodat actie kan worden ondernomen.
9. Wanneer 'ambulante hulp bij crisis' of een crisisbed van een zorgaanbieder wordt betrokken, is deze interventie kort en intensief en in ieder geval korter dan 28 dagen. Binnen 14 dagen is het perspectief voor het kind vastgesteld en vastgelegd. Bij ontbreken van een duidelijk perspectief volgt een interventie om alsnog binnen enkele dagen tot (voorlopig) perspectief te komen zodat ten alle tijde tijdig kan worden aangemeld of kan worden gestart met vervolg. Mogelijke risico's bij terugplaatsing naar huis worden, indien mogelijk, afgedekt met intensieve en/of specialistische ambulante interventie en niet met verlenging van de crisisopvang.

10. Crisiszorg duurt nooit langer dan 28 dagen. Indien deze termijn dreigt te worden overschreden dan vindt er, vóóordat de termijn van 28 dagen is verstreken, een interventie plaats die zorgt voor een plan van aanpak om het perspectief te realiseren.
11. Zorgaanbieder en verwijzer (lokaal team, SAVE/VT, huisarts, medisch specialist) spannen zich samen in om de crisisperiode zo kort mogelijk te laten zijn en de benodigde zorg goed aan te laten sluiten. De verwijzer heeft de regie over de in te zetten vervolgzorg, besluit voor welke zorg aangemeld wordt en realiseert en monitort deze aanmelding. De aanbieder waarvan vervolgzorg betrokken wordt, is verantwoordelijk voor de overbruggingszorg indien de zorg niet direct beschikbaar is. Daarbij gelden de volgende afspraken:
  - Vervolgorgaanbieders accepteren aanmeldingen binnen 5 werkdagen;
  - Overbruggingszorg moet 'in principe' geboden worden door de vervolgorgaanbieder binnen 14 dagen na acceptatie;
  - Bij plaatsingsproblemen moet er worden opgeschaald naar de betreffende gemeente en vindt er een gesprek plaats om te komen tot een oplossing waarbij tevens wordt getoetst of de uitgangspunten zijn nagekomen.

## Werkwijze: inzet hulp bij een gezin in crisis

Wanneer een gezin in crisis is, is Veilig Thuis (VT) (indien gevraagd) binnen enkele uren ter plaatse. Opvolgend aan de eerste inschatting en parallel aan de interventie van Veilig Thuis of SAVE, moet binnen 24 uur crisishulp geboden worden. Wanneer de inschatting is dat inzet vanuit het eigen netwerk, lokaal aanwezige ondersteuning en hulp van het lokale team niet leidt tot stabilisatie van de situatie, kan direct SAVE, Veilig Thuis en/of specialistische (crisis)zorg zoals 'ambulante hulp bij crisis' of (crisis)verblijf worden betrokken (zie ook prioriteitenladder, omdat het de voorkeur heeft, waar mogelijk, direct gebruik te maken van reguliere zorg).

### Aanmeldroute via CCP van Samen Veilig voor (specialistische) crisiszorg: tel. 0800-2000

Het lokale team of een andere verwijzer neemt contact op met het crisis coördinatiepunt (CCP) van Samen veilig Midden Nederland.

Het CCP checkt de casus op de afgesproken criteria voor inzet van crisishulp door een zorgaanbieder en doorloopt hiertoe de prioriteitenladder. Het CCP voert de casus in op het elektronische aanmeldplatform. De aangesloten aanbieders zien de melding direct elektronisch en reageren op de binnenkomende vraag met de meest passende zorg.

Voor lokale teams geldt dat zij deze route kiezen, tenzij een cliënt al bekend is of al behandeld wordt door een zorgaanbieder. In dat geval geldt de aanmeldingsroute via de preferentie zorgaanbieder. Deze route wordt ook gebruikt voor de aanmeldingen vanuit SAVE/VT

### Aanmelden via preferentie zorgaanbieder

Aanmelden via preferentie zorgaanbieder is mogelijk indien een kind al bij een aanbieder is aangemeld of in behandeling is. Ook kan directe aanmelding bij de zorgaanbieder relevant zijn als er vanuit een zorgaanbieder ambulante (crisis)zorg wordt geboden in nauwe aansluiting op een lokaal team. De zorgaanbieder zal dan zorgdragen voor het registreren van de casus op het elektronische aanmeldplatform en informeert het CCP met oog op het gehele overzicht en het voorkomen van voorrangbeleid. Op deze wijze blijft de monitoring vanuit het online platform intact.

Wanneer de zorgaanbieder zelf niet aan de vraag kan voldoen, kunnen de andere aanbieders van crisiszorg alsnog reageren en zorgaanbod realiseren binnen 24 uur.

### Aanmelden via crisisdienst GGZ

Indien het een cliënt betreft waarvoor een klinische opname nodig is in verband met ernstige psychische problematiek, dan ligt een aanmeldroute via de huisarts en/of de crisisdienst van de GGZ voor de hand. Uiteraard kan er ook dan samengewerkt worden met SAVE of VT (en het CCP). Waar wenselijk kan een gecombineerde interventie gerealiseerd worden.

### Gegevens die nodig zijn bij aanmelding voor crisiszorg:

- de volledige naw-gegevens, BSN, verantwoordelijke gemeente
- beschrijving crisissituatie, inclusief gedragskenmerken cliënt
- krachten, bedreigingen en risico's van cliënt, gezin en netwerk
- primaire vraag van gezin en verwijzer, inclusief onderbouwing a.d.h.v. de prioriteitenladder
- wat maakt dat gekozen wordt voor inzet crisispecialisme?
- Hulpverleningsgeschiedenis
- Eerste inschatting van het perspectief: is binnen 28 dagen stabilisatie van de crisissituatie ambulante of middels verblijf mogelijk? Is het perspectief terug naar huis of wordt langer durende uithuisplaatsing of overstap naar andere zorg voorzien?
- Een toezegging door het lokale team of de gemeente op het afgeven van de benodigde zorgtoewijzing en beschikking.

- Relevante stukken ten behoeve van de rechtbank inzake kinderen met een beschermingsmaatregel.

#### Taken en verantwoordelijkheden betrokken professionals

Indien SAVE /VT door het lokale team betrokken is, stemt de medewerker van het lokale team af met SAVE /VT wie welke verantwoordelijkheid heeft bij de stabilisatie van de crisis, wie monitort en wie de melding doet bij het CCP. Verder worden afspraken gemaakt hoe partijen aan elkaar terugkoppelen en met elkaar evalueren. Dit wordt vastgelegd in het gezinsplan.

Wanneer SAVE /VT als eerste betrokken is bij een crisissituatie wordt het lokale team zo snel mogelijk betrokken en worden door SAVE/VT met het lokale team afspraken gemaakt hoe partijen aan elkaar terugkoppelen en met elkaar evalueren. Dit wordt vastgelegd in het gezinsplan.

Het lokale team kan een rol hebben bij de begeleiding van het gezin ten tijde van inzet ambulante hulp bij crisis en crisisverblijf en bij de nazorg. Afspraken hierover worden vastgelegd in het gezinsplan.

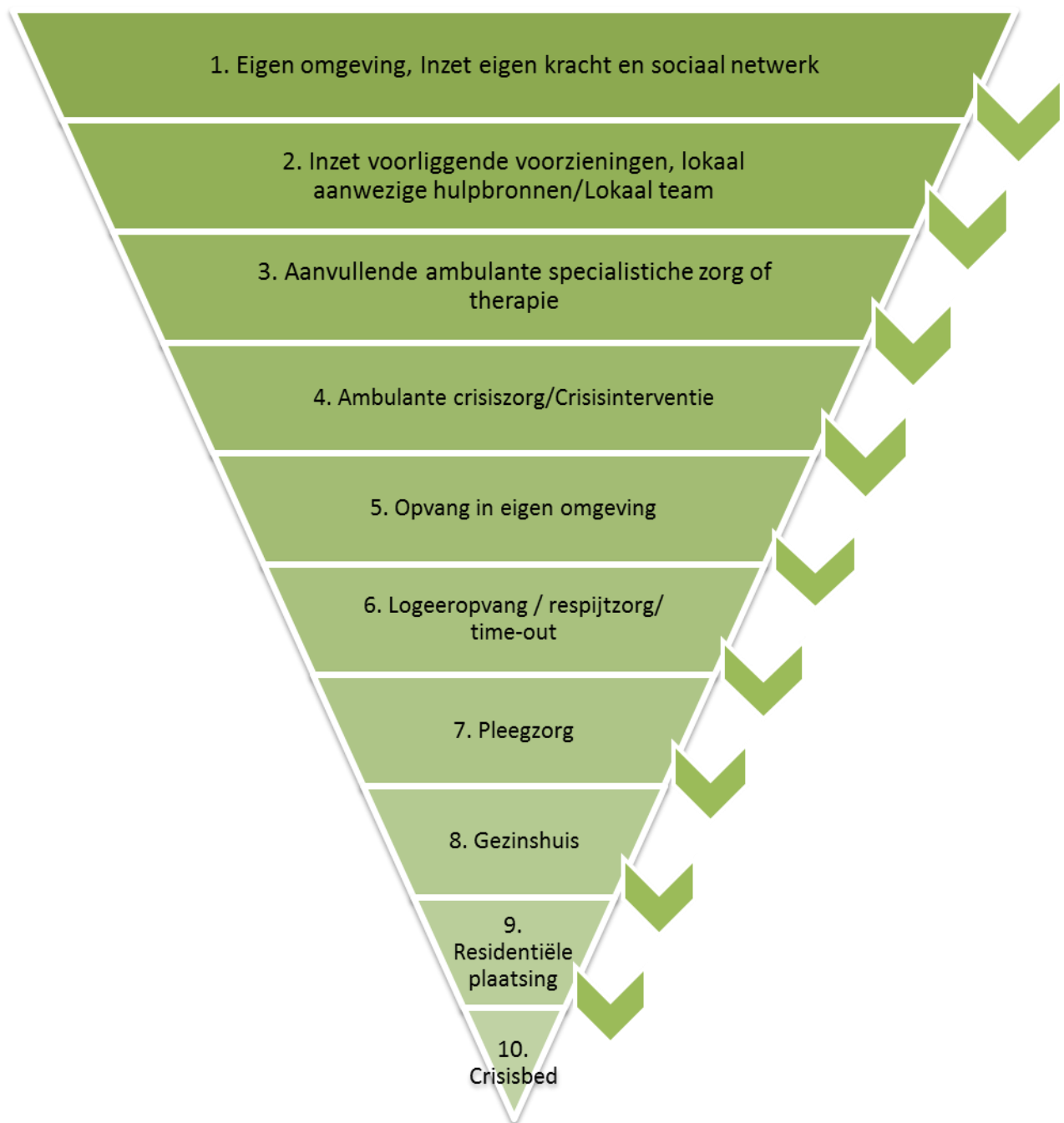
Wanneer zowel SAVE/VT als lokaal team betrokken zijn, stelt SAVE/VT, naast de nodige crisisinterventie, de voorwaarden vast voor het vervolg waaraan voldaan moet worden om een stabiele en veilige situatie voor het kind te realiseren, het 'wat'. Het lokale team kan het gezin ondersteunen in het 'hoe'.

#### Prioriteitenladder

De prioriteitenladder is bedoeld om na te gaan of alle lichtere interventies afgewogen en benut zijn alvorens gekozen wordt voor een zwaardere interventie. Ook is een combinatie mogelijk van onderstaande treden.

Als voorbeeld: Professionals bij een gezin in crisis blijven altijd op zoek naar de eigen kracht van de cliënt en de mogelijkheden in het sociaal netwerk, ook nadat er zwaardere treden zijn ingezet. Dus elke nieuwe gebeurtenis/situatie start weer boven in de ladder.

Figuur 1: De Prioriteitenladder





## Bijlage 1 Context Vernieuwingsproces crisiszorg

Het crisisdomein is in de afgelopen jaren door een projectmatige sturing goed veranderbaar gebleken. Er zijn, onder andere door het project 'weg met de wachtlijsten' en alle inspanning van aanbieders en verwijzers vóór de transitie, al veel verbeteringen doorgevoerd. Zo heeft afbouw plaatsgevonden van verblijfsfuncties ten bate van ambulantisering en pleegzorg. Dit kon gerealiseerd worden door goede sturing op het inhoudelijke proces en gezamenlijke sturing op de snelheid van uitstroom/doorstroom naar vervolgzorg. SVMN en de zorgaanbieders in het crisisdomein zijn door de snelle dynamiek veranderingsgezind en willen graag in samenwerking met de gemeenten verder vernieuwen. Het hogere doel hierbij is om snel en adequaat hulp te kunnen blijven bieden aan kinderen die dat echt nodig hebben en in een onveilige situatie verkeren. Dit in lijn met de transformatiebeweging die we gezamenlijk willen realiseren in het zorglandschap.

De vernieuwing zal zich daarbij op twee aspecten moeten richten, namelijk:

- 1) de inhoudelijke vernieuwing: wat is de beste hulp voor dit kind en dit gezin in deze situatie;
- 2) De logistieke vernieuwing (randvoorwaardelijk voor 1): hoe organiseer ik zorg die ten alle tijde binnen 24 uur beschikbaar is.

Vernieuwing kan worden gerealiseerd door het ontwikkelen van nieuwe (gecombineerde) vormen van zorg, het hanteren van nieuwe inhoudelijke uitgangspunten die een andere sturing geven, het realiseren van betere organisatievormen die efficiënter en effectiever werken of een combinatie hiervan. Concrete voorbeelden van vernieuwing waaraan gedacht kan worden zijn:

## Een integrale crisiszorg waarbij de toegang tot jeugd GGZ en VG expertise is gecentraliseerd

### Verdergaande ambulantisering zodat het mogelijk wordt om:

1. Een crisistraject altijd met een ambulant traject te starten. Crisispleegzorg of crisisopvang heeft dan meer de betekenis van een achtervangfunctie (time-out functie, bijvoorbeeld indien de crisis zich afspeelt in de nacht en een inzet van *één nacht plaatsing vanwege risico's wenselijk is*) waar naar kan worden ingezet/opgeschaald zo snel als nodig
2. Ambulante zorg parallel te laten lopen (mogelijk geleverd door het lokale team) met een plaatsing teneinde het verblijf zo kort mogelijk te laten zijn. Mogelijke risico's bij terugplaatsing af te dekken met intensieve en/of specialistische ambulante interventie en (indien verantwoord) niet met verlenging van de crisisopvang.

### Inzetten op (snellere) perspectiefverduidelijking:

1. Na plaatsing in de crisiszorg vindt er in de thuissituatie binnen enkele werkdagen met het kind en ouders (en lokaal team) een gesprek plaats over de escalatie, en de mogelijkheid en voorwaarden om weer terug naar huis te gaan. Indien terug naar huis niet lijkt te kunnen, wordt samen met het gezin gesproken over het perspectief voor het kind waarbij de prioriteitenladder expliciet wordt gevolgd. Hierbij is SAVE/VT betrokken indien de veiligheid in het geding is en worden nadere afspraken over regie en uitvoering vastgelegd in het gezinsplan.

### Aansluiten van vervolgzorg en integratie andere zorgdomeinen:

1. Crisiszorg kan alleen functioneren als vervolgzorg kan aansluiten met snelle en passende zorg. Dit geldt voor zowel lichtere als zwaardere zorgvormen. Hoe sneller dit aaneensluitend kan, hoe minder crisiszorgcapaciteit er nodig is. Indien een aanbieder en lokale teams binnen 14 dagen zorg kunnen opstarten dan voorkomt dat instroom in de crisiszorg en versnelt dat de uitstroom.
2. De werking van de crisiszorg omvat op dit moment vooral het J&O en LVB domein. Er is daarnaast een crisisdienst GGZ. Ook de zorg kent nog een onderverdeling naar de oude domeinen J &O, GGZ en (L)VG. Indien het stelsel een integrale toegang en zorg wil vormgeven voor alle vormen van zorg aan kinderen, dan is er vernieuwing nodig op de integratie van zowel de toegang als de zorg van J&O, GGZ als VB (met name voor specialistische zorg voor kinderen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen die om zeer specialistische begeleiding vragen).

## Randvoorwaarden: wat is er verder nodig om goede crisiszorg te blijven organiseren?

- Bestuurlijk commitment op een gezamenlijk doel en aanpak;
- Een lerend systeem dat voor cliënten leidt tot directe verbetering van het resultaat en die de samenwerking tussen de betrokken partijen versterkt;
- Afspraken per regio over wat nodig is om de prioriteitenladder goed werkend te krijgen;
- Monitoring van proces en resultaat. Samen Veilig Midden Nederland zal hierin een rol spelen aangezien daar al monitoring plaats vindt. We bekijken wat aanvullend hierop nog nodig is.