



rivm

Rapport 295001012/2010
M.M. Wagenaar-Fischer et al.

JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling

JGZ-richtlijn

Secundaire preventie kindermishandeling

Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling

M.M. Wagenaar-Fischer
N. Heerdink-Obenhuijsen
M. Kamphuis
J. de Wilde

The logo for RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) is displayed in a stylized, lowercase, yellow font. The letters are bold and have a slightly irregular, hand-drawn appearance.

RIVM | Centrum Jeugdgezondheid
September 2010

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden

© Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2010

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 295001012
ISBN: 978-90-6960-240-0

VOORWOORD

In 2003 heeft TNO Kwaliteit van Leven opdracht gekregen voor het opstellen van een richtlijn “Secundaire preventie Kindermishandeling”. De Richtlijn is gebaseerd op de destijds bekende wetenschappelijke inzichten en ontwikkeld in samenwerking met de beroepsgroepen binnen de Jeugdgezondheidszorg. De aandacht voor Kindermishandeling is de laatste tijd sterk gegroeid. Het onderwerp is onderhevig aan voortschrijdend inzicht. Deze Richtlijn zal dan ook op kortere termijn dan gewoonlijk worden geactualiseerd.

Kindermishandeling heeft ernstige gevolgen voor de ontwikkeling van een kind op lichamelijk, psychosociaal en cognitief gebied en is dus een (ernstig) gezondheidsprobleem. De Jeugdgezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan het vroegtijdig signaleren, begeleiden of verwijzen naar een hulpverlenende instantie. Adequaat handelen door de JGZ kan veel gezondheidswinst opleveren.

In 2005 is gestart met de implementatiefase die heeft geresulteerd in de proefimplementatie. Deze is opgezet door het Nederlands Jeugdinstituut in samenwerking met TNO. Uit de proefimplementatie is gebleken dat gedegen signalering tijd (en dus) geld kost. De brancheorganisaties en de VNG hebben in samenwerking met het programmaministerie Jeugd en Gezin en de Richtlijn Adviescommissie gezocht naar wegen om aan de randvoorwaarden voor landelijke implementatie te voldoen. Deze wegen zijn gevonden in het samenwerken vanuit de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin en de regionale uitrol van de RAAK-aanpak.

De Richtlijn geeft u, naast uitgebreide achtergrondinformatie en inzicht in het voorkomen van kindermishandeling, een leidraad voor het handelen bij (een vermoeden van) kindermishandeling. Wij gaan ervan uit dat de Richtlijn van harte wordt geadopteerd door JGZ-professionals en hen ondersteunt bij de uitvoering van hun werkzaamheden bij de aanpak van kindermishandeling.

De opstellers en de overige betrokken deskundigen danken wij hartelijk voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze richtlijn

INHOUD

VOORWOORD 5

INLEIDING 13

- 1 INDELING VAN KINDERMISHANDELING 19
 - 1.1 Definitie van kindermishandeling 19
 - 1.2 De Nederlandse wet 20
 - 1.3 Indeling van kindermishandeling 21
 - 1.3.1 Indeling naar vorm 21
 - 1.3.1.1 Lichamelijke mishandeling 21
 - 1.3.1.2 Lichamelijke verwaarlozing 23
 - 1.3.1.3 Psychische mishandeling 23
 - 1.3.1.4 Psychische verwaarlozing 24
 - 1.3.1.5 Seksueel misbruik 24
 - 1.3.2 Indeling naar ernst 26
 - 1.3.3 Indeling naar aard van de pleger 26
 - 1.3.1.1 Ouders die mishandelen door onvoldoende kennis over de normale ontwikkeling en de opvoeding van een kind 27
 - 1.3.1.2 Ouders die mishandelen onder druk van de omstandigheden 27
 - 1.3.1.3 Moeilijk behandelbare plegers 27
 - 1.3.4 Problemen bij de indeling van kindermishandeling 28
 - 1.4 Schatting van de omvang van kindermishandeling 29
 - 1.4.1 Omvang seksueel misbruik van kinderen in Nederland 30
 - 1.5 Beschouwing 30
- 2 GEVOLGEN VAN KINDERMISHANDELING VOOR KIND EN OMGEVING 31
 - 2.1 Gevolgen tijdens de jeugd 31
 - 2.1.1 Fysiek letsel 32
 - 2.1.2 Ontwikkelingsstoornissen/psychische gevolgen 32
 - 2.1.3 Neurobiologische gevolgen 32
 - 2.1.4 Verstoord sociaal functioneren 33
 - 2.1.5 Dodelijke afloop 33
 - 2.2 Gevolgen op latere leeftijd 33
 - 2.2.1 Posttraumatische stressstoornissen 33
 - 2.3 Gevolgen voor de omgeving 34
 - 2.3.1 Verslaving en criminaliteit 34
 - 2.3.2 Overdracht van geweld 34
 - 2.4 Maatschappelijke kosten van kindermishandeling 34
 - 2.5 Beschouwing 35

- 3 RISICOFACTOREN BIJ KINDERMISHANDELING 37
 - 3.1 Risicofactoren en beschermende factoren van kindermishandeling 37
 - 3.1.1 Het balansmodel 37
 - 3.1.2 Het kind 40
 - 3.1.3 Ouders/gezinsfactoren 40
 - 3.1.4 Leefomstandigheden 42
 - 3.1.5 Beschouwing 43
 - 3.2 Schatten van het risico op kindermishandeling 43
 - 3.2.1 Signaleringsinstrumenten van zorgwekkende opvoedingssituaties of mishandeling 44
 - 3.2.1.1 Nji 45
 - 3.2.1.2 Inventgroep 46
 - 3.2.1.3 Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland 47
 - 3.2.1.4 Werkgroep JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling 48
 - 3.2.2 Specifieke risicokenmerken voor vrouwelijke genitale verminking 48
 - 3.2.3 Beschouwing 49
- 4 METHODEN JGZ: SIGNALERING, STAPPENPLAN, BEGELEIDING, FOLLOW-UP EN EVALUATIE 51
 - 4.1 Inleiding 51
 - 4.2 Signalen 52
 - 4.3 Risicofactoren en beschermende factoren 52
 - 4.4 Stappenplan 53
 - 4.4.1 Ontstaan van het vermoeden 55
 - 4.4.1.1 Gesprek op verzoek van derden 55
 - 4.4.2 Bespreken van het vermoeden 55
 - 4.4.3 Bevindingen 58
 - 4.4.4 Zorgplan 58
 - 4.4.4.1 Doel van de begeleiding 58
 - 4.4.4.2 Vorm van de begeleiding 58
 - 4.4.4.3 Mening ouders en kind 59
 - 4.4.5 Overleg met anderen 59
 - 4.4.6 Verslaglegging 59
 - 4.4.6.1 Registratie in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg 60
 - 4.4.7 Follow-up: 2 weken na verwijzing of melding 61
 - 4.4.8 Evaluatie: 3 maanden na melding of verwijzing 61
- 5 INTERVENTIES IN DE JGZ BIJ SECUNDAIRE PREVENTIE VAN KINDERMISHANDELING 63
 - 5.1 Inleiding 63
 - 5.2 Opvoedingsondersteuning in de JGZ 63
 - 5.3 JGZ-programma's voor opvoedingsondersteuning 65
 - 5.3.1 Inventgroep 66
 - 5.3.2 Nji 67
 - 5.3.3 Werkgroep 67

6	JGZ EN HET NETWERK VAN VOORZIENINGEN	69
6.1	Doelstelling van de JGZ	69
6.2	Bereik JGZ	69
6.3	Wettelijke taak JGZ	69
6.4	Contacten JGZ met het netwerk van hulpverleners	70
6.4.1	Eerste laag: reguliere contacten	72
6.4.1.1	JGZ en ouders en kind/jeugdige	72
6.4.1.2	JGZ en prenatale zorg en kraamzorg	73
6.4.1.3	JGZ en kinderopvang	73
6.4.1.4	JGZ en onderwijs	74
6.4.1.5	Zorg- en adviesteam	74
6.4.2	Tweede laag: informatie inwinnen, overleg	75
6.4.2.1	JGZ en de curatieve sector	75
6.4.2.2	JGZ en Algemeen Maatschappelijk Werk, de Geestelijke Gezondheidszorg	75
6.4.2.3	JGZ en Bureau Jeugdzorg	76
6.4.2.4	JGZ en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	77
6.4.3	Derde laag: uitgebreidere informatie inwinnen en overleg	78
6.4.3.1	JGZ en netwerken	78
6.4.3.2	JGZ en politie	79
6.4.4	Vierde laag: melding	80
6.4.4.1	JGZ en de Raad voor de kindbescherming	80
6.5	Algemene knelpunten in het contact van de JGZ en het netwerk	81
6.6	Beschouwing	82
7	ORGANISATORISCHE VOORWAARDEN	83
7.1	Organisatie van verwijzing en terugrapportage	83
7.2	Deskundigheid van de medewerkers	83
7.3	Vaststelling juridisch kader	83
7.4	Dossiervorming	84
7.4.1	Registratie	84
7.4.2	Persoonlijke werkaantekeningen	84
7.4.3	Bewaartermijn	84
7.5	Aandachtsfunctionaris	84
7.6	Informatie aan het management	84
7.7	Tijd	85
7.8	Geschikte ruimte	85
7.9	Veiligheid medewerkers	85
8	JURIDISCHE KADERS BIJ KINDERMISHANDELING	87
8.1	Relevante wet- en regelgeving	87
8.1.1	Verdrag inzake de rechten van het kind	87
8.1.2	Burgerlijk Wetboek	88
8.1.2.1	Personen en familierecht	88
8.1.2.2	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst	88
8.1.3	Wet bescherming persoonsgegevens	89

- 8.1.4 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg 89
- 8.1.5 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid 89
- 8.1.6 Wet op de Jeugdzorg 90
- 8.1.7 Wetboek van strafrecht 90
- 8.1.8 Wetgeving in Nederland ten aanzien van meisjesbesnijdenis 90
- 8.1.9 Meldcodes Kindermishandeling 91
- 8.2 Het gezag over minderjarigen 91
 - 8.2.1 Minderjarigheid 91
 - 8.2.2 Ouderlijk gezag 92
 - 8.2.3 Echtscheiding 92
 - 8.2.4 Voogdij 92
 - 8.2.5 Stiefouders 92
 - 8.2.6 Pleegouders 93
- 8.3 Kinderbeschermingsmaatregelen 93
 - 8.3.1 Ondertoezichtstelling 93
 - 8.3.2 Ontheffing 93
 - 8.3.3 Ontzetting 94
 - 8.3.4 Schorsing 94
- 8.4 Zeggenschap over geneeskundig onderzoek en behandeling van minderjarigen 94
 - 8.4.1 Kinderen tot 12 jaar 94
 - 8.4.2 Kinderen van 12 t/m 15 jaar 94
 - 8.4.3 Adolescenten van 16 en 17 jaar 95
 - 8.4.4 Wilsonbekwame minderjarigen 95
- 8.5 Het dossier 95
 - 8.5.1 Dossierplicht 95
 - 8.5.2 Persoonlijke werkaantekeningen 96
 - 8.5.3 Bewaartermijn 96
 - 8.5.4 Recht op inzage en afschrift 97
 - 8.5.5 Recht op aanvulling, correctie en afscherming 97
 - 8.5.6 Recht op vernietiging 97
- 8.6 Beroepsgeheim, privacy en gegevensuitwisseling 98
 - 8.6.1 Het beroepsgeheim 98
- 8.7 Klachtmogelijkheden 101
- 8.8 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en Raad voor de Kinderbescherming 101
 - 8.8.1 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling 102
 - 8.8.1.1 Advies of consult 102
 - 8.8.1.2 Melding 102
 - 8.8.2 Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) 103
- 8.9 Gegevensverstrekking aan politie/justitie 104
- 8.10 Gegevensuitwisseling met (deelnemers aan) netwerken 105
 - 8.10.1 Gegevensuitwisseling binnen netwerken 105
 - 8.10.2 Onderwijs 105
 - 8.10.3 Maatschappelijk werk 106
 - 8.10.4 Politie 106

9 AANBEVELINGEN 107

9.1 Aanbevelingen voor de JGZ 107

9.2 Aanbevelingen voor de overheid 108

9.3 Aanbevelingen voor onderzoek 108

DANKWOORD 111

LITERATUUR 113

LIJST VAN AFKORTINGEN 117

BIJLAGEN

Bijlage 1 Preambule bij het Verdrag inzake de Rechten van het Kind 119

Bijlage 2 Meldcodes van VWS/NIZW en KNMG 122

Bijlage 3 Signalen van kindermishandeling 0-18 jaar 127

Bijlage 4 Indelingen naar ernst van de kindermishandeling 132

Bijlage 5 Signaleringsinstrumenten 136

Bijlage 6a Richtlijnen voor een gesprek over het vermoeden van kindermishandeling 145

Bijlage 6b Handleiding gespreksvoering 148

Bijlage 6c Belemmeringen bij een gesprek over ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling 152

Bijlage 6d Belemmeringen bij een gesprek over incest 153

Bijlage 7 Interventies voor de JGZ 154

Bijlage 8 Spelregels voor casuoverleg in samenwerkingsverbanden 157

Bijlage 9 Stappenplan Voorkomen van vrouwelijke genitale verminking door samenwerken 159

Bijlage 10 Signalering van kindermishandeling door het onderwijs 163

Bijlage 11 Bureau Jeugdzorg 166

Bijlage 12 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling 168

Bijlage 13 Taakomschrijving aandachtfunctionaris kindermishandeling 170

Bijlage 14 Informatieformulier voor het management bij melding van kindermishandeling 171

Bijlage 15 Relevante websites 172

INLEIDING

Kindermishandeling al dan niet? Melden of niet? Het zijn lastige dilemma's waarmee elke JGZ-professional te maken kan krijgen. Er zijn legio definities van kindermishandeling. We gebruiken in de JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling de definitie, die in 2002 is vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg, is aangenomen op 22 april 2004 en van kracht is geworden vanaf 1 januari 2005 (www.jeugdzorg.nl).

Kindermishandeling is 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.

Met een definitie zijn we er nog niet. Daarmee staan we pas aan het begin, want er is geen gevalideerd instrument om te bepalen of en wanneer er sprake is van kindermishandeling. Voordat daarover een uitspraak is te doen, moet een JGZ-medewerker veel informatie verzamelen.

Meldingen en schattingen

Het is niet bekend hoeveel kinderen per jaar mishandeld worden in Nederland. De laatste schattingen komen uit op 100.000-160.000 kinderen per jaar. Dat is ongeveer 3 % van alle kinderen (Ijzendoorn et al., 2007; Lamers-Winkelmann et al., 2007). Waarschijnlijk is het aantal mishandelde kinderen in werkelijkheid groter. In 2005 kreeg het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) 38.052 advies- en consultvragen en meldingen. Dit is een stijging van 12 % vergeleken met 2004 (NIZW, 2005). Vooral de eenmalige adviezen en meldingen zijn toegenomen. Sinds 2002 is het totale aantal eerste contacten gestegen met 50 %. Dat hoeft niet te betekenen dat het aantal gevallen van kindermishandeling is gestegen. Het kan ook zijn dat kindermishandeling eerder gesignaleerd wordt. Op grond van de meldingen is alleen een grove schatting te maken van het aantal mishandelde kinderen.

Niet gesignaleerd of gemeld

Het vermoeden bestaat dat veel gevallen van kindermishandeling niet gesignaleerd of niet gemeld worden. In de peilingen van de JGZ bij de leeftijd van 5 tot 15 jaar door TNO in 1997-1998, komt naar voren dat van de onderzochte groep kinderen 20 % psychosociale problemen heeft (Brugman et al., 1999). De JGZ vermoedt bij 1-2 % van de kinderen met psychosociale problemen, mishandeling of verwaarlozing. Dat is 0,2 % van alle kinderen. Volgens een schatting die gebaseerd is op een enquête onder huisartsen en kinderartsen sterven jaarlijks 40 kinderen aan de gevolgen van kindermishandeling (Kuyvenhoven et al., 1998).

Kindermishandeling heeft zowel op de korte als op de lange termijn gevolgen voor de ontwikkeling van een kind op lichamelijk, psychosociaal en cognitief gebied. Kindermishandeling is dus een ernstig gezondheidsprobleem (Leerdam et al., 2001).

JGZ moet in staat zijn kindermishandeling te herkennen

Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij een enquête in 1998 van de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS)¹ de ontwikkeling van een richtlijn kindermishandeling de hoogste prioriteit had bij de geënquêteerde JGZ-artsen en jeugdverpleegkundigen. Alle ouders en kinderen in Nederland krijgen de JGZ aangeboden en 95 % maakt hier gebruik van (Burgmeijer et al., 1997). Door het grote bereik en de kerntaak *signaleren* moet de JGZ in staat zijn kindermishandeling te herkennen. Hoewel vrijwel elke instelling een eigen protocol kindermishandeling ontwikkeld heeft, is de behoefte aan een landelijke uniforme richtlijn voor de hele JGZ groot.

Een landelijke uniforme richtlijn:

- vergroot de kans op handelend optreden bij kindermishandeling;
- maakt een uniforme handelwijze mogelijk;
- geeft richtlijnen in moeilijke situaties;
- geeft inzicht in het eigen handelen en is een toetsingskader aan de hand waarvan aan JGZ-medewerkers gevraagd kan worden zich te verantwoorden;
- voorkomt dat emoties en subjectiviteit het handelen teveel zullen bepalen;
- voorkomt dat essentiële stappen worden overgeslagen;
- legt afspraken over samenwerking vast;
- steunt medewerkers en instellingen bij juridische procedures;
- geeft duidelijkheid aan externen over de werkwijze ter signalering van kindermishandeling.

Onderzoek leidt tot aanbevelingen

In 2000 is onderzoek gedaan naar de overeenkomsten en verschillen van de protocollen kindermishandeling van Thuiszorgorganisaties en GGD'en (Burauen, 2000). Het onderzoek leidde tot de volgende aanbevelingen voor de JGZ-richtlijn methodiek onderzoek secundaire preventie kindermishandeling:

- de richtlijn moet zich richten op de doelgroep 0-19 jaar en alle vormen van kindermishandeling;
- het onderzoek moet gestructureerd zijn;
- het intern overleg moet gestructureerd worden;
- de overdracht binnen de JGZ tussen die van 0-4 jaar en 4-19 jaar moet geformuleerd worden;
- de richtlijn moet een leidraad bevatten met een termijn voor follow-up en controle op verwijzing;
- de aanbevelingen voor gespreksvoering en signaleringslijsten moeten op bruikbaarheid worden getoetst. Deze proefimplementatie dient vóór de definitieve implementatie van de richtlijn plaats te vinden.

1 De JAS is samen met het Samenwerkingsverband Implementatie in 2005 opgegaan in de Richtlijnadviescommissie (RAC) bij het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

Afbakening

De JGZ-richtlijn is gericht op **secundaire** preventie van kindermishandeling. Hierbij is sprake van het bestaan van een afwijking of een probleem. Het doel is de gesignaleerde afwijking of het probleem te verhelpen of verergering te voorkomen.

Samenstelling van de werkgroep

De JGZ-richtlijnen worden voor en door de beroepsgroep gemaakt. De huidige richtlijn werd gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) via Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw). Voor de preventie van kindermishandeling is samenwerking met andere instanties noodzakelijk. Het gaat om 'ketenzorg'. In deze keten is de JGZ één van de partners. In de werkgroep zijn daarom naast JGZ-artsen en jeugdverpleegkundigen ook vertegenwoordigd: het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de sectie Leerlingbegeleiding van de Nederlandse Vereniging van Schooldecanen en Leerlingbegeleiders (NVS-NVL).

Wetenschappelijke onderbouwing

De inhoud van de richtlijn is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (evidence). De gevonden literatuur is afgezet en afgewogen tegen de huidige werkwijze en de ervaren knelpunten. Op basis hiervan is de werkwijze beschreven voor het signaleren, begeleiden en verwijzen van gevallen van ernstige opvoedingsproblemen en kindermishandeling. De richtlijn is in juli 2005 ter becommentariëring op de websites geplaatst van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen (LVW) en de Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen (LVS, tegenwoordig V&VN). Tegelijkertijd is de tekst voorgelegd aan een groep referenten, bestaande uit JGZ-artsen, jeugdverpleegkundigen, kinderartsen, psychologen, orthopedagogen en leden van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). Een juriste van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG), Mr. R. de Roode, heeft het juridische hoofdstuk van de richtlijn zeer uitvoerig becommentarieerd en aangevuld. Alle commentaren zijn in de richtlijn verwerkt. Met het schrijven van paragraaf 3.2 *Schatten van het risico op kindermishandeling* en hoofdstuk 5 *Interventies in de JGZ bij secundaire preventie van kindermishandeling* is gewacht op de resultaten van het onderzoek van de Inventgroep, dat in september 2005 is verschenen (Hermanns et al., 2005).

Proefimplementatie

Onderdeel van de ontwikkeling van een richtlijn is een proefimplementatie. In deze fase wordt de richtlijn getest op bruikbaarheid en worden invoerstrategieën in kaart gebracht.

De proefimplementatie van de richtlijn vond binnen de JGZ plaats van september 2007 tot mei 2009. De commentaren hieruit zijn in de richtlijn verwerkt.

Literatuuronderzoek

In de zoeksystemen Pubmed en Psychlit is gezocht naar literatuur met de volgende zoektermen die in verschillende combinaties gebruikt zijn: *child abuse, sexual abuse, domestic violence, family violence, neglect, household dysfunction, battering syndrome, battered child(ren), Münchhausen by proxy, shaken baby syndrome, multiproblem family, addiction, (late) consequences of child abuse, definition, causes/causation, etiology, prediction, history, epidemiology; trend; economics, prediction of child abuse*. Bovendien is gezocht met de zoekterm *female genital mutilation (FGM)*. Daarnaast is gebruikgemaakt van de literatuur van het NIZW (sinds 2007 Nji) en van standaardwerken over kindermishandeling. Er is speciaal gezocht naar literatuur over de situatie in Nederland. Ook is de sneeuwbalmethode toegepast, waarbij gebruik gemaakt werd van de literatuurverwijzingen in de gevonden literatuur. De bestaande protocollen kindermishandeling van de organisaties voor Thuiszorg en de afdelingen JGZ van GGD'en zijn voor de ontwikkeling van deze richtlijn bestudeerd. Bij de beoordeling van de artikelen werd gelet op drie facetten: wetenschappelijke kwaliteit, toepasbaarheid in de praktijk en toepasbaarheid binnen de Nederlandse jeugdgezondheidszorg.

Herziening

Elke JGZ-richtlijn heeft een geldigheidsduur van vijf jaar. Uiterlijk in 2014 wordt vastgesteld of aanpassing van de richtlijn nodig is. Door nieuwe ontwikkelingen of door resultaten van wetenschappelijk onderzoek kan het nodig zijn om de richtlijn eerder te herzien.

Leeswijzer

De richtlijn bestaat uit vier onderdelen:

1. de uitgebreide versie die bedoeld is als naslagwerk;
2. de samenvatting voor de medewerkers JGZ;
3. de samenvatting voor het management JGZ;
4. de overzichtskaart.

Waar in deze richtlijn 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen.

Elke JGZ-medewerker dient richtlijn één keer te lezen

De werkgroep JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling is van mening dat elke JGZ-medewerker, die in het werk te maken kan krijgen met een vermoeden van kindermishandeling, de uitgebreide versie van deze richtlijn tenminste één keer zou moeten lezen. Hij moet weten wat daaronder verstaan wordt en welke mogelijkheden er zijn voor signalering en interventie.

Uitvoerende medewerkers

Het belangrijkste hoofdstuk voor uitvoerende medewerkers is hoofdstuk 4 *Methoden JGZ: signalering, stappenplan, begeleiding follow-up en evaluatie*

Managers

Voor managers is ook hoofdstuk 8 *Juridische kaders bij kindermishandeling* belangrijk.

Praktijk van alle dag

Voor het dagelijkse werk zijn de samenvatting van de richtlijn en de overzichtskaart voldoende voor de medewerkers.

Termen

Voor de leesbaarheid gebruiken we in de tekst veelal de term JGZ-medewerker of JGZ-professional, afgewisseld door hulpverlener. Hieronder verstaan we JGZ-arts en jeugdverpleegkundige. Waar arts staat, kan ook verpleegkundige gelezen worden. Waar we ouders schrijven, bedoelen we ook andere verzorgers. Zie ook de uitleg bij de definitie.

Inhoud van de richtlijn

Hoofdstuk 1: Kindermishandeling komt in verschillende vormen voor. Voor een goede begeleiding is naast het herkennen van de vorm van kindermishandeling ook inzicht nodig in de ernst van de kindermishandeling en in de behandelbaarheid van de pleger. Daarnaast is de Nederlandse wet bepalend voor wat kindermishandeling wordt gevonden en wat niet. Meisjesbesnijdenis bijvoorbeeld is volgens de Nederlandse wet kindermishandeling, maar jongensbesnijdenis is dat niet.

Hoofdstuk 2: Kindermishandeling heeft niet alleen gevolgen voor het kind zelf, maar ook voor de omgeving van het kind.

Hoofdstuk 3: Bepaalde risicofactoren vergroten de kans op kindermishandeling. Daarnaast zijn er ook beschermende factoren. De JGZ-medewerker inventariseert deze factoren in het contact met kind en ouders. Op grond daarvan maakt hij een risicoschatting. Ook de kenmerken van het risico op meisjesbesnijdenis komen in dit hoofdstuk aan bod.

Hoofdstuk 4: Het stappenplan van signalering tot begeleiding en/of melding bij het AMK wordt beschreven aan de hand van een beslisboom, met daarbij de moeilijke beslissing wel of geen kindermishandeling en de voor- en nadelen van een tijdpad.

Hoofdstuk 5: De JGZ beschikt over interventies bij een vermoeden van kindermishandeling. De interventies die veelbelovend en effectief zijn worden beschreven. Van veel interventies echter is de effectiviteit nog niet onderzocht. De problemen hiermee worden in dit hoofdstuk besproken.

Hoofdstuk 6: Welke rol heeft de JGZ bij het signaleren van kindermishandeling? Deze vraag wordt in dit hoofdstuk beantwoord. Bij de begeleiding van een gezin waar

kindermishandeling vermoed wordt, werkt de JGZ met veel instanties samen. De JGZ heeft door haar grote bereik en signalerende functie een centrale plaats in het netwerk van de hulpverlening. De samenwerking verloopt nog niet optimaal. De knelpunten worden besproken.

Hoofdstuk 7: De JGZ kan alleen een rol spelen bij het signaleren en voorkomen van kindermishandeling als het management van de JGZ-instelling daar de organisatorische voorwaarden voor geeft.

Hoofdstuk 8: Voor professionals met een beroepsgeheim is melding van kindermishandeling mogelijk door de meldcodes van het ministerie voor VWS en de KNMG. Toch liggen het bewaren van dossiers, het inzagerecht en de eigen notities bij kindermishandeling gevoeliger dan bij andere onderwerpen binnen de JGZ. Om deze redenen heeft de werkgroep besloten om de juridische kaders bij kindermishandeling uitgebreid te belichten.

Hoofdstuk 9: Bij het bestuderen van de literatuur en bij de discussies binnen de werkgroep bleek dat bepaalde aspecten rond de signalering, de begeleiding en de samenwerking nader onderzocht moeten worden. Daarnaast doet de werkgroep aanbevelingen om knelpunten op te lossen.

Bijlagen: Bepaalde onderdelen van de richtlijn, zoals signalen van kindermishandeling of de wijze van gespreksvoering, zijn niet in de hoofdtekst opgenomen maar in de bijlagen. Dat betekent niet dat de werkgroep van mening is dat deze onderdelen minder belangrijk zijn. Integendeel, de onderdelen zijn als bijlage opgenomen om het opzoeken gemakkelijker te maken.

1 INDELING VAN KINDERMISHANDELING ¹

We kaderen het begrip kindermishandeling in zodat het hanteerbaar wordt. Uit ‘de Rechten van het kind’ kan een definitie van kindermishandeling geformuleerd worden. Het recht van een kind op welzijn is door de Verenigde Naties vastgelegd in het Verdrag van de Rechten van het kind (zie bijlage 1). De Nederlandse regering ondertekende het Verdrag in 1995. In het begin van de twintigste eeuw beschouwde men alleen lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik en verwaarlozing als kindermishandeling. Later kwamen daar andere vormen van mishandeling bij. Een indeling in soorten kindermishandeling geeft aan op welke gebieden het voor kan komen, maar geeft onvoldoende aanwijzingen over de begeleiding die nodig is voor het gezin. Daarvoor geeft een indeling naar de ernst en de behandelbaarheid van de pleger meer houvast.

Bij meer dan de helft van de meldingen bestaat de mishandeling al langer dan een jaar op het moment van melding (Hoefnagels, 2001). Het blijkt dat de duur van de mishandeling tot de melding korter is wanneer het kind heel jong is, er sprake is van één pleger, de pleger een grotere relatie-afstand heeft tot het kind en als de melder een professional is (Hoefnagels, 2001).

1.1 Definitie van kindermishandeling

Kindermishandeling is 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.

Begrippen ruim interpreteren

De term ‘ouders’ duidt op de biologische ouders, maar ook op verzorgers, zoals stiefouders, adoptiefouders en pleegouders. Door de toevoeging ‘andere personen tot wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat’ zijn ook andere personen in beeld van wie het kind afhankelijk is voor aandacht, bescherming en verzorging. Bijvoorbeeld beroepskrachten die een kind een deel van de tijd onder hun hoede hebben, zoals peuterspeelzaalleidsters, leerkrachten, groepsleiders en sporttrainers.

De term ‘onvrijheid’ geeft aan dat het ook kan gaan om andere bekenden c.q. verzorgers van het kind, zoals familie en burens, die hun machtsoverwicht misbruiken.

1 Voor hoofdstuk 1 is gebruikgemaakt van de informatie van:

- Nji op internet (www.nji.nl).
- Adrie Wolzak: *Kindermishandeling, Signaleren en handelen* (2001).
- N. Trocmé en D. Wolfe, *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, selected results* (2001).

Meer omvattend dan alleen lichamelijk geweld

Dat kindermishandeling meer omvat dan alleen lichamelijk geweld staat expliciet in de definitie: het gaat om ‘**elke vorm** van voor het kind bedreigende en gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard’. Dat ook **verwaarlozing** tot kindermishandeling gerekend wordt, blijkt uit de zinsnede ‘actief of passief opdringen’. Deze term houdt bovendien in dat het niet noodzakelijk is dat ouders hun kind bewust slecht behandelen.

Ruimte voor discussie: achtergrondkennis noodzakelijk

De schade als gevolg van mishandeling kan zich op verschillende manieren voordoen: ‘in de vorm van fysiek of psychisch letsel’. Het gaat dus niet alleen om zichtbare schade, zoals blauwe plekken of brandwonden. Kindermishandeling kan ook aanzienlijke geestelijke schade veroorzaken.

Voor de interpretatie van een handeling ‘waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend’, is **achtergrondkennis** over de gevolgen van kindermishandeling noodzakelijk. Vooral de subjectieve omschrijving ‘ernstige schade’ en de woordcombinatie ‘dreigt te worden berokkend’ bieden ruimte voor discussie.

Bij voortduring: risico op schade

In de praktijk is niet altijd gemakkelijk in te schatten of het opvoedingsgedrag van de ouders ernstige negatieve gevolgen heeft voor het kind. Schade die dreigt te worden berokkend is niet aantoonbaar. Toch zijn handelingen die op den duur voor grote problemen kunnen zorgen reden om te spreken van kindermishandeling. Het gaat bij kindermishandeling niet alleen om een eenmalig voorval dat ernstige schade oplevert, maar vooral om gedragingen die deel uitmaken van het opvoedingspatroon van ouders en door hun **stelselmatige karakter** schade veroorzaken.

1.2 De Nederlandse wet

Het Burgerlijk Wetboek geeft in artikel 1:247 de volgende omschrijving van ouderlijk gezag en opvoeding:

- Het ouderlijk gezag omvat de plicht en het recht van de ouder zijn minderjarig kind te verzorgen en op te voeden.
- Onder verzorging en opvoeding worden mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn van het kind en het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid.

Omdat bij elke vorm van kindermishandeling grensgebieden bestaan tussen wel of geen kindermishandeling volgt de richtlijn de volgende leidraad:

- In Nederland geldt de Nederlandse wet. Volgens de Nederlandse wet is besnijdenis van meisjes verboden. Ook als sommige bevolkingsgroepen dit geen kindermishandeling vinden wordt het in deze richtlijn wel als zodanig beschouwd, omdat de wet dat stelt. Anderzijds is de eveneens pijnlijke besnijdenis van jongens in Nederland niet bij wet verboden. Het wordt in deze richtlijn dan ook niet als kindermishandeling beschouwd.

- De gezondheidstoestand en de veiligheid van het kind zijn bepalend. Volgens ‘de meldcode voor medici inzake kindermishandeling’ geldt: zodra er bij het kind lichamelijke of psychische schade ontstaat of kan ontstaan ten gevolge van de handelingen of nalatigheid van de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, is er sprake van kindermishandeling (KNMG, 2008). De Meldcode van de KNMG geeft duidelijkheid over wat er van een arts wordt verwacht bij (vermoedens van) kindermishandeling. Vergeleken met de Meldcode uit 2002 is tot een belangrijke wijziging besloten: het uitgangspunt ‘zwijgen, tenzij’ is vervangen door het uitgangspunt ‘**spreken, tenzij**’ (KNMG, 2008).²

Het herstellen van de relatie tussen kind en ouders wordt bij de aanpak van kindermishandeling in het gezin over het algemeen verkozen boven het opleggen van straf. Voor de JGZ staan de belangen van het kind voorop. Niettemin moet rekening worden gehouden met een aantal artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het Wetboek van Strafrecht (WvSr) naast de voor de diverse beroepsgroepen geldende wetten en meldcodes (zie bijlage 2). Nadere informatie over de juridische kaders waarmee de JGZ bij kindermishandeling te maken heeft, is te vinden in hoofdstuk 8.

1.3 Indeling van kindermishandeling

Kindermishandeling is in te delen naar vorm, naar de ernst en naar de aard van de pleger. Deze indeling is bepalend voor de hulp die geboden zal worden. Belangrijke vragen voor het hulpaanbod zijn: Is het kind in levensgevaar? Wat zijn de achtergronden van de kindermishandeling? Welke hulp is noodzakelijk voor kind en ouders?

1.3.1 Indeling naar vorm

Kindermishandeling is onder te verdelen in vijf vormen. In de praktijk komen vaak verschillende vormen van mishandeling tegelijk voor (Browne et al., 2002). Voor de signalen van kindermishandeling zie bijlage 3. De vijf vormen van kindermishandeling zijn:

- lichamenlijk mishandeling
- lichamenlijke verwaarlozing
- psychische mishandeling
- psychische verwaarlozing
- seksueel misbruik

1.3.1.1 Lichamenlijke mishandeling

Van lichamenlijke kindermishandeling is sprake als de dader lichamenlijk geweld tegen het kind gebruikt zoals slaan, schudden, schoppen, bijten, knijpen, krabben, het toebrengen

² In 2010 zal de meldcode kindermishandeling van de V&VN verschijnen.

van brandwonden, laten vallen, et cetera. JGZ-medewerkers zullen bij kinderen meestal geen zichtbare, recente letsels vinden. Een kind met een letsel zal over het algemeen niet door de JGZ worden behandeld, maar door de huisarts of de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Daar zal onderzocht worden of het verhaal van de ouders klopt met de aard van het letsel. Hierbij wordt gekeken naar: Soort letsel, Plaats van het letsel, Uiterlijke kenmerken, Tijd van het letsel, Oorzaak van het ongeval, Veroorzaker van het ongeval, Anderen erbij aanwezig; Maatregelen genomen door ouders en verzorgers, Oude letsels (SPUTOVAMO). Deze methode van de kinderartsen is een gemakkelijk hulpmiddel voor de JGZ bij de beoordeling van letsels (Aarsen et al., 2000).

Bijzondere vormen van lichamelijke kindermishandeling

Shaken baby syndroom

Het lichaam van een baby is zeer kwetsbaar, omdat nog niet alle spieren en botten zo ontwikkeld zijn dat zij optimale bescherming bieden. Het heen-en-weer schudden van een baby is dan ook uiterst riskant. In het relatief grote babyhoofdje, dat bij het schudden door de slappe nek heftig heen-en-weer beweegt, kan hersenschade ontstaan, die kan leiden tot neurologische afwijkingen, zoals verlamningsverschijnselen, blindheid of andere zeer ernstige gevolgen. Hoe jonger het kind, des te ernstiger zijn de gevolgen.

Nagebootste stoornis bij volmacht (Münchhausen-by-proxy-syndroom)

De aandoening wordt tegenwoordig ook wel Pediatric Condition Falsification (PCF) of Factitious (nagebootst) Disorder by Proxy (FDP) genoemd (Ayoub et al., 2002). PCF is een complexe manier van kindermishandeling waarbij ouders fysieke of psychische klachten bij het kind nabootsen (fabrication), direct klachten veroorzaken (induction), klachten verzinnen of aanpraten (verbal fabrication) en/of bestaande klachten uitvergroten (exaggeration). De ouder houdt artsen voor dat het kind een ziekte heeft waarvoor medische behandeling nodig is. De ouder misbruikt het kind om zelf aandacht te krijgen. In een literatuuroverzicht bleek de mortaliteit 6 % (Sheridan, 2003).

Meisjesbesnijdenis

Bij meisjesbesnijdenis worden de uitwendige geslachtsorganen van meisjes van 5-12 jaar besneden. Een besnijdenis kan in uitgebreidheid verschillen. De minst ingrijpende variant is die van een incisie in de voorhuid van de clitoris. Bij een 'faraonische' besnijdenis of infibulatie worden clitoris en kleine schaamlippen verwijderd en de grote schaamlippen aan elkaar gehecht. Hierdoor blijft slechts een minimale (millimeters grote) opening over om urine en menstruatiebloed af te voeren.

Gevolgen: beleving seksualiteit en complicaties

De infibulatie heeft ernstige gevolgen voor de beleving van de seksualiteit. Daarnaast kunnen infecties en complicaties tijdens de bevalling (uitdrijvingsstoornissen, fistelvorming, rupturen, incontinentie) optreden. Ook bij een kleine incisie in de voorhuid van de clitoris kunnen complicaties en functionele gevolgen voorkomen.

Culturen

De betekenis van het uitvoeren van een besnijdenis is verbonden met de achtergrond(en) en betekenisssystemen van bepaalde culturen. Het komt voor in twintig Afrikaanse landen en bij bevolkingsgroepen in een aantal landen in het Nabije Oosten en in Azië. In Somalië, Djibouti, Noord-Soedan en Mali worden bijna alle meisjes besneden en wordt veelal de meest ingrijpende vorm (infibulatie) toegepast (www.meisjesbesnijdenis.nl).

Tendens om ingreep te veroordelen

Frankrijk, Engeland en Zweden kennen inmiddels wetgeving die de ingreep, in welke vorm dan ook, strafbaar stelt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005). Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) neemt het standpunt in dat de praktijk van vrouwenbesnijdenis in Afrikaanse landen verboden dient te worden. In het algemeen bestaat er een tendens (ook in Afrikaanse landen) om de ingrepen te veroordelen, getuige het feit dat in 1979 nog werd gepleit voor het laten uitvoeren van weinig mutilerende vormen door artsen, terwijl momenteel het Inter-Afrikaans Comité (waarin de nationale comités betreffende vrouwenbesnijdenis samenwerken) iedere ingreep als mutilerend beschouwt en derhalve verwerpt. Ook de Somalische regering (en Somalische vrouwenorganisaties in Nederland) onderschrijven dit afwijzende standpunt.

Meisjesbesnijdenis – vrouwelijke genitale verminking

De WHO gebruikt voor meisjesbesnijdenis de term vrouwelijke genitale verminking om daarmee uit te drukken dat het een ontoelaatbare handelwijze betreft. De term is in deze richtlijn overgenomen. Daar waar nodig, is de term (meisjes)besnijdenis ter verduidelijking gehandhaafd.

Ouders die hun dochters laten besnijden, denken dat besnijdenis het beste is voor hun kind. Zij willen hun dochters niet mishandelen en zij vinden dat zij dat ook niet doen. De JGZ moet een gesprek voeren met de ouders die mogelijk van plan zijn om hun dochter te laten besnijden. In dit gesprek geeft de JGZ voorlichting over de Nederlandse wet en over de gevolgen van meisjesbesnijdenis (zie bijlage 9).

1.3.1.2 Lichamelijke verwaarlozing

Bij lichamelijke verwaarlozing heeft de ouder geen oog voor het lichamenlijk welzijn van het kind. Hij verwaarloost de verzorging op het gebied van voeding, lichamenlijke verzorging, hygiëne en kleding. Andere signalen zijn: het niet toedienen van noodzakelijke medicatie, geen enkele aandacht voor de veiligheid van de leefomgeving van het kind, het kind regelmatig onbeheerd alleen laten en de verzorging van het kind veronachtzamen. Verwaarlozing kan zo ver gaan dat ouders geen arts bezoeken als de situatie er duidelijk wel om vraagt. Geen gebruikmaken van de diensten van de JGZ kán een signaal zijn van lichamenlijke verwaarlozing.

1.3.1.3 Psychische mishandeling

Onder psychische mishandeling vallen verbale dreigingen, vernederingen, sociale isolatie, intimidatie en onredelijke eisen. Bij psychische mishandeling leeft het kind in angst en

onzekerheid door bijvoorbeeld verbaal geweld: het kind wordt regelmatig uitgescholden, het krijgt herhaaldelijk te horen dat het niet gewenst is of de ouder dicht het kind alleen maar stomiteiten toe. Overigens gaat het niet alleen om negatieve opmerkingen tegen het kind zelf, maar ook om denigrerende uitlatingen tegenover anderen in de aanwezigheid van het kind. Een ouder kan een kind ook psychische schade toebrengen door het bewust te negeren.

Kinderen die getuige zijn van familiaal huiselijk geweld (FHG)

Een kind getuige laten zijn van huiselijk geweld is een vorm van kindermishandeling (Geurts, 2005). Hiervoor neemt de aandacht de laatste jaren toe. Binnen het gezin kunnen ouders, partners van de ouders, maar ook broers en zusters, andere familieleden of verzorgers de plegers van geweld zijn. Die situaties kunnen ook schade bij het kind tot gevolg hebben. Bovendien zijn er kinderen die én getuige zijn van gezinsgeweld én zelf mishandeld worden (CBO, 2008).

1.3.1.4 Psychische verwaarlozing

Positieve aandacht is onontbeerlijk voor een goede geestelijke en lichamelijke ontwikkeling. Bij psychische verwaarlozing schiet de ouder doorlopend tekort in het geven van aandacht. Het kind mist liefde, warmte en bescherming. Cognitieve verwaarlozing, bijvoorbeeld een kind niet naar school laten gaan, is ook een vorm van psychische verwaarlozing.

1.3.1.5 Seksueel misbruik

Het gaat bij seksueel misbruik om alle opgedrongen seksuele gedragingen van een volwassene of een adolescent aan een kind. In Nederland is seksueel contact met een kind jonger dan 12 jaar strafbaar. Ook contact met een jongere tussen de 12 en 16 jaar is strafbaar, maar de politie komt alleen in actie als aangifte wordt gedaan en de jongere een klacht indient.

‘Grooming’ en bedreiging

Een volwassene die seksueel contact heeft met een minderjarige (jonger dan 18 jaar) die afhankelijk is van hem, bijvoorbeeld een ouder met een kind of een docent met een leerling, is strafbaar (Frenken, 2001). Het kind wordt gebruikt om de seksuele behoeften van de volwassene of de adolescent te bevredigen.

Bij seksueel misbruik is vaak sprake van de combinatie van ‘grooming’ en bedreiging. Onder ‘grooming’ wordt verstaan: hofmakerij, zoals ‘Wij hebben samen een geheimpje’, ‘Jij bent papa’s eigen meisje’. Na de grooming volgt de bedreiging: ‘Papa moet naar de gevangenis als je erover praat’, ‘Mama wordt erg verdrietig als zij ons geheimpje weet.’ Het kind kan de gedragingen van de misbruiker niet weigeren door het lichamelijke of relationele overwicht, de emotionele druk, of door dwang en geweld.

Risicofactoren

Wat seksueel misbruik betreft zijn er een aantal specifieke risicofactoren:

- het extra kwetsbare kind
- het gezin
- de pleger

Het extra kwetsbare kind

Geen enkel kind is bij machte om in te gaan tegen een vertrouwde volwassene die misbruik pleegt. Extra kwetsbaar is een kind dat verstandelijk niet in staat is om zich te verweren. Uiteraard geldt dit voor elk kind in de eerste levensjaren. Maar ook een ouder kind met een verstandelijke beperking of met psychische of psychiatrische problemen loopt extra risico als een volwassene seksuele toenadering zoekt.

Een kind met een lichamelijke handicap loopt extra risico wanneer het voor de lichamelijke verzorging van anderen afhankelijk is. Wanneer het kind bijvoorbeeld niet in staat is om zichzelf te wassen, is lichamelijk contact onvermijdelijk. Een volwassene met verkeerde bedoelingen kan die momenten misbruiken om seksuele bevrediging te zoeken.

Het gezin

Seksueel misbruik van kinderen vindt vaker dan men denkt binnen het gezin plaats. Het is de ouder, een ander gezins- of familielid of een huisvriend die het misbruik pleegt. Het misbruik kan jaren voortduren, omdat de huiselijke omgeving de mogelijkheid biedt om het verborgen te houden. Bovendien blijft het kind zwijgen omdat het loyaal wil zijn tegenover de ouders, omdat het gevoelens van angst en schaamte heeft of omdat het bang is voor fysiek geweld.

Meisjes die door een stiefvader of door een broer seksueel misbruikt zijn, krijgen minder steun van hun moeder dan wanneer de vader de pleger is. Bij seksueel misbruik door een broer of een stiefvader moet de moeder een keus maken tussen loyaliteit aan haar dochter of aan haar zoon of nieuwe partner.

Bij seksueel misbruik door de vader woont de vader in veel gevallen al elders als het misbruik blijkt (Cyr et al., 2002). Bij echtscheidingen blijken de beschuldigingen van de moeder van seksueel misbruik door de vader in 35-50 % van de gevallen niet op waarheid te berusten. De moeder doet haar aangifte vaak te goeder trouw op grond van een verkeerde interpretatie van wat het kind vertelt (Thoennes en Tjaden, 1990).

Verstoorde gezinsverhoudingen

De gezinsomstandigheden zijn op zich niet bepalend of seksueel misbruik plaatsvindt of niet. Hooguit bieden die omstandigheden te weinig bescherming voor het kind. Er zijn gezinnen waar seksueel misbruik één van de uitingen is van duidelijk verstoorde verhoudingen in het gezin. Seksueel misbruik kan zich ook voordoen in een gezin waar verder niets aan de hand lijkt te zijn.

Er zijn extreme situaties waarin beide ouders het kind misbruiken en zelfs personen van buiten het gezin aanzetten tot misbruik van hun eigen kind. Maar meestal is het één van de ouders die het misbruik pleegt en de momenten zo weet te kiezen dat de andere ouder niets door heeft. Ook oudere broers en zussen zijn mogelijke plegers van

seksueel misbruik. Vaak is er dan sprake van verstoorde gezinsverhoudingen of is de broer of zus zelf slachtoffer van mishandeling, verwaarlozing of misbruik. Schaamte is in sommige niet-westerse culturen een essentieel onderdeel van de sociale leefwijze. De familie-eer staat zo hoog in aanzien dat over seksueel misbruik wordt gezwegen. Daarnaast geldt in sommige culturen dat een meisje alleen huwbaar is als zij haar maagdelijkheid nog heeft. Dat maakt gedwongen geslachtsgemeenschap voor een meisje extra pijnlijk.

