

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling

Klein Ikink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, De Boer A, Duys H, Haasnoot R, Lo Fo Wong S, Sachse H, Van Sleuwen BE, Veraart-Schelfhout L, Vriezen JA, Westerveld MC. Huisarts Wet 2010;53(8):S15-20.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Kindermishandeling is opgesteld door een werkgroep van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Het doel van deze LESA is de signalering en aanpak van kindermishandeling te verbeteren door betere samenwerking tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg (JGZ). Deze LESA geeft aanbevelingen voor het maken van samenwerkingsafspraken op lokaal niveau op het gebied van kindermishandeling.

Na het verschijnen van de vernieuwde meldcode kindermishandeling van het KNMG¹, de JGZ-Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling² en de ontwikkeling van de meldcode kindermishandeling van V&VN³ is een belangrijke volgende stap dat JGZ, huisartsen en andere betrokken hulpverleners afspraken maken over het signaleren en aanpakken van kindermishandeling.

Uitgangsdokumentatie voor deze LESA zijn, naast de KNMG-meldcode en de JGZ-richtlijn, de CBO-richtlijn *Familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen*⁴, de *Handreiking gebruik meldcode Kindermishandeling*⁵ en *Handreiking samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg*⁶ en het NHG-*Standpunt Huisartsenzorg en jeugd*.⁷

Deze LESA beperkt zich tot één onderdeel van de totale aanpak, namelijk de samenwerking tussen huisarts en JGZ, maar een geval van kindermishandeling is vrijwel nooit een zaak van slechts één of twee hulpverleners. De aanpak van kindermishandeling overstijgt doorgaans de mogelijkheden van de individuele hulpverlener. Het vraagt om continuïteit van zorg van meerdere hulpverleners en verschillende disciplines. Voor een integrale aanpak van kindermishandeling op regionaal niveau zullen naast de op deze LESA gebaseerde afspraken ook afspraken nodig zijn tussen andere disciplines en tussen zorgverleners en beleidsmakers. De landelijke overheid wil dit bereiken met de invoering van de RAAK-methode. Deze heeft tot doel per regio te zorgen voor een sluitende aanpak van kindermishan-

deling door samenhangende maatregelen rond preventie, interventies en beleid.⁸

Achtergronden

Begrippen

Huisarts

De huisartsenvoorziening met inbegrip van de praktijkondersteuners en assistenten die daar werkzaam zijn en de huisartsenpost voor de hulp buiten kantoor tijd.

JGZ

Het team, werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0- tot 19-jarigen (consultatiebureau, schoolgezondheidszorg), bestaande uit jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist preventie en (dokters-) assistente.

Hulpverlener

Waar in de LESA de algemene term 'hulpverlener' wordt gebruikt, worden ook huisarts en JGZ-team bedoeld.

Cliënt

Medewerkers in de jeugdgezondheidszorg spreken over 'cliënten' of 'klanten', huisartsen over 'patiënten'. In deze LESA is gekozen voor 'cliënten'. Voor 'cliënt' kan ook 'patiënt' gelezen worden.

Definitie van kindermishandeling

De Wet op de jeugdzorg omschrijft kindermishandeling als volgt: 'elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel'.

Het gaat daarbij om lichamelijke, emotionele, geestelijke mishandeling of verwaarlozing, seksuele mishandeling en getuige zijn van geweld tussen ouders of verzorgers.

Epidemiologie

Schattingen van het voorkomen van kindermishandeling in Nederland lopen uiteen van 107.200 gevallen per jaar voor de leeftijdsgroep van 0 tot 18 jaar tot 160.700 per jaar voor de leeftijdsgroep van 12 tot 17 jaar.⁹ De cijfers uit de verschillende onderzoeken zijn lastig te vergelijken door ver-

schillen in onderzoeksopzet en operationalisering van begrippen.

Bij de aanpak van kindermishandeling spelen de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) een belangrijke rol. Iedereen, beroepsbeoefenaar of privépersoon, met vragen of zorgen over een kind vanwege mogelijke kindermishandeling kan terecht bij het AMK. Het aantal contacten met het AMK is de laatste jaren flink toegenomen, van 34.061 in 2004 tot 52.946 in 2008.¹⁰ De contacten met het AMK zijn te verdelen in eenmalige adviesvragen (52%), consulten (17%) en meldingen (31%). In geval van een melding doet het AMK onderzoek naar het vermoeden van kindermishandeling, maakt het een risicotaxatie om de ernst van de situatie in kaart te brengen en een uitspraak te doen over het risico op kindermishandeling in de toekomst. Het AMK beziet welke hulp noodzakelijk is en verwijst naar vrijwillige hulpverlening. Als het nodig is, verzoekt het om een kindbeschermingsmaatregel bij de Raad voor de Kinderbescherming. Dit gebeurt in 10 tot

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Kindermishandeling is het resultaat van een landelijk overleg van huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen over samenwerking op het gebied van de signalering en aanpak van kindermishandeling.
- Deze LESA geeft aandachtspunten die een overleg op regionaal of lokaal niveau kunnen structureren. Huisartsen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) worden opgeroepen op basis hiervan regionaal werkafspraken te maken.
- De LESA beschrijft taken en verantwoordelijkheden die tot het werkgebied van de huisarts en de JGZ horen en die tot het gezamenlijke werkgebied horen.
- Bij (een vermoeden van) kindermishandeling zijn informatie-uitwisseling en coördinatie van zorg van essentieel belang om tot een adequate signalering en aanpak van kindermishandeling te komen.
- Kindermishandeling vraagt van hulpverleners een actieve houding en alertheid om ook bij mensen zonder spontane eigen zorgvraag signalen op te vangen en passende hulp te bieden.

20% van de bij het AMK gemelde zaken. De contacten met het AMK worden per gezin geregistreerd, dus één contact kan meerdere kinderen betreffen. Bij ruim 93% van de meldingen blijkt na onderzoek sprake te zijn van enige vorm van kindermishandeling.

De politie is in omvang de grootste bron van meldingen (28%), gevolgd door personen die kinderen of ouders/opvoeders uit de privéomgeving kennen (25,7%). De JGZ en de huisartsen leveren 1,6% respectievelijk 4,4% van het aantal meldingen bij het AMK. Als belangrijk knelpunt ervaren artsen een gebrek aan kennis en vaardigheden op het gebied van signalering en melding van kindermishandeling.¹¹

Risicofactoren en signalen van kindermishandeling

Alertheid op risicofactoren draagt bij tot de herkenning van kindermishandeling en maakt het mogelijk actiever op te treden en preventief te handelen. De herkenning van kindermishandeling berust niet alleen op het vaststellen van omschreven verschijnselen maar op het combineren van diverse gegevens over omstandigheden, symptomen en risicoverhogende factoren.

Risicofactoren kunnen bij de ouders liggen, bij het kind of in de leefsituatie. Risicoverhogende factoren bij de ouders zijn bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek of andere psychiatrische problematiek, een voorgeschiedenis van kindermishandeling, ongewenste zwangerschap en werkloosheid. Kindgebonden factoren zijn bijvoorbeeld prematuriteit, huilbaby of een verstandelijke handicap. Voorbeelden van problemen

Inbreng van de patiënt

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen eerstelijns hulpverleners. Doel is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen in samspraak met de cliënt het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden.

Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken. Hulpverleners zijn zich in alle gevallen bewust van de afhankelijkheidsrelatie die bestaat tussen kinderen en hun ouders/opvoeders.

in de leefsituatie zijn samengestelde gezinnen, alleenstaande moeders, armoede en criminaliteit.

Voor de signalen van kindermishandeling geldt een vergelijkbare indeling. Een signaal bij de ouders is bijvoorbeeld onverschilligheid ten opzichte van het kind. Signalen bij het kind zijn bijvoorbeeld tekenen van lichamelijk letsel, vaak ziek zijn, gedragsproblemen, passiviteit of hyperactiviteit, of een negatief zelfbeeld. Signalen in de leefsituatie zijn bijvoorbeeld slechte hygiëne en partnermishandeling. Bij kindermishandeling kan ook specifiek transculturele problematiek een rol spelen, zoals de in sommige culturen gangbare vrouwelijke genitale verminking.

Bijlage 5 van de KNMG-meldcode en hoofdstuk 2 van de JGZ-richtlijn bevatten een overzicht van mogelijke signalen dat behulpzaam kan zijn bij het herkennen van kindermishandeling. Er is ook een aantal instrumenten ontwikkeld waarmee de hulpverlener risico's kan inschatten of signalen kan beoordelen.¹² Een voorbeeld van zo'n instrument is het Sputovamo-formulier¹³, dat in Nederland veel gebruikt wordt op Huisartsenposten (HAP) en afdelingen Spoedeisende Hulp. Geen van deze instrumenten is op dit moment echter nog gevalideerd.

Jeugdgezondheidszorg

Het centrale doel van de JGZ is het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid, groei en lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van alle kinderen en jeugdigen. De JGZ werkt programmatisch op basis van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Er zijn vijftien geplande contactmomenten in de leeftijdsperiode van 0 tot 4 jaar (huisbezoeken en consulten op het consultatiebureau) en drie in de periode van 4 tot 19 jaar. Organisatorisch is er in de meeste plaatsen nog een scheiding tussen het consultatiebureau (0 tot 4 jaar) en de zorg voor 4- tot 19-jarigen. Op steeds meer plaatsen wordt echter integrale zorg geboden aan 0- tot 19-jarigen, en het is de bedoeling dit in de toekomst overal in Nederland te gaan doen.

Het accent in de JGZ ligt op preventieve zorg, monitoren en vroege signalering, maar binnen het Basistakenpakket is ook ruimte voor interventies, in het bijzonder op het gebied van de opvoedingsondersteuning. Meer dan 95% van de ouders/opvoeders en kinderen maakt gebruik van de JGZ. De JGZ levert longitudinale zorg voor ieder kind en beheert het integrale JGZ-dossier 0-19 jaar, neemt deel in buurtnetwerken, multidisciplinaire zorg- en adviesteams (ZAT) en werkt samen met andere hulpverleners,

zoals orthopedagogen en het (school)maatschappelijk werk. Door deze combinatie van werkzaamheden is de JGZ goed geïnformeerd over de groei en ontwikkeling van kinderen, mogelijke problemen en risico's in de opvoedsituatie en mogelijkheden voor behandeling.

De JGZ neemt een centrale plaats in bij de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). De bedoeling is dat elke regio in 2011 een functionerend CJG heeft, waar de uitvoering van het lokale preventieve jeugdbeleid is ondergebracht. De aanpak van kindermishandeling is hiervan een onderdeel. Het CJG moet een plaats worden waar alle (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren laagdrempelig en zonder indicatie voor hulp terecht kunnen met vragen over opvoeden, opgroeien en gezondheid.

Ook is de JGZ betrokken bij de ontwikkeling van de Verwijsindex Risicojongeren (VIR), een landelijk digitaal systeem waarin hulpverleners risicoregistraties kunnen doen over jongeren. Zo kunnen ze met elkaar in contact komen en risico's en problemen (waaronder kindermishandeling) in een zo vroeg mogelijk stadium signaleren. In 2010 moet in alle gemeenten de VIR operationeel zijn.¹⁴

Huisartsenzorg

De huisarts biedt laagdrempelige en voor iedereen toegankelijke generalistische zorg. Die zorg is persoonsgericht, continu en integraal, dat wil zeggen dat zij is toegesneden op de behoeften en mogelijkheden van de individuele mens. De huisarts werkt over het algemeen vraaggericht en is vaak een eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. De huisarts biedt zorg aan in het bredere kader van de leefomgeving en sociale context met als achtergrondkennis de levensloop van kind en gezin. De huisartsenzorg strekt zich uit over langere periodes van het leven en is zeven dagen per week beschikbaar.

Door de manier van werken ligt het accent bij de huisartsenzorg op diagnostiek, begeleiding en behandeling. Ook vervult de huisarts als verwijzer een poortwachterrol in het zorgsysteem en beheert hij de medische gegevens. Doordat de combinatie van signalen en kennis over de leefsituatie (met eventuele risicofactoren) van het gezin zeer belangrijk is om kindermishandeling te kunnen herkennen, heeft de huisarts een bijzondere rol. Als gezinsarts is de huisarts meestal ook behandelaar van de andere gezinsleden. Dit kan inhouden dat hij in het geval van kindermishandeling een dubbele loyaliteit heeft. Hij heeft ook een zorgplicht voor de ouders of opvoeders als mogelijke daders, en dit kan het bespreken van de

problematiek moeilijker maken. In dergelijke situaties geldt dat het de professionele verantwoordelijkheid van de arts is dat hij kinderen beschermt en kindermishandeling signaleert en meldt.

Buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk is er als regel een waarnemregeling met de regionale HAP. Kinderen zullen daar meestal niet door hun eigen huisarts worden behandeld. De eigen huisarts krijgt wel een bericht over het contact en de ingestelde behandeling.

Gedeelde zorg en afstemming

Uitgangspunten

Na het ontstaan van een vermoeden van kindermishandeling staan bij de interpretatie van signalen het inwinnen van informatie en het doen van onderzoek centraal. Allereerst zal de hulpverlener de gesignaleerde problematiek bespreekbaar maken in gesprekken met de betrokken jeugdige of ouders en/of opvoeders. Als het vermoeden niet ontkracht wordt, dient overleg plaats te vinden met het AMK. Daarnaast kan overleg met collega-hulpverleners aangewezen zijn. De hulpverlener kan naar aanleiding hiervan vervolgens (vrijwillige) hulp in gang zetten. Het is essentieel die hulp goed te monitoren.

Kan vrijwillige hulpverlening de risico's niet wegnemen en blijft het vermoeden van kindermishandeling bestaan, dan moet een melding bij het AMK gedaan worden. Het AMK draagt dan zorg voor verder onderzoek en behandeling. Bij acuut gevaar moet de hulpverlener direct contact opnemen met het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming. Daarnaast kan contact worden opgenomen met de politie om zo snel mogelijk de dreiging af te kunnen wenden.

Beroepsgeheim

In de Wet op de jeugdzorg is het zogeheten meldrecht vastgelegd. Beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim mogen zonder toestemming van de ouders gegevens verstrekken aan Bureau Jeugdzorg (in het bijzonder het AMK, dat deel uitmaakt van Bureau Jeugdzorg), als dit noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen, een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken of noodzakelijke hulp op elkaar af te stemmen. Een vergelijkbare regeling geldt, op basis van het Burgerlijk Wetboek, voor gegevensverstrekking aan de Raad voor de Kinderbescherming. In beginsel is de toestemming van de ouders vereist voor het verstrekken van informatie aan andere derden dan Bureau Jeugdzorg en Raad voor de Kinderbescherming.

Het uitgangspunt voor hulpverleners is, dat zij hun vermoeden bespreekbaar maken met

de betrokkenen en onderling informatie uitwisselen met toestemming van die betrokkenen, dus zonder het beroepsgeheim te doorbreken. Als geen toestemming wordt gegeven of kan worden gevraagd, biedt de KNMG-meldcode de mogelijkheid om zonder toestemming te overleggen met andere, niet rechtstreeks bij de behandelingsovereenkomst betrokken hulpverleners, om een vermoeden te verifiëren of om hulpverlening af te stemmen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk wanneer er een reële verwachting is dat de veiligheid van hulpverlener of kind bedreigd wordt. Het overleg vindt dan plaats op basis van de zorgplicht en het vereiste van goed hulpverlenerschap of omdat er sprake is van een conflict van plichten (zorgplicht versus zwijgplicht). De hulpverlener mag nooit meer informatie delen dan noodzakelijk en met meer personen dan nodig is. De hulpverlener zal per situatie een afweziging moeten maken hoe te handelen, waarbij het belang van het kind voorop staat.

Competenties en attitude

Huisarts en JGZ moeten beschikken over de juiste competenties en attitude om adequaat om te gaan met (vermoedens van) kindermishandeling, bijvoorbeeld het bespreekbaar maken van het vermoeden. Bewustwording van het vóórkomen van kindermishandeling en kennis van risicofactoren zijn noodzakelijk om alert te kunnen zijn op signalen van kindermishandeling. Een positieve attitude van de hulpverleners met betrekking tot samenwerking en handelen is nodig om een vermoeden van kindermishandeling effectief te onderzoeken. De wederzijdse bereidheid om contact met elkaar op te nemen bij een vermoeden van kindermishandeling, en wederzijds inzicht in het belang daarvan, zijn voorwaarden om te komen tot goede samenwerking.

Dossiervorming

Aantekeningen over alle overleggen en onderzoeken in het kader van kindermishandeling moeten op zorgvuldige en objectieve wijze worden bijgehouden in het dossier van het kind. De meldcode en richtlijnen geven de voorschriften voor de dossiervoering. Blijkt het vermoeden achteraf onterecht, dan dient dat ook duidelijk in het dossier te worden vermeld.

Hulpaanbod bij kindermishandeling

Het hulpaanbod bij kindermishandeling kent een grote verscheidenheid. De verschillen in onderliggende problematiek vragen per geval om een andere aanpak en bovendien zijn er regionale verschillen in het hulpaanbod. In iedere regio bieden verschillende hulpverleners of instanties in

wisselende combinaties hulp aan, zowel op het gebied van primaire en secundaire preventie als op het gebied van diagnostiek en behandeling.

De preventieve interventies zijn meestal gericht op opvoedingsversterking van ouders en op versterking van de weerbaarheid van kinderen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van buurtgerichte activiteiten (zoals opvoedcursussen) of huisbezoeken in risicosituaties (bijvoorbeeld 'Stevig Ouderschap', zes preventieve huisbezoeken door JGZ in de eerste achttien levensmaanden). De behandeling is gericht op het gezin of op de specifieke situatie en kan programatisch zijn, zoals Triple P (Positief Pedagogisch Programma), een van oorsprong Australisch programma voor opvoedingsondersteuning bij kinderen van 0 tot 16 jaar¹⁵ of individueel. De individuele hulpverlening kan variëren van lichte ambulante begeleiding tot gedwongen intensieve klinische behandeling.¹⁶

Verwijzen en afstemmen

Samenwerking

Juist op het gebied van kindermishandeling vullen de kennis van de huisarts en de JGZ elkaar goed aan. De huisarts is op de hoogte van de gezinssituatie, het bredere familieverband en de medische achtergrond van het gezin. De JGZ heeft informatie over de gezondheid, de sociaal-emotionele en motorische ontwikkeling en de leefomgeving (opvoedingsklimaat, kinderopvang, school, andere netwerken). Het delen van deze informatie en het combineren van risicofactoren en signalen draagt bij aan een effectievere signalering en aanpak van kindermishandeling (en daarmee aan het welzijn van het kind).

Startpunt van samenwerking zal veelal het ontstaan van een vermoeden van kindermishandeling zijn; leidraad bij het handelen zijn de stappenplannen uit de meldcodes en richtlijnen.

Vermoeden onderzoeken

Bij het ontstaan van een vermoeden nemen huisarts en JGZ contact met elkaar op om dit vermoeden te onderzoeken en de signalen in kaart te brengen. Uitgangspunt is dat zij dit doen in een direct persoonlijk contact met toestemming van de betrokkenen, maar indien noodzakelijk (zoals in geval van een conflict van plichten) kan dit contact plaatsvinden zonder toestemming.

Risicofactoren

Behalve de actuele klacht of problematiek worden in het overleg ook risicofactoren besproken. Relevant zijn de voorgeschiedenis en risicofactoren van het kind zelf,

maar ook risicofactoren bij de ouders, in de opvoedsituatie en de verdere leefomgeving komen aan de orde. De meldcodes en richtlijnen en hun bijlagen kunnen behulpzaam zijn om een onderbouwde risicoschatting te maken.

Afstemming en (terug)verwijzing

Betrokkenheid van overige hulpverleners

Vaak zullen meerdere hulpverleners betrokken zijn bij een vermoeden van kindermishandeling, zeker bij multiprobleemgezinnen. Het betreft niet alleen hulpverleners uit het medische circuit, maar ook de sociaal-maatschappelijke hulpverlening (AMK, Bureau Jeugdzorg, Algemeen Maatschappelijk Werk, school). Het is van belang bewust te zijn van deze betrokkenheid, na te gaan wie de betrokkenen zijn en bij hen het vermoeden te verifiëren. Ook worden zij geïnformeerd en zo nodig betrokken bij het verdere verloop van het proces.

Hulpaanbod

Bij een redelijk vermoeden, of het bestaan van veel risicofactoren, wordt in onderling overleg en na advies van het AMK een passend hulpaanbod gedaan. Hierbij wordt rekening gehouden met de draagkracht en draaglast van de betrokken opvoeders en het kind. Eenduidigheid in de aanpak en gezamenlijk optreden bij het betrokken gezin is belangrijk om tot een effectieve hulpverlening te komen.

Voortgang van de hulpverlening

Duidelijke afspraken over coördinatie en monitoring zijn noodzakelijk voor een effectieve hulpverlening, omdat daarbij meestal meerdere hulpverleners betrokken zullen zijn.

Onderdeel van het hulpaanbod zijn afspraken over wie de coördinerende rol heeft, wie zorgt voor verslaglegging en monitoring en wie contactpersoon is voor de betrokkenen. Hulpverleners spreken af hoe zij gedurende het verdere verloop van de hulpverlening onderling contact houden voor terugkoppeling en evaluatie (melden van nieuwe signalen of gebeurtenissen) en voor het vastleggen van het verloop in ieders dossier.

Verwijzingen

Als een vermoeden van kindermishandeling een rol speelt bij een verwijzing naar bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg, Jeugd-GGZ, Algemeen Maatschappelijk Werk of medisch specialist, informeren huisarts en JGZ elkaar. Het is belangrijk dat de relevante betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van het verloop van het diagnostisch proces en de behandeling.

Zorgmijdende gezinnen

Zorgmijdende gezinnen vormen een moeilijk te benaderen en behandelen groep en kunnen ongemerkt uit de hulpverlening verdwijnen. Zij zijn een belangrijke risicogroep voor kindermishandeling.

Huisarts en JGZ stellen elkaar op de hoogte van zorgmijdend gedrag, bijvoorbeeld in het geval van kinderen die om onduidelijke redenen geen gebruikmaken van de JGZ. Naar aanleiding van dergelijke signalen kan in onderling overleg actie worden ondernomen om deze groep binnen de hulpverlening te houden. Als de mogelijkheden voor deze groep tekortschieten, is dat een reden voor melding bij het AMK. Het AMK heeft vaak meer mogelijkheden om hulpverlening in gang te zetten.

Passende hulp niet mogelijk

Indien passende hulp niet kan worden geboden of niet wordt geaccepteerd, wordt een melding bij het AMK gedaan. De meldcodes en richtlijnen kindermishandeling vormen bij de beoordeling hiervan de leidraad.

Huisartsenposten

Extra alertheid van HAP's op signalen van kindermishandeling is gewenst. Op de HAP komen in verhouding meer kinderen dan bij de eigen huisarts. De HAP biedt de mogelijkheid om de eigen huisarts te ontwijken en in een betrekkelijk anonieme omgeving hulp te vragen. Hoewel de minder directe band met de kinderen ook mogelijkheden zou kunnen bieden een gesprek over een vermoeden van kindermishandeling te beginnen, blijken signalen van kindermishandeling in de praktijk onvoldoende te worden herkend op HAP's.¹⁷

Primaire preventie

Ook op het gebied van de primaire preventieve interventies zijn er mogelijkheden tot samenwerking. Gezien het karakter van de interventies zal de JGZ hierbij een voortrekkersrol spelen. De huisarts zou bijvoorbeeld een rol kunnen spelen bij het identificeren van gezinnen die in aanmerking komen voor een preventief programma; bij aanwezigheid van risicofactoren in opvoedsituaties kan de JGZ deze gezinnen dan een hulpaanbod doen. Voor de ontwikkeling en inhoudelijke invulling van een dergelijk preventief programma kunnen regionaal afspraken worden gemaakt.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Voor de invulling van een regionale richtlijn kindermishandeling is een aantal aandachtspunten en randvoorwaarden van belang.

Bereikbaarheid

Bereikbaarheid is een essentiële voorwaarde om tot adequate samenwerking te komen. Persoonlijk contact is bijna een voorwaarde voor effectief intercollegiaal overleg.

Zorg voor voldoende bekendheid van telefoonnummers en e-mailadressen en een systeem om deze gemakkelijk te achterhalen.

Aanspreekpunt

De huisartsenvoorziening en het JGZ-team zorgen ieder voor een duidelijk aanspreekpunt.

Bij voorkeur een deskundig persoon binnen de organisatie, zoals de aandachtsfunctionarissen kindermishandeling die binnen de JGZ al bestaan. Binnen samenwerkingsverbanden van huisartsen zouden mogelijk ook aandachtsfunctionarissen kunnen komen als aanspreekpunt (bijvoorbeeld huisartsen of praktijkondersteuners met als aandachtsgebied kindermishandeling). Zij zouden ook de aangewezen persoon zijn om deel te nemen aan de lokale netwerken.

Coördinatie en monitoren van hulp

Duidelijke afspraken over de coördinatie en monitoring van de hulp, en communicatie tussen de hulpverleners onderling zijn belangrijke voorwaarden voor een effectieve aanpak van kindermishandeling.

Stel vast welke werkafspraken er gemaakt worden per casus en hoe alle betrokken hulpverleners op de hoogte blijven van het verloop van de behandeling. Spreek af wie per casus eindverantwoordelijk is voor de coördinatie en behandeling en hoe alles wordt vastgelegd op een voor alle betrokkenen eenduidige en toegankelijke manier.

Deskundigheid

Waarborg de deskundigheid van de betrokken hulpverleners met betrekking tot kindermishandeling. Zorg voor inhoudelijke scholing die is afgestemd op de betreffende beroepsgroep, en voor multidisciplinaire nascholing als het gaat om onderlinge samenwerking bij kindermishandeling. Gedacht kan worden aan een werkconferentie met als vervolg een periodiek overleg en bijpassende regionale scholingen.

Sociale kaart

Het hulpaanbod verschilt per regio of gemeente. Maak een overzicht van de betrokken instanties en hulpverleners. Maak afspraken over hoe betrokken hulpverleners op de hoogte kunnen blijven van de lokale mogelijkheden voor hulp. Zorg voor een snelle, makkelijk toegankelijke manier om het hulpaanbod te overzien, zowel inhoudelijk als financieel.

delijk als met betrekking tot procedures en wachttijden.

Structureel periodiek overleg

Maak afspraken over een structureel overleg. Structureel onderling contact tussen huisarts en JGZ is nodig voor een duurzame en adequate invulling van een richtlijn kindermishandeling in de regio.

Zorgmijders

Spreek af hoe men deze moeilijk te begeleiden gezinnen gaat benaderen en behandelen, om te voorkomen dat zij uit de noodzakelijke hulpverlening kunnen verdwijnen. Maak afspraken over welke hulpverlener het initiatief neemt, op welk moment dit gebeurt en op welke manier te handelen.

Verwijsindex Risicojongeren (VIR)

In 2010 moet in alle Nederlandse gemeenten de VIR operationeel zijn. De precieze invulling van het gebruik verschilt per regio en per beroepsgroep.

Maak afspraken over de wijze waarop de VIR regionaal gebruikt gaat worden, rekening houdend met de status en ontwikkeling van de VIR in de regio.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

De CJG's zijn nog niet in alle regio's functioneel en de precieze invulling kan per regio en gemeente verschillen. Gezien de functie van het CJG en de centrale rol die de JGZ daarin is toebedacht, speelt het CJG vrijwel zeker een belangrijke rol bij de aanpak van kindermishandeling in de regio. Bepaal de rol van het regionale of lokale CJG bij het maken van regionale afspraken.

Huisartsenposten

Betrek de regionale HAP bij het maken van afspraken.

Belangrijke aspecten hierbij zijn op welke wijze en in welke situaties actie te ondernemen bij een vermoeden van kindermishandeling op de HAP (acute situaties, zorgmijders, overdracht naar eigen huisarts, meldt in welke situatie, enzovoort).

Maak afspraken over de communicatie over kindermishandeling tussen HAP, huisartsen en andere hulpverleners.

Overige hulpverleners

Zorg voor bewustzijn van de rol van andere hulpverleners en maak afspraken over hoe hen te betrekken bij het maken van lokale werkafspraken.

Rol van de JGZ-organisatie

De JGZ-organisaties (thuiszorgorganisatie of GGD), waar de JGZ-professionals werkzaam zijn, dienen zorg te dragen voor nood-

zakelijke randvoorwaarden (bijvoorbeeld bereikbaarheid, scholingen) om richtlijnen uit te kunnen voeren.

Totstandkoming

In mei 2009 startte een werkgroep van jeugdartsen, huisartsen, jeugdverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, benoemd door Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Namens AJN hadden in deze werkgroep zitting: dr. M.M. Boere-Boonekamp, arts M&G; A. de Boer, jeugdarts en voormalig huisarts; M.E. Haasnoot-Smallegange, arts M&G; H. Sachse, vertrouwensarts; B.E. van Sleuwen, bioloog. Namens het NHG hadden zitting: A.J. Klein Ikkink, huisarts; S. Lo Fo Wong, huisarts; L. Veraart-Schellhout, huisarts; J.A. Vriezen, medisch antropoloog; M.C. Westerveld, voormalig huisarts en vertrouwensarts. Namens V&VN hadden zitting: M. de Bont, verpleegkundige; H. Duijs, verpleegkundig specialist preventie. De coördinatie was in handen van M.M. Boere-Boonekamp namens AJN, M. de Bont namens V&VN, A. de Vries (tot 1 oktober 2009), L. de Vries (vanaf 1 oktober 2009) en A.J. Klein Ikkink namens het NHG.

In november 2009 is een conceptversie ter becomingarijering voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden), tweeëntwintig jeugdartsen (AJN-leden) en veertien jeugdverpleegkundigen (V&VN-leden). Een reactie werd ontvangen van elf huisartsen, zestien jeugdartsen en elf (jeugd)verpleegkundigen.

Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: drs C.H. Blaauw-Witteveen, vertrouwensarts; drs. B. Carmiggelt, adviseur RIVM/Centrum Jeugdgezondheid; prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts; drs. S. Neppelenbroek, beleidsmedewerker GGD-NL; J. de Vries, beleidsmedewerker Actiz; dr. M.C.B. van Zeben-van der Aa, kinderarts.

Vermelding als referent betekent niet dat de referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft. Na verwerking van het commentaar door de werkgroep is de LESA in april 2010 bestuurlijk vastgesteld door NHG, AJN en V&VN.

Dr. M.M. Boere-Boonekamp, senior wetenschappelijk medewerker van TNO, en dr. JA Vriezen, senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, waren als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA.

De totstandkoming van de LESA Kindermishandeling werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport en van Jeugd en Gezin.

© 2010 Nederlands Huisartsen Genootschap, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Noten

Noot 1

KNMG. Artsen en kindermishandeling: Meldcode en stappenplan (2008). <http://www.artsennet.nl/web/file?uuid=c862cf29-ca3d-4d73-97f0-f779896b2ac2&owner=5cae402a-2589-434d-bae0-e131240ef04e>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 2

Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijzen N, Kamphuis M, De Wilde J. JGZ-Richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling (2010). http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen/JGZ-richtlijn_Secundaire_Preventie_Kindermishandeling.jsp, geraadpleegd mei 2010.

Noot 3

V&VN. Meldcode kindermishandeling voor verpleegkundigen en verzorgenden [geplande ver-

schijningsdatum najaar 2010]. <http://www.venvn.nl>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 4

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen (2009). http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf, geraadpleegd mei 2010.

Noot 5

LHV/VHN. Gebruik meldcode kindermishandeling in de huisartsenzorg: Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn (2009). <http://lhv.artsennet.nl/web/file?uuid=4d081d65-7bc3-44b2-b55a-364d18298f44&owner=000050c6-9832-4c77-a601-45c467c575a3&contentid=60755>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 6

LH/NHG/AJN. Handreiking samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg (2008). http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/images/Handreiking_samenwerking_huisarts-jeugdgezondheidszorg.pdf, geraadpleegd mei 2010.

Noot 7

NHG. Huisartsenzorg en jeugd. NHG-standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg (2008). <http://nhg.artsennet.nl/web/file?uuid=7219efbf-00c6-4007-a7d7-662b8aa26696&owner=3f652534-553e-40a2-ae82-d3f27c08beec>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 8

De RAAK-methode, ontwikkeld door de Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling, is uitgetoetst in vier proefregio's. Het ministerie Jeugd en Gezin wil de aanpak in heel Nederland in 2010 gerealiseerd hebben.

Kooijman K. Lessen van en voor Regio's RAAK. Kindermishandeling: voorkomen en helpen (2007). <http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl/publicaties/LessenvanenvoorRegiosRAAK.pdf>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 9

Van Ijzendoorn MH, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, Van Noort-van der Linden AMT, et al. Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005). http://www.wodc.nl/images/1172_vollgedige_tekst_tcm44-59839.pdf, geraadpleegd mei 2010.

Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling: Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen in het voortgezet onderwijs (2007). http://www.wodc.nl/images/1172a_vollgedige_tekst_tcm44-59843.pdf, geraadpleegd mei 2010.

Noot 10

MO-groep Jeugdzorg. Adviezen en meldingen over kindermishandeling in 2008: Registratiegegevens van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (2009). <http://www.mogroep.nl/scrivo/asset.php?id=387118>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 11

De Vries KM, Wiegiersma PA. Knelpunten signalering kindermishandeling [scriptie]. Groningen, UMCG, 2007.

Noot 12

Nederlands Jeugd Instituut. Instrumenten (2010). <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/401.html>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 13

De naam is een acroniem voor de vragen die zich men dient te stellen: Soort letsel, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd ongeluk, Oorzaak, Veroorzaker, Anderen aanwezig, Maatregelen getroffen door ouders, Oude letsel zichtbaar? De antwoorden kunnen doen besluiten consult van een kinder-

arts of collega in te winnen en contact op te nemen met het AMK. Het Sputovamo-formulier is in 1996 ontwikkeld door psychiater Comper-nolle samen met de afdeling Spoedeisende Hulp van het VUMC. Er is geen wetenschappelijk onderzoek naar het Sputovamo-formulier gedaan. Het is o.a. als bijlage toegevoegd aan de KNMG-meldcode en JGZ-richtlijn.

Noot 14

De VIR is een landelijk digitaal systeem waarin hulpverleners risicoregistraties kunnen doen over jongeren met problemen die hun persoonlijke ontwikkeling bedreigen. Wanneer twee verschillende hulpverleners een registratie doen over een jongere dan krijgen zij een bericht om zo met elkaar in contact te komen en hulpverlening op elkaar af te stemmen. Na het akkoord van de Eerste Kamer op 3 februari 2010 moet nog dit jaar in alle gemeenten de VIR definitief in werking treden na een eerdere proefperiode in een aantal gemeenten (o.a. Rotterdam en regio Twente). Huisartsen nemen op dit moment nog

nergens deel in de VIR. Het standpunt van het NHG sluit aan bij dat van de KNMG, die vindt dat door artsen een registratie in de VIR uitsluitend als sluitstuk van de zorgverlening gedaan moet worden met name in verband met het bewaren van het beroepsgeheim.

Verwijsindex risicjongeren (2010). <http://www.verwijsindex.nl>, geraadpleegd mei 2010.

KNMG. Artsen en de Verwijsindex risicjongeren: Alleen als sluitstuk zorgverlening (2009). <http://knmg.artsennet.nl/Artikel/Artsen-en-de-Verwijsindex-Risicjongeren-alleen-als-sluitstuk-zorgverlening.htm>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 15

Triple P is een integraal programma ter preventie van ernstige emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. Het programma biedt een samenhangend systeem van interventies om de ouders van de gewenste informatie en ondersteuning bij de opvoeding te voorzien. Triple P is ontwikkeld aan de Universiteit van Queensland (Australië)

door professor M. Sanders. In Nederland wordt het Triple-P-programma gecoördineerd door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Nederlands Jeugdinstituut/Trimbos-instituut: Positief opvoeden voor alle ouders (2010). <http://www.triplep-nederland.nl>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 16

Mutsaers K. Nederlands Jeugdinstituut. Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling (2008). http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/WatWerkt_Kindermishandeling.pdf, geraadpleegd mei 2010.

Noot 17

Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-van Herten DM, Russel IMB, Van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:222-7.