

# Kinderen beter in beeld?

*De Gelderse aanpak kindermishandeling onderzocht*

Marjolijn Distelbrink  
Suzanne Tan

M.m.v.  
Liselotte Postma  
Wouter Roeleveld

November 2008



# Inhoud

Voorwoord	5
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2 Probleemstelling, opzet en uitvoering van het onderzoek</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Probleemstelling	13
2.3 Methoden van onderzoek	14
2.4 De uitvoering van het onderzoek	20
<b>3 De Gelderse aanpak kindermishandeling in cijfers</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
3.2 De cijfers op het eerste gezicht	23
3.3 Cijfers herzien	26
<b>4 De Gelderse aanpak in de praktijk</b>	<b>31</b>
4.1 Inleiding	31
4.2 Samenwerking rond de start: de nulmeting	32
4.3 Samenwerking na een jaar: de een-meting	36
4.4 Samenwerking na 1,5 jaar: de 2-meting	39
<b>5 Implementatie van de Gelderse aanpak kindermishandeling</b>	<b>49</b>
5.1 Inleiding	49
5.2 Implementatie in de instellingen	50
5.3 Resultaten van de implementatie en toekomst	53

<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>59</b>
6.1	Inleiding	59
6.2	Beantwoording onderzoeksvragen	60
6.3	Conclusies	66
6.4	Aanbevelingen	67
<b>7</b>	<b>Literatuur</b>	<b>69</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Partners van de Gelderse aanpak kindermishandeling</b>	<b>71</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Casussen 2-meting</b>	<b>73</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Lijst met afkortingen</b>	<b>97</b>

## *Voorwoord*

De laatste jaren is er beleidsmatig steeds meer aandacht voor de signalering en preventie van kindermishandeling. Vooral als kinderen extra risico lopen, zoals in gezinnen van ouders met psychische problemen, is aandacht hiervoor noodzakelijk. Hulpverleners in de GGZ die ouders behandelen kunnen een belangrijke partij zijn bij het signaleren van problemen in gezinnen. Dat is echter nog niet vanzelfsprekend. Kinderen zijn vaak niet in beeld en angst voor het schaden van de vertrouwensrelatie met cliënten staat een goede samenwerking met de jeugdhulpverlening en kinderscherming in de weg.

In de provincie Gelderland is dit probleem opgepakt. In de *Gelderse aanpak kindermishandeling* zijn afspraken gemaakt tussen partijen die betrokken zijn bij de bescherming van jeugdigen en GGZ-instellingen voor volwassenenzorg en is een handelingsprotocol opgesteld. De aanpak beoogt dat de GGZ de risico's voor kinderen van hun cliënten beter op het netvlies krijgt en hier ook naar handelt. De provincie Gelderland ondersteunde de ontwikkeling van de aanpak en gaf het Verwey-Jonker Instituut opdracht de aanpak vanaf het begin te evalueren. De bevindingen stemmen positief. De aanpak, waarmee de provincie Gelderland landelijk vooroploopt, is een belangrijke eerste stap naar betere samenwerking. Wel blijft het van belang dat de aanpak in de komende tijd onder de aandacht van de instellingen blijft en verdere verankering krijgt. Dit geldt des te meer nu de landelijke meldcode die recent is ontwikkeld voor de GGZ, de navolging van de Gelderse aanpak aanbeveelt.

De onderzoekers willen mede namens de provincie Gelderland de leden van de werkgroep die de ontwikkeling van de aanpak en het onderzoek begeleidde bedanken voor hun inbreng. Daarnaast danken de onderzoekers de contactpersonen van de instellingen en de dertig professionals die hun ervaringen over de samenwerking met ons wilden delen. Tot slot gaat dank uit naar Majone Steketee die als projectleider fungeerde in het voorjaar van 2008 en naar Esther van Dijk, Liselotte Postma en Wouter Roeleveld die assisteerden bij de dataverzameling.

Marjolijn Distelbrink  
Suzanne Tan

## 1 *Inleiding*

### *Signalering en preventie van kindermishandeling*

De laatste jaren staat vroegtijdige signalering en preventie van kindermishandeling steeds hoger op de agenda van politiek en hulpverlening. Een bijzondere categorie, die extra risico's loopt op kindermishandeling of problemen in de opvoeding of ontwikkeling van kinderen, vormen de gezinnen waarvan ouders te kampen hebben met psychiatrische problematiek. De extra risico's hebben niet alleen met de problematiek als zodanig te maken. Ze worden daarnaast veroorzaakt doordat de afstemming en informatieoverdracht lang niet altijd goed verlopen tussen instellingen die ouders behandelen en instellingen die van belang zijn voor het welzijn van kinderen, zoals het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of andere afdelingen van het Bureau Jeugdzorg. GGZ-instellingen die ouders behandelen hebben bijvoorbeeld niet altijd de risico's voor inwonende kinderen helder op het netvlies, of willen in sommige gevallen geen informatie verschaffen in verband met privacy van hun cliënten. Voor het welzijn van kinderen en het voorkómen van mishandeling is het nodig dat organisaties en instellingen die zich binnen hun eigen specialisatie inspannen voor kinderen en jongeren en hun ouders, daadwerkelijk samenwerken. In plaats van los van elkaar of langs elkaar heen te werken, is het belangrijk dat zij met elkaar ervoor zorgen vroegtijdig de problemen te signaleren en adequate hulp te bieden. Dit betekent dat instellingen hun informatie moeten delen, taken af moeten stemmen, verantwoordelijkheid moeten nemen als dat nodig is en op casusniveau de regierol duidelijk moeten benoemen.

### *De Gelderse aanpak kindermishandeling*

In de provincie Gelderland zijn om deze redenen in 2007 een document en een protocol opgesteld om de hulpverlening aan en bescherming van kinderen in gezinnen van ouders met psychische problematiek te optimaliseren. Dit document, getiteld '*Gelderse*

*aanpak kindermishandeling. Afstemming GGZ (Volwassenenzorg) - Jeugdzorg'* beoogt de afstemming en samenwerking te verbeteren tussen de Gelderse GGZ-instellingen, Bureau Jeugdzorg Gelderland, het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming regio Gelderland.<sup>1</sup> Het heeft tot doel het risico van kindermishandeling voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen te verminderen en het bewustzijn van dit risico bij GGZ-medewerkers te vergroten. De periode mei 2007 - november 2007 gold als proefperiode. In die periode is gewerkt aan de bekendmaking van het document in de instellingen en is proefgedraaid met het protocol. Eind 2007 is het document officieel vastgesteld en ondertekend door de betrokken partijen, waaronder zes GGZ-instellingen: de Gelderse Roos, GGNet, RIAGGz Over de IJssel, Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe, GGZ Nijmegen en Kliniek voor Psychotherapie Overwaal.<sup>2</sup> Eind 2008 is voorzien als het einde van de implementatieperiode. Het document zou dan goed bekend moeten zijn in de instellingen en moeten bijdragen aan een betere bescherming van kinderen in de provincie.

#### *Evaluatie*

De provincie Gelderland heeft, ter ondersteuning van een goede implementatie van de Gelderse aanpak kindermishandeling, het Verwey-Jonker Instituut gevraagd de aanpak en het bijbehorende protocol vanaf het begin te evalueren. Daartoe is op drie meetmomenten nagegaan hoe het is gesteld met de uitwisseling van informatie, en of deze uitwisseling leidt tot een daadwerkelijk betere bescherming van kinderen en een betere preventie van problemen. Dit is gebeurd op verschillende manieren: door een analyse van gegevens uit registratiesystemen (kwantitatief) en door een verdieping aan de hand van dossieronderzoek en interviews (kwalitatief).

In februari 2008 en oktober 2008 verschenen de tussenrapportages over de nulmeting en de een-meting (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008; Distelbrink en Tan, 2008). Het onderhavige rapport

<sup>1</sup> Het AMK valt onder het Bureau Jeugdzorg. Voor de duidelijkheid onderscheiden we in de tekst het AMK van het Bureau Jeugdzorg. Als we over Bureau Jeugdzorg spreken, refereren we aan de afdelingen buiten het AMK.

<sup>2</sup> In bijlage 1 staan alle ondertekenaars genoemd.



vormt de eindrapportage. In dit rapport doen we verslag van het gehele onderzoek en beantwoorden we de onderzoeksvragen. De evaluatie is niet alleen voor de provincie Gelderland van belang, maar ook voor andere regio's of provincies. Gelderland was met de aanpak een voorloper. Voor de GGZ is sinds kort een meldcode ontwikkeld, waarvoor de Gelderse aanpak kindermishandeling mede model heeft gestaan (GGZ Nederland, 2008).

#### *Leeswijzer*

In het hierna volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) zetten we eerst de probleemstelling en de opzet en uitvoering van het onderzoek uiteen. Vervolgens komt in hoofdstuk 3 de analyse van de gegevens uit de registratiesystemen aan de orde. In hoofdstuk 4 bespreken we de ervaringen met de Gelderse aanpak kindermishandeling, zoals die uit het dossieronderzoek en interviews met professionals van de betrokken instellingen naar voren zijn gekomen. In hoofdstuk 5 doen we verslag van de bevindingen rond de implementatie van de Gelderse aanpak. We besluiten het rapport met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 6).



## ***2 Probleemstelling, opzet en uitvoering van het onderzoek***

### ***2.1 Inleiding***

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de invoering en werking van de Gelderse aanpak kindbescherming is geëvalueerd. Aanleiding voor de aanpak, waarmee GGZ-instellingen voor volwassenenzorg en instellingen op het terrein van jeugdzorg en jeugdbescherming in de provincie sinds 2007 werken, vormde allereerst de bevinding dat GGZ-instellingen zich vaak onvoldoende bewust zijn van de risico's die kinderen van hun volwassen cliënten lopen. Ze melden kinderen opvallend weinig (zie ook Steketee e.a., 2007). Een tweede aanleiding was de bevinding dat het AMK en andere instellingen voor jeugdhulpverlening en -bescherming niet altijd even gemakkelijk informatie krijgen van de GGZ over ouders van kinderen die zij in onderzoek hebben (vgl. Goderie & Steketee, 2005). Het verstrekken van informatie zonder toestemming van de cliënt is juridisch niet verplicht (bijv. Baeten & Janssen, 2002; Bruning, 2006). Er zijn echter uitzonderingen. Volgens de Wet op de Jeugdzorg uit 2005 gaat bij vermoedens van kindermishandeling het belang van het kind vóór de geheimhoudingsplicht tegenover cliënten. Dat wil zeggen: hulpverleners met een beroepsgeheim hebben het wettelijk recht informatie over cliënten aan het AMK te verstrekken bij een vermoeden van kindermishandeling.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Volgens de Wet op de Jeugdzorg uit 2005, artikel 53, gaat informatieverstrekking vóór geheimhouding 'indien dit noodzakelijk kan worden geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken'. Recentelijk is overigens door het kabinet het voornemen aangekondigd om een verplichte meldcode per branche in te voeren (Staatssecretaris van VWS en Ministers voor Jeugd en Gezin en van Justitie, 2008). De beroepsvereniging voor artsen, de KNMG, heeft recentelijk zijn eigen meldcode aangescherpt en er bestaat nu ook een meldcode GGZ (GGZ Nederland, 2008).

### *Het protocol*

In het protocol dat in de Gelderse aanpak kindermishandeling is opgenomen, staat in een helder stappenplan uitgelegd welke stappen medewerkers van GGZ-instellingen dienen te volgen bij het maken van afwegingen over al dan niet melden of doorverwijzen van ouders of kinderen naar ondersteunend aanbod, en bij het verstrekken van informatie aan derden. Daarbij zijn twee routes onderscheiden: route I, waarbij GGZ-medewerkers zich zorgen maken over kinderen van cliënten en daarvoor contact kunnen opnemen met het AMK, Bureau Jeugdzorg of de jeugd GGZ. Bij route II ligt het initiatief bij het AMK/Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming, regio Gelderland. Deze verzoekt om informatie en de GGZ-medewerker weegt af of hij of zij deze verstrekt en in hoeverre de cliënt daarbij wordt geconsulteerd. Over route I stelt het protocol het volgende. Bij ernstige zorgen over kindermishandeling adviseert het protocol direct te melden, zeker als er mogelijk acuut gevaar is voor de kinderen. Als de situatie geen acute gevolgen heeft of er minder ernstige zorgen zijn, stelt het protocol een aantal stappen voor waarbij eerst met de cliënt wordt gesproken. Als deze de zorgen erkent, start een gezamenlijk traject waarbij het AMK (of in minder ernstige gevallen Bureau Jeugdzorg of de jeugd GGZ) is ingeschakeld. In het geval dat de cliënt de problemen ontkent of niet wil meewerken, doet de GGZ-medewerker alsnog een melding. Ook als er geen directe zorgen zijn om kinderen, moet de GGZ-hulpverlener zich, aldus het protocol, altijd bewust zijn van het risico op problemen als gevolg van psychische problemen van ouders. Dit betekent altijd navraag doen naar de thuissituatie en het welzijn van de kinderen en zo nodig preventief doorverwijzen naar KOPP-cursussen voor kinderen of oudercursussen.<sup>4</sup> Voor het verstrekken van informatie aan derden zoals het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming (route II) geeft het protocol eveneens aan hoe te handelen, afhankelijk van de ernst van de situatie. Bij zeer ernstige zorgen of direct gevaar voor de kinderen dienen de GGZ-instellingen relevante informatie te geven aan de genoemde partijen, ook zonder dat cliënten

<sup>4</sup> KOPP staat voor 'kinderen van ouders met psychiatrische problemen'.

hiervan op de hoogte zijn. In andere gevallen staat vermeld welke afwegingen zij dienen te maken.

## ***2.2 Probleemstelling***

Het protocol zou moeten leiden tot een sterker bewustzijn van gevaren voor kinderen van cliënten bij de GGZ. Dit is te vertalen in een grotere geneigdheid om te melden en advies of consult te vragen bij het AMK, en een groter aantal doorverwijzingen van kinderen of ouders voor preventieve steun naar het Bureau Jeugdzorg of de jeugd GGZ. Tot slot kan worden verwacht dat de GGZ gemakkelijker informatie verstrekt aan het AMK en het Bureau Jeugdzorg bij (ernstige) zorgen over kinderen.

De centrale vraag van het onderzoek luidde hoe de samenwerking tussen enerzijds de GGZ voor volwassenenzorg en anderzijds het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming (regio Gelderland) in de praktijk verloopt, en welke invloed de Gelderse aanpak kindermishandeling op de samenwerking heeft. In hoeverre vindt samenwerking in de praktijk daadwerkelijk plaats? Is er een toename van meldingen bij het AMK of van verzoeken tot advies of begeleiding bij het Bureau Jeugdzorg? Is er een toename van informatie-uitwisseling tussen het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de GGZ-instellingen? En in hoeverre is de informatie-uitwisseling met de Raad voor de Kinderbescherming verbeterd? Tevens is nagegaan of de GGZ-medewerkers zich meer bewust zijn van de risico's voor de kinderen. In hoeverre is er een toename aan (doorverwijzing naar) preventieactiviteiten?

De probleemstelling is vertaald in de volgende onderzoeksvragen.

1. Is er, 1 jaar en 1,5 jaar na de inwerkingstelling van de Gelderse aanpak kindermishandeling, een grotere uitwisseling van gegevens tussen Gelderse instellingen die ouders met psychische problematiek behandelen enerzijds en AMK's/Bureau Jeugdzorg anderzijds? Welke rol speelt de Gelderse aanpak daarbij?
2. Hoe effectief is de uitwisseling van informatie bij de start, 1 jaar en 1,5 jaar na de inwerkingstelling van de Gelderse aanpak

kindermishandeling? Wat gebeurt er concreet nadat contact is gelegd? Welke knelpunten ondervinden medewerkers van instellingen en wat werkt goed? Is er sprake van verbetering van de kwaliteit van de uitwisseling bij opeenvolgende metingen, en in hoeverre is deze toe te schrijven aan de Gelderse aanpak kindermishandeling?

De Gelderse aanpak kindermishandeling beschrijft een tijdpad voor de implementatie van de aanpak tot eind 2008. Daarbij is een voorstel opgenomen voor implementatieactiviteiten binnen de GGZ-instellingen. Bij de derde meting is daarom de implementatie in de instellingen onderzocht. De onderzoeksvraag daarbij luidde:

3. Hoe is de implementatie van de Gelderse aanpak kindermishandeling binnen de betrokken instellingen verlopen? Welke stappen zijn gezet, welke knelpunten of weerstanden deden zich voor en wat is er op langere termijn nodig om de Gelderse aanpak kindermishandeling tot een (blijvend) succes te maken?

### ***2.3 Methoden van onderzoek***

Om het succes van de Gelderse aanpak kindermishandeling te onderzoeken (onderzoeksvraag 1 en 2) hebben we op drie momenten cijfermatige en kwalitatieve informatie verzameld over de uitwisseling en samenwerking tussen de instellingen. Kort na de start van de proefperiode (najaar 2007, 'nulmeting'), 1 jaar (zomer 2008, een-meting) en 1,5 jaar (najaar 2008, 2-meting) na de start. Door de gegevens over de verschillende metingen met elkaar te vergelijken is een beeld ontstaan van verbeteringen in de samenwerking en informatie-uitwisseling.

Bij alle drie de metingen is gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksmethoden om de eerste twee onderzoeksvragen te beantwoorden.

*Kwantitatief:*

- analyses van registratiesystemen van het AMK

*Kwalitatief:*

- casusonderzoek naar de samenwerking
- via: dossieronderzoek (bij AMK en Bureau Jeugdzorg) en telefonische interviews met de bij de casussen betrokken medewerkers van het AMK of Bureau Jeugdzorg, GGZ-instellingen voor volwassenenzorg en de Raad voor de Kinderbescherming, regio Gelderland.

*Kwantitatieve succesindicatoren*

Of de Gelderse aanpak kindermishandeling in *kwantitatieve* zin een succes is, kunnen we afleiden uit vergelijkingen van het aantal uitwisselingen tussen de betrokken GGZ-instellingen en het AMK in drie periodes. De hierbij gekozen indicatoren zijn gerelateerd aan de eerder genoemde twee routes in het protocol (zie figuur 2.1). In de oorspronkelijke opzet waren nog meer indicatoren opgenomen. Indicatoren die de uitwisseling tussen GGZ-instellingen en het Bureau Jeugdzorg, en die het aantal interne doorverwijzingen binnen de GGZ voor hulp bij de opvoeding (van volwassenen GGZ naar jeugd GGZ) in kaart brachten. Helaas is het niet mogelijk gebleken deze gegevens boven tafel te krijgen (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008; Distelbrink en Tan, 2008).<sup>5</sup> Het succes van de aanpak in kwantitatieve zin *met de GGZ als initiatiefnemer* (route I) kunnen we daardoor alleen aflezen aan een toename in het aantal meldingen en vragen om advies of consult door de GGZ (volwassenenzorg) aan het AMK. Het gaat daarbij dus om een selectie van de gevallen: die waarin GGZ-medewerkers zich daadwerkelijk zorgen maken om kinderen.

<sup>5</sup> Bij de laatste meting zijn extra gegevens verzameld over doorverwijzingen naar KOPP-cursussen door GGZ-instellingen en over het aantal volwassen cliënten met kinderen van GGZ-instellingen. Dit als context bij en ter aanvulling op de verzamelde gegevens van het AMK. De gegevens waren echter maar beperkt bruikbaar voor de evaluatie, omdat ze onvolledig waren (zie verder hoofdstuk 3).

Figuur 2.1 Operationalisering kwantitatieve succesindicatoren

Indicator	Operationalisering	Route	Bron
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal meldingen bij AMK door de - GGZ volwassenenzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal (en aandeel op totaal aantal meldingen bij AMK) neemt toe bij opeenvolgende metingen</li> </ul>	Route I	Registratie AMK
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal vragen om advies/consult<sup>6</sup> door -GGZ volwassenenzorg aan AMK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal (en aandeel op totaal aantal adviezen/consulten) neemt toe bij opeenvolgende metingen</li> </ul>	Route I	Registratie AMK
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal verzoeken om informatie van het AMK aan de GGZ, afdeling volwassenen (uitgesplitst naar verzoeken met en zonder toestemming ouders en buiten medeweten ouders om)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal neemt toe bij opeenvolgende metingen</li> </ul>	Route II	Registratie AMK

Een toename van het aantal verzoeken om informatie door het AMK aan de GGZ is eveneens beschouwd als een indicator voor succes. Dit kan wijzen op een groter gemak in samenwerking tussen het AMK en de GGZ. Strikt genomen moeten we echter vooral een toename van 'verkeer' binnen route I beschouwen als succesindicator van de Gelderse aanpak. Dit omdat de aanpak vooral is bedoeld om de terughoudendheid van de kant van de GGZ te verminderen en bewustwording over de risico's van psychische problematiek van cliënten voor kinderen te vergroten. De mate van terughoudendheid

<sup>6</sup> Vragen om advies zijn eenmalige informatieverzoeken, consulten zijn informatie-uitwisselingen waarbij sprake is van meer dan een contact met de vrager.



bij het verstrekken van informatie (route II) kunnen we vooral aflezen uit kwalitatieve bronnen. Deze lichten we in het volgende toe.

#### *Kwalitatieve succesindicatoren*

Het dossieronderzoek en de interviews geven inzicht in *kwalitatieve* indicatoren waaraan we de opbrengst van de Gelderse aanpak kindermishandeling kunnen afmeten. In figuur 2.2 staat weergegeven welke indicatoren voor succes centraal staan en hoe deze zijn geoperationaliseerd. De kwaliteit van de samenwerking is gedurende de totale looptijd van het onderzoek in drie perioden vergeleken. Als de kwaliteit goed is en in de loop van de tijd verbetert, kunnen we spreken van een positieve opbrengst. De interviews dienden niet alleen voor een verdieping van de onderzochte casussen, maar zijn ook benut om in bredere zin na te gaan hoe de samenwerking verloopt, of er meer bewustwording is bij medewerkers van de GGZ en welke knelpunten zich eventueel hebben voorgedaan bij de uitvoering van het protocol. Voor de interviews is een leidraad ontwikkeld. De interviews zijn telefonisch afgenomen en duurden tussen een half uur en een uur.