De pleger

Zowel mannen als vrouwen plegen seksueel misbruik, maar mannen vaker dan vrouwen (Brown et al., 2002, zie ook paragraaf 1.3.3).

1.3.2 Indeling naar ernst

Kindermishandeling is altijd ernstig, maar voor hulpverleners is het van belang om een idee te hebben van de mate van kindermishandeling. In alle gevallen van kindermishandeling zet de pleger het welzijn van het kind op het spel. Baeten en Willems hebben een vijfpuntschaal opgesteld om de ernst van de mishandeling aan te geven (Baeten en Willems, 2004):

1. licht
2. matig
3. ernstig
4. zeer ernstig
5. (bijna) fataal

De indeling geldt als leidraad voor de beslissingen van de JGZ, naast de indeling van het ministerie van Justitie (ministerie van Justitie, 2003) (zie bijlage 4).

De zogenaamde 'lichte' vorm van mishandeling komt voor bij straf of bij maatregelen om het kind discipline bij te brengen. Bij het onderscheid tussen straf en mishandeling spelen de volgende factoren een rol:

- ernst van de schade;
- mate van gebruikt geweld;
- relatie tussen de leeftijd van het kind en de straf;
- frequentie van de straf.

1.3.3 Indeling naar aard van de pleger

De hulpverlening hangt samen met de aard van de pleger.

1.3.1.1 Ouders die mishandelen door onvoldoende kennis over de normale ontwikkeling en de opvoeding van een kind

Externe hulp van opvoedingsdeskundigen via het Bureau Jeugdzorg (BJZ) of het AMK is hier aangewezen om de opvoedkundige kennis van ouders te vergroten. Hierbij kan de JGZ informatie verschaffen, begeleiding geven en verwijzen.

1.3.1.2 Ouders die mishandelen onder druk van de omstandigheden

Externe hulp via het BJZ of het AMK is nodig om de draaglast in overeenstemming te brengen met de draagkracht van het gezin. Ook hier is de rol van de JGZ informatie verschaffen, begeleiding geven en verwijzen.

1.3.1.3 Moeilijk behandelbare plegers

In deze groep vallen plegers die plezier beleven aan het opzettelijk mishandelen of kinderen seksueel misbruiken (Eaton, 2003; Southall et al., 2003). Het dwingen van jonge kinderen tot prostitutie door volwassenen of door leeftijdgenoten (loverboys) valt ook in deze categorie.

Mishandelende ouders met een verslaving, met een psychiatrische stoornis of met een verstandelijke handicap zijn moeilijk behandelbaar. Kindermishandeling door deze groepen plegers dient de JGZ zo snel mogelijk te melden bij het AMK.

In literatuur over seksueel misbruik van kinderen wordt vaak verwezen naar het 'four preconditions model' van Finkelhor (Finkelhor, 1984). In dit model worden psychologische en sociologische factoren bij de pleger die een rol kunnen spelen bij seksueel misbruik van kinderen, onderverdeeld in vier groepen:

1. *Motivatie van de pleger*

De motivatie van de pleger is gelegen in één of meer van de volgende drie componenten:

- de emotionele behoeften van de potentiële pleger passen bij de kenmerken van het kind;
- de potentiële pleger kan seksueel opgewonden raken door het kind;
- er is sprake van blokkades bij de potentiële pleger die het realiseren van emotionele en seksuele behoeftebevrediging met een volwassene in de weg staan.

Een eenduidige reden waarom iemand tot seksueel misbruik van een kind in staat is, is niet te geven. Het kan zijn dat de misbruiker als kind emotioneel verwaarloosd of zelf misbruikt is. Hij compenseert mogelijk het emotionele gemis met seksuele bevrediging. Het stereotype beeld van een vader die zijn dochter misbruikt, omdat de moeder niet aan zijn seksuele verlangens weet te voldoen, verklaart onvoldoende. Er zijn ook andere factoren aanwezig die tot misbruik van het kind aanzetten. Duidelijk is dat iemand die een kind misbruikt zich niet of nauwelijks in dat kind kan inleven en geen besef heeft van wat het kind doormaakt. De asymmetrie van de relatie wordt ontkend. De pleger vergoelijkt vaak het misbruik en stelt goede bedoelingen met het kind te hebben. Vaak gelooft de pleger dat het kind het ook zelf wilde.

2. *Interne inhibitie*

Er zijn in de persoon van de pleger drempels aanwezig die overwonnen moeten worden om daadwerkelijk tot misbruik over te gaan, bijvoorbeeld in meer of mindere mate het besef dat misbruik van kinderen niet acceptabel is. Het wegvallen van de drempels maakt de weg vrij voor de pleger om seksueel misbruik te plegen. Het gebruik van alcohol of drugs kan bijdragen tot het verlagen van deze drempels.

3. *Externe inhibitie*

Hier gaat het om drempels van buitenaf die de drang tot het plegen van misbruik onderdrukken, zoals de gezinssamenstelling, het sociale netwerk, maatschappelijke sancties en het toezicht op het kind.

4. *Verzet van het kind*

Dit betreft de weerbaarheid van het kind. Het gaat hier niet alleen om het daadwerkelijke verzet, maar ook om de uitstraling van het kind. Plegers hebben snel door wanneer een kind kwetsbaar is. Zij manipuleren het in een situatie waarin zij het misbruik kunnen plegen. Die kwetsbaarheid wordt extra in de hand gewerkt door emotionele verwaarlozing. Dat wil niet zeggen dat kinderen die weerbaar zijn, niet misbruikt worden. De volwassene heeft overwicht en machtsmiddelen tot zijn beschikking om het misbruik af te dwingen. Het kind heeft vaak weinig mogelijkheden om zich hier tegen te verzetten.

1.3.4 Problemen bij de indeling van kindermishandeling

De voorafgaande indeling is duidelijk, maar geeft in de grensgebieden tussen wel of geen kindermishandeling toch beslisproblemen.

Lichamelijke mishandeling lijkt duidelijk: de meeste mensen vinden een tik geen mishandeling, maar een aframmeling wel. De intentie en de intensiteit van het fysieke geweld, de duur en de frequentie bepalen of er sprake is van kindermishandeling.

Seksueel misbruik lijkt ook duidelijk, maar de grens tussen een aai of een ongewenste intimiteit is soms moeilijk te trekken. De intentie van de pleger en de gevoelens van het slachtoffer zijn hierbij van belang. Ook is vaak sprake van een combinatie van vormen van kindermishandeling.

Eigen normen

Wat onder verwaarlozing valt, is ook afhankelijk van de eigen normen. Wat voor de ene ouder ver over de schreef is, is voor de andere ouder normaal, bijvoorbeeld kleuters die nooit voor tien uur 's avonds naar bed gaan. De fitheid van het kind is hier bepalend voor het oordeel: kindermishandeling of geen kindermishandeling. Kinderen om religieuze redenen niet laten vaccineren kan beschouwd worden als verwaarlozing. Normatieve en educatieve verwaarlozing vallen ook onder emotionele verwaarlozing: de ouder brengt het kind geen normen óf criminele normen bij.

Elke cultuur heeft eigen normen. Daardoor zullen verschillen blijven bestaan tussen culturen over waar de grens ligt tussen wat wel en wat geen verwaarlozing genoemd moet worden. De hulpverlener doet er verstandig aan de heersende opvattingen van de (Nederlandse) omgeving over wat het beste is voor het kind niet uit het oog te verliezen.

1.4 Schatting van de omvang van kindermishandeling

Uit een inventarisatie in de Verenigde Staten binnen de kinderbescherming, de jeugdhulpverlening en instellingen als scholen, kinderdagverblijven, ziekenhuizen en politie bleek dat bij 1,6 % van alle kinderen sprake was van kindermishandeling. Dit percentage was een ondergrens. Het betrof namelijk alleen die gevallen die bij genoemde beroepskrachten bekend waren.

Recente cijfers

Als aangenomen wordt dat in Nederland ook 1,6 % van de kinderen mishandeld wordt, dan betekent dit dat tenminste 80.000 kinderen per jaar het slachtoffer zijn van kindermishandeling in ons land (Baartman, 2005). Recentere cijfers van kindermishandeling in Nederland zijn afkomstig uit onderzoek van de Universiteit Leiden (de NMP-studie) en uit het scholierenonderzoek bij de Vrije Universiteit Amsterdam. Daarnaast zijn gegevens van de jaarlijkse registratie van adviezen en meldingen over kindermishandelingen bij de AMK's beschikbaar.

NMP-studie komt hoger uit

De NMP-studie 2005 registreerde kindermishandeling die in een periode van drie maanden was gemeld bij het AMK of andere instanties (politie, rechtbank), of werd gesignaleerd bij huisarts, school, et cetera. (Van IJzendoorn et al., 2007). Op basis hiervan schatte men het aantal mishandelde kinderen op ruim 100.000 per jaar. Gezinnen waar kindermishandeling vaker voorkwam dan in de doorsnee populatie bleken vooral gezinnen met zeer lage sociaal economische status (zeven keer vaker), met werkloosheid (vijf keer vaker) en eenoudergezinnen (drie en een half keer vaker).

Scholierenonderzoek: nog hogere schatting

In het scholierenonderzoek over mishandeling vulden leerlingen uit de klassen 1 t/m 4 (12 tot 17 jaar, n=1.854) van veertien scholen voor Voortgezet Onderwijs verspreid over het land een vragenlijst in (Lamers-Winkelmann et al., 2007). Een derde van de kinderen gaf aan ooit een vorm van mishandeling te hebben ondergaan. Meisjes bleken een twee keer zo grote kans op mishandeling te hebben als jongens; allochtone kinderen twee keer vaker dan autochtone kinderen. Wanneer de gevonden incidentiegegevens naar de totale populatie van Nederlandse scholieren uit die leeftijdscategorie worden geëxtrapolerd, komt men op een schatting van 160.700 kinderen die in het laatste jaar zijn mishandeld. Deze schatting betekent dat ongeveer 3 % van alle kinderen mishandeld wordt (IJzendoorn et al., 2007; Lamers-Winkelmann et al., 2007; CBO, 2009).

1.4.1 Omvang seksueel misbruik van kinderen in Nederland

Het enige grootschalige onderzoek in Nederland naar de omvang van seksueel misbruik is eind jaren tachtig uitgevoerd (Draijer, 1988). Draijer onderzocht de omvang van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Dit was een retrospectief onderzoek: Draijer vroeg 1054 vrouwen tussen de 20 en 40 jaar naar ervaringen met seksueel misbruik voor hun 16e levensjaar. Deze methode heeft enkele nadelen. De uitkomsten zijn afhankelijk van de manier waarop de ondervraagden hun jeugdervaringen interpreteren. Verder kan een volwassene zich moeilijk uitspreken over gebeurtenissen die zich in de eerste twee levensjaren hebben afgespeeld.

Melding van opgedrongen seksuele gedragingen

Het onderzoek van Draijer leverde de volgende resultaten op: Van alle ondervraagden zei 15,6 % dat zij een of meerdere keren opgedrongen seksuele gedragingen van verwanten hadden ervaren. Verder maakte 24,4 % van de vrouwen melding van opgedrongen seksuele gedragingen door niet-verwanten. In totaal meldde 34 % van de geïnterviewde vrouwen voor hun 16e levensjaar een of meerdere malen het slachtoffer van dergelijk misbruik te zijn geweest.

Verwanten als plegers van misbruik

Van alle verwanten die van misbruik werden beschuldigd bestond een kwart uit broers, een kwart uit ooms en bijna 20 % uit vaders of vaderfiguren. Daarnaast werden onder meer zwagers, grootvaders en neven als pleger van het misbruik genoemd. In recent Nederlands onderzoek naar kindermishandeling werd seksueel misbruik bij meisjes in 4,4 % en 8 % van de gevallen aangegeven (Van IJzendoorn et al., 2007, Lamers-Winkelmann et al., 2007).

Geen Nederlands onderzoek onder jongens

Voor seksueel misbruik van jongens heeft een soortgelijk onderzoek als dat van Draijer in Nederland niet plaatsgevonden. De geschatte percentages lopen uiteen van 9 tot 20 % (Van den Broek, 1991). In een recent artikel van Valente (2005) worden iets lagere percentages gevonden: 4 % tot 16 %, afhankelijk van de onderzoeksgroep, de wijze waarop de data werd verzameld en de definities van seksueel misbruik. Buitenlandse studies tonen aan dat 3 tot 9 % van de jongens seksueel misbruikervaringen kent, meestal gepleegd door mannen buiten de familiekring (Frenken, 2001).

Een Amerikaans overzicht van zestien onderzoeken komt op een gemiddelde prevalentie van seksueel misbruik van 22,3 % bij meisjes en van 8,5 % bij jongens (Gorey en Leslie, 1997).

1.5 Beschouwing

In het grijze gebied tussen wel en geen kindermishandeling geven de rechten van het kind, de Nederlandse wet, de meldcodes van VWS en de KNMG en de huidige richtlijn enig houvast aan een professional die met een vermoeden van kindermishandeling geconfronteerd wordt. De omvang van kindermishandeling in Nederland dient, ondanks recente onderzoeken, beter in kaart gebracht te worden.

2 GEVOLGEN VAN KINDERMISHANDELING VOOR KIND EN OMGEVING ¹

De emotionele, lichamelijke en intellectuele ontwikkeling van een kind berust op genetische mogelijkheden en op de interactie met de ouders. Ook speelt naast het gezin de omgeving een belangrijke rol. De liefdevolle zorg en aandacht van de ouder is voor het opgroeiende kind een basis voor wederzijds vertrouwen en een goede hechting. Dat creëert een veilige sfeer, waarin het kind zich kan ontplooien. Bij kindermishandeling voelt het kind zich onveilig en dat verstoort de sociale omgang met de kinderen en volwassenen om hem heen.

Niet elk kind lijdt evenveel onder mishandeling. Bepaalde factoren hebben daar invloed op. De belangrijkste zijn:

- de ernst van het geweld, de verwaarlozing of het misbruik op zich;
- de leeftijd waarop het begint;
- hoe lang de mishandeling voortduurt;
- het wel of niet aanwezig zijn van steun uit de omgeving;
- de persoonlijkheid van het kind;
- de mate van emotionele druk;
- de relatie tussen kind en pleger.

Kindermishandeling kan gevolgen hebben voor het slachtoffer zelf tijdens de jeugd én op latere leeftijd, maar kan ook gevolgen hebben voor de omgeving en de maatschappij.

2.1 Gevolgen tijdens de jeugd

Hieronder staan mogelijke gevolgen op korte termijn die kindermishandeling heeft voor het kind. Het is geen compleet beeld, maar geeft een indruk van de diversiteit en ernst van de gevolgen.

- Fysiek letsel
- Ontwikkelingsstoornissen/psychische gevolgen
- Neurobiologische gevolgen
- Verstoord sociaal functioneren
- Dodelijke afloop

¹ Voor hoofdstuk 2 is gebruikgemaakt van de informatie van het Nji op internet (www.nji.nl) en van Trocmé en Wolfe (2001) Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, selected results.

2.1.1 Fysiek letsel

Lichamelijke mishandeling veroorzaakt lichamenlijk letsel. De meeste verwondingen gaan vanzelf over of zijn met medische hulp te genezen. Niettemin kunnen ernstige verwondingen littekens achterlaten die het kind aan het nare voorval blijven herinneren. Enkele voorbeelden zijn:

- Bloedingen in de hersenen kunnen veroorzaakt worden door heen-en-weer schudden van een baby (het shaken baby syndroom). Dat risico bestaat ook als een kind zeer krachtig tegen het hoofd wordt geslagen of als het kind ergens tegenaan wordt gegooid.
- Beschadiging van inwendige organen kan optreden door het kind in de buik te stompen/te schoppen.
- Verwondingen aan geslachtsorganen of de anus kunnen optreden door seksueel misbruik. Meestal ontbreken lichamelijke sporen, wat het bewijzen van seksueel misbruik bemoeilijkt. Door het seksueel contact kan het kind seksueel overdraagbare ziektes oplopen. Als de pleger van het misbruik HIV-seropositief is, loopt het kind het gevaar op vroege leeftijd aidspatiënt te worden.
- Bij seksueel misbruik kan een zwangerschap ontstaan.
- Bij verwaarlozing kunnen infecties ontstaan, ook kan het cariës en onvoldoende groei tot gevolg hebben.

2.1.2 Ontwikkelingsstoornissen/psychische gevolgen

Voor een gezonde groei en ontwikkeling van een kind zijn positieve invloeden van de omgeving belangrijk. Vooral de positieve interactie met de ouders is onontbeerlijk, zoals een goede lichamelijke verzorging, het geven van liefde en aandacht en het belonen van goed gedrag van het kind (Browne et al., 2002). Het ontbreken hiervan kan stoornissen veroorzaken; de emotionele groei en de ontwikkeling van de motoriek, de lichamelijke groei, de spraak, de ontwikkeling van het taalgebruik en van de intellectuele vermogens kunnen belemmerd worden. De schade aan de emotionele ontwikkeling kan uitmonden in combinaties van leerproblemen, ernstige gedragsproblemen, verslavingen, crimineel gedrag en psychische en psychiatrische problemen.

2.1.3 Neurobiologische gevolgen

Er zijn aanwijzingen dat de effecten van chronische stress door kindermishandeling schadelijk zijn voor de ontwikkeling van de hersenen. Een causaal verband tussen kindermishandeling en hersenschade is nog niet aangetoond. Nader neurobiologisch onderzoek is nodig om een uitspraak te kunnen doen op de vraag of kindermishandeling schadelijk is voor de ontwikkeling van de hersenen (Bicanic, 2002).

2.1.4 Verstoord sociaal functioneren

Door de mishandeling, verwaarlozing of het misbruik kan het kind moeite hebben om te functioneren in de maatschappij. Depressie, angst en schaamte komen veel voor bij mishandelde kinderen.

2.1.5 Dodelijke afloop

In extreme gevallen, bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing, kan het kind zelfs aan de gevolgen ervan overlijden. Het is onbekend hoeveel kinderen per jaar overlijden door mishandeling. Officiële landelijke statistieken over doodsoorzaken geven hierover geen betrouwbare gegevens. In 1997 werd een landelijk onderzoek onder huisartsen en kinderartsen uitgevoerd om te achterhalen hoeveel kinderen in 1996 waren overleden, waarbij de arts vermoedde dat kindermishandeling de oorzaak was. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in dat jaar naar schatting minimaal veertig kinderen ten gevolge van mishandeling gestorven waren (Kuyvenhoven et al., 1998).

2.2 Gevolgen op latere leeftijd

Op latere leeftijd kan kindermishandeling gevolgen hebben en evenals andere traumatische gebeurtenissen, zoals gepest worden op school (Fekkes et al., 2004), posttraumatische stressstoornissen veroorzaken.

2.2.1 Posttraumatische stressstoornissen

De DSM-IV (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1998) zegt: 'Bij posttraumatische stressstoornis is de betrokkene blootgesteld geweest aan een traumatische ervaring. Hierbij geldt dat:

- de betrokkene ondervonden heeft of getuige is geweest of geconfronteerd werd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen;
- de betrokkene reageert met intense angst, hulpeloosheid of afschuw.'

Andere gevolgen op latere leeftijd kunnen zijn verslaving, zelfverwonding, zelfmoord, psychosomatische klachten, psychiatrische ziektebeelden, verstoord sociaal functioneren en een verstoorde beleving van seksualiteit (Goodwin et al., 2003). Er is een sterke samenhang tussen de ernst en uitgebreidheid van de mishandeling of het meemaken van gezinsgeweld op de kinderleeftijd en multipele ziekten en gezondheidsrisico's op latere leeftijd (Felliti et al., 1998).

2.3 Gevolgen voor de omgeving

Hieronder staan mogelijke gevolgen die kindermishandeling heeft voor het slachtoffer en daardoor voor zijn/haar omgeving:

- verslaving en criminaliteit;
- overdracht van geweld.

2.3.1 Verslaving en criminaliteit

Verslaving en geweld berokkenen leed en zijn belastend voor de directe omgeving, maar ook voor de samenleving. Het bestrijden van verslaving en criminaliteit kost de samenleving veel geld. Voorkomen van kindermishandeling zou deze kosten kunnen verminderen (zie ook paragraaf 2.4).

2.3.2 Overdracht van geweld

De eigen jeugdervaringen zijn van grote invloed op de manier waarop ouders met hun kind omgaan. Wanneer ouders zelf op een liefdevolle manier zijn opgevoed, kunnen zij daar emotioneel en praktisch veel steun uit putten. Wanneer die jeugd minder plezierig is geweest, kán dat zijn weerslag hebben op de opvoeding van de eigen kinderen. Een ouder die zelf is mishandeld, is een risicofactor voor kindermishandeling (Browne et al., 2002).

2.4 Maatschappelijke kosten van kindermishandeling

De kosten van kindermishandeling voor de samenleving in Nederland zijn voor 2003 door Meerding geschat op meer dan 900 miljoen euro per jaar (Meerding, 2005). Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen de directe kosten (kosten die kort na de vaststelling van de mishandeling gemaakt zijn) en indirecte kosten (kosten die veroorzaakt worden door de schadelijke gevolgen van de mishandeling).

Tabel 2.1: Directe kosten tengevolge van kindermishandeling (Meerding, 2005).

Zorgverlening	Kosten in miljoen euro's
Medische somatische zorg	3,2
Medische psychische zorg	47-82
Jeugdhulpverlening	Ruim 13
Justitiële jeugdzorg (gezinsvoogdij, ondertoezichtstelling, Raad voor de Kinderbescherming)	112

Tabel 2.2: Indirecte kosten en kosten op langere termijn ten gevolge van kindermishandeling.

Indirecte kosten	Kosten in miljoen euro's
Speciaal onderwijs	114
Medische zorg op langere termijn	145
(Jeugd)criminaliteit	530
Verminderde economische productiviteit	onbekend
Immateriële kosten van menselijk lijden	onbekend

2.5 Beschouwing

De gevolgen van kindermishandeling zijn enorm groot en hebben invloed op het individu, op gezinnen, op volgende generaties en op de maatschappij. Naast het vele leed kost kindermishandeling de samenleving miljoenen euro's per jaar. Als de JGZ ook maar een fractie ervan zou kunnen voorkomen, zou het totale budget van preventie (2 % van het gezondheidszorg budget) terugverdiend worden.

'De signalering van kindermishandeling in al zijn vormen, is vooral een kwestie van **kunnen, durven en willen (in)zien** dat er ouders zijn die niet of onvoldoende in staat zijn om een kind te geven wat het toekomst om zich tot een gezonde volwassene te ontwikkelen.'

3 RISICOFACTOREN BIJ KINDERMISHANDELING

3.1 Risicofactoren en beschermende factoren van kindermishandeling

In dit hoofdstuk besteden we vooral aandacht aan externe factoren die risicoverhogend of beschermend kunnen werken. Een opeenstapeling van stressvolle omstandigheden kan ouders teveel worden, waardoor ze de opvoeding niet meer aankunnen. Aan de andere kant zijn er ook beschermende factoren.

3.1.1 Het balansmodel

De veerkracht van de gezinsleden kan tegenwicht bieden en ervoor zorgen dat de situatie niet tot mishandeling leidt. Daarnaast is steun uit de omgeving van groot belang. Hulp van vrienden, familie of anderen kan het gezin ontlasten. De beschermende factoren en de risicofactoren zijn terug te vinden in het balansmodel (Bakker et al., 2000). Hierbij is een afweging van de zwaarte van deze factoren van belang (Bouwmeester-Landweer, 2006a).

Het balansmodel

In de jeugdhulpverlening en de JGZ wordt gewerkt met het balansmodel (tabel 3). Dit vertoont veel overeenkomsten met het model van Lalonde. Het balansmodel van Bakker et al. (2000) brengt de draaglast en de draagkracht voor de ontwikkeling van een kind in kaart. Alle factoren die een gezin onder druk zetten, vormen samen de zogenoemde 'draaglast'. De veerkracht van de gezinsleden en de hulp en andere positieve invloeden van buitenaf vormen de 'draagkracht'. Zijn de draaglast en draagkracht in balans, dan is er niets aan de hand. Schiet de draagkracht tekort of wordt de draaglast te groot, dan ontstaan er problemen die kunnen leiden tot kindermishandeling.

Met het balansmodel kan de gezinssituatie en de eventueel benodigde steun of hulp geanalyseerd en inzichtelijk gemaakt worden. Hulp bij het hanteren van de stressvolle situatie kan het gezin weer in balans brengen en de kindermishandeling laten stoppen.

Verhoogde kans door cumulatie van risicofactoren

Het balansmodel is niet meer dan een model. Het berust niet op wetenschappelijk onderzoek. Risicofactoren kunnen leiden tot mishandeling maar er is geen directe relatie tussen een risicofactor en eventuele kindermishandeling. Een **cumulatie van risicofactoren** geeft wel een verhoogde kans op mishandeling. De Inventgroep (zie paragraaf 3.2.1) spreekt liever over **risicoprocessen** dan over risicofactoren, om aan te geven dat het probleem zich kan ontwikkelen op basis van één of meer risicofactoren. Toch vindt ook de Inventgroep dat bij bepaalde risicofactoren interventie nodig kan zijn (Hermanns et al., 2005).

Gezondheidsvariabelen

Volgens het model van Lalonde is de gezondheid afhankelijk van vier variabelen: fysiek milieu, sociale omgeving, leefstijl en biologische factoren. Onder een *fysiek milieu* wordt ondermeer verstaan: kwaliteit van de woning (lawaai), financiële omstandigheden, kwaliteit van de buurt. Onder *sociale omgeving* wordt verstaan: gebruik van voorzieningen, contacten, steun van ouders/vrienden, al of niet isolement van een gezin, eenoudergezin, jonge ouders, sfeer in het gezin. Onder *leefstijl* wordt verstaan: gebruik van genotmiddelen, (on)gezond gedrag. Tot *biologische factoren* worden gerekend: lichamelijke of geestelijke gezondheid van kind en ouders en de kwaliteit van de hechting van ouder en kind. Deze factoren zijn eveneens bijeengebracht in het balansmodel.

Tabel 3.1: Overzicht risicofactoren voor mogelijk toekomstige psychosociale problemen én beschermende factoren gebaseerd op het balansmodel van Bakker et al. (2000) uitgebreid met risicofactoren uit het rapport Hermanns et al. (2005). De toevoegingen uit dit rapport zijn aangegeven door een *

Risicofactoren	Beschermende factoren
Microniveau	
<i>Kindfactoren</i>	
Zwangerschaps- en geboortecomplicaties* Laag geboortegewicht Handicap Negatief zelfbeeld Lage intelligentie* Blootstelling aan toxische stoffen* Moeilijk temperament* Slechte schoolprestaties*	Goede intelligentie Positief zelfbeeld Bereidheid om hulp te aanvaarden
<i>Ouderfactoren</i>	
Alleenstaande ouder* Laag opleidingsniveau* Moeder jonger dan 19 jaar bij eerste kind* Middelengebruik (verslaving) Roken tijdens zwangerschap* Slechte voeding tijdens zwangerschap* Ziekte Negatief zelfbeeld Zelf als kind mishandeld/jeugdtrauma Psychische problemen (zoals depressie)* Antisociaal gedrag* Spreekt geen Nederlands*	Stabiele persoonlijkheid Goede gezondheid Positieve jeugdervaringen
<i>Gezinsfactoren</i>	
Echtscheiding Conflicten/geweld* Verwaarlozing/mishandeling partner* Autoritaire opvoedingsstijl Ingrijpende gebeurtenissen* Snelle wisseling in verzorgers van het kind* Tekorten in communicatie ouder-kind*	Opvoedingscompetentie Affectieve gezinsrelaties
Mesoniveau	
<i>Sociale (gezins)factoren</i>	
Isolement Gebrekkige sociale bindingen Conflicten	Sociale steun Goede sociale bindingen Familie/vrienden
<i>Sociale (buurt)factoren</i>	
Sociale desintegratie Verpaupering, kansarme buurt, concentratie van delinquenten in buurt Slechte sociale voorzieningen Delinquente vrienden* Peer rejection* Geen band met school* Te kleine huisvesting*	Sociale cohesie Goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur, onderwijs, zorg en welzijn
Macroniveau	
<i>sociaal-economische gezinsfactoren</i>	
Armoede Gebrekkige opleiding	Goed inkomen/opleiding
<i>culturele factoren</i>	
Culturele minderheidsgroepering Afwijkende subculturele normen en waarden	Normen en waarden in overeen- stemming met dominante cultuur
<i>maatschappelijke factoren</i>	
Economische crisis Werkloosheid Discriminatie	Stabiel sociaal en politiek klimaat Open tolerante samenleving

Bron: S. Postma (2008) JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

3.1.2 Het kind

Kindermishandeling is nooit de schuld van het kind. De verantwoordelijkheid voor het welzijn van het kind ligt bij de volwassenen. De onderstaande risicofactoren uit het balansmodel zijn dus geen omstandigheden die het kind 'medeplichtig' maken; ze maken het kind extra kwetsbaar.

Te vroeg geboren

Bij te vroeg geboren baby's bestaat het risico dat, onder meer door verblijf in de couveuse, de hechting tussen moeder en kind onvoldoende tot stand komt.

Huilbaby

Extreem huilen blijkt voor een baby een risicofactor te zijn voor mishandeling. 5 % van de Nederlandse ouders met een baby van zes maanden of jonger heeft een veel huilende baby tenminste éénmaal door elkaar geschud of geslagen (Reijneveld et al., 2004). JGZ-medewerkers moeten dus actief vragen naar het huilgedrag van een baby. Zij moeten de ouders informatie geven dat het normaal is dat baby's huilen. Gemiddeld huilt een baby van een maand anderhalf uur (Reijneveld et al., 2004) en een baby van twee maanden twee tot tweeënhalf uur per dag (Tjon A Ten, 2000).

Kind met een handicap

De opvoeding van het kind kan een ouder die toch al onder druk staat, nog zwaarder vallen als de zorg verhoudingsgewijs veel tijd en energie vraagt.

Druk kind

Drukke kinderen gunnen hun ouders haast geen moment rust. Dat verhoogt de draaglast van de ouders.

Ongewenst kind

Wanneer het kind ongepland komt, kan het ouderschap te zwaar zijn. Als ouders niet toe zijn aan het ouderschap, verhoogt dit de kans op mishandeling of verwaarlozing.

Stiefkind, geadopteerd kind of pleegkind

Het komt voor dat een stiefouder een kind uit een eerdere relatie van de partner niet accepteert. Het kind krijgt het dubbel zo zwaar als ook de eigen ouder de ergernissen over de vroegere relatie uit in psychische of lichamelijke mishandeling of verwaarlozing van het kind. Ook bij een geadopteerd kind of een pleegkind kunnen ouders en kind moeite hebben om zich aan elkaar te hechten. Dit kan leiden tot psychische of lichamelijke mishandeling of verwaarlozing van het kind.

3.1.3 Ouders/gezinsfactoren

Hieronder staan enkele kenmerken van ouders en gezinsfactoren die het risico op kindermishandeling vergroten.

Persoonlijke problemen

Verstandelijk gehandicapt zijn, verslaving (alcohol, drugs, gokken), psychische of psychiatrische problemen of een chronische ziekte kunnen ouders beperken in het geven van voldoende ouderlijke zorg. Ernstige relatieproblemen kunnen spanningen geven waar ook de kinderen onder lijden.

Negatieve jeugdervaringen spelen mee

De eigen jeugdervaringen zijn van grote invloed op de manier waarop ouders met hun kind omgaan. Een ouder die zelf op een liefdevolle manier is opgevoed, kan daar emotioneel en praktisch veel steun uit putten. Wanneer het leven moeilijk is geweest, bijvoorbeeld door oorlogsomstandigheden of wanneer een ouder als kind zelf mishandeld is, kan dat zijn weerslag op de opvoeding hebben. Enerzijds kunnen ouders zo geobsedeerd zijn om het beter te doen dan hun eigen ouders, dat zij overdrijven in de bescherming van het kind of teveel begrip van het kind verwachten. Anderzijds kan het zijn dat de ouders niet beter weten en dat zij het gedrag van hun eigen ouders kopiëren. De JGZ zal ouders altijd naar hun eigen jeugd vragen (zie paragraaf 4.3).

Pedagogisch besef: groeien in de ouderrol

De ouder heeft geen besef wat het kind nodig heeft aan zorg, warmte en bescherming en mist de vaardigheid om de emoties en bedoelingen van het kind juist te interpreteren. De ouder weet zich niet in het kind in te leven en vindt geen goede balans tussen de belangen van het kind en die van zichzelf. Pedagogisch besef is in te delen naar niveau (Baartman, 1996):

Niveau 1: Egocentrische oriëntatie: in de ouderrol spelen alleen de wensen en de behoeften van de ouder.

Niveau 2: Conventionele oriëntatie: traditie, cultuur en gezag bepalen de opvoeding.

Niveau 3: Subjectief-individualistische oriëntatie: de ouder ziet wat het kind nodig heeft en geeft dat ook.

Niveau 4: 'Interactieve oriëntatie: de ouder en het kind groeien samen in de rol van ouder en kind. De ouder vindt een evenwicht tussen het toegeven aan de eigen behoeften en aan die van het kind.'

Bij niveau 1 is er sprake van gebrekkig pedagogisch besef, bij niveau 4 is het pedagogisch besef optimaal.

Zorgmijders/non-gebruik van de JGZ

Het mijden door de ouders van de reguliere JGZ kán een signaal zijn dat de ontwikkeling en de opvoeding van het kind bedreigd worden. De JGZ moet daarom in actie komen als ouders niet verschijnen. De volgende soorten zorgmijders zijn te onderscheiden:

Niet verschenen zonder bericht (NVZB)

De werkgroep is van mening dat de JGZ als volgt moet handelen: De JGZ zal, als de ouders zonder bericht niet verschijnen op de afspraak, contact opnemen met de ouders om te vragen naar de reden van de afwezigheid. Als de ouders voor de tweede maal

niet verschijnen zonder bericht, maakt de jeugdverpleegkundige een huisbezoek om de redenen van het niet-gebruikmaken van de diensten van de JGZ te bespreken. Tijdens het huisbezoek kan blijken dat er risicofactoren zijn. Als de JGZ-medewerker zich zorgen maakt om het kind, bespreekt hij deze met de ouder. Hij geeft advies en verwijst zondig naar de hulpverlening. Zijn zorgen of bevindingen tijdens het huisbezoek kunnen een reden zijn om te verwijzen naar het BJZ of te melden bij het AMK.

Non-bereik gezinnen

Dit zijn gezinnen die niet wonen op het opgegeven adres of die aangegeven hebben geen gebruik te willen maken van de JGZ-diensten. De eerste gezinnen zijn vaak moeilijk te vinden. De JGZ probeert in het netwerk van gemeente, wijkagent, kinderopvang en onderwijs het adres van het gezin te achterhalen. Zodra het gezin is opgespoord, krijgt het een uitnodiging. Ook kinderen die vaak van school en huisadres wisselen dienen extra gevolgd te worden.

Een gezin dat aangeeft geen prijs te stellen op het zorgaanbod zal van de JGZ-medewerker telefonisch of tijdens een huisbezoek informatie ontvangen over de werkwijze en de diensten van de JGZ. Ook zal hij vragen naar de reden van de afwijzing en deze noteren in het dossier. Bovendien is het raadzaam de ouders mee te delen dat hij hierover de huisarts zal informeren.

3.1.4 Leefomstandigheden

De situaties die hieronder beschreven worden, vragen veerkracht van de ouders. Velen weten zich te redden in moeilijke omstandigheden, maar voor anderen is de misère te ingrijpend. Het kind wordt aan zijn lot overgelaten of de problemen worden op het kind afgereageerd.

Sociaal-economische omstandigheden

Financiële problemen zetten een gezin onder druk. Slechte of te kleine huisvesting is een andere doorlopende bron van zorg. Als beide ouders werkloos zijn, is de kans groter dat irritaties escaleren in ruzies. Uit onderzoek blijkt dat een lage economische status het risico op kindermishandeling zeven keer verhoogt en vijf keer als sprake is van werkloosheid (Van Ijzendoorn et al., 2007).

Sociale omgeving/sociaal isolement

Sociale omgeving is in het model van Lalonde één van de vier variabelen die de gezondheid bepalen. Onder sociale omgeving valt, naast contacten met de omgeving zoals met ouders of vrienden, ook het gebruik van voorzieningen. In het balansmodel worden de voorzieningen genoemd onder het 'mesosysteem' bij een goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur van onderwijs, zorg en welzijn.

Sociaal isolement: zelf alle problemen moeten oplossen

Het ontbreken van een sociale steunende omgeving is een risicoverhogende factor, een goede sociale steungevende omgeving een beschermende factor. Ouders die weinig contact hebben met familie, vrienden of buurtgenoten bevinden zich in een sociaal isole-

ment. Alle zorg komt op de ouders neer en in moeilijke tijden is er niemand die bij kan springen of die praktische of morele steun biedt. Het gebrek aan sociale steun kan nog worden versterkt als een van de ouders zich afzijdig houdt van de opvoeding. De andere ouder draagt dan een te grote last op de schouders, zeker als de partner wel commentaar geeft als iets in de opvoeding hem niet zint. Een alleenstaande ouder mist de steun van een partner en moet, bij het ontbreken van steun uit de omgeving, zelf alle problemen oplossen. Deze belasting kan zich uiten in opvoedingsproblemen.

Isolement zoeken om problemen te verbergen

Het sociale isolement gaat vaak hand in hand met slechte sociaal-economische omstandigheden en persoonlijke problemen van de ouders. Een gezin met weinig geld waarvan de ouders schulden maken bij vrienden, de ouder die niemand meer thuis uitnodigt omdat de partner elke avond dronken is, zijn voorbeelden van gezinnen waarin het isolement groeit. Niemand ziet dat de ouders steeds verder in de problemen raken. Sommige ouders zoeken het sociale isolement juist op om op die manier te verbergen dat zij de opvoeding van hun kind niet onder controle hebben. Voor de buitenwereld blijft de kindermishandeling daardoor onopgemerkt. Dit geldt zeker voor misstanden in gezinnen die regelmatig verhuizen.

Immigranten

Gezinnen die nieuw zijn in Nederland, missen de steun van de familie die is achtergebleven in het land van herkomst. In veel culturen speelt die familie een grotere rol in de opvoeding van het kind dan in Nederland. Het kost de ouders extra inspanning om de opvoeding zonder hulp van anderen te volbrengen. Door uitingen van racisme en discriminatie naast armoede, achterstelling en multiprobleemsituaties kunnen de problemen van de immigratie groter worden. Immigranten kunnen wantrouwend staan tegenover een voor hen onbekende vorm van hulpverlening (Rensen, 1996).

3.1.5 Beschouwing

Vooraf de JGZ 0-4 jaar onderhoudt zeer regelmatig contact met ouders en kinderen en ziet bijna alle kinderen. Daardoor kan zij een belangrijke rol spelen bij het voorkómen (primaire preventie) en signaleren (secundaire preventie) van kindermishandeling. Dat geldt vooral voor die vormen van kindermishandeling waarbij de plegers bereid zijn om hun gedrag te veranderen. Een goede samenwerking met anderen (school, schoolmaatschappelijk werk, huisarts, paramedici, buurtnetwerken et cetera.) is essentieel. Bovendien kan de JGZ-medewerker die beschikt over achtergrondkennis van zowel beschermende als belastende factoren, deze mee laten wegen in het beoordelen van het risico op kindermishandeling.

3.2 Schatten van het risico op kindermishandeling

Signalering en de daaruit voortvloeiende risicoschatting zijn kerntaken van de JGZ. Er kan van risico gesproken worden als:

- de ouder signalen geeft of bezorgd is;

- het kind signalen geeft;
- de omgeving van het kind verontrust is;
- de JGZ-medewerker zich zorgen maakt.

Er bestaan signaleringsinstrumenten voor opvoedingproblemen of kindermishandeling, maar deze worden niet door alle JGZ-instellingen toegepast. Risicoschatting wordt in de praktijk niet altijd en bovendien niet volgens een duidelijke vastomlijnde methode uitgevoerd (Kooijman en Prinsen, 2003; De Ruiter en Pollman, 2003). Uit onderzoek blijkt dat professionals weinig geneigd zijn om hun eerste mening te herzien en dat zij bij de selectie van hun bevindingen bevestiging zoeken van hun eerste indruk (Munro, 1999; De Ruiter en Pollman, 2003).

De juistheid van de inschattingen verbetert als professionals gebruikmaken van gestructureerde richtlijnen voor risicotaxatie (De Ruiter en Pollman, 2003). Deze dwingen de professional om alle relevante risicofactoren te inventariseren. Daardoor vermindert de kans op een foutieve selectie van bevindingen. Bijkomende voordelen zijn dat de werkwijze meer uniformiteit zal vertonen en dat er meer eenduidigheid komt in de registratie door JGZ-professionals.

Het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) hanteert een drietrapsmodel bij de signalering van mogelijke risicofactoren (Kooijman en Prinsen, 2003):

- Stap 1. Vroege signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties gericht op alle ouders en kinderen.
- Stap 2. Nader onderzoek naar bij stap 1 gesignaleerde problemen.
- Stap 3. Diagnostiek van de bij stap 1 en 2 gesignaleerde problemen.

Na de signalering van de problemen en de schatting van de risico's voor het kind moeten de zorgen gedeeld worden met de ouders om zo mogelijk samen met de ouders de beste interventie voor het kind en het gezin te vinden.

Het Nji ziet voor de JGZ een rol bij de stappen 1 en 2. Voor stap 3 zal de JGZ over het algemeen verwijzen naar het AMK of BJZ (GGZ).

3.2.1 Signaleringsinstrumenten van zorgwekkende opvoedingssituaties of mishandeling

In de nu volgende tekst worden de bevindingen en meningen van het Nji, de Inventgroep, de AJN en de werkgroep in tabellen samengevat.

De JGZ gebruikt signaleringsinstrumenten voor de psychosociale ontwikkeling om een indruk te krijgen van de opvoeding door de ouders. Het gaat hierbij om primaire en secundaire preventie van opvoedingsproblemen en kindermishandeling. Er is een aantal in Nederland veel gebruikte signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen en problematische opvoedingssituaties. Deze instrumenten zijn niet geschikt als diagnostisch instrument voor kindermishandeling. Omdat de kans op kindermishandeling vergroot is

bij problematische opvoedingssituaties en psychosociale problemen, kunnen deze instrumenten wel gebruikt worden als hulpmiddel bij het signaleren van kindermishandeling.

Een aantal in de JGZ gebruikte signaleringsinstrumenten is onderzocht op betrouwbaarheid: sensitiviteit (percentage terecht gesignaleerden) en specificiteit (percentage terecht niet-gesignaleerden). Op grond van de sensitiviteit en de specificiteit is te berekenen hoe goed een instrument een probleem of een aandoening kan opsporen, de positieve voorspellende waarde. De SDQ en de Psyboba hebben de beste voorspellende waarde voor het signaleren van psychosociale problemen (zie tabel 3.2 over de validering).

Bij het hanteren van een signaleringsinstrument bestaat er daarnaast geen duidelijk afkappunt tussen wel risico en geen risico. Dat komt omdat er over het algemeen geen sprake is van een risicomoment, maar van een risicoproces. Waar mogelijk dienen signaleringsinstrumenten gebruik te maken van verschillende informatiebronnen: naast een signaleringsinstrument zijn voor de beoordeling van het risico vooral de gesprekken met de ouders, het onderzoek en het gesprek met het kind en de informatie van derden van belang (Kooijman en Prinsen, 2003; Hermanns et al., 2005).

3.2.1.1 Nji

Inventarisatie van het Nji van de in Nederland veel gebruikte methodes van signalering van opvoedingsproblemen en van ondersteuning bij opvoedingsproblemen.

Het Nji bekijkt welke van de in de jeugdgezondheidszorg in Nederland veel gebruikte methodes van signalering en ondersteuning bewezen effectief zijn. Deze zijn te vinden in de databank 'Effectieve Jeugdinterventies' (www.nji.nl): Richtlijn ter stimulering van het gebruik van veelbelovende en effectieve interventies voor de gemeentelijke functies van opvoed- en gezinsondersteuning.

Effectief, veelbelovend en veel gebruikt

Het Nji onderscheidt interventies in effectieve, veelbelovende en veel gebruikte interventies. Voor de JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling zijn de interventies voor signalering van opvoed- en opgroei problemen met risico op kindermishandeling van belang. *Effectieve* interventies zijn kwalitatief goed, dat wil zeggen dat de effecten door goed wetenschappelijk onderzoek voor Nederland zijn aangetoond. *Veelbelovende* interventies zijn interventies die gestandaardiseerd beschreven, landelijk beschikbaar en overdraagbaar zijn. Evaluaties wijzen op mogelijke positieve uitkomsten en tevredenheid van de deelnemers. *Veel gebruikte interventies* zijn interventies die wel veel gebruikt worden, maar nog niet onderzocht zijn op validiteit en effectiviteit.

Uiteraard kunnen de uitslagen van effectonderzoek een verschuiving geven in de te gebruiken instrumenten. Het is aan te bevelen om de databank van het Nji hiervoor regelmatig te bekijken.¹

¹ Voor tabel 3.2 is ook gebruikgemaakt van M. Klein Velderman en F.D. Pannebakker (2008) Primaire preventie van kindermishandeling. Bekende, gebaande en gewenste paden, TNO en van S. Postma (2008) JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

Tabel 3.2: Validering van in Nederland veel gebruikte signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen en problematische opvoedingsituaties per leeftijd.

Vragenlijsten	Gevalideerd	Opgespoorde problemen	Leeftijd
Stevig ouderschap	In mei 2006	Risicofactoren bij de ouders voor ernstige opvoedingsproblemen	0-1 jaar
CARE-NL	Wordt vanaf 2006 gevalideerd	Risicofactoren voor kindermishandeling	0-1 jaar
Child Behavior Checklist (CBCL)	Ja	Emotionele en gedragsproblemen	1½-18 jaar
VOBO-Z	Lopend onderzoek	Opvoedings- en gedragsproblemen	0-18 maanden
DMO-protocol	In onderzoek	Problematische opvoedingsituaties	0-2 jaar
KIPPI	Nee	Psychosociale ontwikkeling en opvoedingsproblemen	0-5 jaar
Landelijke signaleringslijst van psychosociale problemen bij kleuters (LSPPK)	Ja	Aandachtsproblemen Sociale problemen	Kleuters 4-6 jaar
SDQ Strengths and difficulties Questionnaire	Ja voor 7-12 jaar	Emotionele en gedragsproblemen, problemen in de sociale ontwikkeling, hyperactiviteit	3-18 jaar
Psyboba	Ja	Psychosociale problemen	Bovenbouw basisonderwijs 10-12 jaar
KIVPA Korte indicatieve vragenlijst voor psychosociale problemen bij adolescenten	Ja	Psychosociale problemen	Voortgezet onderwijs 12-18 jaar

3.2.1.2 Inventgroep

Het advies van de Inventgroep over instrumenten voor vroegtijdige signalering en interventies bij gedrags- en opvoedingsmoeilijkheden bij kinderen (2005).

In 2004 heeft de staatssecretaris van VWS de 'Inventgroep' opgericht, bestaande uit een aantal deskundigen om te adviseren over vroegtijdige signalering van *gedrag- en opvoedingsproblemen* bij kinderen, vroegtijdige interventies en de minimale infrastructuur om deze signalering en interventies mogelijk te maken. De Inventgroep heeft het advies in september 2005 uitgebracht (Hermanns et al., 2005).

Met spoed naar valide signaleringsinstrumenten

Het is zorgwekkend dat er zo weinig valide signaleringsinstrumenten voor *kindermishandeling* zijn. Hermanns (Inventgroep) beveelt terecht aan om met grote spoed valide signaleringsinstrumenten voor de JGZ te ontwikkelen (Hermanns et al., 2005). Een niet valide instrument mag niet gebruikt worden, tenzij de gebruikers zich bewust zijn van het feit dat het instrument niet valide is. Het instrument wordt dan gebruikt om methodisch te werken.

De Inventgroep onderscheidt elkaar gedeeltelijk overlappende strategieën voor vroegtijdige signalering en maakt voor de JGZ de hier onderstaande keuze uit de beschikbare instrumenten. Deze instrumenten zijn helaas nog niet voor Nederland aangepast en gevalideerd.

Tabel 3.3: Strategieën voor vroegtijdige signalering en de instrumenten voor de JGZ volgens de Inventagroep.

Strategieën	Instrumenten voor JGZ
1. Signalering van zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (voor de meest extreme risicosituaties)	Dunedin Family Services Indicator (DFSI) nog niet vertaald in het Nederlands
2. Signalering van risicoprocessen (die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is)	Nog geen instrument beschikbaar
3. Signalering van diagnoseerbare problemen (als er een probleem ontstaan is)	- Parent Conflict Tactics Scale (PCTS), nog niet vertaald in het Nederlands; - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in het Nederlands vertaald en voor Nederland gevalideerd voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar; - Suicide Ideation Questionnaire (SIQ) nog niet vertaald in het Nederlands.

3.2.1.3 Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) heeft op verzoek van VWS een advies uitgebracht over de toepasbaarheid binnen het basistakenpakket (BTP) in Nederland.

Het gaat om de volgende signaleringsinstrumenten (AJN, 2006):

1. Dunedin Family Services Indicator (DFSI)
2. Samen Starten
3. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Het advies van de AJN luidt:

- **De DFSI** is in het huidige BTP niet goed in te passen. Er is behoefte aan een gestandaardiseerd overdrachtsprotocol in de zwangerschap. De Mini-CARE NL lijkt veelbelovend.
- **Samen Starten:** Nieuwe ontwikkelingen binnen de lopende projecten van Samen Starten zijn aanleiding geweest tot het ontwikkelen van een formulier om longitudinaal te registreren. Tegelijkertijd is hiermee een inschatting te maken van de vijf domeinen: competentie ouder, rol partner, sociale steun, obstakels en welbevinden kind, met daarbij per contact een conclusie over het risico voor dit kind.

Het formulier heeft als doel om Samen Starten beter inpasbaar te maken binnen de contactmomenten van het BTP. Een dergelijk registratieformulier zou goed kunnen worden opgenomen in het integraal dossier JGZ. Dit heeft als voordeel dat er een goed overzicht is van de factoren die de ontwikkeling van het kind beïnvloeden.

De AJN is van mening dat het aan te bevelen is om een registratieformulier, volgens de genoemde domeinen van Samen Starten, zo snel mogelijk landelijk in het integraal dossier JGZ op te nemen en op een zelfde wijze uit te breiden voor de oudere kinderen. Bijbehorende scholing is dan wel een vereiste.

- **De SDQ:** Voor 7-12 jaar (groep 6/7) is de SDQ gevalideerd. GGD Nederland werkt aan een handleiding voor implementatie. Voor de leeftijdscategorie 5-6 jarigen (groep 2) moet de SDQ getest worden op toepasbaarheid. Onderzoek hiernaar is in 2009 gestart.²

² De SDQ wordt ook aanbevolen in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (RIVM/Centrum Jeugdgezondheid 2008).

- Voor het Voortgezet Onderwijs (klas 2) wordt de **SPsy** aanbevolen. De SPsy is opgebouwd uit de SDQ in combinatie met aanvullende vragen op het gebied van zwaardere psychische problematiek (eetstoornissen, psychose, middelengebruik, automutilatie, suïcide).

Daarnaast attendeert de AJN op het feit dat uit recent onderzoek van scholieren is gebleken dat psychosociale problematiek bij 16-jarigen nog groter is dan op de leeftijd van het huidige contactmoment in klas 2. Het verdient aanbeveling om opnieuw te overwegen deze ‘vergeten’ doelgroep (voorheen ijkmoment voor het BTP) systematisch te benaderen.

3.2.1.4 Werkgroep JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling

Advies van de Richtlijnwerkgroep

De JGZ zou alleen valide signaleringsinstrumenten mogen gebruiken met een grote voorspellende waarde. Op het moment worden enkele instrumenten ontwikkeld en gevalideerd. Voor het signaleren van kindermishandeling is de CARE een bruikbaar instrument. De werkgroep noemt in tabel 3.4 enkele veelbelovende, deels gevalideerde, instrumenten voor gebruik binnen de JGZ.

Tabel 3.4: Door de werkgroep aanbevolen veelbelovende, deels gevalideerde instrumenten voor JGZ.

Signaleringsinstrument	Leeftijd
Stevig Ouderschap (risicogroepsignalering door middel van de vragenlijst die hierbij gehanteerd wordt (Bouwmeester-Landheer, 2006b))	0-1 jaar
Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) Protocol, vragenlijst bij het programma Samen Starten	0-2 jaar
Child Abuse Risk Evaluation (CARE-NL) (Agar, 2001)	0-1 jaar
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	7-12 jaar gevalideerd (3-18 jaar)
KIPPPI	0-5 jaar
Psychosociale problemen Bovenbouw Basisonderwijs (Psyboba)	10-12 jaar

In bijlage 5 worden van deze signaleringsinstrumenten de doelstelling, doelgroep, inhoud, wijze van afname, bruikbaarheid voor de JGZ en validiteit beschreven.

3.2.2 Specifieke risicokenmerken voor vrouwelijke genitale verminking

Het gaat hier om allochtone meisjes uit landen waar besnijdenis veel voorkomt.

- Het meisje heeft een besneden moeder.
- Het meisje heeft oudere zusjes die in het thuisland besneden zijn.
- Het meisje komt uit een gezin met veel familie uit het thuisland in Nederland.
- Het meisje komt uit een allochtoon gezin dat nog niet of slecht geïntegreerd is.
- Het meisje komt uit een gezin dat regelmatig terugkeert naar het land van herkomst (Commissie bestrijding Vrouwelijke genitale verminking, 2005).

Zie voor de wetgeving in Nederland ten aanzien van meisjesbesnijdenis paragraaf 9.1 en voor het Stappenplan Voorkomen van vrouwelijke geniale verminking door samenwerken van de AJN, bijlage 9.

3.2.3 Beschouwing

De genoemde signaleringsinstrumenten vertonen aan de ene kant overlappingen, omdat zij gebaseerd zijn op het Lalonde model of op het balansmodel. Aan de andere kant zijn er duidelijke verschillen. Er bestaat voor de JGZ nog geen algemeen aanvaard systeem van risicotaxatie bij de secundaire preventie van kindermishandeling. De verwachting is dat CARE NL en de SDQ na een goede implementatie bruikbare instrumenten voor de JGZ 4-19 jaar zullen zijn. GGD NL heeft gekozen voor SDQ en SPsy.

In verband met de preventie van kindermishandeling is het belangrijk dat in het JGZ-dossier de gegevens van de zwangerschap en de bevalling vermeld staan. Daarnaast moet de JGZ bij elk contact met kind en ouders actief onderzoeken of er risicofactoren aanwezig zijn en of het gezin hulp nodig heeft. Extra aandacht is nodig voor de vele problemen van immigranten.

Er zijn ouders en kinderen die het ondanks moeilijke omstandigheden goed doen. Onderzoek naar de beschermende factoren van deze groep is onvoldoende verricht.

‘Kindermishandeling is een complex fenomeen waarbij zowel somatische, psychische als sociale, pedagogische, juridische en maatschappelijke variabelen een rol spelen. De determinanten van kindermishandeling zoals armoede, de geschiedenis van ouders en de complexiteit van opvoeden, maken het bijna onmogelijk, zeker als het over preventie gaat, om aan te tonen wat, wanneer, in welke mate en bij welke groepen effect heeft.’

‘JGZ als spin in het web van de voorzieningen, speelt een belangrijke rol bij de signalering van risicofactoren. Deze factoren moeten afgewogen worden tegen de beschermende factoren. JGZ-medewerkers moeten alert zijn én blijven op tekenen van kindermishandeling.’

4 METHODEN JGZ: SIGNALERING, STAPPENPLAN, BEGELEIDING, FOLLOW-UP EN EVALUATIE

De JGZ beschikt over veel ervaring met het bespreken van opvoedingsproblemen met ouders. De meeste ouders willen hier zelf ook over praten en staan open voor adviezen. In sommige gevallen ervaren medewerkers een niet-pluis gevoel, maar weten niet of er sprake is van mishandeling, van een situatie die een keer uit de hand is gelopen of van ernstige opvoedingsproblemen.

Sommige JGZ-medewerkers zijn bang dat zij het contact met de ouders zullen verliezen bij een melding aan het AMK. Het kán een goede beslissing zijn om niet te melden, maar goed contact met het gezin te houden en zelf het gezin proberen te begeleiden. Dankzij de hulp van de JGZ veranderen de ouders hun manier van opvoeden en groeien de kinderen op in een veilige omgeving.

Het kan ook helemaal anders gaan. De JGZ-professional denkt dat de situatie verbetert, maar de ouders kennen intussen de sociaal gewenste antwoorden en de kindermishandeling gaat door. De beslissing wel of geen kindermishandeling en wel of niet melden, is dan ook een heel moeilijke beslissing. Deze richtlijn kan daar geen pasklare antwoorden op geven. Wel beschrijft de werkgroep indelingen van kindermishandeling naar vorm, ernst en de aard van de pleger (hoofdstuk 1) om te leren het te herkennen. Bovendien wordt in bijlage 4 als leidraad de indeling naar ernst van de mishandeling volgens Baeten en Willems en volgens het ministerie van Justitie gegeven. Desondanks blijft het moeilijk om bij het niet-pluis gevoel de juiste beslissing te nemen. Overleg binnen het eigen team en met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling is daarom hard nodig.

4.1 Inleiding

De JGZ kan kindermishandeling over het algemeen niet vaststellen. Wel kan ze op grond van een gewogen oordeel van de signalen een waarschijnlijkheidsdiagnose geven. De JGZ-professional analyseert de gezinssituatie bij een vermoeden van kindermishandeling of bij een signaal van derden. Hierna onderneemt hij actie om de mishandeling te stoppen. Bij ieder contact met ouders en kind zal hij *actief* moeten zoeken naar risicofactoren in het gezin. Als het gedrag van het kind en de interactie tussen ouder en kind een normale indruk maken en er geen risicofactoren zijn, hoeft hij niet uitputtend te informeren naar mishandeling. Bij een contact vraagt hij wel altijd naar het welzijn van het kind thuis, op school of de kinderopvang (zie ook paragraaf 3.1).

Als bij de JGZ-medewerker een vermoeden van kindermishandeling leeft, overlegt hij dat idee in het eigen team. Vervolgens toetst de aandachtsfunctionaris kindermishandeling binnen de organisatie het vermoeden. Daarna wordt een zorgplan opgesteld voor verder onderzoek, eventuele hulpverlening en verwijzing. Ook na de verwijzing blijft

de JGZ het gezin begeleiden. Op die manier wordt het hele proces van signalering naar begeleiding geëvalueerd.

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijke onderdelen uit dit proces: signalen, risicofactoren en beschermende factoren, beslisboom, stappenplan, zorgplanbegeleiding, bevindingen, overleg met ouders/jeugdigen en anderen, verslaglegging, follow-up en evaluatie. De gespreksvoering staat in bijlage 6.

'Ontdekkingsfase': zo kort mogelijk

Als de JGZ-medewerker bij het reguliere contact een vermoeden van kindermishandeling krijgt, bespreekt hij dit bij voorkeur met de ouders, zonder dat het kind erbij is. Het is, zeker voor het heel jonge kind, mogelijk prettiger om niet bij het gesprek aanwezig te zijn. Bovendien kunnen de vragen tijdens het gesprek het verhaal van het kind beïnvloeden. De 'ontdekkingsfase' van kindermishandeling dient daarom zo kort mogelijk te zijn. Bij een ernstige verdenking van kindermishandeling en vooral bij seksueel misbruik moet het kind (indien er aangifte is gedaan) zijn verhaal vertellen aan speciaal getrainde functionarissen bij de politie en niet aan de JGZ-medewerker.

4.2 Signalen

Eén signaal is meestal niet voldoende voor het vaststellen van een ernstig pedagogisch probleem of het vermoeden van kindermishandeling. Daarvoor is een combinatie van signalen nodig. Bovendien moeten de risicofactoren en de beschermende factoren tegen elkaar afgewogen worden. Toch zal ook bij één signaal een vermoeden kunnen rijzen dat er iets aan de hand is. Voor een lijst van signalen zie bijlage 3.

4.3 Risicofactoren en beschermende factoren

Een JGZ-medewerker dient voor een goed onderbouwde meningsvorming de signalen uit de signalenlijst (bijlage 3), de risicofactoren én de beschermende factoren te kennen. Hij vraagt de ouders hier uitdrukkelijk naar. Hij stelt vragen over hun jeugd, opleidingsniveau, beroep en steun van de omgeving. Deze vragen worden gesteld bij het eerste contact van de ouders met de JGZ. Meestal tijdens het huisbezoek in de tweede week na de geboorte van het kind of bij het eerste bezoek aan het Consultatie Bureau (CB). Een instructie voor het stellen van deze vragen en het noteren van de antwoorden is als bijlage van de handleiding van het integraal dossier verschenen: Hoe was uw jeugd (Haagmans en Ohlsen, 2004). Hier wordt dus door de JGZ niet passief afgewacht of er signalen komen; de JGZ onderzoekt *actief* een risicofactor. De risicofactoren en beschermende factoren staan genoemd in het balansmodel (zie hoofdstuk 3, tabel 3.1) en de laatste versie van het integrale dossier JGZ (2006). Aan de hand van het balansmodel wordt geschat of de verhouding draaglast/draagkracht in evenwicht is. Als de draaglast te groot is, neemt de kans op escalatie van opvoedingsproblemen of kindermishandeling

toe. Bij elk volgend gesprek beoordeelt de arts of verpleegkundige of deze factoren nog aanwezig of veranderd zijn.

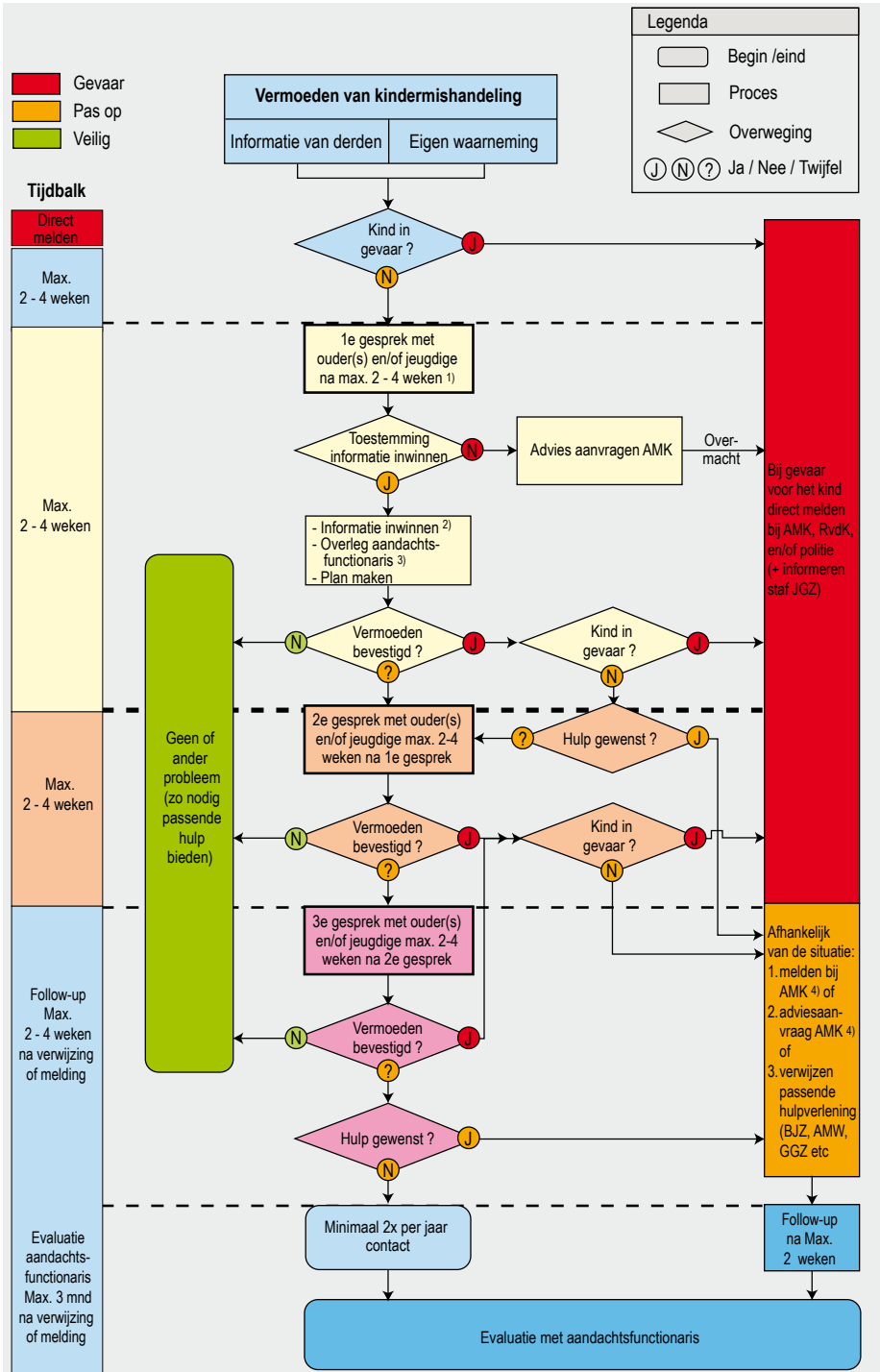
De JGZ-arts of jeugdverpleegkundige neemt in het contact met ouders aan dat de ouders goed voor hun kind zorgen tenzij het tegendeel blijkt. De JGZ-medewerker weet dat de kans op kindermishandeling toeneemt bij de aanwezigheid van risicofactoren. Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter de kans op kindermishandeling is.

4.4 Stappenplan

In figuur 4.1 wordt het stappenplan van signalering van kindermishandeling tot begeleiding en/of melding bij het AMK in beeld gebracht. In paragraaf 4.4.1 tot en met 4.4.8 worden de stappen toegelicht.

Tijdspanne in het stappenplan

Waarom wordt in het stappenplan aangegeven binnen welke tijd de volgende stap gezet moet worden? En is twee weken niet veel te snel? De meeste JGZ-organisaties plannen immers ruim van tevoren en een extra afspraak op korte termijn is vaak niet haalbaar. Hoewel de ontwikkelaars van de richtlijn zich hiervan bewust zijn, gaat het om een vermoeden van een ernstig feit waardoor een kind mogelijk beschadigd wordt. De termijnen zijn dan ook gegeven om te voorkomen dat het handelen op de lange baan wordt geschoven. Er moet geprobeerd worden om snel te handelen. Dat moet bij een vermoeden van kindermishandeling tussen twee en vier weken mogelijk zijn.



1) Bij vermoeden van seksueel geweld, moet overwogen worden het eerste gesprek door een deskundige te laten plaatsvinden
 2) Informatie inwinnen vindt in elk geval plaats na het eerste gesprek maar kan op elk ander moment nodig zijn, evenals het aanpassen van het plan
 3) Het overleg met de aandachtsfunctionaris vindt in elk geval plaats na het eerste gesprek maar kan op elk ander moment nodig zijn
 4) JGZ moet ouders er op attent maken dat zij dit ook zelf kunnen doen

Figuur 4.1: Beslisschema stappenplan.

4.4.1 Ontstaan van het vermoeden

Een JGZ-medewerker krijgt tijdens het contact met een ouder en een kind het vermoeden dat er sprake is van een ernstig opvoedingsprobleem of van mishandeling. Dat kan ontstaan door eigen waarneming, bijvoorbeeld tijdens het huisbezoek, maar ook door wat de ouder of het kind vertelt. Het vermoeden kan zo sterk zijn dat besloten wordt direct in te grijpen, zeker als de medewerker vreest dat het leven van het kind in gevaar is. Ouders en kind worden dan direct gemeld bij en verwezen naar het AMK.

Als er sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling en er is geen toestemming van de ouders om dit te melden bij het AMK, dan mag de JGZ-medewerker op grond van de Wet op de Jeugdzorg, het beroepsgeheim doorbreken. Daarbij geldt dat:

- de hulpverlener een zorgvuldige afweging maakt en zorgvuldig handelt;
- de informatie in verhouding staat tot het doel van het beëindigen of onderzoeken van kindermishandeling;
- er geen andere weg is dan het doorbreken van het beroepsgeheim om de kindermishandeling te beëindigen of te laten onderzoeken.

4.4.1.1 Gesprek op verzoek van derden

Het contact kan ook plaatsvinden op verzoek van derden, bijvoorbeeld de school, omdat er een vermoeden van kindermishandeling bestaat. *Zo'n gesprek kan alleen plaatsvinden als de ouders op de hoogte gebracht zijn en toestemming geven.* De JGZ-medewerker zal in een dergelijk gesprek niet alleen afgaan op de mededelingen van derden. Hij zal zelf een mening vormen over de situatie en daar de mededelingen van derden bij betrekken.

4.4.2 Bespreken van het vermoeden

Eerste gesprek: uiterlijk 2-4 weken na het ontstaan van het vermoeden van kindermishandeling.

Als het om een jong kind gaat dat met de ouders meekomt, bespreekt de JGZ-medewerker met de ouder wat opgevallen is. Als het om een jeugdige gaat die alleen komt, is de werkwijze in principe hetzelfde. Alleen wordt nu met de jeugdige overlegd welke stappen ondernomen zullen worden. Dat betekent niet dat de jeugdige geheimhouding kan eisen of kan voorkómen dat met de ouders gesproken wordt. Het betekent wél dat de JGZ-medewerker het vertrouwen van de jeugdige moet zien te winnen en dat hij en de jeugdige samen overleggen over de te nemen stappen. De medewerker kan tijdens het gesprek een van de volgende meningen krijgen:

- 1a. Een ernstig vermoeden van kindermishandeling waarbij het kind gevaar loopt. Het gezin wordt dan direct gemeld bij het AMK, en in bijzonder ernstige gevallen bij de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) of politie.
- 1b. Een ernstig vermoeden van kindermishandeling maar het kind lijkt niet in gevaar. Afhankelijk van de bereidheid tot medewerking en de ernst van de situatie wordt het gezin bij het AMK gemeld en/of verwezen voor hulpverlening naar Bureau Jeugdzorg

(BJZ), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) of Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). JGZ kan opvoedingsondersteuning aanbieden en/of met medewerking van de ouders één van de interventies starten als genoemd in hoofdstuk 5, tabel 9.

2. Kindermishandeling is mogelijk of waarschijnlijk; meer advies of informatie van anderen is noodzakelijk. Het blijft onduidelijk wat er aan de hand is. Bij twijfel zal het nodig zijn om een afspraak te maken voor een tweede gesprek. Dat moet binnen twee tot vier weken plaatsvinden¹. De tussenliggende tijd gebruikt de JGZ-arts of -verpleegkundige om binnen het eigen team en met de aandachtsfunctionaris de situatie te analyseren. Als meer informatie of verder overleg nodig is, kan een huisbezoek plaatsvinden. Ook kan overleg volgen met huisarts, kinderarts, kinderopvang of school, de wijkagent, het buurtnetwerk, et cetera. Ook kan advies worden gevraagd aan het AMK. Dit overleg kan alleen plaatsvinden als de ouders daarin toestemmen. De JGZ-medewerker kan zonder toestemming van ouders en/of kind overleg voeren met het AMK.
3. Geen probleem of een ander probleem dan kindermishandeling. Met de ouders wordt relevante hulp besproken en zo nodig wordt verwezen.

Overleg met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling

Na het eerste gesprek overlegt de JGZ-medewerker met de aandachtsfunctionaris van de eigen organisatie. Zo kan hij de gedachten ordenen en de eigen mening toetsen aan de mening van een collega. Doel van het overleg is om er achter te komen of het vermoeden van kindermishandeling terecht is. De taak van de collega is dan om argumenten te vinden die pleiten tegen het vermoeden van kindermishandeling (Munro, 1999). Het overleg kan de volgende uitkomsten hebben:

1. Het vermoeden van kindermishandeling is terecht.
2. Kindermishandeling is mogelijk of waarschijnlijk, advies of informatie van anderen is noodzakelijk.
3. Het vermoeden van kindermishandeling is niet bevestigd.

Het schriftelijk verslag bevat de uitkomst van het overleg, alsmede de argumenten en het zorgplan². Het verslag en het zorgplan worden bewaard in het dossier van het kind.

Als de ouders de toestemming weigeren, zal de JGZ-medewerker eerst navragen waarom ze dat doen. Geven de ouders nog steeds geen toestemming, dan wint hij advies in bij het AMK zonder de naam van de ouders en het kind te noemen. Op grond van de uitkomst of het advies wordt een plan gemaakt voor de begeleiding van ouders en kind of voor de melding aan AMK, RvdK of politie. Ook hiervan wordt een schriftelijk verslag gemaakt met de uitkomst, de argumenten en het plan van aanpak. Dit verslag voegt hij toe aan het dossier.

1 De JGZ-arts of -verpleegkundige zorgt voor het reorganiseren van de agenda, zodat de volgende afspraak binnen 4 weken kan plaatsvinden.

2 Er is geen uniforme definitie van het begrip zorgplan. In paragraaf 4.4.4 staat dat een zorgplan opgesteld moet worden na advies van het AMK. Het zorgplan kan ook eerder opgesteld worden na overleg binnen het team of na overleg met de aandachtsfunctionaris.

Ouders geven toestemming	Ouders weigeren toestemming
Plan maken	Reden weigering vragen Advies vragen bij AMK zonder naam te noemen Plan maken

Tweede gesprek: uiterlijk 2-4 weken na het eerste gesprek

Het tweede gesprek kan plaatsvinden op het consultatiebureau (CB), de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of tijdens een huisbezoek. De JGZ-medewerker brengt opnieuw ter sprake wat tijdens het vorige contact is opgevallen. Hij bespreekt de zorgen over het kind of de jeugdige. De ouders of de jeugdige hebben daarover na kunnen denken. Als beide ouders aanwezig zijn, kunnen zij samen hun mening geven over de punten die de JGZ-medewerker noemt. Als het om een ouder kind gaat, komt het kind mogelijk alleen. In principe gaat de procedure hetzelfde. De JGZ-medewerker moet in dit tweede gesprek tot een conclusie komen. Dat gesprek zal een van de volgende uitkomsten hebben:

Tabel 4.1: Mogelijke uitkomsten van het tweede gesprek

Sterk vermoeden van kindermishandeling	Onduidelijk JGZ-medewerker houdt twijfel	Vermoeden niet bevestigd of ander probleem
Voor kindermishandeling * relevante hulp aanbieden: adviesvraag AMK of melding; verwijzing naar BJZ of GGZ.	Hulp aanbieden. Informatie inwinnen. Opnieuw overleg met aandachtsfunctionaris. Derde gesprek 2-4 weken na het tweede gesprek.	Zo nodig relevante hulp aanbieden voor probleem.
* zie tabel 4.2		

Bij vermoeden van een ernstig probleem zal de JGZ-medewerker relevante hulp aanbieden. De ouder of de jeugdige kan het probleem ontkennen of bevestigen. Hij kan de hulp weigeren of aanvaarden. Dat heeft gevolgen voor het beleid waarbij de JGZ-medewerker moet beoordelen of het kind in gevaar is:

Tabel 4.2: Handelwijze als ouders/jeugdige hulp weigeren of aanvaarden.

Ouders en/of jeugdige weigeren hulp, kind loopt gevaar	Ouders/jeugdige weigeren hulp maar kind loopt geen direct gevaar	Ouders/jeugdige aanvaarden hulp
Melding AMK. Alleen bij direct levensgevaar melden bij RvdK of politie.	Derde gesprek 2-4 weken na tweede gesprek.	In overleg met ouders/jeugdige relevante hulp voor kindermishandeling regelen: verwijzing BJZ of GGZ.

De JGZ-medewerker geeft meldingen bij het AMK of bij de RvdK door aan het management van de JGZ-instelling. Daarbij hoeven naam en adres van het gezin niet genoemd te worden. Voor een voorbeeld van een dergelijk formulier, zie bijlage 14.

Derde gesprek: uiterlijk 2-4 weken na het eerste gesprek

Het derde gesprek vindt plaats als de JGZ-medewerker vermoedt dat er sprake is van een ernstig probleem, als de ouders of het kind zelf hulp weigeren en het kind geen direct gevaar loopt of als de twijfel is blijven bestaan. Tijdens het derde gesprek

bespreekt de JGZ-medewerker opnieuw de zorgen over het kind. Weer kan het gesprek leiden tot de drie mogelijkheden:

Tabel 4.3: *Handelwijze in geval van drie mogelijkheden na derde gesprek.*

Sterk vermoeden van kindermishandeling	Onduidelijk JGZ-medewerker houdt twijfel	Vermoeden niet bevestigd of ander probleem
Afhankelijk van gevaar voor kind verwijzing Bureau Jeugdzorg (BJZ) en/of melding bij AMK Alleen bij direct levensgevaar melden bij RvdK of politie.	Hulp aanbieden Tenminste 2 keer per jaar contact met het gezin	Zo nodig relevante hulp aanbieden voor probleem

4.4.3 Bevindingen

De JGZ-medewerker analyseert de situatie op grond van de eigen observatie, het verhaal van ouders en/of kind en de aanwezigheid van risicofactoren en beschermende factoren. Hij observeert de interactie tussen het kind en de ouders tijdens het contact. Daarna bespreekt hij met de ouder wat hem opgevallen is. Dit gebeurt bij voorkeur zonder dat het kind erbij is.

4.4.4 Zorgplan

Als de JGZ-medewerker overtuigd is dat er sprake is van ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling, wordt advies gevraagd aan of gemeld bij het AMK. Als hierna besloten wordt dat de JGZ het gezin zal begeleiden, stelt de medewerker samen met de aandachtsfunctionaris, en bij voorkeur samen met de ouders, een zorgplan op voor de begeleiding van het gezin. Het zorgplan wordt in het dossier genoteerd. In het zorgplan komen de hierna genoemde onderdelen van de begeleiding aan de orde.

4.4.4.1 Doel van de begeleiding

Het hoofddoel van de activiteiten is het stoppen van de kindermishandeling en hulp bieden bij ernstige opvoedingsproblemen. Dit doel kan bereikt worden door tussendoelen te formuleren: vermindering van de risicofactoren en versterking van de beschermende factoren, bijvoorbeeld vergroting van het pedagogisch besef, vermindering van het sociale isolement, betere verzorging van het kind of schuldsanering.

4.4.4.2 Vorm van de begeleiding

In het zorgplan staat hoe de JGZ het gezin zal begeleiden (bijvoorbeeld gesprekken, huisbezoek, cursus opvoeden) en welke activiteiten derden (bijvoorbeeld schuldsanering of gespecialiseerde gezinshulp) zullen organiseren.

4.4.4.3 Mening ouders en kind

Met de ouders en het kind wordt vooraf besproken of zij het zorgplan ondersteunen. Tijdens de begeleiding wordt gevraagd of zij baat hebben bij de geboden hulp. Als de hulp niet effectief is, wordt samen met de ouders overlegd waarom de hulp niet voldoet. De JGZ-medewerker zal samen met de ouders en/of de jeugdige zoeken naar een vorm van hulp die beter aansluit bij de situatie.

4.4.5 Overleg met anderen

De JGZ kan met toestemming van de ouders, en als het kind ouder is dan 12 jaar ook van het kind, informatie over het gezin vragen bij de huisarts, de kinderarts, de prenatale zorg/kinderopvang/school of het buurtnetwerk. De JGZ-medewerker kan ook een advies aan het AMK vragen. Dat kan anoniem door alleen het probleem voor te leggen aan het AMK zonder de naam van het gezin te noemen. Ook van dit overleg wordt een schriftelijk verslag gemaakt. Een verslag dat niet met ouders is besproken kan wel in het dossier, alleen moet men zich ervan bewust zijn dat het verslag de ouders een keer onder ogen kan komen. Voor meer informatie hierover zie paragraaf 8.7.

4.4.6 Verslaglegging

De JGZ-medewerker noteert in het dossier de eigen bevindingen en de signalen van derden. Het verhaal van de ouders en/of het kind wordt genoteerd zoals het verteld is, zonder interpretatie van de JGZ-medewerker. Hij moet zich realiseren dat de notities toch altijd gekleurd zijn door de eigen meningen. Daarom is nadere informatie verzamelen en overleg met anderen zo belangrijk. Het overleg met anderen wordt ook in het dossier genoteerd. De besluiten, de afspraken, de verdeling van de taken en wie met welke taken belast wordt, worden in het verslag genoteerd. De ouders en kinderen boven de 12 jaar hebben inzagerecht in het dossier. Er kunnen redenen zijn voor de JGZ-medewerker om eigen werkaantekeningen te maken, vooral als geheugensteun bijvoorbeeld als vermoedens of signalen nog niet met de ouders of de jeugdige besproken zijn omdat ze de JGZ-medewerker pas na het gesprek zijn opgevallen. Als de ouders geen toestemming geven tot het inwinnen van informatie bij anderen vraagt de JGZ-medewerker aan de ouders naar de redenen van de weigering. Als de JGZ-medewerker dan zonder de naam van de ouders te noemen advies vraagt aan anderen, is dat een advies voor het handelen van de JGZ-medewerker zelf. Daarom zal dat advies in zijn persoonlijke werkaantekeningen genoteerd worden. Werkaantekeningen die worden opgeborgen in het dossier, vallen onder het inzagerecht. Zij moeten dus op een andere plaats dan in het dossier worden opgeborgen. De instelling waar de JGZ-arts of de jeugdverpleegkundige werkzaam is, moet een beleid hebben over de werkaantekeningen (zie paragraaf 7.5 en paragraaf 8.6).

In het dossier worden genoteerd:

- De signalen zoals ze opgevallen of verteld zijn.
- Het verslag van het overleg met anderen.
- De taakverdeling tussen de JGZ-medewerkers.
- De afspraken en besluiten.
- Het zorgplan: formulering van doel en tussendoelen.
- De vorm van de begeleiding.
- De melding en/of verwijzing.
- Het antwoord van de instantie waarbij gemeld of waarnaar verwezen is.
- De mening van de ouders en het kind over de begeleiding.
- Het resultaat van interventies in het zorgplan.
- De follow-up.

4.4.6.1 Registratie in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg

Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheid en kindermishandeling als onderdeel van de Jeugdmonitor zijn in de ontwikkelingsfase. Voor het Digitaal Dossier Jeugdgezondheid en voor de Jeugdmonitor zal in elk geval het vermoeden van kindermishandeling geregistreerd moeten worden en of actie is ondernomen.

Vermoeden en actie	Ja	Nee	Niet ter sprake gekomen of niet van toepassing
Vermoeden van kindermishandeling			
Actie ondernomen			

Bij een vermoeden van kindermishandeling kan ingevuld worden om welke vorm van kindermishandeling het gaat en wie de vermoedelijke pleger is. De Jeugdmonitor zal waarschijnlijk de indeling van Baeten en Willems gebruiken (zie bijlage 4) en als volgt registreren:

Vorm kindermishandeling	Ja	Nee	Twijfel
Lichamelijke mishandeling			
Lichamelijke verwaarlozing			
Psychische mishandeling			
Psychische verwaarlozing			
Seksueel misbruik			

Ten slotte wordt nog ingevuld welke interventies ondernomen zijn.

Interventie
Geen
Voorlichting, advies, instructie
Extra contactmoment
Consultatie
Verwijzing/melding
Follow-up

4.4.7 Follow-up: 2 weken na verwijzing of melding

De JGZ-medewerker hoort bericht te krijgen van de instantie waarnaar verwezen is. Het management van de JGZ-instelling moet formele afspraken maken met de instanties waarnaar de JGZ vaak verwijst, liefst in de vorm van een contract of convenant. In deze contracten wordt vastgelegd aan welke eisen een verwijzing moet voldoen, dat er terugrapportage plaatsvindt, wanneer en naar wie.

Als dat bericht niet komt, doet de JGZ-medewerker actief navraag of het gezin zich gemeld heeft en of de behandeling begonnen is. Heeft het gezin het advies van de verwijzing niet opgevolgd, dan volgt weer een afspraak met het gezin. Hij brengt de verwijzing opnieuw ter sprake. Verder vraagt hij bij contacten met de kinderopvang of de school elke keer naar dit betreffende gezin. Zodra er signalen zijn dat de hulpverlening niet goed functioneert, bijvoorbeeld omdat de hulpverlening voortijdig door de ouders, de jeugdige of de hulpverlening gestopt is of door verhuizing van het gezin, probeert hij samen met de instantie waarnaar verwezen is, de hulpverlening weer tot stand te brengen. Als dit niet lukt kan JGZ of de instantie melden bij het AMK.

4.4.8 Evaluatie: 3 maanden na melding of verwijzing

De betrokken JGZ-medewerker evalueert drie maanden na melding of verwijzing zowel de procedure als het resultaat met de aandachtsfunctionaris. Hierin komen de volgende punten aan bod.

De procedure van het proces

- Gesprekken met de ouders: verliep het volgens plan? Wat had anders moeten gaan?
- Vond het overleg met de aandachtsfunctionaris binnen de afgesproken tijd plaats?
- Zorgplan: is het zorgplan tot stand gekomen, zijn alle handelingen genoteerd en uitgevoerd?
- Verslaglegging in eigen notities, JGZ-dossier (of het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg) en aan het management bij melding AMK/RvdK: heeft de vereiste verslaglegging plaats gevonden?
- Overleg met derden: verliep het volgens plan, kwam er een advies of zorgplan en is dat uitgevoerd?
- Verwijzing/melding: is het advies opgevolgd?
- Is de samenwerking met het netwerk naar wens verlopen?
- Follow-up: duur van traject van verwijzing tot behandeling. Was interventie door de JGZ in de tussentijd nodig?

Het resultaat

- Zijn de gestelde doelen gehaald wat betreft doel van de begeleiding?
- Was de vorm van de begeleiding voor dit gezin in deze situatie de juiste keus?
- Zijn de ouders en het kind tevreden met de geboden hulp?
- Is de JGZ-medewerker zelf tevreden over de gang van zaken?

‘De belangrijkste instrumenten bij de secundaire preventie van kindermishandeling zijn de JGZ-medewerkers zelf met hun kennis van kind en gezin, kindgerichte attitude en communicatieve vaardigheden in het voeren van slecht nieuwsgesprekken en hun kennis van de lokale sociale kaart.’

5 INTERVENTIES IN DE JGZ BIJ SECUNDAIRE PREVENTIE VAN KINDERMISHANDELING¹

5.1 Inleiding

De JGZ signaleert niet alleen zorgelijke gezinssituaties. Ze heeft ook als taak de opvoedingscompetenties van ouders te versterken en de draagkracht van het gezin te ondersteunen. Deelname aan activiteiten die hierop gericht zijn zou de kans op herhaling van kindermishandeling verminderen (DePanfilis en Zuravin, 2002). Het basistakenpakket biedt ruimte voor het verlenen van kortdurende, lichte opvoedingsondersteuning. Bij ernstiger problematiek dan de gewone opvoedingsproblemen, zal de JGZ dit signaleren en zorgen voor begeleiding en verwijzing naar een andere hulpverlening.

Hermanns hanteert de volgende indeling in interventies van voorzieningen (Hermanns, 2000):

Tabel 5.1: Indeling in interventies en de groepen waar zij op gericht zijn.

Interventies	Gericht op
1. Universele preventieve interventies	de hele populatie
2. Selectieve preventieve interventies	afgebakende groepen waarbij sprake is van risicofactoren
3. Geïndiceerde preventieve interventies	groepen van ouders of kinderen binnen een bepaalde populatie waar sprake is van een verhoogd risico op probleemgedrag
4. Vroege interventies	ouders en kinderen bij wie beginnende problemen gesignaleerd worden (de problemen kunnen ook buiten het gezin liggen)
5. Klinische interventies	ouders en kinderen bij (het vermoeden van) kindermishandeling (het kind kan ook door iemand buiten het gezin mishandeld worden)

5.2 Opvoedingsondersteuning in de JGZ

De JGZ-medewerker heeft een taak bij het schatten van de opvoedingscompetentie en opvoedingsonmacht van ouders. Deze kan variëren van vragen van de ouder over opvoeding en ontwikkeling, zonder dat er sprake is van een probleem of een noodsituatie. In tabel 8 staat de ernst van het opvoedprobleem afgezet tegen competentiegevoelens, behoefte aan informatie en steun van het eigen netwerk van de ouders. (Blokland en Prinsen, 2003).

¹ Voor dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van:
 B. Prinsen (2004) Versterking van de pedagogische preventie. Maarssen.
 G. Blokland (2003) De jeugd heeft de toekomst. NIZW.
 J. Hermanns (2005) Helpen bij opgroeien en opvoeden: het rapport van de Inventgroep VWS.

Tabel 5.2: Ernst van het opvoedprobleem afgezet tegen competentiegevoelens, behoefte aan informatie en steun van het eigen netwerk.

Opvoedingsvragen	Opvoedingsspanning	Opvoedingscrisis	Opvoedingsnood
Ouders voelen zich competent.	Ouders twijfelen (soms) aan eigen competentie.	Gevoel van competentie is (tijdelijk) weg.	Ouders voelen zich incompetent.
Behoeftte aan informatie en uitwisselen van ervaringen.	Behoeftte aan vrijblijvend advies en steun.	Behoeftte aan (directe) steun	Behoeftte aan intensieve hulp of steun.
Steun eigen netwerk is voldoende.	Ondersteuning eigen netwerk schiet tekort	Steun eigen netwerk is onvoldoende.	Steun eigen netwerk is onvoldoende.

Toelichting:

Opvoedingsvragen

De ouders vragen om informatie over normale opvoedingssituaties.

Opvoedingsspanning

Spanning die ontstaat als de opvoeding niet het gewenste/verwachte resultaat heeft; er ontstaat onzekerheid bij de ouders. Opvoedingsspanning kan overgaan in opvoedingsproblematiek. Deze ontstaat als bij herhaling blijkt dat handelingen van de ouders geen effect hebben. Waar de opvoedingsproblematiek eerst gevoeld wordt op één gebied, kan deze zich uitbreiden over allerlei situaties. Gerichte opvoedingsondersteuning is hierbij gewenst om de ouders inzicht te geven in de wisselwerking tussen ouders en kind en de gedragsmechanismen achter het probleem. De JGZ kan in dit stadium een rol spelen in ondersteuning en begeleiding.

Opvoedingscrisis

De totale opvoedingsrelatie wordt gekleurd door gevoelens van onmacht, falen in de opvoeding, een slechter wordende relatie met het kind tot volledig negatieve gevoelens. Energieloosheid, machteloosheid, schuldgevoel en negatieve gevoelens kunnen tot agressie leiden. Meestal is in een dergelijke situatie hulp door anderen dan de JGZ aangewezen.

Opvoedingsnood

Alles wordt door de opvoedkundige problematiek en onmacht gekleurd. De ouders gaan er letterlijk aan onderdoor (fysiek, depressies, alcoholmisbruik, et cetera). Naast crisishulp is structurele hulp geboden. JGZ kan de ouders begeleiden naar verdere hulpverlenende instanties.

Ouders helpen zelf een oplossing te vinden

Het doel van opvoedingsondersteuning is de draagkracht van ouders of opvoeders te versterken door het vergroten van de opvoedingscompetentie. Hierbij streeft de JGZ naar **een relatie met de ouders die gebaseerd is op respect en samenwerking**. De JGZ probeert de competentie en de motivatie van ouders te vergroten zodat zij zelf een oplossing kunnen vinden voor hun problemen met of rond het kind. De JGZ-medewerker zal vragen stellen naar de aard en de ernst van de problemen. De ouders zullen zo veel mogelijk ondersteuning krijgen, de JGZ zal de zorgen delen met de ouders, maar tegelijkertijd staan de veiligheid en de bescherming van het kind voorop (Werkgroep Primaire

preventie kindermishandeling, 2001). Bij gesignaleerde problemen kan praktische hulp geboden worden. Zo mogelijk wordt het sociale netwerk rondom het gezin versterkt.

Opvoedingsondersteuning in de JGZ kan onderverdeeld worden in:

1. Informatie en voorlichting over ontwikkeling en opvoeding van kinderen, individueel en groepsgewijs.
2. Advisering en *lichte* pedagogische hulp.
3. Signaleren, vroegtijdig onderkennen en verwijzen/begeleiden in verwijstraject.
4. Initiëren van of verwijzen naar praktische hulp en instrumentele hulp bijvoorbeeld door kinderopvang of financiële steun.
5. Versterken van zelfhulp en sociale ondersteuning van kinderen en ouders.
6. Bevorderen van een stimulerende pedagogische omgeving.

5.3 JGZ-programma's voor opvoedingsondersteuning

De JGZ dient te interveniëren door het bieden van voorlichting, advies, instructie en begeleiding om gezondheidsrisico's te voorkomen en positief te beïnvloeden. Zonodig verwijst de JGZ naar de verschillende projecten die voor ouders en kinderen in achterstandsituaties zijn ontwikkeld.

Lokaal aanbod van programma's voor opvoedingsondersteuning

Tijdens alle consulten in de JGZ kunnen ouders hun vragen, onzekerheden en problemen met de JGZ-professionals bespreken. De JGZ-artsen en de jeugdverpleegkundigen beantwoorden de vragen van ouders, proberen hun onzekerheden weg te nemen en helpen hen om de problemen aan te pakken. Daarnaast maakt de JGZ gebruik van programma's voor opvoedingsondersteuning, die gericht zijn op primaire of secundaire preventie. Sommige van deze programma's kunnen voor beide vormen van preventie gebruikt worden, dus zowel om een probleem te voorkómen als om het probleem zo vroeg mogelijk op te sporen en aan te pakken voordat het verergert. Naast interventies die door de JGZ zelf ondernomen worden, bestaan er vele initiatieven door andere hulpverleners. Het aanbod en het soort programma's zijn lokaal verschillend. Het Nji heeft een overzicht gepubliceerd over verschillende vormen van opvoedingsondersteuning, waarbij ondermeer gekeken is naar het effect van de interventies (Prinsen et al., 2002). Deze interventies zijn te vinden in bijlage 7.

RAAK, OKC en Centrum voor Jeugd en Gezin: breed opgezet en veelbelovend

Kenmerken van succesvolle interventies voor *primaire preventie* zijn: een breed opgezet programma dat zich ook richt op de sociale omgeving van het gezin, en direct op de ouders gerichte interventie, die bij voorkeur zo vroeg mogelijk begint vanaf de geboorte van het eerste kind (Bakker et al., 2000). De tevredenheid van de deelnemers is groot. Ouders melden vaak directe effecten op het omgaan met hun kind(eren). Hoe de resultaten op langere termijn zijn is niet bekend. Veelbelovende breed opgezette programma's zijn het RAAK (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling)-project, het Ouder- en Kindcentrum in Amsterdam (OKC) en het Centrum voor Jeugd en Gezin.

RAAK: op naar een sluitende aanpak

De RAAK-aanpak heeft tot doel dat er op regionaal niveau een sluitende aanpak kindermishandeling is waarbij alle professionals in de keten beter signaleren, beter samenwerken en alerter zijn om zodoende kindermishandeling te bestrijden. De aanpak richt zich op alle betrokkenen zoals opvoeders, gemeenten, onderwijs, opvang, (jeugd)gezondheidszorg, jeugdzorg, welzijns- en veiligheidssector. In 2008 is met het ondertekenen van een Actieverklaring het startschot gegeven voor de invoering van de RAAK-aanpak in Nederland.

Niet alleen signaleren maar ook stoppen en schade beperken

Alle regio's hebben via de 35 centrumgemeenten extra geld gekregen voor de uitvoering (totaal 250.000 euro per centrumgemeente over de periode 2008-2010). Centrumgemeenten nemen het voortouw bij het realiseren van een regionale samenwerkingsovereenkomst. Hierin staan afspraken tussen de gemeenten in hun regio en de samenwerkingspartners. De uitkomst moet zijn dat iedereen die met kinderen werkt voldoende kennis en vaardigheden heeft om kindermishandeling te signaleren en, afhankelijk van de functie, ook te stoppen en de schade te beperken. Daarbij moet iedereen werken volgens het regionale handelingsprotocol. Voor de jeugdgezondheidszorg is het van belang dat hun rol en positie in de regionale aanpak duidelijk zijn opgenomen.

Ouder- en Kindcentrum

Bij het OKC werken verloskundigen, kraamverzorgenden, consultatiebureaus en pedagogische adviseurs voor opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering (O&O) nauw samen om de doelgroep, meestal vrouwen uit andere culturen, te ondersteunen in de zorg rondom zwangerschap, geboorte en hun kind.

Centra voor Jeugd en Gezin

In de Centra voor Jeugd en Gezin werken professionals uit o.a. de jeugdgezondheidszorg, het (school)maatschappelijk werk en de pedagogiek, samen aan het gezond opgroeien en opvoeden van kinderen. Het Centrum voor Jeugd en Gezin heeft een link met het Zorg en Adviesteam (ZAT) en met Jeugdzorg.

5.3.1 Inventgroep

De Inventgroep heeft onderzocht welke interventies bewezen effectief zijn (Hermanns et al., 2005). De meeste van deze interventies zijn nog niet vertaald in het Nederlands en nog niet gevalideerd voor Nederland. In tabel 5.3 staan een aantal van de interventies, welke naar de mening van de Inventgroep bewezen effectief zijn bij begeleiding van gezinnen bij externaliserende problemen in het gezin en bij zorgwekkende opvoedingssituaties. Kenmerken voor succesvolle interventies voor *secundaire preventie van kindermishandeling* worden door de Inventgroep niet genoemd.

Tabel 5.3: Bewezen effectieve interventies in het buitenland bij externaliserende problemen in het gezin en bij zorgwekkende opvoedingssituaties (Hermanns et al., 2005).

Problemen	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocesen
Externaliserende problemen gezin	Behavior Family Intervention (Triple P Programma)*	Parent management Training Oregon (PMTO)**	- Video feedback training - Parent Child Interaction Training (PCIT) - PMTO
Zorgwekkende opvoedingssituaties	Chicago Child-Parent Centers-project	Nurse-Family Partnership (VoorZorg-project)*	

*Triple P Programma (Behavior Family Intervention) en het VoorZorg-project (Nurse-Family Partnership) zijn de voor Nederland gevalideerde versies. Effectstudies lopen nu voor de Nederlandse situatie.

** Resultaten van implementatie van het PMTO-model in Nederland en Randomized Controlled Trial naar de effecten en kosten worden in 2011 verwacht.

5.3.2 Nji

Het Nji heeft een verdeling gemaakt in effectieve, veelbelovende en veel gebruikte interventies van pedagogische hulp. Voor de verschillen tussen effectieve en veelbelovende signalerende interventies zie paragraaf 3.2.1.

Tabel 5.4: Interventies in Nederland op het gebied van opvoedingshulp ingedeeld naar effectief, veelbelovend en veel toegepast (Nji, 2009). Effectieve en veelbelovende en vaak toegepaste interventies volgens de werkgroep JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling en het Nji.

Interventie	Effectief (+++) of veelbelovend (++)	Veel gebruikte interventies op het gebied van pedagogische hulp (+)	Leeftijd doelgroep
Triple P project	++		0-18 jaar
VoorZorg-project	++		0-1 jaar
Stevig Ouderschap	+++ (in 2006)		0-18 maanden
Video Home Training	++		0-12 jaar
Opvoeden & Zó	++		4-12 jaar
Home-Start	++		0-6 jaar
Pedagogisch spreekuur		+	0-12 jaar
Geïndiceerde huisbezoeken		+	0-4 jaar
Pedagogische hulp aan huis		+	0-18 jaar

* Zie ook www.opvoedingsondersteuning.info, Richtlijn Interventies opvoed- en gezinsondersteuning.

5.3.3 Werkgroep

De werkgroep beveelt aan om de bewezen effectieve en eventueel de veelbelovende interventies te gebruiken in de JGZ, met dien verstande dat de veelbelovende interventies gevalideerd worden. In bijlage 7 worden van deze interventies de doelstellingen, doelgroep, inhoud, bruikbaarheid voor de JGZ en het resultaat beschreven.

6 JGZ EN HET NETWERK VAN VOORZIENINGEN

De JGZ heeft een taak in de preventie van kindermishandeling en in de begeleiding van gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling. Zij vervult deze taak binnen de ketenzorg rondom gezinnen. De taakopvatting van de beroepsgroep, het bereik, de wettelijke taak en de plaats van de JGZ in het netwerk van hulpverleners komen in dit hoofdstuk aan bod.

6.1 Doelstelling van de JGZ

Het centrale doel van de jeugdgezondheidszorg is het bevorderen, beschermen en beveiligen van gezondheid, groei, lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen en jeugdigen (Boudewijnse, 2005).

6.2 Bereik JGZ

De JGZ is een voorziening voor alle jeugdige inwoners van Nederland. Meer dan 95 % van de ouders en kinderen maakt er gebruik van (Burgmeijer et al., 1997). De JGZ is daarom onmisbaar in de keten van voorzieningen die in de wet op de jeugdhulpverlening genoemd wordt.

6.3 Wettelijke taak JGZ

Gemeenten zijn op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor de collectieve preventieve gezondheidszorg. De gemeente heeft een centrale rol in het beleid over aspecten als sociaal-culturele omstandigheden en woon- en leefmilieu. Verder draagt zij een primaire verantwoordelijkheid voor de samenhang hiervan en daardoor voor een goede organisatie van de diverse jeugdvoorzieningen. Samenhang in het aanbod, zowel gedurende de ontwikkelingsstadia die door het kind worden doorlopen (longitudinale samenhang) als tussen de voorzieningen waarmee het in een bepaalde periode te maken heeft (intersectorale samenhang) staat ook centraal in de gezamenlijke visie op het jeugdbeleid van de lokale en landelijke overheden. De verankering van het basistakenpakket in de Wpg heeft tot gevolg dat de verantwoordelijkheid van de gemeente ook geldt voor de uitvoering van het BTP.

Op grond van de Welzijnswet hebben de gemeenten 'de vijf functies' (Ministerie van VWS, 2004):

- Informatie en advies geven aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien.
- Signaleren van problemen door instellingen als JGZ en het onderwijs.

- Toegang tot het (gemeentelijke) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de ‘sociale kaart’ voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers.
- Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening).
- Coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau.

De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van collectieve preventietaken. Zij zorgt voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie en met de curatieve zorg. De gemeenten hebben de regie gekregen over de integrale JGZ 0-19 jaar. Voor de JGZ is door het ministerie van VWS het BTP vastgesteld (Ministerie van VWS, 2002). Dit pakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel wordt aan de hele Nederlandse jeugd aangeboden, in het maatwerkdeel wordt door de gemeente het aanbod afgestemd op de zorgbehoefte. Zowel bij het uniforme deel als bij het maatwerkdeel zijn er individueel gerichte activiteiten en populatie gerichte activiteiten.

‘Operatie JONG’ is een samenwerkingsproject tussen zes ministeries:

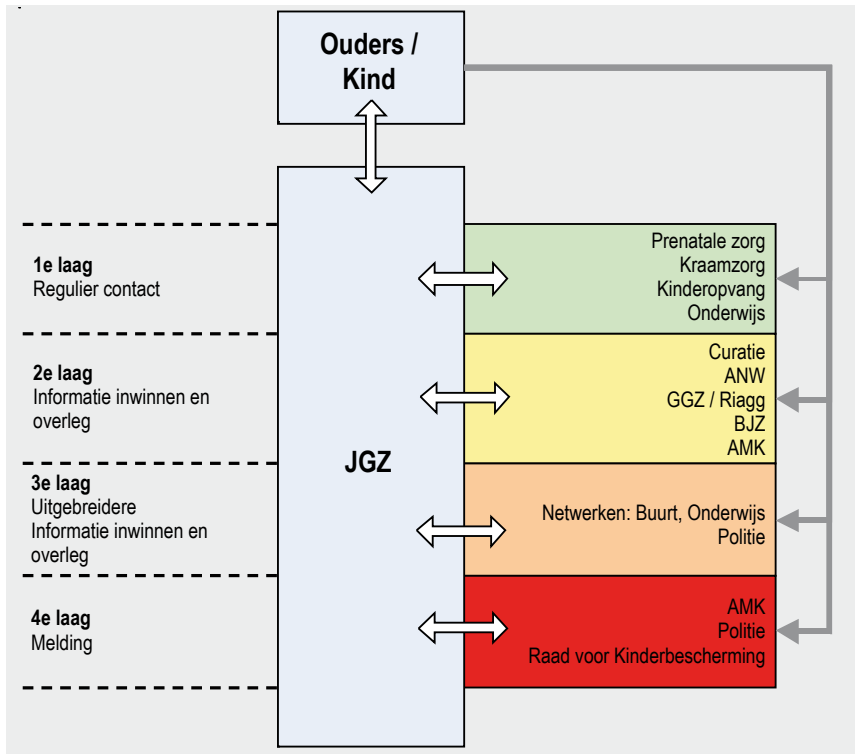
1. Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
2. Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW)
3. Justitie
4. Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)
5. Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK)
6. Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM).

De overheid wijst in ‘Operatie JONG’ de JGZ aan als de vindplaats voor vroegsignalering bij de leeftijd van 0-4 jaar en de school voor de leeftijd van 4-18 jaar.

6.4 Contacten JGZ met het netwerk van hulpverleners

De JGZ heeft een spilfunctie in de basisvoorzieningen voor de jeugd. De contacten van de JGZ zijn in eerste instantie gericht op preventie en op vroege signalering. Het gaat daarbij zowel om primaire preventie (voorkómen dat een aandoening ontstaat) als om secundaire preventie (voorkómen dat de aandoening blijft bestaan of erger wordt). Het voornaamste contact is met de ouders en het kind.

Figuur 6.1 toont in de eerste laag de organisaties waarmee de JGZ altijd samenwerkt: de prenatale zorg en kinderopvang/onderwijs. Hierbij zijn alle ouders en kinderen betrokken. De laag eronder komt in beeld als er een vermoeden bestaat van problemen in het gezin: curatieve sector (huisarts, specialist), Maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, of AMK. Informatieuitwisseling kan vervolgens uitgebreid worden met het buurtnetwerk en de politie. Ten slotte kan melding volgen aan het AMK of als het kind acuut gevaar loopt aan de Raad voor de Kinderbescherming.



Figuur 6.1: JGZ in het netwerk van zorg.

Nieuwe ontwikkelingen (www.verwijsindex.nl)

Aan de voorloper van het AMK, het Bureau Vertrouwensarts (BVA), kon iedereen zijn zorgen over een gezin kenbaar maken. Het BVA registreerde deze mededelingen en kwam in actie als er van verschillende kanten zorgelijke mededelingen over een gezin kwamen. Deze registratiefunctie heeft het AMK niet meer. In 2010 wordt deze functie overgenomen door de Verwijsindex Risicjongeren (VIR). Deze brengt risicomeldingen van hulpverleners, zowel binnen gemeenten als over gemeentegrenzen heen, bij elkaar en informeert hen onderling over hun betrokkenheid bij jongeren. Dankzij de verwijsindex blijft elke jongere in beeld en kunnen hulpverleners elkaar informeren en hun activiteiten op elkaar afstemmen. Zo kunnen zij eenvoudig en in een vroeg stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan jongeren.

In de volgende paragrafen wordt het netwerk van de JGZ beschreven. Het zal duidelijk zijn dat dit geen volledige beschrijving is. Veel netwerken zullen structureel groter zijn of zo nodig uitgebreid kunnen worden. Hier is het 'basisnetwerk' 'laag voor laag' beschreven.

6.4.1 Eerste laag: reguliere contacten

6.4.1.1 JGZ en ouders en kind/jeugdige

Voor de JGZ-medewerker zijn de ouders bij uitstek de deskundigen van hun eigen kinderen. Ook bij grote opvoedingsproblemen beschouwt hij de ouders als serieuze gesprekspartner. Hij probeert samen met hen een oplossing te vinden. Bovendien wacht hij niet passief af tot er problemen ontstaan, maar vraagt elke keer naar de ervaringen van de ouders. Daarbij inventariseert hij ook steeds de risicofactoren. Ook het kind/de jeugdige beschouwt hij als een autoriteit over zichzelf. Hij neemt de signalen serieus. Elke interventie of beslissing wordt vanaf 12 jaar en ouder met de jeugdige zelf besproken (zie paragraaf 8.4).

Contacten

De JGZ heeft regelmatige contacten met de in Nederland wonende jeugd van 0-19 jaar. Het aantal contacten is regionaal verschillend, maar globaal kan gezegd worden dat de JGZ in de eerste vier levensjaren het kind en de ouders vijftien maal uitnodigt. De JGZ 4-19 jaar heeft 3 contacten met een kind (Coenen-van Vroonhoven en Verloove-Vanhorick, 2008). Naast de preventieve reguliere contacten zijn er extra contacten op indicatie. Over het algemeen komt het contact tot stand op uitnodiging van de JGZ, maar ouders en kinderen kunnen ook zelf afspraken maken. Daarnaast kunnen derden, zoals peuterspeelzaalleidsters, leerkrachten en huisartsen, ouders adviseren om naar de JGZ te gaan.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

De JGZ mag geen gegevens verstrekken aan anderen zonder toestemming van de ouders en/of van de jongere (afhankelijk van de leeftijd). Dat ligt bij een vermoeden van kindermishandeling anders. Dan kan de JGZ-medewerker zonder toestemming van de ouders en (als de ouders een bedreiging voor hem vormen) zelfs zonder informatie aan hen, melden bij het AMK of bij de Raad voor de Kinderbescherming (zie voor de juridische kaders hoofdstuk 8).

De meldcode kindermishandeling van VWS, de meldcode van de KNMG voor artsen en de meldcode van de V&VN voor verpleegkundigen (in ontwikkeling) moeten de basis zijn van alle protocollen van instellingen van beroepsgroepen die met kinderen werken. Daardoor ontstaat een op elkaar afgestemde werkwijze en een doorgaande lijn van signalering en melding (zie paragraaf 8.1.9 en bijlage 2).

Knelpunt

Ouders geven niet altijd gehoor aan de uitnodiging tot een contactmoment (zie paragraaf 3.1.3). Als zij geen gebruikmaken van voorzieningen voor hun kind, kan dat een signaal zijn van lichamelijke mishandeling of verwaarlozing. De JGZ zal dus actie ondernemen. Het knelpunt is echter dat het bezoek van de ouders aan de JGZ niet verplicht is. Daarentegen staat in artikel 24 van de 'Rechten van het Kind' dat het kind recht heeft op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor geneeskundige verzorging en revalidatie (zie bijlage 1).

Betekenis voor de richtlijn

De organisaties voor JGZ moeten zich realiseren dat een goede begeleiding van ouders met problemen veel tijd kost en dat die tijd beschikbaar gesteld moet worden.

6.4.1.2 JGZ en prenatale zorg en kraamzorg***Contacten***

De gegevens van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed horen overgedragen te worden aan de JGZ. Deze neemt de gegevens over in het dossier en noteert of er melding is gemaakt van risicofactoren.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Voor verstrekking van gegevens uit prenatale zorg en kraamzorg aan de JGZ is in beginsel toestemming van de ouders vereist. Aangezien het echter om een doorgaande lijn van zorg gaat, mag deze toestemming worden verondersteld. Voorwaarde daarvoor is wel dat de ouders behoorlijk worden geïnformeerd over de gegevensuitwisseling en gewezen worden op de mogelijkheid om daar desgewenst bezwaar tegen te maken.

Knelpunt

De uitwisseling van de gegevens is op veel plaatsen niet structureel geregeld.

Betekenis voor de richtlijn

De JGZ moet gegevens over prenatale, natale en postnatale zorg actief verzamelen wanneer deze ontbreken of onvolledig zijn.

6.4.1.3 JGZ en kinderopvang

Onder kinderopvang wordt verstaan: dagopvang, kinderdagverblijf, peuterspeelzaal en buitenschoolse opvang. De leiding van de kinderopvang kan de JGZ om advies vragen over bepaalde kinderen of een groep kinderen. Deze heeft de mogelijkheid om consulten op indicatie te verrichten op verzoek van de kinderopvang.

Contacten

Aangezien de meeste opvoedingsproblemen in de voorschoolse periode beginnen, is het voor tijdige signalering van belang dat kinderopvang en JGZ structureel samenwerken.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Ouders moeten toestemming geven voor het uitwisselen van informatie tussen JGZ en kinderopvang.

Knelpunt

Er zijn nog niet overal structurele contacten tussen JGZ en kinderopvang. De informatie hierover aan de ouders is nog niet overal geregeld.

Betekenis voor de richtlijn

Structurele contacten tussen de kinderopvang en de JGZ zijn nodig om kindermishandeling en opvoedingsproblemen tijdig te signaleren en ouders en kinderen hulp te bieden.

6.4.1.4 JGZ en onderwijs***Contacten***

Voor de JGZ een klas onderzoekt, wordt informatie ingewonnen bij de leerkracht in een gesprek of door een vragenlijst. Als de JGZ een bepaalde klas heeft onderzocht, worden de bevindingen besproken met de leerkracht. Meestal wordt dit overleg gemeld in de uitnodiging voor het onderzoek door de JGZ. Bovendien wordt het overleg vaak vermeld in het informatieboekje over de school dat ouders aan het begin van elk schooljaar ontvangen. Ouders moeten gewezen worden op de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen dit overleg.

Docenten en leiding van scholen vragen regelmatig advies aan de JGZ over bepaalde leerlingen of over problemen met een leerling of een groep leerlingen. Veel onderzoeken op indicaties worden verricht op verzoek van docenten of de leiding van de school. De ouders zullen dan meestal zelf contact opnemen met de JGZ. Als de school een consult aanvraagt in verband met het vermoeden van kindermishandeling, kan de JGZ alleen een gesprek voeren als de ouders op de hoogte zijn van het verzoek van de school en van de reden daarvan. De JGZ is vaak de externe vertrouwenspersoon van de school bij vermoedens van seksueel misbruik van leerlingen in de huiselijke sfeer of daarbuiten. Bij vermoedens van seksueel misbruik binnen de school zal de school zich tot de vertrouwensinspecteur wenden.

6.4.1.5 Zorg- en adviesteam

In een Zorg- en adviesteam (ZAT) vindt overleg plaats tussen vertegenwoordigers van de schoolleiding met de leerplichtambtenaar namens de gemeente; de arts of de verpleegkundige JGZ namens de GGD; en een psycholoog, pedagoog of een maatschappelijk werker namens de GGZ.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Als ouders bezwaar maken tegen het overleg door de JGZ over hun kind, dan wordt het betreffende kind in principe niet met de school besproken. De JGZ-medewerker informeert bij de ouder waarom er bezwaar is tegen het gesprek en benadrukt dat de JGZ het belang van het kind voorop stelt. Als de JGZ-medewerker zich zorgen maakt over het kind, kan de JGZ-medewerker natuurlijk een advies vragen aan of een melding doen bij het AMK.

Knelpunt

Informatie aan de ouders over de voor- en nabesprekingen tussen de leerkracht en de JGZ is niet structureel geregeld, niet op de scholen en niet bij de JGZ.

Betekenis voor de richtlijn

Omdat de leerkrachten van de school de leerlingen dagelijks zien, zullen zij het beste afwijkingen in het gedrag of uiterlijk van het kind kunnen signaleren. Als zij zich zorgen maken over een kind, kunnen zij het kind naar een deskundige hulpverlener verwijzen. Voor de vroegtijdige signalering van kindermishandeling is samenwerking van de JGZ met de school dan ook van essentieel belang. In bijlage 10 wordt nader ingegaan op deze samenwerking gezien vanuit de school.

6.4.2 Tweede laag: informatie inwinnen, overleg

6.4.2.1 JGZ en de curatieve sector

Contacten

De JGZ verwijst in het merendeel van de gevallen naar de huisarts. Ook kan de JGZ de huisarts of de specialist om informatie vragen over een bepaald gezin. Andersom vragen huisartsen en specialisten ook inlichtingen aan de JGZ. De kinderartsen hebben een richtlijn in het 'werkboek kindermishandeling' (Aarsen et al., 2000) en de meeste ziekenhuizen hebben een protocol kindermishandeling. Op de spoedeisende hulp (SEH) in het ziekenhuis wordt gewerkt met SPUTOVAMO (zie paragraaf 1.3.1.1).

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

De WGBO eist in beginsel toestemming voor de gegevensuitwisseling. Het betreft gescheiden behandelingsovereenkomsten en bovendien verwachten ouders niet altijd dat informatie vrijelijk wordt uitgewisseld. De toestemming kan verondersteld worden, maar alleen als zowel de curatieve sector als de JGZ duidelijke voorlichting aan ouders en (afhankelijk van de leeftijd) kinderen geeft over het feit dat gegevens worden uitgewisseld en zij in het voorlichtingsmateriaal wijzen op de mogelijkheid om daar eventueel bezwaar tegen te maken.

Knelpunt

De huisartsen hebben geen standaard kindermishandeling en dat betekent dat zij geen uniforme werkwijze hebben over kindermishandeling. Niet overal is de gegevensuitwisseling structureel geregeld.

Betekenis voor de richtlijn

Voor de signalering van kindermishandeling en voor de begeleiding van ouders en kind is samenwerking van de JGZ met de curatieve sector belangrijk.

6.4.2.2 JGZ en Algemeen Maatschappelijk Werk, de Geestelijke Gezondheidszorg

Voor financiële problemen, woonomstandigheden, relatieproblemen kunnen ouders geholpen worden bij het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). De JGZ kan zelf naar het AMW verwijzen. Bij veel scholen wordt gebruikgemaakt van schoolmaatschappelijk

werk. De schoolmaatschappelijk werker kan zelf hulp bieden of verwijzen naar het AMW, bijvoorbeeld voor schuldsanering.

Met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), waaronder de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG of MEE) heeft de JGZ contact over kinderen of gezinnen met psychosociale problemen.

Contacten

De JGZ heeft over het algemeen regelmatig contact met het schoolmaatschappelijk werk. Ook met het algemeen maatschappelijk werk wordt overlegd. Dit overleg is meestal niet structureel, maar vindt plaats als het nodig is. Ook overleg met GGZ en RIAGG is over het algemeen niet structureel.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Met toestemming van de ouders kan overleg plaatsvinden. Als de ouders de toestemming weigeren, kan als daar aanleiding toe is, overleg plaatsvinden via het AMK.

Knelpunt

De uitwisseling van gegevens is moeilijk als de ouders toestemming weigeren.

Betekenis voor de richtlijn

Samenwerking met het AMW is belangrijk bij de begeleiding van gezinnen met problemen. Het maatschappelijk werk is goed in staat om hulp te bieden bij praktische problemen over opvoeding, huisvesting, subsidies en voorzieningen.

Samenwerking met GGZ is belangrijk bij verwijzing door de JGZ naar deze instantie, bij de begeleiding door de JGZ tijdens de behandeling door GGZ en bij de begeleiding nadat de behandeling is afgerond.

6.4.2.3 JGZ en Bureau Jeugdzorg

Contacten

Het Bureau Jeugdzorg (BJZ) heeft een centrale positie in de *eerste* lijn. Sinds de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (WJ) in januari 2005 verwijst de JGZ een jongere of een gezin voor problemen op het gebied van opgroeien en opvoeding, waaronder kindermishandeling, altijd naar het BJZ (WJ, artikel 1). Het BJZ stelt vast of de ouders en de jeugdige voor zorg in aanmerking komen en zo ja, voor welke zorg. Het BJZ verleent in beginsel zelf geen hulp. De eigenlijke hulpverlening gebeurt door preventieve lokale voorzieningen of door jeugdzorgaanbieders bij ernstige opgroei- en opvoedproblemen. Als het BJZ bij de indicatiestelling tot de conclusie komt dat een cliënt genoeg zou hebben aan enkele gesprekken bij een lokale voorziening en als doorverwijzing of terugverwijzing naar een lokale voorziening vanuit een oogpunt van klantvriendelijkheid ongewenst is, mag het BJZ bij wijze van uitzondering *zelf* de benodigde ambulante hulp verlenen. Hierbij geldt een maximum van gemiddeld vijf gesprekken per cliënt binnen een periode van zes maanden. Het BJZ is verplicht expliciet vast te leggen waarom het nodig is de gesprekken met een bepaalde cliënt zelf te voeren (Ministerie van VWS, 2005).

Als ouders hulp willen bij de opvoeding, kan de JGZ naar het BJZ verwijzen. Als ouders hulp weigeren, zal de JGZ een melding doen bij het AMK. De JGZ blijft verantwoordelijk voor haar eigen zorgaanbod aan het gezin ook al is het gezin verwezen naar het BJZ. De JGZ informeert daarom of het gezin zich heeft aangemeld bij het BJZ. Het BJZ moet van haar kant de JGZ op de hoogte houden van de diagnose, de behandeling en het ontslag uit de zorg. Er worden afspraken gemaakt wie de zorgcoördinator zal zijn, de JGZ of het BJZ. De JGZ zal in elk geval na afsluiting door het BJZ de zorgcoördinatie weer op zich nemen.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Ouders moeten toestemming geven voor uitwisseling van gegevens met het BJZ. Als ouders toestemming weigeren, kan de JGZ, als daar aanleiding voor is, advies vragen aan of een melding doen bij het AMK.

Knelpunt

De informatieoverdracht tussen het BJZ en de JGZ verloopt niet overal vlekkeloos. Op een aantal plaatsen bestaan wachtlijsten bij de Bureaus Jeugdzorg en vervolgens bij de achterliggende voorzieningen.

Betekenis voor de richtlijn

De procedure van verwijzing naar het BJZ moet helder zijn voor zowel de JGZ als het BJZ. Bijlage 11 geeft een toelichting op de werkwijze van het BJZ.

6.4.2.4 JGZ en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Contacten

De JGZ moet bij gesignaleerde opvoedingsproblemen of een vermoeden van kindermishandeling, *advies* vragen aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) (Meldcode KNMG, 2008). Dit kan zonder vermelding van persoonsgegevens gebeuren. Als het gezin niet met naam genoemd wordt, kan de JGZ-medewerker desgewenst ook anoniem blijven.

Een vermoeden van kindermishandeling moet *gemeld* worden bij het AMK. In principe worden de ouders daarover door de JGZ geïnformeerd. Anonieme melding kan alleen plaatsvinden als er sprake is van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van het kind of het gezin waar het deel van uit maakt. De melding kan ook anoniem gebeuren als er gevaar is voor de veiligheid van de melder of als de vertrouwensrelatie van de melder met het gezin geschaad dreigt te worden. Het AMK kan zelf ook inlichtingen vragen bij de JGZ over een gezin.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

De Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) vormt geen belemmering voor de informatie uitwisseling tussen JGZ en AMK. Artikel 53 lid 3 van de Wet op de Jeugdzorg geeft functionarissen met een beroepsgeheim het recht om zonder toestemming van de cliënt een melding te doen bij het AMK teneinde kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te onderzoeken.

Een functionaris met een beroepsgeheim **mag zonder toestemming van de cliënt** informatie aan het AMK geven, ook als er bij deze functionaris vóór het verzoek van het AMK geen vermoeden van kindermishandeling bestond (Baeten en Janssen, 2002). In dit geval vraagt de JGZ-medewerker aan het AMK of de ouders toestemming hebben gegeven voor het verstrekken van de informatie. Het is aan te raden een afschrift van de toestemmingsverklaring te vragen. De JGZ-medewerker vraagt informatie over het gezin aan het AMK en maakt dan zelf de afweging of de informatie van de JGZ aan het AMK gegeven zal worden, waarbij het belang van het kind voorop staat. Om duidelijkheid te krijgen over de situatie kunnen ouders en kind voor een extra onderzoek uitgenodigd worden door de JGZ.

Knelpunt

- Na een melding door de JGZ kan het AMK een aangifte doen bij de politie. In dat geval zal de politie informatie vragen aan de JGZ-medewerker die het gezin gemeld heeft. Hij moet zich realiseren dat melding bij het AMK gevolgd kan worden door een vraag van de politie. Anders dan bij het AMK of de RvdK bestaat er geen wettelijk geregeld recht voor geheimhouders om informatie over kindermishandeling aan de politie te verstrekken (zie paragraaf 8.10 en bijlage 8).
- Op een aantal plaatsen bestaan wachtlijsten bij de AMK's.
- De JGZ-medewerker moet in de contacten met het AMK gesteund worden door de eigen werkgever. Dat is niet structureel geregeld.

Betekenis voor de richtlijn

Het AMK is het centrale meldpunt bij kindermishandeling. Iedereen kan daar advies krijgen zonder toestemming van de ouders.

6.4.3 Derde laag: uitgebreidere informatie inwinnen en overleg

6.4.3.1 JGZ en netwerken

Contacten

JGZ neemt deel aan netwerken waaraan verschillende instanties deelnemen, bijvoorbeeld (school)maatschappelijk werk, JGZ, school, politie, huisarts, leerplichtambtenaar, leiding van peuterspeelzaal.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Overleg binnen een netwerk is met toestemming van ouders en/of jeugdige altijd mogelijk, ook als er geen namen van het gezin of het kind genoemd worden. De WBP en het beroepsgeheim vormen een probleem voor de JGZ bij dit overleg als er geen toestemming gekregen is. Voor de bestrijding van huiselijk geweld zijn daarom regels opgesteld die het hulpverleners mogelijk maken om zonder toestemming een bespreking te houden over een gezin. Er moet dan aan bepaalde voorwaarden voldaan zijn. Omdat kindermishandeling een vorm van huiselijk geweld is, zijn deze voorwaarden ook hier van toepassing. Voor de voorwaarden zie paragraaf 8.10.

Knelpunt

Overleg in netwerken moet geregistreerd worden in het dossier van het kind. Hiervoor is nog geen uniforme werkwijze beschreven.

Betekenis voor de richtlijn

Voor de begeleiding van ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling is samenwerking nodig met een netwerk van hulpverleners. Daarvoor is goede kennis van de lokale sociale kaart noodzakelijk. Zie ook bijlage 10 voor de totstandkoming van Zorg- en adviesteams.

6.4.3.2 JGZ en politie

Contacten

Acute levensbedreigende situaties voor het kind zullen door de JGZ bij de Raad voor de Kinderbescherming of de politie gemeld worden. In sommige gemeenten bestaat een structureel overleg tussen *jeugd en zedenpolitie* (JZP) en JGZ over de beste aanpak van problemen in een gezin, een school of een wijk. In andere gemeenten kan de wijkagent de aangewezen persoon zijn voor overleg.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

De WBP en het beroepsgeheim geven voor de JGZ problemen wat betreft het overleg. De JGZ kan bij de politie advies vragen, melding of aangifte doen. De politie mag de dossiers van de JGZ alleen in beslag nemen met toestemming van de JGZ. Deze kan de toestemming geven als de ouders en/of de jongere (afhankelijk van de leeftijd) toestemming geven, of bij conflict van plichten (zie paragraaf 8.10). Rechtstreeks contact opnemen met de politie is voor artsen met een geheimhoudingsplicht de zwaarste stap die zij kunnen zetten naar aanleiding van kindermishandeling. Voor deze stap geldt dat er sprake moet zijn van een conflict van plichten. Artsen zullen, gelet op hun beroepsgeheim, hiertoe overgaan als zij menen dat alleen dit middel (op eigen initiatief gegevens verstrekken aan de politie) zal leiden tot het doel dat zij beogen: het afwenden van acuut gevaar voor de veiligheid van een kind. In alle andere gevallen ligt het doen van een melding bij het AMK meer voor de hand. Het AMK kan naar aanleiding van een melding besluiten om zelf met politie/justitie contact te zoeken, bijvoorbeeld om aangifte te doen.

Als politie of justitie de arts benaderen naar aanleiding van een melding of aangifte door het AMK of iemand anders, dienen de artsen zich - als zij geen toestemming voor informatieverstrekking kunnen krijgen - eveneens af te vragen of sprake is van een conflict van plichten. Waarheidsvinding als zodanig is onvoldoende reden om informatie aan politie/justitie te verstrekken. Er kan wel sprake zijn van een conflict van plichten als met informatieverstrekking gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind kan worden voorkomen. Zo kan de kans op herhaling, eventueel ook bij een ander kind uit hetzelfde gezin of bij een eventueel toekomstig kind, onder omstandigheden reden zijn voor medewerking aan een strafrechtelijk onderzoek en dus voor het verstrekken van informatie aan politie of justitie (KNMG, 2008).

Knelpunt

Niet in alle gemeenten is een JZP. Voor de JGZ is het dan onduidelijk wie van de politie de contactpersoon is aangaande kindermishandeling.

Na een melding van kindermishandeling door de JGZ aan het AMK, kan het AMK aangifte doen bij de politie. In dat geval zal de politie informatie vragen aan de JGZ-medewerker die het gezin gemeld heeft. Deze moet zich dus realiseren dat melding bij het AMK gevolgd kan worden door een informatieverzoek van de politie, en dat dan opnieuw een afweging moet worden gemaakt (zie hoofdstuk 8). Anders dan bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming bestaat er geen wettelijk geregeld recht voor geheimhouders om informatie over kindermishandeling aan de politie te verstrekken (zie paragraaf 8.10). De JGZ-medewerker moet in de contacten met de politie gesteund worden door de eigen werkgever. Dat is niet structureel geregeld.

Betekenis voor de richtlijn

De JGZ moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden die overleg met de politie aan de JGZ kan bieden.

De JGZ kan bij de politie terecht voor:

Advies: De JGZ kan advies vragen aan de jeugd en zedenpolitie (JZP). Hierbij hoeft de naam van het gezin niet genoemd te worden.

Melding: De JGZ kan ook een melding doen bij de politie. Melden bij de politie heeft een andere betekenis dan melden bij het AMK of de Raad. Melden bij de politie betekent dat de politie de melding registreert, de politie onderneemt pas actie na aangifte van een strafbaar feit. De melder kan anoniem blijven bij de politie. **NB. bij melding bij de politie volgt dus geen andere actie van de politie dan registratie. Bij melding bij het AMK of de Raad voor de kinderscherming volgt wel actie.**

Aangifte: De JGZ kan aangifte doen bij de politie van een strafbaar feit. Bij aangifte wordt proces-verbaal opgemaakt en begint de politie een onderzoek en een vervolging van de verdachte.

6.4.4 Vierde laag: melding**6.4.4.1 JGZ en de Raad voor de kinderscherming**

De afdelingen van het BJZ, waaronder het AMK, hebben rechtstreeks toegang tot de Raad voor de Kinderbescherming. Voor de JGZ geldt dat melding bij het AMK gebeurt, tenzij er sprake is van een acute, ernstige bedreiging voor het kind waarbij onmiddellijk moet worden ingegrepen. In dat geval kan door de JGZ rechtstreeks bij de Raad gemeld worden (Van Harten, 2003). Bij de Raad is het niet mogelijk om anoniem te melden.

Omdat niet altijd duidelijk is wat de verschillen zijn tussen het AMK en de RvdK zijn de verschillen in tabel 11 in een schema gezet.

Tabel 6.1: De verschillen tussen het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming.

	AMK	Raad voor de Kinderbescherming
Deskundigheid	Sociaal/medisch	Juridisch
Melding	Anonieme melding is mogelijk	Anonieme melding is onmogelijk
Informatie aan ouders	Ouders hoeven niet op de hoogte te zijn	Ouders zijn op de hoogte
Vraagstelling	Is vrijwillige hulpverlening mogelijk?	Is kindbeschermingsmaatregel nodig?
Bereikbaarheid	7 x 24 uur bereikbaar	5 x 8 uur (buiten kantooruren via politie)
Drempel	Laagdrempelig voor hulpverleners	Hoogdrempelig voor hulpverleners

Contacten

Als het kind acuut gevaar loopt kan de JGZ kindermishandeling melden bij de RvdK.

Mogelijkheden voor verstrekking van gegevens aan derden

Ouders zijn op de hoogte van de melding. Als vragen om toestemming het kind in gevaar brengt, mag de medewerker van de JGZ zonder toestemming informatie geven aan de RvdK.

Knelpunt

De JGZ moet geïnformeerd worden over de procedure en de beslissing van de RvdK en van de eventuele beslissing van de rechtbank. Als de JGZ de melder is, moet de Raad de JGZ op de hoogte brengen. Als de JGZ gemeld heeft bij het AMK en het AMK heeft daarna de Raad ingeschakeld, moet de Raad het AMK informeren. Het AMK moet daarna de JGZ op de hoogte brengen. Dat is niet structureel geregeld.

De JGZ-medewerker moet in de contacten met de RvdK gesteund worden door de eigen werkgever. Dat is niet structureel geregeld.

Betekenis voor de richtlijn

De JGZ-medewerker moet op de hoogte zijn van de maatregelen die de RvdK kan nemen:

- Inschakelen van professionele hulp (maatschappelijk werk, psycholoog). Medewerking van de ouders en kind zijn hierbij nodig.
- Beslissing neerleggen bij de rechter bij acuut gevaar voor het kind, bij ernstige bedreiging van de ontwikkeling van het kind en als de problemen niet op een andere manier kunnen worden opgelost. De Raad vraagt de rechter dan om een maatregel van kindbescherming (zie paragraaf 8.3).

6.5 Algemene knelpunten in het contact van de JGZ en het netwerk

Een aantal knelpunten belemmert een goede uitvoering van de ketenzorg:

- De zorg in de keten verloopt te traag omdat de keten lang is en vanwege wachttijden.

- Binnen de keten is vaak niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en wie de contacten met het gezin onderhoudt.
- De JGZ is ook tijdens de wachttijd verantwoordelijk voor haar eigen zorgaanbod aan het kind en het gezin. Dus gaat zij bij wachttijden in plaats van het BJZ interveniëren, bijvoorbeeld door de coördinatie van de zorg op zich te nemen, door als vangnet op te treden of door de organisatie van bemoeizorg.
- De JGZ heeft het grootste bereik bij ouders en kinderen. Zij moet daarom de spilfunctie hebben in het netwerk van hulpverlening bij een vermoeden van kindermishandeling.
- Als de JGZ-medewerkers binnen de huidige taakopvatting werkelijk zouden doen wat hun is opgedragen bij kindermishandeling, zal dat consequenties hebben voor de tijdsbesteding (huisbezoek, bemoeizorg, meer overleg en dossiervorming). Netwerken zoals beschreven in productgroep 6 van het BTP betekent investeren, kennen en gekend worden en dat kost tijd. Bovendien is extra tijd en geld nodig voor migrantengezinnen en gezinnen in probleemaccumulatiewijken in de grote steden.

6.6 Beschouwing

De JGZ heeft een duidelijke taak bij het signaleren van kindermishandeling en bij de begeleiding en ondersteuning van gezinnen. De JGZ stemt af wie de zorgcoördinatie op zich neemt tijdens de behandeling, ondersteunt het behandelplan en neemt na de behandeling de zorgcoördinatie weer over.

‘Bij een geval van kindermishandeling zijn soms wel tien hulpverleners betrokken en niemand heeft de eindverantwoordelijkheid.’

7 ORGANISATORISCHE VOORWAARDEN

Voor de signalering en behandeling van kindermishandeling is het bijzonder belangrijk dat de werkgever/JGZ-instelling hierover een beleid heeft geformuleerd. Daaruit moet blijken dat de instelling kindermishandeling een ernstig probleem vindt en veel tijd en aandacht wil besteden aan de bestrijding ervan. Het management en de afdeling JGZ formuleren gezamenlijk de methode van bestrijding van kindermishandeling. De instelling zal bij de lokale overheid steun zoeken voor dit beleid en proberen om samen een gemeenschappelijk beleid te maken over signalering en aanpak. Hieronder wordt beschreven welke organisatorische voorwaarden noodzakelijk zijn voor de secundaire preventie van kindermishandeling door de JGZ-medewerkers.

7.1 Organisatie van verwijzing en terugrapportage

Een instantie dient na een professioneel uitgevoerde verwijzing door de JGZ terug te rapporteren. Om dit proces te faciliteren zou het management van de JGZ-instelling formele afspraken moeten maken met de instanties waarnaar de JGZ vaak verwijst, liefst in de vorm van een contract of convenant. Hierin wordt vastgelegd aan welke eisen een verwijzing moet voldoen, dat er terugrapportage plaatsvindt en wanneer en naar wie.

7.2 Deskundigheid van de medewerkers

Artsen en verpleegkundigen moeten zich op de hoogte houden van de actuele inzichten over kindermishandeling. Hiervoor is naast actuele kennis ook regelmatige bijscholing noodzakelijk. Naast kennis zijn vaardigheden in het voeren van gesprekken over opvoedingsproblemen en kindermishandeling nodig. Deze vaardigheden moeten regelmatig bijgeschoold worden. Binnen de instelling is kennis over de juridische kaders nodig (zie hoofdstuk 8).

7.3 Vaststelling juridisch kader

De instelling beschikt over een privacyreglement en een klachtenregeling. De instelling heeft een Wettelijke Aansprakelijkheidsverzekering voor de medewerkers. Zie verder hoofdstuk 8.

7.4 Dossiervorming

7.4.1 Registratie

Binnen de instelling moet geregeld zijn dat er van elk gesprek over kindermishandeling of opvoedingsproblemen aantekeningen gemaakt worden in het dossier van het kind. De registratie dient een aantal doelen:

- Dossiervorming is in het belang van het kind. Bij een volgend contact kan de arts of verpleegkundige of een vervanger de begeleiding voortzetten. Bij een eventuele latere aanklacht tegen de verdachte van de kindermishandeling kan het JGZ-dossier van belang zijn.
- De aantekeningen kunnen van belang zijn voor epidemiologische doeleinden.
- De aantekeningen kunnen van belang zijn voor de arts en verpleegkundige bij een eventuele klachtenprocedure.

7.4.2 Persoonlijke werkaantekeningen

De persoonlijke werkaantekeningen van artsen en verpleegkundigen behoren niet tot het JGZ-dossier en mogen niet in het dossier bewaard worden. Zij vallen niet onder het inzagerecht. De instelling moet een beleid ontwikkelen over deze werkaantekeningen. Dit beleid moet bekend zijn bij de medewerkers (zie paragraaf 8.5.2).

7.4.3 Bewaartermijn

In verband met de verjaringstermijn bij aangifte van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik moeten binnen de instelling afspraken gemaakt worden over de bewaartermijn van dossiers van kinderen uit gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling (zie ook paragraaf 8.5.3).

7.5 Aandachtsfunctionaris

Op grond van de literatuur (Munro, 1999) en op grond van eigen ervaringen bepleit de werkgroep het instellen van de functie 'aandachtsfunctionaris kindermishandeling'. Op verschillende plaatsen bestaat deze functie al. Voor deze functie stelt de instelling een taakomschrijving op. Een voorbeeld hiervan staat in bijlage 13. De JGZ-medewerkers overleggen met de aandachtsfunctionaris bij een vermoeden van kindermishandeling. Deze heeft formatie-uren voor het uitoefenen van deze taak (zie paragraaf 4.4.2).

7.6 Informatie aan het management

Het management steunt haar medewerkers bij problemen met de ouders bij het vermoeden van kindermishandeling, bijvoorbeeld bedreiging, geweld of een aanklacht, of proble-

men met externen zoals de politie. Om de medewerkers die steun te kunnen geven, is het management door hen op de hoogte gesteld van de meldingen aan het AMK en de RvdK. Hierbij wordt geen inhoudelijke informatie verstrekt, slechts dat gemeld is en door wie. Deze informatieverstrekking gebeurt bij voorkeur op speciale formulieren die in overleg met het management tot stand zijn gekomen. Een voorbeeldformulier is te vinden in bijlage 14.

7.7 Tijd

Signaleren van kindermishandeling is tijdrovend en arbeidsintensief. Niet alleen de aandachtsfunctionaris heeft tijd nodig. Ook JGZ-medewerkers hebben meer tijd nodig voor een gezin met problemen of voor een mishandeld kind. Ongeveer 2-3 % van de Nederlandse kinderen wordt mishandeld (zie ook de inleiding van dit document). Dat percentage is een schatting en bovendien een gemiddelde per jaar. Men dient rekening te houden met de probleemaccumulatie in de grote steden en een groot percentage allochtone gezinnen en alleenstaande ouders. Elke instelling zal op grond van de inventarisatie van de aanwezigheid van risicofactoren een schatting moeten maken over het aantal gezinnen met opvoedingsproblemen en het aantal mishandelde kinderen binnen de eigen populatie. Daarnaast zal een schatting gemaakt moeten worden van de gemiddelde tijdsinvestering. Op grond van deze schatting wordt de formatie van personeel vastgesteld.

7.8 Geschikte ruimte

Voor het voeren van een gesprek over ernstige problemen met de opvoeding of kindermishandeling kunnen artsen en verpleegkundigen beschikken over een daartoe passende kamer waar de privacy van de ouders en kinderen gewaarborgd is.

7.9 Veiligheid medewerkers

Aan de veiligheid van de artsen en verpleegkundigen wordt aandacht besteed:

- door medewerkers te trainen in het hanteren van agressief gedrag van de cliënt tegen de hulpverlener. Dit kan een belangrijke drempel (angst) voor het melden wegnemen;
- door de inrichting van de kamer (de medewerker kan de kamer gemakkelijk verlaten omdat zijn stoel aan de kant van de deur staat) en door de aanwezigheid van een alarmknop en/of door een altijd aanwezige achterwacht;
- door de mogelijkheid om een collega aan het gesprek te laten deelnemen;
- door een beleid van de instelling dat een medewerker niet alleen aanwezig kan zijn in het pand;
- door toezicht op wie het pand binnenkomt;
- door de mogelijkheid te bieden om huisbezoeken af te leggen samen met een collega;
- door zo nodig extra ondersteuning bij crisissituaties;

- door goede en duidelijke afspraken met de politie zodat in crisissituaties één telefoontje voldoende is om ondersteuning te krijgen.

‘De aanpak van kindermishandeling is een zware en emotioneel beladen taak, die men alleen maar kan waarmaken als men voldoende steun krijgt. De veiligheid van de medewerkers is hierbij een belangrijk aandachtspunt. De aanpak kost extra tijd, zeker in de probleemaccumulatiegebieden voor kindermishandeling. Tot nu toe is daar in de financiering door het ministerie van VWS geen rekening mee gehouden.’

8 JURIDISCHE KADERS BIJ KINDERMISHANDELING ¹

JGZ-medewerkers hebben bij (vermoedens van) kindermishandeling te maken met veel wet- en regelgeving. In paragraaf 8.1 wordt deze kort omschreven. Vervolgens komen enkele juridische thema's aan de orde die bij kindermishandeling een rol spelen. Het betreft achtereenvolgens het gezag over minderjarigen (paragraaf 8.2), de kinderbeschermingsmaatregelen (paragraaf 8.3), zeggenschap over geneeskundig onderzoek en behandeling van minderjarigen (paragraaf 8.4), het dossier (paragraaf 8.5), het beroepsgeheim, recht op privacy en gegevensuitwisseling (paragraaf 8.6) en het klacht- en tucht-recht (paragraaf 8.7). In paragraaf 8.8 worden de taken, bevoegdheden en werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming beschreven. Ingegaan wordt op de bijzondere wet- en regelgeving voor gegevensverstrekking aan deze instanties. Paragraaf 8.9 gaat over gegevensverstrekking aan politie en justitie en in paragraaf 8.10 ten slotte, wordt ingegaan op gegevensuitwisseling binnen zogenoemde netwerken.

8.1 Relevante wet- en regelgeving

8.1.1 Verdrag inzake de rechten van het kind

In hoofdstuk 1 werd het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind genoemd. De Staten die dit verdrag ondertekend hebben (waaronder Nederland), beloven daarmee maatregelen te treffen ter bescherming van de rechten van het kind. Het verdrag is van toepassing op personen jonger dan 18 jaar, tenzij 'volgens het op het kind van toepassing zijnde recht de meerderjarigheid eerder wordt bereikt' (artikel 1). De erkenning, dat het kind recht op leven en de grootst mogelijke ontwikkelingskansen heeft, is vastgelegd in artikel 6. Het kind moet beschermd worden tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, met inbegrip van seksueel misbruik en lichamelijke en geestelijke verwaarlozing (artikel 19). Regeringen moeten zorgen voor een goede en voor alle kinderen toegankelijke gezondheidszorg (artikel 24). Regeringen moeten ook zorgen voor wet- en regelgeving om kinderen te beschermen tegen psychotrope stoffen (drugs, artikel 33), seksueel misbruik en seksuele exploitatie (artikel 34) en andere vormen van exploitatie die op enigerlei wijze schadelijk zijn voor de ontwikkeling van het kind (artikel 36).

Het Verdrag houdt niet alleen staten aan het nakomen van verplichtingen jegens de kinderen, maar ook hun ouders (artikel 18). In beginsel zijn beide ouders gezamenlijk verantwoordelijk voor de opvoeding en ontwikkeling van het kind. De ouders of voogd hebben de eerste verantwoordelijkheid voor de opvoeding en ontwikkeling van het kind. In bijlage 1 vindt u de Preambule bij het Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

1 Voor dit hoofdstuk is dankbaar gebruikgemaakt van de bijdrage van Mr. R. de Roode, juriste van de KNMG. De KNMG spreekt van patiënt, de JGZ is gewend om van cliënt te spreken. Omdat de tekst grotendeels van de juriste van de KNMG afkomstig is, is de terminologie van de KNMG gehandhaafd.

8.1.2 Burgerlijk Wetboek

8.1.2.1 Personen en familierecht

Het Burgerlijk Wetboek (BW) geeft in Boek I (Personen en Familierecht) onder andere regels over de burgerlijke staat, het huwelijk, het gezag over minderjarigen en de kindbeschermingsmaatregelen.

8.1.2.2 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is opgenomen in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, dat handelt over bijzondere overeenkomsten. De WGBO is van toepassing op geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op personen (de patiënten) en die ertoe strekken hen van een ziekte te genezen, hen voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, hun gezondheidstoestand te beoordelen of hen verloskundige bijstand te verlenen (artikel 7:446 BW). Tot deze handelingen worden ook de zogenaamde ‘aanpalende handelingen’ gerekend: het verplegen en verzorgen in het kader van een geneeskundige handeling. De WGBO geldt daarmee ook voor de preventieve zorg en voor de werkzaamheden van de JGZ-arts en (in het kader daarvan) die van de JGZ-verpleegkundige.

Rechten patiënt brengen verplichtingen mee voor hulpverlener

In de WGBO zijn de belangrijkste rechten neergelegd die een patiënt heeft in zijn (contractuele) relatie met een hulpverlener. Deze rechten brengen voor de hulpverlener een groot aantal verplichtingen mee, zoals de informatieplicht en het toestemmingsvereiste voor onderzoek en behandeling, de dossierplicht en de geheimhoudingsplicht. Een behandelingsovereenkomst wordt formeel niet afgesloten door de arts of verpleegkundige in dienst van de rechtspersoon die de jeugdzorg levert, maar tussen deze rechtspersoon en de opdrachtgever, bij minderjarigen tot 16 jaar de ouders (zie verder paragraaf 8.4). Voor het nakomen van de verplichtingen uit de WGBO maakt de rechtspersoon/hulpverlener gebruik van ‘hulppersonen’, waaronder de arts en de verpleegkundige, die deze verplichtingen hebben na te leven.

Patiënt heeft ook plichten

Maar ook de patiënt (of diens vertegenwoordiger) heeft plichten: hij moet de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en medewerking geven die deze redelijkerwijs nodig heeft om de overeenkomst uit te voeren (artikel 7:452 BW). Verder bepaalt artikel 7:453 BW dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt en daarbij handelt ‘in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard’.

In de Modelregeling arts-patiënt van de KNMG en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en in een groot aantal Modelrichtlijnen uit het Implementatieprogramma WGBO (KNMG 2004, zie: www.knmg.nl/dossiers) zijn de rechten en plichten van patiën-

ten en hulpverleners uit de WGBO nader uitgewerkt. (Zie ook KNMG-publicatie 'Arts en patiëntenrechten', 2004, eveneens te vinden onder www.knmg.nl/dossiers).

8.1.3 Wet bescherming persoonsgegevens

In de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) is een aantal algemene plichten opgenomen over het zorgvuldig omgaan met gegevens die over personen worden verwerkt. Persoonsgegevens zijn gegevens die informatie bevatten over een persoon die identificeerbaar is. Met 'verwerken' van persoonsgegevens wordt bedoeld alle handelingen vanaf het moment van verzamelen tot vernietigen. Dus: ordenen, bijwerken, raadplegen, gebruiken, verstrekken, koppelen et cetera. Voor het verwerken van gegevens over de gezondheid van een persoon gelden specifieke eisen (artikel 21 WBP). Naast artsen en andere hulpverleners binnen instellingen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening mogen deze, maar dan uitsluitend als dat noodzakelijk is met het oog op de speciale begeleiding of de getroffen voorziening in verband met de gezondheidstoestand van leerlingen, verwerkt worden door scholen. Voor reclasseringsinstellingen, Raden voor de Kinderbescherming en voogdij- en gezinsvoogdijinstellingen geldt dat deze alleen gezondheidsgegevens mogen verwerken als dat noodzakelijk is voor de uitvoering van hun wettelijke taken. In de WBP zijn ook rechten van cliënten opgenomen.

De verplichtingen rond *beheer en instandhouding* van de gegevensbestanden ligt bij de 'verantwoordelijke', doorgaans het management of bestuur binnen de JGZ-instelling. Deze is verantwoordelijk voor adequate gegevensbeveiliging, informatie aan cliënten over de gegevensverwerking en het melden van de gegevensverwerking aan het College Bescherming Persoonsgegevens. De hulpverleners en medewerkers die de gegevens vastleggen zijn zélf verantwoordelijk voor de (correcte) inhoud daarvan. In de KNMG-publicatie 'Privacywetgeving en het omgaan met patiëntgegevens' (te vinden op www.knmg.nl) zijn de verplichtingen die zowel gelden voor artsen en andere hulpverleners als voor het management of bestuur nader uitgewerkt. Voor de JGZ zie de onderdelen A en C.

8.1.4 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen. Daarom zijn voor verschillende beroepsgroepen, waaronder de arts en de verpleegkundige, opleidingseisen geformuleerd, worden (door middel van registratie) titels van gekwalificeerde beroepsbeoefenaren beschermd en is er het wettelijke tuchtrecht.

8.1.5 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) worden de gemeentelijke taken omschreven voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (artikel 1 lid 1d en artikel 3 a). Artikel 2f betreft de openbare geestelijke gezondheidszorg, onder meer over het

begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen en het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis.

8.1.6 Wet op de Jeugdzorg

De Wet op de Jeugdzorg (WJ) regelt onder andere de aanspraken op jeugdzorg en de rechten van jeugdigen en hun ouders binnen de jeugdzorg. Deze wet beschrijft ook de taken en verantwoordelijkheden van de Bureaus Jeugdzorg (BJZ) en de AMK's als onderdeel van het BJZ. In de WJ is ook het recht van geheimhouders neergelegd om vermoedens van kindermishandeling te melden bij het AMK. In het uitvoeringsbesluit WJ is de werkwijze van het AMK nader geregeld.

8.1.7 Wetboek van strafrecht

Het Wetboek van Strafrecht (WvSr) kent een groot aantal delicten die verband kunnen houden met (vermoedens van) kindermishandeling. Allereerst zijn dat uiteraard de zedendelicten (Titel XIV WvSr), en de mishandelingdelicten (Titel XX WvSr). Bij seks met minderjarigen of wilsonbekwamen is sprake van een klachtdelict, dat wil zeggen dat het misdrijf strafbaar is maar vervolging door het Openbaar Ministerie pas kan plaatsvinden als er een klacht is ingediend. Zo'n klacht kan worden ingediend door de minderjarige zelf, zijn of haar ouders of wettelijke vertegenwoordigers en de Raad voor de Kinderbescherming. Verder is relevant dat verlating van hulpbehoevenden voor wie men krachtens wet of overeenkomst verplicht is tot onderhoud, verpleging of verzorging, strafbaar is (artikel 255 WvSr) en dat artikel 450 WvSr strafbaar stelt degene die geen hulp biedt aan iemand die in acuut levensgevaar verkeert, althans als de hulpbehoevende daardoor sterft. Het verlenen van hulp is niet geboden als dit gevaar oplevert voor de persoon zelf of anderen. De wetgeving over meisjesbesnijdenis valt ook onder het strafrecht.

8.1.8 Wetgeving in Nederland ten aanzien van meisjesbesnijdenis

De Nederlandse overheid heeft, evenals een aantal andere Europese landen, alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden. Meisjesbesnijdenis valt onder de generieke mishandelingdelicten uit het WvSr. De straf bedraagt maximaal twaalf jaar gevangenis voor zware mishandeling met voorbedachten rade. Wanneer de ingreep wordt verricht door iemand die geen arts is en die daartoe geen opdracht heeft gekregen van een arts, valt deze tevens onder het onbevoegd uitoefenen van een voorbehouden handeling in de zin van de wet BIG. Indien de besnijdenis door een ouder zelf wordt uitgevoerd op de eigen dochter, kan de straf met een derde worden verhoogd (artikel 304, sub 1 WvSr). Ook in het geval dat de ouders opdracht geven voor een besnijdenis, hiervoor betalen, middelen leveren waarmee de besnijdenis wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis, zijn zij strafbaar. Deze handelingen worden beschouwd als mededaderschap, uitlokking dan wel medeplichtigheid (artikel 47 en 48 WvSr). Artsen die meewerken aan meisjesbesnijdenis, kunnen worden berecht op grond van het medisch tuchtrecht.

De Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid heeft richtlijnen uitgebracht hoe te handelen bij een melding van meisjesbesnijdenis in Nederland, zowel bij een mogelijk aanstaande als bij een al in Nederland verrichte besnijdenis (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1994). Een meisje laten besnijden in een land waar dit niet strafbaar is, is ook in Nederland niet strafbaar. Met de beslissing in 2004 om meisjesbesnijdenis te beschouwen als een vorm van kindermishandeling heeft de regering meisjesbesnijdenis strafbaar gesteld, ook als de ingreep in een ander land is gebeurd (www.vrouwenbesnijdenis.nl).

8.1.9 Meldcodes Kindermishandeling

In een meldcode kindermishandeling worden de verantwoordelijkheden van bepaalde beroepsgroepen of instellingen vastgelegd. De te volgen procedures bij de melding staan beschreven. Een meldcode beschermt het kind omdat niet melden beschouwd kan worden als onzorgvuldig handelen. De professional wordt beschermd omdat het volgen van de code professioneel zorgvuldig gedrag betekent en vrijwaart voor aanspraken (Hermanns, 2003).

De samenvattingen van de Meldcode Kindermishandeling van VWS/NIZW en van de KNMG zijn beide in bijlage 2 te vinden. In beide meldcodes worden de stappen van handelen bij (vermoeden) van kindermishandeling uitgewerkt. De meldcode inzake kindermishandeling van de KNMG biedt artsen (en verpleegkundigen) een handleiding in situaties waarin kindermishandeling vermoed wordt en maatregelen genomen moeten worden in het belang van het kind. De medewerkers in de jeugdgezondheidszorg moeten zorgvuldig omgaan met patiëntgegevens (WGBO) en hebben daardoor te maken met de KNMG-meldcode (KNMG, 2008). De KNMG-meldcode uit 2002 benadrukte de geheimhoudingsplicht en de argumenten voor het schenden van het beroepsgeheim bij een conflict van plichten. In 2008 is de aanbeveling in de KNMG-meldcode gewijzigd in 'spreken tenzij' in plaats van 'zwijgen tenzij'. Een verschil met de meldcode van VWS is het noemen van de mogelijkheid om bij de Raad voor de Kinderbescherming te melden als onmiddellijk ingrijpen nodig is.

De meldcode van VWS/NIZW geldt voor alle beroepsgroepen en sectoren, die betrokken zijn bij de signalering en aanpak van kindermishandeling. In deze meldcode krijgt ook de organisatie waarin de professional werkt aandacht. De melding bij het AMK wordt genoemd. De meldcode van VWS gaat niet in op de problemen die de zwijgplicht en het beroepsgeheim kunnen geven (Baeten, 2002). Een nadere beschrijving van het beroepsgeheim en de meldcode staat in paragraaf 8.8.

8.2 Het gezag over minderjarigen

8.2.1 Minderjarigheid

Boek I, titel 14 van het BW handelt over het gezag over minderjarigen. Minderjarig zijn zij die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt. Een jeugdige jonger dan 18 jaar

wordt meerderjarig als hij of zij gehuwd is of een geregistreerd partnerschap heeft, of meerderjarig is verklaard door de rechter (bijvoorbeeld een moeder van 16 jaar). Minderjarigen staan onder gezag. Gezag kan zijn ouderlijk gezag of voogdij. Wie het gezag over een minderjarige heeft, is zijn wettelijk vertegenwoordiger. Minderjarigen zijn (voor zover de wet niet anders bepaalt) bekwaam om rechtshandelingen te verrichten, *mits* zij handelen met toestemming van hun wettelijk vertegenwoordiger. Voor een rechtshandeling waarvan in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is dat minderjarigen van die leeftijd die zelfstandig verrichten, mag de toestemming van hun wettelijk vertegenwoordiger worden verondersteld.

8.2.2 Ouderlijk gezag

Ouderlijk gezag kan door beide of door een van beide ouders worden uitgeoefend. Ouderlijk gezag omvat de plicht en het recht van de ouder om zijn minderjarige kind te verzorgen en op te voeden. Gedurende het huwelijk oefenen ouders gezamenlijk het gezag uit. Hetzelfde geldt voor het kind dat tijdens het geregistreerde partnerschap van de ouders geboren is en voor niet-gehuwde ouders die het gezag over hun kind in het openbare register hebben vastgelegd.

8.2.3 Echtscheiding

Na echtscheiding blijft als hoofdregel het gezag bij beide ouders, tenzij door de rechter anders wordt bepaald. De ouder die niet met het gezag belast is, vervult niet de rol van vertegenwoordiger. Deze ouder heeft desgevraagd wel recht op globale informatie over de gezondheidstoestand van zijn of haar minderjarige kind (artikel 1:377c BW). De informatie kan geweigerd worden als dit in het belang van het kind is of als de andere ouder ook geen informatie zou ontvangen (artikel 1:337 b lid 2 BW).

8.2.4 Voogdij

Voogdij wordt uitgeoefend door een ander dan de ouders, bijvoorbeeld als die zijn overleden of als sprake is van (tijdelijke) ontheffing of ontzetting uit het ouderlijk gezag. Dan berust het gezag bij een voogd of een voogdijinstelling.

8.2.5 Stiefouders

Als een ouder met gezag na een echtscheiding hertrouwt, is de stiefouder niet automatisch gezagdragend, tenzij door een rechterlijke uitspraak het gezag is toegewezen. (Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg, VWS, 2003),

8.2.6 Pleegouders

Pleegouders hebben geen gezag over het minderjarige kind. Zij zijn niet de vertegenwoordigers van het kind en hebben dus ook geen zeggenschap over onderzoek of behandeling, patiëntenrechten et cetera (zie hierna).

8.3 Kinderbeschermingsmaatregelen

De rechter kan (op verzoek van de ouders of verzorgers, de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) of het Openbaar Ministerie (OM)) de volgende maatregelen op het ouderlijk gezag nemen:

- Ondertoezichtstelling (OTS, art. 1:254 t/m 265 BW);
- Ontheffing (art. 1:266 t/m 268 BW);
- Ontzetting (art. 1:269 t/m 270 BW);
- Schorsing (art. 1:271 t/m 272 BW).

8.3.1 Ondertoezichtstelling

Als een kind zodanig opgroeit dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd, kan de rechter een gezinsvoogd toevoegen. Bij een ondertoezichtstelling (OTS) behouden de ouders het gezag, maar is dit beperkt. Het gezin krijgt begeleiding en dient zich te houden aan de aanwijzingen van een gezinsvoogd. De OTS is erop gericht de ouders zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid voor de opvoeding te laten houden. Tijdens een OTS kan de rechter zonodig een machtiging tot uithuisplaatsing uitspreken.

Als het verzoek tot OTS is gedaan, kan de rechter de minderjarige hangende het onderzoek voorlopig onder toezicht stellen. Dit gebeurt alleen als dat direct en dringend noodzakelijk is. Een voorlopige OTS kan ten hoogste drie maanden duren. Als binnen die termijn niet is beslist over de eigenlijke OTS, vervalt de voorlopige OTS. De rechter kan zijn beslissing altijd herroepen (artikel 1:255 BW). De duur van de OTS wordt op ten hoogste één jaar gesteld. De rechter kan onder andere op verzoek van de gezinsvoogdijinstelling, de (pleeg) ouder(s) of de RvdK de duur telkens met een jaar verlengen (artikel 1:256 BW). De OTS stopt als na afloop van de periode waarvoor zij werd uitgesproken geen maatregel meer nodig is. De OTS vervalt automatisch als het kind 18 jaar wordt.

8.3.2 Ontheffing

De rechtbank kan een ouder van het gezag over een of meer van zijn kinderen ontheffen als hij ongeschikt of onmachtig is om zijn plicht tot verzorging en opvoeding te vervullen. Deze verantwoordelijkheid wordt (tijdelijk) bij een ander dan de ouders gelegd, meestal bij het BJZ. Het kind wordt in een pleeggezin of kindertehuis ondergebracht. Hoewel de ouders (tijdelijk) het wettelijke gezag ontberen, blijven zij wel betrokken bij het kind.

8.3.3 Ontzetting

In heel ernstige situaties (grote verwaarlozing of misbruik) kan de rechter ouders ontzetten uit het ouderlijk gezag. Een voogdijinstelling krijgt de voogdij en het kind wordt ondergebracht in een pleeggezin of kindertehuis.

8.3.4 Schorsing

In acute situaties kan de rechter het ouderlijk gezag schorsen. Het betreft een tijdelijke maatregel die ook hangende het onderzoek van de rechter op een verzoek om een ontheffing of ontzetting kan worden opgelegd. Een voogdijinstelling krijgt de voorlopige voogdij en het kind wordt ondergebracht in een pleeggezin of kindertehuis.

Opheffen van de ontheffing of ontzetting kan worden aangevraagd door ouders of de RvdK. Ouders of RvdK kunnen ook in hoger beroep gaan tegen een beslissing van de rechter.

8.4 Zeggenschap over geneeskundig onderzoek en behandeling van minderjarigen

De WGBO bevat een bijzondere regeling van de zeggenschap over onderzoek of behandeling van minderjarige patiënten. De regeling kent een indeling in drie leeftijdsgroepen.

8.4.1 Kinderen tot 12 jaar

Voor onderzoek en behandeling van een kind jonger dan 12 jaar is toestemming nodig van de wettelijke vertegenwoordiger(s) van het kind. Zij sluiten de behandelingsovereenkomst af en zijn ook degenen die de patiëntenrechten voor het kind uitoefenen. Zij beslissen over de behandeling en hebben uit dien hoofde recht op informatie over het onderzoek of de behandeling. Het kind heeft ook een eigen recht op informatie, afgestemd op zijn bevattingsvermogen (artikel 7:448 lid 1 BW). Weigeren ouders toestemming te geven voor een dringend noodzakelijke ingreep, dan kan via de RvdK worden bewerkstelligd dat zij (tijdelijk) buiten spel worden gezet door een kinderbeschermingsmaatregel. In dat geval beslist de voogd. Is het kind reeds (voorlopig) onder toezicht gesteld en weigeren een of beide ouders toestemming voor een dringend noodzakelijk onderzoek of behandeling, dan kan het BJZ de rechter vragen om vervangende toestemming (artikel 1:264 BW).

8.4.2 Kinderen van 12 t/m 15 jaar

In deze leeftijdsgroep is voor onderzoek en behandeling dubbele toestemming vereist, zowel van de ouders als van het kind zelf (artikel 7:450 BW). *Als ouders toestemming weigeren, is toestemming van het kind voldoende als het kind het onderzoek of de behandeling*

weloverwogen blijft wensen. Ingrepen die noodzakelijk zijn om ‘kennelijk ernstig nadeel’ voor het kind te voorkomen, kunnen ook zonder toestemming van de ouders worden verricht. *Kinderen in deze leeftijdsgroep oefenen de overige patiëntenrechten zelfstandig uit mits zij in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen terzake* (wilsbekwaam zijn, zie paragraaf 8.4.4). Is dat het geval, dan beslist het kind zelf over gegevensverstrekking aan derden, inzage in en/of vernietiging van zijn dossier et cetera. Bij de naleving van deze rechten zal de hulpverlener rekening moeten houden met de betrokkenheid van de ouders bij de behandeling.

8.4.3 Adolescenten van 16 en 17 jaar

In de WGBO wordt een uitzondering gemaakt op de regels over de handelingsbekwaamheid van minderjarigen volgens het BW (zie paragraaf 8.2.1). Vanaf het zestiende levensjaar gaan adolescenten, mits wilsbekwaam (zie hierna), zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan en beslissen ook zelf over geneeskundig onderzoek of behandeling. Zij oefenen in beginsel ook zelfstandig de patiëntenrechten uit.

De discrepantie tussen de (financiële) afhankelijkheid van de ouders op grond van het burgerlijk recht (tot 18 jaar) en het zelfstandig beslissingsrecht vanaf 16 jaar op grond van de WGBO, levert een knelpunt op bij de geheimhouding jegens ouders (art 7:457 lid 3 BW). Bij de nog van de ouders financieel afhankelijke jongere kan bijvoorbeeld een contact met de (huis)arts via de nota bekend worden bij de ouders.

8.4.4 Wilsonbekwame minderjarigen

Wilsonbekwame minderjarigen worden vertegenwoordigd door hun ouders of voogd (artikel 465 lid 2 BW). Zij zijn bevoegd om toestemming te geven voor onderzoek of behandeling en oefenen ook de andere patiëntenrechten voor het kind uit. Van deze regel kan worden afgeweken als de zorg van een goed hulpverlener dat verlangt (artikel 7:465 lid 4 BW). De arts kan dan buiten de ouders om handelen.

8.5 Het dossier

8.5.1 Dossierplicht

Volgens de WGBO moet de hulpverlener een dossier inrichten waarin hij verslag legt van al die gegevens die van belang zijn voor een goede hulpverlening aan de patiënt (artikel 7:454 lid 1 BW).

In de Meldcode van de KNMG wordt het belang van schriftelijke vastlegging van (vermoedens van) kindermishandeling in het dossier benadrukt. Dit belang is met name gelegen in de continuïteit van de hulpverlening bij waarneming en opvolging. De arts (en de

verpleegkundige) dient, aldus de Code, in het dossier op zorgvuldige en objectieve wijze aantekening te houden van de aanwijzingen waaruit kan worden afgeleid dat het kind mogelijk wordt mishandeld, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn verricht en de uitkomsten daarvan, van de inhoud van het consult van de collega alsook van de contacten met andere collegae en/of instanties zoals het AMK en van de stappen die naar aanleiding daarvan zijn genomen.

8.5.2 Persoonlijke werkaantekeningen

Persoonlijke werkaantekeningen, waarin de JGZ-medewerker persoonlijke (doorgaans zeer voorlopige) indrukken en waarnemingen bij wijze van geheugensteun vastlegt, behoren niet tot het dossier en worden apart van het dossier bewaard. Ze dienen als geheugensteun en zijn voor persoonlijk gebruik. Verstrekt de JGZ-medewerker mondeling of schriftelijk gegevens uit zijn persoonlijke werkaantekeningen aan anderen, dan vallen deze gegevens vanaf dat moment onder het dossier en zijn ze dus ook ter inzage voor de cliënt. Het gaat echt alleen om indrukken en overwegingen die te subjectief of te voorlopig zijn om vastgelegd te worden in het dossier. Zo gauw dit wel mogelijk is, worden ze samengevat in het dossier of vernietigd omdat ze niet meer relevant zijn.

Bij *de overdracht* van een dossier, bekijkt de JGZ-medewerker welke werkaantekeningen zich lenen voor opname in het dossier. De overige aantekeningen worden vernietigd. Zou de JGZ-medewerker de persoonlijke werkaantekeningen met het dossier meesturen, dan behoren ze vanaf dat moment tot het dossier, de medewerker verstrekt deze dan immers aan een ander (Ministerie van VWS, 2003).

8.5.3 Bewaartermijn

De WGBO bepaalt dat de hulpverlener de gegevens in het patiëntendossier vijftien jaar moet bewaren, 'te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit' (artikel 7:454 lid 3 BW). Mogelijk wordt dit op termijn nog verder verlengd. In de praktijk wordt de bewaartermijn zó uitgelegd dat deze een aanvang neemt nadat de behandeling werd beëindigd. In de JGZ is dat ook gebruikelijk in die zin dat de bewaartermijn aanvangt na afloop van de zorgperiode, dus als het kind 18 jaar wordt. Het JGZ-dossier wordt daarmee - tenzij een verzoek om vernietiging werd gedaan, zie hierna - bewaard tot het 34e levensjaar, of zoveel langer als 'goed hulpverlenerschap' vergt.

Gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling kunnen ook na het 34e levensjaar nog van belang zijn, voor behandeldoelinden maar bijvoorbeeld ook met het oog op een civiel- of strafrechtelijke procedure die het slachtoffer alsnog zou willen opstarten. Om die reden moeten deze gegevens bewaard worden voor zover en zolang als dat noodzakelijk is.

8.5.4 Recht op inzage en afschrift

Volgens artikel 7:456 BW heeft de patiënt recht op inzage in en afschrift van zijn dossier, tenzij daardoor de privacy van een derde wordt geschaad.

Vanaf 12 jaar heeft het kind - mits wilsbekwaam - zelf recht op inzage. Inzage door 'anderen' is mogelijk als de patiënt daar rechtsgeldig toestemming voor heeft gegeven of als sprake is van een van de andere gronden voor doorbreking van het beroepsgeheim (zie ook paragraaf 8.6).

Ouders zijn geen 'anderen' voor zover zij gegevens uit het dossier nodig hebben om toestemming te geven voor de behandeling (artikel 7:457 lid 3 BW). Voor zover hun toestemming voor behandeling is vereist, hebben zij dus recht op inzage en afschrift. Voor het overige is (vanaf 12 jaar en mits het kind wilsbekwaam is) inzage door de ouders afhankelijk van de toestemming van het kind.

De hulpverlener kan de ouders ook inzage weigeren op grond van goed hulpverlenerschap. Volgens de Meldcode van de KNMG kan dit in het gezondheids- of privacybelang van het kind of uit overwegingen van de veiligheid van de verslagleggende arts.

De niet met het gezag belaste ouder heeft geen recht op inzage, alleen recht op die informatie die hem een globaal beeld kan geven over de gezondheidstoestand van zijn kind (zie ook paragraaf 8.2).

Als de patiënt om inzage of afschrift vraagt, moet de hulpverlener daar zo spoedig mogelijk (binnen 2 tot 4 weken) op reageren. Voor een afschrift mag een vergoeding in rekening worden gebracht. De KNMG heeft een richtlijn over de bedragen die per afschrift in rekening mogen worden gebracht (KNMG, 2003).

8.5.5 Recht op aanvulling, correctie en afscherming

Ouders en/of (wilsbekwame) minderjarigen vanaf 12 jaar hebben het recht het dossier aan te vullen met een eigen verklaring (artikel 7:454 BW). Op dit recht kan bijvoorbeeld een beroep worden gedaan als men het niet eens is met de zienswijze van de hulpverlener. De hulpverlener moet de verklaring in het dossier opnemen. Ook hebben zij er recht op dat feitelijke onjuistheden worden gecorrigeerd en kunnen zij om afscherming vragen als zij willen dat bepaalde informatie in het dossier blijft staan, maar voor derden wordt afgeschermd. Deze laatste twee rechten komen uit de WBP.

8.5.6 Recht op vernietiging

Volgens artikel 7:455 BW moet de hulpverlener gegevens uit het patiëntendossier vernietigen binnen drie maanden na een verzoek van de patiënt daartoe. De patiënt heeft dus vernietigingsrecht en net als de andere patiëntenrechten oefent de minderjarige dit recht (mits wilsbekwaam) vanaf 12 jaar zelf uit. Ouders kunnen om vernietiging verzoeken als het gaat om kinderen onder de twaalf jaar of om wilsbekwame minderjarigen. Op het

vernietigingsrecht kan uitzondering worden gemaakt als bewaring ‘van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt of de wet zich tegen vernietiging verzet’. Onder deze ‘anderen’ kan ook de hulpverlener zelf worden gerekend, bijvoorbeeld als er een klacht tegen hem is of concreet dreigt te worden ingediend en hij het dossier nodig heeft voor zijn verweer.

In de Meldcode van de KNMG wordt het vernietigingsrecht met terughoudendheid benaderd als het om gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling gaat. De arts vernietigt deze gegevens uitsluitend op verzoek van de minderjarige zelf en uitsluitend wanneer deze de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. De JGZ kan de minderjarige of de ouders daarbij wijzen op het belang van bewaren van gegevens met het oog op een mogelijke aangifte van de mishandeling op een later tijdstip.

8.6 Beroepsgeheim, privacy en gegevensuitwisseling

8.6.1 Het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim kent twee aspecten:

1. een individueel aspect, gericht op het belang van de patiënt. Die moet zich zonder vrees tot een hulpverlener kunnen wenden in de wetenschap dat die geen informatie aan derden zal doorgeven zonder gerichte toestemming van de patiënt. Het beroepsgeheim is dan ook geen recht van de hulpverlener maar een recht van de patiënt.
2. een collectief aspect, gericht op het algemeen belang. De samenleving als zodanig moet er van uit kunnen gaan dat een ieder zich vrijelijk tot een hulpverlener als vertrouwenspersoon kan wenden.

Het beroepsgeheim is neergelegd in verschillende wettelijke bepalingen (artikel 88 Wet BIG, artikel 7:457 lid 1 BW, artikel 9 lid 4 WBP). Het zonder geldige reden schenden van het beroepsgeheim is strafbaar (artikel 272 WvSr). Het beroepsgeheim is daarnaast neergelegd in verschillende beroepscode en gedragsregels van beroepsgroepen. Artsen en verpleegkundigen hebben een wettelijk geregeld beroepsgeheim. JGZ-medewerkers die dat niet hebben, zoals assistentes, telefonistes et cetera, hebben een van de arts of verpleegkundige afgeleid beroepsgeheim. Tenslotte is een geheimhoudingsplicht ook vaak opgenomen in arbeidscontracten of toelatingsovereenkomsten van professionals in de JGZ.

Het beroepsgeheim bestaat uit een zwijgplicht en een verschoningsrecht. De zwijgplicht houdt in dat een hulpverlener zwijgt over alles wat hij in het kader van de behandeling over een patiënt te weten is gekomen, tenzij de patiënt hem toestemming heeft gegeven om te spreken. Het verschoningsrecht geldt ten opzichte van de rechter. Een verschoningsgerechtigde heeft het recht tegenover de rechter te zwijgen over bepaalde patiëntgerelateerde gegevens (Wetboek van Strafvordering artikel 218). Personen met een afgeleid beroepsgeheim hebben ook een afgeleid verschoningsrecht. Omdat informatie die aan

de politie wordt gegeven ook in rechte kan worden gebruikt, kan het verschoningsrecht ook tegenover de politie worden ingeroepen.

De zwijgplicht geldt niet ten opzichte van:

- personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst (in de JGZ zijn dat naast de JGZ-arts en de jeugdverpleegkundige vaak de medebehandelaars, waar onder de (dokters)assistent);
- de vervanger van de JGZ-arts en -verpleegkundige;
- de vertegenwoordiger van de patiënt.

Al deze personen ontvangen die informatie die relevant is voor de uitoefening van hun taak. Andere informatie valt onder de zwijgplicht.

Ook ouders of voogd mogen zonder toestemming van hun kind dus slechts die informatie ontvangen die zij nodig hebben om over de behandeling te kunnen (mee)beslissen. Zijn zij niet bevoegd om over de behandeling te beslissen, dan geldt in beginsel de zwijgplicht. Informeren van ouders kan voorts achterwege blijven met een beroep op goed hulpverlenerschap. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als vertrouwelijkheid noodzakelijk is voor de hulpverlening aan het kind.

Gegevensverstrekking aan derden

Gegevensverstrekking aan derden is (vanwege beroepsgeheim en zwijgplicht) in beginsel niet toegestaan. Op deze regel kan uitzondering worden gemaakt in drie situaties:

1. toestemming van de patiënt;
2. een wettelijk plicht tot spreken;
3. een conflict van plichten.

Ad 1. Toestemming

Onder de twaalf jaar zijn het de ouders of de voogd die toestemming moeten geven voor verstrekking van gegevens aan derden. Vanaf 12 jaar beslist het kind, mits wilsbekwaam, zelf. In geval van wilsonbekwaamheid beslissen de ouders of de voogd.

In de JGZ is het gebruikelijk om de toestemming tot overdracht van gegevens aan de JGZ 4-19 jaar of een JGZ-instelling in een andere plaats, te regelen door bij het eerste contact aan ouders de toestemming te vragen om het dossier te zijner tijd over te dragen. Van de instemming maakt de JGZ-werker aantekening in het dossier.

Toestemming voor gegevensverstrekking aan derden kan in sommige gevallen worden verondersteld. In die gevallen hoeven arts of verpleegkundige niet expliciet om toestemming te vragen. Dit kan zich in twee situaties voordoen.

- a. De patiënt is op de hoogte van de gegevensverstrekking en van de mogelijkheid om daartegen bezwaar te maken. Dit kan zich voordoen bij verwijzing. Als de patiënt akkoord gaat met de verwijzing kan verondersteld worden dat hij ook akkoord is met gegevensverstrekking. Ook kan het in bepaalde zorgketens dermate gebruikelijk zijn dat informatie wordt verstrekt, dat de toestemming van de betrokkene daarvoor kan worden verondersteld. Te denken valt aan gegevensverstrekking door de curatieve

zorg aan de JGZ of door de JGZ aan de huisarts. Voorwaarde daarvoor is wel dat de gegevensverstrekker deze werkwijze duidelijk in schriftelijk informatiemateriaal beschrijft, inclusief de mogelijkheid om daar bezwaar tegen te maken.

- b. De patiënt is niet (meer) in staat om toestemming te verlenen of is overleden. Om in die gevallen toestemming te kunnen veronderstellen, moet de arts uit aanwijzingen of gedragingen uit het verleden kunnen afleiden dat de patiënt toestemming zou hebben gegeven als hem dat gevraagd zou worden. Hiervoor zijn geen algemene regels te geven.

Ad 2. Wettelijke plicht

Een arts is verplicht gegevens van een patiënt te verstrekken als een wettelijke bepaling hem daartoe dwingt. Een voorbeeld daarvan is de melding van bepaalde infectieziekten aan de GGD op grond van de Infectieziektenwet. Daarnaast kan een wet de arts *de mogelijkheid* bieden om informatie te verstrekken. Een voorbeeld daarvan is het wettelijke recht van geheimhouders om (vermoedens van) kindermishandeling te melden bij het AMK (zie verder paragraaf 8.8).

Ad. 3 Conflict van plichten

Er zijn situaties denkbaar waarin arts of verpleegkundige menen hun zwijgplicht te moeten doorbreken omdat een ander belang zwaarder weegt. Dan moet een afweging worden gemaakt tussen verschillende belangen: het belang dat gemoeid is met handhaving van de zwijgplicht en een ander belang. De beslissing om al dan niet de zwijgplicht te doorbreken ligt bij de arts of de verpleegkundige.

Besluit een persoon met een geheimhoudingsplicht deze te doorbreken, dan is hij niet strafbaar als hij zich met succes kan beroepen op overmacht (artikel 40 WvSr). Volgens rechtspraak en literatuur moet daarvoor aan de volgende vijf voorwaarden zijn voldaan:

1. Welk *doel* wil ik bereiken door met een ander te spreken?
2. Is er een *andere mogelijkheid* om ditzelfde doel te bereiken zonder dat ik mijn beroepsgeheim hoeft te verbreken?
3. Waarom is het niet mogelijk om *toestemming* te vragen of te krijgen?
4. Zijn de *belangen van het kind* die ik wil dienen met mijn spreken zo zwaar dat deze naar mijn oordeel opwegen tegen de belangen die kind en ouders hebben bij mijn zwijgen?
5. Als ik besluit om te spreken *aan wie moet ik dan welke informatie verstrekken* zodat het kind kan worden geholpen?

In paragraaf 8.8 wordt nader ingegaan op de bijzondere regels voor gegevensverstrekking aan AMK en RvdK, in paragraaf 8.9 op gegevensverstrekking aan politie en justitie en paragraaf 8.10 op gegevensuitwisseling met (deelnemers aan) netwerken.

Bij onzekerheid over de implicaties van handelen, kunnen (jeugd-)artsen die lid zijn van de federatie KNMG advies vragen bij de Artseninflijn van de KNMG (030-2823322). De JGZ-verpleegkundige kan bij de koepel Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN, tel. 030-2919050) inlichtingen vragen.

8.7 Klachtmogelijkheden

Patiënt of ouders hebben de mogelijkheid om bij de instelling een klacht in te dienen. Iedere JGZ-instelling moet op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen (WKCZ) een klachtencommissie hebben of daarbij zijn aangesloten. Daarnaast kunnen ouders en/of kind en bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg tegen de arts of verpleegkundige een tuchtklacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege.

De normen waaraan zij in het tuchtrecht getoetst worden zijn:

- Heeft het handelen of nalaten strijd opgeleverd met de zorg die een beroepsbeoefenaar behoort te betrachten ten opzichte van de patiënt of naasten?
- Heeft het handelen strijd opgeleverd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg?

De tuchtnormen zijn zo ruim geformuleerd dat ook verplichtingen die voortvloeien uit andere wettelijke bepalingen (bijvoorbeeld de WGBO, WvSr), en uit richtlijnen, gedragsregels en protocollen en cetera onder de tuchtnormen kunnen worden gerekend.

Als de klacht gegrond geacht wordt, kunnen de volgende tuchtmaatregelen opgelegd worden in opklimmende zwaarte:

- waarschuwing
- berisping
- geldboete
- (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar
- gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen onder het voeren van de titel
- doorhaling van de inschrijving in het register

In het geval van schadevergoeding kan de civiele rechter ingeschakeld worden. In een enkel geval wordt tegen een hulpverlener ook strafvervolgning ingezet. In het strafproces bestaat sinds 1995 de mogelijkheid van 'voeging' in een strafproces van een schadeclaim jegens de verdachte door het slachtoffer van een strafbaar feit. Tuchtrecht, civiel recht en strafrecht kunnen tegelijkertijd worden toegepast.

8.8 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en Raad voor de Kinderbescherming

Een aantal van de hieronder besproken onderwerpen zijn al ter sprake gekomen in hoofdstuk 7. In hoofdstuk 8 ligt de nadruk op de juridische aspecten.

8.8.1 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) zijn neergelegd in de Wet op de Jeugdzorg (WJ) en het bij deze wet behorende Uitvoeringsbesluit. Het AMK valt onder de verantwoordelijkheid van het Bureau Jeugdzorg (zie ook bijlage 12).

De Meldcode van de KNMG (zie eerder in dit hoofdstuk en bijlage 2) evenals de Meldcode Kindermishandeling voor beroepskrachten die in opdracht van VWS door het NJI is geformuleerd (Baeten, 2002) vormen een handleiding voor de verantwoordelijkheden en stappen van de JGZ bij een vermoeden van kindermishandeling.

8.8.1.1 Advies of consult

Bij vermoedens van kindermishandeling kan men aan een AMK advies of consult vragen over de te ondernemen stappen. De gegevens van het gezin blijven hierbij anoniem. Er is dan ook geen sprake van gegevensverstrekking. Het AMK registreert wel naam en adres van de adviesvrager. Wanneer de veiligheid van het kind dit toelaat, bespreekt de arts of verpleegkundige de vermoedens met de ouders/wettelijke vertegenwoordigers van het kind en zo mogelijk met het kind zelf.

8.8.1.2 Melding

Als het niet mogelijk is om de toestemming van ouders of kind te vragen voor het doen van een melding bij het AMK, kan dit toch gebeuren 'indien dit noodzakelijk kan worden geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken' (artikel 53 lid 3 lid WJ). Beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim hebben op grond van deze wettelijke bepaling het recht om zonder toestemming van het betrokken gezin gegevens te verstrekken aan het AMK. Hierbij zijn de gegevens van het gezin dus niet anoniem.

Vijf criteria

In de Meldcode van de KNMG wordt nader uitgewerkt wanneer sprake is van bovenbedoelde noodzaak en wordt een vijftal, van het conflict van plichten afgeleide, criteria geformuleerd voor melding aan het AMK. De zwijgplicht mag volgens de Meldcode van de KNMG doorbroken worden als aan de vijf is voldaan (zie paragraaf 8.6).

Anoniem blijven of niet

Volgens de Meldcode van VWS/NIZW kan iedere beroepskracht die weet of vermoedt dat sprake is van kindermishandeling bij het AMK melden (zie bijlage 2, onderdeel 9). Inschakelen van het AMK is volgens deze code aangewezen 'als de eigen mogelijkheden voor het ondernemen van adequate actie tekortschieten' (zie bijlage 2, onderdeel 10). De beroepsbeoefenaar *kán* anoniem melden, dat wil zeggen dat het AMK aan betrokkenen niet mededeelt wie de melding heeft gedaan. Anoniem blijven kan alleen als men vreest voor de veiligheid van het kind of andere leden van het gezin waartoe het kind behoort,

voor de eigen veiligheid of voor een verstoring van de vertrouwensrelatie (artikel 55 lid 3 Uitvoeringsbesluit WJ). Bedacht moet worden dat een gesprek van het AMK met de ouders wordt bemoeilijkt als niet bekend gemaakt kan worden wie de melder was. De inhoud van een melding is namelijk vaak terug te voeren op de persoon van de melder.

Vooronderzoek

Het AMK stelt binnen vijf dagen na ontvangst van de melding vast of deze in onderzoek wordt genomen. Uiterlijk vier weken daarna stelt zij het gezin op de hoogte. In de tussentijd kan het AMK een vooronderzoek doen bij andere beroepsbeoefenaren, hulpverleners en/of leerkrachten. Daarvan is het gezin meestal niet op de hoogte. Voor beroepsbeoefenaren die in het kader van zo'n vooronderzoek door het AMK worden benaderd om aanvullende informatie geldt het volgende. Toestemming vragen is (gegeven de situatie) vaak geen optie. Verder geldt ook hier dat alleen informatie aan het AMK mag worden verstrekt als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een vermoeden te laten onderzoeken (als dus aan de vijf criteria uit de KNMG meldcode is voldaan). Men dient zich daarbij af te vragen welke toegevoegde waarde het verstrekken van informatie heeft. Anoniem blijven is ook hier mogelijk.

Stappen na melding

Het AMK oordeelt binnen dertien weken na de start van het onderzoek of, en zo ja, tot welke stappen de melding aanleiding geeft. Het AMK kan besluiten tot:

- geen verdere acties;
- terugverwijzing naar JGZ voor verdere begeleiding;
- verwijzing naar maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg of andere hulpverlening;
- inschakeling van de Raad voor de Kinderbescherming;
- aangifte bij de politie.

Het AMK heeft in beginsel geheimhoudingsplicht (artikel 51 lid 1 WJ) maar ook (wettelijk geregelde) bevoegdheden om, als het belang van het kind dat vereist, aan andere instanties zoals de RvdK of justitie gegevens over te dragen. Anonieme melders blijven daarbij anoniem. De melder wordt over de afhandeling bericht.

8.8.2 Raad voor de Kinderbescherming (RvdK)

Volgens de Meldcode van de KNMG kan kindermishandeling ook bij de RvdK worden gemeld als sprake is van een zeer ernstige situatie voor het kind waarbij onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is (Meldcode 2008, artikel 10). Zo mogelijk gebeurt dat met toestemming van kind en/of ouders, maar zonder toestemming is dat eveneens toegestaan. Geheimhouders hebben op grond van art. 1:240 BW namelijk wettelijk het recht om zonder toestemming aan de RvdK gegevens te verstrekken 'als dit noodzakelijk kan worden geacht voor de uitoefening van de taken van de raad.'

De Raad onderzoekt via gesprekken met het kind, de ouders, hulpverleners en leerkrachten of er inderdaad een voor het kind dreigende situatie bestaat. De uitkomst van het onderzoek kan resulteren in de volgende adviezen:

- Er blijkt geen grond te zijn voor de melding of het probleem heeft zich intussen opgelost.
- Er dient professionele hulp (maatschappelijk werk, psycholoog) te worden ingeschakeld. Medewerking van de ouders en kind is hierbij nodig.
- Er is sprake van een ernstige bedreiging van de ontwikkeling van het kind en de problemen kunnen niet anderszins worden opgelost. De Raad vraagt de rechter dan om een kinderbeschermingsmaatregel (zie daarover paragraaf 8.3).

Conclusie: JGZ-artsen en -verpleegkundigen mogen zonder toestemming van betrokkenen hun beroepsgeheim doorbreken en (vermoedens van) kindermishandeling melden bij het AMK als dit noodzakelijk is om kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden daarvan te onderzoeken. Dit wettelijk meldrecht is neergelegd in artikel 53 lid 3 WJ. In de Meldcode van de KNMG wordt nader uitgewerkt wanneer sprake is van bovenbedoelde noodzaak en wordt een aantal, van het conflict van plichten afgeleide, criteria geformuleerd voor melding aan het AMK. Volgens artikel 1:240 BW kunnen hulpverleners in de JGZ ook inlichtingen verstrekken aan de RvdK zonder toestemming van betrokkenen 'als dit noodzakelijk kan worden geacht voor de uitoefening van de taken van de raad.' Dit kan plaatsvinden bij zeer ernstig en acuut gevaar voor (de ontwikkeling van) het kind. Onder omstandigheden mag ook nadere informatie worden gegeven als AMK of RvdK daar om vragen.

8.9 Gegevensverstrekking aan politie/justitie

Als de JGZ een geval van kindermishandeling meldt bij het AMK, kan het AMK ook besluiten om aangifte te doen (Meldcode 2008, artikel 11). Een strafrechtelijke procedure kan daarvan het gevolg zijn. In het kader van een dergelijk onderzoek kan ook de JGZ om (nadere) informatie worden gevraagd door politie of justitie. Voor de vraag of aan dat verzoek gehoor moet worden gegeven, dient een nieuwe afweging te worden gemaakt. Een strafrechtelijke procedure wordt gevoerd tussen de Staat en de verdachte en is niet primair gericht op het belang van het kind. Bovendien bestaat er geen wettelijk recht om zonder toestemming gegevens aan politie of justitie te verstrekken en kan politie of justitie een hulpverlener ook niet dwingen om te spreken. De JGZ-arts en -verpleegkundige moeten zich dus afvragen of er toestemming voor gegevensverstrekking is en zo nee, of sprake is van een conflict van plichten (zie ook paragraaf 8.6). In de afweging of van zo'n conflict sprake is, is de veiligheid van het kind of die van concrete anderen richtinggevend. In zéér uitzonderlijke omstandigheden kan ook het belang van de waarheidsvinding in rechte een doorbreking van het beroepsgeheim rechtvaardigen.

Wordt een hulpverlener in een strafproces als getuige opgeroepen, dan is hij verplicht te verschijnen, maar kan hij zich beroepen op een (afgeleid) verschoningsrecht (zie paragraaf 8.6). De rechter beslist of dat beroep wordt gehonoreerd. Verwerpt de rechter het beroep, dan moet de hulpverlener spreken.

Inbeslagneming door opsporingsambtenaren van brieven, andere geschriften of diskettes die rusten onder een verschoningsgerechtigde en vallen onder diens beroepsgeheim is (z  r uitzonderlijke situaties daargelaten) *uitsluitend* toegestaan met toestemming van de verschoningsgerechtigde hulpverlener. Deze kan toestemming geven als de patiënt met afgifte instemt of bij een conflict van plichten (zie hierboven en paragraaf 8.6). Zie verder de Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie van de KNMG (KNMG, 2004, zie www.knmg.nl/dossiers).

8.10 Gegevensuitwisseling met (deelnemers aan) netwerken

8.10.1 Gegevensuitwisseling binnen netwerken

In een groot aantal regio's zijn initiatieven genomen voor structureel overleg en samenwerking rond kindermishandeling. In dergelijke netwerken functioneren naast politie en JGZ vaak andere beroepskrachten zoals leerkrachten, maatschappelijk werkers et cetera. In dit overleg wordt casuistiek zo veel mogelijk anoniem of met toestemming van betrokkene(n) besproken. Maar ook hier geldt dat soms het belang van het kind zwaarder weegt dan het belang dat gediend is met het handhaven van de zwijgplicht. Gegevensuitwisseling kan dan plaats hebben als daarmee de mishandeling eerder voorkomen of gestopt kan worden. Voorwaarde is dat toestemming geen reële optie is, dat het geweld niet op een andere manier is aan te pakken, dat alleen relevante gegevens uitgewisseld worden om het genoemde doel te bereiken en dat de betrokkenen zo spoedig mogelijk worden ingelicht over het overleg, kortom: dat voldaan is aan de voorwaarden voor een beroep op een conflict van plichten (zie paragraaf 8.6). Zie voor aanvullende spelregels voor deelname aan dergelijk overleg bijlage 8.

8.10.2 Onderwijs

Aangezien de JGZ veel met leerkrachten en schoolleiding te maken heeft, is enige kennis over de juridische kaders van deze beroepsgroep op zijn plaats.

Voor het onderwijs geldt geen specifiek wettelijk geregeld beroepsgeheim, wel bevat de onderwijswetgeving voorschriften voor het regelen van de geheimhouding (zie bijlage 10). In het verlengde hiervan ligt voorts het algemene verbod op het schenden van geheimen uit artikel art 272 WvSr. Voor het openbaar onderwijs geldt eveneens de algemene regeling van het beroepsgeheim in artikel 2:5 van de Algemene Wet Bestuursrecht en artikel 125a lid 3 van de Ambtenarenwet.

Leerkrachten mogen dus uitsluitend met toestemming van ouders en/of kind gegevens verstrekken aan anderen. Melding aan AMK en RvdK is hen toegestaan onder dezelfde voorwaarden als aan andere geheimhouders (zie paragraaf 8.8). Gegevensverstrekking aan anderen is zonder toestemming uitsluitend te rechtvaardigen in geval van een conflict van plichten.

8.10.3 Maatschappelijk werk

Voor maatschappelijk werkers geldt eveneens het algemene verbod op schending van het beroepsgeheim (art. 272 WvSr). Deze norm is uitgewerkt in de Beroepscode voor de maatschappelijk werker van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW). Maatschappelijk werkers mogen eveneens uitsluitend met toestemming van ouders en/of kind gegevens verstrekken aan anderen. Melding aan AMK en RvdK is toegestaan onder dezelfde voorwaarden als andere geheimhouders (zie paragraaf 8.8). Gegevensverstrekking aan anderen is zonder toestemming uitsluitend te rechtvaardigen in geval van een conflict van plichten.

8.10.4 Politie

De algemene geheimhoudingsplicht van ambtenaren is neergelegd in artikel 125a lid 3 van de Ambtenarenwet. De mogelijkheden voor verstrekking van gegevens uit politieregisters zijn strikt omschreven in de Wet Politieregisters en het daarop gebaseerde Besluit Politieregisters. Deze mogelijkheden zijn voor personen en instanties zonder opsporingstaken of andere publieke functies zeer beperkt (Baeten, 2002). Informatieverstrekking aan AMK en RvdK is wel mogelijk (artikel 14 Besluit). Informatieverstrekking aan niet in de wet genoemde personen is onder omstandigheden ad hoc mogelijk mits de informatie wordt gebruikt in het kader van een politietaak. Dit kan ook de hulpverlenende taak van de politie zijn, waardoor een opsporingsbelang niet perse vereist is.

9 AANBEVELINGEN

9.1 Aanbevelingen voor de JGZ

Voor een uitgebreidere beschrijving en toelichting van de aanbevelingen wordt naar de betreffende paragrafen en hoofdstukken van de richtlijn verwezen.

Signaleren kindermishandeling

- De JGZ moet bij elk contact met kind en ouders actief onderzoeken of er beschermende en risicofactoren aanwezig zijn en of het gezin hulp nodig heeft (zie paragraaf 6.4.1.1 en de paragraaf 4.1).
- De JGZ dient van pre- en perinatale zorg en kraamzorg informatie over risicofactoren overgedragen te krijgen.
- De JGZ realiseert zich dat immigranten andersoortige problemen hebben en probeert zich in deze problematiek in te leven (zie paragraaf 3.1.4).

Zorgmijders

- Ouders en kinderen die de zorg van de JGZ afwijzen, kunnen horen bij een risicogroep. De JGZ moet met deze gezinnen het waarom bespreken en de gezinnen motiveren om er gebruik van te maken (zie paragraaf 3.1.3).

Organisatie van verwijzing en terugrapportage

- Als de JGZ een gezin naar een andere instantie verwijst, rapporteert de andere instantie niet altijd terug. Mogelijk zijn de verwijzingen soms onduidelijk. Organisaties voor JGZ dienen formele afspraken te maken met andere instanties over de verwijzing en de terugrapportage, alsmede de termijn waarbinnen dat zal gebeuren (zie paragraaf 7.1).

Aandachtsfunctionaris kindermishandeling

- Binnen de instelling dienen een of meer JGZ-medewerkers de taak van aandachtsfunctionaris kindermishandeling te krijgen (zie paragraaf 7.5)
- De instelling dient voor deze functie een taakomschrijving op te stellen (zie paragraaf 7.5 en bijlage 13).
- De aandachtsfunctionaris kindermishandeling dient formatie-uren te krijgen voor het uitoefenen van deze taak (zie paragraaf 7.7).
- De artsen en verpleegkundigen moeten met de aandachtsfunctionarissen overleggen bij een vermoeden van kindermishandeling (zie paragraaf 4.4.2).

Dossier

- In verband met de preventie en de signalering van kindermishandeling moeten in het JGZ-dossier de gegevens van de zwangerschap, de bevalling en de kraamzorg vermeld staan (zie paragraaf 6.4.1.2).
- De JGZ dient zich te realiseren dat bij een vermoeden van kindermishandeling nauwkeurige verslaglegging van groot belang is voor alle betrokkenen (zie paragraaf 4.6 en paragraaf 7.4).

Schatting omvang opvoedingsproblemen en kindermishandeling in de eigen populatie

- Elke JGZ-instelling dient een schatting te maken van het aantal gezinnen met opvoedingsproblemen en het aantal kinderen waarover een vermoeden van kindermishandeling bestaat binnen de eigen populatie (zie paragraaf 7.7). Hierbij dient rekening gehouden te worden met de demografische opbouw van de populatie in probleemaccumulatiegebieden.
- Elke JGZ-instelling dient een schatting te maken van de tijdsinvestering die nodig is voor hulp aan deze gezinnen (zie paragraaf 7.7).
- JGZ-instellingen dienen op grond van bovengenoemde schattingen een formatie van artsen en verpleegkundigen vast te stellen (zie paragraaf 7.7).

Veiligheid medewerkers

- Aan de veiligheid van de medewerkers tijdens de uitoefening van hun werk dient aandacht besteed te worden door het management van de instelling, waarbij zij in dienst zijn (zie paragraaf 7.9).
- Medewerkers moeten een aparte training krijgen in het hanteren van agressief gedrag van de cliënt tegen de hulpverlener. Dit kan een belangrijke drempel (angst) voor het melden wegnemen.

Deskundigheid medewerkers

- JGZ-medewerkers moeten zich realiseren dat voor het signaleren en interveniëren van kindermishandeling permanente deskundigheidsbevordering nodig is (zie hoofdstuk 7).
- De werkgever van de JGZ dient de medewerkers in staat/verplicht te stellen tot het volgen van bij- en nascholing over dit thema (zie paragraaf 7.2).

9.2 Aanbevelingen voor de overheid

Voor de uitvoering van de richtlijn is deskundigheidsbevordering, formatieruimte voor de aandachtsfunctionaris en eventueel extra JGZ- formatie noodzakelijk.

Het Rijk heeft in de afgelopen jaren, via het gemeentefonds, geïnvesteerd in RAAK (Regionale Aanpak Kindermishandeling) en de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. Directies van GGD'en en Thuiszorgorganisaties moeten met de gemeenten overleggen hoe deze gelden ook voor extra deskundigheidsbevordering van de JGZ- medewerkers, de formatieruimte voor een aandachtsfunctionaris en het handelen conform de richtlijn ingezet kunnen worden.

9.3 Aanbevelingen voor onderzoek

Beschermende factoren en risicofactoren

De meeste in de JGZ gebruikte signaleringsinstrumenten zijn onvoldoende onderzocht op validiteit en bruikbaarheid. Er zijn ouders en kinderen die het ondanks moeilijke

omstandigheden goed doen, en omgekeerd ouders en kinderen die in normale omstandigheden problemen hebben.

- Signaleringsinstrumenten voor de JGZ moeten onderzocht worden op validiteit en bruikbaarheid.
- Onderzoek moet worden verricht naar de beschermende factoren van ouders en kinderen die het ondanks moeilijke omstandigheden goed lijken te doen (zie hoofdstuk 3).

Interventies

Er bestaan veel interventies voor opvoedingsproblemen en kindermishandeling. De meeste van deze interventies zijn nog niet vertaald in het Nederlands en nog niet gevalideerd voor Nederland.

- Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van deze interventies zowel op korte als op langere termijn.
- Binnen afzienbare tijd moeten alleen die interventieprogramma's worden toegepast, die bewezen effectief zijn (zie hoofdstuk 5).

DANKWOORD

Deze JGZ-richtlijn is tot stand gekomen met dank aan de werkgroep Secundaire preventie kindermishandeling:

I. Bicanic, psychologe, Wilhelmina Kinderziekenhuis
G. Buraen, arts M&G
C. van den Hooven, manager JGZ 0-4 (werkgroeplid van augustus 2004 tot september 2005)
M. Jacobs, stafverpleegkundige JGZ 0-4 (werkgroeplid tot augustus 2004)
K. Kooijman, psycholoog, Nji Jeugd
N. Landsmeer, kinderarts
M. Peters, pedagoog, oud-voorzitter voormalige NVL
P. Pollmann, vertrouwensarts AMK
B. Rensen, jeugdarts 4-19 jaar
P.C.M. van Velsen, stafverpleegkundige JGZ
J. de Vries, verpleegkundige, beleidsadviseur Z-org (ActiZ)
M. van Zweeden, vertrouwensarts AMK

Namens TNO Kwaliteit van Leven

N. Heerdink-Obenhuijsen, arts M&G (werkgroeplid vanaf 1 december 2004)
M. Kamphuis, jeugdarts KNMG (werkgroeplid vanaf 1 maart 2005)
F.J.M. van Leerdam, arts M&G (werkgroeplid tot 1 mei 2003)
M.M. Wagenaar-Fischer, arts M&G n.p.
J. de Wilde, arts M&G

Onze overige dank gaat uit naar:

Mevr. G.J.W. Bakker-Camu, stafverpleegkundige/beleidsmedewerker JGZ namens V&VN sectie JGZ
Mevr. K.A. Baller, Hoofd Vangnet Jeugd
Hr. Drs. Jos Bemelmans, psycholoog
Mevr. E.T.A. Boehmer, arts M&G
Mevr. L.W. Boland, arts M&G
Mevr. M. Bouwmeester-Landweer, orthopedagoge
Mevr. H. Brouwer, arts M&G
Mevr. Dr. A.M.W. Bulk-Bunschoten, arts M&G
Hr. H.S.E. Funcke, arts M&G
Mevr. C. van Gent, arts M&G
Hr. A.H.T. Gieling, arts M&G
Mevr. R. Heinen, verpleegkundige namens LVSV (tegenwoordig V&VN)
Mevr. C. Huson, beleidsmedewerker Landelijk Service Bureau Medische Opvang Asielzoekers
Mevr. P.J. Jonker, arts M&G
Mevr. Prof. Dr. F. Lamers-Winkelmann, orthopedagoge VU
Mevr. C. de Lathouder, arts M&G
Mevr. S. Mol, huisarts

Mevr. J. Mooij, arts M&G

Mevr. E.H.M.C. Moret-Huffmeijer, stafarts JGZ en arts AMK

Hr. Dr. F. Öry, kinderarts

Mevr. Mr. R. de Roode, juriste KNMG

Mevr. I. Padberg, verpleegkundige namens LVSV (tegenwoordig V&VN)

Mevr. L. Verstraten, stafverpleegkundige JGZ

Hr. Drs. A. Wolzak, onderzoeker Nji

Hr. Drs. H.C. Zoomers, destijds werkzaam bij het ministerie van VWS

LITERATUUR

- Aarsen, R.S.R., R.A.C. Bilo, et al. (2000) Werkboek kindermishandeling. Sectie sociale en psychosociale kindergeneeskunde van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. VU Uitgeverij, Amsterdam.
- Agar, S.E. (2001) Manual for the child abuse risk evaluation. Professional guidelines for assessing risk of physical child abuse and neglect. Simon Fraser University.
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (2005) Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis. Lisse.
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (2006) Advies signaleringsinstrumenten. Advies aan VWS m.b.t. drie signaleringsinstrumenten uit het rapport van de Inventgroep en de toepasbaarheid of het toepasbaar maken voor de JGZ. Lisse.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- Ayoub, C.C., H.A. Schreier en C. Keller (2002) Munchausen by proxy: presentations in special education. *Child maltreatment* 7(2), 103-104.
- Baartman, H. (1996) Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie. Uitgeverij SWP, Amsterdam.
- Baeten, P. (2002) Meldcode Kindermishandeling. Richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten. NIZW, Utrecht.
- Baeten, P. en L. Janssen (2002) Samenwerken en beroepsgeheim. Huiselijk geweld. NIZW, Utrecht.
- Baeten, P. en J. Willems (2004) De maat van kindermishandeling. Richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten. Meldcode en criteria van kindermishandeling. Uitgeverij SWP, Amsterdam.
- Baeten, P. en A. Gielis (2004) Protocol van handelen voor AMK medewerkers. Bij vermoeden van kindermishandeling in relaties van afhankelijkheid en onvrijheid. NIZW Jeugd, Utrecht
- Bakker, I. (1995) Nooit meer slaan. De bijdrage van opvoedingsondersteuning aan het voorkomen van kindermishandeling. *VK magazine*, editie september.
- Bakker, I., K. Bakker, K. van Dijke en L. Terpstra (2000) O + O = O² Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties, 3e druk. NIZW, Utrecht.
- Bicanic, I. (2002) Geweld in de hersenen: over de neurobiologische gevolgen van kindermishandeling. *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*, 29: 33-45.
- Bilo, R.A.C. (1989) Vroege signalering van kindermishandeling. *De tijdstroom*, Lochem.
- Bilo, R.A.C. en A.P. Oranje (1996) Het ongelukschildje. De huid als raakvlak van kinderdermatologie en kindermishandeling. *De Weezenlanden Series* no 12, Zwolle.
- Blokland, G., B. Prinsen, C. Kok en Wijngaarden, J. van (2003) De jeugd heeft de toekomst. Preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen, maatwerk van de GGD. NIZW, Utrecht.
- Bont, M. de en J. de Witte (red.) Meldcode kindermishandeling. V&VN, in ontwikkeling.
- Boudewijnse, H.B., E.M. Lokven en E. Oskam. (2005) Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, 6e druk. Van Gorcum, Assen.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006a) Early home visitation in families at risk for child maltreatment. *Proefschrift Leiden*.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006b) Huisbezoeken in risicogezinnen: de methode Oké. *Praktijkboek jeugdgezondheidszorg*, I 1.27 1-28. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Broek, J. van der (1991) Er zijn geen namen voor. Jongens als slachtoffer van seksueel misbruik. Ambo, Baarn.
- Browne, K.D., H. Hanks, P. Stratton en C. Hamilton (2002) Early prediction and prevention of child abuse: A handbook. Chicester Wiley.
- Brugman, E., S.A. Reijneveld, M.E. den Hollander-Gijsman, R.J.F. Burgmeijer en J.J. Radder (1999) Peilingen in de jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1997-1998. TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.

- Burauen, G. Chr. (2000) Protocolering binnen de jeugdgezondheidszorg: 'Kinder mishandeling'. Scriptie TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.
- Burgmeijer, R.J.F., Y.M. van Geenhuizen, T. Filedt Kok-Weimar en A.M. de Jager (1997) Op weg naar volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 1996. TNO Preventie en Gezondheid en KPMG N.V., Leiden/ Maarssen.
- CBO (2008) Conceptrichtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht.
- Cleiren, C.P.M. en J.F. Nijboer (2000) Strafrecht, tekst en commentaar. Kluwer, Deventer.
- Coenen-van Vroonhoven en Verloove/ Vanhorick (2008) Advies contactmomenten. TNO, Leiden.
- Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking (2005) Bestrijding vrouwelijke genitale verminking. Onderbouwing advies. Zoetermeer.
- Cyr, M., J. Wright, P. McDuff en A. Perron (2002) Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child abuse and neglect* 26: 957-973.
- DePanfilis, D. en S.J. Zuravin (2002) The effect of services on the recurrence of child maltreatment. *Child abuse and neglect* 26:187-205.
- Draijer, N. (1990) Seksuele traumatisering in de jeugd: lange termijn gevolgen van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. SUA, Amsterdam.
- Eaton, L. (2003) Paediatrician calls for shake up in handling child abuse cases. *BMJ* 326: 180.
- Eijgenraam, K. en C. Konijn (2003) Bureau Jeugdzorg, De poortwachter van de jeugdzorg. Praktijkboek jeugdgezondheidszorg, I 1.1-5. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Fekkes M., F.I.M. Pijpers en S. Verloove-Vanhorick (2004) Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr* 144:17-22.
- Felliti, V.J., R.F. Anda, D. Nordenberg, D.F. Williamson, A.M. Spitz, V. Edwards, M.P. Koss en J.S. Marks (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14(4): 245-258.
- Finkelhor D. (1984) *Child sexual abuse. New theory & research.* The Free Press, New York.
- Frenken, J. (2001) Seksueel misbruik van kinderen. Aard, omvang, signalen, aanpak. Ministerie van Justitie.
- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (1994) GHI Bulletin Informatie over vrouwenbesnijdenis, editie maart. Rijswijk.
- Geurts, E. (2005) Uit de schaduw van huiselijk geweld. Kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders. Praktijkboek jeugdgezondheidszorg, III 2.3. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Goodwin, R.D., Chr. W. Hoven, R. Murison en M. Hotopf (2003) Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *American Journal of Public health* 93: 1065-1067.
- Gorey, K.M. en D.R. Leslie (1997) The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect* 21:391-398.
- Haagmans M. en P. Ohlsen (2004) Hoe was uw jeugd? Handleiding voor professionals in de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar). NIZW, Utrecht.
- Harten, G. van (2003) Juridische helderheid over taken en bevoegdheden. De AMK's zijn bijna klaar. Tijdschrift over kindermishandeling 17 (3) 7-10.
- Hermanns, J. (2000) De preventie van kindermishandeling: kansen in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. NIZW, Utrecht.
- Hermanns, J. (2003) Het bestrijden van kindermishandeling: welke aanpak werkt? Woerden.
- Hermanns, J., F. Öry en G. Schrijvers (2005) Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. VWS.
- Hoefnagels, C.J. (2001) Met recht van spreken. Enkele theoretische en empirische bijdragen ten behoeve van de secundaire preventie van kindermishandeling. SWP, Amsterdam.
- Keesom, J. en K. Kooijman (2002) Zorgen delen. Zorgwekkende opvoedingssituaties met ouders bespreken in de jeugdgezondheidszorg. NIZW, Utrecht.

- Kellnog, N. en The Committee on Child Abuse (2005) Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* vol 16: 1565-1568.
- Klein Velderman, M. en F.D. Pannebakker (2008) Primaire preventie van kindermishandeling. Bekende, gebaande en gewenste paden. TNO.
- Kooijman, K. en B. Prinsen (2003) Meten + delen. Signalering van zorgwekkende opvoedingsituaties in de jeugdgezondheidszorg. NIZW, Utrecht.
- Kooijman, K., E. Struijf, S. van Coeverden, A. Crijnen en F. van Leerdam (2008) VoorZorg: opvoedingsondersteuning van zwangerschap tot peutertijd. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 40 (3): 60-62.
- Kousemaker, N.J.P. en E. Yildiz (2004) Psychosociale problematiek bij baby's. Onderkenning van dreigende en manifeste problematiek en het BABY-KIPPPPI. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 43: 1-7.
- KNMG (1992) Standpunt inzake vrouwen- en meisjesbesnijdenis. Utrecht.
- KNMG (2002) Meldcode voor medici inzake kindermishandeling. Utrecht.
- KNMG (2003) Richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens. Bijlage 2. Utrecht.
- KNMG (2004) Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie. Utrecht.
- KNMG (2008) Artsen en kindermishandeling. Meldcode en stappenplan. Utrecht.
- Kuyvenhoven, M.M., C.F. Hekking en T.H.B. Voorn (1998) Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. *NTvG* 142 (46): 2515-251
- Lamers-Winkelmann, F., N.W. Slot, B. Bijl en A.C. Vijlbrief (2007) Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Eindrapport WODC. Vrije Universiteit Amsterdam afd Orthopedagogiek, Duivendrecht.
- Leerdam, F.J.M., K. Kooijman, F. Öry en M. Landweer (2001) Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling. TNO Preventie en gezondheid, NIZW, Leiden/Utrecht.
- Meerding, J. (2005) De maatschappelijke kosten van kindermishandeling. In: H. Baartman, R. Bullens en J. Willems (Eds.) *Kindermishandeling, de politiek een zorg*. Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Justitie (2003) Seksueel misbruik van kinderen gewijzigde herdruk augustus. Ministerie van Justitie directie Jeugd en Criminaliteitspreventie.
- Ministerie van VWS (2002) Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003) Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg. Over dossiervorming, inzage en verstrekken van cliëntgegevens. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004) Opvoed- en opgroeiondersteuning, de rol van de gemeente in het licht van de Wet op de Jeugdzorg, editie november. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2005) Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg, editie januari Den Haag.
- Munro, E. (1999) Common Errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect* 23 (8): 745-758.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998) Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Nieuwenhuizen, C. van en M. Philipse (2002) Risicotaxatie bij zedendelinquenten: een globaal literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor seksuologie* 26: 70-78.
- NIZW (2005) Adviezen en meldingen over kindermishandeling in 2004. NIZW, Utrecht.
- Platform JGZ (2003) Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Utrecht.
- Postma, S. (2008) JGZ-richtlijn Vroegsignalering psychosociale problemen. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.
- Prinsen, B., G. Blokland en K. Kooijman (2004) Versterking van de pedagogische preventie in de jeugdgezondheidszorg. *Praktijkboek jeugdgezondheidszorg, I 1.6 Elsevier Gezondheidszorg*, Maarssen.
- Prinsen, B., G. Blokland, K. Kooijman et al. (2006) Richtlijn ter stimulering van het gebruik van veelbelovende en effectieve interventies voor de gemeentelijke functies van opvoed- en gezinsondersteuning. NIZW, Utrecht. www.opvoedondersteuning.info.
- Prinsen, B., K. Verhegge en I. ten Thije (2002) Met ouders samen. *Opvoedingsondersteuning in de preventieve zorg in Nederland en Vlaanderen*. NIZW, Utrecht.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) Vrouwelijke genitale verminking in juridisch perspectief. Zoetermeer.
- Rensen, H.B.H. (1991) Mishandeling. In: Handboek Jeugdgezondheidszorg F19.1-12, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Rensen, H.B.H. (1996) Allochtonen en kindermishandeling. *T Kindergeneeskunde* 64:163-167.
- Rensen, H.B.H. (2000) Kindermishandeling. Praktijkboek jeugdgezondheidszorg, III 2.5.1- 40. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Rensen, H.B.H. (2006) Kindermishandeling. Leerboek Jeugdgezondheidszorg. Van Gorcum, Assen.
- Reijneveld, S.A. en A.G.C. Vogels, E. Brugman, J. van Ede, F.C. Verhulst en S.P. Verloove-Vanhorick (2003) Early detection of psychosocial problems in adolescents. How useful is the Dutch short indicative questionnaire (KIVPA)? *European J of Public Health* 13: 152-159.
- Reijneveld, S.A., M.F. van der Wal, E. Brugman, R.A. Hirasings en P. Verloove-Vanhorick (2004) Infant crying and abuse. *Lancet* 364: 1340-1342.
- Ruiter, C. de en P. Pollmann (2003) De risico's van kindermishandeling. Voorstellen na Roermond. *Tijdschrift voor Kindermishandeling* 17: 18-21.
- Ruiter, C. de en E.M. Jong (2006) CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht.
- Sauerwein, L. (2005) Privacy op scholen en in multidisciplinaire zorgteams. SWP, Amsterdam.
- Sheridan, M.S. (2003) The deceit continues: an updated literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 27: 431-541.
- Southall, D.P., M.P. Samuëls en M.H. Golden (2003) Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. *Arch Dis Child* 88: 101-104.
- Thoennes, N. en P.G. Tjaden (1990) The extent, nature, and validity of sexual abuse allegations in custody/visitation disputes. *Child Abuse and Neglect* 14: 151-163.
- Tjon A Ten, W.E. (2000) Huilbaby's. Overzicht van de literatuur en praktische adviezen. In: Praktijkboek jeugdgezondheidszorg. IV 1.12.1-12 Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Trocmé, N. en D. Wolfe (2001) Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, selected results. Minister of Public Works and Government services Canada, Ottawa, Ontario.
- Unicef (2003) A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti report card 5.
- Valente, S.M. (2005) Sexual abuse of boys. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, editie januari-maart.
- Vogels, T., S.A. Reijneveld, E. Brugman, M. den Hollander-Gijsman, F.C. Verhulst en S.P. Verloove-Vanhorick (2003) Detecting psychosocial problems among 5-6-year-old children in Preventive Child Health Care. *European Journal of Public Health* 13: 353-360.
- Werkgroep Primaire Preventie Kindermishandeling (2001) Ieder kind een kans. Primaire preventie van kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. LC-OKZ, NIZW, Bunnik/Utrecht.
- Wet op de Jeugdzorg (2003) De Informatiebrochure. Den Haag.
- Willems, J.C.M. (1999) Wie zal de opvoeders opvoeden? Kindermishandeling en het Recht van het Kind op Persoonswording. T.M.C. Asser Press: Bijlage III: 1038-1062. Den Haag.
- Wolzak, A. (2001) Kindermishandeling: signaleren en handelen; basisinformatie voor mensen die werken met kinderen. NIZW, Utrecht.
- Ijzendoorn, M.H., P. Prinzie, E.M. Euser, M.G. Groeneveld, S. N. Brilleslijper-Kater, A.M.T. van Noort-van der Linden, M.J. Bakermans-Kranenburg, F. Juffer, J. Mesman, M. Klein Velderman en M. San Martin Beuk (2007) Kindermishandeling. Leiden Attachment Research Program.

LIJST VAN AFKORTINGEN

ActiZ	Organisatie voor zorgondernemers	LSPPK	Landelijke Signaleringslijst van Psychosociale Problemen bij Kleuters
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder		
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland	LVSJ	Landelijke Vereniging van Sociaal verpleegkundigen (nu V&VN)
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (nu ActiZ)
AMW	Algemeen maatschappelijk Werk	LVW	Landelijke Vereniging van Wijkverplegenden (nu V&VN)
Arts M&G	Arts Maatschappij en Gezondheid	MSBP	Münchhausen Syndroom By Proxy
AVVV	Algemene Vereniging Verplegenden en Verzorgenden (sinds 2006 V&VN)	MKD	Medisch Kleuter Dagverblijf
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht	NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (sinds 2007 Nji)
BaO	Basisonderwijs	Nji	Nederlands Jeugdinstituut
BW	Burgerlijk Wetboek	NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
(wet) BIG	Wet op de Beroepen In de Gezondheidszorg	NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
BJZ	Bureau Jeugdzorg	NVL-NVS	Nederlandse Vereniging van Schooldecanen en Leerlingbegeleiders
BTP	Basis Taken Pakket		
CB	Consultatie Bureau	NVOG	Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie
CBCL	Child Behaviour Checklist	NVMB	Niet Verschenen Met Bericht
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan	NVMW	Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers
CBSI	Consultatie Bureau SignaleringsInstrument	NVZB	Niet Verschenen Zonder Bericht
FDP	Factitious Disorder by Proxy	OKC	Ouder- en Kind Centrum
FGM	Female genital mutilation	O&O	Opvoedingsondersteuning en Ontwikkelingsstimulering
FHG	Familiaal Huiselijk Geweld	OVL	Oudervragenlijst
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg	PCF	Pediatric Condition Falsification
HAVO	Hoger Algemeen Vormend Onderwijs	PrO	Praktijk Onderwijs
HIV	Human Immunodeficiency Virus	RAAK	Reflectie en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling
IKG	Informatie en Klachtenburo Gezondheidszorg	RAC	Richtlijnadviescommissie van het Centrum jeugdgezondheid
JAS	Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (sinds 2005 RAC)	RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg	RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
JZP	Jeugd en Zeden Politie	SBO	Speciaal Basisonderwijs
KIPPPPI	Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie	SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaires
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problemen bij Adolescenten	SEH	Spoedeisende Hulp
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst	SKO	Signaleringsinstrument KinderOpvang
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	SO	Speciaal onderwijs
LIP	Landelijk Informatiepunt voor Patiënten		

SPUTOVAMO	Methodie om letsel te beschrijven. Soort letsel, Plaats, Uiterlijke ouders, kenmerken, Tijd, Oorzaak, Veroorzaker, Anderen er bij aanwezig, Maatregelen door ouders, Oude letsels
TNO	(Nederlandse organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VECT	Voorlichting in Eigen Cultuur en Taal
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VMBO	Voortgezet Middelbaar Beroeps Onderwijs
VSO	Voortgezet Speciaal Onderwijs
VTO	Vroegtijdige Onderkenning
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWO	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomsten
WHO	World Health Organization
WJ	Wet op de Jeugdzorg
WKcz	Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen
WPG	Wet publieke gezondheid
WPO	Wet op het primaire onderwijs
WVO	Wet op het voortgezet onderwijs
WvSr	Wetboek van Strafrecht
ZAT	Zorg- en Adviesteam
ZON MW	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Z-org	Organisatie van Zorgondernemers (sinds 2006 ActiZ)

Bijlage 1 Preambule bij het verdrag inzake de rechten van het kind

(20 november 1989)

Overwegende dat, in overeenstemming met de in het Handvest der Verenigde Naties verkondigde beginselen, erkenning van de inherente waardigheid en van de gelijke en onvervreembare rechten van alle Leden van de mensengemeenschap de grondslag is voor vrijheid, gerechtigheid en vrede in de wereld,

Indachtig dat de volkeren van de Verenigde Naties in het Handvest hun vertrouwen in de fundamentele rechten van de mens en in de waardigheid en de waarde van de mens opnieuw hebben bevestigd en hebben besloten sociale vooruitgang en een hogere levensstandaard in grotere vrijheid te bevorderen,

Erkennende dat de Verenigde Naties in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in de Internationale Verdragen inzake de Rechten van de Mens hebben verkondigd en zijn overeengekomen dat eenieder recht heeft op alle rechten en vrijheden die daarin worden beschreven, zonder onderscheid van welke aard ook, zoals naar ras, huidkleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of sociale afkomst, eigendom, geboorte of andere status,

Eraan herinnerende dat de Verenigde Naties in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, hebben verkondigd dat kinderen recht hebben op bijzondere zorg en bijstand,

Ervan overtuigd dat aan het gezin, als de kern van de samenleving en de natuurlijke omgeving voor de ontplooiing en het welzijn van al haar leden en van kinderen in het bijzonder, de nodige bescherming en bijstand dient te worden verleend opdat het zijn verantwoordelijkheden binnen de gemeenschap volledig kan dragen,

Erkennende dat het kind, voor de volledige en harmonische ontplooiing van zijn persoonlijkheid, dient op te groeien in een gezin, in een sfeer van geluk, liefde en begrip,

Overwegende dat het kind volledig dient te worden voorbereid op het leiden van een zelfstandig leven in de samenleving, en dient te worden opgevoed in de geest van de in het Handvest der Verenigde Naties verkondigde idealen, en in het bijzonder in de geest van vrede, waardigheid, verdraagzaamheid, vrijheid, gelijkheid en solidariteit,

Indachtig dat de noodzaak van het verlenen van bijzondere zorg aan het kind is vermeld in de Verklaring van Genève inzake de Rechten van het Kind van 1924 en in de Verklaring van de Rechten van het Kind, aangenomen door de Verenigde Naties in 1959, en is erkend in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, in het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (met name in de artikelen 23 en 24), in het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (met name in

artikel 10 daarvan) en in de statuten en desbetreffende akten van de gespecialiseerde organisaties en internationale organisaties die zich bezighouden met het welzijn van kinderen,

Indachtig dat, zoals aangegeven in de Verklaring van de Rechten van het Kind, aangenomen door de Algemene Vergadering van 20 november 1959, het kind op grond van zijn lichamelijke en geestelijke onrijpheid bijzondere bescherming en zorg nodig heeft, met inbegrip van geëigende wettelijke bescherming, zowel vóór als na de geboorte,

Herinnerende aan de bepalingen van de Verklaring inzake sociale en juridische beginselen betreffende de bescherming en het welzijn van kinderen, in het bijzonder met betrekking tot plaatsing in een pleeggezin en adoptie, zowel nationaal als internationaal, van de standaard Minimumregels van de Verenigde Naties voor de toepassing van recht op jongeren (de Beijingregels), en van de Verklaring inzake de bescherming van vrouwen en kinderen in noodsituaties en bij gewapende conflicten,

Erkennende dat er, in alle landen van de wereld, kinderen zijn die in uitzonderlijk moeilijke omstandigheden leven, en dat deze kinderen bijzondere aandacht behoeven,

Op passende wijze rekening houdend met het belang van de tradities en culturele waarden van ieder volk voor de bescherming van het kind en voor zijn harmonische ontwikkeling,

Het belang erkennende van internationale samenwerking ter verbetering van de levensomstandigheden van kinderen in ieder land, in het bijzonder in de ontwikkelingslanden,

zijn het volgende overeengekomen [.....]

TEN BLIJKE WAARVAN de ondergetekende gevolmachtigden, daartoe behoorlijk gemachtigd door hun onderscheiden Regeringen, dit Verdrag hebben ondertekend

Artikel 19 van het verdrag van de rechten van het kind

1. De Staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied om het kind te beschermen tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijke of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, terwijl het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft.
2. Deze maatregelen ter bescherming dienen, indien van toepassing, doeltreffende procedures te omvatten voor de invoering van sociale programma's om te voorzien in de nodige ondersteuning van het kind en van degenen die de zorg voor het kind hebben, alsmede procedures voor andere vormen van voorkoming van en voor opsporing, melding, verwijzing, onderzoek, behandeling en follow-up van gevallen van kindermishandeling.

Artikel 24

1. De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor geneeskundige verzorging en revalidatie. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.
2. De Staten die partij zijn, streven de volledige verwezenlijking van dit recht na en nemen passende maatregelen met name:
 - a. om baby- en kindersterfte te verminderen;
 - b. om de verlening van de nodige medische hulp en gezondheidszorg aan alle kinderen te waarborgen, met nadruk op de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg;
 - c. om ziekte, ondervoeding of verkeerde voeding te bestrijden, mede binnen het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, door, onder andere, het toepassen van gemakkelijk beschikbare technologie en door het voorzien in voldoende en voedzaam voedsel en zuiver drinkwater, de gevaren en risico's van milieuverontreiniging in aanmerking nemend;
 - d. om passende pre- en postnatale gezondheidszorg voor moeders te waarborgen;
 - e. om te waarborgen dat alle geledingen van de samenleving, met name ouders en kinderen, worden voorgelicht over en gesteund in het gebruik van de kennis omtrent de gezondheid en de voeding van kinderen, de voordelen van borstvoeding, hygiëne en sanitaire voorzieningen en het voorkomen van ongevallen en van ongelukken;
 - f. om preventieve gezondheidszorg, begeleiding voor ouders, en voorzieningen voor en voorlichting over gezinsplanning te ontwikkelen.
3. De Staten die partij zijn, nemen alle doeltreffende en passende maatregelen teneinde traditionele gebruiken die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen af te schaffen.
4. De Staten die partij zijn, verbinden zich ertoe internationale samenwerking te bevorderen en aan te moedigen teneinde geleidelijk de algehele verwezenlijking van het in dit artikel erkende recht te bewerkstelligen. Wat dit betreft wordt in het bijzonder rekening gehouden met de behoeften van ontwikkelingslanden.

Bijlage 2 Meldcodes van VWS/NIZW¹ en KNMG

De samenvattingen van de meldcode kindermishandeling van VWS/NIZW en van de KNMG zijn beide in deze bijlage afgedrukt. In beide meldcodes worden de stappen van handelen bij (vermoeden) van kindermishandeling uitgewerkt.

De meldcode van VWS/NIZW geldt voor alle beroepsgroepen en sectoren, die betrokken zijn bij de signalering en aanpak van kindermishandeling. In deze meldcode krijgt ook de organisatie waarin de professional werkt aandacht.

Sinds 4 september 2008 is een nieuwe meldcode kindermishandeling beschikbaar van de KNMG. De nieuwe Meldcode hanteert als uitgangspunt 'spreken, tenzij', tegenover het 'zwijgen, tenzij' van de oude Meldcode. Artsen hebben een zorgplicht voor kinderen die mogelijk schade door kindermishandeling kunnen oplopen. Van iedere arts wordt daarom verwacht dat hij spreekt voor het kind bij vermoedens van kindermishandeling (KNMG 2008). De meldcode kindermishandeling van de V&VN is in ontwikkeling.

Basiselementen meldcode VWS/NIZW

Algemeen

1. De beroepskracht draagt op basis van zijn kennis, ervaring en mogelijkheden een bijzondere en directe verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling, gezondheid en veiligheid van het kind (de minderjarige) met wie hij beroepshalve - direct of indirect - in aanraking komt.
2. Bij gebleken kindermishandeling draagt de beroepskracht zorg voor het zo spoedig mogelijk (doen) stoppen daarvan.
3. De beroepskracht is in staat signalen van kinderen en hun omgeving te duiden als mogelijke aanwijzingen voor kindermishandeling. Zijn kennis en deskundigheid hieromtrent houdt hij op peil door zelfstudie, bij- of nascholing.

Ontstaan van een vermoeden

4. De beroepskracht die op enigerlei wijze beschikt over aanwijzingen dat een kind (mogelijk) mishandeld wordt, onderneemt de noodzakelijke stappen die leiden tot het (doen) beantwoorden van de vraag of van kindermishandeling sprake is.
5. De beroepskracht legt schriftelijk vast alle aanwijzingen waaruit kan worden afgeleid dat een kind (mogelijk) wordt mishandeld.

Overleg

6. De beroepskracht bespreekt aanwijzingen waaruit kan worden afgeleid dat een kind mogelijk wordt mishandeld met (daartoe aangewezen) anderen binnen de instelling of binnen de beroepsgroep. Doelen van dit overleg zijn dat vastgesteld wordt:
 - a. of de waargenomen aanwijzingen door anderen worden herkend;
 - b. of anderen over aanvullende aanwijzingen beschikken;

¹ De meldcode NIZW heeft nog de oorspronkelijke benaming. NIZW is sinds 2007 Nji.

- c. of waargenomen aanwijzingen ook bij anderen leiden tot een vermoeden van kindermishandeling;
 - d. welke vervolgstappen noodzakelijk zijn;
 - e. hoe de taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot te nemen vervolgstappen worden verdeeld.
7. Voor de beroepskracht is het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) de aangewezen instantie voor het vragen van advies over het omgaan met een vermoeden van kindermishandeling. Na overleg met het AMK besluit de beroepskracht tot het ondernemen van de nodige vervolgstappen.
Telefoonnummer AMK: 0900 -123 123 0

Nader onderzoek

8. Zo mogelijk voert de beroepskracht - naar aanleiding van de aanwijzingen dat er sprake is van kindermishandeling - hierover een gesprek met het betrokken kind. Het instellingsprotocol beschrijft met betrekking tot het voeren van gesprekken met kinderen over (mogelijke) kindermishandeling:
- a. de voorwaarden;
 - b. de doelen;
 - c. de verantwoordelijkheden hiervoor binnen de instelling;
 - d. de wijze waarop en de omstandigheden waaronder deze gesprekken dienen plaats te vinden.
9. Zo mogelijk voert de beroepskracht - naar aanleiding van de aanwijzingen dat er sprake is van kindermishandeling - hierover een gesprek met de betrokken ouders/verzorgers. Het instellingsprotocol beschrijft met betrekking tot het voeren van gesprekken met ouders/verzorgers over (mogelijke) kindermishandeling:
- a. de voorwaarden;
 - b. de doelen;
 - c. de verantwoordelijkheden hiervoor binnen de instelling;
 - d. de wijze waarop en de omstandigheden waaronder deze gesprekken dienen plaats te vinden.

De beroepskracht die weet of op redelijke gronden vermoedt dat sprake is van kindermishandeling kan daarvan melding doen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De beroepskracht kan onder vermelding van redenen anoniem blijven ten opzichte van het kind en het gezin dat hij bij het AMK voor onderzoek aanmeldt. Deze mogelijkheid geldt in principe niet voor beroepskrachten die met het betrokken gezin een hulpverleningsrelatie onderhouden gericht op verbetering van de opvoedingssituatie.

Hulp op gang brengen

10. De beroepskracht of zijn instelling schakelt het AMK en in overleg met het AMK eventueel anderen in wanneer de eigen mogelijkheden voor het ondernemen van adequate actie tekortschieten. Het instellingsprotocol beschrijft met betrekking tot het inschakelen van anderen:
- a. de voorwaarden;
 - b. de doelen;
 - c. de verantwoordelijkheden binnen en tussen de instelling(en);

- d. welke anderen ingeschakeld kunnen/dienen te worden;
 - e. de wijze waarop anderen ingeschakeld dienen te worden.
11. Indien het belang van het kind dit vereist schakelt de beroepskracht zonodig het AMK en in overleg met het AMK zonodig anderen in zonder medeweten en/of zonder toestemming van de ouders verzorgers. Het instellingsprotocol beschrijft daarbij:
- a. de voorwaarden;
 - b. de doelen;
 - c. de verantwoordelijkheden hiervoor binnen de instelling;
 - d. welke anderen ingeschakeld kunnen/dienen te worden;
 - e. de wijze waarop anderen ingeschakeld dienen te worden.
12. De beroepskracht draagt in het geval van een melding alle voor de verdere aanpak relevante gegevens die hem uit hoofde van de uitoefening van zijn beroep of functie ter beschikking staan schriftelijk over aan het AMK.

Meldplicht

13. De beroepskracht die werkzaam is in een instelling en die over aanwijzingen beschikt dat een bij die instelling werkzame andere persoon zich mogelijk schuldig maakt of heeft gemaakt aan kindermishandeling, stelt het bestuur daarvan onverwijld in kennis.

Bovenstaande verplichting (13) geldt voor zorgaanbieders en is vastgelegd in de **Wet op de Jeugdzorg**. De zorgaanbieder dient direct contact op te nemen met een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Voor het onderwijs bestaat een **meldplicht en aangifteplicht bij seksueel misbruik en seksuele intimidatie** door een medewerker van de school. Het schoolbestuur dient in overleg te treden in met een vertrouwensinspecteur.

Meldcode KNMG inzake kindermishandeling (2008)

Samenvatting van de belangrijkste door een arts¹ te ondernemen c.q. te overwegen stappen in geval van (vermoedens van) kindermishandeling.

Algemene verantwoordelijkheid arts (art. 2)

- Iedere arts is alert op risicofactoren voor en signalen van kindermishandeling.
- Bij een vermoeden van kindermishandeling neemt de arts alle stappen die nodig zijn om duidelijk te krijgen of van kindermishandeling sprake is, wat daarvan de oorzaak is en hoe deze kan worden gestopt. Is sprake van kindermishandeling dan onderneemt de arts alle stappen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat deze daadwerkelijk wordt gestopt. De arts handelt daarbij volgens het in artikel 4 van deze meldcode opgenomen Stappenplan.
- Iedere arts hanteert de in zijn werksetting gebruikelijke instrumenten voor het beoordelen van de vraag of een letsel of situatie het gevolg kan zijn van kindermishandeling.

¹ Waar arts staat, kan ook verpleegkundige gelezen worden.

- Iedere arts beschikt over actuele kennis over de risicofactoren voor en signalen van kindermishandeling en is in staat om deze te herkennen.
- Iedere arts beschikt over voldoende vaardigheden om adequaat met (vermoedens van) kindermishandeling om te gaan.

Dossiervoering (art. 3)

- De arts houdt in het dossier van zijn patiënt zorgvuldig en objectief aantekening van (aanwijzingen voor) kindermishandeling, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan, van de uitkomsten daarvan, van de inhoud van het overleg met collega's, andere beroepskrachten en/of instanties zoals het AMK, van het gegeven of voor het verstrekken van gegevens aan derden toestemming werd gevraagd en/of verkregen en van alle andere stappen die de arts in het kader van (het vermoeden van) kindermishandeling heeft ondernomen. Blijkt een vermoeden uiteindelijk onterecht, dan vermeldt de arts ook dat uitdrukkelijk in het dossier.

Melden (art. 4 en art. 5)

- Iedere arts die kindermishandeling vaststelt of vermoedt, handelt volgens het in artikel 4 van de meldcode opgenomen Stappenplan.
- De arts doet een melding in beginsel op naam, maar kan desgewenst anoniem blijven ten opzichte van het gezin waarover hij (zonder toestemming) informatie aan het AMK verstrekt, als dit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van de cliënt of anderen, met de vertrouwensrelatie met het gezin waartoe het kind behoort of in verband met zijn eigen veiligheid. De arts gaat terughoudend om met de mogelijkheid van anonimiteit en vermeldt uitdrukkelijk waarom hij daarvan gebruik wil maken.

Informatie aan Bureau Jeugdzorg (art. 8)

- Naast het AMK verstrekt de arts ook aan andere personen werkzaam bij het Bureau Jeugdzorg gegevens over (een vermoeden van) kindermishandeling als dat noodzakelijk is om de kindermishandeling te stoppen of een vermoeden daarvan te laten onderzoeken.

Informatie aan andere betrokken professionals (art. 9)

- Een arts kan aan een andere bij het gezin betrokken hulpverlener of beroepskracht zonodig ook zonder toestemming informatie over (een vermoeden van) kindermishandeling verstrekken, indien en voor zover dat noodzakelijk is om een vermoeden verder te (laten) onderzoeken of om noodzakelijke hulp in verband met de veiligheid van het kind, op elkaar af te stemmen.

Contact Raad voor de Kinderbescherming (art. 10)

- Het AMK is de eerstelijns voorziening voor het doen van meldingen. Als echter sprake is van een situatie die zó acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kinderschermingsmaatregel noodzakelijk is, dan doet de arts zijn melding direct bij de Raad voor de Kinderbescherming.
- De arts informeert de ouders over zijn melding, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veilig-

heid. De arts zet zijn melding ook door als de ouders, indien daarover geïnformeerd, daar bezwaar tegen maken.

- De arts die door de Raad wordt benaderd met een verzoek om informatie, verstrekt - eventueel ook zonder toestemming van betrokkenen - alle tot zijn beschikking staande informatie die noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken.
- De Raad onderbouwt haar verzoek zodanig dat de arts kan bepalen welke gegevens relevant kunnen zijn voor het in lid 3 genoemde doel en welke niet.
- De arts verstrekt zijn informatie zo feitelijk mogelijk, bij voorkeur schriftelijk en onder de voorwaarde dat deze niet voor een ander doel wordt gebruikt dan waarvoor deze werd verstrekt.

Contact met politie/justitie (art. 11)

- In contacten met politie/justitie bewaart de arts in beginsel zijn beroepsgeheim en beroept zich op zijn verschoningsrecht. Waarheidsvinding alleen is onvoldoende grond voor doorbreking van het beroepsgeheim, niet tijdens een opsporingsonderzoek, niet tijdens een gerechtelijk vooronderzoek en niet ter terechtzitting.
- Het beroepsgeheim kan in de richting van politie of justitie alleen worden doorbroken indien en voor zover dat noodzakelijk is om gevaar voor de veiligheid van een kind af te wenden. Alvorens de arts zonder toestemming informatie verstrekt aan politie of justitie en dus zijn beroepsgeheim doorbreekt, raadpleegt hij zo mogelijk een collega. De arts stelt de ouders op de hoogte van de informatieverstrekking tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.
- Dreigt er acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind, dan neemt de arts, naast een melding richting AMK of Raad voor de Kinderbescherming daarover onmiddellijk contact op met de politie. De ouders worden hiervan op de hoogte gesteld, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.

Bijlage 3 Signalen van kindermishandeling 0-18 jaar

Deze lijst geeft een overzicht van signalen van kindermishandeling in de leeftijd van 0-18 jaar (naar Wolzak, 2001). Als een signaal bij uitstek op een bepaalde leeftijd voorkomt, staat de leeftijd achter het signaal vermeld. De signalenlijst is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te bewijzen. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben. Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Er zijn ook kinderen waar nauwelijks aan te merken is dat zij worden mishandeld.

Signalen van geweld

Aan geweld moet gedacht worden als:

- het letsel een herkenbare **vorm** heeft, bijvoorbeeld de afdruk van een hand, vingers, tanden of een riem;
- het letsel op een **plaats** wordt aangetroffen waar op basis van een ongeval geen letsel verwacht wordt;
- de **anamnese** geen of onvoldoende verklaring geeft voor vorm, grootte of plaats van het letsel (Bilo, 1996).

Signalen van lichamelijke en psychische mishandeling en verwaarlozing

Signalen van opzettelijke verbrandingen

Aan verbranding door mishandeling moet gedacht worden bij:

- de **plaats**: handpalmen, voetzolen, enkels en polsen, genitalia, perineum, billen;
- de **begrenzing**: vaker scherper begrensde laesie bij mishandeling dan bij verbranding door ongeval, bijvoorbeeld brandwonden door sigaretten zijn opvallend rond en scherp begrensd;
- **symmetrie**: bij mishandeling vaker symmetrisch dan bij verbranding door ongeval;
- **anamnese**: geen adequate verklaring;
- **wondverzorging**: de wond is verwaarloosd.

Lichamelijke signalen

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden;
- groeiachterstand (0-12 jaar);
- voedingsproblemen (0-4 jaar);
- ernstige luieruitslag (0-4 jaar);
- kind is te dik (4-18 jaar);
- slecht onderhouden gebit of verkleurde tanden door beschadiging door geweld (Kellogg, 2005);
- gebroken tanden of tanden die niet meer op hun plaats staan;
- wonden, blauwe plekken of littekenvorming in de mondholte;
- regelmatig buikpijn, hoofdpijn of flauwvallen (4-18 jaar);
- kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan;

- oververmoeidheid/slaapproblemen;
- kind is vaak ziek;
- ziektes herstellen slecht;
- kind is hongerig;
- eetstoornissen (4-18 jaar);
- achterblijven van motoriek;
- niet zindelijk op de leeftijd dat het hoort.

Gedragmatige signalen

- kind is timide, depressief (4-18 jaar);
- kind is weinig spontaan;
- kind is passief, lusteloos, heeft weinig interesse in spel;
- kind is apathisch, toont geen gevoelens of pijn;
- kind is in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld;
- kind is labiel;
- kind is erg nerveus;
- kind is hyperactief;
- kind heeft een negatief zelfbeeld;
- kind is agressief, vernielzuchtig;
- overmatige masturbatie (4-18 jaar);
- algemene retardatie (taal, psychomotoriek).

Gedragmatige signalen tegenover andere kinderen

- kind is agressief;
- kind speelt weinig met andere kinderen;
- kind heeft vluchtige vriendschappen (12-18 jaar);
- kind is wantrouwend;
- kind is niet geliefd bij andere kinderen.

Gedragmatige signalen tegenover ouders

- kind is angstig, schrikachtig, waakzaam;
- kind is meegaand, volgzaam;
- kind gedraagt zich in bijzijn van ouders anders dan zonder ouders;
- kind is agressief (12-18 jaar).

Gedragmatige signalen tegenover andere volwassenen

- kind is angstig om zich uit te kleden;
- kind heeft angst voor lichamelijk onderzoek;
- kind verstijft bij lichamelijk contact;
- kind is angstig, schrikachtig, waakzaam;
- kind is meegaand, volgzaam;
- kind is agressief;
- kind is overdreven aanhankelijk;
- kind is wantrouwend;
- kind vermijdt oogcontact.

Overig gedrag van het kind

- plotselinge gedragsverandering;
- gedraagt zich niet leeftijd adequaat
- slechte leerprestaties (4-18 jaar);
- rondhangen na school (4-18 jaar);
- taal- en spraakstoornissen;
- alcohol- of drugsmisbruik (12-18 jaar);
- weglopen;
- crimineel gedrag.

Gedrag van de ouder

- ouder is onverschillig over het welzijn van het kind;
- ouder laat zich regelmatig negatief uit over het kind;
- ouder troost het kind niet;
- ouder geeft aan het niet meer aan te kunnen;
- ouder is verslaafd;
- ouder is ernstig (psychisch) ziek;
- ouder kleedt het kind te warm of te koud aan;
- ouder zegt regelmatig afspraken af;
- ouder vergeet vaccinaties (0-9 jaar);
- ouder houdt het kind vaak thuis van school;
- ouder heeft irreële verwachtingen van het kind;
- ouder zet het kind onder druk om te presteren.

Gezinsituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen, relatie problemen, sociaal isolement en alleenstaande ouder;
- partnermishandeling;
- gezin verhuist regelmatig;
- slechte algemene hygiëne;
- ouders zelf mishandeld als kind.

Signalen specifiek voor seksueel misbruik

Het merendeel van de kinderen (70 %) zal geen lichamelijke afwijkingen hebben ten gevolge van het seksueel misbruik. Als er lichamelijke afwijkingen zijn, zijn deze meestal niet specifiek (Bilo, 1996).

Lichamelijke signalen

- verwondingen aan de geslachtsorganen en het perineum;
- vaginale infecties en afscheiding;
- bijthematomen aan billen of secundaire geslachtskenmerken;
- jeuk bij vagina en anus;
- pijn in bovenbenen;
- pijn bij lopen en zitten;
- problemen bij plassen;

- urineweginfecties;
- orale afwijkingen door oro-genitaal contact;
- seksueel overdraagbare aandoeningen;
- (angst voor) zwangerschap (12-18 jaar).

Specifieke afwijkingen bewijzend voor een seksueel contact

- sperma op het lichaam, in de vagina of in het rectum, in de urine of in de kleren van het kind;
- prostaatspecifiek antigeen of zure fosfatase in het vulvaspoelsel;
- bloed in de vagina, in het rectum of op het perineum van een andere bloedgroep dan die van het kind;
- de JGZ zal deze bevindingen niet zelf kunnen doen. Ze worden hier genoemd omdat het AMK of de Raad hierover mogelijk informatie geven;
- de tijdslijmieten voor het onderzoek op spermatozoa en semenvloeistof worden hier gegeven om de JGZ-medewerker hiervan op de hoogte te brengen. Het is denkbaar dat in een acuut geval de JGZ-medewerker een vraag zal krijgen van een ouder, de kinderopvang of de school over de tijdslijmieten.

Tabel B3.1: Tijdslijmieten voor het onderzoek op spermatozoa en semenvloeistof (Bilo, 1996).

	Spermatozoa	Semenvloeistof
Vagina	6 dagen	12-18 uur
Anus	3 dagen	3 uur
Mond	12-14 uur	-
Kleding/beddengoed	Tot het moment van wassen	Tot het moment van wassen

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA's)

Seksueel misbruik kan een SOA tot gevolg hebben. SOA's zijn daarom een aanwijzing voor seksueel misbruik. Voor de diagnose seksueel misbruik bij een SOA moeten een intra-uteriene of perinatale infectie en een infectie door medisch handelen zoals een bloedtransfusie uitgesloten worden.

Bij een kind is seksueel misbruik zéér waarschijnlijk bij *verworven gonorrhoe* en *lues*.

Bij een kind is seksueel misbruik waarschijnlijk bij *chlamydia trachomatis*, *condylomata acuminata*, *trichomonas vaginalis*.

Gedragmatige signalen bij seksueel misbruik van het kind

- kind drukt benen tegen elkaar aan bij het lopen;
- kind heeft een afkeer van lichamelijk contact;
- kind maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek;
- extreem en niet passend bij de leeftijd seksueel gedrag en taalgebruik;
- kind zoekt seksuele toenadering tot volwassenen (4-18 jaar);
- prostitutie (12-18 jaar).

Signalen van vrouwelijke genitale verminking (AJN, 2005)

Zie bijlage 9 Stappenplan Voorkomen van vrouwelijke genitale verminking door samenwerken

Direct na de ingreep

- extreme pijn;
- mictieklachten: pijn bij het plassen, ophoping van urine in de blaas;
- bloedverlies.

Mogelijke signalen na de ingreep

- ernstige menstruatie klachten;
- mictieklachten: pijn bij het plassen, ophoping van urine in de blaas;
- urineweginfecties;
- chronische pijn in de onderbuik;
- littekenvorming.

Bijlage 4 Indelingen naar ernst van de kindermishandeling

Baeten en Willems onderscheiden naast de gebruikelijke indeling van kindermishandeling in lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, psychische mishandeling, psychische verwaarlozing en seksueel misbruik, nog fysieke verwaarlozing. Zij verstaan onder fysieke verwaarlozing dat de ouders of verzorgers niet zorgen voor een veilige omgeving in en om het huis en daarbij geen rekening houden met de ontwikkeling en de aard van het kind. De werkgroep wilde de gangbare indeling van kindermishandeling aanhouden en heeft daarom de uitingen van fysieke verwaarlozing onder de uitingen van lichamelijke mishandeling en lichamelijke verwaarlozing gezet.

De uitingen van fysieke verwaarlozing zijn herkenbaar aan *.

4A Indeling volgens Baeten en Willems (Baeten, 2004)

Lichamelijke mishandeling

- | | |
|-------------------|--|
| 1. licht | - Slaan met de hand of met een voorwerp dat geen ernstige verwondingen geeft bijvoorbeeld met een liniaal. |
| 2. matig | - Gevolgen van slaan zijn zichtbaar als striemen of blauwe plekken. |
| 3. ernstig | - Verwondingen door de mishandeling bijvoorbeeld brandwonden door uitdrukken van sigaretten op het kind. |
| 4. zeer ernstig | - Ernstige verwondingen of verstikking waarvoor medische hulp nodig is. |
| 5. (bijna) fataal | - Ernstige verwondingen waarvoor opname in het ziekenhuis nodig is. |

Lichamelijke verwaarlozing

- | | |
|----------|---|
| 1. licht | - Ouders hebben onvoldoende aandacht voor de dagelijkse verzorging van het kind
* Onvoldoende toezicht gedurende korte tijd bijvoorbeeld minder dan 3 uur.
- Maaltijden worden overgeslagen.
- Het kind krijgt kleren die niet passen bij zijn/haar lengte.
- Het huis is vies.
- Aan de lichamelijke zorg van het kind wordt geen aandacht besteed. |
| 2. matig | - Twee tot drie keer per week worden maaltijden overgeslagen.
* Onvoldoende toezicht gedurende langere tijd bijvoorbeeld 3-8 uur.
* Minder dan 3 uur geen toezicht op onveilige plaats.
* Onvoldoende toezicht op een kind met problematisch gedrag. |

- De kleren van het kind passen niet bij het seizoen.
 - Geen geschikte slaappleaatsen.
 - Dokteradvies wordt niet opgevolgd.
 - Luiers worden niet regelmatig verschoond.
3. ernstig
- Vier of meer keer per week worden twee maaltijden achtereen overgeslagen.
 - * Onvoldoende toezicht gedurende 8-10 uur.
 - * Geen toezicht op onveilige plaats gedurende 3-8 uur.
 - Er is geen vast onderdak.
 - Het huis zit vol ongedierte.
 - Een therapie van het kind wordt niet afgemaakt.
 - De moeder brengt haar ongeboren kind in gevaar door verslaving aan alcohol of drugs (maar geen foetaal alcoholyndroom of ontweningsverschijnselen bij het kind).
4. zeer ernstig
- Geen onderdak.
 - Extreme vervuiling.
 - * Onvoldoende toezicht 10-12 uur.
 - * Spelen op een gevaarlijke plaats (kans op verkeersongeval, verdrinking).
 - * Onvoldoende toezicht op destructief kind (brandstichting, zelf moordpoging).
 - Geen noodzakelijke medische hulp.
 - Zo weinig eten dat het kind niet meer goed groeit.
5. (bijna) fataal
- Kind heeft bij de geboorte foetaal alcohol syndroom of ontweningsverschijnselen.
 - Zo weinig eten dat het kind afvalt.
 - Door niet zoeken van medische hulp is kind invalide of overleden, bijvoorbeeld door uitdroging.
 - Ouder zoekt geen hulp bij levensgevaarlijke emotionele problemen, zoals suicidegevaar of pogingen tot doodslag.

Psychische mishandeling

(door Baeten en Willems psychische maltraitering genoemd)

1. licht
- Kind krijgt teveel of te weinig verantwoordelijkheid.
 - Ouder kleineert kind.
 - Ouder reageert niet op het aandacht vragen van het kind.
 - Ouder disciplineert kind door intimidatie.
2. matig
- Ouder staat geen vriendschappen toe met leeftijdgenoten.
 - Kind wordt in de ouderrol gedwongen, of ouder houdt kind klein.
 - Geen liefdevolle interactie met het kind.
 - Kind staat bloot aan (niet gewelddadige) huwelijksconflicten van ouders.

3. ernstig
- Ouder geeft kind schuld van huwelijksconflicten.
 - Kind wordt fysiek of verbaal bedreigd.
 - Kind wordt blootgesteld aan huiselijk geweld.
 - Ouder is vijandig tegenover kind.
4. zeer ernstig
- De ouder dreigt met zelfmoord of verlating.
 - Extreem huiselijk geweld met verwondingen van de partner.
 - Het kind krijgt de schuld van zelfmoord of dood van een gezinslid.
 - Het kind wordt een dagdeel opgesloten.
 - Het kind wordt een paar uur opgesloten in zeer nauwe ruimte.
5. (bijna) fataal
- De ouder doet zelfmoordpoging in bijzijn van het kind.
 - De ouder probeert het kind te doden.
 - De primaire verzorger verlaat het kind een etmaal of langer zonder aanwijzing over bereikbaarheid of tijdstip terugkomst.
 - Het kind wordt vastgebonden of opgesloten in een enge ruimte zoals een kast.

Psychische verwaarlozing

(door Baeten en Willems normatieve en educatieve maltraitering genoemd)

1. licht
- De ouder laat het kind activiteiten voor volwassenen bijwonen, bijvoorbeeld kroegbezoek.
 - De ouder staat toe dat het kind zonder opgaaf van redenen 25 schooldagen in een jaar mist.
2. matig
- De ouder doet illegale activiteiten met medeweten van het kind, bijvoorbeeld winkeldiefstal.
 - De ouder laat het kind meer dan 25 schooldagen per jaar missen, bijvoorbeeld omdat het kind op een jonger kind moet passen.
3. ernstig
- De ouder weet dat het kind illegale activiteiten uitvoert maar grijpt niet in.
 - De ouder weet dat het kind 25 tot 50 % van de schooldagen spijbelt, maar grijpt niet in.
4. zeer ernstig
- De ouder laat het kind strafbare feiten plegen, bijvoorbeeld winkeldiefstal.
 - De ouder houdt het kind meer dan 50 % van de schooldagen thuis.
5. (bijna) fataal
- De ouder laat het kind ernstige misdrijven plegen, bijvoorbeeld gewapende diefstallen, gijzeling.
 - De ouder dringt er bij het kind op aan om niet naar school te gaan of houdt het kind thuis.

Seksueel misbruik

1. licht
- Ouders of andere volwassenen stellen kinderen bloot aan seksuele prikkelingen of handelingen zonder het kind er direct bij te betrekken: pornografisch materiaal, seksuele praat, seksuele handelingen in aanwezigheid van het kind.

- | | |
|-------------------|--|
| 2. matig | - Seksueel contact: volwassene toont geslachtsdelen. |
| 3. ernstig | - Volwassene dwingt het kind tot wederzijdse seksuele aanrakingen. |
| 4. zeer ernstig | - (poging tot) Penetratie |
| 5. (bijna) fataal | - Verkrachting onder dwang van fysiek geweld of dwang tot prostitutie. |

4B Indeling van het ministerie van Justitie

Naast de indeling van Baeten en Willems geeft een brochure van het ministerie van Justitie een indeling naar de ernst van seksueel misbruik in het strafrecht (Ministerie van Justitie, 2003).

- | | |
|--------------|---|
| Licht | Enmalig incident van relatief onschuldig karakter, zoals betasting van geslachtsdelen boven of onder de kleding zonder dwang maar het kind vindt het ongewenst. |
| Matig | Enmalige of meermalige betasting van de geslachtsdelen onder de kleding of masturbatie in het bijzijn van het kind. Het kind is in geringe mate afhankelijk van de dader, die geen lichamelijke dwang uitoefent, maar het kind wel onder druk zet en vraagt om geheimhouding. |
| Ernstig | (Pogingen tot) penetratie of wederzijdse masturbatie. Het kind is afhankelijk van de dader. Het misbruik houdt minimaal één jaar aan. De dader gebruikt lichamelijke dwang of psychische manipulatie. |
| Zeer ernstig | Meermalig, langdurig seksueel misbruik (penetratie), dat minimaal één jaar aanhoudt. Het kind is afhankelijk van de dader. Die chanteert het kind of gebruikt lichamenlijk geweld. |

Bijlage 5 Signaleringsinstrumenten

(Kooijman, 2003; Hermanns, 2005)

In deze bijlage worden de volgende signaleringsinstrumenten besproken:

1. Stevig Ouderschap (na implementatie van de Ouder- en kindzorg extra (OKÉ) vragenlijst
2. DMO Protocol (de vragenlijst bij Samen Starten)
3. Child Abuse Risk Evaluation (CARE)
4. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
5. Screeningsinstrument PSYchische stoornissen (SPsy)
6. Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPi)
7. Vragenlijst Onvervulde Behoeften en Opvoedingsondersteuning (VOBO)
8. Landelijke Signaleringslijst van Psychosociale Problemen bij Kleuters (LSPPK)
9. Psychosociale Problemen Bovenbouw Basisonderwijs (Psyboba)
10. Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problemen bij Adolescenten (KIVPA)

1. Stevig Ouderschap vragenlijst

(Deze vragenlijst wordt afgenomen in het voortraject van de interventie Stevig Ouderschap)

Doelstelling

Schatten van het risico voor het pasgeboren kind omdat de situatie van de ouders risicofactoren vertoont; selectie van risicogezin.

Doelgroep

Ouders van kinderen van 0-1 jaar.

Inhoud

Selectie van de risicogezinnen aan de hand van een vragenlijst, over onder andere: De *ouders* (zelf mishandeld, verslaafd, jonger dan 19 jaar), de *situatie* (alleenstaande moeder, geen steun partner, huiselijk geweld, extra belasting door pre- of dysmaturiteit), het *sociaal isolement*, de *zwangerschap* en/of opvoeding zijn belasting voor ouders en de *zorgen van de verpleegkundige* over de situatie. Boven een bepaalde score wordt ouders gevraagd deel te nemen aan de rest van het programma Stevig Ouderschap.

Wijze van afname

Tijdens het eerste huisbezoek door de verpleegkundige.

Bruikbaarheid voor de JGZ

De methode is goed toepasbaar in de JGZ in het kader van het programma Stevig Ouderschap.

Validiteit

De methode is gevalideerd in 2005 (Bouwmeester-Landweer, 2006).

2. DMO protocol

(DMO staat voor Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling).

Doelstelling

Het DMO protocol hoort bij het project Samen Starten. Met het DMO protocol worden de behoeften van de ouders vastgesteld en opvoedingsproblemen gesignaleerd.

Doelstelling

- De ontwikkeling van kind en welbevinden van kind en ouders bevorderen.
- De competentie van de ouder(s) vergroten.
- De onderlinge steun tussen de ouders stimuleren.
- De sociale inbedding van het gezin bevorderen.
- Hulp geven bij opvoedingsproblemen en ondersteuning bij *stressful life events*.

Doelgroep

Kinderen van 6-8 weken tot 4 jaar.

Inhoud

Vragenlijsten over zelfregulatie, volgzzaamheid/meegaandheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, affect en interacties met andere mensen.

Wijze van afname

Huisbezoek van de jeugdverpleegkundige zodra er signalen zijn dat er problemen zijn.

Bruikbaarheid voor de JGZ

Op een aantal plaatsen in Nederland wordt dit project onderzocht. De eerste resultaten lijken veelbelovend.

Validiteit

De vragenlijst is gevalideerd.

3. Child Abuse Risk Evaluation (CARE)

(De Ruiter, 2006)

Doelstelling

Risico-inschatting van kindermishandeling.

Doelgroep

Ouders van kinderen van 0-1 jaar.

Inhoud

De CARE bevat 18 risicofactoren, zie tabel B5.1.

Tabel B5.1: De 18 risicofactoren van CARE.

Ouders 8 factoren	Ouder/kind relatie 3 factoren	Kwetsbaarheid van het kind 1 factor	Gezin 5 stressfactoren	Risicofactor voor seksueel misbruik 1 factor
ouders hebben al eerder een kind mishandeld of verwaarloosd	ouders hebben geringe vaardigheden in opvoeden	kwetsbaar kind door: <i>Afwijkingkind:</i> - gedragstoornissen als ADHD; - oppositioneel deviant gedrag; - lichamelijke en verstandelijke handicaps; - chronische ziekte.	gezinsfactoren als aantal kinderen sociaal-economische factoren als huisvesting, armoede, oorlog in het afgelopen jaar	verhoogd risico op seksueel misbruik volgens het risicotaxatie instrument voor seksueel delictgedrag, de RRASOR*
ouders zijn zelf als kind mishandeld of verwaarloosd	ouders hebben problemen met de ouder-kind interactie	<i>Hechtingsprobleem</i> - door premature geboorte, - door adoptie	ontoereikende sociale steun in het afgelopen jaar	
ernstige psychiatrische stoornis	ouders reageren voornamelijk negatief op het kind	<i>Ongewenst kind</i>	relationeel geweld culturele invloeden	
suïcidale of agressieve gedachten				
gebruik verslavende middelen				
persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit				
sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling				
negatieve houding ten opzichte van interventies				

* RRASOR: Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism. Dit risicotaxatie instrument wordt alleen gebruikt wanneer er sprake is van (een vermoeden van) seksueel misbruik (Nieuwenhuizen, 2002). De volgende factoren zijn hierbij van belang: het aantal eerdere zedendelicten, de huidige leeftijd van de pleger, geslacht van het slachtoffer en de verwantschap van pleger en slachtoffer.

Wijze van afname

Ouders vullen de 'index of need-lijst' in.

Verpleegkundige observeert de ouder-kind interactie (hechtingsgedrag, opvoedingskwaliteiten, verwachtingen van ouders, positieve/negatieve houding van de ouders) via een scorelijst.

Afnemen van de CARE: 3-4 keer in het eerste levensjaar.

Bruikbaarheid voor de JGZ

De Inventgroep vindt de CARE te uitgebreid voor de JGZ en adviseert het gebruik van de CARE bij het AMK. In West-Brabant wordt de CARE gebruikt door de JGZ. Een speciale CARE voor de JGZ, de mini-Care, wordt ontwikkeld. De RRASOR wordt alleen afgenomen bij vermoeden van seksueel misbruik.

Validiteit

De CARE-NL is voor Nederland gevalideerd.

4. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **

** GGD Nederland geeft de voorkeur aan de SDQ boven de Psyboba en KIVPA omdat de SDQ door verschillende beroepsgroepen en voor verschillende leeftijdsgroepen gebruikt kan worden. Voor de leeftijdsgroep 12-18 jaar lijkt de SPsy een bruikbaar instrument.

Doelstelling

Vroege signalering van externaliserende en internaliserende problemen.

Doelgroep

Ouders en leerkrachten van kinderen van 3 tot 18 jaar en de kinderen zelf.

Inhoud

Vragenlijst met 25 vragen over emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachtstekort, problemen in de sociale ontwikkeling en sociaal gedrag.

Wijze van afname

De ouders en jongeren kunnen de vragen thuis beantwoorden, tijdens het contact met de JGZ worden de antwoorden op de vragen besproken worden. De leerkrachten kunnen de antwoorden op de vragen met de JGZ bespreken.

Bruikbaarheid voor de JGZ

Voor verschillende leeftijdscategorieën (tot 18 jaar) zijn Nederlandse vertalingen beschikbaar. Nederlandse normen zijn nog niet voor alle leeftijdsgroepen bekend.

Validiteit

De SDQ is in het buitenland getoetst (sensitiviteit 63,3; specificiteit 94,6). In Nederland wordt onderzoek naar de validiteit gedaan. De SDQ voor 7-12 jaar is in het Nederlands vertaald en voor Nederland gevalideerd.

5. Screeningsinstrument Psychische stoornissen (SPsy)

Doelstelling

Opsporen van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen.

Doelgroep

Kinderen en jeugdigen 4-18 jaar.

Inhoud

Vragenlijst met 45 vragen over emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort, sociale problemen, prosociaal gedrag, eetstoornissen, psychotische kenmerken, problemen met alcohol, problemen met drugs en risico op suïcide en automutilatie.

Er zijn versies voor ouders van kinderen van 4-11 jaar en van jongeren 12-18 jaar. Bovendien bestaat er een versie voor jeugdigen zelf van 12-18 jaar.

Wijze van afname

Schriftelijke vragenlijsten. Eventueel kunnen de vragen mondeling gesteld worden bij kinderen die het Nederlands niet goed beheersen.

Bruikbaarheid voor de JGZ

Het Trimbos-instituut heeft het instrument voor het BJZ ontwikkeld en is in 2006 gestart met de implementatie in het BJZ en met aanvullend valideringsonderzoek.

Validiteit

SPsy is gevalideerd voor gebruik in de psychiatrie.

6. Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleeminventarisatie

(Baby KIPPPI, KIPPPI 1-4 en KIPPPI 5)

Doelstelling

Inventariseren van de psychosociale ontwikkeling van het kind en de psychologische en pedagogische problemen van de ouder.

Doelgroep

Ouders en kinderen van 0-4 jaar.

KIPPPI 5 voor ouders van kinderen van groep 1 van het Basisonderwijs en de GGD-JGZ arts/verpleegkundige.

Inhoud

Alle KIPPPI's bestaan uit drie onderdelen: een oudervragenlijst (OVL), een Consultatiebureau Signaleringsinstrument (CBSI) en een Signaleringsinstrument Kinderopvang (SKO).

Baby KIPPPI

OVL: 8 onderwerpen over de baby: lichamelijke gezondheid, eten en drinken, slapen, activiteit, contact met de verzorger/opvoeder, contact met anderen, stemming en persoonlijkheid.

3 onderwerpen over de ouder: gezondheid van de moeder, verzorgings- en opvoedingspraktijk en ingrijpende gebeurtenissen in het gezin in de afgelopen twee jaar.

CBSI: Registreert de conclusies over de OVL.

9 vragen over algemene indruk van het kind.

14 vragen over de verzorgings- en opvoedingspraktijk en de houding en het gedrag van de verzorger.

SKO: Informatie van kinderopvang.

KIPPPPI 1-4

OVL: 15 *onderwerpen* over de peuter/kleuter: lichamelijke gezondheid, eten en drinken, slapen, zindelijkheid, motoriek, activiteit, zelfredzaamheid/zelfstandigheid, verstandelijke ontwikkeling, taal/spraak, spel en spelen, contact met anderen, stemming, persoonlijkheid, gedrag en angst.

1 *onderwerp* voor de ouder: ingrijpende gebeurtenissen in het gezin in de afgelopen twee jaar.

CBSI: Registreert de conclusies over de OVL.

4 *vragen* over algemene indruk van het kind.

9 *vragen* over de ouder/kindinteractie.

KIPPPPI 5

Oudervragenlijsten (OVL I en II), Leerkrachtenvragenlijst (LVL) en Schoolarts Signaleringsinstrument (SASI).

Wijze van afname

De afnameduur van de KIPPPPI is 10 minuten voor de ouder, de leerkracht of de kinderopvang en 5 minuten voor de bespreking tijdens het contact met de JGZ-medewerker. De ouders kunnen de vragenlijst thuis invullen en zich op die manier voorbereiden op het gesprek met de JGZ-medewerker.

Bruikbaarheid voor de JGZ

Een voordeel van de KIPPPPI is dat de ouders in hun rol als opvoeder gerespecteerd worden en veel aandacht krijgen. De KIPPPPI is een **leidraad voor het gesprek met de ouders en een hulpmiddel om met de ouders in gesprek te komen over opvoedingsvragen**. Daarnaast is de KIPPPPI geschikt voor epidemiologisch onderzoek, de Monitor-KIPP (Kooijman, 2003).

Validiteit

Onderzoek naar de bruikbaarheid en betrouwbaarheid m.n. van de Baby KIPPPPI liet positieve resultaten zien (Kousemaker en Yildiz, 2004).

7. Vragenlijst Onvervulde Behoeften en Opvoedingsondersteuning (VOBO)***Doelstelling***

Vroegtijdige opsporing van opvoedings- en gedragsproblemen en vroegtijdig aanbieden van interventies.

Doelgroep

Ouders van zuigelingen van 18 maanden. Zorg- en risicotaxatie (VOBO-Z) voor gebruik tijdens het huisbezoek op 18 maanden.

Onderzocht wordt of de vragenlijst toepasbaar is bij de leeftijden 0-15 jaar.

Inhoud

Bespreking met de ouders van 12 'domeinen' van het functioneren van het kind. Per domein wordt gevraagd of er vragen of problemen zijn, hoe belastend die zijn en of men steun of hulp gezocht heeft of nog steeds zoekt (Hermanns, 2005).

Wijze van afname

De vragenlijst wordt door een HBO opgeleide functionaris afgenomen. De afnameduur is 30 minuten.

Bruikbaarheid voor de JGZ

De vragenlijst kan door een verpleegkundige worden afgenomen.

Validiteit

De validiteit van de VOBO vragenlijst is nog niet onderzocht. VOBO-Z onderzoek lopend.

8. Landelijke Signaleringslijst van Psychosociale Problemen bij Kleuters (LSPPK)***Doelstelling***

- Inzicht krijgen in de zorgen van ouders en van medewerkers JGZ over psychosociale problemen van het kind.
- Hulpmiddel bij signaleren, adviseren en verwijzen.
- Ondersteuning bij beleidsvorming van scholen en gemeenten over de psychosociale problematiek onder kleuters.

Doelgroep

Ouders van leerlingen uit groep 2 van het basisonderwijs.

Inhoud

12 items over het psychosociaal functioneren van het kind en 2 open vragen over ingrijpende gebeurtenissen.

Wijze van afname

De ouders vullen thuis een vragenlijst in, de arts vult een vragenlijst in tijdens PGO.

Bruikbaarheid voor de JGZ

De methode is goed in te passen in het PGO en is een basis voor een nader gesprek.

Validiteit

De methode is niet gevalideerd. Evaluatieresultaten (Vogels et al., 2003) laten zien dat de oudervragenlijst van de LSPPK met name extra informatie oplevert over 'aandachtsproblemen' en 'sociale problemen', i.h.a. meer informatie bij emotionele problemen. Daarnaast geeft de LSPPK extra informatie over 'angstig/depressief'.

9. Psychosociale Problemen Bovenbouw Basisonderwijs (Psyboba)

Doelstelling

Vroegtijdige signalering van psychosociale problemen.

Doelgroep

Ouders van kinderen op de basisschool leeftijd 7-12 jaar.

Inhoud

26 vragen naar het gedrag van het kind.

Wijze van afname

De verpleegkundige neemt de vragenlijst af tijdens het reguliere contact. Afnameduur 10 minuten.

Bruikbaarheid voor de JGZ

De methode is goed in te passen in het PGO en is een basis voor een nader gesprek.

Validiteit

De vragenlijst is gevalideerd.

10. Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problemen bij Adolescenten (KIVPA)

Doelstelling

Signaleren van psychosociale problemen.

Doelgroep

Schoolgaande jongeren tussen 13 en 18 jaar.

Inhoud

- 8 vragen naar de 'sociale inbedding' van de jongere.
- 5 indicatieve vragen naar psychosomatische klachten.
- 3 vragen naar (bovenmatig) gebruik van genotmiddelen.
- 3 vragen naar antisociaal gedrag.
- 13 vragen naar het zelfbeeld van de jongere.

Wijze van afname

De vragenlijst kan thuis ingevuld worden.

Bruikbaarheid voor de JGZ

Tijdens het reguliere contact kan de JGZ-medewerker de thuis ingevulde vragenlijst bespreken.

Validiteit

Niet gevalideerd. Uit de evaluatie (Reijneveld et al., 2003) blijkt dat met KIVPA internaliserende psychosociale problemen bij adolescenten nog het beste gesignaleerd kunnen worden, maar additionele informatie is nodig voor externaliserende psychosociale problemen.

Bijlage 6a Richtlijnen voor een gesprek over het vermoeden van kindermishandeling

Privacy ouders

Een gesprek moet gevoerd kunnen worden in een ruimte waarin de privacy gewaarborgd is.

Doelen van het gesprek

Over het algemeen is het doel van een gesprek in de JGZ:

- een indruk krijgen van de gezondheidstoestand van het kind zowel in fysiek als in geestelijk opzicht;
- advies, voorlichting en begeleiding geven;
- ouders ondersteunen bij de opvoeding;
- zo nodig verwijzen.

Als tijdens het gesprek bij de JGZ-medewerker een vermoeden ontstaat dat er sprake is van ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling, dan zal het gesprek naast de hier boven genoemde doelen de volgende aanvullende doelen krijgen:

- openlijk uitspreken wat is opgevallen;
- zorgen daarover uiten;
- ouders de gelegenheid geven om hun mening daarover te geven;
- ouders steunen;
- het vertrouwen van de ouders houden of winnen zodat een volgend gesprek mogelijk is.

Het volgende gesprek

Doel van dit gesprek is om vast te stellen óf er sprake is van opvoedingsproblemen of kindermishandeling en zo ja, in welke mate. Daarnaast moet de JGZ-medewerker beoordelen of het kind acuut gevaar loopt.

Veiligheid JGZ-medewerker

Het kan verstandig zijn om het gesprek met de ouders samen met een andere medewerker JGZ te voeren. Voor de overige veiligheidsmaatregelen: zie hoofdstuk 7 van deze richtlijn.

Gespreksvoering (Keesom, 2002)

- Maak gebruik van je deskundigheid, maar stel je niet op als deskundige of autoriteit; gebruik geen vaktermen en respecteer de kennis van de ouders.
- Laat de ouders rustig uitpraten en reageer niet veroordelend of verontwaardigd.
- Heb niet alleen kritiek op de gezondheid of de ontwikkeling van het kind, maar vertel ook wat er goed gaat.
- Beschuldig de ouders niet, maar wees duidelijk over de ernst van het probleem dat je signaleert.
- Geef ouders de tijd om hun weerstand tegen het bespreken van het onderwerp te overwinnen: laat ze eerst stoom afblazen en toon begrip voor hun reactie.
- Zorg ervoor dat het belang van het kind in het gesprek centraal blijft staan.

- Spreek ouders aan op hun verantwoordelijkheid en stimuleer ze om zelf oplossingen te vinden.
- Stel je op als iemand die kan adviseren en helpen, niet als iemand die het probleem kan oplossen.
- Neem bij vermoedens van kindermishandeling en bij gebrek aan mogelijkheden om dit zelf nader te onderzoeken of met de ouders bespreekbaar te maken, contact op met een AMK.

Risicofactoren en beschermende factoren

Bij het gesprek worden vragen gesteld over stress, sociaal isolement, onzekerheid, onvoldoende pedagogisch besef, relaties en eigen opvoeding. De vragen zouden als volgt gesteld kunnen worden (Bilo, 1989):

Stress

- Hebt u weleens moeite met het gedrag van uw kind?
- Wat doet u in zo een situatie?
- Hebben de dingen die u probeert effect?
- Verliest u in zo een situatie wel eens uw geduld?
- Is dat weleens zo erg dat u bang bent voor de gevolgen?

Huilt uw kind erg veel

- Wat doet u als uw kind een huilbui heeft?
- Vindt u het vervelend als niets helpt om uw kind tot bedaren te brengen?
- Hebt u weleens zin om mee te huilen?

Knoeit uw kind veel tijdens het eten

- Vindt u dat uw kind al zindelijk had moeten zijn?
- Heeft uw kind weleens een ongelukje met de zindelijkheid?

Sociaal isolement

- Vindt u het vervelend om alleen gelaten te worden?
- Luistert uw partner naar u als u wat vertelt?
- Wat doet u als uw partner niet luistert?
- Bent u weleens bang om met uw kind alleen te zijn?
- Voelt u zich weleens aan het eind van uw krachten of hulpeloos tegenover de problemen die kinderen met zich mee kunnen brengen?
- Hebt u in zo een situatie iemand om op terug te vallen?
- Kunt u die persoon altijd bereiken?
- Praat u weleens met anderen over uw zorgen bij het opvoeden van kinderen?
- Past er weleens een ander op de kinderen zodat u er eens uit kunt?

Onzekerheid

- Vindt u het vervelend als iemand toekijkt wanneer u uw kind verzorgt of voedt?
- Denkt u weleens dat anderen de manier waarop uw kind verzorgt of voedt afkeuren?

- Vindt u bij anderen begrip voor de moeilijkheden die het opvoeden van kinderen met zich meebrengt?
- Vindt u bij anderen begrip voor de moeilijkheden die u met uw kinderen hebt?

Onvoldoende pedagogisch besef

- Hoe oud moeten kinderen zijn om te begrijpen wat er van hen verwacht wordt?
- Begrijpen uw kinderen u?
- Begrijpen ze wanneer u boos of verdrietig of zenuwachtig bent?
- Helpen ze dan?
- Hebt u weleens het gevoel dat uw kind moeite heeft om aardig tegen u te zijn?
- Houdt uw kind van u?
- Voldoet uw kind aan uw verwachtingen?
- Wanneer hoort een kind zindelijk te zijn?
- Wanneer hoort een kind door te slapen?
- Wanneer kan een kind zonder knoeien eten?

Relatie tussen de ouders

- Kunt u op de steun van uw partner rekenen?
- Luistert uw partner naar u als u problemen hebt bij de opvoeding van uw kind?
- Merkt uw partner het als de spanning u teveel dreigt te worden?
- Helpt uw partner u in zo een situatie?
- Zoekt u eerder hulp bij een ander dan bij uw partner?
- Helpt uw partner bij de verzorging, voeding en opvoeding van uw kind?
- Wat gebeurt er als u en uw partner het oneens zijn over de opvoeding?
- Vindt u dat uw partner een actievere rol bij de opvoeding zou kunnen spelen?

Eigen opvoeding

- Hebt u het gevoel dat uw ouders van u hielden?
- Zijn ze tevreden over u of hebt u de indruk dat ze teleurgesteld waren?
- Hoe straffen uw ouders als u iets verkeerd deed?
- Vindt u de manier waarop uw ouders u straffen de goede manier om kinderen op te voeden?
- Hoe was het contact met uw ouders toen u klein was en hoe is het contact nu?
- Hoe ver gaan uw herinneringen terug?
- Op welke manier probeerden u uw ouders een plezier te doen?

Bijlage 6b Handleiding gespreksvoering

Inhoud:

Gespreksvaardigheid

Aanleiding voor het gesprek

Vorbereiding voor het gesprek

Met wie wordt het gesprek gevoerd?

De plaats en het tijdstip van het gesprek

Verloop van het gesprek

1. Begin van het gesprek
2. Aanleiding van het gesprek
3. Reactie ouder(s) of jeugdige
4. Aanpak van het probleem
5. Samenvatting
6. Vervolgafpraak

Als de JGZ-medewerker vermoedt dat er ernstige opvoedingsproblemen bestaan of dat er sprake kan zijn van kindermishandeling, is het essentieel dat dit met de ouders besproken wordt. Als het om een jeugdige gaat die zelf met het probleem komt of waarover derden zich zorgen maken, wordt het gesprek in eerste instantie met de jeugdige zelf gevoerd. De ervaren JGZ-medewerkers hebben door gesprekstrainingen vaardigheden voor het voeren van dergelijke gesprekken geleerd. Toch kunnen ook zij hierbij belemmeringen ervaren. Het is van belang deze te kennen en in staat te zijn deze bij zich zelf te herkennen en te erkennen. Ook de ouders of het kind kunnen het moeilijk vinden of zich belemmerd voelen om over het onderwerp te praten. In de richtlijnen voor het gesprek worden aanwijzingen gegeven om de belemmeringen te verminderen (zie ook de bijlagen 6a, 6c en 6d).

Gespreksvaardigheid: gesprek moet geen verhoor worden

Het is belangrijk om betrokkenheid en eerlijkheid uit te stralen. Direct na het vertellen wat de aanleiding is van het gesprek vraagt de JGZ-medewerker aan de ouders of de jeugdige wat zij hiervan vinden. Door het stellen van open vragen krijgen de ouders of de jeugdige de gelegenheid om hun eigen verhaal te vertellen. Hierbij luistert de JGZ-medewerker actief en stimuleert door houding, knikken, hummen et cetera. Hij neemt de tijd en is niet geïrriteerd of ongeduldig. Het gesprek moet geen verhoor worden maar heeft als doel om de achterliggende problematiek op te sporen.

Benoemen van positieve aspecten en zichtbaar gedrag

Hij probeert de positieve aspecten van het kind en/of het handelen van de ouders te benoemen. Door het benoemen van zichtbare feiten en zichtbaar gedrag zonder eigen waardeoordeel of beschuldigende houding of (stem)toon zal de ouder zich minder in de verdediging gedrukt voelen. Reageren in de eerste persoon ('ik') op emoties of uitlatingen van de ouder, herhalen (in andere woorden) en samenvatten verheldert wat er door de JGZ-medewerker en de ouders bedoeld wordt.

Aanleiding voor het gesprek

De aanleiding tot het maken van een afspraak voor een gesprek is verschillend: ongerustheid van JGZ-arts of jeugdverpleegkundige bij een contactmoment, door de ouder(s) of de jeugdige zelf aangegeven problemen, op verzoek van derden (bijvoorbeeld de peuterleidster of de leerkracht). Bij een signaal van derden kan de JGZ alleen een gesprek voeren als de ouders op de hoogte zijn van de reden voor het gesprek.

Het verdient de voorkeur om het gesprek over het vermoeden van kindermishandeling niet te voeren in aanwezigheid van het zeer jonge kind. Als de JGZ-medewerker bij het reguliere contact een vermoeden van kindermishandeling krijgt, dan zal de medewerker dat met de ouders bespreken zonder dat het kind erbij is. Het is voor het kind mogelijk prettiger om niet bij het gesprek aanwezig te zijn. Het verhaal van het kind kan beïnvloed worden door de vragen. De 'ontdekkingsfase' van kindermishandeling dient daarom zo kort mogelijk te zijn. Bij een ernstige verdenking van kindermishandeling, en vooral bij seksueel misbruik, moet het kind (indien er aangifte is gedaan) het verhaal vertellen aan speciaal getrainde functionarissen bij de politie. Niet aan de JGZ-medewerker.

Het kan ook voorkomen dat er al gesprekken hebben plaatsgevonden, maar dat de hulpverlening niet op gang is gekomen of niet goed is aangeslagen. In dat geval zal de arts of de verpleegkundige proberen de hulpverlening op een andere wijze in gang te zetten, zo nodig contact op te nemen met de hulpverlener met toestemming van de ouders of - als dit allemaal niet lukt - te melden bij het AMK. De ouders worden hiervan op de hoogte gebracht.

Vorbereiding voor het gesprek

De aanleiding speelt een rol bij de voorbereiding tot het gesprek. Voordat het gesprek plaatsvindt, formuleert de JGZ-medewerker voor zichzelf het doel (de doelen) van het gesprek, de wijze waarop het gesprek gevoerd zal worden en de eventuele mogelijkheden voor hulpverlening. De medewerker bespreekt de casus met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling van de organisatie en/of vraagt advies aan het AMK. Het gesprek wordt eventueel geoefend. Tevoren wordt overwogen *wie* het gesprek het beste kan voeren. De JGZ-arts of jeugdverpleegkundige gaat bij zichzelf na of er belemmeringen bestaan voor het voeren van het gesprek. Als de weerstanden te groot zijn kan beter een andere JGZ-medewerker de gespreksvoering overnemen. Het is van belang om de culturele achtergronden van de ouders te kennen en hier rekening mee te houden. In sommige gevallen is het aan te raden om het gesprek met de ouders samen met de aandachtsfunctionaris te voeren.

Met wie wordt het gesprek gevoerd?

Soms is het goed om het eerste gesprek met de 'beschermende' ouder te voeren.

De plaats en het tijdstip van het gesprek

De plaats van het gesprek moet ook overwogen worden. Soms is het beter om het gesprek bij de ouders thuis te voeren of op de kinderopvang of de school dan op de JGZ-locatie.

Ook het tijdstip is van belang. Het gesprek wordt zo mogelijk niet vlak voor het weekend gehouden en ook niet vlak voor een vakantie. Als de situatie in het gezin na het gesprek escaleert, moet er snel gehandeld kunnen worden.

Het uitgangspunt voor de JGZ is altijd het belang van het kind. De JGZ heeft een verantwoordelijkheid voor het kind in zorg. De bezorgdheid over het kind of over de draagkracht van de ouder en de erkenning van de te grote draaglast worden met de ouder gedeeld. Het doel hierbij is dat de ouder het probleem (ook) herkent en inziet dat er iets moet gebeuren om uit de zorgelijke situatie te komen. Een belangrijke stap is dan gezet op het pad naar acceptatie van hulp en hulpverlening.

Verloop van het gesprek

Het gesprek verloopt in vijf, zo nodig zes, stappen: 1. begin, 2. aanleiding, 3. reactie ouder(s) of jeugdige, 4. aanpak van het probleem en 5. samenvatting. Zo nodig volgt stap 6. vervolgspraak.

1. Begin van het gesprek

De arts of verpleegkundige stelt de ouders of de jeugdige op hun gemak.

2. Aanleiding van het gesprek

De arts of verpleegkundige vertelt de aanleiding voor de afspraak aan de ouder(s)/jeugdige. Dit kan bijvoorbeeld zijn: de zorg om het kind op grond van eigen waarnemingen bij een consult of huisbezoek, door signalen van anderen (school, peuterspeelplaats, e.d.), door de ouder of de jeugdige zelf aangegeven problemen of omdat de hulpverlener zich zorgen maakt over de ouder(s) of de jeugdige.

3. Reactie ouder(s) of jeugdige

De ouder(s) of de jeugdige krijgt de gelegenheid hierop te reageren door een open vraag van de arts of verpleegkundige en door de luisterende houding. Als de ouder(s) of de jeugdige de zorg niet delen verduidelijkt de JGZ-medewerker de eigen beleving en stimuleert de ouders of de jeugdige om vragen te stellen en om hun problemen te uiten. In samenspraak met de ouder(s) of de jeugdige wordt een/het probleem vastgesteld.

4. Aanpak van het probleem

Hierbij tracht men samen met de ouders of de jeugdige oplossingen te bedenken. De arts of verpleegkundige geeft de mogelijkheden voor hulp aan die de JGZ of andere instanties kunnen bieden. De ouders worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind, maar het moet voor de ouders ook duidelijk zijn dat de JGZ een eigen verantwoordelijkheid draagt in deze zorg.

5. Samenvatting

De arts of verpleegkundige vat het besprokene en de gemaakte afspraken samen. Er wordt aan de ouder(s) of de jeugdige gevraagd of zij het met deze samenvatting eens zijn. De JGZ-medewerker deelt mee dat de afspraken in het dossier worden genoteerd.

6. Vervolgafpraak

Als de ouder(s) geen probleem zien en geen verdere stappen willen ondernemen maakt de JGZ-medewerker bij blijvend vermoeden van kindermishandeling een vervolgafpraak. In dit gesprek wordt opnieuw de zorg over het kind aangegeven en verteld waarom gedacht wordt aan kindermishandeling. De inhoud en de afspraken van het eerdere gesprek worden kort genoemd. Als de ouders niet bereid zijn om hulp te aanvaarden, geeft de JGZ-medewerker aan dat de zorgen om het kind en de verantwoordelijkheid van de JGZ maken dat de zorgen gemeld zullen worden aan het AMK. De ouders krijgen informatie dat het AMK de instelling is waar iedereen met zorgen over mogelijke kindermishandeling terecht kan en welke stappen het AMK na de melding zet.

Bijlage 6c Belemmeringen bij een gesprek over ernstige opvoedingsproblemen of kindermishandeling

(Rensen, 1991)

Bij het kind

- Loyaliteit ten aanzien van de ouders, angst voor represailles
- Dissimulatie, verzwijgen van de waarheid
- Onmacht om het gebeurde onder woorden te brengen, een hulpvraag te formuleren en deze te motiveren
- Angst niet geloofd te worden
- Wantrouwen ten aanzien van de medewerker JGZ, onwetendheid omtrent beroepsgeheim
- Een telefoon die steeds in gesprek is
- Nervositeit: het kind op de verkeerde plaats op het verkeerde moment
- Onzekerheid, angst: een groot gebouw, een naambord met veel afkortingen, een onvriendelijke portier of receptioniste

Bij de ouders

- Schaamte, schuldgevoel, onmacht
- Scheidingsangst
- Angst voor de partner
- Angst voor de reacties van de JGZ-medewerker: wat gaat de JGZ doen?
- Angst voor uit huis halen door 'de Raad'
- Angst voor gezichts- en statusverlies
- Angst voor gevangenisstraf
- Niet willen zien wat je ziet, struisvogelpolitiek

Bij de hulpverlener

- Ik heb geen tijd
- Ik wil er niets mee te maken hebben
- Ik kan het niet
- Ik ben bang voor de ouders
- Ik ben bang voor mijn eigen angst, hulpeloosheid, onmacht
- Ik heb een beroepsgeheim
- Het zal wel meevallen
- Het zal wel normaal zijn in die cultuur
- Ik ben bang voor justitiële gevolgen
- Ik ben bang dat het erger wordtIk ben bang dat de ouders anders niet meer terug komen
- Is dit wel kindermishandeling?

Bijlage 6d Belemmeringen bij een gesprek over incest

(Rensen, 1991)

Bij het kind

- Angst om niet geloofd te worden.
- Angst voor represailles.
- Het is tenslotte mijn vader, moeder, broer, oom, opa.
- Ik heb er zelf aan meegewerkt, schuldgevoel bij fysiologische reacties en opwinding, schaamte.
- Hij komt toch weer vrij.
- Wat gebeurt er met moeder en de andere kinderen als het ontdekt wordt?
- Als ik weg ben gaat hij misschien verder met mijn jongere zusjes/broertjes.

In het gezin

- Het is vast iemand anders.
- Ze zal het wel van de televisie hebben.
- Wie gelooft nou zo'n kind?
- Na de ontdekking kan de agressie zich richten op het zwarte schaap, zodat dit de veroorzaker van de gezinsproblemen wordt en het systeem zich weer kan sluiten.
- Als moeder niet tegen vader opgewassen is, zal zij alles in het werk stellen om het geheim te verstoppen.
- Vaders kunnen lang blijven ontkennen, bagatelliseren, rationaliseren (voorlichting!), dreigen met gerechtelijke stappen, zielig doen, dreigen met zelfmoord.

Bij de hulpverlener

- Bagatelliseren van de situatie, ontkennen, afweer van eigen verdrongen seksuele impulsen.
- Er is niets aan te doen, het gaat al van generatie op generatie zo.
- Is dit eigenlijk wel incest?
- Bij wie moet ik zoiets melden?
- Ontkenning uit angst voor aantasting van het gezinsleven.
- Ontkenning uit angst voor eigen agressie bij de confrontatie.
- Angst voor agressie van de ouders.
- Angst voor justitiële perikelen.
- Ethische problemen met de beroepsopvatting en de levenshouding.
- Ik ken de ouders goed.

Bijlage 7 Interventies voor de JGZ

(Prinsen, 2004)

In deze bijlage staan de effectieve en veel belovende interventies voor Nederland. Een duidelijke scheidinglijn tussen primaire en secundaire preventie ontbreekt hierbij. Daarnaast worden de interventies genoemd die in het buitenland effectief zijn maar nog niet voor Nederland gevalideerd zijn. Ten slotte worden de interventies genoemd die veel gebruikt worden maar waarvan de effectiviteit nog niet onderzocht is.

Effectief in buitenlands onderzoek, veelbelovend in Nederland

- Behavior Family Intervention (Triple P Programma)
- Nurse Family Partnership (VoorZorg Project)

Veelbelovend

- Video Feedback Training of video home training
- Homestart
- Stevig Ouderschap
- Opvoeden & zo
- Samen Starten

Effectief in het buitenland, Inventgroep adviseert validering voor Nederland

- Chigaco Child - Parent Centers Project
- Parent Child Interaction Training (PCIT)
- Parent Management Training Oregon (PMTO)

Behavior Family Intervention (Triple P: Positief Pedagogisch Programma) (effectief, NJi)	
Doelstelling	Ouders opvoedingsvaardigheden leren.
Doelgroep	Ouders van kinderen van 3-10 jaar.
Inhoud	Training van opvoedingsvaardigheden in een tiental bijeenkomsten.
Bruikbaarheid voor de JGZ	Volgens de Inventgroep is het toepasbaar in de JGZ.
Resultaat	Triple P heeft een positief effect op het opvoedingsgedrag van ouders en op vermindering van gedragsproblemen bij kinderen. Dat positieve effect is 3 jaar na de interventie nog merkbaar.

Nurse Family Partnership (VoorZorg Project) (effectief, Inventgroep)	
Doelstelling	Voorkomen van kindermishandeling.
Doelgroep	Zwangere vrouwen bij wie het risico op opvoedingsproblemen groot lijkt én die vaardigheden in het opvoeden willen en kunnen leren.
Inhoud	Intensieve begeleiding tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste 2 jaar van het kind.
Bruikbaarheid voor de JGZ	Er wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling en uitvoering van VoorZorg. Het programma lijkt goed uitvoerbaar in Nederland. De RCT naar het effect is in volle gang. (Kooijman et al., 2008)
Resultaat	Effectieve interventie.

Video Feedback Training of video home training (veelbelovend, Nji)	
Doelstelling	Ouders opvoedkundige vaardigheden leren.
Doelgroep	Ouders van kinderen 0-12 jaar.
Inhoud	Video ondersteunt adviezen over vaardigheden in opvoeding.
Bruikbaarheid voor de JGZ	Wordt in Nederland veel toegepast.
Resultaat	Effectieve interventie, effectgrootte voor Nederland nog onbekend.
Homestart (veelbelovend, Nji)	
Doelstelling	Voorkomen dat alledaagse opvoedingsproblemen ernstig en langdurig worden.
Doelgroep	Ouders van kinderen 0-6 jaar.
Inhoud	Ervaren vrijwilligers geven tijdens huisbezoeken ondersteuning en praktische hulp.
Bruikbaarheid voor de JGZ	De JGZ kan hiernaar verwijzen.
Resultaat	De effectiviteit van de interventie is nog niet onderzocht. Ouders geven aan dat zij zich competentier voelen na deelname aan Homestart.
Stevig Ouderschap (veelbelovend, Nji)	
Doelstelling	Preventie van kindermishandeling door: <ul style="list-style-type: none"> - vergroting kennis van ontwikkeling en gedrag kind en van vaardigheden in opvoeden en verzorgen; - versterking van competentie en zelfvertrouwen van ouders; - verbetering interactie en hechting ouder/kind; - hantering ambivalenties ten aanzien van ouderrol door eigen verleden; - hantering van stress verbeteren; - verbetering relaties van ouders met professionele ondersteuning; - vergroting van het sociale netwerk van de ouders.
Doelgroep	Risicogezinnen van pasgeborenen.
Inhoud	Zes huisbezoeken door een speciaal opgeleide verpleegkundige.
Bruikbaarheid voor de JGZ	De methode is goed toepasbaar in de JGZ.
Resultaat	Ouders uit het pilot onderzoek waren tevreden over deze interventie. De methode wordt onderzocht op effectiviteit.
Opvoeden & Zó (veelbelovend, Nji)	
Doelstelling	Competentie van ouders vergroten door te tonen dat het gedrag van kinderen beïnvloed kan worden.
Doelgroep	Ouders in achterstandsituaties van kinderen 3-12 jaar.
Inhoud	Opvoedingsvaardigheden worden geleerd aan de hand van video-band en huiswerkopdrachten tijdens 5 groepsbijeenkomsten.
Bruikbaarheid voor de JGZ	De JGZ kan hiernaar verwijzen.
Resultaat	Op korte termijn geven ouders in drie studies aan dat zij meer zelfvertrouwen hebben gekregen door de cursus. Het langetermijneffect is nog niet bekend.

De Inventagroep beveelt aan om de onderstaande interventies voor Nederland te valideren. (Hermanns, 2005)

Chigaco Child - Parent Centers Project	
Doelstelling	Opvoeding van gezinnen.
Doelgroep	Gezinnen met kinderen 0-6 jaar.
Inhoud	Opvoeding via kindercentra en eerste twee jaren basisschool + vraaggerichte opvoedingsondersteuning.
Bruikbaarheid voor de JGZ	Nog niet vertaald in het Nederlands.
Resultaat	Effectieve interventie.

Parent Child Interaction Training (PCIT)	
Doelstelling	Opvoedkundige vaardigheden van ouders trainen tijdens interactie met kind.
Doelgroep	Ouders en kinderen.
Inhoud	De training kan individueel, maar ook in groepsverband gegeven worden. Er zijn ongeveer 14 sessies nodig. Het eerste deel van de training is gericht op het versterken van de affectieve band tussen ouders en kinderen. Daarna wordt geoefend in adequaat straffen en corrigeren van ongewenst gedrag.
Bruikbaarheid voor de JGZ	Nog niet vertaald in het Nederlands.
Resultaat	Effectieve methode. Programma wordt bij kindermishandeling aanbevolen voor de hulp aan ouders.

Parent Management Training Oregon (PMTO)	
Doelstelling	Ouders opvoedkundige vaardigheden leren.
Doelgroep	Ouders van kinderen van 3-12 jaar.
Inhoud	25 sessies die op video worden opgenomen.
Bruikbaarheid voor de JGZ	Niet vertaald in het Nederlands. Triple P is gebaseerd op deze vorm van oudertraining.
Resultaat	In de Verenigde Staten heeft deze interventie een positief effect op het opvoedgedrag van ouders.

Bijlage 8 Spelregels voor casuoverleg in samenwerkingsverbanden

(Baeten en Janssen, 2002)

Deelname aan overleg is alleen mogelijk als de cliënt toestemming heeft gegeven of als de casusbespreking anoniem is. Worden er tijdens de bespreking gegevens uitgewisseld zonder toestemming van de cliënt, dan geldt voor alle beroepsgroepen dat dergelijk overleg alleen mogelijk is als aan de volgende vijf voorwaarden wordt voldaan:

1. Er is sprake van overmacht.
2. Alle deelnemers van het overleg hebben een directe relatie met de cliënt die onderwerp is van overleg en wiens belangen behartigd worden.
3. Het overleg heeft tot doel de belangen van de cliënt te behartigen, bijvoorbeeld het stoppen van geweld waar de cliënt als slachtoffer of getuige bij is betrokken.
4. De cliënt wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over het overleg, de inhoud en de resultaten.
5. De persoonsgegevens die de hulpverlener verstrekt:
 - zijn noodzakelijk voor het realiseren van het gerechtvaardigde doel;
 - worden uitsluitend gebruikt voor het realiseren van het doel;
 - worden zonder uitdrukkelijke toestemming van de medische hulpverleners niet door deelnemers aan anderen verstrekt;
 - worden alleen aan die deelnemers verstrekt die de informatie nodig hebben voor een goede taakuitoefening.

De deelnemers wisselen alleen cliëntgegevens uit als anonieme casusbespreking niet mogelijk is. Tijdens het casuoverleg staan de belangen van de cliënt centraal. Aan het casuoverleg nemen alleen die beroepskrachten deel die een directe behandelrelatie hebben met de cliënt.

De deelnemer aan het overleg, die een cliënt wil inbrengen, geeft eerst aan of hij/zij toestemming heeft voor de bespreking. Is er geen toestemming dan legt hij/zij uit waarom hij/zij meent dat er sprake is van een overmachtsituatie waarin de cliënt toch besproken moet worden.

De cliëntgegevens die worden verstrekt:

- zijn noodzakelijk om het belang van de cliënt te dienen;
- worden alleen verstrekt aan die deelnemers aan het overleg, die deze gegevens nodig hebben voor hun taakuitoefening.

De deelnemers sluiten iedere cliëntbespreking af met:

- afspraken over acties of vervolgstappen die naar aanleiding van de bespreking zullen worden ondernomen door een of meer van de deelnemers;
- afspraken over de wijze waarop de cliënt wordt geïnformeerd over de inhoud en de resultaten van het overleg.

De deelnemers bespreken de cliëntgegevens die in het samenwerkingsverband worden uitgewisseld in het algemeen niet met anderen van buiten het samenwerkingsverband. Is het noodzakelijk om enige gegevens wel aan een beroepskracht van buiten het samenwerkingsverband te verstrekken, dan worden daarover duidelijke afspraken gemaakt. Voor deze verstrekking wordt in beginsel toestemming van de cliënt gevraagd.

De deelnemers voegen het verslag van de casusbespreking in het samenwerkingsverband toe aan het cliëntdossier. Dit verslag bevat in principe alleen de afspraken die de deelnemers aan het samenwerkingsverband met elkaar hebben gemaakt naar aanleiding van de casusbespreking.

Een cliënt heeft recht op inzage in zijn dossier en dus ook inzage in het verslag van de casusbespreking voor zover deze bespreking over hem gaat.

Bijlage 9 Stappenplan Voorkomen van vrouwelijke genitale verminking door samenwerken

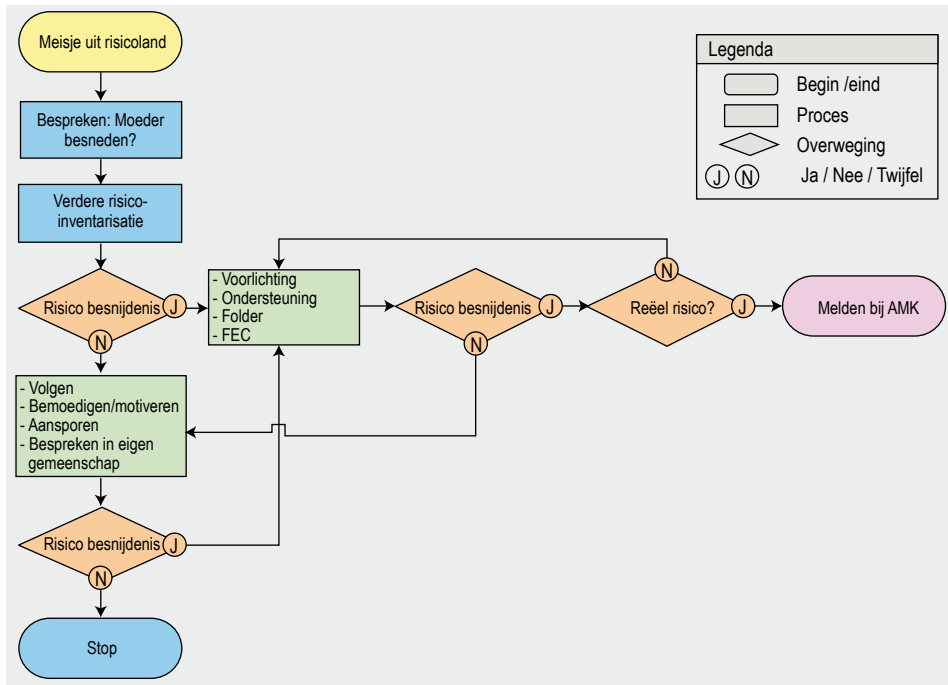
(AJN, 2004, <http://ajn.artsennet.nl/>)

De jeugdarts en jeugdverpleegkundige hebben een preventieve en signalerende functie. Door vroegtijdig in contact te treden met kinderen en ouders kunnen zij een cruciale rol spelen in de aanpak van vrouwelijke genitale verminking. Zij zijn de aangewezenen om ouders te wijzen op de ernst van deze ingreep, zowel lichamelijk als psychisch. Preventie van vrouwelijke genitale verminking betekent niet altijd dat ouders of betrokkenen ook de mening toegedaan zijn dat besnijdenis onwenselijk is of dat ouders of betrokkenen niet zullen proberen besnijdenissen wel plaats te laten vinden. Preventie is niet hetzelfde als attitudeverandering. Preventie van vrouwelijke genitale verminking in Nederland vraagt ook het actief betrekken van de doelgroep in activiteiten, formulering en uitvoering van beleid. Dit kan via voorlichters eigen taal en cultuur, sleutelfiguren en zelforganisaties. Binnen de medische zorg is behoefte aan duidelijker richtlijnen vanuit de beroepsverenigingen. Vooral jeugdartsen geven aan dit als een noodzaak te vinden voor betere preventie en signaleringsactiviteiten.

Stappenplan: De AJN wijst elke vorm van vrouwelijke genitale verminking af. De AJN ontwikkelt beleid ten aanzien van preventie van vrouwelijke genitale verminking. De AJN wil de jeugdgezondheidszorg meer bewust maken van dit probleem en daarbij aandacht besteden aan het signaleren en aanpakken van vrouwelijke genitale verminking. Dit komt onder meer ook tot uitdrukking in dit stappenplan.

Dit kan door afspraken te maken over:

- Aandacht voor vrouwelijke genitale verminking in het overdrachtsprotocol vanuit de verloskundigen en gynaecologen. Heeft de verloskundige of gynaecoloog al een gesprek gevoerd met de ouders? De AJN heeft contact gezocht met de besturen van de NVOG en KNOV.
- Vroegtijdige signalering van risico bij meisjes uit een specifieke bevolkingsgroep: lijst landen (vergelijkbaar als bij hepatitis B). Speciale aandacht voor nieuwkomertraject.
- Bespreekbaar maken in de JGZ (ook in samenwerking met jeugdverpleegkundigen: overleg met LVSV en LVW, tegenwoordig V&VN). Deskundigheidsbevordering hierbij is nodig. Beginnen in gebieden in Nederland waar veel van deze meisjes wonen namelijk Den Haag, Delft, Arnhem, Leeuwarden, Tilburg, Emmeloord, Groningen volgens 'train de trainer' principe.
- Ondernemen van acties bij een vermoeden van een voorgenomen besnijdenis. (overleg AMK)
- Alert zijn op signalen dat meisjes toch slachtoffer zijn geworden. (secundaire preventie)
- Aandacht vragen voor dit probleem bij de school: ontwikkelen van een folder met signalen en meldmomenten voor leerkracht. Overleg met leerplichtambtenaar.
- Samenwerken met Pharos en sleutelfiguren in de eigen gemeenschap, de eigen wijk.
- Scholing in gespreksvoering met ouders en familieleden door Pharos.
- Ontwikkelen van Gespreksprotocollen.
- Opnemen in richtlijnen primaire en secundaire kindermishandeling.



Figuur B9.1: Beslisschema vrouwelijke genitale verminking.

Tabel B9.1: Overzicht van landen en percentage besneden vrouwen.

Risicoland	% besnijdenis
Benin	50 %
Burkino Faso	70 %
Centraal Afrikaanse Republiek	50 %
Congo (DRC)	50 %
Djibouti	95 %
Egypte	97 %
Eritrea	90 %
Ethiopië	90 %
Gambia	70 %
Ghana	20 %
Guinee	80 %
Guinee Bissau	50 %
Ivoorkust	60 %
Kameroen	20 %
Kenia	50 %
Liberia	55 %
Mali	90 %
Mauritanië	25 %
Niger	20 %
Nigeria	50 %
Oeganda	5 %
Senegal	20 %
Sierra Leone	85 %
Somalië	98 %
Soedan	90 %
Tanzania	10 %
Tjaad (Chad)	60 %
Togo	12 % (Noorden land)

Zie www.meisjesbesnijdenis.nl voor de meest recente cijfers.

- Registratie (anoniem) in overleg met de inspectie: de AJN heeft overleg gezocht met de inspectie IGZ.

Het gehele stappenplan is te downloaden op <http://ajn.artsennet.nl>.

Toelichting Beslisschema

Risico-inventarisatie

Risico-inventarisatie is een doorlopend proces bij vrouwelijke genitale verminking. Afhankelijk van de leeftijd van het meisje waarop het eerste gesprek over besnijdenis plaatsvindt, moeten een aantal of alle punten uit de risico-inventarisatie kunnen worden beantwoord:

- land van herkomst;
- percentage van voorkomen besnijdenis in land van herkomst (zie tabel B9.1);
- **moeder van het meisje is besneden;**
- **oudere zusjes**, woonachtig in Nederland of in thuisland, **zijn besneden;**
- gezin met veel familie in Nederland (familiedruk);
- gezin dat nog niet of slecht geïntegreerd is (taal, sociale contacten, werkeloosheid);
- gezin, dat regelmatig terugkeert naar het land van herkomst.

Daarnaast zijn de volgende punten van belang:

- 1) Hoe staat de partner tegenover besnijdenis, de moeder van moeder, de moeder van vader en de familie?
- 2) Hoe zijn de contacten binnen dezelfde etnische groep?
 - a) wordt er druk uitgeoefend?
 - b) heeft moeder en/of vader juist steun aan de groep?
 - c) Hoe ziet de sociale omgeving van moeder eruit?
 - d) wie is haar vraagbaak, steun en toeverlaat als het om vrouwenaangelegenheden gaat?
- 3) De groepen kennen een verschillende sociale, culturele (laag tot hoog opgeleid) en religieuze achtergrond (christenen en moslims). Betrokkenen hebben een vluchtelingen- of migrantenstatus. Daarnaast is er verschil in de leeftijd waarop besnijdenis wordt gepraktiseerd in het land van herkomst (vanaf twee maanden tot ongeveer dertien jaar, soms zelfs nog later).

Gespreksvoering

Tijdens het gesprek is het van belang te weten in welk stadium van verandering iemand zit:



Figuur B9.2: Stadia van verandering.

Op basis van het stadium worden aanvullende vragen gesteld. Goede gespreksonderwerpen van voorbeschouwing tot voorbereiding zijn:

- inventarisatie (soort) besnijdenis moeder;
- (traumatische) ervaringen van moeder zelf;
- gezondheidsklachten van moeder (bevallingen);
- opvattingen over/betekenis van besnijdenis bijvoorbeeld ook in het kader van het geloof (Koran);
- wetgeving Nederland en waarom.

Meer informatie

Bovenstaande informatie is een samenvatting van het *Gesprekprotocol Meisjesbesnijdenis* (AJN, 2005) dat te vinden is op internet: <http://ajn.artsennet.nl>.

Bijlage 10 Signalering van kindermishandeling door het onderwijs

Contacten tussen JGZ en scholen

Van oudsher bestaat in veel (met name grotere) gemeenten gestructureerd overleg tussen JGZ (GGD, schoolarts) en scholen naar aanleiding van het reguliere onderzoek van kinderen (zie paragraaf 4.4). Ook bij incidenteel voorkomende problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen is een deel van de scholen gewend daarover contact met de JGZ op te nemen. Naast deze bilaterale contacten stimuleert de overheid sinds 2004 het tot stand komen van zogenaamde 'Zorg- en adviesteams' (ZAT's) of 'zorgplatforms'. Deze (schooloverstijgende) teams moeten gezamenlijk een landelijk dekkend zorgnetwerk voor het primair en secundair onderwijs gaan vormen. In 2007 zou dit netwerk gereed moeten zijn. Het zorgnetwerk is een van de doelen van Operatie Jong, een beleidsplan van zes ministeries, te weten VWS, OCW, Justitie, SZW, BZK en VROM (zie paragraaf 6.3).

De meeste Zorg- en adviesteams bespreken leerlingen met problemen in hun sociaal-emotionele ontwikkeling, maar in het basisonderwijs komen ook leerlingen met leerproblemen aan bod. De teams komen op ruim de helft van de scholen maandelijks bij elkaar, behalve in het basisonderwijs, waar dit voor een derde van de scholen geldt. De besprekingen vinden gewoonlijk plaats op basis van schriftelijke informatie, volgens een vast format geordend. Over de feitelijke effectiviteit van de teams is nog niets bekend.

Interne organisatie op scholen

De kwaliteit van de interne leerlingbegeleiding is bepalend of de school adequaat reageert op signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld. In het primair onderwijs is de sociaal-emotionele begeleiding van leerlingen van oudsher een van de taken van de klassenleraar. Het voortgezet onderwijs kent al sinds decennia mentoren en (gedeeltelijk) voor deze taak (van onderwijstaken) vrijgestelde leerlingbegeleiders. Door het groeiende besef dat veel leerproblemen (mede) veroorzaakt worden door sociaal-emotionele problemen heeft de verbetering van de kwaliteit van de (sociaal-emotionele) begeleiding van leerlingen veel aandacht gekregen. De meeste scholen voor primair onderwijs (zeker de grotere scholen) hebben anno 2005 een (gedeeltelijk vrijgestelde) interne begeleider. In veel scholen voor voortgezet onderwijs is de taak van leerlingbegeleider opgegaan in de nieuwe taak van (interne) zorgcoördinator. De interne begeleider en de zorgcoördinator zijn vaak de schoolfunctionarissen die deelnemen aan het schooloverstijgende Zorg- en adviesteam en die over zorgleerlingen contacten met andere instanties onderhouden.

Protocolen en nascholing

Om te bevorderen dat het schoolpersoneel de signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld vroegtijdig opvangt, heeft het ministerie van OCW voorbeeldprotocolen laten ontwikkelen speciaal voor het primair en secundair onderwijs: 'Vermoeden van huiselijk geweld, mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik'. Als basis diende het 'Protocol Vermoeden kindermishandeling', opgesteld in 2003 door samenwerkende

instanties uit onderwijs, jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg in Den Haag/Haaglanden. De protocollen omvatten onder meer een stappenplan, observatiepunten en een lijst met leeftijdsspecifieke signalen. De protocollen zijn gepubliceerd op www.minocw.nl/veiligeschool en daar te downloaden. Bij deze protocollen heeft het ministerie een training 'Omgaan met huiselijk geweld op school' laten ontwikkelen. Aan bod komen onder meer het versterken van kennis en vaardigheden rond het signaleren van huiselijk geweld (inclusief kindermishandeling) en de bewustwording van de eigen grondhouding van de cursisten ten aanzien hiervan. Informatie over de nascholing is te vinden op www.onderwijsnhuiselijkgeweld.nl en op www.minocw.nl/veiligeschool.

Geheimhouding op scholen en in multidisciplinaire zorgteams

In de onderwijswetten is omtrent de geheimhouding weinig geregeld. Artikel 53 van de Wet op het primair onderwijs (WPO) bevat voor het openbaar onderwijs de bepaling dat de akte van aanstelling voor personeelsleden die bij de uitoefening van hun functie kennis nemen van persoonlijke gegevens van leerlingen voorschriften omtrent geheimhouding daarvan moet bevatten, voor zover een geheimhoudingsplicht niet uit anderen hoofde is verzekerd. Voor het openbaar onderwijs is dit een vangnetbepaling omdat artikel 2:5 van de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) al een algemene geheimhoudingsverplichting aan ambtenaren oplegt. De aan artikel 53 WPO analoge bepaling voor het bijzonder onderwijs staat in artikel 59 WPO. Een aparte geheimhoudingsverplichting is opgenomen in artikel 14 WPO en die verplichting geldt voor personen die in het kader van de behandeling van een klacht kennis krijgen van gegevens waarvan ze het vertrouwelijk karakter kennen of redelijkerwijze moeten vermoeden. Leraren op klassenniveau en interne begeleiders leerlingenzorg op schoolniveau houden zich ook bezig met verwerking van persoonsgegevens en vallen uit dien hoofde ook onder de werking van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP).

De Wet op het voortgezet onderwijs (WVO) kent geen artikel zoals artikel 53 van de WPO. Wel bevat de CAO voor het voortgezet onderwijs in artikel 12.4 wel die geheimhoudingsplicht. Deze geldt dan voor het openbaar en het bijzonder onderwijs. Vakleraren, leerlingbegeleiders en zorgcoördinatoren houden zich ook bezig met verwerking van persoonsgegevens en vallen uit dien hoofde ook onder de werking van de WBP.

Artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht (WvSr) staat in het verlengde hiervan. Het is een strafbepaling, die volgens de daarin opgenomen delictomschrijving alleen toegepast kan worden als het OM kan bewijzen dat voor verdachte een verplichting tot geheimhouding bestaat die hij heeft geschonden. De verplichting tot geheimhouding gaat daar dus aan vooraf.

De Wet op de Jeugdzorg (WJ) dateert van 2005 en daarmee heeft het onderwijs nog weinig ervaring opgedaan. Uit de Memorie van Toelichting bij het artikel 53 lid 3 valt af te leiden dat de ontheffing van de geheimhoudingsplicht, zoals opgenomen is in dat artikel, van toepassing is op iedereen die de geheimhouding doorbreekt in verband met een melding aan een Bureau Jeugdzorg (fungerend als meldpunt kindermishandeling). Dat geldt dus ook voor onderwijspersoneel.

Over de reikwijdte van de WBP bestaat in het onderwijs veel onduidelijkheid, bijvoorbeeld over de vraag of scholen gezondheidsgegevens van leerlingen mogen verwerken. Het College Bescherming Persoonsgegevens is geneigd de wet strikt uit te leggen, wat inhoudt dat op het verbod gezondheidsgegevens te verwerken alleen een uitzondering gemaakt kan worden voor scholen voor speciaal onderwijs en niet voor reguliere scholen. In hoeverre het hiervoor genoemde artikel 53 van de WJ daarop een uitzondering maakt is dus in 2005 nog onduidelijk.

Met de recente publicatie van het NIZW (Sauerwein, 2005) wordt aan de behoefte aan informatie bij scholen tegemoet gekomen. In deze publicatie worden 40 veelgestelde vragen over privacy op scholen en in multidisciplinaire zorgteams beantwoord.

Bijlage 11 Bureau Jeugdzorg

(Ministerie van VWS, 2005)

Wanneer het Bureau Jeugdzorg bepaalt dat de cliënt jeugdzorg nodig heeft, dan legt zij dit vast in een indicatiebesluit. Dit indicatiebesluit geeft een aanspraak (recht) op zorg.

De provincie moet zorgen dat de gevraagde zorg er is. Stelt het Bureau Jeugdzorg vast dat zorg uit de AWBZ nodig is, dan kan de cliënt die opeisen bij de zorgverzekeraars. De Bureaus Jeugdzorg moeten - net als de zorgaanbieders - een onafhankelijke vertrouwenspersoon hebben. Deze staat een cliënt met advies en bijstand bij. Ook moeten het Bureau Jeugdzorg en de zorgaanbieder een klachtenregeling hebben met een klachtencommissie. Cliënten die vinden dat ze onjuist bejegend zijn of het niet eens zijn met de inhoudelijke beoordeling, kunnen klagen bij de commissie. Verder krijgen cliënten meer te vertellen over het beleid van de jeugdzorg. De Wet op de Jeugdzorg regelt dat zowel provincies als het Rijk hun beleid met cliëntenorganisaties moeten afstemmen.

De Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders dienen een cliëntenraad te hebben. Eén per instelling is voldoende, een zorgaanbieder hoeft niet voor elk afzonderlijk onderdeel van zijn instelling een aparte cliëntenraad te hebben. De cliëntenraden bewaken het algemene cliëntenbelang. Ze kunnen advies geven over de gang van zaken bij zorgaanbieders en de Bureaus Jeugdzorg.

De indicatie

Een aanvraag voor jeugdzorg moet, voordat de jeugdige achttien jaar is, ingediend worden bij het Bureau Jeugdzorg. Daarna neemt het Bureau Jeugdzorg deze aanvraag niet meer in behandeling. Het Bureau Jeugdzorg kan in het nieuwe stelsel, na zorgvuldige bestudering van mogelijke problemen van een jongere, een indicatie afgeven voor jeugdzorg. Dit gebeurt wanneer het Bureau Jeugdzorg verdere zorg voor een jongere noodzakelijk acht. De jongere en de ouders praten mee over het vaststellen van de indicatie door het Bureau Jeugdzorg. Samen wordt het probleem omschreven en wordt bepaald welke zorg nodig is. Daarbij moet rekening gehouden worden met de levensovertuiging of culturele achtergrond. Na het opstellen van het indicatiebesluit helpt het Bureau Jeugdzorg de cliënt de juiste zorg te vinden.

De hulpverlening

De zorgaanbieder maakt op basis van de indicatie vervolgens een hulpverleningsplan. Dit plan is een belangrijk instrument in de relatie met de cliënt. Bij het opstellen worden jeugdige en ouders betrokken. Zij weten dus van tevoren wat hen te wachten staat en wat van hen wordt verwacht. De cliënt moet het eens zijn met het hulpverleningsplan en mag zijn dossier inzien. Is de cliënt nog geen twaalf jaar of handelingsonbekwaam dan moet een ouder of verzorger toestemming geven. Is de cliënt ouder dan twaalf - maar jonger dan zestien - dan moeten zowel de jongere als de ouder of de verzorger instemmen. Er is één uitzondering: bij een maatregel vanuit de kindbescherming is instemming wenselijk maar niet noodzakelijk.

Bureau Jeugdzorg als toegang tot de jeugdzorg

Jeugdigen en hun ouders kunnen ook zelf naar het Bureau Jeugdzorg gaan, wanneer lokale instellingen hun problemen niet kunnen oplossen. Dat beoordeelt dan of er reden is voor hulpverlening.

De nieuwe Wet op de Jeugdzorg legt de positie van de Bureaus Jeugdzorg wettelijk vast. Elke provincie of grootstedelijke regio (Amsterdam, Rotterdam en Haaglanden) heeft voortaan één Bureau Jeugdzorg. Om de bureaus goed bereikbaar te houden zijn er verspreid over de provincie wel dependances van de Bureaus Jeugdzorg. Die kunnen (delen van) de taken uitvoeren.

Kerntaak Bureau Jeugdzorg: indicatiestelling

Het belangrijkste werk van het Bureau Jeugdzorg is het beoordelen van het verzoek om hulp en het vaststellen van de juiste zorg. Het beoordelen van de vraag van een cliënt staat dus los van het feitelijke aanbod aan jeugdzorg. Daardoor kan de indicatiestelling onafhankelijk plaatsvinden.

Werkwijze

Het Bureau Jeugdzorg bekijkt óf de cliënt zorg nodig heeft en zo ja welke. Dit leidt in het laatste geval tot een indicatiebesluit, een formeel besluit dat er hulp nodig is. Bij de indicatie kijkt het Bureau Jeugdzorg ook altijd of gezinscoaching nodig is. Het bureau verleent in principe zelf geen hulp, tenzij de hulp van een lokale voorziening nodig is. Het is klantvriendelijker als het Bureau Jeugdzorg die hulp zelf verleent. In die gevallen mag het Bureau Jeugdzorg binnen maximaal zes maanden gemiddeld vijf gesprekken met de cliënt voeren. Deze gesprekken worden gevoerd op basis van artikel 10 van de wet: *'het verlenen van jeugdzorg waarop geen aanspraak bestaat'* (derde lid onder b). Het Bureau Jeugdzorg kan voor verschillende vormen van jeugdzorg indiceren. Het bureau moet daarom over verschillende disciplines beschikken om te kunnen indiceren voor al deze vormen van jeugdzorg.

Niet alle ouders of jeugdigen komen bij problemen zelf naar het Bureau Jeugdzorg. Wanneer bijvoorbeeld een onderwijzer of een wijkagent ziet dat een jeugdige in ernstige moeilijkheden dreigt te raken, dan zal Bureau Jeugdzorg de ouders toch proberen te motiveren om hulp aan te nemen. Gaan de ouders of de jeugdige niet of onvoldoende mee in deze hulp, dan kan een kinderbeschermingsmaatregel overwogen worden. Het Bureau Jeugdzorg is in zo'n situatie verplicht de Raad voor de Kinderbescherming in te schakelen. Die doet dan een nader onderzoek en kan de kinderrechter zo nodig om een kinderbeschermingsmaatregel vragen.

Bijlage 12 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

(Baeten en Gielis, 2004)

Bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) kan men terecht voor advies en consultatie en voor melding van kindermishandeling.

Advies of consult

Bij vermoedens van kindermishandeling kan men aan een AMK advies of consult vragen zonder gegevensverstrekking. Het AMK registreert wel naam en adres van de adviesvrager.

Melding

Een vermoeden van kindermishandeling kan gemeld worden bij het AMK. In principe worden de ouders daarover door de JGZ geïnformeerd. Melding kan alleen anoniem plaatsvinden als er sprake is van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van het kind of het gezin waar het kind deel van uitmaakt, of als er gevaar is voor de veiligheid van de melder of de vertrouwensrelatie van de melder met het gezin geschaad dreigt te worden.

Volgens de Meldcode van VWS/NIZW kan iedere beroepskracht die weet of vermoedt dat sprake is van kindermishandeling bij het AMK melden. Inschakelen van het AMK is volgens deze code aangewezen 'als de eigen mogelijkheden voor het ondernemen van adequate actie tekortschieten'. Beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim hebben op grond van een wettelijke bepaling (artikel 53 lid 3 lid WJ) het recht om zonder toestemming van het betrokken gezin gegevens te verstrekken aan het AMK. Hierbij zijn de gegevens van het gezin dus niet anoniem.

Werkwijze AMK

Het AMK stelt binnen vijf dagen na ontvangst van de melding vast of deze in onderzoek wordt genomen. Uiterlijk vier weken daarna stelt zij het gezin op de hoogte. In de tussentijd kan het AMK een vooronderzoek doen bij andere beroepsbeoefenaren, hulpverleners en/of leerkrachten. Daarvan is het gezin meestal niet op de hoogte. Dit wordt zelden gedaan en dan in het geval van een anonieme melding. Dit vooronderzoek kan door het AMK uitgevoerd worden in die gevallen dat:

- de melding onvoldoende aanknopingspunten biedt voor een gesprek met kind en/of ouders;
- ouders een direct met hen besproken anonieme melding zouden kunnen herleiden tot de melder;
- het vermoeden bestaat dat direct informeren van de ouders voor het kind, andere minderjarigen uit het gezin en/of andere betrokken personen een ernstige bedreiging vormt.

Voor beroepsbeoefenaren die in het kader van een vooronderzoek door het AMK worden benaderd om aanvullende informatie geldt het volgende. **Een functionaris met een**

beroepsgeheim mag zonder toestemming van de cliënt informatie aan het AMK geven, ook als er bij deze functionaris vóór het verzoek van het AMK geen vermoeden van kindermishandeling bestond (Baeten en Janssen, 2002). In dit geval vraagt de JGZ-medewerker aan het AMK of de ouders toestemming hebben gegeven voor informatieverstrekking (schriftelijk). De JGZ-medewerker beslist of informatie toegevoegde waarde heeft in het belang van het kind.

Het AMK oordeelt binnen dertien weken na de start van het onderzoek of, en zo ja, tot welke stappen de melding aanleiding geeft. Het AMK kan besluiten tot:

- geen verdere acties;
- terugverwijzing naar JGZ voor verdere begeleiding;
- verwijzing naar maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg of andere hulpverlening;
- inschakeling van de Raad voor de Kinderbescherming;
- aangifte bij de politie.

Het AMK heeft in beginsel geheimhoudingsplicht (artikel 51 lid 1 WJ) maar ook (wettelijk geregelde) bevoegdheden om - als het belang van het kind dat vereist - aan andere instanties zoals de RvdK of justitie gegevens over te dragen. Anonieme melder blijven daarbij anoniem. De melder wordt over de afhandeling bericht.

Inzage, wijziging en afschrift van het dossier

De melder kan het AMK verzoeken om inzage te geven in het dossier voor zover het dossier over de melder of informant gaat. Op die manier kan de melder nagaan of de gegeven informatie correct is vastgelegd. Als blijkt dat deze informatie niet juist is, dan kan de melder het AMK verzoeken deze gegevens te wijzigen, aan te vullen of te verwijderen. De melder kan een kopie van de stukken uit het dossier krijgen die op de melding betrekking hebben. Het AMK kan daarvoor administratiekosten in rekening brengen.

Bewaren van het dossier

Het AMK is wettelijk verplicht het dossier over het kind en zijn gezin tien jaar te bewaren of te bewaren totdat het jongste kind uit het gezin achttien jaar wordt. Dit betekent dat ook de informatie die de melder heeft gegeven gedurende deze periode bewaard blijft. Blijkt uit het onderzoek van het AMK, dat er geen sprake is van kindermishandeling, dan vernietigt het AMK alle gegevens meteen nadat het onderzoek is afgerond. Soms levert het onderzoek te weinig gegevens op om te kunnen beoordelen of er wel of niet sprake is van kindermishandeling. In die gevallen wordt het dossier bewaard.

Informatie aan de melder

Het AMK is verplicht om de melder te informeren over de stappen die zijn gezet om de situatie voor het kind te verbeteren. De mate, waarin de melder is betrokken bij het gezin, is bepalend voor de hoeveelheid informatie die het AMK de melder kan verstrekken.

Bijlage 13 Taakomschrijving aandachtsfunctionaris kindermishandeling

Functieomschrijving

De aandachtsfunctionaris zorgt voor een kwalitatief goed verlopende procedure bij een vermoeden van kindermishandeling.

Functie-eisen

- ervaring in de uitvoering van de JGZ als arts, verpleegkundige of gedragswetenschapper;
- deskundigheid op het gebied van kindermishandeling, zowel van de inhoudelijke als van de juridische en organisatorische aspecten;
- aantoonbare vaardigheid in gespreksvoering;
- deskundigheid op het gebied van kindermishandeling, zowel van de inhoudelijke als van de juridische en organisatorische aspecten;
- kennis van de sociale kaart van de hulpverleningsinstellingen zowel lokaal, regionaal en landelijk;
- kennis van de relevante recente literatuur over kindermishandeling.

Taken

De aandachtsfunctionaris zal:

- consulent en gesprekspartner zijn voor een collega die een geval van kindermishandeling vermoedt op grond van eigen waarneming of door informatie van derden;
- samen met de betreffende collega een zorgplan opstellen voor de begeleiding van het gezin;
- bemiddelen bij problemen of knelpunten;
- relevante ontwikkelingen (landelijk en regionaal) ten aanzien van kindermishandeling volgen en de literatuur bijhouden;
- de interne procedure van de instelling met betrekking tot kindermishandeling bewaken;
- nieuwe JGZ-medewerkers op de hoogte brengen van de werkwijze bij de instelling met betrekking tot kindermishandeling;
- bijscholing op het gebied van kindermishandeling verzorgen;
- overleggen met het management over contact en afspraken op managementniveau met de ketenpartners om een doorgaande lijn te waarborgen;
- zorgen voor de informatie aan het management van meldingen kindermishandeling.

Arbeidsvoorwaarden

De aandachtsfunctionaris krijgt formatie uren voor het verrichten van de taak. Gemiddeld zal de aandachtsfunctionaris twee uur nodig hebben per geval van een vermoeden van kindermishandeling.

Bijlage 14 Informatieformulier voor het management bij melding van kindermishandeling

Locatie

Arts

Verpleegkundige

Datum signalering

Beslissing

Melden bij AMK/Raad voor de Kinderbescherming,

Bij twijfel: melden bij AMK

Anders, nl.:

Resultaat: na melden:

a. Vrijwillige hulpverlening, nl.:

b. Inschakelen Raad voor de Kinderbescherming c.q. politie

c. Anders, nl.:

Initialen kind/jeugdige:

Geboortedatum:

Geslacht O jongen O meisje

Nationaliteit

Bijlage 15 Relevante websites

Overheid

www.overheid.nl	Zoekwoord: kindermishandeling
www.eerstekamer.nl	Wet op de Jeugdzorg juni 2003
www.minvws.nl	Zoekwoord: kindermishandeling
www.minjust.nl	Zoekwoord: zedenalmanak: geeft juridische informatie over seksueel geweld
www.justitie.nl	

Algemeen

www.bureaujeugdzorg.info
www.jeugdinformatie.nl
www.jeugdzorg.nl
www.kindermishandeling.nl
www.kinderbescherming.nl
www.defenceforchildren.nl
www.kinderhulp.nl
www.nji.nl

Seksueel Misbruik

www.movisie.nl	Informatiewijzer seksueel misbruik van jongens en mannen
www.incest.pagina.nl	Startpagina seksueel geweld
www.sport.nl	Seksuele intimidatie in de sport (informatie NOC*NSF)

Websites met info over en voor meisjes die door jongens gedwongen worden tot prostitutie

www.bewareofloverboys.nl	
www.stade-dienstverlening.nl	Zoekwoord: pretty woman

Kinderporno

www.meldpunt.nl	Om kinderporno op Internet te melden
www.movisie.nl	Nederlands centrum voor seksespecifieke zorgvernieuwing en bestrijding van seksueel geweld
info@childrescue.nl	Melding van vermissing van minderjarigen, van kinderporno, kindermishandeling, pedofilie en seksueel misbruik

Vrouwelijke genitale verminking

www.meisjesbesnijdenis.nl
www.vrouwenbesnijdenis.nl
www.pharos.nl

Onderwijs

www.minocw.nl/veiligeschool

www.onderwijsn huiselijkgeweld.nl

Overige websites

www.opvoedingsondersteuning.info

www.knmg.nl

Belangrijke telefoonnummers

Juridische informatie voor artsen: 030-2823322

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling: 0900-123 123 0

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl