

# Evaluatie Gelderse aanpak kindermishandeling

*1-meting zomer 2008*

Dr. Marjolijn Distelbrink  
Drs. Suzanne Tan

Oktober 2008



# Inhoud

1	Inleiding	5
2	Probleemstelling, opzet en uitvoering van het onderzoek	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Probleemstelling	8
2.3	Methoden van onderzoek	8
2.4	Onderzoeksaanpak	9
2.5	Uitvoering van de 1-meting	11
3	De Gelderse aanpak kindermishandeling in cijfers	13
3.1	Inleiding	13
3.2	De cijfers	13
4	Casusonderzoek: samenwerking tussen de instellingen	15
4.1	Inleiding	15
4.2	Vier casussen	15
4.3	Samenwerking en opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling	26
5	Conclusies en aanbevelingen	31
5.1	Aandacht voor kindermishandeling in Gelderland	31
5.2	Beantwoording onderzoeksvragen	31
5.3	Conclusies	33
5.4	Aanbevelingen	34
	Geraadpleegde literatuur	35

Bijlage: partners van het document "Gelderse aanpak kindermishandeling"



# 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 gezinnen met extra risico's op kindermishandeling of op problemen in de opvoeding of de ontwikkeling van kinderen, wordt gevormd door gezinnen waarbij 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 door het feit dat er lang niet altijd sprake is van een goede afstemming en informatie-overdracht 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 informatie niet 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 naast elkaar samen 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 helder benoemen.

## *De Gelderse Aanpak kindermishandeling*

In de provincie Gelderland is om deze redenen in 2007 een document en 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 tussen de Gelderse GGZ-instellingen, Bureau Jeugdzorg Gelderland, het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming regio Gelderland te verbeteren. 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.

## *Evaluatie*

De provincie Gelderland heeft het Verwey-Jonker Instituut gevraagd de Gelderse aanpak kindermishandeling en bijbehorend protocol vanaf het begin te evalueren. Daartoe wordt 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 gebeurt op verschillende manieren: bij elk meetmoment wordt een analyse gemaakt uit het registratiesysteem (kwantitatief) en vindt een verdieping plaats door middel van dossieronderzoek en interviews (kwalitatief).

In februari 2008 verscheen de rapportage over de nulmeting (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008). Deze vond plaats enkele maanden na aanvang van de proefperiode en had betrekking op uitwisselingen tussen de instellingen van vóór tot kort na de start van de proefperiode. De onderhavige rapportage is de weerslag van de 1-meting. De interviews hiervoor hebben plaatsgevonden in de

zomer van 2008. De voor deze meting verzamelde gegevens hebben betrekking op de periode september 2007 - maart 2008. In oktober 2008 wordt de 2-meting gehouden. Eind 2008 verschijnt de eindrapportage van het onderzoek.

#### *Leeswijzer*

In het hierna volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) worden eerst de probleemstelling, de opzet en uitvoering van het onderzoek uiteengezet. Vervolgens komt in hoofdstuk 3 de analyse van de gegevens uit de registratiesystemen aan de orde. In hoofdstuk 4 worden aan de hand van vier concrete casussen en interviews met professionals de ervaringen met de Gelderse aanpak Kindermishandeling geschetst. Het rapport wordt afgesloten met een concluderend hoofdstuk (hoofdstuk 5).

## 2 Probleemstelling, opzet en uitvoering van het onderzoek

### 2.1 Inleiding

Sinds 2007 werken GGZ-instellingen voor volwassenen en instellingen op het terrein van jeugdzorg en jeugdbescherming in de provincie Gelderland intensiever samen. In mei 2007 is een nieuwe systematiek in werking gesteld waarbij via een protocol en een document afspraken zijn gemaakt over de onderlinge uitwisseling van informatie tussen enkele instellingen binnen de Volwassenen-GGZ enerzijds en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming regio Gelderland anderzijds.<sup>1</sup> Een verbeterde afstemming tussen deze partijen moet leiden tot preventie van problemen en bescherming van kinderen in gezinnen met ouders met psychische problematiek.<sup>2</sup> De periode mei - november 2007 gold als proefperiode. Eind 2007 is de Gelderse aanpak kindermishandeling definitief vastgesteld en officieel ondertekend door alle partijen.

#### *Routes*

Er zijn verschillende manieren waarop de GGZ-instellingen voor volwassenen en het AMK, het Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming met elkaar te maken hebben. Deze verschillende manieren zijn in de Gelderse aanpak kindermishandeling uitgewerkt in termen van mogelijke 'routes': richtingen voor informatie-uitwisseling.

Allereerst kunnen bij GGZ-medewerkers zorgen ontstaan omtrent de veiligheid van de kinderen van cliënten of de opvoedsituatie in het gezin van de cliënt. Dit kan aanleiding zijn om contact op te nemen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Bureau Jeugdzorg. Deze route wordt in de Gelderse aanpak kindermishandeling aangeduid als Route I. Het gaat om gevallen waarbij het initiatief voor contact ligt bij de GGZ voor volwassenen. Binnen Route I is een drietal scenario's mogelijk. Het kan gaan om zaken waarin een duidelijk vermoeden van kindermishandeling is. In dat geval wordt een melding gedaan bij het AMK. Ten tweede kan het gaan om zaken waarin er zorgen zijn over de ontwikkeling van het kind, en tot slot om zaken waarbij de preventie van problemen voor kinderen die een verhoogd risico lopen voorop staat. In deze gevallen kan de GGZ het AMK bijvoorbeeld vragen om advies of een consult, of kan de GGZ ouders doorverwijzen naar het Bureau Jeugdzorg voor preventieve hulp bij de opvoeding. Overigens kan de Volwassenen-GGZ cliënten ook intern doorverwijzen voor opvoedingsondersteuning. De jeugd GGZ heeft een aanbod voor ouders met psychische problemen dat zich richt op de preventie van opvoedingsproblemen.

De tweede mogelijke hoofdroute (Route II) is die waarbij het AMK of het BJJ voor een gemeld of in behandeling zijn kind informatie vraagt aan de GGZ-instelling waar de ouder(s) in behandeling is/zijn. Het initiatief voor contact ligt in dit geval dus bij BJJ of het AMK. Ook hier zijn er drie scenario's denkbaar: de ouders geven hun behandelaar toestemming om de informatie te verstrekken, de ouders geven hier geen toestemming voor, en de laatste mogelijkheid is dat vanwege mogelijk gevaar voor het kind de ouder niet om toestemming wordt gevraagd. In dat laatste geval wordt de GGZ-instelling direct benaderd, zonder medeweten van de ouder zelf. Met

<sup>1</sup> Het AMK valt onder het Bureau Jeugdzorg. Voor de helderheid wordt het AMK in de tekst onderscheiden van het Bureau Jeugdzorg. Als over Bureau Jeugdzorg wordt gesproken, wordt gerefereerd aan de afdelingen buiten het AMK.

<sup>2</sup> In de bijlage staan de bij het werkdocument betrokken GGZ-instellingen genoemd.

name dit laatste scenario plaatst de hulpverlener van de GGZ voor een dilemma, gezien de vertrouwensband die hij of zij met de cliënt heeft en de plicht vertrouwelijk met informatie om te gaan.

Er bestaat geen juridische plicht om informatie te verschaffen of een vermoeden van kindermishandeling te melden (Baeten & Janssen 2002; Bruning, 2006). Het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming kan geen melding of informatie afdwingen. Met de huidige bepaling is het aan de professionals met een beroepsgeheim zelf om te bepalen of er voldoende noodzaak is tot melden of informatieverstrekking. Volgens de Wet op de Jeugdzorg, 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 door het kabinet het voornemen om een verplichte meldcode per branche in te voeren aangekondigd (Staatssecretaris van VWS en Ministers voor Jeugd en Gezin en Van Justitie, 2008). De beroepsvereniging voor artsen, de KNMG, heeft recent zelf de regels met betrekking tot melding aangescherpt.

## 2.2 Probleemstelling

De centrale vraag van dit onderzoek is hoe de samenwerking tussen de Volwassenen-GGZ enerzijds en het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming anderzijds 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 sprake van een toename van informatie-uitwisseling tussen het AMK, het BJZ en de GGZ-instellingen? En in hoeverre is de informatie-uitwisseling met de Raad voor de Kinderbescherming verbeterd? Tevens zal nagegaan worden of er sprake is van een toename van bewustwording van de GGZ-medewerkers van de risico's voor de kinderen. In hoeverre is er sprake van een toename aan (doorverwijzing naar) preventieactiviteiten?

De probleemstelling is voor de 1-meting vertaald in de volgende onderzoeksvragen.

1. In hoeverre is er, een half jaar na de officiële ondertekening van de Gelderse aanpak kindermishandeling, sprake van een goede uitwisseling van gegevens tussen Gelderse instellingen die ouders met psychische problematiek behandelen enerzijds en het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming anderzijds? In hoeverre is de uitwisseling verbeterd als gevolg van de afspraken in het document?
2. Hoe effectief is de uitwisseling van informatie? Wat gebeurt er concreet nadat contact is gelegd? Welke knelpunten ondervinden medewerkers van instellingen en wat werkt goed?

## 2.3 Methoden van onderzoek

Evenals bij de nulmeting (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008) is bij de 1-meting gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

*Kwantitatief:*

- analyses van registratiesystemen van het AMK

*Kwalitatief:*

- casuonderzoek naar de samenwerking



- via: dossieronderzoek (bij AMK en BJZ) en telefonische interviews met de bij de casussen betrokken medewerkers van het AMK cq Bureau Jeugdzorg, de Volwassenen-GGZ en de Raad voor de Kinderbescherming

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 en welke knelpunten zich eventueel hebben voorgedaan bij de uitvoering van het protocol.

## 2.4 Onderzoeksaanpak

Om te achterhalen of de Gelderse aanpak kindermishandeling leidt tot meer en een betere uitwisseling volgens de genoemde routes, is bij de nulmeting een aantal 'succes' indicatoren vastgesteld dat hierin inzicht kan geven.

### *Kwantitatieve succesindicatoren*

Of de Gelderse aanpak kindermishandeling in *kwantitatieve* zin een succes is, wordt afgeleid uit vergelijkingen van het aantal uitwisselingen tussen de betrokken GGZ-instellingen en het AMK. De hierbij gekozen indicatoren zijn gerelateerd aan de eerder genoemde routes. In de oorspronkelijke opzet waren ook indicatoren opgenomen die de uitwisseling tussen GGZ-instellingen en het Bureau Jeugdzorg en het aantal interne doorverwijzingen binnen de GGZ voor hulp bij de opvoeding (van de 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). Bij de huidige meting bleek dit opnieuw het geval.<sup>3</sup> De registratie bij de bij de Gelderse aanpak betrokken instellingen blijft daarmee overigens een aandachtspunt, als de wens bestaat de ontwikkelingen te blijven monitoren.

*Figuur 1 Operationalisering kwantitatieve succesindicatoren*

Indicator	Operationalisering	Route	Bron
• Aantal meldingen bij AMK door de Volwassenen-GGZ	• Aantal (en aandeel op totaal aantal meldingen bij AMK) neemt toe bij opeenvolgende metingen	Route I	Registratie AMK
• Aantal vragen om advies/consult <sup>4</sup> door Volwassenen-GGZ aan AMK	• Aantal (en aandeel op totaal aantal adviezen/consulten) neemt toe bij opeenvolgende metingen	Route I	Registratie AMK
• Aantal verzoeken om informatie van het AMK aan de GGZ, afdeling volwassen (uitgesplitst naar verzoeken met en zonder toestemming ouders en buiten medeweten ouders om)	• Aantal neemt toe bij opeenvolgende metingen	Route II	Registratie AMK

<sup>3</sup> De enige GGZ-instelling die cijfers kon leveren, over interne doorverwijzingen naar de jeugd-GGZ, was Forum GGZ Nijmegen. De gegevens zijn niet opgenomen in de rapportage, vanwege het gebrek aan cijfers bij de overige instellingen.

<sup>4</sup> Vragen om advies zijn eenmalige informatieverzoeken, consulten zijn informatie-uitwisselingen waarbij sprake is van meer dan 1 contact met de vrager.

Om uitspraken te kunnen doen over een toename in het aantal uitwisselingen zijn voor de onderhavige rapportage de gegevens van de 1-meting vergeleken met die van de nulmeting. Vanwege de vergelijkbaarheid met de nulmeting (maart t/m augustus 2007) is gekozen voor een meting over een periode van een half jaar: september 2007 t/m februari 2008 (hoofdstuk 3). Dit is de periode rond het tijdstip waarop de Gelderse aanpak kindermishandeling officieel in werking trad. Onderzocht wordt of de uitwisseling tussen instellingen is toegenomen, in vergelijking met de nulmeting.

Overigens moet vooral een toename van 'verkeer' tussen de instellingen met de GGZ als initiatiefnemer (meldingen en adviezen/consulten) worden beschouwd als succesfactor voor de Gelderse aanpak. Het document is met name bedoeld om terughoudendheid aan GGZ-zijde te verminderen en bewustwording over de risico's van psychische problematiek van cliënten voor kinderen te vergroten.

#### *Kwalitatieve succesindicatoren*

Het dossieronderzoek en de interviews geven inzicht in *kwalitatieve* indicatoren waaraan de opbrengst van de Gelderse aanpak kindermishandeling kan worden afgemeten. In onderstaand schema staat weergegeven welke indicatoren voor succes centraal staan en hoe deze zijn geoperationaliseerd. De kwaliteit van de samenwerking wordt gedurende de totale looptijd van het onderzoek op drie meetmomenten vergeleken. Als deze goed is en in de loop van de tijd verbetert, is sprake van een positieve opbrengst. In deze rapportage zijn data over de 1-meting vergeleken met die van de nulmeting van najaar 2007.

*Figuur 2 Operationalisering kwalitatieve succesindicatoren*

<b>Indicator</b>	<b>Operationalisering</b>	<b>Bron</b>
<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>Beter afstemming zorgaanbod</li> </ul>	Hoe goed is het zorgaanbod van verschillende partijen in de betrokken gezinnen 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 ondersteuningstrajecten van ouders. Wat draagt de Gelderse aanpak kindermishandeling hieraan bij?	Casussen Oordelen over bijdrage Gelderse aanpak kindermishandeling uit interviews

### *Selectie van casussen*

Per meting worden volgens de onderzoeksopzet zes casussen geselecteerd die model staan voor de samenwerking tussen de verschillende instellingen die zijn betrokken bij de Gelderse aanpak kindermishandeling. Voor elke casus wordt het dossier bestudeerd en worden interviews gehouden met bij de casussen betrokken medewerkers. Bij de nulmeting betrof het vijf casussen die betrekking hadden op de uitwisseling tussen het AMK en de GGZ instellingen, en één casus (binnen route I) waarbij het Bureau Jeugdzorg was betrokken. Ten behoeve van de interviews is een leidraad ontwikkeld. De interviews zijn telefonisch afgenomen en duurden tussen een half uur en een uur.

Voor de selectie van de casussen is aangesloten bij de twee routes zoals onderscheiden in de Gelderse aanpak kindermishandeling. Bij de 1-meting was de beoogde verdeling daarbij als volgt:

#### *Route I*

- 1 casus waarbij de Volwassenen-GGZ kinderen van cliënten meldt bij het AMK
- 2 casussen waarbij de Volwassenen-GGZ cliënten doorverwijst naar het Bureau Jeugdzorg voor ondersteuning bij de opvoeding

#### *Route II (uitsluitend AMK-GGZ)*

- 1 casus waarbij het AMK de Volwassenen-GGZ om informatie vraagt over cliënten van wie de kinderen zijn gemeld bij het AMK *met toestemming* van ouders
- 1 casus waarbij het AMK de Volwassenen-GGZ om informatie vraagt over cliënten van wie de kinderen zijn gemeld bij het AMK *zonder toestemming* van ouders
- 1 casus waarbij het AMK de Volwassenen- GGZ om informatie vraagt over cliënten van wie de kinderen zijn gemeld bij het AMK *buiten medeweten* van de ouders

Als extra selectiecriteria golden daarbij steeds:

- Kies de laatste (afgesloten) casussen die aan de selectie voldoen;
- in 1 à 2 cases dient sprake te zijn van een beschermingsmaatregel door de Raad voor de Kinderbescherming.

De eerste voorwaarde heeft te maken met het voorkómen van selectiviteit. Door de laatste (afgesloten) casussen in de tijd te betrekken, wordt een selectie criterium toegepast dat garandeert dat er geen selectie op grond van andere criteria wordt toegepast. De tweede voorwaarde is van belang omdat de Raad voor de Kinderbescherming een belangrijke partij in het convenant is. Het is belangrijk dat ook informatie over de samenwerking met deze instelling in het kader van de Gelderse aanpak kindermishandeling naar voren komt uit het onderzoek.

## **2.5 Uitvoering van de 1-meting**

Bij de uitvoering van de 1-meting deden zich verschillende problemen voor bij de selectie van de casussen. Bureau Jeugdzorg kon de gevraagde casussen helaas niet tijdig leveren. Er is daarom slechts over vier casussen informatie verzameld, allen aangeleverd door het AMK. Bij de geselecteerde casussen waren medewerkers GGNet en Forum GGZ Nijmegen betrokken.<sup>5</sup> Bij één casus was sprake van betrokkenheid van de Raad voor de Kinderbescherming. Juist bij deze casus waren zowel de betreffende medewerker van de Raad als de betrokken GGZ medewerker intussen van baan veranderd. Zij konden daarom niet worden geïnterviewd. Als gevolg daarvan zijn in slechts drie gevallen de ervaringen van alle bij de casus betrokken partijen bekend en ontbreken bij deze meting ervaringen van medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming.

<sup>5</sup> Bij de nulmeting waren dat GGNet, Forum GGZ Nijmegen en De Gelderse Roos.

Een ander probleem had betrekking op de selectie van casussen binnen route II. Bij de nulmeting deden zich hierbij eveneens problemen voor, omdat de informatie niet uit het registratiesysteem was te halen (Distelbrink, Tan en Van Dijk, 2008). Dit is inmiddels wel het geval. Dit keer werd de selectie van de casussen echter bemoeilijkt doordat sprake bleek van verschillen tussen de sub-routes zoals onderscheiden binnen route II in de Gelderse aanpak kindermishandeling en die in het registratiesysteem van het AMK. In de Gelderse aanpak wordt binnen route II (vragen om informatie door het AMK bij de GGZ) onderscheid gemaakt tussen vragen a) met toestemming van ouders, b) zonder toestemming van ouders en c) buiten medeweten van ouders om. Voor de selectie van casussen was het de bedoeling van elk type één casus te selecteren. In het systeem van het AMK bleken de casussen echter als volgt te worden ingedeeld: a) met instemming van ouders b) 'ouders zijn op de hoogte' en c) zonder instemming/buiten medeweten van ouders. Categorie c) omvat zowel gevallen waarbij informatie is gevraagd buiten medeweten van ouders om (categorie c in de Gelderse aanpak) als gevallen waarbij ouders wel zijn geïnformeerd, maar niet hebben ingestemd (categorie b in de Gelderse aanpak). Categorie b) in het registratiesysteem van het AMK 'ouders zijn op de hoogte' wordt in de Gelderse aanpak kindermishandeling niet benoemd als mogelijkheid. Uitleg door een beleidsmedewerker van het AMK maakt duidelijk dat het hier gaat om gevallen waarin niet expliciet om instemming is gevraagd bij ouders. Dat de GGZ-behandelaar zal worden benaderd is in deze gevallen min of meer als mededeling gebracht, zonder dat (te)veel ruimte is geboden om hier 'nee' op te zeggen. Dit is een werkwijze die veel wordt toegepast. Verschil met categorie a) is dus dat geen expliciete instemming is gevraagd of verkregen; de instemming is impliciet. De scheidslijn tussen de categorieën a) en b) is overigens niet hard.

Extra probleem bij de selectie betrof het feit dat medewerkers vaak bij aanmaak van een dossier 'aanvinken' of er sprake is van (verwachte) instemming, terwijl dit nog kan veranderen lopende de zaak. Voor een goede selectie kon daarom niet eenvoudig worden afgegaan op het registratiesysteem en diende alsnog handmatig in de dossiers te worden gezocht. Uiteindelijk is, evenals bij de nulmeting, geen zaak gevonden waarbij ouders geen toestemming hebben gegeven.<sup>6</sup> Voor de 2-meting is besloten de subroutes als selectiecriteria los te laten in verband met de genoemde problemen.

De uiteindelijk voor het onderzoek geselecteerde casussen hadden betrekking op de periode september 2007 - maart 2008 (met in één geval uitloop naar zomer 2008): de periode rond de officiële ondertekening van de Gelderse aanpak, een half jaar na de proefperiode. De interviews zijn gehouden in de zomer van 2008. Opmerkingen van de geïnterviewden over de algehele samenwerking en bekendheid met de Gelderse aanpak kindermishandeling hebben dan ook op een ruimere periode betrekking.

<sup>6</sup> Deze zaken komen naar verhouding ook het minst voor, aldus de AMK-beleidsmedewerker.

## 3 De Gelderse aanpak kindermishandeling in cijfers

### 3.1 Inleiding

Een positief effect van de Gelderse aanpak kindermishandeling dat in dit onderzoek wordt verwacht, 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. In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord of in de periode rond de officiële ondertekening en vaststelling van de aanpak (september 2007 t/m februari 2008) sprake is van meer uitwisseling van gegevens tussen de betrokken instellingen dan bij de nulmeting. Bij de nulmeting is vastgesteld dat het aantal meldingen, adviezen en consulten in de proefperiode hoger was dan een jaar eerder (Distelbrink, Tan en Van Dijk 2008). Voor de volledigheid zijn de gegevens van vóór de proefperiode ook opgenomen in de onderstaande tabel.

### 3.2 De cijfers

#### Route I: positieve trend zet niet door

Hoe staat het er nu voor? In tabel 3.1 zijn de gegevens van het AMK voor route I weergegeven, de route waarbij door Volwassenen-GGZ is gemeld bij het AMK of advies is ingewonnen.<sup>7</sup>

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

	Vóór de proefperiode: maart t/m aug 2006	Nulmeting: maart t/m aug 2007	1-meting: sept 2007 t/m feb 2008
<i>Meldingen</i>			
aantal door volw. GGZ	8	14	8
totaal meldingen	667	740	639
% door volw. GGZ	1,2	1,9	1,3
<i>Adviezen</i>			
aantal door volw. GGZ	6	16	18
totaal adviezen	1158	1470	1517
% door volw. GGZ	0,5	1,1	1,2
<i>Consulten</i>			
aantal door volw. GGZ	3	4	6
totaal consulten	293	374	374
% door volw. GGZ	1,0	1,1	1,6

Bron: AMK Gelderland, bewerking Verwey-Jonker Instituut

<sup>7</sup> Het was de bedoeling bij deze meting eveneens in kaart te brengen van welke GGZ instellingen de meldingen, adviezen en consulten afkomstig waren. Deze gegevens bleken echter niet in het registratiesysteem van het AMK opgenomen.

Allereerst valt op dat het totaal aantal contacten binnen route I bij de 1-meting gering is, evenals bij voorgaande metingen. Niet alleen dat, uit de tabel blijkt bovendien geen sprake van een *toename* van uitwisseling in vergelijking met de nulmeting, zowel in absolute als relatieve zin. De positieve trend die bij de nulmeting werd vastgesteld heeft zich met andere woorden niet doorgezet. Het aantal meldingen is in vergelijking met de nulmeting zelfs afgenomen (absoluut en relatief) naar het niveau van vóór de proefperiode, terwijl het aantal adviezen min of meer gelijk bleef. De enige (lichte) toename in relatieve zin betreft het aantal consulten. Het absolute aantal is echter erg klein om betrouwbare uitspraken aan te kunnen ontleen over (positieve) trends. Ervan uitgaand dat het aantal ouders in behandeling bij de GGZ niet is veranderd, duiden de gegevens voorsnog niet op een grotere meldingsbereidheid bij de Volwassenen-GGZ. Of daadwerkelijk sprake is van een dalende trend kan pas bij de 2-meting worden vastgesteld. Daarbij zou het goed zijn te weten hoeveel ouders bij de betreffende GGZ instellingen in behandeling zijn. Bij de volgende meting zal worden geprobeerd hier cijfers over op te nemen.

Ook bij een landelijke campagne rond kindermishandeling bleek overigens dat kort na de lancering sprake van een toename van het aantal meldingen, waarna het aantal meldingen vervolgens weer terugzakte (Hoefnagels en Zwikker 2006). Mogelijk hebben de lancering van het oorspronkelijke document in de proefperiode en de implementatieactiviteiten die hiermee samenhangen meer impact gehad dan de uiteindelijke officiële ondertekening eind 2007.

## **Route II: een eerste indruk**

Om route II in kaart te brengen 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 Volwassenen-GGZ en b) of dit met of zonder toestemming van ouders of buiten medeweten van de ouders om is gebeurd. Bij de nulmeting, die 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 duidelijk werd ook 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).

Voor de periode september 2007 t/m februari 2008 zijn wel gegevens bekend. In totaal is er 50 maal een verzoek om informatie uitgegaan naar de Volwassenen-GGZ vanuit het AMK. Dit is beduidend meer dan het totale aantal meldingen, adviezen en consulten vanuit de GGZ bij het AMK binnen route I. Bij de 2-meting kan pas worden bekeken of dit aantal ook toeneemt bij het langer werken met de Gelderse aanpak kindermishandeling. De verzoeken om informatie aan de GGZ zijn in tabel 2 uitgesplitst naar subroute. Zoals toegelicht in hoofdstuk 2 gaat het daarbij om andere subroutes dan in de Gelderse aanpak worden onderscheiden. De variant die het meest voorkomt is die waarbij ouders 'op de hoogte' zijn, maar waarbij niet expliciet om hun instemming is gevraagd.

*Tabel 3.2 Verzoeken om informatie door het AMK aan de Volwassenen-GGZ, september 2007 t/m februari 2008*

Geen instemming/medeweten ouders	12
Instemming ouders	12
Ouders zijn op de hoogte	26
Totaal	50

Bron: AMK Gelderland, bewerking Verwey-Jonker Instituut

## 4 Casusonderzoek: samenwerking tussen de instellingen

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de samenwerking tussen de instellingen en de rol die de Gelderse aanpak kindermishandeling daarbij speelt. De tekst is gebaseerd op dossieronderzoek bij het AMK en interviews met bij de casussen betrokken medewerkers. In totaal zijn vier dossiers bestudeerd. Bij het AMK zijn vier verschillende medewerkers bevroegd, allen maatschappelijk werker. Aan GGZ-zijde zijn drie medewerkers geïnterviewd: een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) van GGNet, een gedragstherapeut van GGNet en een SPV-er van Forum GGZ Nijmegen. De bij de vierde casus betrokken contactpersoon bij de GGZ kon niet geïnterviewd worden omdat hij ten tijde van het onderzoek niet meer werkzaam was bij de GGZ-instelling. Het ging hier om een SPV-er van GGNet. In de interviews is steeds zowel over de concrete casussen als in het algemeen over de samenwerking en de opbrengst van de Gelderse aanpak kindermishandeling gesproken. In paragraaf 4.2 worden eerst de vier casusbeschrijvingen gepresenteerd. In paragraaf 4.3 staat de samenwerking tussen de verschillende instellingen en de opbrengst van de aanpak centraal.

### 4.2 Vier casussen

#### Casus A

##### Route I: Melding door GGZ aan AMK

###### 1. Achtergrond

In deze casus meldt een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) van GGNet een driejarig jongetje aan bij het AMK. Hij heeft de vader van het kind sinds een jaar in behandeling en maakt zich zorgen over diens gebrekkige impulsbeheersing. Vader is in zijn leven meerdere malen opgenomen geweest in psychiatrische klinieken. Hij leidt aan Niet Aangeboren Hersenletsel, hetgeen onder ander inhoudt dat zijn prikkelverwerking vertraagd is en hij moeite heeft om informatie te verwerken. Hij is hierdoor in sociale situaties snel gefrustreerd en achterdochtig; hij kan zijn agressie moeilijk beheersen. In het verleden heeft de cliënt zijn echtgenote proberen te wurgen. Hij is daarvoor verplicht in behandeling geweest. Sindsdien vertoont hij geen agressief gedrag meer naar zijn echtgenote; hij toont zijn emoties helemaal niet meer. Volgens moeder is haar partner veranderd en is er helemaal geen intimiteit meer tussen hen. De cliënt is bij GGNet onder behandeling op aandringen van moeder. Zij vindt dat het zo langer niet gaat. Zij spreekt geregeld uit dat ze wil scheiden.

De SPV-er maakt zich in toenemende mate zorgen over de thuissituatie: "impulscontroleproblematiek en een klein kind is geen gelukkige combinatie". Het jongetje is vijf dagdelen per week, als moeder werkt, onder vaders' hoede. Nu het kind groter wordt, is het mondiger en drukker en het zoekt de grenzen op. De SPV-er vraagt zich af of vader deze situatie wel aan kan en brengt deze vraag bij vader wel onder de aandacht. Pas als hij wat meer contact met moeder heeft - deze houdt de boot eerst af - realiseert hij zich dat de situatie ernstiger is dan hij dacht. Volgens moeder gaat vader te hardhandig met het kind om, hij zou bijvoorbeeld het kind hard op bed smijten. Buren hebben geklaagd over geschreeuw en gehuil, en het kind zelf zegt dat zijn vader hem slaat. Moeder

is er niet gerust meer op het kind alleen thuis achter te laten en heeft de burens ingeschakeld om een oogje in het zeil te houden.

De zaak komt dan in een stroomversnelling. De SPV-er vraagt zich af hoe leerbaar en gemotiveerd vader is om te veranderen: "het begrenzen van een peuter vergt overzicht en inzicht, en dat ontbrak". Vader zegt dat kinderen moeten leren luisteren: hij pakt hem stevig aan maar dat valt toch zeker niet onder mishandeling? De SPV-er kondigt aan te melden en geeft heel duidelijk aan dat het hem een slecht idee lijkt als vader uren achter elkaar alleen voor de verzorging van het zontje staat. Hier is vader het wel mee eens. De SPV-er spreekt ook de moeder aan op haar verantwoordelijkheid als ouder. Door het gesprek met de SPV-er en de resultaten uit psychologisch onderzoek dat inmiddels beschikbaar is, raakt moeder meer doordrongen van de ernst van de situatie. Met medeweten van beide ouders meldt de SPV-er het kind vervolgens bij het AMK. Dat legt in een huisbezoek een aantal afspraken met beide ouders vast en benoemt de mogelijkheid dat de Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld als zij zich niet aan deze afspraken houden. Zowel AMK als GGZ vinden de rol van moeder ambivalent en wijzen haar op haar eigen aandeel en verantwoordelijkheid. Moeder wil vader nog maximaal een half jaar geven om te veranderen. Zover komt het echter niet omdat er geen veranderingen optreden en vader zich onder andere niet aan de afspraak houdt zijn medicijnen in te nemen. Op verzoek van moeder scheiden de ouders. De familie van vader wordt ingezet om aanwezig te zijn als zijn zoon bij hem op bezoek is.

## **2. Samenwerking/uitwisseling tussen Volwassenen-GGZ en AMK**

De betrokken SPV-er is nog niet zo lang werkzaam in deze functie en heeft een vergelijkbare situatie niet eerder meegemaakt. Hij bespreekt zijn zorgen daarom eerst intern met collega's en met de huisarts van vader. In een teamoverleg wordt besloten het kind aan te melden bij het AMK. De SPV-er wordt hierin geadviseerd door meer ervaren collega's. Zij zeggen dat het na de melding 'vanzelf gaat rollen'. Omwille van de behandelrelatie met de cliënt wordt deze beslissing naar de ouders bewust als een teambeslissing gepresenteerd. Na de telefonische aanmelding faxt de SPV-er van GGNet dezelfde dag nog aanvullende informatie naar het AMK. Het AMK pakt de zaak meteen op. Reden daarvoor is vooral de onberekenbaarheid van vader: ook als er sprake zou zijn van een scheiding blijft de veiligheid van het jongetje een punt van zorg.

De hulpverleners van GGNet en AMK overleggen frequent, delen informatie en spreken hun aanpak door. Ze zitten op één lijn en verkondigen beiden vanuit hun eigen professie dezelfde boodschap aan zowel vader als moeder. Beide partijen noemen de samenwerking prettig, en zijn te spreken over de open houding. De SPV-er: *"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"*. Hij heeft eenmaal eerder met het AMK te maken gehad. Toen liep het contact ook goed, maar zakelijker. De maatschappelijk werkster van het AMK: *"De samenwerking was goed, ik kan niet anders zeggen. We hadden goed contact, als ik mailde of belde kreeg ik een reactie terug. Als ik het nodig vond te overleggen ging dat makkelijk. Hij heeft de verantwoordelijkheid genomen bij ons te melden, maar bleef zich wel om vader bekommeren. Hij gaf hem ook het advies om niet meer met het kind alleen te zijn. Die gedeelde verantwoordelijkheid is heel prettig. Ik heb hem gebeld: 'dit gaat ons advies worden, kun je je er in vinden?' en hij zei: 'ja, dan breng ik die boodschap ook naar vader'. Zo werd ons advies kracht bijgezet"*.

De SPV-er merkt wel dat de melding voor veel spanning bij de ouders zorgt, en dat dit het contact met hem beïnvloedt: *"Vanuit goed hulpverlenerschap moet je steeds inschatten of het een fase is die over gaat of niet. Want het beïnvloedt je hulpverleningsrelatie wel"*. Ook is een aantal zaken in de procedure hem niet meteen duidelijk, en kan hij vragen van de ouders omtrent de vervolgstappen niet beantwoorden. Dit wijt hij aan zijn eigen onervarenheid.

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

Wat heeft de samenwerking opgeleverd? Volgens zowel de SPV-er als de hulpverlener van het AMK heeft de melding bij het AMK en het traject dat daardoor in gang is gezet, bij moeder de doorslag



gegeven te scheiden. De SPV-er: *“Een aantal weken na de afspraken met het AMK heeft moeder besloten de scheiding door te zetten, óók voor de veiligheid van haar zoon. Moeder had steeds de hoop dat de problemen over zouden gaan. Door dit traject is ze in gaan zien dat dat niet zou gebeuren”*. Het AMK: *“Moeder heeft het traject ervaren als een steun in de rug om de scheiding door te zetten. Door het inzicht in de problematiek en een beetje door de druk van het AMK is ze zich meer bewust geworden van de situatie”*.

De scheiding verloopt niet soepel en beide ouders hebben hier hulp bij nodig. Vanuit het AMK wordt contact gelegd met een maatschappelijk werkster van het Algemeen Maatschappelijk Werk voor steun aan moeder. De SPV-er van vader zet vooral in op de familie van vader om ervoor te zorgen dan vader huisvesting heeft en zijn zoon, onder toezicht, kan blijven zien. Beide professionals proberen een netwerk rond het uit elkaar vallende gezin te bouwen en houden elkaar daarbij goed op de hoogte.

In hoeverre zijn het document Gelderse aanpak kindermishandeling en het protocol in deze zaak van invloed geweest? Volgens beide hulpverleners speelde het document in deze casus geen rol. De AMK-hulpverlener heeft het in het begin wel even genoemd. Dit doet zij meestal in haar eerste contact met de GGZ. Ze legt uit dat ze bezig is met een onderzoek naar de gezinssituatie en dat ze belt *“om informatie te geven, maar ook om een stukje informatie te krijgen”*. De reacties zijn dan wisselend: de één is onmiddellijk bereid informatie te delen, de ander stribbelt tegen. In het laatste geval noemt ze de Wet op de Jeugdzorg 2005 en verwijst ze naar de afspraken in het kader van de Gelderse aanpak kindermishandeling. *“Indien nodig gebruik ik het zeker. Je hebt een leidraad, je kunt op iets terugvallen, je kunt de andere partij verwijzen naar het document”*. In dit geval liep het contact zo soepel dat zij er verder niet meer op in is gegaan. De SPV-er van GGNet kent het protocol sinds ongeveer een half jaar. Het is toen in een beleidsvergadering geagendeerd en met nadruk verspreid onder alle uitvoerende collega's. Deze casus speelde toen al enige maanden, dus hij kende het document niet toen hij de melding bij het AMK deed. De SPV-er vindt het wel prettig dat hij achteraf geconstateerd heeft juist te hebben gehandeld. Hij geeft aan in een volgende zaak het document er bij te zullen pakken om er voor te zorgen dat hij alle stappen op de juiste manier doorloopt. En het document geeft houvast voor hoe te handelen in bepaalde situaties, bijvoorbeeld als de cliënt mishandeling ontkent. Daar zijn nu richtlijnen voor, daardoor hoeft je het niet zelf te bedenken.

## **Casus B**

### **Route II: AMK verzoekt Volwassenen-GGZ om informatie (met instemming van ouders)**

#### **1. Achtergrond**

Een medewerker van het Algemeen Maatschappelijk Werk meldt een baby. Hij heeft met de jonge moeder te maken in het kader van materiële hulpverlening. De maatschappelijk werker maakt zich zorgen over de psychische toestand van de vrouw. Zij is instabiel en zeer emotioneel, het contact met de vader van haar kind verloopt frustrerend. Vader is depressief, woont elders, neemt geen verantwoordelijkheid ten aanzien van de baby en is onduidelijk over voortzetting van de relatie. Er zijn conflicten tussen vader en moeder. De melder weet niets van het gedrag van moeder ten aanzien van het kind. Desondanks vindt hij de situatie zorgelijk vanwege moeders psychische toestand en de hulp die hij noodzakelijk acht voor moeder, en die zij nu niet krijgt. De melder vraagt zich af of er wellicht sprake is van een borderline stoornis bij moeder.

Het AMK doet vooronderzoek. Bij het consultatiebureau is men een beetje verbaasd over de zorg van het AMK. De ouders zijn altijd op het consultatiebureau geweest, komen met goede vragen en staan open voor advies. Beide ouders waren blij met de baby. Nadat moeder een maand geleden erg emotioneel werd omdat vader haar had verlaten, is er volgens het consultatiebureau gespecialiseerde gezinszorg via de gemeente (WMO) aangevraagd. Bij navraag blijkt dit praktische thuiszorg

te zijn, geen gespecialiseerde motiverende thuiszorg. De huisarts zegt dat er wat haar betreft geen extreme zorgen zijn. Moeder heeft een psychiatrisch belast verleden, meer wil de huisarts er niet over kwijt. Ze heeft wel vertrouwen in moeder. Moeder heeft de huisarts er zelf op aangesproken dat deze recentelijk de GGZ crisisdienst heeft ingeschakeld om te beoordelen of moeder onvrijwillig opgenomen zou moeten worden. Dit was niet het geval. De huisarts weet dat moeder nu bij de GGZ loopt voor begeleidende gesprekken. Omdat het een klein kind is en de geschiedenis beladen (multiprobleem) besluit het AMK de melding aan te nemen, ook al zijn er geen aanwijzingen voor mishandeling of verwaarlozing.

De maatschappelijk werker die vanuit het AMK met de zaak belast is, neemt contact op met de betrokken functionaris van Forum GGZ Nijmegen. Deze is arts-assistent psychiatrie. In het kader van het verzoek van de huisarts heeft hij moeder thuis bezocht. Moeder heeft daarna een intake afspraak voor de GGZ ambulante hulpverlening gemaakt. De behandelaar omschrijft moeder als druk en emotioneel maar zij is zeker geen gevaar voor zichzelf of haar kind.

Tijdens het huisbezoek van het AMK vertelt moeder dat ze het vroeger thuis niet makkelijk heeft gehad. Er was veel ruzie tussen de beide ouders, ze werd door haar vader mishandeld en op school gepest. Over de vader van haar baby vertelt ze dat ze elkaar al lang kennen en sinds enige jaren een relatie hebben. Hij kiest niet onomwonden voor haar en hier wordt ze erg onzeker en verdrietig van, ze wil er alles aan doen om met hem een toekomst op te bouwen maar krijgt onvoldoende respons. Vanuit haar onzekerheid kan ze soms emotioneel door het lint gaan. In het gesprek geeft moeder aan dat ze er altijd voor probeert te zorgen dat ze haar kindje hiermee zo min mogelijk belast. Ze zegt zijn veiligheid wel te waarborgen. Moeder is al enkele jaren onder behandeling van een haptonoom. De klinische behandelingen bij de GGZ zijn al afgesloten. Wel heeft ze wekelijks contact met een psychiatrisch verpleegkundige van Forum GGZ Nijmegen die drie uur aan huis komt. Daarnaast heeft ze ook nog Thuiszorg voor drie uur in de week.

De maatschappelijk werker van het AMK concludeert dat moeder weinig zelfvertrouwen lijkt te hebben en emotioneel niet stabiel is. Zij lijkt zich vast te klampen aan afwijzing. De vraag is wat de invloed hiervan op het kind is. Het is daarbij onduidelijk wat de vader met moeder en kind wil en kan. Sterke punten bij moeder zijn haar kracht en energie, die ze nu vooral in de relatie met vader stopt. De arts-assistent psychiatrie van de GGZ herkent deze bevindingen. Wekelijks contact met moeder lijkt voorlopig wel noodzakelijk om een vinger aan de pols te houden. Hij gaat hierover in gesprek met de psychiatrisch verpleegkundige die aan huis komt. Bij signalen van een verslechterende stabiliteit van moeder zal de GGZ contact opnemen met het AMK.

Er komen gedurende het onderzoek geen kindsignalen naar voren, de verzorging en de hechting van de baby is goed. Moeder heeft voldoende open contacten met hulpverleners, die alert zijn op haar problematiek. De AMK-medewerker acht verder onderzoek niet nodig en vertrouwt er op dat eventueel signalen van verslechtering zullen worden opgepakt. De zaak wordt overgedragen aan de GGZ. Ook met het consultatiebureau wordt afgesproken dat ze een vinger aan de pols houden. Ongeveer vijf weken na de melding wordt de zaak afgesloten met rappel. Zowel de melder als moeder zelf wordt op de hoogte gesteld.

Daags na het afsluiten van het dossier wordt het AMK gebeld door een verpleegkundige van de spoedeisende hulp. Tijdens een ruzie tussen moeder en vader zijn ze met de hoofden tegen elkaar geknald. Moeder is daarna naar het ziekenhuis gegaan en vader heeft op de baby gepast. De verpleegkundige heeft het telefoonnummer van het AMK van moeder gekregen. De AMK-medewerker gaat kort daarna op huisbezoek bij moeder. Het blijkt dan dat vader en moeder geregeld samen slapen en dat moeder elke avond een aantal joints rookt. Moeders' moeder is pas overleden en dat brengt extra spanningen teweeg. Moeder geeft aan wel te willen minderen met blowen en wil ook graag weer wat gaan sporten. Daarvoor is het nodig dat de kinderopvang voor de baby geregeld wordt, zodat ze daarbij dan niet meer zo afhankelijk van vader is. Volgens moeder is het consultatiebureau bezig met een plekje in het kinderdagverblijf. Moeder geeft aan bij haar haptonoom

relatiegesprekken te willen gaan voeren met vader. Ook geeft ze aan dat ze moeite heeft met de opstelling van de SPV-er; zij zou moeder het contact met vader verbieden.

De maatschappelijk werker van het AMK zet in op een breed overleg met de hulpverleners rond vader en moeder. De relatietherapeut vertelt dat vader voortijdig is weggelopen uit het eerste relatiegesprek. Tussen de partners bestaan verschillende verwachtingen van en eisen in hun relatie. Volgens de huisarts blowt moeder al een stuk minder. Moeder meent te kunnen stoppen als haar urine gecontroleerd wordt. Dat zou een goede stok achter de deur zijn. Medicatie voor haar psychische problemen wil ze liever niet. De GGZ-behandelaar vertelt dat er een psychologisch onderzoek is aangevraagd en dat er op een later tijdstip nadere diagnostiek naar ADHD wordt gedaan. De directieve stijl van begeleiden van de SPV-er wordt besproken; dit past niet bij moeder en er wordt een andere lijn uitgezet. Het consultatiebureau heeft geregeld dat de baby twee dagen per week naar een medisch kinderdagverblijf kan.

Betrokkenen zijn van mening dat het beter is als de ouders zakelijk met elkaar om gaan en afspraken met elkaar op papier zetten. De GGZ-behandelaar en SPV-er van Forum GGZ Nijmegen en een begeleider van de vader zullen deze afspraken op papier zetten. Belangrijk is dat ouders er achter staan en niet -stiekem- tussen de afspraken door gaan leven. Als de afspraken niet werken of de ouders zich er niet aan houden, zal er overleg plaatsvinden. Daarnaast komen de partijen overeen dat het nodig is te starten met medicatie die moeder innerlijke rust zullen geven. De GGZ-behandelaar zal dit, en het eventueel controleren van de urine als stok achter de deur om te stoppen met blowen, met moeder bespreken. Het AMK trekt zich weer terug. Omdat de GGZ-behandelaar tijdelijk in dienst is en binnenkort stopt bij de GGZ Nijmegen, wordt de coördinatie rond de hulpverlening in handen van de SPV-er gelegd.<sup>8</sup>

Ongeveer vijf maanden later neemt de AMK-medewerker contact op met de partijen in verband met een rappel. Er lijkt nog niet veel veranderd te zijn in de situatie. Er staan nog geen afspraken op papier, en moeder reageert nog steeds labiel als vader de afspraken niet nakomt. De betrokken GGZ-behandelaar werkt niet meer bij Forum GGZ Nijmegen. De nieuwe behandelaar heeft moeder al een tijd niet meer gezien. Zij is er twee keer geweest en zei veelvuldig afspraken af. Het persoonlijkheidsonderzoek heeft lang geduurd. Zodra de uitslag bekend is zal de GGZ deze terugkoppelen. Moeder heeft contact opgenomen met het AMW om de gesprekken omtrent omgang weer op te pakken. De maatschappelijk werker is verbaasd als hij bij terugbellen naar moeder vader aan de lijn krijgt, omdat de ouders tegen hem gezegd hadden een strikt zakelijke omgang met elkaar te willen hebben. Het is onduidelijk hoe het met het gemelde kind gaat. De AMK medewerker zal contact opnemen met de haptonoom met wie moeder een goede band heeft. Hij neemt zich voor een raadmelding te doen als moeder vastloopt in haar GGZ-begeleiding of de veiligheid van het kind in gevaar komt.<sup>9</sup>

## *2. Samenwerking/uitwisseling tussen Volwassenen-GGZ en AMK*

In het eerste contact spreken de hulpverleners van het AMK en Forum GGZ Nijmegen af elkaar op de hoogte te houden, en dat doen ze ook. De geïnterviewde maatschappelijk werker van het AMK zegt dat de samenwerking met de arts-assistent psychiatrie die de moeder op dat moment begeleidt, makkelijk is verlopen: dit is niet representatief voor hoe hij het contact met de GGZ doorgaans ervaart. Wel heeft hij er moeite mee dat er psychologisch onderzoek bij moeder werd afgenomen terwijl zij veel blowde. Binnen de verslavingszorg is de algemene lijn dat cliënten nuchter moeten zijn voordat er een psychologisch rapport kan worden gemaakt. Bij softdruggebruik geldt een voorwaarde van drie weken niet-gebruiken. De GGZ-behandelaar vond dat echter niet nodig.

<sup>8</sup> We hebben er voor gekozen de betrokken SPV-er te interviewen, en niet de nieuwe behandelaar.

<sup>9</sup> Dit dossier werd geselecteerd als zijnde afgesloten, maar bleek daarna weer te zijn heropend. Daarom 'eindigt' het dossier voor deze casusbeschrijving hier.

De maatschappelijk werker van het AMK ziet als belangrijkste vraag: redt moeder het in haar dagelijks leven, en is ze goed voor het baby'tje? Zijn antwoord daarop is 'ja'. Volgens hem moet moeder "in haar kracht" zien te komen en daar heeft ze de haptonoom voor, omdat ze daarmee een vertrouwensband heeft: *"Officieel ligt de verantwoordelijkheid bij de GGZ, maar de vertrouwensrelatie ligt bij de haptonoom"*. Hij ziet de haptonoom dan ook meer als een bron van informatie over hoe het met moeder gaat dan de GGZ. Het lukt alleen niet goed om van deze haptonoom informatie te krijgen. Met de GGZ-behandelaar wordt afgesproken dat de AMK-medewerker het psychologisch rapport over moeder niet krijgt toegestuurd. Hij wordt wel op hoofdlijnen geïnformeerd over de inhoud ervan. Moeder wil het rapport wel aan de haptonoom laten zien, en de AMK-medewerker gaat ervan uit dat hij bij zorgen op de hoogte wordt gesteld door de haptonoom. Hij wil daarom wel van de haptonoom weten of deze de inhoud van het rapport kent. De haptonoom belt echter steeds niet terug en reageert niet op uitnodigingen voor overleg. Ook de SPV-er klaagt hier over. Zij belt, spreekt in en mailt dat zij de coördinatie nu voert en haar graag wil spreken, maar hier komt geen reactie op.

Op het moment van het interview heeft de betrokken AMK-medewerker vrij recent een rappel gedaan. Er blijkt nog niet veel te zijn veranderd. Bij het afsluiten van de zaak is in het breed overleg een belangrijke rol gegeven aan de SPV-er. Dit is echter vrij snel stuk gelopen, en dat is niet teruggecommuniceerd. Dit heeft hij wel met haar besproken: als zij niet binnenkomt moet er een andere SPV-er komen.

De SPV-er zegt in het interview een paar weken later dat moeder haar afspraken inderdaad vaak niet na kwam, maar dat dat nu juist inherent aan haar problematiek is. Het is geen onwil, of gebrek aan motivatie. Het is wel gelukt om na het brede overleg met de beide ouders tot afspraken te komen die zij onderschreven. Omdat het niet liep tussen haar en moeder is de directe zorg en de coördinatie recentelijk overgedragen aan een collega: *"Het contact tussen mij en moeder liep niet zo goed. Het boterde niet zo. Zij vond mij te directief. Zij vindt dat ze niet in de GGZ thuis hoort. Nu is er een andere SPV-er betrokken, deze heeft nu ook de coördinatie. Dit heeft wel lang geduurd. Het is deze SPV-er wel gelukt om afspraken te maken maar of moeder ze nakomt weet ik niet"*. Het AMK is van de overdracht op de hoogte. Omdat de SPV-er de indruk heeft dat het niet echt beter gaat met moeder, en omdat het contact met haar zo broos is, heeft zij het AMK verzocht de zaak niet af te sluiten. Als het kind in het geding komt, of de zorg te wensen over laat zal ze dat direct melden aan het AMK.

Over de samenwerking met het AMK zegt zij dat ze het op zich goed vond gaan: *"Hij was bereikbaar, belde terug, het liep op zich wel"*. Ze miste echter "een stuk betrokkenheid". Volgens haar bleef het gezin openstaan voor hulp vanuit het AMK, maar voor de AMK-medewerker was de zaak na het groot overleg gesloten. In eerdere ervaringen trof ze meer betrokken medewerkers aan: *"Bijvoorbeeld (naam), dat was een totaal andere verhaal! Deze medewerker is er functioneler, zakelijker in. Ik vind, je doet de casus toch gezamenlijk! De coördinator is niet alleen verantwoordelijk, je doet het als groep. Ik waardeer die betrokkenheid wel. Ik weet niet of dat van een AMK-medewerker verwacht kan worden, maar ik vind dat prettig en zou graag willen dat het altijd zo liep"*.

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

De bemoeienis van het AMK leidt er toe dat moeder GGZ-hulp heeft en thuishulp krijgt. Of dit zonder de Gelderse aanpak kindermishandeling anders was gelopen is de vraag. De maatschappelijk werker van het AMK is goed te spreken over de samenwerking met de arts-assistent psychiatrie van Forum GGZ Nijmegen. Deze is makkelijk in het delen van informatie, en hij heeft het document niet te noemen.

De SPV-er die naderhand de coördinatie voert, is bekend met de Gelderse aanpak. Twee maanden geleden is de definitieve tekst verspreid binnen de GGZ instelling, het concept had ze al

veel langer: *“Het ligt voor mijn neus, ik pak het als ik het nodig heb”*. De SPV-er zegt dat zij zelf helemaal geen moeite heeft met melden. Voordat de Gelderse aanpak bestond werkte zij op dezelfde wijze. De Gelderse aanpak kindermishandeling leidde bij haar collega's ook niet tot problemen of discussie. *“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”*. Zij vindt het wel heel goed dat een en ander nu zwart op wit staat in een document waarop kan worden teruggevallen.

## Casus C

### Route II: AMK verzoekt volwassen-GGZ om informatie (met instemming van ouders)

#### 1. Achtergrond

Bij het AMK komen op één dag twee anonieme meldingen binnen over een 7-jarige jongen die alleen bij zijn moeder woont. De eerste melder maakt zich zorgen over de instabiele leefsituatie van het kind. Moeder zou een zeer onregelmatig leven leiden, er zou sprake zijn van nachtelijke onrust en politiebemoeienis. Moeder en kind wonen in een slechte buurt, er komt volgens melder veel vreemd volk over de vloer, er worden niet altijd boodschappen gedaan en de jongen zou vaak bij anderen gebracht worden. De melder vermoedt druggebruik. De directe aanleiding voor de melding is dat er voor de tweede keer in korte tijd politie aan de deur is geweest. Melder, een direct familielid, wil verder geen rol spelen in de melding. De tweede melder, een ex van moeder, heeft vooral zorgen over de lichamelijke en pedagogische verwaarlozing van het kind. Hij is erg bang dat moeder er achter komt dat hij gemeld heeft en iemand op hem afstuurt.

De maatschappelijk werker van het AMK start haar vooronderzoek bij de politie. Deze bevestigt dat moeder bij hen bekend is. Zij zou in een vorige woonplaats in de prostitutie hebben gezeten en nog lastig gevallen worden door mensen uit die kringen. Moeder heeft diverse aangiftes gedaan in verband met stalking. Anderzijds loopt er ook een zaak tegen moeder in verband met vernieling. Moeder is kort na de meldingen verhuisd naar een betere wijk. In de oude wijk liet moeder zich nog al eens in met mannen die bekend stonden als veelplegers. Het is volgens de politie echter al een tijdje rustig, met name sinds haar verhuizing. Voorts heeft de maatschappelijk werker van AMK contact met de school en de huisarts. Zij zien de zorgen, maar noemen de meldingen ook “gekleurd”. Moeder staat open voor hulp en adviezen vanuit school. De opvoedsituatie is ongunstig, maar het kind doet het goed. De eerste melder, een familielid van moeder, wilde steeds informatie van de school, maar met moeder is nu afgesproken dat dat niet meer gebeurt. De huisarts heeft moeder diverse malen doorgestuurd naar de hulpverlening. Zij heeft net een intake gehad bij GGNet.

De maatschappelijk werker van het AMK gaat daarna op huisbezoek. Moeder wordt daardoor overvallen want ze heeft de brief nog niet gehad. Ze weet meteen al wie de anonieme (eerste) melding gedaan heeft; dit heeft de melder haar namelijk in een boze e-mail zelf te kennen gegeven. De familieverhoudingen blijken zeer ingewikkeld te liggen. Moeder heeft van haar familie altijd het gevoel gekregen niets te kunnen. Moeder heeft een paar dagen in de prostitutie gezeten om schulden af te lossen. De melder bracht haar in contact met de prostitutiescene. Diegene vertelt haar nu dat zij haar kind kwijt zal raken en het bij hen in huis zal komen. De maatschappelijk werker merkt dat moeder zeer geëmotioneerd is vanwege de familietoestanden. Met de vader van haar kind is wel contact maar hij bemoeit zich nergens mee. Moeder heeft waarschijnlijk een borderline stoornis. Ze heeft wel hulpverlening gehad maar nooit lang. Ze vertelt dat ze nu bij GGNet loopt.

Na het huisbezoek aan moeder neemt de maatschappelijk werkster van het AMK contact op met GGNet. Volgens moeder was er sprake van een behandeling, maar dat blijkt wat tegen te vallen. Bij GGNet weet men te vertellen dat de hulpverlening stroef loopt, omdat moeder niet op

afspraken komt. De huisarts en GGNet denken dat moeder niet therapietrouw is. Als de maatschappelijk werker van het AMK daarover met moeder belt, blijkt moeder - door de schulden die ze heeft - een bewindvoerder te hebben. Deze ontvangt al haar post en ze krijgt de brieven daarom te laat. De maatschappelijk werker heeft sterk de indruk dat moeder op de goede weg is. Moeder zit in de schuldsanering, ze is uit de drugsbuurt verhuisd en is zich ervan bewust dat ze haar problemen aan moet pakken. Bovendien staat moeder open voor adviezen en is ze bezig haar chaotische leefstijl te veranderen. De hulpverlening bij GGNet is in gang gezet, en omdat moeder veel blowt is ze onder behandeling bij de verslavingszorg. De jongen geeft geen kindsignalen af: het lijkt prima met hem te gaan. Dat is ook de indruk van de school. Met de AMK bemoeienis wil ze bereiken dat moeder dit traject ook echt volhoudt.

Het gezin wordt een tijdje gevolgd. Na drie maanden sluit het AMK het dossier af en draagt het over aan GGNet. Ook de school en politie hebben toegezegd contact te zullen opnemen als het minder goed gaat. De maatschappelijk werker benadrukt bij moeder dat het heel belangrijk is dat zij therapietrouw is. Moeder zegt dat zij zonder melding niet had doorgezet. Eerst was ze bang dat het AMK haar kind mee zou nemen, maar nu heeft ze er plezier in om aan zichzelf te werken. Ze ervaart het als een stimulans dat de maatschappelijk werker over een half jaar weer komt kijken hoe het gaat. De maatschappelijk werker: *"Als je de therapie niet volgt, dan kom ik terug. Niet om jouw kind te halen, maar om jou op de rails te krijgen"*.

## **2. Samenwerking/uitwisseling tussen Volwassenen-GGZ en BJZ**

Zowel de therapeut van GGNet als de maatschappelijk werker van het AMK vinden dat de samenwerking niet helemaal soepel verliep. De AMK-medewerker ziet dat moeder als opvoeder niet sterk in haar schoenen staat. Ze doet daarom een beroep op de therapeut van GGNet om moeder ook aan te spreken op haar ouderrol. De therapeut heeft de cliënt dan nog nooit gezien, het eerste gesprek moet nog plaatsvinden. De therapeut van GGNet: *"Daarvoor belde het AMK al. Om mij te vertellen wat zij belangrijk vond om de behandeling op te richten. Dat wilde ik niet, ik wil eerst de cliënt spreken. Het behandelplan gaat uit van de hulpvraag van de cliënt"*. De AMK-medewerker had het prettig gevonden om met moeder mee naar de afspraak te komen om te vertellen waar volgens haar aan gewerkt moet worden. Hier wil de therapeute niets van weten. Haar beweegredenen daarvoor zijn dat de cliënt een vertrouwensband op moet kunnen opbouwen met de hulpverlener en dat zij niet *"in het AMK-kamp terecht wil komen"*. Ook is het niet goed als de cliënt het gevoel krijgt op matje geroepen te worden bij twee professionals. Daarnaast geeft zij aan geen behoefte te hebben aan het advies van het AMK over de behandeling. De maatschappelijk werker van het AMK krijgt de indruk dat de therapeute eigenlijk wil zeggen: *"Ik werk niet in opdracht van jou"*.

In praktische zin verloopt de samenwerking verder goed. In het eerste contact met moeder bespreekt de therapeute open dat het AMK contact heeft opgenomen en wat het AMK belangrijk vindt bij de behandeling. Ze stelt samen met de cliënt een behandelplan op en koppelt dit plan terug naar het AMK. In dit plan staan geen opvoedingsdoelen, maar de AMK-medewerker laat het hierbij: *"Ik heb de opvoedingsondersteuning niet door gedrukt. De jongen maakte het goed. En moeder is al druk met twee soorten therapie en een baan. Het moet ook niet te veel worden. Ik denk dat moeder er zelf wel mee komt. En hoop dat GGNet de opvoedingssteun dan oppakt. Het contact met de school is dusdanig goed en zij zijn zo betrokken bij het kind dat ik er van op aan kan dat ze me indien nodig inschakelen"*.

Ook over de diagnose is de therapeute open, zij heeft er geen moeite mee de informatie die ze heeft te delen: *"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"*. De maatschappelijk werker van het AMK: *"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"*.

Bij het afsluiten van het dossier wil de AMK-medewerker graag een afsluitend gesprek, maar daar heeft de therapeute van GGNet geen behoefte aan. Ze verzekert haar dat ze het kind zal melden als het in de knel komt. Aangezien dat niet het geval is, heeft ze verder geen contact meer opgenomen.

### 3. *Opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling*

Het effect van het ingrijpen van het AMK is dat moeder de hulp van GGNet en de verslavingszorg doorzet. Volgens de maatschappelijk werker van het AMK heeft moeder zelf gezegd dat ze zonder hen niet had doorgezet: *“Onze komst is het laatste zetje geweest richting therapie”*. De maatschappelijk werker heeft de Gelderse aanpak meteen in het eerste contact genoemd: *“Ik zet dat meteen in, ik wacht niet af of dat nodig is”*. Ze heeft doorgaans weinig zaken waarin de GGZ betrokken is en kan daarom niet zeggen of het protocol in dit geval heeft bijgedragen aan een betere samenwerking.

De therapeute van GGNet kent de Gelderse aanpak kindermishandeling: ze heeft het document een paar maanden geleden doorgemailed gekregen en het vluchtig doorgekeken, niet echt gelezen. *“Eerlijk gezegd heeft het geen rol gespeeld want ik had het onvoldoende goed gelezen. In het algemeen ben ik op mijn hoede als mensen van instellingen bellen, en voorzichtig in het geven van informatie. In dit geval lag het vrij open, de cliënt gaf alle medewerking, en had al contact gehad met het AMK”*. De Gelderse aanpak kindermishandeling is ook een keer agendapunt geweest bij een beleidsvergadering, maar zij was toen ziek. Ze heeft door de aard van haar specialisatie (cognitieve gedragstherapie) vooral te maken met wat oudere mensen, en zeer zelden met mensen met jonge kinderen (deze komen meestal bij een collega terecht). In het algemeen hebben kinderen wel de aandacht van hun afdeling. Dat komt omdat er een KOPP-collega is die veel met moeders en jonge kinderen werkt; zij brengt het aspect van de kinderen steeds onder de aandacht in teamvergaderingen. Daardoor is het soort automatisme geworden de vraag ‘hoe staat het met de kinderen?’ te stellen.

In het algemeen vindt de therapeute van GGNet het goed dat er afspraken zijn gemaakt. Wat haar zelf betreft denkt ze niet dat het protocol veel verschil maakt: *“Deze aandacht voor kinderen was er al”*. Mocht ze een ingewikkelde zaak hebben, dan zou ze het er zeker bij pakken. Moeilijkere zaken worden altijd in het team besproken, dus dan zou het vanzelf aan de orde komen.

## Casus D

### Route II: AMK verzoekt Volwassenen-GGZ om informatie (buiten medeweten van ouders)<sup>10</sup>

#### 1. *Achtergrond*

Een maatschappelijk werker van het Gelre ziekenhuis meldt met zorgen om een nog ongeborn kindje. De aanstaande moeder is opgenomen omdat ze eerdaags moet bevallen. De vrouw in kwestie is psychiatrisch patiënt, zwakbegaafd, heeft epilepsie en is deels opgegroeid in tehuisen. Zij woont begeleid via de RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) en wordt al tien jaar begeleid door GGNet. Ze is getrouwd met man die een stuk ouder is en kinderen heeft in de leeftijd van moeder zelf. Ook in deze familie is sprake van psychiatrische problematiek. Een van de volwassen kinderen heeft de aanstaande vader op zijn hoofd geslagen met een hard voorwerp. De aanstaande vader heeft daar van alles aan overgehouden. Hij is emotioneel in de war en neemt beslissingen die niet handig zijn, zoals het opzeggen van zijn woning. Zowel de aanstaande moeder als vader is bang voor vaders' familie.

<sup>10</sup> Bij deze casus is het niet gelukt de betrokken hulpverlener van de GGZ en de betrokken raadsmedewerker te spreken te krijgen. De reden hiervoor is dat beiden van baan zijn veranderd. Toch hebben we besloten deze casus te beschrijven, omdat het - hoewel eenzijdig - een licht werpt op de samenwerking tussen AMK en GGZ in een complexe setting. De geïnterviewde AMK-medewerker vindt het na lezing van de casusbeschrijving wel jammer dat het nu een eenzijdig verhaal is, vooral verteld vanuit haar perspectief.

Enkele dagen na de melding belt de arts-assistent gynaecologie met de mededeling dat de baby gezond en wel geboren is. Moeder kan over enkele dagen met de baby naar huis. De arts-assistent vraagt zich af of dit wel een goed idee is, en is geïrriteerd dat hij op de avond van de geboorte niemand van het AMK aan de lijn kreeg en er nog geen stappen ondernomen zijn.<sup>11</sup> Het AMK vindt de situatie zeer zorgelijk en start het vooronderzoek. De maatschappelijk werker van het AMK die de zaak krijgt toegewezen zet in op contact met het ziekenhuis, voor een inschatting van welke hulp nodig is. Er is veel hulpverlening aanwezig, maar het AMK acht een maatregel noodzakelijk om de hulpverlening te garanderen. Daarom wordt contact gezocht met de Raad voor de Kinderbescherming. Omdat het AMK zich afvraagt of een OTS wel voldoende is en of de baby wel naar huis kan, wordt de afdeling Spoed Eisende Zorg (SEZ) van Bureau Jeugdzorg ingeschakeld om vaste opvang voor het baby'tje te zoeken.<sup>12</sup>

In het vooronderzoek blijkt dat er veel hulpverlenende partijen betrokken zijn en er is ruim informatie over het gezin voorhanden. Het gezin is niet bij BJZ bekend, maar wel weet men daar dat de kinderen uit een eerder gezin van vader uit huis zijn geplaatst. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van GGNet heeft al vijf jaar contact met moeder. Hij ziet haar op dit moment weinig. Volgens hem gaat het doorgaans goed met moeder zolang het overzichtelijk blijft. Als het moeilijk wordt en stress mee gaat spelen, raakt ze het overzicht kwijt. Volgens hem is ze niet zwakbegaafd, maar zijn er lichte hersenbeschadigingen ontstaan door epileptische aanvallen. Opvallend is vooral haar heftige emotionaliteit in stresssituaties. Hij denkt dat moeder in staat is een goede moeder voor haar baby te zijn. Er zou een maximaal netwerk gecreëerd moeten worden zodat er voldoende steun is om de baby goed te kunnen opvoeden, en een gezinsvoogd die het overzicht houdt over de situatie. Hij kondigt aan moeder binnenkort over te dragen aan een nieuwe SPV-er, aangezien hij een nieuwe baan heeft. Hij is het wel eens met de melding omdat hij vindt dat er meer hulp moet komen.

De medewerkster van de RIBW waar moeder woont vindt het moeilijk om te praten. Moeder zal niet goed snappen wat er aan de hand is. Ze wil eerst overleg met en steun van haar eigen organisatie. Ze is bang dat als ze bij de melding betrokken wordt, ze geen ingang meer heeft bij het gezin. Ze beroept zich op het feite dat de hulp van het RIBW vrijwillige hulp is, en voert ook als argument aan dat ze (nog) niet weet of moeder voor de baby kan zorgen, aangezien ze moeder nog nooit met een baby heeft gezien. Later is de medewerkster wel bereid tot gezamenlijk overleg. Vader wordt sinds kort begeleid door een gezinsondersteuner om zijn leven na de klap op zijn hoofd weer een beetje op de rails te krijgen. Deze gezinsondersteuner is wel toeschietelijk met informatie maar kan weinig betekenen. Ze heeft hem eenmaal gezien. De begeleiding is vrijwillig en bestaat uit maximaal 7 uur per week ondersteuning, en is alleen bedoeld voor vader. De wijkagent kent het gezin vanwege een aantal incidenten met de volwassen kinderen van vader. Het gezin komt labiel over. De wijkagent geeft aan het riskant te vinden als de baby naar huis komt. De ouders kunnen nu al nauwelijks voor zichzelf zorgen.

De AMK medewerker probeert meer informatie bij het ziekenhuis in te winnen, voordat ze contact opneemt met de Raad. Het duurt echter de hele dag voordat er in het ziekenhuis een contactpersoon wordt toegewezen. De volgende dag belt de AMK-medewerker met de Raad en zegt dat zij zich ernstig zorgen maakt over de situatie. De acute zorg wordt echter niet gedeeld door de Raad: de specifieke ontwikkelingsbedreiging wordt niet duidelijk. De Raad ziet wel de zorgen, maar

<sup>11</sup> Ten tijde van deze casus was er twee keer per week een intake overleg (ITO) waarin de nieuwe aanmeldingen besproken en verdeeld werden. Daarbij werd wel een prioritering aangegeven: crisis, hoge prioriteit en midden prioriteit. Een zaak als deze kon daardoor wel een paar dagen blijven liggen. Inmiddels is er dagelijks een ITO, en werkt de intakemedewerker de melding inhoudelijk meer uit, o.a. aan de hand van een risicotaxatiemodel (ORBA). Indien nodig pleegt de intake-medewerker al enige telefoontjes vóór de ITO.

<sup>12</sup> De afdeling Spoed Eisende Zorg (SEZ) is een relatief nieuwe afdeling van BJZ, die direct spoedzorg kan organiseren als kinderen onmiddellijk uit huis moeten worden gehaald. SEZ is 24 uur per dag bereikbaar, heeft nauwe contacten met de Raad en beschikt over noodbedden.



staat op het standpunt dat er niet nu al gezegd kan worden dat het kind niet mee naar huis mag. Er zijn volgens de Raad nog aanknopingspunten om in het vrijwillig kader hulp te regelen.

Vervolgens zet de medewerker van het AMK in op gezamenlijk overleg met het ziekenhuis en de RIBW. De maatschappelijk werkster uit het ziekenhuis (meldster) stelt in dat gesprek duidelijk dat ze het onveilig acht als het gezin minder dan 24 uur begeleiding krijgt. Zij begeleidde het gezin al tijdens de zwangerschap. Tot het incident leek vader de stabiele factor in het gezin. Nu lijkt hij in emotioneel opzicht onvoldoende hersteld en kan weinig begrijpen. Voor het incident was vader erg chaotisch, nu is hij nauwelijks aanspreekbaar. Moeder is sinds het incident niet rustig geweest. Ze is erg emotioneel en heeft tijdens de zwangerschap veel epileptische aanvallen gehad. De beide ouders houden zich niet aan adviezen en afspraken die gemaakt zijn. Een arts en verpleegkundige bevestigen dat ouders niet in een thuisituatie voor een kind kunnen zorgen. Zij zien dat beide ouders wel gemotiveerd zijn om voor de baby te zorgen, maar betwijfelen zeer of ze dit kunnen. Moeder pikt zorgtaken langzaam op en reageert niet adequaat op de behoefte van de baby. Vader heeft een hersentrauma en is onvoldoende alert. Zij zien de ouders wel in staat om gerichte activiteiten uit te voeren maar niet om de hele dag zelf op de zorg die de baby nodig heeft in spelen. Om de veiligheid van het kind te waarborgen is ook volgens de arts en verpleegkundige 24 uur per dag begeleiding nodig. De AMK medewerker wil van het RIBW weten wat zij kunnen betekenen voor moeder en baby: durven zij de verantwoordelijkheid aan? De RIBW kan geen hulp bieden in de avonden en 's nachts. Moeder zal zeven uur begeleiding per week krijgen, dit aantal uren heeft ze zelf ingeschat en daarvoor is ze geïndiceerd. Ze wil graag dat de begeleiding komt als ze een epileptisch insult heeft gehad, om het een en ander op te vangen. Moeder houdt er niet van als zaken opgelegd worden. Ze heeft dan een afwerende houding, aldus de medewerker van het RIBW. De RIBW wil geen harde uitspraken doen. Ze kunnen niets verplicht opleggen en de zorg niet garanderen. Tegelijkertijd willen ze de melding niet ondersteunen, vanwege de relatie met cliënt en de veiligheid van het eigen personeel.

De maatschappelijk werkster van het AMK ziet als enige mogelijkheid een opname van moeder en kind om te observeren of moeder de zorg voor haar kind aan kan. Moeder kan volgens de betrokken hulpverleners echter niet in een groep functioneren. Ze kan de prikkels in een groep niet aan. Ook is moeder gebaat bij van begeleiding van zoveel mogelijk dezelfde persoon; dit om niet in de war te raken. De complexiteit van de problemen in het gezin en daarnaast de veelheid aan problemen maakt dat er geen oplossing gevonden wordt.

In samenspraak met het ziekenhuis wordt besloten moeder en baby nog een heel weekend in het ziekenhuis te houden, zodat de VOTS met machtiging uithuisplaatsing geregeld kan worden. De medewerkster van het AMK stelt voor de melding wel te bespreken met de ouders. Ziekenhuis, RIBW en politie achten de kans echter groot dat de ouders dan in het weekend met de baby zullen 'verdwijnen'. Ook een heel voorzichtig gesprek over vrijwillige hulpverlening vinden zij geen goed idee.

De AMK medewerker bespreekt daarop de VOTS met de Raad. De raad vindt de informatie nog te mager voor een VOTS en wil de situatie in het weekend nog aanzien. De raad verzoekt om uitgebreide verslaglegging met meer informatie van het ziekenhuis op maandag. Gedurende het weekend wordt het ziekenhuis gesterkt in haar overtuiging dat 24-uurs zorg nodig is, omdat anders een levensgevaarlijke situatie voor de baby zou kunnen ontstaan.

Op maandag rapporteert AMK uitgebreid aan de Raad. De Raad is het nu eens met de VOTS en stuurt de zaak door naar de kinderrechtster. Deze is uiterst gepikeerd dat hij niet eerder geïnformeerd is, en roept naderhand de partijen op om de gang van zaken te evalueren. De AMK-medewerker stelt de politie en de SPV-er van GGNet op de hoogte van de op handen zijnde uithuisplaatsing. De SPV-er gaat er van uit dat moeder veel tijd nodig heeft om uit te razen. Indien nodig kan de crisisdienst van GGNet gebeld worden, ook 's avonds. De SVP-er zal de crisisdienst op de hoogte stellen. Ook wordt de politie op de hoogte gesteld.

Als aan het eind van de dag de beschikking van de rechter komt, wordt een kennisgevinggesprek met de ouders gehouden. De Raad en de afdeling SEZ geven aan dat ze de baby niet mee mogen nemen en dat deze voorlopig uit huis wordt geplaatst. De baby wordt naar een pleeggezin gebracht. Daags daarop sluit het AMK het dossier af.

## **2. Samenwerking/uitwisseling tussen Volwassenen-GGZ en AMK**

Het contact met de GGZ is in dit dossier summier. Dat komt met name omdat de betrokken hulpverlener aan het overstappen is naar een andere baan. Bij afsluiting van het dossier is de afsluitbrief naar zijn opvolger gestuurd; tussen AMK en de opvolger is verder geen contact meer geweest.

De geïnterviewde AMK-medewerker noemt de hulpverlener van GGNet afstandelijk. Hij toont zich volgens haar niet erg betrokken bij zijn cliënt. Zij had bijvoorbeeld wel verwacht dat hij de avond dat de baby zou worden weggehaald wel zelf contact met de moeder zou opnemen. Hij had zijn cliënt kunnen ondersteunen. In plaats daarvan stelt hij de crisisdienst op de hoogte van de situatie: indien nodig kan moeder zelf bellen. Betrokken hulpverlener was 'toch al bijna weg' en deed daarom niet veel meer. Volgens de AMK-medewerker had hij juist ook gebruik kunnen maken van deze positie.

De hulpverlener van het AMK verwijt de hulpverlener van GGNet vooral dat hij niet al tijdens de zwangerschap hulp in gang heeft gezet of onderzoek heeft laten doen: *"Hij kende haar 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 tijdens de zwangerschap. Dan had men rustig kunnen zoeken naar een oplossing en de moeder rustig voor kunnen bereiden. Ingrijpen door AMK had voorkomen kunnen worden. Anderzijds had de RIBW tegen GGNet moeten zeggen: goh, wat hebben jullie geregeld?"*

Het is jammer dat we de GGZ-hulpverlener in deze casus niet zelf hebben kunnen spreken. Volgens de AMK-medewerker zou deze de moeder wel een baby gunnen. Volgens de RIBW zou de hulpverlener tegen hen gezegd hebben dat ze zich niet met de zwangerschap mochten bemoeien. Deze uitspraken hebben we echter niet kunnen voorleggen aan betrokkene. Evenmin hebben we kunnen doorvragen naar zijn motivatie om tijdens de zwangerschap geen stappen te ondernemen.

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

Tijdens de directe afwikkeling van deze zaak wordt het document 'Gelderse aanpak kindermishandeling' niet echt ingezet. Het AMK is ontevreden over het optreden van de GGZ-medewerker, maar dit ligt niet aan de samenwerking op zich. De SPV-er van GGNet had er bijvoorbeeld geen moeite mee zijn kennis en inzicht te delen en was het eens met de melding. De geïnterviewde AMK-medewerker denkt niet dat het document daarbij meespeelde.

Na afloop van de casus wordt de gang van zaken tussen de partijen geëvalueerd. De Raad voor de Kinderbescherming voert een gesprek met GGNet. Het AMK gaat in gesprek met het RIBW. In dat gesprek geven leidinggevenden van de RIBW aan dat er beleid moet komen omtrent de kinderen waar men zich zorgen over maakt. De RIBW wil daar steun bij en is zoekend; AMK is er nu bezig met voorlichting.

### **4.3 Samenwerking en opbrengst Gelderse aanpak kindermishandeling**

In de interviews zijn, evenals bij de nulmeting, behalve over de casussen enkele algemene vragen gesteld over de bekendheid met en de bruikbaarheid van de Gelderse aanpak en het protocol, over de samenwerking tussen de partijen en over de opbrengst van de Gelderse aanpak kindermishandeling. Is er iets veranderd sinds de invoering ervan? In deze paragraaf wordt daarvan verslag gedaan.

We verwijzen voor de eerdere ervaringen naar de rapportage over de nulmeting (Distelbrink, Tan en Van Dijk 2008). In onderstaande tekst wordt de huidige situatie beschreven, en de veranderingen ten opzichte van de nulmeting.

#### *Bekendheid met het document en implementatie*

Alle geïnterviewden zijn bekend met de Gelderse aanpak. Bij de nulmeting zagen we dat het toenmalige Werkdocument goed bekend was bij het AMK, maar minder goed bij de hulpverleners uit de GGZ: van de zes geïnterviewde GGZ-medewerkers kende er één het document goed en één een beetje. Medewerkers van het AMK hadden de indruk dat het document nog niet overal even goed geland was. De vier geïnterviewde medewerkers van het AMK hebben die indruk nu niet. Ze kunnen niet met stelligheid zeggen of het protocol nu beter bekend is bij de GGZ, er beter samengewerkt wordt of meer wordt doorverwezen door de GGZ: daarvoor doen ze allemaal te weinig casussen waarbij de GGZ betrokken is. Er zijn nu eenmaal weinig zaken waarin met de GGZ wordt samengewerkt en daarnaast hebben de uitvoerenden geen overzicht van alle zaken die verdeeld worden. Een maatschappelijk werker van het AMK: *“Ik heb niet vaak met de GGZ te maken. Als er een psychiater betrokken is gaat de zaak al gauw naar een vertrouwensarts. Het is lastig om dan een verschil ten opzichte van voorgaande jaren te merken. Bijvoorbeeld elke keer dat ik Bureaudienst heb, heb ik MEE wel een keer aan de lijn. Ik weet niet of het document leeft, ik hoor er niet veel over”*. Betrokkene weet ook niet of er meer gemeld wordt door de GGZ dan voorheen: *“Ik denk van wel, maar het blijft gissen”*. Haar collega: *“Ik kan er niets over zeggen, voor mijn gevoel is het hetzelfde maar ik weet niet hoe de zaken verdeeld worden”*. Een andere maatschappelijk werker vermoedt wel dat de GGZ vaker contact opneemt: *“Mondjesmaat gaat men meer de drempel over”*. In de concrete casussen stuitte geen van de AMK medewerkers op onbekendheid met de Gelderse aanpak bij hun samenwerkingspartner van de GGZ. In de interviews bevestigen de GGZ-medewerkers (in totaal zijn dit er 3) de Gelderse aanpak te kennen. Een van de maatschappelijk werkers van het AMK zegt wel over andere zaken: *“Vaak zijn ze (GGZ-medewerkers) niet op de hoogte. Het covenant 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”*.

We zagen bij de drie interviews wel een verschil in hoe lang en hoe goed medewerkers het document kennen. De SPV-er van GGNet kent het protocol sinds ongeveer een half jaar. Het is in een beleidsvergadering geagendeerd en met nadruk verspreid onder alle uitvoerend collega's. De SPV-ster van Forum GGZ Nijmegen kreeg De Gelderse aanpak kindermishandeling in haar postvak. Ze had graag gezien dat zoiets belangrijks besproken zou worden in een overleg. Ze meldt dat haar collega's dat ook vinden: *“Het is beter om zoiets te presenteren, dan blijft het beter hangen. Anders raakt het verloren in de waan van de dag”*. Twee maanden geleden is het definitieve concept verspreid binnen de GGZ instelling, het concept had ze al veel langer: *“Het ligt voor mijn neus, ik pak het als ik het nodig heb”*. De derde GGZ medewerker kreeg het per email, en het is wel besproken op een vergadering waar zij niet bij was. Ze heeft het vluchtig doorgelezen.

#### *Bruikbaarheid van de Gelderse aanpak kindermishandeling en protocol*

Alle geïnterviewden ondersteunen de Gelderse aanpak. Het draagvlak is groot, zowel bij henzelf als bij collega's. Gevraagd naar de bruikbaarheid, eventuele knelpunten of omissies, is er geen kritiek. Men kan geen verbeterpunten noemen. Een enkeling zegt dat het hem of haar nog aan voldoende ervaring met het protocol ontbreekt om eventuele verbeterpunten te kunnen noemen. De AMK-medewerkers die bij deze meting geïnterviewd zijn noemen de Gelderse aanpak kindermishandeling in hun eerste contact, of zetten het in als dat nodig is. Een maatschappelijk werker van het AMK: *“Ik vind het sowieso nuttig, want het is een goed document. Het heeft tijd nodig. Ik had gehoopt dat het sneller zou gaan. Ik benut het indien nodig, in het begin vaker dan nu. In het begin had ik een kopie voor mijn neus hangen en die las ik dan voor. Ik ben al zo vaak tegen een betonnen muur*

*aan gelopen. Ik ben op de hoogte en weet hoe ik het toe kan passen. Het document moet nu niet meer aangepast worden, we moeten eerst zorgen dat het gedragen wordt”.*

Een andere maatschappelijk werker van het AMK: *“Verbeterpunten? Nee, zo is het goed en duidelijk. Ik kan mijn doel er mee bereiken. 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 handelingsruimte om kennis te delen, daar helpt het protocol zeker bij”.*

Buiten dat men het een goed document vindt, blijft er wel een zorg bestaan: *“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”,* aldus een van de maatschappelijk werkers. Daarnaast gaat het volgens twee van de vier maatschappelijk werkers wel erg langzaam: *“Het heeft een veel langere duur nodig dan ik had gedacht. Ik zou niet weten hoe we dit kunnen versnellen”,* aldus een van hen.

#### *Samenwerking tussen AMK en GGZ*

Ten tijde van de nulmeting zagen we enige strubbelingen in de samenwerking. Ook werd door GGZ medewerkers het spanningsveld tussen het belang van het kind en de privacy van de cliënt genoemd. In deze meting zien we dat niet meer terug. In alle vier de casussen wordt zonder voorbehoud informatie uitgewisseld en verloopt dit naar tevredenheid van de betrokkenen. De partijen weten elkaar te vinden, communiceren indien nodig en delen informatie.

Gevraagd naar de kwaliteit van de samenwerking bij de concrete casussen is het antwoord wisselend. De eerste casus is een mooi voorbeeld van goede samenwerking. Beide partijen zijn er zeer over te spreken. Ze wisselen niet alleen heel vlot informatie uit per email en mobiele telefoon, ze stemmen ook af en trekken gezamenlijk op. De samenwerking leidt tot een uniform optreden jegens de ouders. In de tweede casus loopt de samenwerking in principe goed, maar mist de SPV-er van de GGZ betrokkenheid bij de AMK medewerker: deze is wat haar betreft vrij zakelijk en zij had graag meer samen met hem opgetrokken in het traject. De AMK-medewerker ziet zijn rol echter meer als toetsend en onderzoekend. In de vierde casus is het juist andersom: hier mist de AMK medewerker betrokkenheid bij de hulpverlener van de GGZ: in plaats van zelf moeder steun te bieden als haar kind wordt afgenomen, stelt hij de crisisdienst op de hoogte. In de derde casus loopt de samenwerking zowel volgens AMK als GGZ stroef, en dat heeft dan vooral te maken met hoe de personen hun eigen en elkaars taak opvatten.

In de interviews is verder gesproken over de samenwerking met de andere partij in het algemeen, los van de casussen. De hulpverleners in de GGZ hebben te weinig contact met het AMK om over samenwerking in het algemeen te kunnen spreken. De enige die daar iets van vindt is één SPV-er: *“In het algemeen zijn mijn ervaringen positief. Ik heb er niet zo heel veel mee te maken. Ik vind het belangrijk dat het AMK er is. En jammer dat het Raadsonderzoek zo lang duurt”.* De AMK-medewerkers hebben wel voldoende ervaring met de GGZ om zich een mening te kunnen vormen. De één is wat positiever dan de ander. De medewerkers geven aan dat de kwaliteit van de samenwerking erg afhankelijk is van de GGZ-medewerker die ze treffen. Dit lijkt niet te liggen aan de vraag bij welke GGZ-instelling deze persoon dan werkzaam is, aan de functie of aan het al dan niet bekend zijn met de Gelderse aanpak. Eén van hen: *“Ik heb zelf niet de ervaring dat samenwerken met de GGZ moeilijk is. Vorig jaar had ik een paar casussen waarbij de GGZ betrokken was, en ik heb daarin geen hobbels ervaren. Het valt mij wel op dat de Volwassen GGZ en de Jeugd GGZ sterk gescheiden is”.* Een andere maatschappelijk werker: *“In deze casus was ik heel positief, maar de ervaringen zijn heel wisselend”.* Eén van de maatschappelijk werkers vindt dat als de samenwerking moeizaam verloopt dit het heel vaak in kleine dingen zit. *“Het binnenkomen bij de GGZ is meestal niet het grootste probleem. Dat zit meer in het delen”.* Hij wijt de samenwerkingsproblemen aan

de cultuur op de werkvloer bij de GGZ: *“De GGZ wil zich niet laten vertellen hoe er gewerkt moet worden. In mijn ogen gaat het om het woordje moeten. De psychiater is gewend op een voetstuk te staan. ‘Privacy’ is altijd het hulpstokje... het is niet de privacywetgeving, het is de cultuur. Ik heb een paar keer voorlichting gegeven aan de GGZ en dan merk je dat. Zij zien hun werk geïsoleerd: zij zijn aan het behandelen. Kinderen zijn bijzaak. De GGZ werkt wat geïsoleerd van de jeugdhulpverlening”*. Betrokkene werkte vroeger als gezinsvoogd. Als hij vanuit die positie kinderen doorverwees naar de Jeugd GGZ dan verliep het contact makkelijker: hij was dan opdrachtgever. Hij is vrij somber over een mogelijke cultuurverandering binnen de GGZ: *“Af en toe heb je een ander type werker, die wel aansluiting zoekt, zoals in deze zaak. Maar dat is een nieuwkomer. Zodra hij een positie heeft zal hij zich aanpassen aan de heersende cultuur”*. In casus C zien we dit type problemen ook (bovenstaande uitspraken zijn van een maatschappelijk werker die op een andere zaak zat): er ontstaat ergernis bij de GGZ-therapeut om de bemoeienis van AMK met wat zij als háár werk en verantwoordelijkheid ziet.

#### *Opbrengst van de Gelderse aanpak kindermishandeling*

Wat levert de Gelderse aanpak kindermishandeling nu op? Als we kijken naar de vier concrete casussen in dit deelonderzoek dan lijkt het er op dat het werkdocument daar nauwelijks een rol heeft gespeeld bij de samenwerking. In de eerste en tweede casus zeggen zowel de medewerker van het AMK als van de GGZ dat de Gelderse aanpak geen rol heeft gespeeld: ook zonder protocol hadden zij zo gehandeld. In de derde casus weet de AMK medewerker niet of de Gelderse aanpak een rol heeft gespeeld; de GGZ-medewerker in die zaak zegt van niet (omdat ze het document nog niet goed gelezen had). In de vierde casus denkt de AMK medewerker niet dat de Gelderse aanpak tot verschil heeft geleid, en van de GGZ weten we het niet.

Uit de interviews over de samenwerking komt een wisselend beeld naar voren, waarbij samenwerkingsproblemen vooral lijken samen te hangen met de karakters van individuen of met de werkcultuur van de betrokkenen, en niet met het al dan niet kennen van het document. Toch denken alle geïnterviewden dat het nuttig is dat de Gelderse aanpak kindermishandeling er is. De Aanpak is bekend en het protocol ligt onder handbereik. AMK-medewerkers wijzen er op dat ze het protocol kunnen noemen als de samenwerking niet vlot gaat, en vanuit de GGZ wordt opgemerkt dat het handig is om er bij te pakken om de procedure op de juiste wijze te volgen.

De voornaamste opbrengst ligt misschien niet zozeer in het concrete product dat er nu ligt maar in het traject dat er bij hoort. Een medewerker van het AMK: *“Ik heb het idee dat er het laatste jaar toch wel een bewustwordingsproces op gang is gekomen. Er vindt wel een verandering plaats. Het gaat langzaam maar alle beetjes helpen”*. Een andere maatschappelijk werker: *“Ik denk wel dat het document zijn uitwerking heeft. Ik hoor erover vanuit andere instellingen. Het onderwerp leeft”*.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Aandacht voor kindermishandeling in Gelderland

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. Met name bij de Volwassenen-GGZ 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 tussen GGZ-instellingen voor volwassenenzorg enerzijds en het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming anderzijds centraal. Doel is betere bescherming van kinderen door betere afstemming, informatie-uitwisseling en een grotere bewustwording bij de GGZ voor de mogelijke risico's die het opgroeien met een ouder met psychische problemen met zich meebrengt.

De Gelderse aanpak kindermishandeling wordt reeds vanaf de proefperiode, die liep van mei tot en met november 2007, geëvalueerd door het Verwey-Jonker Instituut. Bronnen zijn enerzijds cijfermateriaal over uitwisselingen tussen instellingen en anderzijds kwalitatieve data over de feitelijke samenwerking in casussen en ervaringen van medewerkers met het werkdocument. In het onderzoek worden twee routes die zijn onderscheiden in het werkdocument onderzocht:

- Route I, meldingen gedaan of adviezen gevraagd bij het AMK door de Volwassenen-GGZ of doorverwijzingen van ouders naar Bureau Jeugdzorg of de Jeugd GGZ voor ondersteuning bij de opvoeding (preventief)
- Route II, vragen om informatie door het AMK bij de Volwassenen-GGZ.

Dit rapport doet verslag van de 1-meting, een half jaar na de officiële vaststelling en ondertekening van de Gelderse aanpak kindermishandeling eind 2007. De verzamelde gegevens hebben in merendeel betrekking op de periode najaar 2007- voorjaar 2008, de periode rond de officiële ondertekening dus. De interviews zijn in de zomer van 2008 afgenomen.

### 5.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Het onderzoek kent twee onderzoeksvragen, die beantwoord kunnen worden door de verzamelde kwantitatieve en kwalitatieve data.

#### Onderzoeksvraag 1

*In hoeverre is er, een half jaar na de officiële ondertekening van de Gelderse aanpak kindermishandeling, sprake van een goede uitwisseling van gegevens tussen Gelderse instellingen die ouders met psychische problematiek behandelen enerzijds en het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming anderzijds? In hoeverre is de uitwisseling verbeterd als gevolg van de afspraken in het document?*

De bevindingen zijn als volgt:

- Bij de nulmeting werd geconstateerd dat er in vergelijking met de periode vóór de inwerkingtreding van de Gelderse aanpak kindermishandeling sprake was van een toename van het aantal meldingen door de Volwassenen-GGZ en het aantal aangevraagde adviezen en consulten. Deze toename is beschouwd als een voorlopige aanwijzing voor succes van de aanpak. De positieve trend heeft zich bij de 1-meting echter niet voortgezet. Er is ten opzichte van de nulmeting sprake van een afname van het aantal meldingen door de Volwassenen-GGZ bij het AMK. Het aantal adviezen bleef gelijk, terwijl het aantal consulten licht toenam. Een verklaring zou kunnen zijn dat de introductie van de Gelderse aanpak tijdens de proefperiode meer invloed heeft gehad dan de officiële ondertekening en inwerkingstelling eind 2007. Daarnaast is uit campagnes voor de preventie van kindermishandeling bekend dat na een eerste opleving in meldingen kort na een campagne vervolgens sprake kan zijn van een terugval. Blijft overeind dat het aantal meldingen tijdens de 1-meting is gedaald naar het niveau van vóór de Gelderse aanpak. In kwantitatief opzicht kan de aanpak daarmee vooralsnog geen succes worden genoemd.
- In de Gelderse aanpak wordt een grotere bewustwording bij de GGZ behalve aan meer meldingen en contacten met het AMK ook afgelezen aan een toename van het aantal doorverwijzingen van de Volwassenen-GGZ naar de Jeugd GGZ of naar Bureau Jeugdzorg voor ondersteuning bij de opvoeding. Omdat deze gegevens niet worden geregistreerd bij zowel het BJZ als de GGZ instellingen, kunnen op dit punt geen uitspraken over het succes van de aanpak worden gedaan. De 1-meting heeft evenmin kwalitatieve gegevens opgeleverd over de samenwerking van de Volwassenen-GGZ met Bureau Jeugdzorg. Bureau Jeugdzorg bleek niet in staat tijdig casussen te leveren voor de huidige meting.
- Op grond van de interviews met AMK- en GGZ-medewerkers ontstaat het volgende beeld over het succes van de Gelderse aanpak. De Gelderse aanpak kindermishandeling is inmiddels goed bekend bij het gros van de GGZ-medewerkers en het belang ervan wordt door beide partijen onderschreven. Niettemin wordt ook gesignaleerd dat het document soms 'in hogere regionen' van GGZ-instellingen blijft hangen en niet op de werkvloer terechtkomt, en zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van de implementatie verschilt tussen instellingen. 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 GGZ-zijde. Geen van de geïnterviewden weet verbeterpunten te noemen: de aanpak is helder. 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 niet anders zijn geweest.
- In de ogen van AMK-medewerkers is er langzaam maar zeker sprake van 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. Er zijn echter ook twijfels over of op termijn wel écht sprake zal zijn van een attitudeverandering in brede kring. 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. De bedrijfscultuur bij de GGZ is volgens een enkeling aan AMK-zijde 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 sprake van te laat ingrijpen door de GGZ.



Harde uitspraken over de veranderingen in het contact met of de houding van medewerkers van GGZ-instellingen worden overigens bemoeilijkt door het relatief kleine aantal concrete gevallen waarin daadwerkelijk sprake is van contact.

## Onderzoeksvraag 2

*Hoe effectief is de uitwisseling van informatie? Wat gebeurt er concreet nadat contact is gelegd? Welke knelpunten ondervinden medewerkers van instellingen en wat werkt goed?*

Deze onderzoeksvraag kan als volgt worden beantwoord:

- Bij de casussen is, soms na aanvankelijke aanloopproblemen, sprake van een goede samenwerking tussen het AMK en de Volwassenen-GGZ. Anders dan bij de nulmeting is in geen enkele casus terughoudendheid gerapporteerd als het gaat om de uitwisseling van informatie. Overigens wordt door sommige medewerkers gemeld dat er in andere gevallen wel sprake kan zijn van terughoudendheid; de zaken zijn in dat opzicht niet representatief. Bovendien hebben ze slechts betrekking op contacten met twee GGZ-instellingen: GGNet (3 casussen) en Forum GGZ Nijmegen (1 casus).
- Bij een deel van de casussen is sprake van irritaties of 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 en deels 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-er heeft in zijn ogen gedaan waar hij voor is aangesteld: onderzoeken en toetsen. In een ander geval is sprake van irritatie bij een GGZ medewerker omdat AMK zich teveel zou bemoeien met de hulpvraag van de cliënt. 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.

## 5.3 Conclusies

Dit rapport geeft een tussenstand; het bespreekt de samenwerking en de rol van de Gelderse aanpak kort na de officiële invoering. Enerzijds laat de huidige meting positieve ontwikkelingen zien. Zo is de Gelderse aanpak langzaam maar zeker steeds beter bekend in de betrokken instellingen en wordt het belang ervan breed onderschreven. Anderzijds is in cijfers nog niet terug te zien dat er sprake is van een grotere meldingsbereidheid aan GGZ-zijde. Het aantal meldingen is ten opzichte van de nulmeting teruggelopen. De interviews maken duidelijk dat de samenwerking tussen de instellingen in veel gevallen goed verloopt. Hoewel de betrokkenen dit resultaat zelf niet toeschrijven aan de invoering van de Gelderse aanpak, valt op dat ten opzichte van de vorige meting in de geselecteerde casussen gemakkelijker informatie wordt gedeeld. Wel valt er nog een en ander te verbeteren aan implementatie. Zo lijkt het document niet in alle instellingen even goed toegelicht en 'geland' op de werkvloer. De kwaliteit van de samenwerking is daardoor nog teveel afhankelijk van de attitude en wil van individuele medewerkers, zo wordt signaleerd. Een optimale samenwerking wordt in sommige gevallen belemmerd door verschillen in opvattingen over en fricties in de afstemming met betrekking tot elkaars rol. Uit de casussen 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 koers die gevolgd wordt 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 wanneer sprake is van echte risico's speelt daarbij mee.

Onduidelijk is nog in hoeverre het werkdocument al leidt tot betere preventie, bijvoorbeeld via meer doorverwijzingen van ouders naar de Jeugd GGZ of het Bureau Jeugdzorg voor ondersteuning bij de opvoeding. Het gebrek aan registratie van dit type gegevens bij de GGZ-instellingen en het BZJ blijft daarbij een belangrijk aandachtspunt.

## 5.4 Aanbevelingen

*Voor verdere verankering van de Gelderse aanpak*

- Helderheid over elkaars rol en over hoe elkaar aan te spreken zou kunnen worden verbeterd, bijvoorbeeld door gezamenlijke sessies met medewerkers van verschillende instellingen waarbij gewerkt wordt met voorbeeldcasussen.
- Betrekken van meer partijen (bijv. verslavingszorg) bij de Gelderse aanpak kindermishandeling, bijvoorbeeld door voorlichtingsbijeenkomsten in de betreffende instellingen.

*Voor het vervolg van het onderzoek*

Allereerst een aanbeveling uit de nulmeting die blijft staan.

- Bij GGZ-instellingen wordt niet geregistreerd in hoeverre ouders worden doorverwezen naar Jeugd-GGZ of naar Bureau Jeugdzorg. Ook het Bureau Jeugdzorg registreert doorverwijzingen niet. Voor monitoring van de Gelderse aanpak is het aan te bevelen in de GGZ-registratiesystemen te registreren hoe vaak behandelaars volwassen cliënten met kinderen doorverwijzen voor preventieve opvoedingsondersteuning naar ófwel Bureau Jeugdzorg ófwel de Jeugd-GGZ.

Voorts bevelen we het volgende aan:

- Voor de 2-meting is het van belang inzicht te krijgen in de vraag welke GGZ instellingen melden en advies/consult vragen bij het AMK. Als blijkt dat dit vooral bepaalde instellingen zijn en dat vanuit andere instellingen nauwelijks wordt gemeld, kan hierop worden ingespeeld bij een eventueel vervolgotraject, bedoeld voor verdere verankering van de Gelderse aanpak kindermishandeling.
- Om meer zicht te krijgen op de mate waarin de bewustwording van risico's bij GGZ-medewerkers toeneemt en meer wordt gemeld, vormt informatie over het aantal cliënten met kinderen dat in de GGZ-instellingen wordt begeleid een belangrijk achtergrondgegeven. In de 2-meting zal aan de betreffende instellingen worden gevraagd hierin inzicht te verschaffen.
- In de Gelderse aanpak kindermishandeling zijn afspraken gemaakt over de implementatie van de aanpak in de GGZ-instellingen en de stappen die daarbij van belang zijn. Op grond van het casusonderzoek is onvoldoende duidelijk in hoeverre de implementatie succesvol is uitgevoerd en hoe ver de instellingen zijn met bijvoorbeeld de ontwikkeling van of uitbreiding van het aanbod van preventieve oudercursussen. Voorgesteld wordt om bij de 2-meting onderzoek te verrichten naar het verloop van de implementatie. Dit ook met het oog op aanbevelingen voor de verdere verankering na 2008.

## Geraadpleegde 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. en Van Dijk, E. (2008). *Evaluatie werkdocument Gelderse Aanpak Kindermishandeling. Nulmeting najaar 2007*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Hoefnagels, C. en Zwikker, M. (2006). *Het AMK op de kaart? Onderzoek naar het effect van de campagne ter vergroting van de naamsbekendheid van het AMK*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

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 (Volwassenzorg) - 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.



## **Bijlage:** **Partners van het document “Gelderse aanpak kindermishandeling”**

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

*GGZ-instellingen, volwassenenzorg*

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

*Overige betrokken partijen*

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



*Colofon*

Opdrachtgever/financier	Provincie Gelderland
Auteurs	Dr. M. Distelbrink en drs. S. Tan
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>

ISBN 978-90-5830-295-3

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2008, 051108, D5042629md/jd

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.