Figuur 2.2 Operationalisering kwalitatieve succesindicatoren

Indicator	Operationalisering	Bron
<ul style="list-style-type: none"> <li>Betere signalering en preventie van risico's</li> </ul>	Wat heeft de melding, doorverwijzing of vraag om advies concreet opgeleverd aan hulpverlening aan en verbetering van de situatie van ouders en kinderen, en wat draagt de Gelderse aanpak kindermishandeling hieraan bij?	Casussen Algemeen oordeel over bijdrage Gelderse aanpak kindermishandeling uit interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>Betere informatie-uitwisseling</li> <li>Kwaliteit van de informatie</li> <li>Tijdstermijn (snel contact?)</li> </ul>	Krijgen betrokken partijen gemakkelijk toegang tot informatie van de ander, wordt de juiste informatie geleverd en snel genoeg? Wat vinden betrokkenen van de kwaliteit van de geleverde informatie? Wat draagt de Gelderse aanpak kindermishandeling hieraan bij?	Casussen Algemeen oordeel over bijdrage Gelderse aanpak kindermishandeling uit interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>Betere afstemming zorgaanbod</li> </ul>	Hoe goed is het zorgaanbod van verschillende partijen in de betrokken gezinnen op elkaar afgestemd? Wat draagt de Gelderse aanpak kindermishandeling hieraan bij?	Casussen Algemeen oordeel over bijdrage Gelderse aanpak kindermishandeling uit interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bekendheid met en toepasselijkheid van de Gelderse aanpak kindermishandeling</li> </ul>	Hoe bekend is de Gelderse aanpak kindermishandeling en zijn de daarin vastgelegde protocollen? Hoe goed sluit de aanpak aan bij de praktijk, bij wensen/behoefte van de betrokken instellingen?	Algemeen oordeel over bijdrage Gelderse aanpak kindermishandeling uit interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>Meer bewustwording GGZ-medewerkers van de mogelijke risico's voor kinderen van cliënten</li> </ul>	Signalen dat GGZ eerder meldt of doorverwijst naar preventieve ondersteuningstrategieën van ouders. Wat draagt de Gelderse aanpak kindermishandeling hieraan bij?	Casussen Oordelen over bijdrage Gelderse aanpak kindermishandeling uit interviews

Per meting is steeds een klein aantal casussen geselecteerd die model staan voor de samenwerking tussen de verschillende instellingen die betrokken zijn bij de Gelderse aanpak kindermis-

handeling. Voor elke casus is het dossier bestudeerd en zijn interviews gehouden met medewerkers die bij de casus betrokken zijn. Voor de selectie van casussen waren het AMK en het Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk, omdat deze instellingen in elk geval bij de casussen waren betrokken. We vroegen hun steeds samen zes casussen te selecteren, waarvan drie binnen route I (deels AMK, deels BJZ) en drie binnen route II (alle geselecteerd door het AMK). Het moest gaan om de meest recente (afgesloten) casussen. Hiermee beoogden we dat de instellingen geen selectie op grond van andere criteria dan tijd zouden toepassen. De bedoeling was dat bij tenminste één casus per meting de Raad voor de Kinderbescherming betrokken was. Binnen route II dienden de instellingen onderscheid te maken naar zaken waarbij wel of geen toestemming van de cliënten was gevraagd en verkregen om informatie uit te wisselen. Dit omdat de verwachting is dat de GGZ de grootste weerstand zou hebben bij zaken waarbij ouders geen toestemming hadden gegeven voor informatie-uitwisseling of hiervan niet op de hoogte waren.

#### *Implementatieonderzoek*

Om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden zijn bij de afsluitende onderzoeksrunde in oktober 2008 telefonische interviews gehouden met acht contactpersonen van de instellingen die betrokken zijn bij de Gelderse aanpak kindermishandeling over de wijze waarop de aanpak is geïmplementeerd. Interviews vonden plaats bij alle GGZ-instellingen en bij Bureau Jeugdzorg en het AMK. De interviews waren semi-gestructureerd, en duurden een half uur tot een uur. De Gelderse aanpak kindermishandeling stelt voor dat GGZ-instellingen de volgende activiteiten uitvoeren om de Gelderse aanpak te laten 'landen':

- Organiseren van informatiebijeenkomsten met aandacht voor de Gelderse aanpak kindermishandeling, bewustwording van de ouderrol, uitleg over de werkwijze van het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad, toelichting op juridische mogelijkheden van informatie-uitwisseling en melden van kindermishandeling, uitleg over mogelijke preventieactiviteiten;
- nieuwe medewerkers informeren over de Gelderse aanpak;
- een centrale contactpersoon voor vragen aanwijzen;

- bij behandelplannen de ouderrol van de cliënt standaard bespreken;
- nieuwe interventies bespreken en ontwikkelen op het gebied van de ouderrol en het gezin.

In de interviews is nagegaan in hoeverre de voorgestelde implementatieplannen in de Gelderse aanpak zijn gevolgd en daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Daarnaast gingen we in op de vraag of de beoogde resultaten, zoals grotere bewustwording van de risico's voor kinderen en doorverwijzingen naar preventieve activiteiten, zijn behaald en zijn toe te schrijven aan de Gelderse aanpak kindermishandeling. Tot slot kwam de vraag aan bod hoe aandacht voor kindermishandeling in de toekomst kan worden gewaarborgd.

#### ***2.4 De uitvoering van het onderzoek***

De verzameling van de kwantitatieve gegevens bij het AMK over drie perioden verliep niet geheel zonder problemen. Over drie perioden is informatie verzameld rond het aantal meldingen, adviezen en consulten door GGZ-instellingen voor volwassenenzorg (route I): maart t/m augustus 2007 (nulmeting), september 2007 t/m februari 2008 (een-meting) en maart t/m augustus 2008 (2-meting). De informatie over het aantal vragen om informatie van het AMK áán de GGZ (route II) bleek niet bij aanvang van het onderzoek voorhanden. Deze informatie werd niet in het systeem geregistreerd; de registratie kwam pas na enige tijd goed op gang (zie Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008; Distelbrink en Tan, 2008). Pas bij de een-meting en de 2-meting is daarom kwantitatieve informatie beschikbaar gekomen over dit type uitwisseling.

Voor de genoemde drie perioden verzamelden we tevens kwalitatieve informatie via casussen. In de eerste periode (nulmeting) ging het om casussen uit zomer 2007 of eerder; zaken van vóór of rond de start van de proefperiode van de Gelderse aanpak. Bij de een-meting betrof het zaken uit de periode september 2007 - maart 2008 (met in één geval uitloop naar de zomer van 2008). Bij de 2-meting tot slot ging het om zaken uit de periode april 2008 - augustus 2008. De interviews met medewerkers

die bij de casussen betrokken waren, zijn gehouden in juli - oktober 2007 (nulmeting), juni - augustus 2008 (een-meting) en oktober 2008 (2-meting). De selectie van casussen leverde in de verschillende perioden uiteenlopende problemen op. De wens van de onderzoekers om binnen route II zowel zaken mét als zonder toestemming van ouders op te nemen bleek bijvoorbeeld moeilijk realiseerbaar. Of er toestemming van ouders was, was niet altijd even duidelijk, onder meer omdat bij het AMK gehanteerde indelingen in dit verband afweken van de indeling in het protocol en de informatie over toestemming in eerste instantie handmatig moest worden nagezocht (zie Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008; Distelbrink en Tan, 2008). Daarnaast bleken bij de eerste meting deels zaken geselecteerd die niet aan de gevraagde criteria voldeden (een andere instelling dan de GGZ, afdeling volwassenen, was bijvoorbeeld melder; een zaak was nog niet afgerond) en ontbraken de tijd en mogelijkheden om dan alsnog de juiste zaken te selecteren. Ook werden niet standaard de *laatste* afgesloten zaken geselecteerd. Voorts slaagde Bureau Jeugdzorg (de afdelingen buiten het AMK) er bij verschillende metingen niet in (voldoende) zaken aan te leveren. Hoewel tijdens het onderzoek de wens werd geuit juist méér zaken rond de samenwerking met Bureau Jeugdzorg op te nemen dan één per meting, kon Bureau Jeugdzorg de zaken zelf niet leveren.

Doel was steeds bij elke casus alle betrokken partijen te spreken (AMK of Bureau Jeugdzorg, een GGZ-medewerker en - indien betrokken - de Raad). Bij de nulmeting bleek bij drie van de zaken dezelfde AMK-medewerker betrokken. Het aantal geïnterviewden was bij deze meting daarom kleiner dan het voorziene aantal. De betreffende medewerker met drie zaken onder haar hoede is overigens wel verschillende malen geïnterviewd. Bij de een-meting was het bij één casus niet mogelijk de betrokken medewerkers van de GGZ en de Raad voor de Kinderbescherming te interviewen, omdat deze niet langer bij de betrokken instellingen werkten. Bij de 2-meting is in één geval een extra interview gehouden met een GGZ-medewerker, omdat bij een casus twee medewerkers na elkaar waren betrokken die beide relevante informatie konden geven.

Uiteindelijk is informatie verzameld over vijftien casussen via interviews met in totaal dertig professionals (figuur 2.3). Bij zes

zaken ging het om route I (GGZ meldt bij AMK of Bureau Jeugdzorg). Over dit type zaken is daarmee minder uitgebreid informatie verzameld dan over zaken binnen route II, waarbij het AMK initiatiefnemer was en informatie vroeg. Vanwege het beperkte aantal casussen dat Bureau Jeugdzorg leverde is over de samenwerking met deze instelling weinig informatie vergaard. Ook de informatie over de Raad voor de Kinderbescherming is beperkt. Bij de een-meting kon zoals aangegeven juist de betrokken medewerker van de Raad niet worden geïnterviewd. Bij de andere metingen is één raadsmedewerker geïnterviewd. Nog één beperking mag niet onvermeld blijven: bij de geselecteerde casussen bleken van de kant van de GGZ slechts drie van de zes instellingen betrokken: GGNet, de Gelderse Roos en GGZ Nijmegen. Vooral GGNet was bij onverwacht veel casussen de betrokken partij. De informatie over ervaringen met de Gelderse aanpak kindermishandeling van de kant van de GGZ heeft dan ook voor een belangrijk deel betrekking op deze instelling. GGZ Nijmegen was uitsluitend betrokken bij zaken waarbij het AMK informatie vroeg.

*Figuur 2.3 Casussen*

Meting	Casussen	Geïnterviewden
Nulmeting (tot zomer 2007)	6 (3 per 'route'), 1 BJZ casus, 2 keer betrokkenheid RvdK	3 AMK, 1 BJZ, 6 GGZ (3 Gelderse Roos, 2 GGZ Nijmegen, 1 GGNet), 1 RvdK
1-meting (sept 2007 - maart 2008)	4 (1 route I, 3 route II), geen BJZ casus, 1 keer betrokkenheid RvdK	4 AMK, 3 GGZ (2 GGNet, 1 GGZ Nijmegen)
2-meting (april 2008 - zomer 2008)	5 (2 route I, 3 route II), 1 BJZ casus, 1 keer betrokkenheid RvdK	4 AMK, 1 BJZ, 6 GGZ (5 GGnet, 1 Gelderse Roos), 1 RvdK

### **3** *De Gelderse aanpak kindermishandeling in cijfers*

#### **3.1** *Inleiding*

Een positief effect van de Gelderse aanpak kindermishandeling dat wij verwachten, is dat de instellingen elkaar over en weer steeds beter weten te vinden. Een kwantitatieve indicator daarvoor is een toename van het aantal uitwisselingen naarmate de Gelderse aanpak kindermishandeling langer in werking is; met name de uitwisselingen met de GGZ als initiatiefnemer (route I). In dit hoofdstuk gaan we na of hiervan sprake is. Tevens onderzoeken we of het aantal vragen om informatie van het AMK aan de GGZ-instellingen voor volwassenenzorg is toegenomen.

#### **3.2** *De cijfers op het eerste gezicht*

*Route I: geen eenduidig stijgende lijn maar wel positieve trend*

In drie opeenvolgende perioden tijdens de implementatieperiode van de Gelderse aanpak kindermishandeling is nagegaan hoeveel meldingen GGZ-instellingen voor volwassenenzorg in de regio deden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Gelderland en hoeveel adviezen en consulten zij aanvroegen. In tabel 3.1 staan de resultaten weergegeven. In de tabel is tevens een vergelijking gemaakt met de situatie een jaar vóór ingang van de Gelderse aanpak kindermishandeling. Dit omdat juist kort na de eerste introductie van de aanpak in mei 2007 al een effect kon worden verwacht. We onderzochten niet alleen het absolute aantal meldingen, maar ook het relatieve aantal (aandeel van het totale aantal meldingen).

Tabel 3.1 Meldingen, vragen om advies en consult door volwassenen GGZ aan het AMK, 2006-2008

	mrt t/m aug 2006	mrt t/m aug 2007	sept 2007 t/m feb 2008	mrt t/m aug 2008
<i>Meldingen</i>				
Aantal door volw. GGZ	8	14	8	14
Totaal meldingen	667	740	639	671
% door volw. GGZ	1,2	1,9	1,3	2,1
<i>Adviezen</i>				
Aantal door volw. GGZ	6	16	18	17
Totaal adviezen	1158	1470	1517	1475
% door volw. GGZ	0,5	1,1	1,2	1,2
<i>Consulten</i>				
Aantal door volw. GGZ	3	4	6	8
Totaal consulten	293	374	374	363
% door volw. GGZ	1,0	1,1	1,6	2,2

Bron: AMK Gelderland, bewerking Verwey-Jonker Instituut

Allereerst valt op dat het totale aantal contacten binnen route I bij de verschillende metingen gering is, zowel absoluut als relatief. In de gehele periode waarin de Gelderse aanpak kindermishandeling liep, zijn in de provincie enkele tientallen meldingen gedaan door GGZ-instellingen voor volwassenenzorg. In totaal betreffen meldingen uit deze sector niet meer dan 1 à 2 procent van het totale aantal meldingen. Ook het aantal adviezen en consulten is niet hoog. Dit maakt het moeilijk betrouwbare uitspraken te doen over trends. Toch kunnen we een aantal ontwikkelingen noemen. Over het aantal meldingen kunnen we concluderen dat er een positieve trend is *in vergelijking met 2006*. Rond de introductie van de Gelderse aanpak kindermishandeling (maart - augustus 2007) lag het aantal meldingen in absolute en relatieve zin hoger dan in het jaar ervoor. In het half jaar daarna zakt het echter weer in, om in het laatste half jaar weer op het niveau te komen van rond de introductie van de aanpak. Bij de adviezen is het beeld evenmin eenduidig positief. Er is sinds de introductie van de aanpak sprake van een hoger aantal adviezen dan in 2006. Gedurende de looptijd



van de Gelderse aanpak is er echter weinig verandering geweest. Het aantal is op peil gebleven, maar ook niet verder toegenomen. De trend is het meest eenduidig positief als het gaat om consulten. Deze zijn echter zo gering in aantal dat de toename ervan niet als de meest solide indicator voor succes kan worden beschouwd.

*Route II: stabiel*

Voor de evaluatie hebben we eveneens het aantal contacten tussen GGZ-instellingen voor volwassenenzorg en het AMK met het *AMK als initiatiefnemer* in kaart gebracht. Hiervoor zijn vanaf augustus 2007 twee extra variabelen in het registratiesysteem van het AMK ingevoerd. Werknemers is vanaf die periode gevraagd in te vullen of ze a) om informatie hebben gevraagd bij de GGZ (volwassenenzorg) en b) of dit gebeurd is met of zonder toestemming van ouders of buiten medeweten van de ouders om. Dit verschil maakten we in aansluiting op onderscheiden subroutes in de Gelderse aanpak. De dilemma's om informatie te verstrekken aan het AMK zijn voor GGZ-medewerkers naar verwachting het grootst in het geval dat de informatie tegen de zin van ouders of buiten hun medeweten wordt verstrekt.

Zoals aangehaald in hoofdstuk 2, waren de gegevens alleen beschikbaar voor de een- en de 2-meting. Bij de nulmeting, die vanwege het nieuw invoeren van de gegevens alleen betrekking had op de maand augustus, bleek dat deze gegevens nog door geen enkele medewerker waren ingevuld. Mogelijk waren er in die maand geen gevallen, maar het werd ook duidelijk dat binnen de instelling niet was gecommuniceerd dat het verplicht was voor medewerkers om de gegevens in te vullen (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008). Wat betreft de 1- en de 2-meting ontstaat het volgende beeld. In zowel de periode september 2007 tot en met februari 2008 als in de periode maart 2008 tot en met augustus 2008 blijkt het AMK zo'n vijftig keer een verzoek om informatie te hebben gedaan bij de GGZ. Het aantal verzoeken is dus stabiel. Er zijn blijkbaar per half jaar zo'n vijftig gevallen waarin het AMK een melding heeft ontvangen over een kind van een GGZ-cliënt en contact opneemt, terwijl van de kant van de GGZ eerder geen melding is gedaan of advies of informatie is gevraagd. Dit geeft al een eerste indruk van de terughoudendheid die er bij de GGZ kan bestaan om te melden

of contact op te nemen met het AMK. Het is natuurlijk mogelijk dat de GGZ in zo'n geval contact heeft opgenomen met de eigen jeugdafdeling of met het Bureau Jeugdzorg voor overleg bij eventuele zorgen. Bovendien wordt een uiteindelijke melding vaak door derden gedaan die dichterbij de kinderen staan (buren, de school) of na incidenten waarbij de politie bijvoorbeeld was betrokken. Toch is het opvallend dat het aantal vragen om informatie over cliënten vanuit het AMK het aantal meldingen, adviezen en consulten met de GGZ als initiatiefnemer overtreft.

Wat het type aanvragen betreft blijkt het volgende. In ongeveer de helft van de gevallen hebben de ouders niet expliciet een verzoek om toestemming gekregen, maar is hun meegedeeld dat informatie zou worden opgevraagd bij de GGZ-behandelaar. Ouders zijn 'op de hoogte'. Het gaat daarbij dus om een tussencategorie die de Gelderse aanpak kindermishandeling niet als variant onderscheidt. Er is geen weigering of toestemming verkregen, maar ouders zijn wel op de hoogte.

*Tabel 3.2 Verzoeken om informatie door het AMK aan de volwassenen GGZ, sept 2007 t/m aug 2008*

	sept 2007 t/m feb 2008	maart 2008 t/m aug 2008
Geen instemming/medeweten ouders	12	12
Instemming ouders	12	12
Ouders zijn op de hoogte	26	24
<b>Totaal</b>	<b>50</b>	<b>48</b>

Bron: AMK Gelderland, bewerking Verwey-Jonker Instituut

### **3.3 Cijfers herzien**

#### *Cijfers nader onder de loep: trend minder positief*

Voor de evaluatie is niet alleen interessant te weten hoeveel meldingen, adviezen en consulten er in totaal waren in de betreffende periode, maar ook van welke instellingen ze kwamen. Deze vraag speelt des te meer aangezien bij de geselecteerde casussen niet meer dan drie van de zes aan de Gelderse aanpak deelnemende instellingen betrokken waren. Dit roept de vraag op of er met enkele instellingen in het geheel geen uitwisselingen zijn of

samenwerking is geweest. Uit de gegevens (tabel 3.3 en tabel 3.4) blijkt het volgende. Meldingen gedurende de evaluatieperiode zijn voor het overgrote deel afkomstig van GGNet en de Gelderse Roos. Dit zijn volgens betrokkenen ook de grote instellingen in de regio. Van Meerkanten kwamen drie meldingen, Van RIAGGz over de IJssel kwam er één. GGZ Nijmegen en Kliniek Overwaal meldden helemaal niet.

Tabel 3.3 Meldingen door volwassenen GGZ aan het AMK, uitgesplitst naar instelling, 2007-2008

	sept 2007		maart t/m aug 2008	Totaal
	maart t/m aug 2007	t/m feb 2008		
<i>Meldingen</i>				
GGZ Nijmegen				
GGNet	9	1	5	15
Gelderse Roos	4	2	3	9
Meerkanten		2	1	3
Kliniek Overwaal				
RIAGGz over de IJssel			1	1
Niet gespecificeerd volw. GGZ	1			1
Overig		3	4	7
Totaal	14	8	14	36

Bron: AMK Gelderland, bewerking Verwey-Jonker Instituut

Bij adviezen en consulten valt de Gelderse Roos op, maar verder is vooral opvallend dat er in zo veel gevallen *niet* bekend was wie de aanvrager was. De gegevens zijn ontleend aan wat is ingevuld op de dossiers. Bij consulten en adviezen is in de eerste periode, ten tijde van de nulmeting, blijkbaar geen specifieke informatie ingevuld. Er is uitsluitend aangegeven dat het om GGZ-instellingen voor volwassenenzorg ging. Uitspraken over het al dan niet betrokken zijn van afzonderlijke instellingen over de gehele periode kunnen we dan ook niet doen op grond van de geleverde gegevens.

Tabel 3.4 Vragen om advies en consult door volwassenen GGZ aan het AMK, uitgesplitst naar instelling, 2007-2008

	maart t/m aug 2007	sept 2007 t/m feb 2008	maart t/m aug 2008	Totaal
<i>Adviezen</i>				
GGZ Nijmegen			1	1
GGNet		2	3	5
Gelderse Roos		7	7	14
Meerkanten			1	1
Kliniek Overwaal				
RIAGGz over de IJssel			1	1
Niet gespecificeerd volw. GGZ	16	7	3	26
Overig		2	1	3
Totaal	16	18	17	51
<i>Consulten</i>				
GGZ Nijmegen				
GGNet			1	1
Gelderse Roos		2	2	4
Meerkanten		1	1	2
Kliniek Overwaal				
RIAGGz over de IJssel		1		1
Niet gespecificeerd volw. GGZ	4	1	2	7
Overig		1	2	3
Totaal	4	6	8	18

Bron: AMK Gelderland, bewerking Verwey-Jonker Instituut

Een relevante bevinding is dat een beperkt maar toch niet onbelangrijk aantal meldingen, adviezen en consulten afkomstig is van *andere* GGZ-instellingen voor volwassenenzorg dan die welke bij de Gelderse aanpak betrokken zijn. Het gaat bij de een-meting om drie meldingen, bij de 2-meting om vier meldingen. Dit betekent dat we strikt genomen het positieve resultaat over het aantal meldingen dat in de vorige paragraaf is gepresenteerd (tabel 3.1) moeten afzwakken. Bij de een-meting is er maar vijf keer gemeld door de bij de Gelderse aanpak betrokken GGZ-instellingen voor volwassenenzorg, bij de 2-meting tien keer. Het aantal meldingen is daarmee bij de 1- en 2-meting *lager* dan het aantal van veertien

van de nulmeting. Een vergelijking met de periode vóór de start van de Gelderse aanpak (acht meldingen) kunnen we niet maken. Onbekend is namelijk in hoeverre dat aantal ook bestaat uit meldingen van overige instellingen. In elk geval kunnen we stellen dat de al zwakke positieve trend in het aantal meldingen (met een terugval bij de een-meting) in feite nog minder sterk is dan eerder vermeld. Bij de adviezen en consulten is niet goed vast te stellen welk effect correctie zou hebben, omdat bij de nulmeting niet bekend is in hoeveel gevallen het ging om 'overige' instellingen.

#### *Gebrekkige gegevens*

Om meer zicht te krijgen op de vraag waarom sommige instellingen vaak meldden en andere weinig, is hun gevraagd hoeveel volwassen cliënten ze in totaal in behandeling hadden gedurende de verschillende perioden van meting, en hoeveel van hen kinderen hadden. Ook is gevraagd in hoeverre cliënten of hun kinderen zijn doorverwezen naar KOPP-cursussen. Vier van de zes instellingen reageerden. Al eerder bleek dat gegevens over doorverwijzingen naar KOPP-cursussen nauwelijks voorhanden zijn. Of cliënten kinderen hebben, is in geen enkele registratie systematisch opgenomen. Evenmin blijkt uit registraties in hoeverre wordt doorverwezen naar de Jeugd GGZ of naar Bureau Jeugdzorg, zo bleek al vroeg in het onderzoek (zie Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008). Bekend is dat de Gelderse Roos en GGNet naar verhouding grote instellingen zijn in de regio. Juist deze instellingen leverden echter geen gegevens over aantallen volwassen cliënten of doorverwijzingen naar KOPP-cursussen. Uit de cijfers van Meerkan-ten, die betrekking hebben op drie peilmomenten tijdens de onderzoeksperiode, blijkt dat deze instelling gemiddeld zo'n 3.500 à 4.000 volwassen cliënten in behandeling heeft. GGZ Nijmegen verschaftte cijfers over de drie halfjaarsperioden die ook in het onderzoek centraal stonden. Per half jaar telde deze instelling tussen de 1.500 en 2.000 volwassen cliënten, van wie voor zover bekend krap een derde kinderen heeft. RIAGGz Over de IJssel (sinds oktober 2008 Dimence) blijkt per halfjaarsperiode tussen de 650 en 850 volwassen cliënten te behandelen. Ook deze instelling schat het aandeel met kinderen op een derde. Kliniek Overwaal tot slot geeft aan jaarlijks zo'n 100 cliënten te behandelen, van wie rond de 30

met kinderen. RIAGGz Over de IJssel en GGZ Nijmegen verschaften informatie over het aantal doorverwijzingen naar KOPP-cursussen. Bij GGZ Nijmegen werden in 2007 zes kinderen intern doorverwezen naar KOPP-cursussen, in 2008 acht. Bij RIAGGz Over de IJssel lag het aantal deelnemers aan KOPP-groepen in elke halfjaarsperiode die we onderscheiden in het onderzoek op vier en het aantal KOPP moeder-baby-interventies op vijf à zes. Het aantal doorverwijzingen naar KOPP-gezinsgesprekken liep op van vier in maart - augustus 2007 naar tien in september 2007 - februari 2008 naar twaalf in maart 2008 - augustus 2008. Meerkanten heeft momenteel geen KOPP-aanbod in de Gelderse regio. Overwaal meldde geen KOPP-doorverwijzingen.

Gezien de (geschatte) cijfers over het aantal volwassen cliënten met kinderen, kunnen we het aantal meldingen, adviezen en consulten niet erg hoog noemen. Uitgaande van de schatting dat een derde van de volwassen cliënten kinderen heeft, hebben de vier instellingen die gegevens verschaften samen al tegen de 2.000 cliënten met kinderen. De twee grootste instellingen in de provincie zijn daar nog niet eens bijgeteld. Onderzoek wijst uit dat één op de drie kinderen van ouders met psychische stoornissen zelf vroeg of laat ernstige psychische problemen ontwikkelt. Wanneer beide ouders problemen hebben loopt dit aantal zelfs op tot twee op de drie (Vollebergh e.a., 2003). Uitgaande van dit soort cijfers is te verwachten dat er nog veel meer zaken zijn waarbij op z'n minst informatie of advies zou moeten worden gevraagd aan het AMK of Bureau Jeugdzorg of doorverwijzing naar KOPP-cursussen nodig is. De cijfermatige gegevens die voorhanden zijn geven hierover geen uitsluitsel, maar de cijfers over KOPP-cursussen die wel zijn aangeleverd doen vermoeden dat de preventieve aandacht voor kinderen van cliënten van GGZ-instellingen voor volwassenenzorg beter kan.

## **4** *De Gelderse aanpak in de praktijk*

### **4.1** *Inleiding*

Dit hoofdstuk gaat over de samenwerking tussen de instellingen en de rol die de Gelderse aanpak kindermishandeling daarbij speelt. Daarnaast gaan we in op de implementatie van de aanpak in de instellingen. De tekst over de samenwerking is gebaseerd op dossieronderzoek en op de interviews met bij de casussen betrokken medewerkers. Zoals vermeld in hoofdstuk 2 hebben we in totaal vijftien casussen bestudeerd over de hele evaluatieperiode en hebben we dertig interviews met medewerkers gehouden over de betreffende casussen. De samenwerking zou over de perioden heen goed moeten zijn en waar nodig moeten verbeteren, wil sprake zijn van succes van de Gelderse aanpak. Om na te gaan of dit zo is, presenteren we de bevindingen over de samenwerking voor de drie metingen afzonderlijk in dit hoofdstuk. Over de resultaten van het casusonderzoek in de nul- en een-meting (paragraaf 4.2 en 4.3) hebben we reeds gerapporteerd in de tussenrapportages (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008; Distelbrink en Tan, 2008). In de huidige rapportage voegen we hier ook de bevindingen rond de vijf casussen bij de 2-meting aan toe (4.4). De uitgebreide casusbeschrijvingen van deze meting, gebaseerd op de dossiers en aangevuld aan de hand van de interviews, zijn te vinden in bijlage 2. We hebben bij de interviews rond de casussen ook steeds informatie verzameld over bekendheid met en opvattingen over de Gelderse aanpak en samenwerking in het algemeen (los van de casussen). Deze informatie is voor de 2-meting niet in de casusbeschrijvingen terug te vinden, maar verwerken we in dit hoofdstuk.

## 4.2 *Samenwerking rond de start: de nulmeting*

Voor de nulmeting is informatie verzameld rond zes casussen, drie per route. Bij één casus was het Bureau Jeugdzorg betrokken. Het betreft zaken die liepen rond of voor de introductie van de Gelderse aanpak kindermishandeling. De interviews vonden enkele maanden na de introductie van de aanpak plaats. De gang van zaken rond de geselecteerde casussen bevestigt de probleemanalyse die ten grondslag lag aan de Gelderse aanpak. Het delen van informatie over cliënten voor onderzoek door het AMK verloopt niet altijd gemakkelijk en er zijn aanwijzingen dat de GGZ soms te laat of niet meldt terwijl hiervoor wel aanleiding was.

### *Samenwerking bij casussen op zich positief*

Uit de interviews komt het volgende beeld naar voren. Op zich verloopt de samenwerking tussen de GGZ-instellingen en het AMK of Bureau Jeugdzorg positief. Het onderzoek laat voorbeelden zien waarbij in nauw onderling overleg goede afspraken zijn gemaakt over een zorgaanbod, met een duidelijke taakverdeling tussen de instellingen, en voorbeelden waarbij crisissen in gezinnen zijn bezworen.

*'Ik ben gebeld door Bureau Jeugdzorg, en hierna ging het balletje snel rollen. Ik was prettig verrast door de snelle oppak. Ik heb vooral informatie aan Bureau Jeugdzorg geleverd wanneer ik weer in het gezin was geweest. Over de samenwerking ben ik wel tevreden. Ook zijn de stappen duidelijk te volgen geweest'. (GGZ-medewerker).*

De partijen zijn ook welwillend tegenover elkaar, zo blijkt. Kleine problemen rond de afstemming, die aanleiding kunnen geven tot irritaties, zien de geïnterviewden door de vingers. Niemand noemt de uiteindelijke samenwerking in de casussen slecht.

### *Wel aanloopproblemen en laat melden*

Maar in een aantal gevallen blijken er wel aanloopproblemen te zijn. Dit geldt vooral voor de gevallen waarin het AMK, Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming informatie nodig heeft van GGZ-medewerkers (route II). Juist in deze gevallen doen



zich voor de GGZ dilemma's voor die te maken hebben met de vertrouwensrelatie met cliënten, zo blijkt. Het niet willen schaden van de vertrouwensrelatie kan ook leiden tot niet of te laat melden. Zo vertelt een medewerker van Bureau Jeugdzorg over een casus waarbij al diverse meldingen bij het AMK waren gedaan door derden:

*'Beide ouders waren al veel langer bekend bij de Gelderse Roos (GGZ) en andere instanties. Vooral vaders situatie was ernstig en had veel impact op de opvoedingssituatie. Naar mijn idee kwam de (aan)melding nogal laat, er waren al veel langer zorgen. Maar na het moment van aanmelden is er goed overleg geweest met de ITP'er en de SPV'er die al in het gezin waren'. (BJZ-medewerker).*

In een andere casus zegt een GGZ-medewerker:

*'Het AMK zegt: bij twijfel melden. Maar die opvatting heerst hier niet. Het melden is altijd wel een discussiepunt, het kind staat voorop. Maar toch vinden anderen dat je ook voorzichtig moet zijn met de privacy. Het is echt moeilijk om te melden, dit komt toch door de vertrouwensband die je hebt met een cliënt'. (GGZ-medewerker).*

*Aanpak lang nog niet bij iedereen bekend*

Uit de nulmeting blijkt dat de Gelderse aanpak in de maanden na de introductie nog lang niet bij iedereen bekend is en nog niet goed is 'geland' in de organisaties. Een aantal geïnterviewde GGZ-medewerkers kent de aanpak (dan nog aangeduid als het 'werkdocument kindermishandeling') niet of blijkt een ander document voor ogen te hebben als we ernaar vragen. Meer in algemene zin ontstaat de indruk bij AMK-medewerkers dat het document in de GGZ nog wat blijft hangen op het managementniveau en op de werkvloer nog niet breed bekend is.

*'Ja, het werkdocument is bekend. Het is nog niet officieel ingevoerd, het is nog steeds een werkdocument. Iedereen weet er wel van. Maar bij de GGZ ligt het nog veel op directieniveau en is het nog niet doorgedrongen tot de werkvloer'. (AMK-medewerker).*

Een GGZ-medewerker bevestigt dat er nog wel wat aan implementatie mag gebeuren:

*'Het is wel een hele goede aanzet tot samenwerken. Maar intern moet er bij ons meer over gepraat worden. Wij hebben het tijdens een vergadering gekregen, zonder verdere inhoudelijke uitleg. Hier is kritiek op geweest, want nu stoppen mensen het gewoon weg in hun la'. (GGZ-medewerker).*

Overigens bleek het document evenmin bekend bij de geïnterviewde medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming. Een medewerker van het AMK signaleert dat er op het moment van de nulmeting nog veel verschil is tussen instellingen in de mate waarin het document is geland, en in de mate waarin GGZ-medewerkers informatie verstrekken over cliënten als dat nodig is. Vooral bij de Gelderse Roos, de GGZ-instelling waarmee de aanpak in eerste instantie is ontwikkeld, signaleren medewerkers al een andere houding.

*'Ik heb wel het idee dat het document wat bij de Gelderse Roos teweeg heeft gebracht. Een aantal jaar geleden kreeg je altijd nee op rekest, nu wordt er meer gepraat. Afstemming is nu mogelijk en hier kan winst gemaakt worden'. (AMK-medewerker).*

#### *Gelderse aanpak wel positief*

Betrokkenen van verschillende partijen zien de Gelderse aanpak overigens, voor zover bekend, wel als positief. Het AMK en Bureau Jeugdzorg zijn blij dat ze ergens op kunnen terugvallen als het nodig is. Het document fungeert voor hen als stok achter de deur. Voor de GGZ geeft het duidelijke handreikingen en opent het nieuwe perspectieven op de samenwerking met het AMK en Bureau Jeugdzorg. Zo zegt een GGZ-medewerker nu sneller het AMK te consulteren bij twijfel. Voorheen wist deze medewerker niet dat dit kon, zonder te melden. Ook andere kwesties zijn door het document opgehelderd voor deze medewerker.

*'In het werkdocument staat ook dat je gewoon kunt bellen voor informatie als je ergens over twijfelt. Nu is er ook een zaak waarbij een moeder vrijwillige hulp heeft, maar waarbij geen verbetering optreedt. Mijn*

*collega gaat dit niet melden, want dat hoeft niet als het om vrijwillige hulp gaat. Maar in het werkdocument las ik dat je bij geen verbetering moet melden, ook bij vrijwillige hulp. Dat wist ik niet'. (GGZ-medewerker).*

#### *Implementatie nog onvoldoende*

Verschillende geïnterviewden hebben er bij de nulmeting op gewezen dat het belangrijk is dat de aanpak onder de aandacht blijft en dat er meer informatie omheen wordt gegeven. Een enkeling heeft behoefte aan nog concretere informatie over hoe precies te handelen in afzonderlijke gevallen. Aan wie mag welke informatie onder welke voorwaarden worden gegeven? Breder noemen geïnterviewden het belang van juiste definities van kindermishandeling. Het AMK signaleert dat de GGZ vaak nog een te smalle definitie van kindermishandeling hanteert, waarbij alleen fysiek geweld als mishandeling wordt gezien.

*'Ik denk dat het gekoppeld moet worden aan wat scholing. Teveel mensen denken bij kindermishandeling aan fysieke mishandeling. De GGZ is niet altijd bewust van de effecten op kinderen van een onvoorspelbare ouder. Het gaat om basisveiligheid en niet de zorg kunnen bieden die het kind nodig heeft. Dat is ook een vorm van mishandeling. Hier moeten ze nog meer bewust van worden, bijvoorbeeld door jaarlijks eens dingen uit te wisselen'. (AMK-medewerker).*

Voorts signaleert een medewerker van het AMK dat de GGZ weliswaar meer meldt als cliënten niet willen meewerken en een vrijwillig kader niet meer voldoet, maar dat GGZ nog niet meldt of contact zoekt bij zorgen om kinderen.

*'Bij meldingen gaat het dan vooral om ouders die zich aan de behandeling onttrekken. Dan wordt het AMK ingeschakeld. Ik heb het nog niet meegemaakt dat er gemeld wordt omdat er zorgen bestaan door ouders met psychiatrische problemen. Dit is wel een belangrijk onderscheid qua melden. Het laatste geval zou ook meer voor moeten komen'. (AMK-medewerker).*

### 4.3 *Samenwerking na een jaar: de een-meting*

Bij de een-meting is informatie verzameld over vier casussen waarbij het AMK en GGZ-instellingen met elkaar te maken hadden. Het betrof zaken vanaf najaar 2007. Drie van deze casussen hadden betrekking op route II: zaken waarbij het AMK informatie vraagt over cliënten aan de GGZ. Bureau Jeugdzorg slaagde er niet in casussen te leveren. De interviews zijn gehouden in de zomer van 2008.

*Aanpak inmiddels goed bekend, maar niet overal 'geland'*

Uit de interviews blijkt dat de aanpak een jaar na de introductie bij de geïnterviewden inmiddels goed bekend is. Alle partijen onderschrijven het belang ervan. Niettemin signaleren de geïnterviewden ook bij deze meting - buiten de casussen - dat het document soms 'in hogere regionen' van GGZ-instellingen blijft hangen en niet op de werkvloer terechtkomt. Ook zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van de implementatie verschilt tussen instellingen. Zo tekenden we de volgende uitspraken op:

*'Vaak zijn ze (GGZ-medewerkers) niet op de hoogte. Het convenant blijft in de hoogste regionen hangen, sommigen weten niet waar ik het over heb, soms moet ik het faxen. Er is weinig koppeling van managers naar de werkvloer. Daar dringt het niet door'. (AMK-medewerker).*

*'Het is beter om zoiets te presenteren, dan blijft het beter hangen. Anders raakt het verloren in de waan van de dag'. (GGZ-medewerker die het document alleen in haar postvak ontving).*

*Aanpak is goed maar speelt geen rol*

De geïnterviewde GGZ-medewerkers beschouwen de aanpak in het algemeen als een goed houvast voor hoe te handelen in geval kinderen van cliënten risico lopen. AMK-medewerkers vinden het prettig naar de aanpak te kunnen verwijzen in de gevallen waarin zij te maken krijgen met weerstanden van de GGZ. Geen van de geïnterviewden weet verbeterpunten te noemen: de aanpak is duidelijk. Opvallend is echter dat in de onderzochte casussen de Gelderse aanpak volgens geen van de betrokkenen een rol heeft

gespeeld. Zonder het document zou de samenwerking in hun ogen niet anders zijn geweest.

*'Het heeft geen rol gespeeld. Ik heb mijn verantwoordelijkheid genomen als hulpverlener. Als ik meld, overleg ik eerst met mijn team. Als het AMK een vraag heeft, dan ga ik er altijd op in en bespreek ik het daarna wel met mijn team. Als de hulpverleningsrelatie in het geding komt dan overleg ik met de huisarts. Ik probeer die zoveel mogelijk te betrekken en dat die dan de melding doet'. (GGZ-medewerker).*

*Grotere bewustwording, maar grenzen aan verandering*  
Volgens de geïnterviewde AMK-medewerkers is er langzaam maar zeker een grotere bewustwording van de risico's voor kinderen van cliënten bij GGZ-medewerkers en een grotere geneigdheid om te melden of advies in te winnen bij het AMK.

*'De bewustwording van de positie van kinderen neemt toe. Ook door de media-aandacht hoor. Er is bij de GGZ steeds meer de beleving: 'het is niet alleen de ouder waar we wat mee moeten'. En er is nu handlungsruimte om kennis te delen, daar helpt het protocol zeker bij'. (AMK-medewerker).*

Er zijn echter ook twijfels over een échte attitudeverandering in brede kring op termijn. Zo zou de kwaliteit van de samenwerking nog teveel afhangen van de houding van individuele medewerkers van instellingen. Degenen die al open waren zijn dit nog steeds, anderen blijven moeite houden met openheid of zijn zich nog te weinig bewust van de risico's voor kinderen.

*'Ik vind, met ieder document, een document is maar een document: het is maar een stuk papier. Het moet een attitude worden. Ik ben altijd bang dat degenen die het toch al deden het dragen, en degenen die dit ver van hun bed vinden er minder mee bezig zijn en toch niet komen'. (AMK-medewerker).*

De bedrijfscultuur bij de GGZ is volgens een enkeling van het AMK een belemmering voor daadwerkelijke verankering van de inzichten in de organisaties op langere termijn.

Evenals bij de nulmeting is er in een casus volgens het AMK voorts sprake van te laat ingrijpen door de GGZ.

*'Hij (GGZ-medewerker) kende moeder al vijf jaar. Als de melding er ligt is hij het ermee eens omdat hij vindt dat er meer hulp moet komen. Hij heeft zelf echter helemaal geen stappen ondernomen om iets in gang te zetten. De GGNet-lijn was: moeder kan thuis blijven maar met hulp. Die hulp had hij dan moeten regelen. Hij had een open gesprek met moeder aan moeten gaan en had hulp moeten laten indiceren. Dan had men rustig kunnen zoeken naar een oplossing en de moeder rustig voor kunnen bereiden. Ingrijpen door AMK had voorkomen kunnen worden'. (AMK-medewerker).*

#### *Goede samenwerking bij casussen*

Bij de casussen is er bij de een-meting, soms na aanvankelijke aanloopproblemen, opnieuw een goede samenwerking tussen het AMK en de GGZ.

*'Ik heb het heel plezierig gevonden hoe het is gelopen. Bij de een loopt het makkelijker dan bij de ander. Wij waren beiden niet terughoudend. Dan ben je snel klaar samen'. (GGZ-medewerker).*

Een belangrijk verschil met de nulmeting is dat in geen enkele casus terughoudendheid wordt gerapporteerd in de uitwisseling van informatie. Overigens melden sommige medewerkers dat er in andere gevallen wel terughoudendheid kan zijn; de zaken zijn in dat opzicht niet representatief. Bovendien hebben ze slechts betrekking op contacten met twee GGZ-instellingen: GGNet (3 casussen) en GGZ Nijmegen (1 casus).

#### *Onbekendheid met elkaars werk*

Bij een deel van de casussen zijn er irritaties of is er kritiek op de rol van de andere partij. Deze lijken te maken te hebben met onbekendheid over elkaars rol of verschillende opvattingen over elkaars taken. Deels hebben ze ook te maken met het zoeken naar grenzen in de afstemming. Zo wordt een AMK-medewerker afstandelijkheid verweten omdat hij een zaak heeft afgesloten terwijl het gezin in de ogen van de GGZ-medewerker nog open

stond voor hulp. De betrokken AMK-medewerker heeft in zijn ogen gedaan waar hij voor is aangesteld: onderzoeken en toetsen. In een ander geval is er irritatie bij een GGZ-medewerker omdat het AMK zich teveel zou bemoeien met de hulpvraag van de cliënt.

*'Ik had er geen probleem mee de info te delen. Wat het AMK wilde was erg duidelijk. In het begin was ik een beetje geïrriteerd want het AMK kan niet de behandeling voor gaan schrijven die ik mijn cliënt moet geven. Daarna ging het prima'. (GGZ-medewerker).*

De AMK-medewerker over dezelfde casus:  
*'Het was beslist zo dat ze haar kennis wilde delen. Dat het stroef liep kwam omdat het zoeken was naar de rollen: staat er iemand boven en iemand onder, of sta je naast elkaar'. (AMK-medewerker).*

GGZ-medewerkers zouden zich soms teveel 'boven' de andere partij opstellen en te weinig naast elkaar als samenwerkende partners met een gezamenlijk doel: preventie van kindermishandeling. Dergelijke fricties over en weer kunnen een optimale hulpverlening aan kinderen in de betreffende gezinnen in de weg staan.

#### *Bredere aanpak van belang*

Uit de een-meting blijkt overigens dat voor de preventie van kindermishandeling niet alleen de samenwerking tussen het AMK en de GGZ aandacht behoeft: het belang van goede deling van informatie en afstemming over de te volgen koers geldt breder. Bij een aantal casussen is een veelheid aan instellingen betrokken. Soms doen zich juist in de afstemming met overige instellingen problemen voor. Onzekerheid over hoe te handelen en over risico-inschatting bij genoemde instellingen, zoals de RIBW, speelt daarbij mee.

#### **4.4 Samenwerking na 1,5 jaar: de 2-meting**

Bij de 2-meting hebben we informatie verzameld over vijf casussen; bij één daarvan (binnen route I) was Bureau Jeugdzorg betrokken. In vier casussen was GGNet de betrokken GGZ-instelling, in één

geval de Gelderse Roos. De casussen hebben betrekking op de periode vanaf het voorjaar van 2008; interviews vonden plaats in oktober 2008.

*Niet altijd goede samenwerking rond casussen*

In vergelijking met de nulmeting en de een-meting valt een aantal zaken op. Allereerst is de samenwerking vaak minder goed. Was de samenwerking bij de vorige metingen steeds in principe positief te noemen, nu is dit slechts bij twee casussen het geval. In beide gevallen is de GGZ melder. De goede samenwerking wordt hier deels ook aan toegeschreven.

*'In deze case komt de zorg vanuit het GGZ, dus in wezen ligt de informatie er al. De kinderen zijn al bekend bij GGNet, dat scheelt. In andere gevallen weten ze bij GGNet soms niet eens van het bestaan van de kinderen af. Als ik informatie van GGNet wil over een cliënt, loop ik nog steeds tegen een muur op'. (AMK-medewerker).*

In de overige drie casussen (route II: informatievraag door het AMK bij de GGZ) wisselen de ervaringen meer. In één geval is ronduit sprake van een negatieve ervaring aan beide zijden en van behoorlijke wrevel over en weer. De GGZ wil in dit geval alleen schriftelijk informatie verstrekken over de cliënt, wat het AMK als vertragend ervaart. De informatie die de GGZ vervolgens verstrekt is 'te vaag', maar de GGZ repliceert dat de vraag van het AMK ook weinig specifiek was. De geïnterviewde GGZ-medewerker laat weten dat het uitsluitend verstrekken van schriftelijke informatie het gevolg is van eerdere negatieve ervaringen met het AMK.

*'Wij vinden zelf de constructie met brieven heel goed. Ik heb er zelf hele slechte ervaringen mee als ik mondeling informatie doorgaf. Zonder mijn weten kwam die tekst bij mijn patiënten terecht. Wij moeten ons dan weer in allerlei bochten wringen om het vertrouwen terug te winnen. Mensen komen hier niet omdat zij denken dat ze hulp nodig hebben. Wij hobbelen achter ze aan'. (GGZ-medewerker).*

In de twee overige zaken is de samenwerking deels goed en deels moeizaam te noemen. Bijvoorbeeld: in één gezin zijn beide ouders



onder behandeling van de GGZ. De behandelaar van de vader is heel terughoudend bij het verstrekken van informatie over zijn cliënt aan de raadsmedewerker, terwijl de behandelaar van de moeder wel zonder problemen informatie deelt. Ook de ervaring van het AMK met twee opeenvolgende hulpverleners met wie contact is over dit gezin wisselt.

#### *Onbekendheid over elkaars rol*

In deze beide casussen valt op dat er over en weer onbekendheid is over elkaars werkwijzen en taakinvulling. Zo dringt een AMK-medewerker er in een casus op aan dat een GGZ-medewerker een huisbezoek aflegt bij een hoogzwangere moeder bij wie volgens een melding aanwijzingen zijn dat zij op de rand van een psychose verkeert, om na te gaan of er een te risicovolle thuissituatie is. De GGZ-medewerker vindt dat het AMK dit beter kan inschatten, maar het AMK meent niet deskundig genoeg te zijn om het psychiatrische ziektebeeld van de moeder te kunnen inschatten. Beide partijen denken dat de ander meer had kunnen doen. Als de vaste GGZ-begeleider van de moeder terug is van vakantie, zitten beide partijen al snel op één lijn en werken ze goed samen. De tweede GGZ-hulpverlener stelt:

*'Er was alleen vanuit het AMK onduidelijkheid over wat de Gelderse Roos voor het ongeboren kind zou kunnen doen. Het AMK dacht dat er vanuit de Gelderse Roos meer mogelijk was voor het ongeboren kind. Het AMK is er echter voor het kind en de Gelderse Roos voor de volwassene. Ik dacht zelf dat er vanuit het AMK meer gedaan zou kunnen worden voor het ongeboren kind'. (GGZ-medewerker).*

Op de achtergrond hierbij speelt mee dat de financieringssystematiek bij de GGZ het moeilijk maakt veel huisbezoeken af te leggen. Dit is mogelijk bij het AMK niet bekend. Een GGZ-medewerker die voor een andere casus is geïnterviewd stelt in dit verband voor huisartsen meer te betrekken bij de aanpak. Zij kunnen immers wel huisbezoeken afleggen. Ook in een andere casus was sprake van op zijn minst verschillende verwachtingen van elkaar. In deze casus brengt een huisarts een vader in een crisissituatie bij de GGZ. Omdat de vader zelf vond dat het ergste alweer voorbij was kon hij

niet gedwongen opgenomen worden. Het AMK verwachtte in dit geval van de GGZ meer actie, terwijl deze juist hoopte dat het AMK zou ingrijpen zodat er een gedwongen kader voor opname zou ontstaan. Overigens kwam bij deze casus naar voren dat ook huisartsen niet altijd even goed op de hoogte zijn van de werkwijze van de GGZ. Zo meende de huisarts onterecht zijn cliënt in de crisissituatie te hebben aangemeld bij de GGZ. Hij had hem er echter alleen afgeleverd.

#### *Samenwerking minder positief geworden?*

Hoewel de samenwerking bij de casussen dus minder positief is dan bij de voorgaande metingen, kunnen we niet zonder meer concluderen dat de samenwerking over de loop van de tijd is verslechterd. Zoals sommige geïnterviewden bij eerdere metingen stelden dat de positieve samenwerking in de betreffende case bijzonder was, verzochten nu twee AMK-medewerkers dat het 'nog nooit zo moeizaam is gegaan'. Een ander vindt juist dat de goede samenwerking bij de casus een uitzondering is. Eén van de GGZ-medewerkers was in de casus blij verrast over de positieve (snelle) samenwerking met Bureau Jeugdzorg. De geselecteerde casussen geven met andere woorden niet altijd weer hoe de samenwerking over het algemeen wordt ervaren. Ook wat betreft de algehele samenwerking zijn de ervaringen over de hele periode wisselend.

#### *Gelderse aanpak speelt wel rol volgens GGZ*

Opvallend is dat, evenals bij de 2-meting, slechts weinigen de goede dan wel minder goede samenwerking op casusniveau aan de Gelderse aanpak kindermishandeling toeschrijven. Bij de zaken waarin de samenwerking heel positief verliep, is dit volgens de geïnterviewden logisch: je hebt de Gelderse aanpak vooral nodig als het moeilijk gaat.

*'Gebruik van het protocol was niet nodig. Beide partijen kwamen duidelijk overeen wat er gedaan moest worden. We zaten daarbij op één lijn'. (GGZ-medewerker).*

De samenwerking werd bij deze casus overigens ook vergemakkelijkt doordat de beide partijen in hetzelfde pand gehuisvest zijn. Bij

de meest moeizame samenwerking zette het AMK de Gelderse aanpak in, maar dit hielp in de ogen van de medewerker niet. In de andere twee gevallen meent het AMK dat de aanpak niet van belang was, maar geven de geïnterviewden van de GGZ aan dat het volgens hen wel degelijk een rol speelde. De één wijt de positieve *samenwerking* rond de casus aan het document.

*'De rol van het document in deze casus heb ik eigenlijk niet zo voor ogen. Wel is de communicatie door het document verbeterd, er zijn duidelijke onderlinge afspraken gemaakt. Voorheen moest je de sociale kaart erg goed kennen. In het protocol wordt deze makkelijker uitgelegd. De samenwerking gaat in vergelijking met vroeger soepeler. Ik verwacht dat de samenwerking wel is verbeterd door het protocol'. (GGZ-medewerker).*

De AMK-medewerker die bij deze zaak betrokken was deelt overigens wel de opvatting dat de goede *samenwerking* in de casus de crux voor succes was. In de laatste casus, waarbij de aanpak volgens het AMK geen rol speelde, meldt de betrokken GGZ-arts dat het protocol juist doorslaggevend was.

*'De vraag aan mij was vrij concreet. Wat was mijn bemoeienis met vader en wat zou ik kunnen betekenen. Wat wist ik over de problematiek. We stuitten gelijk op het probleem: we kunnen die kennis niet zomaar delen. Maar dat bleek binnen het protocol wel te kunnen. Het protocol was hier doorslaggevend. Drie, vier jaar geleden was ik minder makkelijk op de vraag ingegaan. Toen gold: je moet eerst toestemming hebben, je moet het eerst met je cliënt bespreken. Nu is het zo dat er van vertrouwensarts naar arts geen schriftelijke toestemming hoeft te zijn'. (GGZ-medewerker).*

#### *Beeld over verbeteringen ambivalent*

Deze uitspraken geven aan dat de Gelderse aanpak wel degelijk effect heeft. Al is het maar door de betere samenwerking die erdoor ontstaat. Hoe kijken de geïnterviewden, los van de casussen, aan tegen de samenwerking? Is deze veranderd door de Gelderse aanpak? Het antwoord hierop is niet eenduidig. Verschillende geïnterviewden brengen naar voren dat de Gelderse aanpak positieve effecten heeft. GGZ-instellingen zouden 'net even wat

soepeler bewegen', de samenwerking is gemakkelijker gaan lopen, aldus enkele AMK-medewerkers. Volgens enkele GGZ-medewerkers kan nu sneller gewerkt worden en is de GGZ zich bewuster geworden van de positie van kinderen. Anderen zijn op zich positief over het document en de effecten die het kan hebben, maar menen dat de samenwerking in afzonderlijke gevallen toch nog teveel afhankelijk is van de welwillendheid van individuen. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat er individuele verschillen zijn in het gebruik en de interpretatie van de Gelderse aanpak. Zo zegt een behandelaar in de GGZ die de aanpak een 'kers op de taart' noemt binnen de algemene trend van grotere aandacht voor kindermishandeling:

*'Soms is het opereren lastig, als de cliënt geen toestemming geeft. Het protocol maakt het nu mogelijk dus doe het! Het belang van het kind staat voorop'. (GGZ-medewerker).*

Een AMK-medewerker laat juist een keerzijde zien van het document. Ze heeft recent een geval meegemaakt waarbij de GGZ-instelling met wie ze te maken had met de Gelderse aanpak in de hand heel zorgvuldig afwoog of de ernst van de situatie in het gezin het toeliet om informatie te verstrekken en na lang overleg tot een negatief besluit kwam. Voor mensen die erg 'op regeltjes zijn' kan de Gelderse aanpak soms ook als een 'dwangbuis' werken, aldus deze medewerker. Doordat regels (goed afwegen) te strikt worden gevolgd, treedt vertraging op. In de meeste gevallen werkt het echter positief, aldus dezelfde medewerker. De voorbeelden maken duidelijk dat er ruimte is voor individuele verschillen in gebruik en interpretatie van de aanpak. De vrees bestaat ook dat mensen het document er pas bij pakken als ze toch al willen melden.

*'Mensen pakken het document erbij als ze de voornemens hebben om het AMK in te schakelen en anders laten ze het links liggen'. (GGZ-medewerker).*

Sommigen vrezen overigens dat er nog steeds niet altijd snel genoeg gemeld wordt. In twee concrete casussen bij deze meting zijn de geïnterviewde AMK-medewerker en de medewerker van de Raad

voor de Kinderbescherming van mening dat de GGZ in gebreke is gebleven door een gezin laat of niet te melden.

*'In deze casus zijn er altijd veel zorgen geweest. Eerder melden had ervoor gezorgd dat er sneller had kunnen worden doorgepakt. Als de GGZ eerder aan de bel trekt, dan kan het AMK eerder aan de slag en kan er eerder worden gemeld aan de Raad, zodat ook wij sneller aan de slag kunnen'. (Raadsmedewerker).*

In één van deze twee gevallen spreekt ook ambivalentie uit het gedrag van GGZ-zijde. De GGZ twijfelde over melden maar vond dit moeilijk in verband met de vertrouwensrelatie met de cliënt: de GGZ was bang het contact met het gezin kwijt te raken. Er was dan ook opluchting toen een derde de melding deed. Een GGZ-medewerker verwoordt de dilemma's rond melden als volgt:

*'Het blijft lastig om te melden als je mensen individueel behandelt. Het doet wel wat met de vertrouwensrelatie met een cliënt als je de opvoeding van de kinderen erbij gaat betrekken, en meestal niet ten goede. Je weet niet of er iets gedaan moet worden aan de opvoeding, en dan wil je dat laten onderzoeken. Ik overleg dat met de cliënt en zeg dat het hopelijk meevalt'. (GGZ-medewerker).*

Er mag dan geen eenduidige positief beeld naar voren komen over de (meldingsbereidheid van de) GGZ, ook het beeld van of de ervaringen met het AMK en Bureau Jeugdzorg zijn niet altijd even positief. Twee GGZ-medewerkers zien Bureau Jeugdzorg als traag of weinig slagvaardig. De ervaring is bijvoorbeeld dat het bij ondertoezichtstellingen vaak heel lang duurt voor er een gezinsvoogd in het gezin is. Bureau Jeugdzorg is de instelling die de voogden regelt. Het negatieve beeld over Bureau Jeugdzorg maakt het, aldus de respondent van de GGZ, ook moeilijk het belang van melden of samenwerking bij het delen van informatie aan cliënten over te brengen. In één casus blijkt daadwerkelijk weinig slagvaardigheid bij Bureau Jeugdzorg te zijn. De school, die een gezin waarover zorgen bestaan rond de kinderen wil melden bij Bureau Jeugdzorg, wordt doorverwezen naar het AMK omdat er bij Bureau

Jeugdzorg te lange wachtlijsten zouden zijn en het gezin niet op tijd geholpen kon worden.

Enkele GGZ-medewerkers stellen dat er in de eigen organisaties nog wel het een en ander kan verbeteren, bijvoorbeeld bij de intake. Daarin mag meer naar kinderen worden gevraagd. Ook is er volgens een respondent een 'glazen muur' tussen de volwassenen en de jeugd GGZ.

#### *Implementatie nog onvoldoende*

Een laatste bevinding kan niet ongenoemd blijven. In tegenstelling tot het beeld bij de een-meting, is het beeld bij de 2-meting dat lang niet iedereen (goed) bekend is met de Gelderse aanpak. Een AMK-medewerker heeft de ervaring dat de Gelderse aanpak op het niveau van leidinggevendenden is blijven hangen. Als hij informatie vraagt, willen medewerkers op uitvoerend niveau eerst overleggen met hun leidinggevende.

*'Het is goed om te kijken hoe het gebruikt wordt, dat niet alleen de teamleiders het weten. Dat de medewerkers die er echt mee te maken krijgen het ook in handen krijgen en weten wat ze ermee aan moeten. Nu is het vooral nog de hogere hand die er iets vanaf weet. Uiteindelijk geven die dan wel door aan hun medewerkers dat ze inderdaad informatie mogen verschaffen, en dat gebeurt dan ook wel. Maar de samenwerking gaat in principe eerst altijd moeizaam'. (AMK-medewerker).*

Dit spreken de casussen zeker niet tegen. In maar liefst drie van de vijf casussen kent de betrokken GGZ-medewerker de aanpak niet of nauwelijks. Het document blijkt bijvoorbeeld wel te zijn verspreid, maar niet mondeling toegelicht. Daardoor blijft het volgens de betrokkenen niet goed hangen.

*'Er mondeling over hebben werkt beter. Dan is het helderder en meer dichtbij, en onthoud je ook meer'. (GGZ-medewerker).*

Zelfs een GGZ-medewerker die de Gelderse aanpak wel kent, meent dat er nog meer voorlichting nodig is om het breder te laten 'landen' en het effect groter te maken. In één geval waarin de GGZ-medewerker het document niet kent, heeft het AMK weliswaar

kort geleden voorlichting gegeven, maar de Gelderse aanpak is daarbij wonderlijk genoeg niet ter sprake gekomen.

*'Het document is op onze afdeling niet bekend. Toch waren er wel vragen bij ons over dit soort kwesties. We hebben enige maanden geleden op eigen initiatief iemand uitgenodigd van het AMK om ons wat meer duidelijkheid te verschaffen. Daarbij is het protocol niet aan de orde gekomen. De AMK-medewerker liet een A-viertje met aanwijzingen achter. Waar wij meer duidelijkheid over wilden hebben was bijvoorbeeld de regelgeving. Bij welke gevallen moeten wij waarschuwen? Wat zijn de regels daarbij? Hoe zit het met zwijgplicht van de dokter? En vooral: wat gebeurt er verder nadat er een melding is gedaan? De Raad doet bijvoorbeeld een onderzoek, maar laat het daar meestal bij. Dat is heel verwarrend, ook voor de patiënten'. (GGZ-medewerker).*

De geïnterviewde raadsmedewerker kent de Gelderse aanpak overigens evenmin. 'Er zijn zoveel protocollen'. Ook bij enkele geïnterviewde medewerkers van het AMK en Bureau Jeugdzorg is het document alleen globaal bekend. Sommigen hebben het wel 'vluchtig' bekeken maar menen dat het vooral voor de GGZ relevant is. Het document is daardoor weer wat 'weggezakt'. Één medewerker meent dat het goed zou zijn meer casuïstiekoverleg met betrokkenen van verschillende instellingen te hebben. Het zou dan beter gaan leven in de GGZ-instellingen. Dit voorstel zou mogelijk ook de eerder gesignaleerde misverstanden over en onbekendheid met elkaars werkwijzen en taakopvattingen kunnen verminderen.





## **5** *Implementatie van de Gelderse aanpak kindermishandeling*

### **5.1** *Inleiding*

Uit de casuonderzoeken is reeds enig inzicht ontstaan in de wijze waarop de Gelderse aanpak in de GGZ-instellingen is 'geland'. Om hier een beter beeld van te krijgen, zijn interviews gehouden met de contactpersonen bij de zes GGZ-instellingen. Aanvullend is gesproken met de contactpersoon bij het Bureau Jeugdzorg en een voorlichtster van het AMK die in verschillende instellingen voorlichting heeft gegeven. In de tekst van de Gelderse aanpak kindermishandeling is een implementatietraject voorgesteld aan de instellingen. Het advies is allereerst regelmatig informatiebijeenkomsten te organiseren (in samenwerking met het AMK en anderen) met als doel introductie van de aanpak, bewustwording, uitleg over de werkwijze van het AMK/BJZ en de Raad, toelichting van juridische mogelijkheden van informatie-uitwisseling en melding van (vermoedens van) kindermishandeling, en uitleg over preventie-activiteiten. Daarnaast zouden nieuwe medewerkers informatie over de Gelderse aanpak moeten ontvangen, bijvoorbeeld via intranet. Het advies is dat elke instelling een vaste vraagbaak heeft. Voorts is er het voorstel de ouderrol te bespreken in het behandelplan, nieuwe interventies te ontwikkelen of te bespreken ter ondersteuning van de ouderrol en vaker door te verwijzen naar de jeugd GGZ. In interviews is nagegaan in hoeverre deze voorstellen zijn opgevolgd en hoe ver het proces van implementatie van de aanpak gevorderd is. De resultaten bespreken we in paragraaf 5.2. In de interviews hebben we voorts gevraagd naar effecten van de Gelderse aanpak en naar de wijze waarop de instelling het implementatieproces monitort. Over dit laatste kunnen we kort zijn: dat gebeurt in geen van de instellingen. Tot

slot stond de vraag centraal wat nodig is voor (verdere) verankering van de aanpak in de toekomst. De effecten en toekomst van de aanpak staan centraal in paragraaf 5.3.

## ***5.2 Implementatie in de instellingen***

### *Voorlichting*

De GGZ-instellingen hebben alle op zijn minst een begin gemaakt met de implementatie. De grotere instellingen hebben voor het begeleiden van de implementatie een stuurgroep of een werkgroep(je) aangesteld. In alle instellingen is minstens één voorlichtingsbijeenkomst gehouden, vaak in samenwerking met het AMK en/of andere partijen. Bij de Gelderse Roos en GGNet zijn medewerkers volgens de betrokken contactpersonen instellingsbreed voorgelicht, evenals bij de kleinere instellingen RIAGGz over de IJssel (10 à 12 therapeuten) en Overwaal (25 therapeuten). Bij de Gelderse Roos vond in oktober 2008 een werkconferentie plaats in samenwerking met het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad, waarbij via casuïstiek inzichten met elkaar werden uitgewisseld. Deze bijeenkomst werd volgens het AMK mede georganiseerd omdat er bij sommige eerdere voorlichtingsbijeenkomsten te weinig uitvoerende medewerkers kwamen. Het AMK en de betrokken medewerker bij de Gelderse Roos waren beide van mening dat met elkaar spreken over casussen een goede vorm is om de Gelderse aanpak meer te laten 'landen'. Bij de bijeenkomst waren ook enkele medewerkers van andere GGZ-instellingen aanwezig. GGNet heeft een werkplan opgesteld dat de aanpak van kindermishandeling in de instelling verder uitwerkt. De interne nieuwsbrief besteedt bijvoorbeeld aandacht aan de aanpak door een interview te plaatsen met de contactpersoon. Deze organisatie heeft voorts een procedure vastgesteld waarbij bij melding van cliënten bij het AMK altijd eerst de geneesheer-directeuren worden geïnformeerd. Zo ontstaat zicht op het aantal meldingen, en wordt de verantwoordelijkheid voor meldingen gezamenlijk gedragen, aldus de contactpersoon.

Bij GGZ Nijmegen zijn dertig medewerkers voorgelicht in een bijeenkomst in samenwerking met het AMK en de jeugdafdeling van de GGZ. Daarbij is de Gelderse aanpak geïntroduceerd en is

gesproken over definities van kindermishandeling en over juridische kanten van melden of informatieverstrekking aan derden. Er staat een tweede bijeenkomst gepland voor eind 2008; doel daarvan is onderling ervaringen uitwisselen over het werken met de Gelderse aanpak. Daarnaast hebben een preventiemedewerker en een systeemtherapeut van de jeugd GGZ de intakeers getraind op het leren vragen stellen over kinderen tijdens de intake. Voorts heeft er bij GGZ Nijmegen een pilot gedraaid op één afdeling, waarbij extra aandacht is besteed aan het praten over kindermishandeling; deze was echter niet handig gepland (in pauzes van medewerkers) en mede daardoor niet succesvol. Bij Meerkanten zijn veertig medewerkers, die een afspiegeling vormden van de afdelingen binnen de volwassenenzorg en de verslavingszorg Veluwe, voorgelicht in een bijeenkomst met het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad. Eind dit jaar is er nog een bijeenkomst met gedragswetenschappers binnen de instelling, waarbij de Gelderse aanpak op de agenda staat. Bij Meerkanten is voorgesteld een aandachtsfunctionaris kindermishandeling aan te wijzen en deze te koppelen aan de al aanwezige aandachtsfunctionaris huiselijk geweld.

#### *Implementatie binnen Bureau Jeugdzorg/AMK*

Ook Bureau Jeugdzorg en het AMK hebben de Gelderse aanpak breed verspreid onder medewerkers, hoewel deze bij het AMK niet tijdens een afzonderlijke bijeenkomst aan de orde is geweest. Het AMK was samen met de Gelderse Roos de ontwerper van de voorloper van de Gelderse aanpak. De medewerker voorlichting en preventie, die een belangrijke schakel is bij contacten en voorlichting over de Gelderse aanpak, nam hiertoe het initiatief. Deze medewerker heeft in de loop van de tijd alle teams binnen het AMK bezocht om te informeren of er knelpunten waren in de samenwerking met de GGZ. Daarbij heeft zij ook signalen die ze van de GGZ ontving over AMK-medewerkers die 'te kort door de bocht gingen' overgebracht. De medewerker heeft bij diverse locaties van de verschillende GGZ-instellingen voorlichting gegeven.

#### *Informeren van nieuwe medewerkers*

Alle GGZ-instellingen hebben een centrale contactpersoon. Bij de Gelderse Roos, GGNet en Meerkanten is de Gelderse aanpak op het intranet geplaatst en/of in een handboek opgenomen waarin alle protocollen staan uitgelegd aan (nieuwe) medewerkers. Een aantal instellingen had de afgelopen periode vanwege bezuinigingen geen vacatures en heeft dus nog niet meegemaakt dat nieuwe medewerkers voorlichting dienden te krijgen over de aanpak. Enkele contactpersonen van instellingen geven aan dat het informeren van nieuwe medewerkers een punt van aandacht zou moeten blijven; bijvoorbeeld via jaarlijkse informatiebijeenkomsten.

#### *Aandacht voor de ouderrol*

Geen enkele instelling heeft de ouderrol standaard in behandelplannen opgenomen. Wel vraagt een aantal instellingen nu standaard naar kinderen bij de intake. De Gelderse Roos neemt de vraag hoe het staat met de kinderen behalve bij de intake ook mee bij indicatieoverleg en bij evaluaties. Bij GGNet is er in besluit-schema's standaard aandacht voor eventuele problemen bij kinderen. GGZ Nijmegen meldt dat zij steeds meer naar kinderen vragen bij de intake, al is de diepgang waarmee dit gebeurt beperkt omdat er al zeer veel informatie moet worden verzameld bij de intake. Meerkanten laat weten dat bij de crisisdienst is afgesproken dat na een interventie standaard in een apart gesprek de situatie van de kinderen aan bod komt. Voorts is bij deze instelling voorgesteld om in alle zorgprogramma's aandacht voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen en het protocol Gelderse aanpak kindermishandeling standaard op te nemen. Maar dit is dus nog geen praktijk, het gaat om een voornemen. RIAGGz over de IJssel meldt dat medewerkers standaard vragen naar (dreigende) kindermishandeling bij het opstellen van behandelplannen. Kliniek Overwaal vraagt wel standaard of kinderen van cliënten bekend zijn bij Bureau Jeugdzorg, maar er is nog geen vaste vraag in de intake hoe het met de kinderen is gesteld. Dit acht de contactpersoon wel van belang, maar er is nog geen actie op dit punt ondernomen.

Nog niet veel instellingen hebben preventieve cursussen geïntroduceerd of ontwikkeld om de ouderrol van cliënten te onder-

steunen. Bij de Gelderse Roos is naar aanleiding van de Gelderse Aanpak besloten om de Beardsley (preventieve gezinsinterventie) en 'Steuntje in de Rug' in te zetten. Deze interventies zijn bedoeld om het bewustzijn van risico's voor kinderen te vergroten bij volwassen cliënten met een ouderrol. De contactpersoon van de Gelderse Roos signaleert: *'Voor de KOPP-cursus is het moeilijk om kinderen te krijgen, omdat de ouders zichzelf dan bewust moeten zijn van hun probleem of problemen'*. Ook de contactpersoon van GGZ Nijmegen noemt dit probleem. Bij Meerkanten is binnen een deeltijdbehandeling een module 'Praten met kinderen' ontwikkeld.

#### *Werkgroep*

Tijdens de implementatiefase, vanaf voorjaar 2007 tot en met eind 2008, fungeerde er ter begeleiding van de introductie van de Gelderse aanpak kindermishandeling een provinciale werkgroep onder leiding van de provincie Gelderland. Daarin zaten onder meer vertegenwoordigers van de bij de aanpak betrokken instellingen. Deze is een aantal keren bij elkaar gekomen om te praten over ervaringen met de aanpak, deze waar nodig aan te passen en de aanpak gezamenlijk te ondertekenen.<sup>7</sup> De provincie sluit haar betrokkenheid in principe eind 2008 af. Alle geïnterviewden zijn positief over de faciliterende rol van de provincie bij het op de kaart krijgen van de Gelderse aanpak kindermishandeling. Het elkaar ontmoeten als instellingen is daarbij als zeer positief ervaren.

### **5.3 Resultaten van de implementatie en toekomst**

#### *Effecten van de Gelderse aanpak kindermishandeling*

De geïnterviewde contactpersonen van de instellingen zijn niet eenduidig in hun oordeel over de vraag of er nu al meer wordt doorverwezen naar de jeugd GGZ als gevolg van de introductie van

<sup>7</sup> De aanpak is ondertekend door de betrokken GGZ-instellingen, Bureau Jeugdzorg, het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming; in de werkgroep hadden ook nog enkele leden zitting die niet tot de betreffende organisaties behoorden. Deze hebben niet ondertekend.

de Gelderse aanpak. Sommige instellingen hebben geen jeugdafdeling, andere durven niet te zeggen of er daadwerkelijk meer wordt doorverwezen of stellen dat dit nog niet zo is. Zoals eerder besproken is getracht over doorverwijzingen naar de jeugd GGZ en KOPP-cursussen cijfers te verzamelen. Dergelijke doorverwijzingen zijn bekend voor een deel van de GGZ-instellingen (hoofdstuk 3). Informatie over doorverwijzingen naar Bureau Jeugdzorg bleek niet voorhanden bij de instellingen. Ook Bureau Jeugdzorg zelf kon hier geen informatie over leveren. Of er meer wordt doorverwezen valt dus niet te kwantificeren. Een aantal geïnterviewden meent dat er in elk geval meer bewustwording is onder de medewerkers. De vraag is nog hoe dit bewustzijn zich vertaalt in handelen.

*'Het effect van de Gelderse Aanpak is dat kindermishandeling meer op tafel en in beeld is. Het staat dichterbij de medewerkers en er kan naar iets worden teruggerepen. Er is zeker sprake van toegenomen bewustwording bij de GGZ. Bij de volwassenen GGZ was het niet vanzelfsprekend om na te denken over de kinderen van klanten. De medewerkers voelen zich meer verantwoordelijk over hoe het nu eigenlijk in het gezin van de klant gaat'. (Gelderse Roos).*

*'Er zijn geen bewijzen van een effect, maar mijn gevoel zegt dat mensen beter zijn gaan nadenken. De privacy van de volwassen klant is niet langer meer het hoogste goed. Voor de hulpverlening is dit best een grote verandering'. (GGNet).*

*'Er is nog niet voldoende bewustzijn bij de GGZ. Het belangrijkste is om in het achterhoofd te houden dat de cliënt ook vader of moeder kan zijn. De Gelderse aanpak zit wel tussen de oren, maar handelt men hier ook naar?' (GGZ Nijmegen).*

De voorlichtster van het AMK heeft twijfels over de mate waarin er daadwerkelijk een grotere bewustwording is van de positie van kinderen door alle lagen van de organisaties heen. Ze heeft wel de indruk dat de informatie-uitwisseling met minder voorbehoud plaatsvindt, bijvoorbeeld in vergelijking met andere instellingen die niet bij de Gelderse aanpak zijn betrokken. Deze weigeren soms ronduit om samen te werken. Wel signaleert ze dat, ook nu de

Gelderse aanpak al enige tijd loopt, GGZ-medewerkers nog erg zoeken naar wanneer een bepaalde situatie nu echt zorgelijk is voor de kinderen en wanneer ze nu echt moeten melden. Gevallen die zij zelf onmiddellijk zou melden werden door GGZ-medewerkers als twijfelgeval gezien, zo blijkt bij voorlichting. Een goede afbakening en begrip van kindermishandeling blijft daarmee een belangrijk punt van aandacht. Bij de recente werkconferentie van oktober 2008 vielen de individuele verschillen op tussen medewerkers in de bereidheid informatie uit te wisselen en in de mate waarin ze oog hebben voor de positie van kinderen. Ook kwam daarbij naar voren dat in gevallen waarin er veel instellingen in een gezin actief zijn niet altijd duidelijk is wie de coördinatie van de zorg op zich zou moeten nemen op het moment dat het AMK de zaak afsluit of niet is betrokken.

*Wat moet er nog gebeuren?*

Alle contactpersonen van de instellingen geven aan dat er weliswaar een goed begin is gemaakt met de introductie van de Gelderse aanpak kindermishandeling en het werken ermee, maar dat de implementatie nog niet als afgerond kan worden beschouwd. Dit kwam ook in het vorige hoofdstuk al naar voren. Verankering van de aanpak in de instellingen blijft een heel belangrijk aandachtspunt, aldus de betrokkenen. Een contactpersoon signaleert bijvoorbeeld dat er in het begin veel vragen waren, maar dat deze nu afnemen. Voor hem is dit een teken dat de aanpak steeds opnieuw op de agenda moet blijven. Samenwerking met of impulsen vanuit het AMK en Bureau Jeugdzorg blijven daarbij van belang.

*'Een belangrijke randvoorwaarde om de Gelderse Aanpak tot een succes te maken is het zelf houden van bijeenkomsten op teamniveau. Er zou een jaarlijks stappenplan gemaakt moeten worden om de Gelderse Aanpak warm te houden. Het AMK zou ook een rol kunnen spelen door af en toe een belletje te geven of er nog aandacht voor de Gelderse Aanpak is'. (Kliniek Overwaal).*

Bij de verdere verankering zou daarom volgens sommigen de provincie een ondersteunende rol moeten blijven vervullen.

*'De afsluiting van de Gelderse Aanpak door de provincie komt eigenlijk te vroeg. De Gelderse aanpak zou op de agenda moeten blijven staan. De provincie en GGZ zouden elkaar op managementniveau moeten blijven aanspreken'. (Meerkanten).*

*'Het is belangrijk om de campagne te herhalen, omdat het anders wegzakt. Daarnaast is het goed om te blijven terugkoppelen naar de instellingen. De provincie zou hierin een rol kunnen spelen'. (RIAGGz over de IJssel).*

Daarnaast achten sommige contactpersonen uitbreiding naar andere organisaties wenselijk, zoals het maatschappelijk werk of de verslavingszorg.

*'De Gelderse aanpak is op zich een prima manier om kinderen in de regio beter te beschermen. Overwogen moet worden hoe andere instellingen op het gebied van jeugdhulpverlening en verslavingszorg betrokken worden bij deze aanpak. Zo heeft bijvoorbeeld het Algemeen Maatschappelijk Werk in de regio een procesmanager huiselijk geweld. Het betrekken van het maatschappelijk werk zou ook bij kunnen dragen aan een betere uitvoering van de Gelderse Aanpak. Het maatschappelijk werk is namelijk laagdrempeliger dan bijvoorbeeld de GGZ'. (Meerkanten).*

Over al bestaande overlegvormen tussen instellingen betrokken bij de Gelderse aanpak blijkt het volgende. Uit het interview met de contactpersoon bij Bureau Jeugdzorg komt naar voren dat er structureel overleg is tussen deze instelling en de Gelderse Roos en GGNet, de grootste instellingen in de regio. Met de kleine instellingen is minder contact. Ook het AMK, als belangrijk onderdeel binnen Bureau Jeugdzorg, heeft vooral met de Gelderse Roos intensief contact. Bij de onlangs gehouden werkconferentie die samen met deze instelling is georganiseerd waren weliswaar ook enkele medewerkers van andere GGZ-instellingen aanwezig, maar het gros van de aanwezigen kwam van de Gelderse Roos.

#### *Knelpunten*

Verskillende betrokkenen signaleren knelpunten bij de verdere verankering van de aanpak in de organisaties, naast het feit dat de



betrokkenheid van de provincie eind 2008 afloopt. Zo noemen zij dat de huidige werkwijze en financieringssystemen in de GGZ aandacht voor systeemgericht werken moeilijk maken. Er is binnen de financieringssystematiek bijvoorbeeld geen ruimte voor huisbezoeken. Het is daarom moeilijk om de situatie van kinderen goed in beeld te krijgen. Dit punt kwam al bij de casussen naar voren en ook de AMK-voorlichtster noemde het.

*'In het hele proces binnen de GGZ moet meer systemisch gewerkt worden. Dat hoort gewoon bij goede cliëntenzorg. Er zijn zaken structureel niet goed geregeld. Bijvoorbeeld een huisbezoek afleggen, dat kan in de GGZ niet gedeclareerd worden (niet te vangen in vergoedingensysteem). Deze structurele zaken worden niet opgelost met de Gelderse aanpak kindermishandeling. De sector moet dat zelf oppakken'. (AMK-voorlichtster).*

Eén van de contactpersonen suggereert om daarom ook zorgverzekeraars te betrekken bij overleg over de preventie van kindermishandeling. Ook het overleg tussen de instellingen, zoals in de provinciale werkgroep die tijdens de implementatie van de aanpak actief was, vergt financiering. Een met financieringssystematiek samenhangend knelpunt is het feit dat het (herhaald) organiseren van informatiebijeenkomsten over de Gelderse aanpak binnen instellingen kostbare hulpverleningstijd kost en daarom soms moeilijk waar te maken is. Ook werkdruk of uiteenlopende roosters kunnen dit bemoeilijken. Zo bemerkt het AMK dat het moeilijk is mensen bij elkaar te krijgen voor voorlichtingsbijeenkomsten. De voorlichtster stelt daarom voor meer met e-learning te werken. Er bestaat een landelijk aanbod voor e-learning over kindermishandeling dat andere sectoren al toepassen, zoals ziekenhuizen, kinderopvang en het onderwijs.

Het AMK signaleert tot slot nog een heel ander punt van aandacht dat ook van belang is voor andere provincies die willen werken met een model als de Gelderse aanpak kindermishandeling: cultuurverschillen en kennisgebrek over en weer. De voorlichtster meent dat cultuurverschillen tussen GGZ-instellingen en het AMK/BJZ groter zijn dan vooraf ingeschat. Niet alleen hebben GGZ-medewerkers en AMK-medewerkers vaak iets anders voor ogen als

zij het hebben over kindermishandeling. Ook spreken zij elkaars taal niet altijd. Gewoon durven vragen wat de ander bedoelt, ook door het AMK aan de GGZ, is daarbij volgens de voorlichtster van groot belang voor een goede samenwerking.

## **6** *Conclusies en aanbevelingen*

### **6.1** *Inleiding*

De laatste jaren is er beleidsmatig steeds meer aandacht voor de signalering en preventie van kindermishandeling. Vooral voor kinderen die opgroeien met ouders met psychische problemen is aandacht voor mogelijke opvoedingsproblemen en risico's op kindermishandeling van groot belang. Dit terwijl instellingen niet vanzelfsprekend samenwerken. Vooral bij GGZ-instellingen voor volwassenenzorg zijn medewerkers zich niet altijd voldoende bewust van mogelijke risico's die het opgroeien met een ouder met psychische problemen oplevert. Als dit wel zo is, staat de vertrouwensband met de cliënt melding of informatieverstrekking aan andere partijen soms in de weg.

Dit gegeven vormde aanleiding voor de uitwerking van de Gelderse aanpak kindermishandeling. In de Gelderse aanpak en bijbehorend protocol staat een betere samenwerking centraal tussen zes GGZ-instellingen voor volwassenenzorg enerzijds en het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming anderzijds. Doel is betere bescherming van kinderen door betere afstemming, informatie-uitwisseling en een grotere bewustwording bij de GGZ van de mogelijke risico's die het opgroeien met een ouder met psychische problemen met zich meebrengt. In het protocol staat een stappenplan uitgewerkt dat aangeeft hoe te handelen in twee mogelijke 'routes': route I (waarbij de GGZ initiatiefnemer is voor contact met het AMK, Bureau Jeugdzorg of de jeugd GGZ bij zorgen om kinderen of voor ondersteuning bij de opvoeding) en route II (waarbij het AMK informatie vraagt aan de GGZ over cliënten, al dan niet met toestemming).

De Gelderse aanpak kindermishandeling is ingevoerd in mei 2007. De provincie Gelderland begeleidt de invoering tot eind 2008. Vanaf

de introductie van de Gelderse aanpak heeft het Verwey-Jonker Instituut in opdracht van de provincie een evaluatie uitgevoerd van de aanpak. Hiervan doet deze rapportage verslag. Bronnen voor de evaluatie zijn enerzijds cijfermateriaal over uitwisselingen tussen instellingen en anderzijds kwalitatieve data over de feitelijke samenwerking in vijftien casussen en ervaringen van dertig daarbij betrokken medewerkers met de aanpak. De data zijn op drie meetmomenten verzameld: rond de introductie van de aanpak (nulmeting), een jaar (een-meting) en anderhalf jaar na dato (2-meting). Bij de 2-meting zijn tevens interviews afgenomen met acht contactpersonen over het implementatieproces in de instellingen. In paragraaf 6.2 beantwoorden we de centrale onderzoeksvragen. Paragraaf 6.3 bevat conclusies en in paragraaf 6.4 zijn enkele aanbevelingen opgenomen.

## **6.2 *Beantwoording onderzoeksvragen***

De centrale vraag van het onderzoek luidde hoe de samenwerking tussen enerzijds GGZ-instellingen voor volwassenenzorg en anderzijds het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming in de praktijk verloopt, en welke invloed de Gelderse aanpak kindermishandeling op de samenwerking heeft. In hoeverre wordt samenwerking in de praktijk daadwerkelijk gerealiseerd? Is er sprake van een toename van meldingen bij het AMK of verzoek tot advies of begeleiding bij het Bureau Jeugdzorg? Is er een toename van informatie-uitwisseling tussen het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de GGZ-instellingen? En in hoeverre is de informatie-uitwisseling met de Raad voor de Kinderbescherming verbeterd? Tevens is nagegaan of er een toename is van bewustwording bij de GGZ-medewerkers van de risico's voor de kinderen. In hoeverre is er een toename aan (doorverwijzing naar) preventie-activiteiten?

De probleemstelling is vertaald in de volgende onderzoeksvragen.

*Onderzoeksvraag 1*

In hoeverre vindt, 1 jaar en 1,5 jaar na de inwerkingstelling van de Gelderse aanpak kindermishandeling, een grotere uitwisseling plaats van gegevens tussen enerzijds Gelderse instellingen die ouders met psychische problematiek behandelen en anderzijds AMK's/Bureaus Jeugdzorg? Welke rol heeft de Gelderse aanpak daarbij?

*Onderzoeksvraag 2*

Hoe effectief is de uitwisseling van informatie bij de start en 1 jaar en 1,5 jaar na de inwerkingstelling van de Gelderse aanpak kindermishandeling? Wat gebeurt er concreet nadat contact is gelegd? Welke knelpunten ondervinden medewerkers van instellingen en wat werkt goed? Kunnen we verbetering van de kwaliteit van de uitwisseling constateren bij opeenvolgende metingen, en in hoeverre kunnen we deze toeschrijven aan de Gelderse aanpak kindermishandeling?

Bij de derde meting is de implementatie in de instellingen onderzocht. De onderzoeksvraag daarbij luidde:

*Onderzoeksvraag 3*

Hoe is de implementatie van de Gelderse aanpak kindermishandeling binnen de betrokken instellingen verlopen? Welke stappen zijn gezet, welke knelpunten of weerstanden deden zich voor en wat is er op langere termijn nodig om de Gelderse aanpak kindermishandeling tot een (blijvend) succes te maken?

*Aantal meldingen, adviezen en consulten blijft laag*

Wat betreft de eerste onderzoeksvraag komt het volgende beeld naar voren. Om het succes van de Gelderse aanpak kindermishandeling in *kwantitatieve* zin te meten, is nagegaan of het aantal uitwisselingen binnen de twee onderscheiden routes is toegenomen gedurende de periode waarin de Gelderse aanpak liep. Noodgedwongen ging het daarbij alléén om uitwisselingen met het AMK. Over doorverwijzingen van de GGZ naar Bureau Jeugdzorg bleken geen gegevens voorhanden en evenmin over doorverwijzingen naar

de eigen jeugdafdelingen van de GGZ-instellingen. Bij de uitwisselingen met het AMK, waarvoor is teruggevallen op registratiegegevens van het AMK, is vooral een toename van het aantal uitwisselingen met de GGZ als initiatiefnemer (route I) beschouwd als indicator voor succes van de Gelderse aanpak. Een belangrijke aanleiding vormde immers het gegeven dat GGZ-instellingen voor volwassenenzorg opvallend weinig meldden. Bij de drie metingen zijn halfjaarsperioden met elkaar vergeleken. Het aantal meldingen vanuit de GGZ-instellingen bij het AMK blijkt niet hoog te liggen. De meldingen door de GGZ (volwassenenzorg) vormen 1 à 2 procent van het totale aantal meldingen dat bij het AMK binnenkomt. Voor de introductie van de Gelderse aanpak lag het aantal op acht per half jaar; kort na de introductie op veertien. Bij de een-meting zakte het weer terug naar acht, om bij de laatste meting weer op veertien uit te komen. Van deze veertien meldingen blijken er echter ook een paar afkomstig van instellingen die niet bij de Gelderse aanpak zijn betrokken. We kunnen daarom al met al niet spreken van een duidelijke positieve trend in het aantal meldingen. Het aantal ligt ook wel erg laag, gezien het feit dat in de regio enkele duizenden volwassenen met kinderen in behandeling zijn bij de GGZ. De GGZ-instellingen voor volwassenenzorg weten het AMK sinds de introductie van de aanpak beter te vinden voor adviezen en consulten, al ligt dit aantal ook niet heel hoog en neemt het niet noemenswaardig toe bij opeenvolgende metingen. In de laatste halfjaarsperiode is zeventien keer advies gevraagd aan het AMK en is acht keer een consult aangevraagd. Het kwam in de onderzoeksperiode vaker voor dat het AMK informatie over cliënten vroeg bij de GGZ (volwassenenzorg): zo'n vijftig keer per halfjaarsperiode.

#### *Onvolledig cijfermatig beeld van verandering*

Een grotere bewustwording van de risico's voor kinderen van het opgroeien bij een ouder met psychische problemen was een belangrijk doel van de ontwikkeling van de aanpak. Dit hoeft zich uiteraard niet alleen te vertalen in meer meldingen of aangevraagde adviezen bij het AMK. Het ontbreken van cijfermatige gegevens over het aantal doorverwijzingen naar Bureau Jeugdzorg en de jeugd GGZ vormde een belangrijke belemmering om een volledig beeld te krijgen. Ook doorverwijzingen naar KOPP-cursussen bleken

niet voor alle instellingen bekend en zelfs de vraag of (en hoeveel) volwassen cliënten kinderen hebben bleek niet te beantwoorden. Tijdens het onderzoek is aanbevolen beter te registreren, willen de effecten van de Gelderse aanpak op langere termijn te volgen zijn.

*Gelderse aanpak vooral van belang bij informatie-uitwisseling*

De Gelderse aanpak blijkt in de praktijk vooral te worden benut in gevallen waarin GGZ-instellingen terughoudend zijn over informatieverstrekking. Die terughoudendheid is het grootst als ze vragen om informatie krijgen zonder dat cliënten hiervoor toestemming hebben gegeven. AMK-medewerkers 'zwaaien' in dit geval met de Gelderse aanpak en dat levert in een aantal gevallen meer medewerking op. Terughoudendheid bij GGZ-medewerkers hangt sterk samen met de angst de vertrouwensband en het vaak kwetsbare contact met cliënten te doorbreken. Deze angst weerhoudt medewerkers er ook van te melden. Toch verloopt het informatie delen langzamerhand gemakkelijker en gaat de privacy van volwassen cliënten niet meer altijd vóór risico's voor kinderen. De Gelderse aanpak geeft duidelijke richtlijnen die medewerkers kunnen helpen goede afwegingen te maken over informatieverstrekking aan derden. In enkele gevallen bestaan negatieve ervaringen met de wijze waarop het AMK met verstrekte informatie omgaat, en is de weerstand om informatie te geven wat groter. In veel in dit onderzoek opgenomen zaken wisselen instellingen echter zonder voorbehoud informatie uit.

*Meer bewustwording en openheid, maar niet bij iedereen*

Hoewel de aanpak zelf vooral wordt benut in de gevallen waarin het niet goed gaat, heeft de introductie van de Gelderse aanpak, zoals ook beoogd, een breder effect gehad. Verschillende partijen signaleren dat de verspreiding van de Gelderse aanpak, naast andere (landelijke) initiatieven die de aandacht voor kindermishandeling hebben doen groeien, de bewustwording van de positie van kinderen heeft vergroot bij de GGZ-instellingen voor volwassenenzorg. Er zijn echter ook twijfels over een échte attitudeverandering in brede kring op termijn. Sommige geïnterviewden menen dat de bestaande bedrijfscultuur bij de GGZ een belemmering vormt voor daadwerkelijke verankering van inzichten op lange termijn. Ook

bestaat de indruk dat de kwaliteit van de samenwerking nog te veel afhangt van de al dan niet welwillende houding van individuele medewerkers van instellingen. Degenen die al open waren of aandacht hadden voor kinderen, worden gesterkt in hun houding, anderen blijven moeite houden met de aandacht voor kinderen of blijven sterk hangen aan het beroepsgeheim. Dat er verschillen zijn in de kwaliteit van informatie-uitwisseling en in de samenwerking is in alle drie de metingen duidelijk geworden uit het casusonderzoek. Bij alle drie de metingen komen gevallen naar voren waarin de GGZ volgens het AMK of Bureau Jeugdzorg soms erg terughoudend is bij melden of te laat meldt. Of de geneigdheid te melden daarmee echt is toegenomen als gevolg van de Gelderse aanpak kindermishandeling is de vraag. Ook uitspraken over de toegenomen bewustwording zijn moeilijk hard te maken. Het gaat om inschattingen van betrokkenen; door het geringe aantal gevallen waarin concreet contact is tussen AMK/BJZ en de GGZ geven de inschattingen van de kant van het AMK/BJZ maar een gedeeltelijk beeld. De ervaringen van de Raad voor de Kinderbescherming die in dit onderzoek zijn verzameld zijn te beperkt om uitspraken aan te ontleenen.

#### *Vooraf tevredenheid bij gezamenlijke visie*

De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de samenwerking rond de onderzochte casussen. In veel gevallen blijkt deze samenwerking positief te zijn. In een aantal casussen is constructief en intensief samen opgetrokken en zijn gezinnen goed ondersteund. Een gezamenlijke visie op het probleem blijkt daarbij de crux. Die bestaat gemakkelijker in gevallen waarin de GGZ zelf melder is, maar komt ook voor in andere gevallen. Hoewel velen het al dan niet slagen van samenwerking niet toeschrijven aan de Gelderse aanpak, wijst een aantal betrokkenen tegelijkertijd wel op de verbeterde samenwerking als gevolg van de introductie van de Gelderse aanpak.

#### *Onbekendheid met elkaars werkwijzen*

Overigens zijn er ook casussen waarin er een minder goede samenwerking, aanloopproblemen of fricties zijn. Eén van de problemen die zich voordoen is dat er van beide zijden soms



onbegrip is over of onbekendheid is met de kerntaken en begrenzingen van mogelijkheden van de andere partij. Dergelijke onbekendheid kan soms een goede samenwerking belemmeren en komt daarmee niet ten goede aan een optimale hulpverlening aan gezinnen. Zo is het AMK niet altijd bekend met het feit dat de GGZ door de financieringssystematiek waarmee ze werken moeilijk huisbezoeken kan uitvoeren. De financiering via diagnose-behandelcombinaties kan het systemisch werken bemoeilijken. Verwachtingen over de inzet van de ander lopen niet alleen uiteen door onbekendheid met elkaars werkwijze, maar ook doordat betrokkenen zoeken naar grenzen in de afstemming.

#### *Implementatie nog onvolledig*

De derde onderzoeksvraag betrof de implementatie van de Gelderse aanpak. Zowel uit de casussen als uit het onderzoek naar de implementatie onder contactpersonen komt naar voren dat de Gelderse aanpak nog beter moet verankerd worden, wil deze ook op lange termijn succesvol zijn. De aanpak blijkt nog lang niet overal even goed 'geland' op het uitvoerende niveau. Dit komt onder meer naar voren bij de 2-meting, waarin een deel van de geïnterviewden zegt de aanpak niet of alleen globaal te kennen en anderen zeggen dat de aanpak weggezakt is. Hoewel in alle instellingen is geïnvesteerd in voorlichtingsbijeenkomsten, kunnen we niet stellen dat de aanpak breed bekend is bij alle medewerkers. De contactpersonen van instellingen zelf geven dit ook aan. Zonder uitzondering noemen ze het belang van het onder de aandacht blijven brengen van de Gelderse aanpak. Een goede manier hiervoor is het organiseren van bijeenkomsten waarin medewerkers van verschillende instellingen onderling over casussen spreken. Er blijven namelijk nog twijfels en vragen bij veel GGZ-medewerkers, bijvoorbeeld over wanneer een opvoedsituatie nu echt risicovol is en hoe dan te handelen. Ook e-learning kan hiervoor geschikt zijn, want het blijkt moeilijk medewerkers op één moment bij elkaar te krijgen voor voorlichting. Voor een goede verdere implementatie zijn volgens betrokkenen financiën nodig voor overleguren en een aanjager. De betrokkenheid van de provincie bij het vervolg wordt in dat verband wenselijk geacht.

### 6.3 *Conclusies*

In dit rapport is de balans opgemaakt van de opbrengsten van de Gelderse aanpak anderhalf jaar na de introductie. Vanwege onvolledigheid van informatie kunnen we geen definitieve uitspraken doen over een daadwerkelijk betere bescherming van kinderen in de regio door de Gelderse aanpak. Het moment is daarvoor ook nog wat vroeg: bij veel instellingen is de implementatie nog onvolledig. Toch zijn er aanwijzingen dat kinderen beter in beeld zijn. Gelderse GGZ-instellingen voor volwassenenzorg winnen vaker dan voorheen advies in over gezinssituaties van hun cliënten bij het AMK. In alle instellingen zijn processen in gang gezet waarmee de positie van kinderen beter in beeld moet komen. Zo besteden GGZ-medewerkers bij intakes vaker aandacht aan kinderen. Er zijn verschillende aanwijzingen dat het bewustzijn van de positie van kinderen is vergroot bij GGZ-medewerkers. De Gelderse aanpak geeft de verschillende partijen een duidelijk kader om op terug te vallen en om afwegingen te maken over informatieverstrekking of melding. Maar de instellingen zijn nog niet klaar. De Gelderse aanpak is een belangrijke eerste stap in het proces om kinderen beter in beeld te krijgen en te beschermen. Voor een blijvende verankering is echter nog het nodige werk te verzetten. De aanpak is nog niet in alle instellingen 'geland' bij het uitvoeringsniveau. Medewerkers blijven worstelen met dilemma's rond de vertrouwensband met cliënten. Deze blijven soms ook een belemmering om te melden. Het onderzoek laat zien dat de bescherming van kinderen niet alleen is gebaat bij een goede samenwerking bij de reeds aangesloten instellingen. Door verschillende partijen is gepleit voor uitbreiding van de Gelderse aanpak naar bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk en de verslavingszorg. Bij veel casussen is vaak een complex van partijen betrokken. Een goede afstemming tussen deze verschillende partners rond de hulpverlening aan gezinnen blijft eveneens een belangrijk punt van aandacht.

Het onderzoek kent enkele beperkingen. Het heeft een beeld opgeleverd van samenwerking rond een aantal casussen. Ook over de samenwerking buiten de casussen is informatie verzameld, echter alleen bij de medewerkers die bij de casussen betrokken

zijn. Bij het casuonderzoek was bovendien slechts een deel van de GGZ-instellingen betrokken. Informatie over de kleinere instellingen die minder (of niet) melden is daarmee nog niet voorhanden. Ook is over de samenwerking met Bureau Jeugdzorg weinig informatie verzameld. Deze instelling slaagde er maar moeizaam in casussen te leveren voor het onderzoek. Het beeld van de Raad voor de Kinderbescherming is eveneens beperkt. Overigens bleek dat de beide geïnterviewde raadsmedewerkers de Gelderse aanpak niet kenden. Implementatie in deze instelling blijft daarmee ook een aandachtspunt.

#### **6.4 *Aanbevelingen***

Het onderzoek levert de volgende aanbevelingen op.

- Meer voorlichting is nodig voor de verankering van een groter bewustzijn van de risico's voor kinderen die opgroeien bij ouders met psychische problemen in de GGZ-instellingen. En voor de vertaling daarvan in handelen van medewerkers. Die voorlichting is nodig zowel binnen instellingen als in samenwerking met andere instellingen. We raden daarbij aan te werken met casussen en intervisie. Deskundigheidsbevordering is nodig als het gaat om definities van kindermishandeling bij de GGZ. Zowel bij het AMK/Bureau Jeugdzorg als bij de GGZ is een groter inzicht in elkaars werkwijzen van belang. Knelpunten zijn nog financiering van overleggen en onduidelijkheid over wie de 'trekker' wordt in de komende periode.
- Bij de voorlichting dient extra aandacht uit te gaan naar instellingen die nog weinig melden en advies vragen; over de veranderingen die de Gelderse aanpak bij deze instellingen heeft opgeleverd is nog weinig bekend.
- Voor een goede bescherming van kinderen in de regio is uitbreiding naar andere instellingen waarmee veel gewerkt wordt van belang. Genoemd zijn onder andere huisartsen, het algemeen maatschappelijk werk en de verslavingszorg.

- Een betere bescherming van kinderen begint bij een bewustwording van de risico's voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen. De GGZ-instellingen ontwikkelen nog weinig nieuwe initiatieven om ouders beter te ondersteunen bij hun ouderrol; de ouderrol is nog niet standaard opgenomen in behandelplannen. Dergelijke aspecten behoeven meer aandacht in de toekomst.
- Om het succes van de Gelderse aanpak op termijn beter te kunnen monitoren is het noodzaak dat GGZ-instellingen beter gaan registreren: hoeveel volwassen cliënten ze hebben met kinderen en hoeveel daarvan zijn doorverwezen naar ondersteunend aanbod binnen de jeugd GGZ en/of naar Bureau Jeugdzorg.

## 7 *Literatuur*

Baeten, P., & Janssen, L. (2002). *Samenwerking en beroepsgeheim*. Utrecht: NIZW.

Bruning, M.R. (2006). *Over sommige kinderen moet je praten. Gegevensuitwisseling in de jeugdzorg*. Oratie Leiden.

Distelbrink, M., Tan, S. & Van Dijk, E. (2008). *Evaluatie werkdocument Gelderse Aanpak Kindermishandeling. Nulmeting najaar 2007*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Distelbrink, M. & Tan, S. (2008). *Evaluatie Gelderse aanpak kindermishandeling. 1-meting zomer 2008*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

GGZ Nederland (2008). *'Over sommige kinderen moet je praten'. Code voor het melden van kindermishandeling voor de GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Goderie, M., & Steketee, M. (2005). Bemoezorg voor multiprobleemgezinnen in relatie tot privacybescherming. In: *Journaal Privacy Gezondheidszorg*, 8(6)198-203.

Provincie Gelderland (2007). *Werkdocument kindermishandeling. Dynamisch werkdocument voor samenwerking tussen de Gelderse GGZ-instellingen, Bureau Jeugdzorg - het Advies en Meldpunt Kindermishandeling, Bureau Jeugdzorg Gelderland en de Raad voor de Kinderbescherming regio Gelderland*. Conceptversie mei 2007.

Provincie Gelderland (2008). *De Gelderse aanpak kindermishandeling. Afstemming GGZ (Volwassenenzorg) - Jeugdzorg*.

Staatssecretaris van VWS en Ministers voor Jeugd en Gezin en Van Justitie (2008). *Brief meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, vrouwelijke genitale verminking en eengerelateerd geweld van 9 september 2008*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Steketee, M., Goderie, M., & Braam, H. (2007). *De onderzoekstaak van de Raad voor de kinderbescherming*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Vollebergh W.A.M., Graaf R. de, Have M. ten, Schoemaker C.G., Dorsselaer S. van, Spijker J. & Beekman A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

## ***Bijlage 1 Partners van de Gelderse aanpak kindermishandeling***

Raad voor de Kinderbescherming Regio Gelderland  
Bureau Jeugdzorg Gelderland/ Advies- en Meldpunt Kindermishan-  
deling

### ***GGZ-instellingen, volwassenenzorg***

De Gelderse Roos Arnhem  
Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe  
Forum GGZ Nijmegen  
Kliniek voor Psychotherapie Overwaal  
GGNet  
RIAGGz Over de IJssel (nieuw lid bij de officiële ondertekening)

### ***Overige betrokken partijen***

Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie  
Kinder- en jeugdpsychiatrie Karakter  
Provincie Gelderland





## *Bijlage 2 Casussen 2-meting*

### *Casus A*

#### *Route I: melding door GGZ aan AMK*

##### *1. Achtergrond*

Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van GGNet Volwassenen meldt twee kinderen van vijf en zeven jaar bij het AMK. De moeder van de twee kinderen is cliënt van de GGNet-medewerker. Ze heeft borderline en slaagt er niet in om haar leven op de rails te krijgen, ondanks de hulpverlening die zij krijgt. Zij heeft recent een suïcidepoging gedaan door een overdosis pillen in te nemen. Dit gebeurde in aanwezigheid van het oudste kind. Over het gezin bestonden al zorgen, maar de zelfmoordpoging van de moeder is voor de hulpverlener van GGNet de druppel en de directe aanleiding om een melding te doen bij het AMK. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige denkt dat de kans bestaat dat de moeder door haar eigen problematiek niet voldoende voor haar kinderen kan zorgen; mogelijk kan ze de kinderen onvoldoende veiligheid en pedagogische ondersteuning geven. Moeder is getraumatiseerd door een moeilijke jeugd en als volwassene door fors huiselijk geweld. Beide kinderen zijn van dit laatste getuige geweest en laten wat zorgelijk gedrag zien. De oudste is een rustige en introverte jongen maar kan enorm explosief zijn als hij boos is. De jongste is een pittige dame die manipulerend kan zijn, maar over het algemeen lief is. De vader is volledig uit beeld. De sociaal-psychiatrische verpleegkundige is van mening dat er veel intensieve en langdurige hulp en ondersteuning in de thuissituatie nodig zal zijn om een gunstig opvoedklimaat te realiseren. Zij verwacht dat vrijwillige hulp niet voldoende is, vanwege gebrek aan motivatie bij moeder. Moeder volgt bij GGNet drie trajecten: ze heeft contact met de psychiater en met genoemde sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en volgt psychomotore

therapie waaronder agressie therapie. Moeder zegt geregeld haar eigen afspraken bij de GGZ af. Ze heeft ook hulp vanuit het RIBW.

Moeder begrijpt dat er een zorgmelding is gedaan. Ook begrijpt ze dat haar kinderen al genoeg hebben meegemaakt. In een gesprek met het AMK geeft ze aan dat het erg chaotisch is in haar hoofd en dat ze afspraken vaak gewoon vergeet. Wat de suicide poging betreft zegt moeder dat ze achteraf pas écht beseft wat ze allemaal wél heeft en dat ze dit nooit meer wil en zal doen. Moeder vertelt de medewerker van het AMK dat ze graag hulp en ondersteuning wil, omdat ze het zelf niet meer redt. Daarnaast laat ze weten dat ze heeft besloten om de kinderen voor een jaar naar haar vader te laten gaan -met haar moeder heeft ze geen contact meer - en vraagt of dit geregeld kan worden. Ze wil een jaar volledig aan zichzelf gaan werken, zodat ze er daarna voor de volle honderd procent voor haar kinderen kan zijn. Ze zal dit met haar vader bespreken. Dit zou allemaal op vrijwillige basis geregeld kunnen worden, waardoor een raadmelding niet noodzakelijk zou zijn. De vader van moeder laat echter weten dat hij net een nieuwe baan heeft waardoor hij geen tijd heeft om de kinderen op te vangen. Moeder wil niet dat de kinderen elders geplaatst worden. De hulpverlener van het AMK meldt tijdens een huisbezoek aan moeder dat de kinderen best kunnen overblijven op school, maar dat er na schooltijd iemand thuis moet zijn om op te kinderen te passen. Moeder zou niet weten wie dat zou moeten doen en ziet geen oplossing nu haar vader niet kan helpen.

GGNet en AMK buigen zich over de kwestie of uithuisplaatsing noodzakelijk is en wat er anders moet gebeuren om moeder zoveel mogelijk te ontlasten en te ondersteunen zodat ze aan zichzelf kan werken, terwijl de kinderen extra zorg en ondersteuning krijgen. Ze besluiten uiteindelijk dat uithuisplaatsing niet (direct) noodzakelijk is, maar dat er wel meer hulp moet komen voor zowel de moeder als de kinderen. Met moeder worden duidelijke afspraken gemaakt: zij moet hulpverlening vanuit GGNet accepteren, de afspraken nakomen en met de geboden hulp aan de slag gaan. De kinderen moeten speltherapie krijgen bij GGNet. Houdt moeder zich niet aan deze afspraken dan volgt een raadmelding. Het RIBW verzorgt ambulante gezinsbegeleiding voor alle praktische zaken en opvoedingsondersteuning, en ter ontlasting van moeder wordt

logeer- en weekendpleegzorg aangevraagd. De zaak is overgeheveld naar Bureau Jeugdzorg die het geheel verder coördineert.

## ***2. Samenwerking/uitwisseling tussen volwassenen GGZ en AMK***

Tussen het AMK en GGNet vindt na de melding frequent contact plaats en beide partijen zijn zeer positief over de samenwerking. Volgens de hulpverlener van het AMK denken beide partijen goed mee over wat het beste voor de kinderen zou zijn. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (melder) voelt zich serieus genomen door het AMK en uit zich zeer positief over het contact dat de AMK-medewerker met haar onderhoudt: 'De hulpverlener van het AMK houdt altijd goed contact over de vorderingen, zowel bij mij als melder als bij de andere betrokkenen'. Er zijn volgens haar geen knelpunten, de samenwerking gaat heel soepel en verloopt prettig. Beide hulpverleners zijn het erover eens dat moeder eerst aan zichzelf moet werken voordat zij zelfstandig voor de kinderen kan zorgen.

De hulpverlener van het AMK heeft de goede samenwerking tussen alle verschillende partijen, in dit geval het AMK en GGNet, RIBW, school, huisarts en moeder, naar eigen zeggen bewust op gang gebracht en in stand gehouden. Als ze een gesprek heeft gehad met de moeder van de kinderen, koppelt ze de informatie direct terug aan alle betrokkenen. De medewerkster noemt zichzelf een spil in de samenwerking: 'Ik zit er liever iets té bovenop, dan te weinig'. Bij deze case heeft de hulpverlener van GGNet volgens haar een heel open houding waardoor de samenwerking heel soepel ging; informatieverstrekking komt vlot op gang en is volledig. Volgens het AMK is de reden voor deze open houding gelegen in het feit dat de medewerker van GGNet eveneens de melder is: 'In deze case komt de zorg vanuit het GGZ, dus in wezen ligt de informatie er al. De kinderen zijn al bekend bij GGNet, dat scheelt. In andere gevallen weten ze bij GGNet soms niet eens van het bestaan van de kinderen af. Als ik informatie van GGNet wil over een cliënt, loop ik nog steeds tegen een muur op'.

### ***3. Opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling***

AMK en GGNet spreken geregeld over de situatie van het gezin. GGNet en RIBW spreken in het begin over een panieksituatie waarbij directe uithuisplaatsing van de kinderen misschien noodzakelijk is. De medewerker van het AMK twijfelt daar aan en spreekt hierover met diverse partijen. Uiteindelijk komen de partijen tot een gezamenlijk besluit. Zij besluiten dat uithuisplaatsing niet (direct) noodzakelijk is, maar dat er wel hulp moet komen voor zowel de moeder als de kinderen. De hulp die er al is moet worden uitgebreid en moeder moet de geboden hulp wel nakomen. 'Als een besluit niet gezamenlijk is dan geeft dat ook wel aan dat er iets mis is in de communicatie', meent de medewerkster van het AMK.

Volgens zowel de werknemers van het AMK als van GGNet heeft het document Gelderse aanpak kindermishandeling in deze casus geen rol gespeeld. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige heeft nog nooit van het protocol gehoord en vraagt zich af of het misschien is besproken tijdens een vergadering waar zij niet bij was. De medewerkster van het AMK wist wel van het bestaan van het document af, want dit is ooit in een teamvergadering ter sprake geweest. Door de werkdruk is de inhoud ervan toch wat weggezaakt: 'Het is een document dat je toch snel aan de kant schuift, het is naar mijn mening belangrijker voor de samenwerkingspartner, en dan met name GGNet. Informatie wordt door het AMK altijd wel opgevraagd, dus voor het AMK maakt het document niet veel verschil'. Ze twijfelt of het protocol wel kenbaar is gemaakt bij het team van GGNet.

### ***Casus B***

#### ***Route I: GGZ benadert Bureau Jeugdzorg voor advies***

##### ***1. Achtergrond***

Een medewerker van GGNet behandelt een zwangere vrouw wegens psychische problematiek. De aanstaande moeder is depressief, heeft borderline, ADHD en een zwak intelligentieniveau. Ze krijgt

psychiatrische thuiszorg en heeft gespecialiseerde gezinsverzorging. Al tijdens de zwangerschap van haar cliënt belt de behandelaar van GGNet naar Bureau Jeugdzorg voor advies: de medewerkster voorziet door de problematiek van moeder en haar neiging het moederschap te bagatelliseren problemen in de vervulling van het moederschap. Ze informeert daarom vroegtijdig bij Bureau Jeugdzorg naar mogelijkheden voor zorgverlening en advies. Op dat moment wordt er nog geen actie ondernomen; Bureau Jeugdzorg raadt aan te wachten totdat het kind geboren is.

Na de geboorte van het kind merkt de behandelaar van moeder dat moeder tegen haar beperkingen aanloopt waardoor de opvoeding zeer moeizaam verloopt. Ze heeft het idee dat de moeder zich moeilijk kan verplaatsen in haar kindje en niet goed in kan spelen op haar behoeften. De moeder is geneigd de mogelijkheden van haar baby te overschatten en kan bepaald gedrag moeilijk interpreteren. De ouders van de moeder spelen een belangrijke rol in het leven van het gezin. Ze passen twee dagen per week op, wat voor moeder als een opluchting voelt. De moeder van de baby heeft echter veel problemen met haar ouders, voornamelijk over de verzorging van het kindje. De bijdrage van de vader van de baby is onbekend. Als het kind een aantal maanden oud is vindt bij GGNet een teamoverleg plaats over de situatie: het team vreest dat de ontwikkeling van het kind in het geding komt en besluit de expertise van Bureau Jeugdzorg in te schakelen.

Tijdens een gesprek tussen de medewerker van Bureau Jeugdzorg en de ouders, vertelt moeder dat ze veel heeft meegemaakt in het verleden waardoor haar verdere leven is beïnvloed. Ze kent geen andere moeders van jonge kinderen, en heeft weinig sociale contacten. Het gezin wordt vervolgens gevolgd met behulp van videohometraining. Daaruit blijkt dat structuur, rust en regelmaat ontbreken in het huishouden, hetgeen een weerslag heeft op het kind. Het meisje kan erg driftig worden en slaapt te weinig. De vader heeft een eigen zaak waardoor hij vaak afwezig is en moeder er alleen voor staat. Vader is van niet-Nederlandse afkomst. Het cultuurverschil tussen de ouders is een van de redenen voor het niet eens kunnen worden over de opvoedingsprincipes. Daarbij is vader, als hij vrije tijd heeft, vaker bij zijn ouders die ook zorg nodig hebben, dan bij zijn eigen gezin.

Ook oma houdt er, net als vader, andere regels op na bij de opvoeding waardoor moeder erg onzeker wordt.

Na de videohometraining geven de ouders aan geen behoefte te hebben aan een nieuwe (andere) vorm van hulpverlening naast de huidige. Ze willen graag dat de gespecialiseerd gezinsverzorger zich meer richt op opvoedingsvaardigheden van moeder en minder op huishoudelijke activiteiten en het ondernemen van dingen. De medewerkers van Bureau Jeugdzorg en GGNet komen na overleg overeen dat als er geen verandering optreedt in de situatie een uithuisplaatsing onvermijdelijk is. Eerst wordt geprobeerd vader meer bij het gezin te betrekken en moeder opvoedingsondersteuning te geven. 'Vader koos voor de verzorging van zijn eigen ouders in plaats van zijn eigen gezin. Ik zei tegen hem dat zijn vrouw ondersteuning nodig had van hem. Als hij die ondersteuning niet zou geven, zou de ontwikkeling van het kind gevaar lopen', vertelt de medewerker van GGNet. In een gesprek waarbij zowel de medewerkers van beide instanties als de ouders aanwezig zijn, krijgen de ouders te horen dat het kind mogelijk uit huis geplaatst moet worden, of in een pleeggezin zou moeten komen voor een aantal dagen per week als er geen verandering optreedt. De ouders reageren daar boos op. Het gesprek heeft volgens de medewerker van GGNet echter wel het juiste effect gehad: 'Vader heeft zijn vader (zijn moeder is inmiddels overleden) in een verzorgingshuis geplaatst en maakt meer tijd vrij voor zijn vrouw. Hij is zich meer gaan bemoeien met het kind en met haar. Moeder moet van ons voor advies over de opvoeding naar haar partner gaan en niet naar haar ouders rennen'.

Vervolgens houden GGNet en Bureau Jeugdzorg regelmatig contact over de vorderingen binnen het gezin. Na tien maanden wordt de case afgesloten en spreken beide partijen af dat GGNet een oogje in het zeil houdt bij het kind en Bureau Jeugdzorg inschakelt als er weer twijfels zijn.

## *2. Samenwerking/uitwisseling tussen Volwassenen GGZ en Bureau Jeugdzorg*

De samenwerking tussen de partijen ervaren de medewerkers van beide instanties als prettig. De medewerker van Bureau Jeugdzorg meldt dat er maandelijks overleg is over de case en dat behandelbesprekingen plaatsvinden tussen de partijen. De ouders worden soms ook bij die gesprekken betrokken. Ook is er geregeld contact per e-mail over de vorderingen.

De medewerkster van GGNet heeft er bij Bureau Jeugdzorg wel op aangedrongen dat de zaak met spoed behandeld wordt: 'Mijn cliënt had snel hulp nodig bij de opvoeding en ik had al veel voorwerk gedaan. Ik zou het zonde vinden als de hulp door Bureau Jeugdzorg niet snel opgepakt zou worden. De samenwerking ging soepel en vlot'. Deze GGNet-medewerkster was alleen bij het begintraject van de zaak betrokken; na een aantal maanden is de zaak overgenomen door een collega. Deze collega is net zo te spreken over de samenwerking met Bureau Jeugdzorg als haar voorganger: 'Bureau Jeugdzorg heeft goed geantwoord op vragen die wij hadden over de ontwikkeling van het kind. Ik heb geen negatieve herinneringen als ik aan het contact denk. Dat is een goed teken: het geeft aan dat alles naar tevredenheid is gegaan. Met Bureau Jeugdzorg is dat wel eens anders, het duurt vaak lang voordat er actie ondernomen wordt en adequate hulp in gang wordt gezet'.

De medewerker van Bureau Jeugdzorg heeft een duidelijke verklaring voor de goedlopende samenwerking: 'Dat het zo goed liep kwam mede doordat we in hetzelfde pand gehuisvest zijn. We liepen zo bij elkaar binnen en spraken elkaar in de gangen en bij de koffieautomaat'. Hij moet wel wat moeite doen om informatie over moeder te krijgen: 'Achter die informatie heb ik wel aan moeten hobbelen. Maar de informatie kreeg ik, en die informatie voldeed'. Het enige knelpunt in deze case is dat Bureau Jeugdzorg suggesties aan GGNet doet over de inhoudelijk zorg die moeder moet krijgen. Daar kan de medewerker van GGNet zich niet in vinden. De medewerker van Bureau Jeugdzorg licht toe: 'Het enige knelpunt was dat ik twijfels had over de behandeling van de moeder. Ik vroeg me af of we wel iets konden doen aan de zwakbegaafdheid van moeder, of

er wel verbetering mogelijk was'. Beide medewerkers geven uitdrukkelijk aan dat ze wat betreft het kind wel op één lijn zitten. Volgens de medewerker van GGNet die bij de eindfase van deze casus betrokken is, hebben GGNet en Bureau Jeugdzorg een gezamenlijke visie: "De vader moet veel meer doen voor zijn eigen gezin, en de grootouders moeten minder invloed krijgen. Moeder heeft veel problemen met haar ouders, vooral wat betreft de opvoeding van het kind. Het meisje krijgt veel mee van die ruzies. De grootouders leken verstandig maar daar hebben wij ons op verkeken'.

### ***3. Opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling***

Bij deze case speelt het protocol Gelderse aanpak kindermishandeling geen rol. 'De samenwerking was er al, dus gebruik van het protocol was niet nodig. Dat komt omdat wij in één pand zitten, dan kun je gemakkelijk overleggen', vertelt de BJZ-medewerker. De medewerker van GGNet die bij de laatste fase van deze case betrokken is denkt hier hetzelfde over: 'Gebruik van het protocol was niet nodig. Beide partijen kwamen duidelijk overeen wat er gedaan moest worden. We zaten daarbij op één lijn'.

De medewerker van GGNet is erg positief over de geboekte vorderingen binnen het gezin: 'Als het zo verder gaat hoeft er geen pleeggezin aan te pas te komen. Vader is meer betrokken, het echtpaar doet meer samen en moeder begint meer regie te krijgen. Moeder wil wel een tweede kind maar vader ziet in dat ze daar beter niet aan kunnen beginnen'. Het meisje gaat een aantal dagen per week naar de peuterspeelzaal in plaats van naar oma: 'Dat is voor ons een geruststelling. Ze wordt daar goed opgevangen, en als er iets aan de hand is dan schakelen ze ons in', vertelt de GGNet-medewerker. 'De gespecialiseerd gezinsverzorger is niet meer in beeld omdat de match met moeder ontbrak en er teveel spanningen waren', vervolgt zij, 'moeder vond haar te veel praten en de GGV-er vond dat moeder haar adviezen niet aannam waardoor een conflictsituatie ontstond. De psychiatrische thuiszorg is nog wel bij het gezin betrokken en moeder is lid van een opvoedclubje in de buurt'.



### *Casus C*

#### *Route II: AMK verzoekt volwassenen GGZ om informatie (met instemming ouders)*

##### *1. Achtergrond*

Een gastouder van een kinderopvanginstelling meldt een tweejarig meisje aan bij het AMK. De gastouder is bezorgd en meldt dat er sprake is van zowel lichamelijke als pedagogische verwaarlozing van het kind. De peuter zou er onverzorgd uitzien, te kleine kleren en schoenen dragen en ondergewicht hebben. De moeder van het meisje heeft psychiatrische problematiek waarvoor zij onder behandeling staat bij GGNet. Vader kan volgens de gastouder weinig aanwezig zijn in het gezin omdat hij een eigen bedrijf heeft. Het vermoeden bestaat dat hij af en toe drugs gebruikt. Wanneer de moeder van het kind tijdelijk is opgenomen in de kliniek van GGNet, wordt het kind overdag ondergebracht bij de kinderopvang. In totaal brengt het meisje daar twee weken door. Op een dag komt het kind niet opdagen bij de opvang en de gastouder gaat bij het kind thuis kijken of het daar misschien nog is. Het meisje is inderdaad thuis, samen met haar vader die drugs heeft gebruikt. Daarop doet de gastouder een melding bij het AMK.

GGNet is zowel op de hoogte van moeders problematiek als van het feit dat vader een paar keer per jaar (ongeveer drie à vier keer) drugs gebruikt. Vader is volgens de hulpverlener van GGNet 's avonds en het weekend altijd thuis, en als hij het nodig vindt neemt hij een vrije dag. Hij is dus voldoende aanwezig in het gezin. Al tijdens de opname van moeder in de kliniek merken de medewerkers van GGNet dat hun cliënt het thuis niet trekt. GGNet vraagt tijdens de opname van moeder psychiatrische thuiszorg aan. Tevens vraagt GGNet aanmelding van het kind bij een peuterspeelzaal aan, zodat moeder bij thuiskomst na opname wat meer ontlast wordt. Na het incident waarbij vader tijdens drugsgebruik alleen thuis is met het kind, vragen de medewerkers van GGNet zich af of ze dit moeten melden bij het AMK. 'Je zit dan toch met een dilemma', vertelt de hoofdbehandelaar van moeder, 'Als we melden dan zijn we het contact met het gezin waarschijnlijk kwijt'. Als blijkt dat de

gastouder op eigen verantwoordelijkheid heeft gemeld is GGNet opgelucht: 'Mooi, dan hoeven wij dat niet te doen'.

Ook het AMK ziet hulpverlening als noodzakelijk, zeker door de jonge leeftijd van het kind. Tijdens een huisbezoek van de AMK-medewerkster aan het gezin merkt ze op dat het dochtertje zich goed ontwikkelt, vrolijk is en goed contact heeft met haar ouders. De moeder van het kind heeft behoefte aan zowel praktische als pedagogische ondersteuning. In de periode dat moeder is opgenomen in de kliniek, wat het geval was in 2006 en nu weer in 2008, kan ze minder of onvoldoende beschikbaar zijn voor het kind. Moeder vindt het wel erg belangrijk dat zij haar eigen kind kan opvoeden en zij wil de opvoeding liefst niet uit handen geven. Zij erkent wel dat zij hulp nodig heeft en accepteert het noodzakelijke. Vader heeft echter geen vertrouwen in de hulpverlening en wijst suggesties voor hulp resoluut van de hand. De ouders hebben geregeld ruzie met elkaar en de relatie heeft op springen gestaan. Vader wil niets weten van relatietherapie. De hoofdbehandelaar van de moeder vertelt dat er toch een gesprek heeft plaatsgevonden waar zowel de ouders als zijzelf en de medewerker van het AMK bij aanwezig zijn geweest. Dit is moeizaam verlopen omdat de ouders er het nut niet van inzagen. Het AMK wilde meer hulp inzetten, terwijl de ouders vonden dat er al genoeg hulp was. Daarmee is het contact met het AMK volgens haar afgesloten.

In het overleg wordt besloten dat GGNet de moeder blijft begeleiden en daarbij nog meer oog zal hebben voor de positie van het kind. Tijdens de gesprekken met de moeder zal voortaan (de opvoeding van) het kind ook aan bod komen. Op korte termijn zal het kind naar een peuterspeelzaal gaan, dit is al tijdens de opname van moeder door GGNet aangevraagd. 'Het is niet zo dat ze het kind mishandelen, maar de situatie is niet normaal' meent de hoofdbehandelaar van moeder. Zij is blij dat het kind altijd meekomt als de moeder naar GGNet gaat: 'Zo hebben wij ook zicht op het meisje'.

## *2. Samenwerking/uitwisselingen tussen volwassenen GGZ en AMK*

Na de melding door de gastouder zoekt de medewerkster van het AMK contact met de medewerkers van GGNet waar de moeder van het kind in behandeling is. De samenwerking met de medewerkers van GGNet ervaart de hulpverlener van het AMK als onprettig en moeizaam. De hulp komt in haar ogen moeizaam op gang, zowel wat betreft tijd als moeite: 'Ik moet veel uit de kast halen om informatie te krijgen'. De antwoorden die zij vervolgens krijgt zijn algemeen. 'Daar kon ik niet zoveel mee'. Telefonisch vertelt de hoofdbehandelaar aan de medewerker van het AMK dat GGNet vader als vijandig ervaart. 'Dat was relevante informatie maar kwam nergens zwart op wit terug, zodat ik er niets mee kon', vertelt de medewerker van het AMK. 'De informatie is karig en de manier waarop ik aan de informatie kom onprettig', vervolgt zij.

De hoofdbehandelaar van de moeder is volgens de AMK-medewerker wel goed te bereiken. Contact met de psychiater moet via de hoofdbehandelaar gebeuren, wat als een obstakel werkt. De psychiater verzoekt de AMK-medewerker om haar vragen op papier te stellen en het voorstel van de AMK-medewerker om mondeling overleg te hebben op GGNet wordt van de hand gewezen. 'De psychiater wil niet verzeild raken in een moeilijke situatie waarin hij verleid wordt informatie te geven die verdraaid of verkleurd gerapporteerd zou kunnen worden', aldus de medewerker van het AMK. 'De psychiater vreest dat de vertrouwensrelatie met zijn patiënt in het geding komt. Hij wil zijn antwoord daarom kunnen opstellen in zijn eigen werkkamer'. De hoofdbehandelaar van GGNet licht toe dat ze bij GGNet vragen alleen schriftelijk willen ontvangen door ervaringen uit het verleden waaruit bleek dat AMK-medewerkers hun woorden onzorgvuldig samenvatten, waardoor er 'gedoe' was ontstaan.

De medewerker van het AMK vertelt dat gemaakte afspraken niet werden nagekomen: 'In een van de gesprekken heb ik aangedrongen op gespecialiseerde gezinsverzorging. De afspraak was dat GGNet met de ouders zou overleggen over het al dan niet inzetten van een gezinsverzorger'. Moeder had in een eerder gesprek met het AMK aangegeven geen belangstelling te hebben,

maar werd verzocht erover na te denken. GGNet zou hierover contact opnemen met het AMK, maar ik heb daar nooit meer iets van gehoord', aldus de AMK-medewerker.

De hoofdbehandelaar bij GGNet kenmerkt de samenwerking met het AMK als 'gevoelens van wreveligheid over en weer': 'Het AMK is ontevreden omdat zij zich daar zorgen maken over het gezin maar wij de informatie niet zomaar willen verschaffen. Bij ons is wreveligheid ontstaan omdat wij vinden dat de medewerker van het AMK geen gerichte vragen stelt', vertelt de GGNet-medewerker. Ze vervolgt: 'We krijgen een briefje met één algemene vraag: 'Kunt u me relevante informatie geven over de situatie?' Tja, wat is dan relevant? We hebben hier liever concrete vragen, zoals: 'Wat mankeert de moeder''. De psychiater vond de vraag volgens haar te algemeen en heeft daarom zelf ook een algemeen antwoord gegeven. Volgens de medewerker van GGNet is niet de moeder maar haar man het probleem: 'Hij is echter geen patiënt en komt bijna nooit mee als moeder een gesprek heeft'.

### *3. Opbrengt Gelderse aanpak kindermishandeling*

De medewerkster van het AMK vertelt dat het protocol goed bekend is bij de medewerkers van het AMK: 'Intern is er in de verschillende teams aandacht aan besteed, er wordt regelmatig op teruggekomen'. Omdat zij weet dat ze informatie mag aanvragen bij de GGZ is ze verbaasd dat GGNet deze mening niet deelt: ze heeft het idee dat de bekendheid met het protocol eenzijdig is. Wanneer ze de medewerkers van GGNet erop wijst dat het legaal is om informatie te verschaffen krijgt ze als antwoord 'dat het wel de bedoeling is dat dit op den duur in gang gezet wordt, maar dat dat nu nog niet het geval is'. De medewerker van GGNet kan zich niets van dit antwoord herinneren en vertelt dat het document Gelderse aanpak kindermishandeling niet bekend is bij haar. Ze vertelt dat zij en haar collega's altijd informatie hebben gegeven en dat ze dat ook altijd zullen blijven doen, maar wel schriftelijk vanwege de zorgvuldigheid en openheid tegenover de cliënt.

De medewerker van het AMK meldt dat de samenwerking tussen het AMK en de GGZ nog nooit zo moeizaam is geweest. Ze vindt het

wel goed dat artsen en psychiaters zich afvragen waar de grens gesteld moet worden bij het verstrekken van informatie: 'Niet alle informatie is relevant, en niet alles hoeft verteld te worden. Dit getuigt van zorgvuldigheid van artsen en psychiaters en dit is een goed teken'.

### *Casus D*

#### *Route II: AMK verzoekt volwassenen GGZ om informatie (met instemming ouders)*

#### *Bijzonderheid: betrokkenheid van de Raad voor de Kinderbescherming*

##### *1. Achtergrond*

Het AMK heeft contacten lopen over een driejarig jongetje dat bij zijn vader woont. Dit kind is in het verleden gemeld vanwege de psychiatrische problematiek van moeder. De ouders zijn inmiddels gescheiden en de vader krijgt ondersteuning in de zorg voor het zontje. Er zijn geen zorgen meer over de opvoedsituatie van dit kind. Vader deelt echter op een bepaald moment zijn zorgen over zijn ex met een maatschappelijk werker die hem ondersteunt. De maatschappelijk werker neemt contact op met het AMK vanwege de vermoedelijk verslechterde toestand van de moeder.

De AMK-medewerker die met de zaak belast is doet een rappel. In eerste instantie toetst zij de situatie van het driejarige jongetje. Vader krijgt advies over de omgang met moeder. Verdere bemoeienis door het AMK is in deze zaak niet nodig. Gedurende het onderzoek komen er echter verontrustende signalen over de moeder binnen. De berichten komen niet allemaal uit even betrouwbare bron en zijn ook niet allemaal even duidelijk. Het beeld dat ontstaat is het volgende. Moeder is zwanger van een andere man en bewoont met haar nieuwe vriend een kamer in een huis met anderen. Dit huis zou niet geschikt zijn voor een baby. Moeder lijkt geen besef te hebben van de aspecten die bij de verzorging van een kindje komen kijken. Ze zou nog niets voor het ongeboren kindje hebben voorbereid. Van moeder is bekend dat zij psychiatrische problemen heeft en daarvoor in behandeling is bij de Gelderse

Roos. Er zijn berichten van de politie over fors cannabisgebruik van moeder. De nieuwe vriend van moeder heeft verschillende aantekeningen bij de politie wegens overlast en vermoedelijk gebruik van en kleinschalige handel in drugs. Daarnaast heeft hij geen uitkering of verzekering en is hij in het verleden meerdere malen wegens psychiatrische problematiek opgenomen. Op basis van deze informatie besluit de AMK-medewerker het nog ongebooren kind van moeder aan te melden, zodat het AMK onderzoek kan doen naar de situatie van de baby.

Tijdens het vooronderzoek blijkt dat diverse hulpverleners betrokken zijn bij moeder. De maatschappelijk werker van het AMK overlegt met de Gelderse Roos, het RIBW, de huisarts, verloskundige en gynaecoloog. Moeder heeft bij de verloskundige aangegeven dat zij elke dag blowt om in slaap te vallen. De verloskundige adviseert een klinische bevalling. Moeder komt haar afspraken met huisarts en verloskundige redelijk goed na en is het eens met een bevalling in het ziekenhuis. De AMK-medewerker maakt zich zorgen over een dreigende psychose bij moeder, omdat zij van de ex-partner heeft begrepen dat moeder erg druk is. Zij gaat daarom met een medewerker van het RIBW op huisbezoek bij moeder en haar nieuwe vriend. De woonsituatie is niet goed, en moeder lijkt slecht te zijn voorbereid op de komst van de baby. De AMK-medewerker vindt het zorgwekkend dat zij zich daar ook niet druk om lijkt te maken. Hoewel moeder inderdaad erg hyperactief overkomt lijkt de psychische toestand van moeder echter ook weer niet zo ernstig te zijn als de AMK-medewerker in eerste instantie vreest. Het RIBW zal met moeder bespreken dat de woonplek niet geschikt is voor een baby.

Als alle hulpverleners op één lijn zitten en de hulpverlening lijkt te lopen wil het AMK het dossier afsluiten. Dit wordt al snel weer teruggedraaid, de partijen houden teveel zorgen. Beide ouders willen eigenlijk niets met het AMK te maken hebben en vinden de bemoeienis overdreven. Ze stellen zich echter wel meewerkend op; ook omdat het AMK duidelijk aangeeft dat er een onder toezichtstelling (OTS) volgt als zij niet vrijwillig meewerken. In feite zijn ze echter niet gemotiveerd voor hulpverlening. Moeder komt haar afspraken met de zorgverleners wisselend na. Ze doet het een tijdje goed en valt dan weer terug. De situatie blijft instabiel. De partijen

houden goed contact met elkaar. Op zekere dag komen er berichten binnen over cokegebruik van moeder en verdwijnt ze helemaal uit beeld. Ze zou door haar vriend uit de kamer zijn gezet. Zij komt niet meer op afspraken en het lukt geen van de partijen meer met haar in contact te komen. Op dat moment draagt het AMK de zaak over aan de Raad voor de Kinderbescherming. Gezien de langdurige onstabiele situatie van alle betrokkenen lijkt een maatregel om te komen tot gedwongen hulpverlening en toezicht noodzakelijk.

## ***2. Samenwerking/uitwisseling tussen volwassenen GGZ, AMK en Raad voor de Kinderbescherming***

Na de aanmelding van de ongeboren baby neemt de maatschappelijk werker van het AMK contact op met de hulpverlener van moeder bij de Gelderse Roos. Zij deelt haar zorgen om een eventuele naderende psychose, en wil van de Gelderse Roos een inschatting van de situatie. Op dat moment is de vaste hulpverlener van moeder met vakantie. De medewerker van het AMK wil graag dat de vervangende hulpverlener een waarneming gaat doen bij moeder thuis. Deze vindt dat echter niet nodig. Er zijn volgens hem onvoldoende aanwijzingen om te gaan kijken en hij stelt zich op het standpunt dat als het AMK zich zorgen maakt over de ongeboren baby, het AMK dan ook een huisbezoek te doen. Mocht het echt slecht met de cliënt gaan, dan kan hij alsnog gaan. De maatschappelijk werker van het AMK geeft duidelijk aan dat zij niet deskundig is in het inschatten van het psychiatrisch ziektebeeld van moeder. De hulpverlener van de Gelderse Roos blijft echter bij zijn standpunt dat het dan de taak van het AMK is om te gaan kijken. De maatschappelijk werker van het AMK besluit daarop om samen met het RIBW op huisbezoek te gaan. De situatie is niet direct alarmerend en zij besluit daarom te wachten tot de vaste hulpverlener van moeder terug is van vakantie. Over de samenwerking met deze vervanger zegt de AMK-medewerker: 'Ik vond het vervelend dat we de handen niet ineen hebben kunnen slaan om te onderzoeken of mijn zorg terecht was'. Als zij de situatie ernstiger had gevonden dan zou ze er bij de vervanger zeker op hebben aangedrongen alsnog zelf op huisbezoek te gaan.

De vaste hulpverlener van moeder is het direct met de door het AMK geuite zorgen eens en doet een waarneming. Haar beoordeling is op dat moment dat het wel gaat met moeder. Over de samenwerking met deze vaste hulpverlener is de medewerker van het AMK zeer te spreken: 'Ze pakte het meteen goed op en we waren het met elkaar eens'. Ze had bij de samenwerking het gevoel samen voor het probleem te staan. Ook de hulpverlener van de GGZ is tevreden over de samenwerking tussen hen beiden. Ze konden elkaar makkelijk vinden en informatie delen was geen probleem. Uit de uitspraken van de hulpverlener van de Gelderse Roos valt wel op te maken dat er onduidelijkheid is over elkaars precieze taken: 'Over het algemeen ben ik tevreden. In deze zaak is het prima gegaan, terwijl het in een andere casus veel moeizamer ging, maar misschien lag dit aan het feit dat het in de andere casus ging om kinderen die al geboren waren. Er was alleen vanuit het AMK onduidelijkheid over wat de Gelderse Roos voor het ongeboren kind zou kunnen doen. Het AMK dacht dat er vanuit de Gelderse Roos meer mogelijk was voor het ongeboren kind. Het AMK is er echter voor het kind en de Gelderse Roos voor de volwassene. Ik dacht zelf dat er vanuit het AMK meer gedaan zou kunnen worden voor het ongeboren kind'.

In deze zaak is ook samengewerkt met de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad ervaart het als prettig dat de namen van de betrokken contactpersonen al in de melding terug te vinden waren. Deze konden ze nu snel vinden. De raadsmedewerker vertelt in het interview dat het AMK de raadsmelding schriftelijk doet en dat er na de melding meestal geen contact meer is met het AMK, omdat de informatie duidelijk is. In deze casus is wel contact geweest met de Gelderse Roos. Volgens de raadsmedewerkers verschilt het per casus of de medewerkers van de Gelderse Roos informatie willen uitwisselen: in het ene geval gaat dit gemakkelijk en in het andere geval doet iemand een beroep op zijn of haar beroepsgeheim. 'In deze casus waren zowel vader als moeder onder behandeling van de Gelderse Roos. De behandelaar van vader wilde geen informatie geven in verband met de privacy, maar liet wel doorschemeren zich zorgen te maken. Dat de behandelaar van vader geen informatie uit wilde wisselen is dubbel. (...) Het is wel belangrijk om informatie



over vader te hebben, omdat dit in het belang van het kind is, maar aan de andere kant snap ik de terughoudendheid van de Gelderse Roos wel'. De behandelaar van moeder deelde wel informatie. Dit werd door de raadsmedewerker als prettig ervaren. 'Je kunt je zorgen delen en kunt samen dingen regelen. Het samenwerken maakt dit makkelijker. We zaten allebei op één lijn. Ik kon met haar informatie een betere inschatting maken van de situatie'.

De raadsmedewerker geeft als advies mee dat het goed zou zijn als de Gelderse Roos zelf zou bellen voor directe informatie. Volgens haar wist de Gelderse Roos het adres van moeder niet, terwijl de Raad hier wel van op de hoogte was: 'Eén telefoontje van de Gelderse Roos was genoeg geweest om het adres te achterhalen. Ik zou persoonlijk even een rondje bellen als het adres van mijn cliënt onbekend was'. De hulpverlener van de Gelderse Roos geeft echter aan dat zij zelf naar de Raad belde met de vraag of zij haar cliënt nog in beeld hadden. Zij is er niet zo tevreden over dat de afspraak geschonden werd dat de moeder en haar zoontje van drie (die bij haar ex-partner woont) niet meer in één huis mochten wonen (moeder werd tijdelijk opgevangen door haar ex-partner omdat zij geen woonruimte meer had).

### ***3. Opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling***

De AMK-medewerker weet niet of het protocol in deze casus een rol heeft gespeeld. Zij heeft het zelf niet genoemd: de samenwerking verliep prima zonder. Ze kent het protocol wel maar gebruikt het niet actief. Ze heeft het via de mail gekregen en vond de inhoud ervan zo voor de hand liggend dat ze het niet meer nauwkeurig bestudeerd heeft.

Ze kan niet zeggen wat het effect van de afspraken vanuit de Gelderse aanpak op de samenwerking is geweest, maar wel wat de wijze van samenwerken voor deze zaak betekend heeft. Volgens haar had het in deze zaak zonder gezamenlijk optreden veel langer geduurd voordat ze haar zorgsignalen bevestigd had gekregen, en had het ook langer geduurd voordat ze kon handelen. Nu ligt de zaak dankzij de constructieve samenwerking nog voordat de baby geboren is bij de Raad.

Ook de behandelaar van de Gelderse Roos kent het protocol: 'Het is besproken tijdens de deskundigheidsbevordering en binnenkort is er een bijscholing middels een symposium over kindermishandeling. Er wordt echt aandacht aan besteed. Het document is ongeveer negen maanden à een jaar geleden uitgedeeld en we hebben hier uitleg over gehad van de afdeling preventie. Zij hebben verteld wat er te halen valt'. Ook zij geeft aan niet zo goed te weten welke rol het protocol bij de samenwerking in deze zaak heeft gespeeld: 'De rol van het document in deze casus heb ik eigenlijk niet zo voor ogen. De communicatie is door het document verbeterd, er zijn duidelijke onderlinge afspraken gemaakt. Voorheen moest je de sociale kaart erg goed kennen. In het protocol wordt deze makkelijker uitgelegd. De samenwerking gaat in vergelijking met vroeger soepeler. Ik verwacht dat de samenwerking wel is verbeterd door het protocol'. De raadsmedewerker is niet bekend met de Gelderse aanpak kindermishandeling: 'Over het algemeen is deze volgens mij ook niet bekend. Er zijn zoveel protocollen'. Zij denkt dat deze wel bruikbaar kan zijn 'als er afspraken in staan die duidelijkheid verschaffen over wat een andere instelling wel en niet mag zeggen. De lijntjes worden korter en je kunt de Gelderse aanpak als weerwoord gebruiken als er geweigerd wordt om informatie te delen. Het is belangrijk om andere partijen op de Gelderse aanpak te attenderen. Het is voor alle partijen handig'. Ze hoopt dat de Gelderse aanpak tot een snellere doorstroom leidt. 'Sommige dingen sudderen nu lang door. Het zou goed zijn om door te pakken en cliënten niet altijd nog (weer) een extra kans te geven'. In deze casus zijn er altijd veel zorgen geweest. Eerder melden had ervoor gezorgd dat er sneller had kunnen worden doorgepakkt, aldus de raadsmedewerker. 'Als de Gelderse Roos eerder aan de bel trekt, dan kan het AMK eerder aan de slag en kan er eerder worden gemeld aan de Raad, zodat ook wij sneller aan de slag kunnen'.

### *Casus E*

#### *Route II: AMK verzoekt volwassenen GGZ om informatie (buiten medeweten van de ouders)*

##### *1. Achtergrond*

Een intern begeleider van een basisschool meldt drie kinderen tussen de 7 en 11 jaar bij het AMK. De reden daarvoor zijn de ernstige psychische problemen van de vader van de kinderen. Het gezin schijnt grote financiële problemen te hebben, die de vader erg onder druk zetten. Een week voor de melding is vader van plan geweest om suicide te plegen. Uiteindelijk heeft hij dat niet gedaan en is hij in paniek het gemeentehuis in gered en heeft daar om hulp geroepen. De huisarts van vader heeft hem naar GGNet gebracht. Eenmaal bij de crisisafdeling aangekomen, was vader weer gekalmeerd. Er heeft een gesprek met vader en moeder plaatsgevonden. Beiden vonden opname niet meer nodig en ze zijn daarna naar huis gegaan. Er is volgens de meldster geen verdere begeleiding vanuit GGNet.

De school maakt zich zorgen over de kinderen, sinds ze dit verhaal van een van de kinderen te horen hebben gekregen. Vader heeft eerder een suicidepoging gedaan waar het gezin bij was en het oudste kind heeft toen hulp moeten halen. Na de recente crisis heeft hij haar in verwarde toestand opgebeld om te zeggen dat alles goed was. De school heeft haar zorgen om de kinderen met de beide ouders besproken, en in dat gesprek aangegeven dat zij het belangrijk vindt om contact op te nemen met Bureau Jeugdzorg voor hulp. De ouders vonden dit goed. De intern begeleider heeft van Bureau Jeugdzorg echter te horen gekregen dat zij geen tijd hebben en niet op korte termijn aan de slag kunnen met dit gezin vanwege wachtlijsten. Ze is daarom doorverwezen naar het AMK. De ouders zijn niet op de hoogte van de melding bij het AMK. De medewerker van het AMK die bureaudienst heeft neemt de zaak aan omdat niet bekend is of er hulpverlening is betrokken bij het gezin. Daarbij is het de vraag in welke mate de psychische problematiek van vader invloed heeft op de kinderen, en of moeder voldoende in staat is om de kinderen te beschermen. Dezelfde dag, dus nog voordat de zaak is toegewezen aan een vaste AMK-

medewerker, neemt de AMK-medewerker die bureaudienst heeft contact op met de huisarts en GGNet voor aanvullende informatie. De huisarts vertelt de situatie als zeer risicovol ingeschat te hebben en daarom vader zelf naar GGNet te hebben gebracht: vader had aangegeven dat hij hulp nodig had omdat hij bang was zichzelf wat aan te doen en daar mogelijk ook zijn vrouw en kinderen in mee te nemen. De huisarts heeft deze zorgen ook overgedragen aan GGNet. De GGNet-therapeut reageert volgens de AMK-medewerker erg afhoudend. Volgens haar kent hij vader nog nauwelijks en hij wil liever niet overleggen zonder medeweten van de ouders. De therapeut heeft na het eerste contact op de crisisopvang een paar keer geprobeerd om vader te spreken te krijgen, maar dat is niet gelukt (geen gehoor). Hij heeft er daarom bij de huisarts op aangedrongen druk uit te oefenen op vader. In het dossier van het AMK staat dat de therapeut die contact met vader heeft gehad op de crisisafdeling, het er niet mee eens was dat vader naar huis is gegaan en niet is opgenomen. Hij kan echter niets doen als de cliënt niet wil: er waren onvoldoende redenen voor een gedwongen opname.

Vanwege de samenwerking met de GGZ wordt de zaak vervolgens uitgedeeld aan een vertrouwensarts. Deze wil bekijken welke ondersteuning het gezin nodig heeft bij de schuldenproblematiek, en vader motiveren voor hulpverlening. Maar vooral zet de vertrouwensarts in op hulp voor de kinderen bij het verwerken van wat er gebeurd is.

Met de ouders wordt een afspraak gemaakt voor het huisbezoek. Dit verloopt goed en de ouders, vooral moeder, geven aan hulp voor hun oudste kind te willen. Het meisje uit zich niet over het gebeurde en zegt dat alles goed gaat. Het lijkt hen goed als zij met een neutrale buitenstaander over het gebeurde kan praten. In het gesprek geeft moeder aan vader te zullen ondersteunen bij zijn hulpvraag aan GGNet. Uit een aanvullend gesprek dat de AMK-medewerker vervolgens met de kinderen alleen heeft, blijkt dat de kinderen, met name de oudste, teveel verantwoordelijkheid dragen. Voor en na school zijn de beide ouders er niet en rust de verantwoordelijkheid voor de jongsten op de schouders van de oudste. Bovendien zijn alledrie de kinderen bang dat er weer iets met hun vader gebeurt. Als hun vader in de war raakt vertrekken zij

daarom stilletjes naar boven. De medewerker van het AMK neemt dit op met moeder. Op advies van het AMK neemt moeder contact op met het algemeen maatschappelijk werk (AMW) voor ondersteuning en overlegt zij met haar werkgever over aanpassing van haar werktijden. Het AMK meldt de kinderen aan bij GGNet afdeling Jeugd en bij Bureau Jeugdzorg, waar zij enkele weken later terechtkunnen. Uiteindelijk lukt het niet om vader in behandeling te laten gaan. De therapeut van GGNet heeft vader nog wel twee keer telefonisch gesproken, en daarin heeft vader gezegd wel positief tegenover hulp te staan. Maar uiteindelijk zet hij het niet om in daadwerkelijk in behandeling gaan. De zaak wordt afgesloten en overgedragen aan Bureau Jeugdzorg, AMW en GGNet Jeugd.

## ***2. Samenwerking/uitwisseling tussen volwassenen GGZ en AMK***

De AMK-medewerker is in betreffende casus matig tevreden over de samenwerking met de GGZ. De contactpersoon van het AMK in deze casus is tot aan het huisbezoek een vertrouwensarts van de 'intake' geweest. Pas na het huisbezoek is een 'vaste' vertrouwensarts betrokken. Dit komt doordat het gezin in een 'crisisituatie' is aangemeld. Als zij (vertrouwensarts van de 'intake') contact opneemt met de behandelaar van GGNet, reageert deze volgens haar terughoudend. De AMK-vertrouwensarts geeft aan dat zij op verzoek van de huisarts de zorgen terugkoppelt, en graag afspraken wil maken over de samenwerking met GGNet. De therapeut staat op het standpunt dat vader moet worden doorverwezen en zich moet melden om voor hulp in aanmerking te komen. Hij heeft er daarom bij de huisarts op aangedrongen dat deze druk uitoefent op vader. De huisarts is op dat moment echter op vakantie. De medewerker van het AMK uit haar verbazing over de gang van zaken na de duidelijke noodkreet van vader de week ervoor. Het lijkt haar dat hier sprake is van onnodige vertraging. De vertrouwensarts maakte zich zorgen over het feit dat er geen natraject bestond en dat vader zelf een hulpvraag moest formuleren om in behandeling te komen. Het feit dat hij een hulpvraag had maakte dat hij niet door de GGZ

begeleid kon worden. Bij het AMK lag de vraag of het niet van belang was om dan eventueel samen een hulpvraag te formuleren om hem 'binnen' te krijgen. Nu leek het alsof het feit dat hij niet officieel verwezen was door de huisarts en geen eigen hulpvraag had, maakte dat hij ook niet begeleid kon worden. De therapeut van GGNet blijft echter op het standpunt dat hij de cliënt niet kan helpen als deze zich niet eerst via de reguliere weg aanmeldt. Als de AMK-medewerker hierover later contact opneemt met de huisarts, dan blijkt dat deze in de veronderstelling was dat hij vader, door hem zelf naar GGNet te brengen, al doorverwezen had. De verwijzingen worden vervolgens geregeld en de AMK-medewerker zet de therapeut onder druk om afspraken te plannen voor en na een uitspraak van de rechtbank over de financiële situatie van het gezin. Hier is rondom de uitspraak gehoor aan gegeven, maar dit is vanwege het ontbreken van een hulpvraag (vader had AMK gezegd wel begeleiding te willen) niet gecontinueerd. De medewerker van het AMK begrijpt dit niet. In 2004 had vader ook hulp van GGNet en hij zegt zich daar wel goed bij gevoeld te hebben. Als de GGZ vader begeleidt, is de route naar de KOPP-groep gemakkelijk voor de kinderen intern te regelen. Uiteindelijk heeft het AMK een behandeling via GGNet Jeugd opgestart. Geconcludeerd kan worden dat de ervaringen van de vertrouwensarts van de intake en de 'vaste' vertrouwensarts niet positief zijn. Overigens meldt de vertrouwensarts dat de meeste opgedane ervaringen inmiddels positiever zijn.

De behandelaar van GGNet is psychotherapeut en leidinggevende. Binnen zijn afdeling is veel aandacht voor de positie van kinderen en hij stelt zelf in de behandelkamer geregeld de vraag aan de orde hoe de cliënt met diens problematiek denkt om te gaan in het gezin. Op het moment van de suïcidepoging van de vader in deze casus had hij crisisdienst. Hij heeft twee keer contact gehad met het AMK, met twee verschillende personen. 'Ze hebben zeker wat wisselingen daar, althans zo kwam dat op mij over', aldus de therapeut. De tweede vertrouwensarts zou de vaste contactpersoon worden. Echt veel hebben ze niet samengewerkt. De medewerker van GGNet legt uit waarom hij niet veel heeft kunnen doen: 'We hebben het hier over een man die ik een half uur gezien heb. Meneer was voorgesorteerd voor acute opname. Hij heeft zich

diezelfde middag hersteld getoond. Hij hoefde geen opname meer. De psychiater aldaar zag geen reden om hem te houden. Vervolgens heb ik hem gebeld: hoe nu verder? Ik wil daar graag met u over praten. Dat wilde vader wel maar hij kwam niet. Toen heb ik hem een tweede keer gebeld, toen kwam het ook niet tot een afspraak'. De therapeut van GGNet ziet daar juist een taak voor het AMK liggen: 'Het AMK kan zeggen: ik wil dat je je onder behandeling stelt. Ik heb aan AMK aangegeven dat ik hem niet kan dwingen en gevraagd: kunnen jullie geen druk uitoefenen? Zodra dat lukte zou hij zich hier moeten melden. Maar als iemand zich niet meldt, dan moet ik het loslaten'. Naast het AMK heeft de therapeut contact met de huisarts gehad en die ook nog gevraagd druk uit te oefenen. Uiteindelijk heeft het er niet toe geleid dat vader zich onder behandeling stelt. Betreffende therapeut heeft dus geen cliënt en kan daarom niet als 'de behandelaar van vader' worden aangeduid. Aangezien hij de cliënt niet in behandeling heeft, kan hij ook diens kinderen niet aanmelden bij GGNet Jeugd of Bureau Jeugdzorg. Hij zou ze anders hebben willen zien, en daarna vermoedelijk hebben aangemeld bij Bureau Jeugdzorg. 'Ik ga ervan uit dat deze kids nu bekend zijn bij Jeugdzorg, anders zou dat een hele slechte zaak zijn'.

### ***3. Opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling***

De vertrouwensarts van het AMK denkt dat het protocol in deze casus niet van belang was. Ze gebruikt het zelf op het moment dat ze merkt dat ze geen ingang heeft. Meestal noemt ze eerst de Meldcode en in tweede instantie de Gelderse aanpak. De medewerker van GGNet noemt het protocol in deze zaak juist essentieel. Hij is bekend met het protocol 'maar niet naar de letter'. Hij kent het sinds een maand of drie, en heeft het vluchtig doorgenomen. Het is binnen GGNet grootschalig verspreid, met name aan leidinggevenden. Zijn eigen afdeling besteedt er binnenkort uitgebreid aandacht aan in een werkoverleg. 'De vraag aan mij was vrij concreet', aldus de therapeut, 'Wat was mijn bemoeienis met vader en wat zou ik kunnen betekenen. Wat wist ik over de problematiek. We stuitten gelijk op het probleem: we kunnen die kennis niet

zomaar delen. Maar dat bleek binnen het protocol wel te kunnen. Het protocol was hier doorslaggevend. Drie, vier jaar geleden was ik minder makkelijk op de vraag ingegaan. Toen gold: je moet eerst toestemming hebben, je moet het eerst met je cliënt bespreken. Nu is het zo dat er van vertrouwensarts naar arts geen schriftelijke toestemming hoeft te zijn'. De medewerker van GGNet vindt informatie uitwisselen 'heel goed en heel hard nodig. Het protocol is nuttig en nodig. Tegelijkertijd moet de cliënt vrijuit kunnen spreken in de behandelkamer. Dat geeft wel een dilemma'.



### *Bijlage 3      Lijst met afkortingen*

AMK	Advies- en Meldpunt kindermishandeling
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
BJZ	Bureau Jeugdzorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IPT	Intensieve psychiatrische thuiszorg
KOPP	Kinderen van ouders met psychiatrische problemen
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SPV'er	Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
RvdK	Raad voor de kindbescherming
OTS	Ondertoezichtstelling

## Colofon

Opdrachtgever/financier	Provincie Gelderland
Auteurs	Dr. M.J. Distelbrink Drs. S.O. Tan m.m.v. L. Postma en W. Roeleveld
Omslag	Grafitall, Valkenswaard
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> website <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

### De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:

<http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar [verwey-jonker@adrepak.nl](mailto:verwey-jonker@adrepak.nl) of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 9780-5830-2984

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2008

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned