

Preventie van kindermishandeling

Een onderzoek naar signalering van risico's en ondersteuning van gezinnen ter voorkoming van kindermishandeling

Nota van bevindingen Arnhem

Utrecht, mei 2013

Samenwerkend Toezicht Jeugd is een samenwerking van:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Inspectie van het Onderwijs
- Inspectie Jeugdzorg
- Inspectie Veiligheid en Justitie
- Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid

www.jeugdinspecties.nl

Over Samenwerkend Toezicht Jeugd

Bij de start van het onderzoek werkten de rijksinspecties met taken op het gebied van jeugd samen onder de naam *Integraal Toezicht Jeugdzaken*. Dit samenwerkingsverband is in 2012 verstevigd en verbreed en verder gegaan onder de naam *Samenwerkend Toezicht Jeugd* (STJ). In STJ is al het rijkstoezicht georganiseerd waar de inspecties samenwerken en dat betrekking heeft op (de zorg) voor jongeren. De rijksinspecties die in STJ samenwerken zijn: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Inspectie van het Onderwijs (IvHO), de Inspectie Jeugdzorg (IJZ), de Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW). STJ kijkt of het belang van het kind voorop staat bij de activiteiten die organisaties ondernemen. Uitgangspunt is het Verdrag inzake de rechten van het Kind.

www.jeugdinspecties.nl

Voorwoord

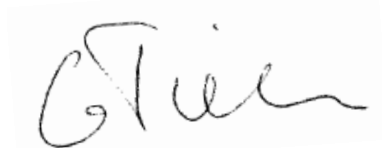
In de afgelopen maanden is het onderwerp kindermishandeling veelvuldig in het nieuws geweest. Soms naar aanleiding van een tragisch voorval waarbij een kind om het leven kwam na mishandeling door één van zijn ouders, maar ook na het verschijnen van rapporten over onderzoek naar misbruik in de Kerk, instellingen of kinderopvang. Uit vele onderzoeken blijkt het belang van preventie: het signaleren en aanpakken van risico's en problemen in een zo vroeg mogelijk stadium, om erger te voorkomen. In de afgelopen maanden heeft Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) in vier gemeenten onderzoek gedaan naar hoe gemeente en instellingen samenwerken om kindermishandeling te voorkomen.

In deze nota van bevindingen, *Preventie van kindermishandeling*, staan de resultaten vermeld van het onderzoek dat STJ heeft uitgevoerd in de gemeente Arnhem. De leefgebieden (thuis, school, buurt, vrije tijd en werkomgeving) van ouders en van kinderen zijn niet gescheiden. Problemen staan niet op zich en zijn soms complex. Daarom moeten instellingen niet alleen vanuit hun eigen werkdomein naar problemen kijken, maar is een gezamenlijke aanpak noodzakelijk.

In Arnhem zijn veel verschillende organisaties betrokken bij een preventieve aanpak van kindermishandeling. Om te komen tot een integrale aanpak van problemen is het nodig dat de verschillende domeinen zoals het onderwijs en zorgdomein, beter op elkaar worden aangesloten. Het CJG zou hierbij een centrale positie kunnen vervullen, maar doet dat op dit moment nog niet.

Veel ouders, hulpverleners, managers, beleidsmakers en andere professionals uit Arnhem waren bij dit onderzoek betrokken. Wij bedanken degenen die aan het onderzoek hebben meegewerkt en wensen allen die met de verbeterpunten uit dit onderzoek aan de slag gaan succes. Wij hebben er vertrouwen in dat de gemeente en instellingen de sterke punten in de eigen aanpak en samenwerking weet te behouden en de benodigde verbeteringen zal omzetten in acties.

Namens de samenwerkende jeugdinspecties
Voorzitter Stuurgroep Samenwerkend Toezicht Jeugd



Mevrouw drs. G.E.M. Tielen
hoofdinspecteur Inspectie Jeugdzorg

Samenvatting

Samenwerkend Toezicht Jeugdzaken (STJ) onderzocht in 2012 in Amsterdam, Apeldoorn, Arnhem en Breda hoe gemeente en instellingen samenwerken rond het signaleren van risico's in de leefomgeving van kinderen en op welke wijze zij deze risico's aanpakken om kindermishandeling te voorkomen. De focus van het onderzoek lag op samenwerking, omdat een integrale aanpak waarbij alle partijen betrokken zijn, leidt tot zichtbare resultaten voor kinderen/jeugd en hun ouders: risico's worden eerder gesignaleerd en hulp en steun komen sneller tot stand. Nagegaan werd of organisaties en voorzieningen er gezamenlijk in slagen om op lokaal niveau risico's op kindermishandeling voor kinderen tot twaalf jaar vroegtijdig te signaleren en te verminderen.

Op verschillende manieren is informatie verzameld over de gemeenschappelijke aanpak van de gemeente en betrokken partijen om de risico's voor kinderen in Arnhem te signaleren en te verminderen. Op basis van de verzamelde gegevens komen we tot de conclusie dat instellingen in Arnhem die met kinderen en hun ouders in aanraking komen de factoren die het risico (op het ontstaan van) kindermishandeling vergroten in voldoende mate kennen. Er wordt in Arnhem door de organisaties die in de eerstelijns zorg rond kind/gezin werkzaam zijn actief gesignaleerd doordat kinderen systematisch worden gescreend op meerdere leefgebieden. In het onderwijs gebeurt dit nog onvoldoende. Leraren kijken nog niet systematisch naar signalen bij hun leerlingen. Dit komt o.a. door onvoldoende toerusting van leerkrachten en IB-ers.

Hoewel veel organisaties die in aanraking komen met gezinnen waar al risico's of problemen zijn breed naar risicofactoren kijken, zijn er nog een paar sectoren waar verbetering mogelijk is. Dit zijn de financiële hulpverlening en de GGZ. Ook het gezamenlijk signaleren en het delen van informatie in de preventieve keten kan verbeteren. Geconstateerde knelpunten zijn o.a. een niet functionerend ZAT 0-4 jaar, waardoor risico's of problemen rondom kinderen van 0-4 jaar niet in een groter verband worden gedeeld en besproken. Ook het onderwijs dat een belangrijke vindplaats is, is onvoldoende aangesloten op het brede casuïstiekoverleg (0-23 jaar) binnen de frontoffices van het CJG. Tussen de zorgstructuren in het onderwijs (zorgteams en ZAT's+) en de zorgstructuren in de keten van -9 maanden tot 4 jaar is weinig verbinding en uitwisseling. Hierdoor constateren wij dat het CJG nog niet goed is gepositioneerd binnen de preventieve keten in Arnhem.

Wij constateren dat er in Arnhem nog geen gemeenschappelijk taal is als het gaat over vroegsignalering. Elke instelling hanteert dan ook eigen criteria voor wanneer een kind gemeld wordt in de VIRA en de omvang van de groep kinderen met een verhoogd risico is niet bekend. Het handelen door organisaties in Arnhem wanneer er risico's zijn geconstateerd, kenmerkt zich vooral door veel variëteit in de aanpak. Afhankelijk waar het signaal wordt opgepakt volgt een traject van signalen onderkennen, taxeren en hulp bieden. De praktijk in Arnhem is nu dat de organisaties vooral doorverwijzen of hulp bieden die ze in huis hebben, maar een integrale aanpak komt niet tot stand.

Wanneer er vermoedens van kindermishandeling zijn of sprake is van vastgelopen hulpverlening, zijn er in Arnhem afspraken over uitwisseling van informatie en regie en diverse overlegcircuits. Uit

het STJ-onderzoek blijkt echter dat deze initiatieven te weinig ingebed zijn in het lokale preventieve jeugdbeleid en de lokale zorgstructuur van Arnhem. Het is voor veel verwijzers uit de eerste en tweede lijn daarom ook niet inzichtelijk hoe de verwijzroute loopt en welk overlegcircuit wanneer voor welke doelgroep werkt. Daarbij is er sprake van overlap en dubbelingen.

STJ doet suggesties om het signaleren van risico's, het delen van informatie tussen instellingen en het gezamenlijk handelen in geval van risico's te verbeteren. Deze zijn samengevat:

- Kijk breder naar kinderen en gezinnen dan alleen naar cognitieve problemen en/of schoolse vaardigheden en investeer in het professionaliseren van leerkrachten in een adequate gespreksvoering met ouders.
- Bij de behandeling van ouders met kinderen in de volwassen GGZ moet structureel en systematisch aandacht zijn voor de mogelijke factoren die het risico op kindermishandeling vergroten.
- Stimuleer en train medewerkers van het Budget Advies Centrum in het signaleren van risicofactoren voor kinderen.
- Verbeter de laagdrempeligheid van de CJG's en handhaaf voor de toegankelijkheid
- Stem de wijze waarop binnen de frontoffices van CJG wordt gekeken naar risicofactoren op elkaar af.
- Ontwikkel een gemeenschappelijk kader in het preventieve veld m.b.t. vroegsignalering van risicokinderen. De gemeente moet hiertoe op korte termijn een integraal jeugdbeleid vaststellen.
- Zorg op korte termijn voor een heldere uitwerking van de pilot vindplaatsgericht werken.
- Evalueer op korte termijn het functioneren van het ZAT 0-4.
- Zorg voor een goede en duidelijke positionering van het CJG in het preventieve jeugdveld
- Evalueer het nut en de noodzaak van de vele overlegvormen. Doorbreek de versnipperde aanpak en de eilandencultuur
- Zorg voor een goede uitwisseling van informatie over risico's bij kinderen tussen hulpverleners.
- Maak duidelijk en draag uit dat, door wie en voor welke kinderen de VIRA gebruikt moet worden en doe het dan ook.
- Implementeer het regionale zorgcoördinatiemodel op lokaal niveau.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding voor onderzoek naar preventie	9
1.2 De rol van de gemeente	10
1.3 Keuze voor Arnhem	11
1.4 Aanknopingspunten voor preventie.....	11
1.5 Leeswijzer	13
2. Methoden en toezichtkader	15
2.1 Onderzoeksvraag	15
2.2 Onderzoeksmethoden	15
2.3 De kwaliteitscriteria	17
3. Een beeld van Arnhem	19
3.1 Opgroeien in Arnhem.....	19
3.2 Het jeugdbeleid in Arnhem	20
3.3 Instellingen en samenwerkingsverbanden rond gezinnen in Arnhem	24
3.4 Zorgcoördinatiemodel	30
4. Vroegsignalering van risico's	33
4.1 De vroegsignalering van risico's	33
4.2 Het delen van informatie en gezamenlijk signaleren	38
4.3 Bereik van de doelgroep	42
4.4 Samenvatting	45
5 Handelen: risico's aanpakken en verminderen	47
5.1 Risico's aanpakken bij gezinnen met problemen (cluster 2)	47
5.2 Risico's aanpakken bij gezinnen met problemen (cluster 3)	52
5.3 Samenvatting	54
6. Conclusies en benodigde verbeteringen	55
6.1 Het signaleren van risico's.....	56
6.2 Het delen van informatie en het gezamenlijk signaleren	57
6.3 Het (gezamenlijk) handelen in geval van risico's	60
6.4 En nu verder	61
Bijlage 1 Interviews	63
Bijlage 2 Groepsgesprekken	65
Bijlage 3 Levensloopbijeekoms t	67
Bijlage 4 Gebruikte afkortingen.....	73

1. Inleiding

Helaas is de thuissituatie van sommige kinderen niet zo veilig als gewenst. Zij worden slachtoffer van allerlei vormen van kindermishandeling zoals verwaarlozing, fysieke mishandeling of seksueel misbruik. Uit het meest recente prevalentieonderzoek blijkt dat in 2010 ruim 118.000 kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar in Nederland blootgesteld waren aan een vorm van kindermishandeling.¹ Dit aantal is niet gedaald, ondanks de vele initiatieven die de afgelopen jaren zijn ontplooid om de leefsituatie van kinderen te verbeteren.² Om te voorkomen dat kinderen opgroeien in een onveilige situatie, is het nodig om vroegtijdig risico's in de leefomgeving te signaleren en problemen aan te pakken. In Arnhem is onderzoek gedaan naar hoe gemeente en instellingen samenwerken rond het signaleren van deze risico's en op welke wijze zij deze risico's aanpakken om kindermishandeling te voorkomen. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd waarom het onderzoek naar de preventie van kindermishandeling is uitgevoerd, welke verantwoordelijkheid de gemeente en organisaties gezamenlijk hebben ten aanzien van het voorkomen van kindermishandeling, waarom gekozen is voor Arnhem en wat preventie van kindermishandeling inhoudt. Het hoofdstuk sluit af met een leeswijzer voor de voorliggende nota van bevindingen.

1.1 Aanleiding voor onderzoek naar preventie

De gevolgen van alle vormen van kindermishandeling zijn voor grote groepen kinderen en jongeren op dat moment, maar ook later in hun leven zeer ernstig. De mogelijke fysieke schade als gevolg van lichamelijk mishandeling is divers: blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, inwendige schade met bijvoorbeeld blindheid, doofheid of hersenbeschadiging tot gevolg. Bij verwaarloosde kinderen kan sprake zijn van groeiachterstanden en problemen in de motorische ontwikkeling. Bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing kan het kind overlijden. Maar ook op andere manieren zijn de gevolgen merkbaar. Veel problemen die bij de jeugd voorkomen, maar ook bij volwassenen, zijn terug te voeren op ervaringen van één of meer vormen van mishandeling in de kinderjaren en jeugdijaren. Inmiddels is uit onderzoek bekend dat kindermishandeling een belangrijke oorzaak is van schooluitval, criminaliteit, verslaving, geweld, zwerfgedrag, tienerzwangerschappen en psychisch lijden.³

Het voorkomen van kindermishandeling is dus niet alleen van belang ter voorkoming van al het leed bij de kinderen, maar ook ter voorkoming van veel maatschappelijke problemen.

In het eindrapport van de Stuurgroep Aanpak Kindermishandeling wordt benadrukt dat de preventie van kindermishandeling tussen wal en schip lijkt te vallen, omdat het voor gemeenten financieel niet loont hierop in te zetten aangezien de voordelen van preventie terecht komen bij provincies. Hiermee wordt bedoeld dat de prikkel om door middel van vroegtijdige signalering en lichte hulp (op kosten van de gemeente) de vraag naar zwaardere en duurdere hulp (op kosten van de provincie) ontbreekt. Bovendien signaleert de stuurgroep dat de traditionele aanpak van kindermishandeling is gericht op 'ingrijpen na schade' en omgevormd moet worden naar

¹ Kindermishandeling 2010, Leiden Attachement Research Program / TNO Health, 2011.

² Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen, 2007.

³ Het bestrijden van kindermishandeling, een aanpak die werkt. Jo Hermanns 2008.

preventie.⁴ Ook het toezicht van inspecties heeft zich tot op heden vooral gericht op het signaleren en stoppen van kindermishandeling en niet op het voorkomen dat kindermishandeling gaat plaatsvinden. Bij eerder onderzoek van ons in Almere en Haarlem naar de mate waarin (ketens van) voorzieningen in staat zijn op meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling op een effectieve wijze actie te ondernemen, was opvallend dat een goed beeld van de omvang van het probleem kindermishandeling ontbrak. Gevolg hiervan was dat ook preventie onvoldoende tot zijn recht kwam.⁵ Uit calamiteitentoezicht van de Inspectie jeugdzorg blijkt ook vaak dat er al heel lang signalen waren van een verhoogd risico op kindermishandeling, maar dat deze risico's onvoldoende werden gesignaleerd en aangepakt.⁶ Daar komt bij dat met de decentralisatie van de jeugdzorg de gemeente op lokaal niveau extra verantwoordelijkheden krijgt om ervoor te zorgen dat organisaties die binnen de gemeente werken risicofactoren signaleren en aanpakken. Daarom is het nu van belang om te kijken naar tijdige signalering en aanpak van deze risicofactoren en hoe daarin wordt samengewerkt op lokaal niveau.

1.2 De rol van de gemeente

Er bestaat in de maatschappelijke discussie overeenstemming dat kindermishandeling te allen tijde niet toelaatbaar is en voorkomen moet worden. In het regeerakkoord VVD-PvdA is vastgelegd dat in de langdurige en welzijnzorg een omslag gemaakt gaat worden naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken.⁷ Dit betekent dat maximaal aansluiting gezocht zal worden bij wat mensen nodig hebben en wat gemeenten in staat zijn te doen, maar ook wordt gekeken naar welke alternatieven er in eigen kring mogelijk zijn om op terug te vallen. De jeugdzorg wordt in 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. De decentralisatie omvat alle onderdelen: de jeugdzorg die nu een verantwoordelijkheid is van de provincie, de gesloten jeugdzorg onder regie van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de jeugd-GGZ die valt onder de Zorgverzekeringswet, de zorg voor lichtverstandelijk gehandicapten jongeren op basis van de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de jeugdbescherming en jeugdreclassering onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

In de nieuwe wetgeving in het sociale domein (waaronder Passend Onderwijs, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de nieuwe Jeugdwet) wordt *Eén gezin, één plan, één regisseur* het uitgangspunt. Er moet een einde komen aan de praktijk waarbij vele hulpverleners uit verschillende organisaties en/of domeinen langs elkaar heen werken bij de ondersteuning en zorgverlening aan één gezin. Consultatiebureaus worden in het regeerakkoord verplicht kinderen voor wie taalachterstand dreigt, door te verwijzen naar vroeg- en voorschoolse educatie. Sluitende samenwerking tussen gemeenten, jeugdgezondheidszorg, voor- en voerschoolse educatie en scholen moet waarborgen dat achterstanden zo spoedig mogelijk en in ieder geval vóór het eind van de basisschoolperiode zijn weggewerkt. De decentralisatie moet ertoe bijdragen dat de eigen

⁴ Stuurgroep Aanpak kindermishandeling, eindrapport januari 2011.

⁵ Kindermishandeling, Eindpublicatie preventie en aanpak van kindermishandeling in Haarlem-Schalkwijk, 2008.

⁶ Bijvoorbeeld: Casusonderzoek Utrecht, Onderzoek na overlijden van een peuter, Inspectie Jeugdzorg, juni 2012.

⁷ Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012.

kracht, het sociale netwerk en de voorzieningen in een gemeente beter worden benut. Het accent zal steeds liggen op participatie in de samenleving. De nieuwe Jeugdwet moet de gemeentelijke beleidsvrijheid waarborgen. De regie op deze ontwikkelingen is belegd bij gemeenten.⁸ Conform het besluit van het kabinet Rutte I zijn gemeenten, provincies en Rijk al bezig met onder andere de decentralisatie van de zorg voor jeugd naar gemeenten en de overgang van de begeleiding van de AWBZ naar de Wmo. De verantwoordelijkheid en regierol betekenen dat de gemeente ervoor moet zorgen dat organisaties binnen de domeinen onderwijs, zorg- en hulpverlening, werk en inkomen en veiligheid met elkaar samenwerken. Naast het Wmo-prestatieveld 2⁹ vormen de Wet Publieke Gezondheid, de Wet op de Jeugdzorg, het landelijk basismodel CJG en het Verdrag voor de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties nu al belangrijke wettelijke en beleidskaders voor het gemeentelijke beleid ten aanzien van kindermishandeling.

1.3 Keuze voor Arnhem

Kindermishandeling komt helaas overal voor in Nederland en alle kinderen hebben recht op bescherming ertegen, ongeacht waar ze opgroeien. Daarom is vanuit de rijksoverheid enkele jaren geleden een landelijk dekkend project "Regionale Aanpak Kindermishandeling" (RAK) opgezet.¹⁰ Het doel van de RAK-methode is om te komen tot een sluitende aanpak van kindermishandeling. Inmiddels is de invoering in alle 37 regio's afgerond. Uitgangspunt voor de selectie van onderzoeksgemeenten was dat er een compleet regionaal handelingsprotocol voor een sluitende aanpak kindermishandeling diende te zijn, omdat in die gemeenten verwacht wordt dat er ook samenwerking rondom preventie van kindermishandeling is. Omdat de regie van de aanpak binnen de regio vaak bij de centrumgemeente ligt, is binnen de regio gekozen voor de centrumgemeente. Gemeenten waar STJ al eerder onderzoek had gedaan vielen af. In Amsterdam, Apeldoorn, Breda en Arnhem was sprake van een compleet handelingsprotocol voor een sluitende aanpak van kindermishandeling en had niet eerder een onderzoek door STJ plaatsgevonden, daarom is het onderzoek naar het voorkomen van kindermishandeling hier uitgevoerd.

1.4 Aanknopingspunten voor preventie

Preventie van kindermishandeling heeft tot doel om oorzaken of risicofactoren voor kindermishandeling te beïnvloeden en daarmee kindermishandeling te voorkomen (primaire preventie). Dat geeft kinderen de kans om onder meer optimale omstandigheden op te groeien en zich gezond te ontwikkelen. Idealiter is preventie gericht op de gehele populatie van ouders, opvoeders en kinderen, maar dit is niet kosteneffectief.¹¹ Preventie is effectiever als deze, naast algemene bewustwordingscampagnes en voorlichting over opvoeding en kindermishandeling, is gericht op demografisch of geografisch afgebakende groepen waarvan men weet dat een verhoogd risico op kindermishandeling aanwezig is. Daarvoor is het nodig om individuele ouders en

⁸ Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012.

⁹ Prestatieveld 2: op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.

¹⁰ RAK heette voorheen RAAK: Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling.

¹¹ Het bestrijden van kindermishandeling, een aanpak die werkt. J. Hermanns, 2008.

(ongeboren) kinderen waar sprake is van een verhoogd risico of beginnende problemen, te signaleren.

Vroegsignaleren

Door Hermans wordt gepleit voor *vroegsignalering*, het vroeg en tijdig signaleren. Vroeg in de levensloop van de mens, maar bovenal ook vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf.¹² Uit diverse wetenschappelijk onderzoeken zijn factoren bekend die de kans op kindermishandeling vergroten (meestal een combinatie van uiteenlopende risicofactoren) en verkleinen (beschermende factoren). De aanwezige risicofactoren vormen de draaglast van de ouder, de beschermende factoren de draagkracht. Belangrijk is dat de draaglast van de ouder zijn draagkracht niet te boven gaat.

Globaal valt de volgende onderverdeling in risicofactoren te maken:

- Ouder- en gezinsfactoren, zoals psychische problemen, verslaving aan alcohol en drugs, een laag IQ en een jonge leeftijd van de moeder bij de geboorte van het kind, slachtoffer van kindermishandeling/huiselijk geweld, relatieproblemen.¹³
- Kindfactoren, zoals kinderen die te vroeg geboren zijn, kinderen met een lichamelijke of verstandelijke handicap, kinderen met een moeilijk temperament (bijvoorbeeld huilbaby's) en kinderen die vaak ziek zijn.
- Leefomstandigheden of sociale (gezins)factoren, zoals woonachtig zijn in buurten met criminaliteit, drugsproblematiek, armoede en achterstand. Werkloosheid, armoede en slechte huisvesting zijn ook risicofactoren die tot de leefomstandigheden behoren.
- Maatschappelijke, sociaaleconomische en culturele factoren. Op basis van etnisch-culturele, religieuze of sociale achtergronden kunnen opvattingen over wat acceptabel opvoedingsgedrag is verschillen. Beperkte fysieke straffen bijvoorbeeld zijn in sommige culturen meer geaccepteerd dan in andere.¹⁴

Naast risicofactoren bestaan omstandigheden die een beperkende invloed hebben op de risico's op kindermishandeling, de zogenaamde beschermende factoren. Dit zijn bijvoorbeeld sociale steun voor raad en hulp, bewustzijn van eigen jeugdervaringen, bovengemiddelde intelligentie en goede sociale vaardigheden. Kennis over bepaalde risicofactoren en beschermende factoren biedt houvast voor het stellen van vragen aan ouders.¹⁵ In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van het onderzoek naar het vroegsignaleren door instellingen in Arnhem en hoe zij hierbij met elkaar samenwerken.

Interveniëren

Als risicofactoren in een gezin aanwezig zijn, is het nog niet zeker dat problemen zullen ontstaan. Niettemin kan het verhoogde risico reden genoeg zijn om bij die gezinnen na te gaan of bij ouders en kinderen sprake is van beginnende (opvoedings)problemen en of zij behoefte hebben aan ondersteuning. Het kan ook zijn dat professionals vinden dat ondersteuning nodig is. Indien nodig kan individuele hulp of begeleiding worden ingezet. Ook 'verdichting van de reguliere zorg' is een

¹² Hermans, J., Ory, F. & G. Schrijvers (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegsignalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen. Utrecht:UMC Utrecht.

¹³ Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd (Nemesis 2007), Trimbos instituut. MO-Groep, Advies- en Meldpunten Kindermishandeling overzicht 2009.

¹⁴ Het bestrijden van kindermishandeling, een aanpak die werkt. Jo Hermans 2008.

¹⁵ Verkennende studie Preventie kindermishandeling, NIZW, 2004.

vorm van preventie. Dit betekent dat reguliere zorg zoals pedagogische gesprekken meer beschikbaar zijn in wijken waar de zogeheten risicogroepen wonen.¹⁶

De interventies hebben over het algemeen drie belangrijke invalshoeken¹⁷:

1. verminderen van risicofactoren bij kind, ouders of in omgeving
2. vergroten van competenties (zelfredzaamheid/weerbaarheid, gezondheidsvoorlichting, positieve opvoedingsvaardigheden etc.)
3. vergroten van de deelname aan reguliere hulpverlening

In hoofdstuk 5 wordt verslag gedaan van het onderzoek naar het handelen van instellingen in Arnhem en hoe zij hierbij met elkaar samenwerken.

1.5 Leeswijzer

Deze nota geeft in hoofdstuk 2 een korte omschrijving van de onderzoeksvraag en van de methoden die zijn gebruikt om die vraag te beantwoorden.

In hoofdstuk 3 wordt een beeld geschetst van de instellingen in Arnhem die risico's bij kinderen en hun ouders kunnen signaleren en een rol vervullen in de aanpak van problemen ter voorkoming van kindermishandeling. In het hoofdstuk komt ook het beleid van de gemeente op dit terrein aan de orde.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 en 5 beschreven hoe instellingen in Arnhem risicofactoren signaleren en aanpakken om de veiligheid van kinderen te vergroten. De bevindingen worden geïllustreerd met uitspraken van ouders. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en benodigde verbeteringen aan de gemeente en betrokken instellingen, waarmee het mogelijk is de samenwerking in de keten te verbeteren en zo het voorkomen van kindermishandeling effectiever vorm te geven.

¹⁶ Het bestrijden van kindermishandeling, een aanpak die werkt. J. Hermanns, 2008.

¹⁷ O.a. Verkennende studie Preventie kindermishandeling, NIZW, 2004.

2. Methoden en toezichtkader

In dit hoofdstuk staan de onderzoeksvraag, de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en de gehanteerde kwaliteitscriteria centraal.

2.1 Onderzoeksvraag

Met dit onderzoek willen wij beoordelen of verschillende actoren in de leefomgeving van het kind en ouders gezamenlijk risico's voor kinderen op kindermishandeling voldoende signaleren en zich voldoende inspannen om voor de gezinnen waar deze risico's zich voordoen kindermishandeling te voorkomen. Dit heeft geleid tot de volgende centrale onderzoeksvraag:

Werken organisaties in de leefomgeving van het kind en ouders voldoende samen om risicofactoren in de opvoedingssituatie van kinderen in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren en ondersteunen ze gezamenlijk die gezinnen voldoende waar die risicofactoren zich voordoen ter voorkoming van kindermishandeling?

Vragen waarop een antwoord wordt gezocht:

- Hebben de organisaties zicht op welke risicofactoren van invloed kunnen zijn in het ontstaan van problemen die kunnen leiden tot kindermishandeling?
- Hebben de organisaties gezamenlijk de gezinnen in beeld waarbij deze risico's spelen?
- Handelen organisaties om de kwetsbare gezinnen te ondersteunen om de opvoedingssituatie voor kinderen te verbeteren?
- Weten organisaties of hun ondersteuningsaanbod het beoogde resultaat heeft (lees: de risicofactoren zijn verminderd)?

Het onderzoek richt zich op het signaleren en aanpakken van risico's bij kinderen tussen de -9 maanden (zwangerschap) tot 12 jaar. Ongeboren en jonge kinderen zijn kwetsbaarder en vaker slachtoffer. Vooral de groep kinderen tot en met 11 jaar is oververtegenwoordigd in de groep mishandelde kinderen.¹⁸ Juist voor deze groep is het gezien de cijfers van belang dat instellingen op het lokale niveau gezamenlijk risico's signaleren op onveilige opvoedingssituaties ter voorkoming van kindermishandeling en actie ondernemen om mogelijke kindermishandeling te voorkomen.

Uit het uitgevoerde vooronderzoek is gebleken dat met name de volwassenhulpverlening en het onderwijs achterblijven in het signaleren van risico's op onveilige opvoedingssituaties. Daarom is besloten ook de gezamenlijke aanpak met deze domeinen bij het onderzoek te betrekken.

2.2 Onderzoeksmethoden

Verscheidene onderzoeksmethoden zijn ingezet om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag:

¹⁸ Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen, 2007.

1. *Deskresearch*: via internet is gerichte informatie achterhaald over de gemeente Arnhem: wat is het voor gemeenschap? Hoe is de bevolking opgebouwd? Welke organisaties zijn betrokken bij de zorg voor jongeren en het signaleren van risico's? Ook is gekeken naar het beleid van de gemeente, protocollen van organisaties en wat bekend is over het beschikbare hulpverleningsaanbod.
2. *Mondelinge interviews*. In de periode van maart tot en met december 2012 werden 37 mensen van betrokken instellingen geïnterviewd. In bijlage 1 van dit rapport staat een overzicht van deze instellingen. De interviews vonden plaats aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Respondenten werd gevraagd naar de wijze waarop zij risicofactoren signaleren, met welke organisaties zij informatie uitwisselen en samenwerken, wat zij (gezamenlijk) doen als er risico's voor kinderen worden gesignaleerd en welke resultaten zij behalen met hun aanpak. Van elk interview is een conceptverslag gemaakt, waarop de geïnterviewde kon reageren. Onjuistheden werden aangepast voordat het verslag definitief is vastgesteld.
3. *Groepsgesprekken met professionals*. In aanvulling op de interviews met professionals hebben in februari 2013 twee groepsgesprekken plaatsgevonden. Het eerste groepsgesprek werd gevoerd met beleidsmedewerkers van de gemeente en een coördinator van het CJG en had betrekking op de sturing vanuit de gemeente op het jeugd domein en de wijze waarop het CJG is ingebed in de lokale zorgstructuur. In het tweede groepsgesprek met professionals werkzaam in het onderwijs domein, jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk is verder verkend op welke wijze in deze domeinen risicofactoren worden gesignaleerd, hoe wordt gehandeld bij het signaleren van risicofactoren en op welke wijze deze domeinen zijn verankerd in de lokale zorgstructuur. In bijlage 2 van dit rapport staat een overzicht van de deelnemers aan deze groepsgesprekken.
4. *Interviews met ouders*. Vijf ouders die in Arnhem gebruik hebben gemaakt van preventieve hulp of spreekuur van het CJG zijn telefonisch geïnterviewd. Zij werden gevraagd naar hun ervaringen met diverse instellingen, de hulp die ze hebben ontvangen en wat deze hulp voor hen heeft opgeleverd.
5. *Levensloopbijeenkomst*. Uit een selectie van dossiers van een Bureau Jeugdzorg (BJZ) van een grote gemeente is een casus geselecteerd. Met toestemming van de ouders van het betreffende kind, zijn dossiers van instellingen die sinds de zwangerschap tot en met de geïndiceerde zorgverlening betrokken waren bij het gezin, bestudeerd en is de levensloop van het kind beschreven. Gekeken is naar de risicofactoren die door de instellingen werden gesignaleerd, wat zij vervolgens deden met die kennis en hoe zij met elkaar samenwerkten. Deze levensloopreconstructie is in een bijeenkomst met uitvoerend medewerkers, middenmanagement en beleidsmedewerkers van de gemeente Arnhem voorgelegd en met hen is gesproken over de vraag of een vergelijkbare gang van zaken ook mogelijk zou zijn in Arnhem en wat er nodig is om dit te voorkomen. In bijlage 3 staan de belangrijkste uitkomsten van deze bijeenkomst vermeld.

2.3 De kwaliteitscriteria

Een goede samenwerking tussen organisaties op lokaal niveau is een voorwaarde is om te komen tot een goede preventie van kindermishandeling. Voor het beoordelen van de samenwerking en de resultaten voor kinderen, in de leeftijd tot 12 jaar, in Arnhem is gebruik gemaakt van acht kwaliteitsaspecten.¹⁹

Kwaliteitscriterium	Uitleg
Doelconvergentie	Overeenstemming bestaat tussen ketenpartners over het gezamenlijk doel van de keten om het probleem te voorkomen en te verminderen.
Gedeelde probleemanalyse	De ketenpartners hebben een gedeelde analyse van het probleem. Dit moet leiden tot een gedeeld beeld van de oorzaken, de omvang en de aangrijpingspunten om het probleem te voorkomen en te verminderen.
Ketenregie	Verschillende organisaties en voorzieningen werken efficiënt samen om aan het probleem van de jongere te werken. Activiteiten worden op elkaar afgestemd om het doel van de keten te realiseren.
Informatiecoördinatie	Gegevens die nodig zijn om het gezamenlijk doel te bereiken, worden verzameld, vastgelegd en uitgewisseld.
Bereik van de keten	De organisaties weten op welke jongeren en welk deel van het probleem de keten zich richt en hebben zicht op jongeren die zij wel en niet bereiken met het gezamenlijke of afzonderlijk aanbod.
Continuïteit in de keten	De activiteiten in de keten vinden ononderbroken plaats.
Oplossingsgerichtheid	De activiteiten van ketenpartners zijn gericht op het verminderen of voorkomen van het probleem en zijn afgestemd op de behoeften van jongeren. De afzonderlijke activiteiten van ketenpartners worden daartoe op elkaar afgestemd.
Systematische evaluatie en verbetering	Een systematische evaluatie vindt plaats van de (keten)aanpak om de kwaliteit van de ketendoelen en het bereiken van de beoogde effecten te waarborgen en verbeteren.

Deze kwaliteitscriteria worden gebruikt als leidraad voor de beoordeling en weging van de verzamelde gegevens. In dit onderzoek zijn de kwaliteitscriteria bij elkaar genomen en geclusterd in twee onderwerpen:

1. Vroegsignalering

- Kennis van oorzaken, de omvang en aangrijpingspunten om kindermishandeling te voorkomen en te verminderen (probleemanalyse, doelconvergentie).
- Goede informatie-uitwisseling over signalen (informatiecoördinatie, bereik, continuïteit).
- Niet bereikte doelgroepen in beeld hebben en benaderen (bereik).

¹⁹ Analyse- en normenkader ITJ algemeen, Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009.

2. Handelen

- Zorgen dat de situatie van het gezin in een totaalanalyse in kaart is gebracht inclusief de problemen op verschillende terreinen en achterliggende oorzaken (informatiecoördinatie, probleemanalyse, doelconvergentie).
- Zorgen dat de problemen, inclusief de achterliggende oorzaken in samenhang worden aangepakt (oplossingsgerichtheid, bereik en continuïteit).
- Goede informatie-uitwisseling tussen hulpverleners (informatiecoördinatie, bereik, continuïteit),
- Een duidelijke regiefunctie (ketenregie).

3. Een beeld van Arnhem

Dit hoofdstuk start met een beeld van de omstandigheden waarin kinderen in Arnhem opgroeien. Vervolgens komt het beleid van de gemeente Arnhem met betrekking tot opgroeien, onderwijs, armoede en kindermishandeling aan de orde. Ook wordt geschetst welke instellingen in Arnhem betrokken zijn bij het signaleren en aanpakken van risico's en problemen in het leven van kinderen ter voorkoming van kindermishandeling. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van het zorgcoördinatiemodel in Arnhem.

3.1 Opgroeien in Arnhem

Arnhem telt op 1 januari 2013 149.821 inwoners waarvan bijna 15% tussen de 0 en 13 jaar oud is (22.105 kinderen). Het totaal aantal jongeren onder de 24 jaar in Arnhem bedraagt 41.940 (28%).²⁰

In 2009 is door de GGD (VGGM) de meest recente Kindermonitor voor de gemeente Arnhem uitgevoerd.²¹ Deze monitor geeft een beeld van de omvang waarin kinderen in 2009 te maken hebben met bepaalde risicofactoren die een grotere kans op kindermishandeling geven. De Kindermonitor uit 2009 laat zien dat het met een groot deel van de Arnhemse kinderen goed gaat. Maar er groeien ook kinderen op in situaties waarin sprake is van één of meer risicofactoren. In de gemeente Arnhem heeft 23% van de kinderen een indicatie op psychosociale problemen.²² Ook maakt 20% van de ouders van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar zich soms en 4% vaak zorgen over de opvoeding, zodanig dat ze behoefte hebben aan deskundige hulp of advies. Bij de ouders in de leeftijd van 4-12 jaar is dit respectievelijk 25% en 11%. In de Kindermonitor is ook aan ouders gevraagd of ze het afgelopen jaar moeite hadden om rond te komen. Inkomen zegt veel over de participatie- en ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugd. 19% van de ouders in Arnhem geeft aan enige tot grote moeite te hebben om rond te komen. Dit percentage ligt hoger dan in de regio Gelderland Midden (15%). Uit het databoek van Kinderen in Tel blijkt dat Arnhem behoort tot de 10 hoogst scorende gemeenten waar kinderen in armoede leven.²³ In 2010 woont 19,3% van de kinderen van 0-18 jaar in een huishouden met een minimuminkomen.²⁴

In 2011 is een fact sheet²⁵ verschenen met cijfers over een aantal beschermende- en risicofactoren voor maatschappelijke uitval²⁶. Ook uit deze cijfers blijkt dat het met een groot deel van de Arnhemse jongeren (tot 25 jaar) goed gaat, maar dat een deel van de jongeren opgroeit in omstandigheden met mogelijke risico's. Zo is het aantal eenoudergezinnen in Arnhem hoger dan

²⁰ <http://arnhem.incijfers.nl/> (geraadpleegd op 27 februari 2013).

²¹ Hulpverlening Gelderland Midden, Kindermonitor 2009 gemeente Arnhem.

²² Onder 0-12 jarigen ligt dat percentage landelijk tussen de 11-28% (Kindermonitor 2009 gemeente Arnhem, p. 12).

²³ Kinderen in tel, databoek 2012, Verwey Jonker instituut, cijfers 2010.

²⁴ Ontwerp Meerjarenprogrammabegroting 2013-2016, p. 237 en 238. Onder minimuminkomen wordt verstaan tot 120% van het Wettelijk sociaal minimum.

²⁵ Feiten en cijfers 2011/6, Jeugd en risico van maatschappelijke uitval. Gemeente Arnhem, onderzoek en statistiek.

²⁶ Onder maatschappelijk uitval wordt in de publicatie verstaan: de dreiging de binding met de samenleving te verliezen, in isolement terecht komen of de samenleving de rug toekeren. De term wordt gerelateerd aan schooluitval, werkeloosheid, criminaliteit en lichamelijke en geestelijke beperkingen.

het landelijke gemiddelde en komt in 2012 uit op 16%.²⁷ Een kwart van de Arnhemse jeugd tot en met 24 jaar is van niet-westerse allochtone afkomst. Op zich hoeft een andere etnische achtergrond geen risicofactor te zijn, echter niet-westerse jeugdigen groeien vaker op in een eenoudergezin dan jeugdigen met een Nederlandse afkomst. Verder blijkt dat ruim 35% van de jongeren in Arnhem in een achterstandwijk woont. Dat percentage ligt hoger dan het landelijke cijfer (ruim 16%).²⁸

Tot slot nog enkele cijfers over de meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en de geïndiceerde jeugdzorg in Arnhem. In 2008 zijn 103 kinderen van 0 tot 18 jaar gemeld bij het AMK (0,81%).²⁹ In 2010 is dat percentage 0,83% en komt dit overeen met het landelijke gemiddelde. Het beroep op de geïndiceerde jeugdzorg (uitgedrukt in het percentage 0-t/m 17-jarigen waarvoor BJZ een nieuwe indicatie voor hulp geeft) bedraagt in 2010 2,95% en ligt hoger dan het landelijke gemiddelde (2,41%).³⁰

3.2 Het jeugdbeleid in Arnhem

Onderstaande beschrijving van het jeugdbeleid in Arnhem is voor een groot deel gebaseerd op documenten uit de jaren 2008, 2009 en 2010. De ontwikkelingen in Arnhem hebben echter ook de afgelopen jaren niet stilgestaan, maar deze doorontwikkeling heeft geen vertaling gekregen in vastgesteld integraal (jeugd)beleid binnen de gemeente. In het kader van de transitie van de jeugdzorg, de decentralisatie op het terrein van werk en inkomen en de begeleiding AWBZ wordt wel gewerkt aan een beleidskader, maar dit is nu (nog) niet voorhanden. Voor zover wij uit gesprekken en interviews zicht hebben gekregen op de doorontwikkeling en de daarbij gemaakte afspraken is dit meegenomen in de beschrijving van de werkwijze van instellingen in Arnhem en in onze beoordeling.

De gemeente heeft in 2008 in de 'Nota opgroeien in Arnhem met kansen, grenzen en steun. Integraal jeugdbeleid 2008-2011', haar ambitie en doelstellingen voor het jeugdbeleid in Arnhem vastgesteld. Het jeugdbeleid van Arnhem heeft tot doel de Arnhemse jeugd alle kansen te geven op een goede ontwikkeling. Speciale aandacht gaat uit naar jongeren die risico's lopen en de jongeren die al problemen hebben. Om deze ambitie waar te maken heeft de gemeente Arnhem speerpunten geformuleerd. Drie belangrijke speerpunten³¹ in dit jeugdbeleid zijn aandacht voor 'meer preventie', 'versterken van de jeugdzorgketen' en een 'heldere sturing'. Bij de invulling van deze speerpunten is zichtbaar dat de gemeente de ambitie heeft verbindingen te leggen met aanpalende beleidsterreinen (o.a. Wet maatschappelijke ondersteuning, jeugdgezondheid, educatie, veiligheid, wijkactieplannen) die elk vanuit hun eigen invalshoek een rol kunnen spelen bij het bieden van kansen aan jongeren om gezond en veilig op te groeien.

²⁷ Het aandeel eenoudergezinnen in Arnhem is wel iets lager dan gemiddeld in steden met meer dan 100.000 inwoners (17%).

²⁸ Kinderen in tel, databoek 2012, Verwey Jonker instituut, cijfers uit 2010.

²⁹ Feiten en cijfers 2011/6, Jeugd en risico van maatschappelijke uitval. Gemeente Arnhem, onderzoek en statistiek.

³⁰ Kinderen in tel, databoek 2012, Verwey Jonker instituut.

³¹ In totaal heeft Arnhem in het integraal jeugdbeleid 2008-2011 vijf speerpunten benoemd. Naast de aandacht voor preventie, het versterken van de jeugdzorgketen en een heldere sturing wordt ook ingezet op ruimte voor de jeugd en op goede en voldoende basisvoorzieningen.

Speerpunten 'meer preventie' en 'versterken jeugdzorgketen'

Het speerpunt 'meer preventie' sluit aan op de Wmo-taak van het preventieve jeugdbeleid (prestatieveld 2). De gemeente wil stevig inzetten op preventie om op termijn het aantal risico- en probleemkinderen terug te dringen. Ze constateert in de 'Nota opgroeien in Arnhem' dat voor het inzetten op meer preventie samenwerking met partners belangrijk is om tijdig problemen te kunnen signaleren en de juiste hulp op de juiste plek te krijgen. Het 'versterken van de jeugdzorgketen' moet zich dan daarom richten op het effectiever maken van de keten van signalering, hulp en begeleiding.

Voor de verwezenlijking van deze doelstellingen ziet de gemeente een belangrijke rol weggelegd voor de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Op 1 april 2009 is door de gemeente Arnhem samen met 10 regiogemeenten en de belangrijkste partners in de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, maatschappelijk werk en het onderwijs het 'Convenant CJG regio Arnhem' ondertekend.³² Dit convenant bevat de gezamenlijke visie, doelstelling en vormgeving van het CJG in de regio Arnhem. Gekozen is voor een basismodel met een regionale backoffice (BO-CJG) en lokale (gemeentelijke) frontoffices (FO-CJG). In de Meerjarenprogrammabegroting 2010-2013 is opgenomen dat in de gemeente Arnhem vier fysieke inlooppunten (frontoffices) zouden komen die dekkend moeten zijn voor de stad. Uiteindelijk zijn er drie geopend, de laatste in februari 2011.³³ Op 7 november 2011 heeft de gemeenteraad besloten het aantal frontoffices terug te brengen tot maximaal twee.³⁴ Dit besluit van de gemeenteraad is mede gebaseerd op het beperkte aantal bezoekers/cliënten op de locaties en de ontwikkeling dat het CJG meer outreachend gaat werken. De BO-CJG werkt regionaal en verzorgt voor de 11 regiogemeenten de virtuele (o.a. website, chat en e-mail) en telefonische toegang, beheert de Verwijsindex (VIRA), neemt de procesregie als onderdeel van de zorgcoördinatie voor haar rekening en houdt zich op regionaal niveau bezig met het regisseren en verbeteren van de jeugdzorgketen.³⁵ Met de ondertekening van het 'Convenant CJG regio Arnhem' op 1 april 2009 is ook het model zorgcoördinatie vastgesteld. Het zorgcoördinatiemodel richt zich op een sluitend zorgaanbod tussen verschillende instellingen en beschrijft onder meer de afstemming tussen de casusregie op lokaal niveau en de procesregie van de BO-CJG. Dit model wordt besproken in paragraaf 3.4.

Een onmisbare schakel in het vroegtijdig signaleren van risico's bij het opgroeien en ontwikkelen van kinderen in volgens de gemeente de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De JGZ wordt in Arnhem uitgevoerd door de Stichting Thuiszorg Midden-Nederland (STMG) voor de 0-4 jarigen en door de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden (VGGM) voor de 4-19 jarigen. Beide organisaties zijn dan ook kernpartner binnen de FO-CJG.

³² Convenant CJG Regio Arnhem, 1 april 2009. Ketenpartners zijn: 11 gemeenten regio Arnhem, BJJ Gelderland, Rijnstad AMW, STMG (JGZ 0-4), VGGM (JGZ 4-19), Speciaal Onderwijs Arnhem e.o., Primair Onderwijs Arnhem, Samenwerkingsverband Voortgezet Onderwijs Arnhem, Betuwe, Veluwe 13.1, Carion en Vidente. Bron: Rekenkamer Arnhem in 'Invoering van Centrum voor Jeugd en Gezin', onderzoeksrapport 14 december 2011, p. 16.

³³ Rekenkamer Arnhem, Invoering van Centrum voor Jeugd en Gezin. Onderzoeksrapport, 14 december 2011.

³⁴ Besluitenlijst van de vergadering van e Raad der Gemeente Arnhem op maandag 7, dinsdag 8 en woensdag 9 november 2011, Amendement 18 (CJG) is met algemene stemmen aanvaard.

³⁵ Bedrijfsplan Front-Office Centrum voor Jeugd en Gezin Arnhem, december 2009.

Daarnaast hebben de eerste lijnsvoorzieningen als kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en op de Arnhemse basisscholen een belangrijke taak in de vroegsignalering.³⁶ In dat kader is het van belang om te vermelden dat de gemeente samen met instellingen voor peuterspeelzaalwerk SPA en Rijnstad, kinderopvang SKAR en Allio, schoolbesturen voor primair onderwijs en Stichting PAS in 2010 een 'Visie op het jonge kind in Arnhem' heeft opgesteld.³⁷ In dit document hebben de gemeente en betrokken partners de ambities geformuleerd om te zorgen voor voldoende toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige voorschoolse voorzieningen voor jongere kinderen in de stad. Specifiek voor de peuters en kleuters met een taal- en/of ontwikkelingsachterstand en/of sociaal-emotionele risicofactoren moet binnen de voorschoolse voorziening ook een VVE-aanbod beschikbaar zijn. Ook moet aandacht zijn voor een doorgaande lijn in het aanbod, in pedagogisch beleid, in zorgstructuur en voor de overdracht van kindgegevens naar de basisschool, buitenschoolse opvang en andere kindvoorzieningen. Bij meer complexe problemen moeten de voorzieningen gebruik kunnen maken van het zorgadviesteam 0-4, de zorgstructuur in het primair onderwijs en het CJG.

De verbinding vanuit het jeugdbeleid met het veiligheidsdomein wordt gelegd door verwijzing naar het integraal veiligheidsbeleid van de gemeente. In de 'Kadernota Veiligheid 2013-2016'³⁸ is te lezen dat de gemeente Arnhem ook de komende vier jaar prioriteit geeft aan de jeugd binnen het veiligheidsbeleid. Vanuit het Veiligheidshuis waar organisaties uit het justitiedomein (o.a. politie, OM, Raad voor de Kinderbescherming) en het zorgdomein (o.a. BJZ, VGGM en Rijnstad) elkaar ontmoeten wordt ten behoeve van risicojeugd samengewerkt. Onder regie van VGGM is het overleg in het Veiligheidshuis ook gericht op vroegsignalering van gedrags- en gezinsproblematiek van jongere kinderen en het voorkomen dat kinderen in zware hulpverlenings- en gezinsproblematiek terecht komen. Specifiek voor 12-minners heeft de gemeente Arnhem daarbij ervaring opgebouwd met de toepassing van ProKid. ProKid is een instrument voor het signaleren van risico's bij kinderen onder de 12 jaar op basis van politiecontacten. Risicokinderen worden zo in een vroeg stadium in beeld gebracht.

Speerpunt heldere sturing

De gemeente heeft de taak om organisaties binnen de domeinen onderwijs, zorg- en hulpverlening, werk en veiligheid met elkaar te laten samenwerken om de doelstellingen en ambities van het integraal jeugdbeleid te kunnen bereiken. Deze regierol van de gemeente wordt de komende jaren nog belangrijker met een verdere decentralisatie van onder meer de jeugdzorg. De gemeente constateert zelf al in haar 'Nota opgroeien in Arnhem' dat het totale jeugdbeleid terugkomt in vele beleidsterreinen en (stads)programma's. Door deze vertakkingen naar meerdere beleidsterreinen en programma's is volgens de gemeente een heldere sturing op inhoud, overlegstructuur, middelen en planning nodig. Op bestuurlijk niveau betekent dit dat naast de afzonderlijke overlegstructuren met het domein Onderwijs en het domein Maatschappelijke Zorg ook een Regiegroep Jeugd is

³⁶ Nota opgroeien in Arnhem met kansen, grenzen en steun. Integraal jeugdbeleid 2008-2011, vastgesteld door de gemeenteraad op 31 maart 2008.

³⁷ Visie op het jonge kind in Arnhem, 2 maart 2010. Visiedocument opgesteld door gemeente samen met instellingen voor peuterspeelzaalwerk SPA en Rijnstad, kinderopvang SKAR en Allio, schoolbesturen voor primair onderwijs en Stichting PAS (coördinatie VVE).

³⁸ Gemeente Arnhem, Kadernota Veiligheid 2013-2016 'Arnhem veiliger', 18 december 2012.

ingesteld. Deze Regiegroep Jeugd kan waar nodig beide andere overleggen adviseren om te komen tot de nodige samenhang.³⁹

Naast de samenwerking met andere partijen om te komen tot een samenhangende aanpak heeft Arnhem ook de ambitie om resultaten te meten en vast te leggen in een jaarlijkse Arnhemse jeugdmonitor. Ter ondersteuning van het integrale jeugdbeleid is de Arnhemse jeugdmonitor 2008 verschenen en in 2011 op basis van de Arnhemse Jeugdmonitor 2010 een fact sheet verschenen 'Feiten en Cijfers 2011/6, Jeugd en risico op maatschappelijke uitval'.

De middelen voor het jeugdbeleid komen uit verschillende programma's en begrotingsposten en zijn terug te vinden in de Meerjarenprogrammabegroting bij de desbetreffende onderdelen.

Ontwerp Meerjarenprogrammabegroting 2013-2016

In de meerjarenprogrammabegroting 2013-2016⁴⁰ is opgenomen dat het jeugdbeleid in de toekomst zich ook zal richten op 'het bieden van kansen, ondersteunen waar nodig en grenzen stellen'. Het preventief handelen en bevorderen van de samenhang van jeugdactiviteiten blijven speerpunten. Specifieke aandacht in dit kader heeft de doorontwikkeling van het CJG met het lokaal laagdrempelig (zorg)aanbod. Verder staat de voorbereiding en decentralisatie van de jeugdzorg hoog op de agenda voor de komende jaren. Eind 2013 wil de gemeente een vastgesteld transitieplan op basis van continuüm van zorg voor jeugd met nadruk op meer en betere preventie, vroegsignalering en effectievere interventie bij risico's.

De gemeente wil ook de komende jaren de ontwikkeling van kinderen in de voorschoolse leeftijd blijven faciliteren en zet daarbij in op geïntegreerde voorschoolse voorzieningen van voldoende kwaliteit. Het voorschoolse systeem maakt daarbij deel uit van een breder systeem dat gericht is om achterstanden in het onderwijs tegen te gaan. In de praktijk betekent dit dat sinds 2012 alle kinderen door het consultatiebureau worden gescreend en geïndiceerd op VVE en risico en actief worden toegeleid naar een passende peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. In het kwaliteitshandboek VVE is de doorgaande lijn van voorschool naar vroegschool verplicht gesteld.

In de meerjarenbegroting besteedt de gemeente bovendien aandacht aan armoedebestrijding. In het algemeen wil de gemeente dat mensen in armoede geholpen worden om weer grip te krijgen op hun situatie. Specifiek voor kinderen is opgenomen dat kinderen van minima zonder financiële drempels moeten kunnen deelnemen aan sport en cultuur.

Aanpak kindermishandeling in Arnhem (en omgeving)

De RAK aanpak in Arnhem is officieel geëindigd eind 2010. De eindrapportage project RAK regio Arnhem en omgeving is in mei 2011 verschenen.⁴¹ In 2011 is nog een eenmalige vanuit het Rijk subsidie verstrekt aan de RAK regio's. Deze eenmalige subsidie is in Arnhem en omgeving met name ingezet voor de scholing van professionals.

Het doel van RAK was om als gemeenten samen met lokale en regionale partners sluitende afspraken te maken over de aanpak kindermishandeling op regionaal niveau. Gekozen is in de

³⁹ Nota opgroeien in Arnhem met kansen, grenzen en steun. Integraal jeugdbeleid 2008-2011, vastgesteld door de gemeenteraad op 31 maart 2008, p. 29.

⁴⁰ Meerjarenprogrammabegroting 2013-2016. Gemeente Arnhem, vastgesteld in de raadsvergadering van 5 november 2012.

⁴¹ Noor Schröder, coördinator RAAK regio Arnhem. Eindrapportage project RAAK regio Arnhem e.o., mei 2011.

regio Arnhem om RAK te verankeren in de regionale Backoffice CJG. Resultaten van de regionale RAK aanpak waren o.a.⁴²:

- Een regionaal handelingsplan waarin coördinatie van zorg (zorgcoördinatiemodel) is geregeld en de meldcodes van organisatie op kunnen aansluiten;
- Een integraal scholingsplan CJG/RAK met de insteek scholing op het ontwikkelde zorgcoördinatiemodel. In totaal hebben 5 bijeenkomsten/trainingen plaatsgevonden. Geplande bijeenkomsten met het onderwijs zijn wegens gebrek aan belangstelling niet doorgedaan;
- Trainingsaanbod vroegsignaleren voor kindervang, peuterspeelzaalwerk en primair onderwijs. Hier is binnen de regio Arnhem weinig gebruik van gemaakt;
- Door STMG is ingezet op preventie en interventie bij risicovolle zwangerschappen. In 2011 heeft dit o.a. geleid tot een risicogericht prenataal huisbezoek op verwijzing van de verloskundige en het optimaliseren van de ketensamenwerking pre-peri- en postnataal (zie ook hoofdstuk 4).

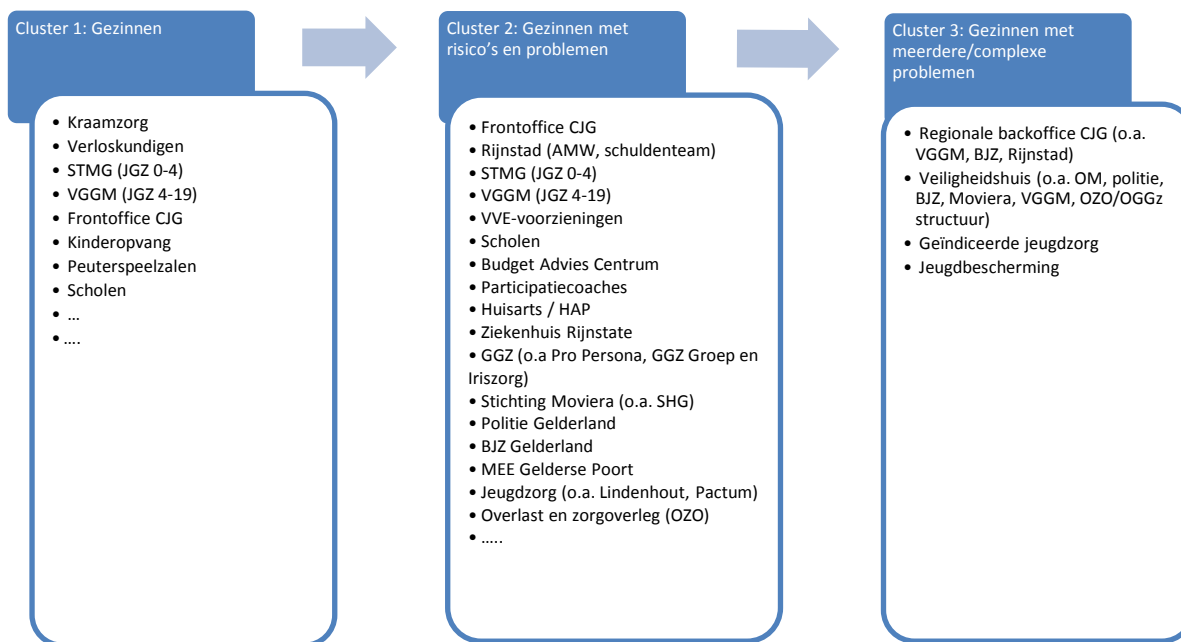
Daarnaast is door partijen werkzaam op terreinen van de verslavingszorg, GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg, jeugdzorg en justitiële jeugdzorg in Gelderland het 'Convenant Intersectorale Aanpak Kindermishandeling Gelderland' opgesteld. Het convenant beschrijft afspraken tussen de genoemde instellingen om de (samen)werking rond de aanpak van kindermishandeling te verbeteren. Belangrijke elementen hierin zijn de aandacht voor scholing en deskundigheidsbevordering binnen instellingen, het betrekken van ouders en netwerk bij het opstellen van plannen om de veiligheid van kinderen te vergroten en het delen van informatie met BJZ, AMK en andere instellingen als de veiligheid van het kind in het geding is desnoods zonder toestemming van ouders. Verder moet de samenwerking met andere instellingen plaatsvinden op basis van één gezin, één plan, één regie. Begin 2013 worden de afspraken geëvalueerd en komt een voorstel voor een vervolg.⁴³

3.3 Instellingen en samenwerkingsverbanden rond gezinnen in Arnhem

In het onderzoek is gekeken naar organisaties die in de directe leefomgeving van het kind een bijdrage (kunnen) leveren aan het signaleren en aanpakken van risico's ter voorkoming van kindermishandeling. In deze paragraaf wordt het lokale domein van Arnhem in grote lijnen beschreven. De organisaties en samenwerkingsverbanden zijn voor deze beschrijving ingedeeld in drie clusters. Per cluster wordt kort in gegaan op de rol van de organisaties voor de leefwereld van het kind en de belangrijkste werkzaamheden. De wijze waarop de organisaties afzonderlijk dan wel gezamenlijk signaleren en risico's aanpakken komt in hoofdstuk 4 respectievelijk hoofdstuk 5 aan bod.

⁴² Noor Schröder, coördinator RAAK regio Arnhem. Eindrapportage project RAAK regio Arnhem e.o., mei 2011.

⁴³ Convenant Intersectorale Aanpak Kindermishandeling Gelderland, 24 maart 2011.



Gezinnen (cluster 1)

In de leefwereld van kinderen en hun gezin in Arnhem is een aantal organisaties bij vrijwel alle gezinnen betrokken bij het gewone opgroeien en opvoeden. Het gaat om dan met name om de kraamzorg, de verloskundige, de huisarts, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), de FO-CJG, de kinderopvang/peuterspeelzaal en het onderwijs.

In de meeste gevallen staat een aanstaande moeder vanaf de zwangerschap tot ongeveer 6 weken na de geboorte onder begeleiding van een verloskundige. Rond de 32^{ste} week van de zwangerschap doet de kraamzorg een intake bij de aanstaande ouders en na de bevalling (in het ziekenhuis of thuis) heeft de kraamzorg een belangrijke rol in het bieden van zorg en voorlichting aan het gezin in de nieuwe gezinssituatie. Vanuit de verloskundige en kraamzorg volgt na de geboorte een overdracht van de verleende zorg aan STMG (JGZ 0-4) en de huisarts.

De JGZ (0-19) volgt de groei en ontwikkeling van het kind vanaf vlak na de geboorte tot negentien jaar onder meer via de huisbezoeken en periodieke gezondheidsonderzoeken op vaste momenten. STMG biedt voor kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar in totaal 14 contactmomenten aan, VGGM (JGZ 4-19) ziet de kinderen in het basisonderwijs op de vaste contactmomenten in groep 2 en groep 7. Op indicatie of op vraag van de ouders kunnen aanvullende contactmomenten worden afgesproken. De JGZ (0-19) geeft onder meer informatie en advies aan ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling, signaleert risico's, biedt preventieve opvoedondersteuning en verwijst door naar andere hulpverlening als risico's of problemen daartoe aanleiding geven. Ook biedt STMG diverse cursussen voor kinderen en ouders. Zo biedt STMG samen met Lindenhout de cursus 'Kinderen in echtscheidingssituatie' (KIES) aan voor kinderen in de leeftijd van 8 tot en met 12 jaar en verzorgt SMTG verscheidene weerbaarheid- en assertiviteitstrainingen.

De gemeente Arnhem heeft voor de vormgeving van de FO-CJG gekozen voor een netwerkorganisatie. Kernpartners binnen deze netwerkorganisatie zijn STMG (JGZ 0-4 jaar), VGGM (JGZ 4-19 jaar), Rijnstad (Algemeen Maatschappelijk Werk) en BJZ Gelderland. Met de frontoffices-CJG wil de gemeente Arnhem een laagdrempelige voorziening neer zetten waar ouders direct en snel terecht kunnen met (alledaagse) vragen over opvoeden en opgroeien en waar advies en (pedagogische) hulp beschikbaar is. De frontoffices hebben daarnaast de taak om risico's te signaleren, zo nodig door te verwijzen naar aanbod en hulpverlening van kern- en ketenpartners en het coördineren van hulp. Ook moet er vanuit de FO-CJG een verbinding zijn met de jeugdgezondheidszorg, de zorgadviesteams 0-4 jaar, de zorgstructuur in het onderwijs en de regionale BO-CJG.⁴⁴

Op dit moment zijn er twee fysieke CJG's: één in Arnhem-Noord en één in Arnhem-Zuid. Deze frontoffices fungeren als centraal inlooppunt voor heel Arnhem. Tijdens de openingsuren zijn de frontoffices bemenst door CJG-adviseurs, dit zijn medewerkers van de kernpartners van het CJG: Rijnstad (maatschappelijk werk) en de jeugdgezondheidszorg (STMG en VGGM). De vragen van ouders/cliënten worden zoveel mogelijk beantwoord door de CJG-adviseurs en verholpen in één tot drie gesprekken. De frontoffices bieden daarnaast ook cursussen, groepsbijeenkomsten en voorlichtingsmateriaal voor ouders, jongeren en professionals. Het outreachend werken van het CJG krijgt onder meer vorm in de pilot vindplaatsgericht werken. Jeugdverpleegkundigen (STMG) gaan sinds september 2012 meer naar kinderdagverblijven en peuterspeelzalen toe. Per 1-1-2013 is de verbinding tussen het CJG en het onderwijs verstevigd en hebben de jeugdverpleegkundigen (VGGM) en schoolgericht maatschappelijk werkers (Rijnstad) meer uren om aanwezig te zijn op school en kunnen de jeugdverpleegkundigen participeren in de zorgteams op de scholen waar de JGZ nog niet vertegenwoordigd was.⁴⁵

Ouders kunnen voor het stellen van vragen ook bellen met het CJG regio Arnhem (backoffice CJG). CJG-adviseurs in de backoffice geven informatie en advies en wanneer nodig wordt een afspraak gemaakt voor een gesprek met een CJG-adviseur in een van de frontoffices. De backoffice CJG beheert ook de website waar ouders terecht kunnen voor informatie en advies over uiteenlopende onderwerpen.⁴⁶

Een groot deel van de kinderen in de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar gaat ook naar de kinderdagopvang of peuterspeelzaal. In Arnhem waren in 2012 164 geregistreerde instellingen waar deze kinderen terecht konden.⁴⁷ Vanaf vier jaar speelt de school een belangrijke rol in het leven van alle kinderen en hun ouders. In Arnhem zijn in totaal 58 scholen voor primair onderwijs. Deze scholen vallen voornamelijk onder de drie grote schoolbesturen Primair Onderwijs in Arnhem (De Basis, SKPCPO Delta en Stichting Fluvius).⁴⁸

Vrijwel alle ouders en hun kinderen komen met bovenstaande instellingen in aanraking en medewerkers van deze instellingen kunnen risico's signaleren. In het merendeel van de gevallen doen zich geen problemen voor die een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind.

⁴⁴ Bedrijfsplan Front-Office Centrum voor Jeugd en Gezin Arnhem, december 2009.

⁴⁵ Allen op de OVG-scholen was de JGZ in de vorm van een jeugdarts vertegenwoordigd in het zorgteam.

⁴⁶ Bedrijfsplan Front-Office Centrum voor Jeugd en Gezin Arnhem, december 2009.

⁴⁷ Meerjarenprogrammabegroting 2013-2016. Gemeente Arnhem, vastgesteld in de raadsvergadering van 5 november 2012.

⁴⁸ www.stichtingpas.nl geraadpleegd op 8 maart 2013.

Als er zich in de leefsituatie van kinderen toch vragen of twijfels voordoen kunnen ouders met deze eenvoudige opvoed- of ontwikkelingsvragen terecht bij een van de instellingen in cluster 1 en met name bij de JGZ en de frontoffice van het CJG. Het is daarbij niet altijd nodig om na een hulpvraag van ouders of kinderen of na het signaleren van bepaalde risico's te verwijzen of te interveniëren. Soms is een advies aan ouders hoe hier mee om te gaan al voldoende. Het normaliseren van bepaalde problemen of gedragingen is onderdeel van het werk van veel professionals. Echter bij bepaalde hulpvragen of bij het signaleren van risico's is verdere actie nodig. Voor deel een deel van bovenstaande organisaties blijft hun rol dan beperkt tot het signaleren en doorgeleiden van de signalen naar anderen. Van andere professionals wordt meer verwacht. Naast het signaleren van mogelijke risicofactoren hebben zij ook een interveniërende rol al dan niet in specifieke samenwerkingsstructuren of -verbanden (zie hiervoor cluster 2).

Gezinnen met risico's en problemen (cluster 2)

De frontoffices CJG geven niet alleen informatie en advies aan ouders die aankloppen bij het CJG, maar kunnen bij hulpvragen die niet binnen drie gesprekken zijn verholpen het aanbod inzetten van een van de kernpartners van het CJG, doorverwijzen naar het aanbod van ketenpartners buiten het CJG en/of de casus inbrengen in het casuïstiekoverleg (0-23 jaar) van het FO-CJG. In het casuïstiekoverleg participeren naast de CJG-coördinator en de CJG-adviseurs ook medewerkers van BJZ. Indien nodig kunnen andere hulpverleners op afroep aan dit overleg deelnemen (o.a. MEE en Iriszorg). Als de hulp en ondersteuning vanuit het frontoffice langer duurt, wordt een casemanager aangewezen en monitort de CJG-coördinator de voortgang.

Vanuit het CJG, maar ook vanuit andere eerstelijnsvoorzieningen zoals de huisarts, verloskundige en de JGZ kan worden doorverwezen naar het aanbod van verschillende ketenpartners. Zonder volledig te willen zijn hierbij een aantal voorbeelden. Vanuit Lindenhout kan Wijkgericht Intensieve Gezinsondersteuning worden ingezet bij meer complexe gezins- en opvoedingsproblemen. MEE Gelderse Poort biedt hulp en ondersteuning aan ouders en jongeren met een beperking door het inzetten van kortdurende opvoedondersteuning, het inschakelen van het netwerk en waar nodig het begeleiden naar geïndiceerde jeugdzorg. MEE participeert ook in het samenwerkingsverband Integrale Vroeghulp, waar instellingen op het gebied van jeugdgezondheidszorg, jeugdhulpverlening, psychiatrie en onderwijs jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen hulp en ondersteuning bieden. Bureau Jeugdzorg kan verwijzen naar de (geïndiceerde) jeugdzorg die in de regio onder meer door Lindenhout en Pactum wordt verzorgd.

Voor hulp op andere leefgebieden kunnen ouders en kinderen ook in contact komen met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk (Rijnstad), GGZ-instellingen (onder andere Pro Persona, GGZ Groep Arnhem en Iris Verslavingszorg). Bij problemen op het financiële terrein kunnen ouders zich wenden tot het Budget Advies Centrum (BAC) of het schuldenteam van Rijnstad. De participatiecoaches van de gemeente zetten zich in om bewoners in de krachtwijken actiever te laten participeren in de maatschappij en bij problemen op een of meer leefgebieden werken de participatiecoach samen met de verschillende zorg- en ketenpartners.

Verder speelt voor veel gezinnen de huisarts een belangrijke rol. Hij kent het kind al vaak vanaf de geboorte. De voornaamste taak van de huisarts is het medisch behandelen van de kinderen en hun

ouders en de begeleiding van vragen over gezonde en (chronische) ziekte. Buiten kantooruren en in urgente gevallen kunnen ouders en kinderen terecht bij de huisartsenposten (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis Rijnstate.

Voor kinderen die risico lopen op taal- en onderwijsachterstanden is binnen de gemeente Arnhem voor-en vroegschoolse educatie (VVE). Uitvoering van dit VVE aanbod wordt in Arnhem verzorgd door peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en basisscholen. Sinds 2012 worden alle kinderen door het consultatiebureau gescreend en geïndiceerd op VVE en risico en actief toegeleid naar een passende peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. De gemeente monitort het bereik van kinderen van 0-4 jaar op de peuterspeelzalen en kinderdagverblijven per kwartaal en kijkt dan ook naar het bereik van de VVE. Het streven van de gemeente Arnhem is om te komen tot een 100% bereik van de doelgroeppeuters. Het bereikpercentage lag in 2012 op 72% en dat betekent dat naar schatting 98 peuters nog niet worden bereikt met een VVE aanbod.⁴⁹

De gemeente heeft samen met BJZ, JGZ (0-19), Rijnstad, MEE, Lindenhout, Team Integrale Vroeghulp, de peuterspeelzalen (SPA), kinderdagopvang (SKAR), Stichting PAS en de drie grote schoolbesturen primair onderwijs het initiatief genomen om met Zorg Advies Teams (ZAT's) 0-4 te gaan werken. In de tweede helft van 2009 zijn de zeven buurtnetwerken jeugdhulpverlening omgebouwd naar ZAT's 0-4. Het ZAT 0-4 is bedoeld voor alle kinderen in de leeftijd 0-4 jaar en bij wie sprake is van een zodanige problematiek dat de reguliere zorgstructuur van de instelling of voorschoolse voorziening niet (meer) toereikend is. In totaal zijn er 2 ZAT's 0-4, elk gekoppeld aan een van de frontoffices van het CJG. Voorzitter en coördinator van dit overleg is de coördinator frontoffice CJG. Deelnemers zijn medewerkers van STMG, Rijnstad, BJZ, de casusinbrenger en op afroep kunnen andere professionals deelnemen (bv. MEE Gelderse Poort, Lindenhout, jeugdarts VGGM, intern begeleider van een basisschool). De taak van het ZAT 0-4 is om naast onderlinge consultatie en uitwisseling van deskundigheid ook te zoeken naar een oplossing van de gesignaleerde problemen, hulp te organiseren, casemanagement beleggen en de voortgang te monitoren.⁵⁰ Op dit moment functioneren de ZAT's 0-4 niet goed en worden er nog nauwelijks casussen besproken. De huidige werkwijze van de ZAT's 0-4 zal binnenkort met de betrokken partners worden geëvalueerd.

Om de aansluiting vanuit de voorschoolse voorzieningen en het consultatiebureau met de zorgstructuur van het CJG te vergroten, gaan de jeugdverpleegkundigen van STMG vanaf september 2012 als onderdeel van de pilot vindplaatsgericht werken meer naar de voorschoolse voorzieningen toe. Ook deze pilot moet nog worden geëvalueerd.

Deze pilot vindplaatsgericht werken van het CJG moet ook leiden tot een betere verbinding van met het onderwijs. Sinds 1-1-2013 sluiten daarom de jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn in de frontoffices van het CJG aan bij alle zorgteams op de scholen in het primair onderwijs, m.u.v. de 21 OVG-scholen. Op de OVG-scholen wordt de JGZ vertegenwoordigd door een jeugdarts en wordt de link tussen het onderwijs en de CJG gelegd door de schoolgericht maatschappelijk werkers van Rijnstad die vaste deelnemer zijn van het zorgteam op deze OVG-scholen. Het

⁴⁹ Stichting PAS, VVE monitor 2011-2012.

⁵⁰ Convenant Zorg- en Adviesteams (ZAT's) 0-4 jaar gemeente arnhem.

schoolmaatschappelijk werk (SMW) op de overige scholen wordt vervuld door medewerkers die in dienst zijn van de schoolbesturen. De zorgteams op de scholen worden aangestuurd door de IB-er. Op alle scholen zit naast de IB-er, ook de leerkracht en de schoolcontactpersoon in het zorgteam en kan de samenstelling van het zorgteam op afroep worden uitgebreid met bijvoorbeeld een logopedist of leerplichtambtenaar. In het zorgteam worden kinderen besproken waar de school zich zorgen over maakt. Indien nodig kan vanuit het zorgteam worden opgeschaald naar het ZAT+. Vaste partners in het ZAT+ zijn: voorzitter (afkomstig uit samenwerkingsverband WSNS), betrokken leerkracht, betrokken IB-er, betrokken schoolgericht maatschappelijk werker, jeugdarts, leerplichtambtenaar en BJJ. Op afroep kunnen professionals uit de schil hier omheen worden gevraagd deel te nemen (zoals de wijkagent, Pactum, REC, MEE). In totaal zijn er 8 ZAT's+ verdeeld over de verschillende wijken.⁵¹ Het afgelopen jaar zijn in Arnhem ongeveer 60 kinderen voor het ZAT+ aangemeld.

Probleemgezinnen of risicokinderen kunnen ook in aanraking komen met de politie. Voor jongeren waarover de politie zich zorgen maakt, kan een zorgmelding bij BJJ gedaan worden. De wijkagent kan ook een zorg- of overlastgevend gezin inbrengen in het Overlast en Zorg Overleg (OZO). Het OZO heeft tot doel de overlast in de wijk tegen te gaan om de leefbaarheid in de wijk te bevorderen. De nadruk binnen het overleg ligt op de zorgcomponent. In het overleg worden overlastveroorzakende- en zorgadressen besproken, een plan van aanpak opgesteld om de overlast te stoppen en ter ondersteuning kan zorg worden ingezet. Wanneer vrijwillige hulpverlening niet leidt tot het gewenste resultaat wordt gekeken welke maatregelen op basis van dwang en drang ingezet kunnen worden.⁵² Het OZO vindt plaats in 5 Krachtwijken en in de 4 GSO-wijken⁵³. Kernpartners in het overleg zijn de wijkregisseur (gemeente), de wijkagent, de overlastmedewerker woningbouwcoöperaties en de zorgcoördinator (Rijnstad). Waar nodig kan het OZO worden aangevuld met vertegenwoordigers van andere instanties. Bewoners die worden besproken zijn bijna allemaal personen met complexe en langdurige problematiek (schulden, psychosociale problemen, verslaving, verwaarlozing, geweld, burenfamilieruzies, mishandeling).⁵⁴

Stichting Moviera heeft vanuit Arnhem als centrumgemeente de opdracht gekregen zich optimaal in te spannen om alle vormen van huiselijk geweld en machtsmisbruik in de regio te stoppen en herhaling te voorkomen. Hiervoor is het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) bij Moviera ondergebracht. Moviera werkt nauw samen met de politie en het AMK. Moviera verzorgt verder het casemanagement bij het opleggen van een tijdelijk huisverbod, biedt residentiële opvang voor slachtoffers van huiselijk geweld, biedt ambulante hulp voor slachtoffers en daders van HG en geeft voorlichting over o.a. de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

⁵¹ ZAT+boek, december 2010

⁵² Gemeente Arnhem, Kadernota Veiligheid 2013-2016 'Arnhem veiliger', 18 december 2012.

⁵³ Arnhem heeft vier krachtwijken (Klarendal, Presikhaaf, Malburgen en Arnhemse Broek). De wijk Geitenkamp is door de gemeenteraad aangewezen als 'vijfde' krachtwijk. Daarnaast maken nog 4 wijken (Elderveld, De Laar, St. Marten/Spoorhoek en Vredeburg/Kronenburg) deel uit van het Gelders Stedelijk Ontwikkelingsbeleid (GSO). De provincie Gelderland draagt met de GSO-gelden bij aan het voorkomen dat deze wijken in een negatieve spiraal terech komen. Bron: Staat van Arnhem 2012, mei 2012, p. 6.

⁵⁴ Gemeente Arnhem, Kadernota Veiligheid 2013-2016 'Arnhem veiliger', 18 december 2012.

Gezinnen met meerdere of complexe problemen (cluster 3)

Wanneer er in het gezin sprake is van meerdere of complexe problemen, de zorg stagneert of specifieke problemen zijn speelt de regionaal georganiseerde backoffice CJG een belangrijke rol. De uitvoering van de backoffice CJG is opgedragen aan VGGM. Binnen de backoffice vindt elke week een ketenkameroverleg plaats. Deelnemers zijn medewerkers van politie, BJZ, VGGM en Rijnstad. Alle deelnemers verzamelen voorafgaand aan het overleg informatie over het gezin uit hun dossiers. In het overleg wordt het probleem geanalyseerd en gekeken wie er mee aan de slag moet. Ook de ProKidmeldingen vanuit het politieregistratiesysteem komen, na een voorselectie, op deze wijze aan bod in het ketenkameroverleg.⁵⁵ Opschaling naar de backoffice is onder meer mogelijk vanuit de frontoffice-CJG, maar ook vanuit het onderwijs via de ZAT+, vanuit de OZO, veiligheidshuis of een andere organisatiestructuur waar meerdere professionals samenwerken rondom een casus.

Verder is binnen Arnhem ook een OGGZ- zorgstructuur tot stand gekomen. De OGGZ-zorgstructuur richt zich op het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen. Voor ons onderzoek is met name de opschalingsmogelijkheid vanuit de OZO's naar de preventietafel binnen de OGGZ-zorgstructuur van belang. Het gaat dan om zorgmijders en overlastgevers waarvoor bemoeizorg nodig is. In de preventietafel vindt overleg plaats om coördinatie, regie en monitoring van de hulpverlening en bemoeizorg te organiseren en vast te leggen. Deelnemers aan deze tafel zijn o.a. de zorgcoördinatoren van Rijnstad, VGGM, Pro Persona, MEE en Iriszorg. In gevallen dat het niet opgelost kan worden in de preventietafel kan nog opgeschaald worden naar de OGGZ-tafel. Hier nemen direct leidinggevende van professionals binnen de OGGZ-structuur aan deel met mandaat en inhoudelijke kennis van het veld. Doel is om hier op ketenniveau de problemen aan te pakken, zodat op uitvoeringsniveau vervolg aan gegeven kan worden. Vanuit de OGGZ-zorgstructuur liggen ook verbindingen naar het Veiligheidshuis.⁵⁶

3.4 Zorgcoördinatiemodel

Als onderdeel van het regionaal handelingsprotocol in de RAAK aanpak is een regionaal zorgcoördinatiemodel tot stand gekomen voor de regio Arnhem. Het belangrijkste doel van het model is de zorg voor kinderen en jeugdigen te coördineren, zodat er voor het kind en gezin gewerkt wordt met één integraal zorgplan.⁵⁷

Het model gaat uit van zorgcoördinatie op casusniveau door één van de betrokken instellingen. Wanneer sprake is van een OTS- of jeugdreclasseringmaatregel ligt de casusregie bij BJZ.

Het zorgcoördinatiemodel kent vier fasen, waarbij van belang is op te merken dat fase 0, fase 1 en fase 2 lokaal binnen de gemeente vorm moeten krijgen en fase 3 en 4 al regionaal zijn ingebed in de backoffice CJG en voorziet in escalatiemogelijkheid naar burgemeester of wethouder van de

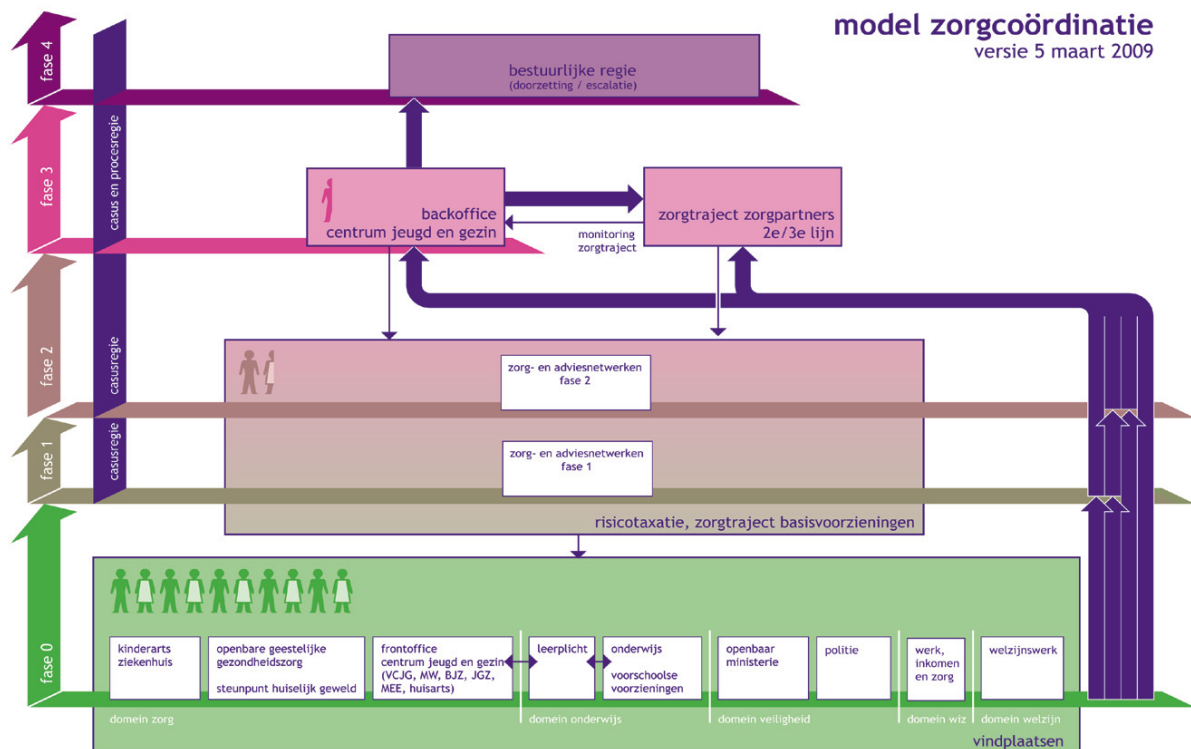
⁵⁵ DSP groep, pilots Prokid Signaleringsinstrument geëvalueerd, Amsterdam 31 mei 2011.

⁵⁶ VGGM, memo OGGZ zorgstructuur, 26 september 2011.

⁵⁷ De informatie in deze paragraaf is met name gebaseerd op de documenten: 'Ontwikkeling model zorgcoördinatie CJG regio Arnhem, versie 0.6 van 26 juli 2010' en de folder professionals van het CJG regio Arnhem, 'Over het Centrum voor Jeugd en Gezin...', uitgave oktober 2010'.

desbetreffende gemeente. Het zorgcoördinatiemodel gaat er vanuit dat vanaf fase 1 een casusregisseur aanwezig is en gewerkt moet worden met één gezin, één plan. Kijkend naar de indeling die STJ hanteert in dit rapport betekent dit voor alle kinderen in cluster 2 en 3 hieraan moet worden voldaan.

Het model wordt hieronder aan de hand van de vier fasen kort toegelicht.



Fase 0: Signalering van risico's, problematiek of de behandeling van een enkelvoudige vraag op de vindplaats. Bijvoorbeeld de verloskundige, het consultatiebureau, de peuterspeelzaal, het kinderdagverblijf, op school, de frontoffice CJG, het onderwijs e.d. kunnen vindplaatsen zijn voor vragen en problematiek van kinderen en ouders. Het merendeel van deze enkelvoudige vragen of problemen kan door de professional zelf worden afgehandeld.

Fase 1: Multidisciplinair overleg op de vindplaats, omdat behoefte is aan expertise van andere professionals voor de hulpvraag of gesignaleerde problematiek. Voorbeelden van multidisciplinair overleg in deze fase in Arnhem zijn de zorgteams op school, de interne zorgstructuur op de voorschoolse voorzieningen of het casuïstiekoverleg binnen de frontoffice CJG. De casusregie in deze fase vindt plaats vanuit de reguliere taak van een van de betrokken instellingen.

Fase 2: Opschaling naar een multidisciplinair team voor het ontwikkelen van een plan van aanpak voor het gezin, het aanwijzen van een casusregisseur en het monitoren van het zorgplan. Vaak is in deze fase hulp en ondersteuning nodig vanuit meerdere instellingen. Overleggen in Arnhem in deze fase zijn o.a. ZAT 0-4, ZAT+, OZO en de overleggen in het Veiligheidshuis over risicojeugd.

Fase 3: In deze fase kan opgeschaald worden naar de backoffice CJG en wordt naast casusregie ook procesregie ingezet. Procesregie is bedoeld om de samenwerking van de verschillende instellingen te stroomlijnen en kan worden ingezet:

- Op verzoek van casusregisseur of voorzitter zorgnetwerk bij stagnatie van de hulpverlening aan het gezin
- Als een organisatie die geen casusregie voert (bv. onderwijs, veiligheidshuis) casuïstiek wil inbrengen
- Bij matches van signalen in de VIRA en betrokken professionals geen actie ondernemen
- Bij risicosignalen van de politie
- Bij samenkomende signalen uit de ketens onderwijs, OGGZ en/of het veiligheidshuis.

Fase 4: Als de backoffice CJG geen hulpverlening kan organiseren of de stagnatie van hulpverlening niet kan verhelpen volgt escalatie naar burgemeester of wethouder die besluit over de oplossing van het probleem (doorzettingmacht).

Uit een evaluatie is een aantal kritische kanttekeningen rondom het model zorgcoördinatie en de VIRA naar voren gekomen.⁵⁸ De belangrijkste punten zijn dat de samenwerking tussen partners nog niet voldoende is, casusregie en procesregie nog onvoldoende bekend zijn/nog onvoldoende naar gehandeld wordt en de afspraken te beperkt zijn geconcretiseerd. De VIRA wordt als instrument binnen de zorgcoördinatie nog niet optimaal benut en criteria om te melden verschillen. Om deze knelpunten aan te pakken is door het kernpartnersoverleg van het CJG een plan van aanpak opgesteld.

⁵⁸ Plan van aanpak model zorgcoördinatie van het CJG Arnhem, regio Arnhem. Vastgesteld in het kernpartnersoverleg van 30 mei 2012

4. Vroegsignalering van risico's

Dit hoofdstuk schetst de signalering van risico's om kindermishandeling te voorkomen in Arnhem. Welke professionals en beroepskrachten zien de ouders en kinderen? Op welke risico's letten zij? Hoe doen zij dat en wat doen zij met signalen? Vooral organisaties die wij indelen in cluster 1 en cluster 2 (zie vorig hoofdstuk) hebben hierin een belangrijke rol. Partijen in cluster 3 hebben niet zozeer een signalerende taak, maar hebben als kerntaak problemen aan te pakken. Vervolgens bespreken wij in een paragraaf over knelpunten op lokaal niveau wat betreft het bereiken van de doelgroep. Wij sluiten het hoofdstuk af met een korte samenvatting.

Ter illustratie van de wijze waarop ouders en professionals denken over vroegsignalering en over het delen van informatie tussen organisaties zijn in de kaders uitspraken van de ouders en professionals opgenomen.

4.1 De vroegsignalering van risico's

Wat zeggen ouders over signaleren van risico's?

Over het CJG:

"Ik vond een luisterend oor en ook nog een partij die actie wilde ondernemen om ervoor te zorgen dat er schot in de zaak kwam."

"Ik heb net een kennis die problemen heeft met haar dochtertje naar het CJG gestuurd. Met hun kennis weten zij je goed door te verwijzen naar ander instanties. Zij weten de weg."

Over het consultatiebureau:

"De contacten met de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen heb ik altijd als prettig ervaren. Je kunt er goed terecht voor medische vragen en eenvoudige opvoedproblemen, maar als er iets moet gebeuren moeten ze altijd doorverwijzen."

"Door de vele wisselingen van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen kunnen ze weinig signaleren als het gaat om problematisch gedrag. Het was vaak weer iemand anders."

Over school:

"Ik heb wel met de IB-er gesproken, maar uiteindelijk kon school maar weinig voor mij betekenen. De IB-er is tegenwoordig meer leraar dan IB-er, er is uiteindelijk maar weinig tijd voor het kind door al die bezuinigingen. School heeft weinig ruimte om zaken aan te pakken."

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de instellingen in Arnhem die met kinderen en hun ouders in aanraking komen de factoren die het risico (op het ontstaan van) kindermishandeling vergroten in voldoende mate kennen. Steeds meer instellingen in Arnhem gebruiken instrumenten om beter te signaleren en professionaliseren hun medewerkers in de gespreksvoering met ouders, zodat zij zorgen over een kind bespreekbaar kunnen maken. Wel wordt in ons onderzoek duidelijk dat de ene instelling daar verder in is dan de ander en dat de ene instelling naar meer leefgebieden van kinderen en gezinnen kijkt dan de andere. Hierna wordt voor de instellingen uit cluster 1 en 2 beschreven op welke wijze deze de risico's signaleren. Specifieke samenwerkingsverbanden of – afspraken die instellingen uit cluster 1 en 2 hebben gemaakt om informatie te delen of gezamenlijk te signaleren komen aan bod in paragraaf 4.2.

Signaleren bij gezinnen (cluster 1)

Beginnend bij de primaire zorg aan moeder en het (ongeboren)kind door verloskundigen en kraamzorg is goed te zien dat deze professionals, gestimuleerd door landelijke richtlijnen, duidelijk gericht zijn op het signaleren van mogelijke risico's bij het gezin en/of het (ongeboren) kind. De verloskundigen in de regio Arnhem maken gebruik van intakevragenlijsten/checklisten waar vragen worden gesteld over risico's op meerdere leefgebieden. Naast de medische controle en begeleiding van de (aanstaande) moeder wordt bij het intakegesprek maar ook op de navolgende vaste controlemomenten met de aanstaande ouder(s) gesproken over mogelijke zorgen en problemen. Bij het signaleren van risicofactoren worden cliënten intern besproken en wordt bepaald welke acties kunnen worden ondernomen. Ook de kraamverzorgenden maken voor het vroegtijdig signalen gebruik van signaleringsinstrumenten. De kraamverzorgenden van 'De Kraamvogel' gebruiken een protocol vroegsignalering gebaseerd op de observatielijst risicozorg van TNO en het Balansmodel van Bakker, de kraamverzorgenden van 'Kraamzorg LiemersCare' hebben een eigen protocol ontwikkeld mede gebaseerd op de risicosignaleringslijst van TNO en de kraamverzorgenden van de 'ZZG groep' maken gebruik van het Balansmodel van Bakker voor de vroegsignalering. Signalen over risico's kunnen door de kraamverzorgende ingebracht worden in het interne casuïstiekoverleg en worden besproken met de teamleider van de kraamzorginstelling. Daarnaast worden deze zorgen en mogelijke risico's ook gedeeld met de verloskundige. Door het grote bereik van de zorg in de (pre)natale keten zijn vrijwel alle kinderen in beeld.

Ook medewerkers van de jeugdgezondheidszorg 0-4 (STMG) gebruiken signaleringsinstrumenten voor het in beeld brengen van beschermde- en risicofactoren. Zowel tijdens het eerste huisbezoek na de geboorte als tijdens de vaste contactmomenten tot het vierde jaar wordt door de jeugdarts en jeugdverpleegkundige de gespreksmethodiek Samen Starten gebruikt, waarbij naar het gehele gezinssysteem wordt gekeken samen met de ouders. Op gestructureerde wijze komt hierbij de ontwikkeling van het kind en de ontwikkeling en beleving van het ouderschap binnen het gezinssysteem aan de orde. In het digitale systeem worden vervolgens de risico- en beschermde factoren geregistreerd.

STMG signaleert daarnaast ook kinderen met risico's op taalachterstand en/of sociaal-emotionele ontwikkeling voor het VVE aanbod op de peuterspeelzalen en kinderdagopvang op basis van Samen Starten en een toelatingsprotocol. Deze inzet op vroegsignalering voor VVE-indicaties heeft de afgelopen jaren duidelijk geleid tot een grote toeleiding van risicopeuters naar VVE-voorzieningen.⁵⁹ Geïnterviewden geven aan dat blijvende aandacht voor de goede toeleiding door het consultatiebureau van de risicopeuters nodig is om uiteindelijk 100% van de doelgroepeuters te kunnen bereiken. Verder hebben de peuterspeelzaalorganisaties en kinderdagverblijven interne zorg coördinatoren aangesteld die worden ingeschakeld door de leidsters/pedagogisch medewerkers als zij zorgen of problemen hebben over het kind en/of ouders. De zorgcoördinatoren hebben dan de taak de regie op zich te nemen. Op alle VVE locaties werken de leidsters en de pedagogisch medewerkers met het protocol 'Alle kinderen welkom'. Hiervoor hebben alle leidsters

⁵⁹ Stichting PAS, VVE monitor 2011-2012.

een training gehad in het observeren volgens het 'Ontwikkelingsvolgmodel van Seminarium voor orthopedagogiek' en zijn ze getraind in de communicatie met ouders.

Een andere belangrijke vindplaats voor het signaleren van risico's bij kinderen is op school. Elke school heeft recht op een eigen inrichting van haar onderwijs, mits zij de wet daarbij volgt. Zo heeft elke school een eigen zorgsysteem om leerproblemen en sociaal-emotionele problemen bij kinderen te signaleren. Uit het STJ-onderzoek blijkt dat nog niet alle scholen beschikken over gestandaardiseerde instrumenten voor het signaleren van sociaal-emotionele problemen bij de kinderen. Bij afwezigheid van deze instrumenten letten leraren met name op discontinuïteit in de ontwikkeling van het kind en op ingrijpende gebeurtenissen of andere zaken waar ouders of het kind over vertellen. Hierbij maakt de leerkracht en de intern begeleider (IB-er) gebruik van het leerlingvolgsysteem, observaties en eventuele eigen aandachtspuntenlijsten. Gesignaleerde risico's en problemen worden in veel gevallen binnen de klas opgepakt. Als dit niet lukt, is de mogelijkheid binnen het zorgteam op school te zoeken naar oplossingen voor de gesignaleerde problemen. Voor complexere problematiek is opschaling naar het ZAT+ mogelijk (zie ook 4.2).

Uit ons onderzoek komt naar voren dat als problematiek rondom kinderen uit andere factoren voortkomen dan de schoolse context, een groot deel van de leraren onvoldoende is toegerust is om deze problemen te signaleren. Dit verschilt weliswaar per school, maar meerdere geïnterviewden geven aan dat de vroegsignalering in het onderwijs moet verbeteren. Ook is nodig dat beroepskrachten in de voorschoolse voorzieningen en in het onderwijs beter worden toegerust om met ouders om te gaan en hen te betrekken in de vroegsignalering.

Gedurende de basisschoolleeftijd vinden op 2 momenten periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) plaats door de jeugdgezondheidszorg 4-19 (VGGM), in groep 2 en groep 7. Op deze contactmomenten gebruikt de JGZ twee type signaleringsinstrumenten: de SDQ, een screeningslijst voor psychiatrische problematiek (emotionele problemen, gedragsproblemen, ADHD en problemen met leeftijdsgenoten) en vaardigheden van bij kinderen van 3 tot 16 jaar, en de KIVPA bedoeld voor vroegsignalering van psychosociale problemen. Ook maakt de JGZ gebruik van het balansmodel van Bakker om zicht te krijgen op beschermende- en risicofactoren. Voorafgaand en na afloop aan de PGO's is er contact met school over mogelijke signalen of risico's bij kinderen en wordt gesproken over eventuele vervolgtrajecten voor specifieke risicokinderen. Op verzoek van school kan de JGZ ook tussendoor (aanvullend) onderzoek verrichten. Daarnaast maken jeugdverpleegkundigen of jeugdartsen (bij OVG-scholen) deel uit van het zorgteam op school en is de JGZ ook vertegenwoordigd in het ZAT+. Uit het STJ-onderzoek blijkt dat de expertise van de JGZ niet altijd optimaal wordt gebruikt. Als knelpunten noemen geïnterviewden de beperkte tijd die de JGZ kan besteden aan het voor- en nabespreken van de PGO's op de school, de vele personeelwisselingen binnen de JGZ die zorgen voor een beperkte continuïteit van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op school en dat de JGZ mede afhankelijk is van een goede zorgstructuur op scholen om haar expertise effectief en efficiënt te kunnen inzetten.

Tot slot binnen cluster 1 het Centrum voor Jeugd en Gezin. CJG-adviseurs in de frontoffice (medewerkers van Rijnstad, STMG en VGGM), proberen de (hulp)vragen van ouders en jongeren snel en afdoende te beantwoorden in 1 tot maximaal 3 gesprekken. Bij deze frontofficegesprekken

wordt geen specifiek signaleringsinstrument gebruikt, maar maken de CJG-adviseurs gebruik van hun expertise en werkwijze van de eigen organisatie. Bij deze eerste gesprekken staat de hulpvraag van de ouders centraal en daarbij komt het voor dat ouders niet vertellen dat zij al hulpverlening (hebben) ontvangen. Ook wordt in deze fase weinig over de hulp gedocumenteerd; het opgeven van de vier letters van de postcode door een ouder is in deze fase voldoende. Als CJG-adviseurs doorverwijzen naar andere zorgpartners binnen of buiten het CJG gebeurt dit in de praktijk op basis van de eigen expertise en ervaring en valt men in de regel terug op de werkwijze binnen de eigen organisatie. Medewerkers van BIZ binnen de frontoffices kunnen worden geconsulteerd over de verschillende verwijsmogelijkheden en MEE kan door de CJG-adviseurs worden ingeschakeld voor het doen van observaties.

Signalering bij gezinnen met risico's en problemen (cluster 2)

Naast de hierboven genoemde organisaties die ouders en/of kinderen zien in het kader van reguliere (zorg)contacten zonder dat hier sprake hoeft te zijn van risico's of problemen zijn er ook organisaties in Arnhem die pas met gezinnen in aanraking komen op het moment dat zich (ernstige) problemen voordoen. Ook deze organisaties kunnen gebruik maken van bepaalde signaleringsinstrumenten en bevragen een of meerdere leefgebieden.

MEE werkt vraaggericht en inventariseert tijdens het eerste contact met de cliënt wat er speelt, wat de hulpvraag is en daarbij komen zaken aan bod als wonen, werk, inkomen, vrije tijd, relatie met de ouders, netwerk van het gezin, eventueel middelengebruik e.d. Dit levert een sociaal rapport op waarbij de stand van zaken per leefgebied aan bod komen, conform het landelijk protocol van MEE.

Medewerkers van het Budget Advies Centrum (BAC) ondersteunen cliënten met schulden die zich melden bij de gemeente. Tijdens de intake maakt de budgetconsulent een overzicht van de schulden en kijkt samen met de cliënt naar de achterliggende oorzaken. Ook wordt altijd gevraagd of mensen kinderen hebben. Echter het hebben van kinderen is vooral financieel relevant; BAC medewerkers richten zich niet specifiek op het signaleren van risicofactoren of op signalen van kindermishandeling. Ook worden er geen gegevens geregistreerd over bijvoorbeeld psychiatrische of verslavingsproblematiek. Het komt wel voor dat als een budgetconsulent vermoedt dat er sprake is van (kinder)mishandeling of ernstige problemen, hij of zij dit benoemt en de cliënt verwijst naar maatschappelijk werk van Rijnstad. Het is dan aan cliënten zelf om contact op te nemen met deze organisatie. Maar budgetconsulenten zijn niet opgeleid om dergelijke gesprekken te voeren. Na de intake volgt een oordeel en wordt een aanbod bepaald.

In het geval dat de problemen op andere leefgebieden de oorzaak zijn van de schulden gaat de budgetconsulent wel na of verwijzing naar hulpverlening tot stand is gekomen. Immers voor deze zaken is het wettelijk voorgeschreven dat het schuldhulpverleningstraject pas op gang kan komen als de cliënt gelijktijdig werkt aan het oplossen/aanpakken van de achterliggende oorzaken in een zorg/hulptraject. Indien de cliënt niet meewerkt aan het afgesproken traject is er ook geen schuldhulpverlening mogelijk en houdt de bemoeienis van het BAC op.

Hoewel het BAC niet zelf gericht is op het signaleren van risico's voor kinderen, worden ze door verloskundigen, de JGZ en het maatschappelijk werk wel vaak ingeschakeld bij cliënten met

schulden. Dit gebeurt door middel van een warme overdracht. Op het gebied van de schulden heeft het BAC de regie, op andere gebieden de hulpverleningsinstanties.

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) van Rijnstad komt in beeld op het moment dat er al problemen zijn. In het eerste gesprek met de ouder(s) gaat de maatschappelijke werker in op de hulpvraag en is ze tevens gericht op mogelijke risicofactoren voor thuiswonende kinderen. Hierbij wordt geen specifiek signaleringsinstrument gebruikt, maar werkt Rijnstad systeemgericht en kijkt ze breed naar mogelijke risico's op meerdere leefgebieden in het gezin.

Via het schoolgericht maatschappelijk werk dat participeert in de zorgteams op OVG-scholen vinden huisbezoeken plaats om te inventariseren welke hulpverlening nodig is en als jongere kinderen aanwezig zijn worden deze ook betrokken bij de hulpverlening. Ook vindt dan afstemming plaats met het consultatiebureau. Een probleem is dat de hulpverlening vrijwillig is, dus als ouders niets willen kan het maatschappelijk werk weinig behalve alert blijven op (nieuwe) signalen en als het kind gevaar loopt een (zorg)melding doen bij BJZ of AMK.

De GGZ (Pro Persona en GGZ groep) bevragen in hun intake de verschillende leef- en ontwikkelgebieden, zetten specifieke (neuro)psychologische instrumenten, testen en observaties in en bespreken de casus in multidisciplinaire overleggen om te komen tot en het volgen van de voortgang van een behandeling voor een kind. Bij de behandeling van het kind wordt systeemgericht gewerkt. Hoewel de houding per behandelaar kan verschillen is op dit moment naar de mening van de respondenten de volwassen GGZ in de regio Arnhem met name gericht op de behandeling van het individu (i.c. de ouder) en heeft men minder oog voor de mogelijke risico's en problemen bij kinderen in een dergelijk gezin.

Uit het onderzoek blijkt verder dat ook andere organisaties gebruik maken van specifieke risicotaxatie-instrumenten. Zo gebruikt BJZ de Lirix, en kan met een gedragsdeskundige een veiligheidsplan worden gemaakt. Aan elke casus wordt een uiteindelijk een kleurcode gegeven (groen, oranje of rood). Zorgmeldingen van de politie worden automatisch op oranje gezet. Bij andere zaken wordt de kleurcode bepaald aan de hand van bijvoorbeeld het invullen van de Lirix en/of op basis van informatie die bekend is bij binnenkomst van de zaak. Kleurcode rood betekent gelijk handelen, kleurcode oranje betekent een eerste gesprek binnen drie weken.

De politie in Arnhem geeft aan zeer gespitst te zijn op de vroegsignalering van problemen in onder meer overlastgevende gezinnen. Als er sprake is van huiselijk geweld of overlast in een buurt registreren zij standaard of er kinderen op dat postadres wonen. Ook andere meldingen waar jonge kinderen bij betrokken zijn worden op dezelfde manier geregistreerd. De geregistreerde meldingen worden door het systeem ProKid op basis van kind- en adresgerelateerde risicofactoren ingedeeld in risicogroepen. Bij zorgen wordt er altijd een zorgmelding naar BJZ gedaan. Minder zware meldingen worden doorgegeven aan de zorgcoördinator Overlast en Zorg.

Binnen Moviera is het SHG ondergebracht. Eerste meldingen over huiselijk geweld komen hier telefonisch binnen. De verschillende leefgebieden worden bevraagd om te bepalen hoe urgent een

zaak is. Binnen de vrouwenopvang van Moviera worden verschillende vragen- en intakelijsten gebruikt om tot komen tot een risicoanalyse en daarop wordt een behandelaanbod opgezet.

4.2 Het delen van informatie en gezamenlijk signaleren

Wat zeggen ouders over het delen van informatie en gezamenlijk signaleren?

"Ondanks het feit dat de wij toestemming hebben gegeven tot het opvragen van de stukken bij derden, blijkt het toch weer steeds nodig dat we daarvoor nieuwe machtigingen ondertekenen".

"Waarom moeten we telkens weer opnieuw toestemming geven zodat er gegevens opgevraagd kunnen worden bij derden, dat hebben we toch al gedaan!"

"Waarom duurt het zo lang, van de school naar de huisarts en vandaar naar de logopedie en terug. Betere afstemming en samenwerking tussen partijen is nodig, je voelt je zo machteloos terwijl je op zoek bent naar de beste behandelmethode voor je kind."

Wat zeggen professionals over delen van informatie en gezamenlijk signaleren?

"soms zijn we 6 of 7 maanden verder met het uitzoeken waar iemand al in zorg is en met toestemming regelen voor het uitwisselen van gegevens en is er nog weinig gebeurd. Wie neemt de regie dan op zich?."

"individueel weet ik anderen snel te vinden, die structuur weet ik echter niet goed te benutten"

"veel overleggen, maar waar wordt wat besproken en welke casus in welk overleg?"

Alhoewel in het merendeel van de gevallen zich geen problemen voordoen die een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind, is voor een deel van de kinderen/gezinnen hulp en ondersteuning noodzakelijk om de problemen aan te pakken en risico's te verminderen. Deels kan dit gebeuren door de instelling die deze risico's of problemen heeft gesignaleerd, maar voor andere kinderen/gezinnen is nodig dat ook andere partijen betrokken worden bij de aanpak. Het delen van informatie en afstemming over het vervolg, al dan niet in specifieke samenwerkingsstructuren of –verbanden, is dan nodig.

Los van de samenwerkingsverbanden of –structuren vindt tussen diverse instellingen en voorzieningen bilaterale informatie-uitwisseling plaats. Vrijwel alle instellingen geven aan dat met toestemming van de ouders informatie wordt opgevraagd bij andere instellingen als dat wenselijk of nodig is voor het eigen handelen. Echter professionals geven aan dat het niet vanzelfsprekend is dat instellingen proactief informatie aanleveren bij instellingen of voorzieningen waarvan ze weten dat die ook betrokken zijn bij de zorg of ondersteuning aan een gezin. Als belangrijke knelpunten bij de uitwisselen van informatie noemen professionals de privacy van ouders en kinderen en het beroepsgeheim (GGZ en huisartsen). Uit het onderzoek blijkt dat met name de volwassen GGZ zeer terughoudend is in het uitwisselen van informatie wanneer een van de ouders onder behandeling is. Binnen de GGZ in de regio Arnhem wordt dit als een intern aandachtspunt gezien.

In het STJ-onderzoek komt naar voren dat in verschillende ketens instellingen elkaar gevonden hebben en soms al vergaand samenwerken om risico's te signaleren en aan te pakken. Maar ook wordt duidelijk dat andere ketens nog onvoldoende op elkaar zijn afgestemd en het mogelijk is dat kinderen of gezinnen in meerdere ketens zorg en ondersteuning ontvangen. Hieronder worden

onze bevindingen over de belangrijkste samenwerkingsverbanden, -structuren en afspraken beschreven aan de hand van de volgende indeling:

- de keten voor kinderen van 9 maanden tot 4 jaar
- de keten voor kinderen van 4 – 12 jaar

Waar mogelijk beschrijven we de verbindingen tussen deze samenwerkingsverbanden of -structuren en geven we aan waar de kwaliteit van de samenwerkingsvormen verbeterd kan worden of verbindingen naar andere samenwerkingsvormen nog onvoldoende zijn gelegd. De wijze waarop wordt samengewerkt in de backoffice van het CJG en in het Overlast- en Zorg overleg met de mogelijkheid tot opschaling binnen de OGGz structuur komt in hoofdstuk 5 aan bod.

De keten voor kinderen -9 maanden tot 4 jaar

In de zorgketen van verloskundigen, kraamverzorgenden en het consultatiebureau (STMG) zijn vergaande afspraken gemaakt over samenwerking en het delen van informatie. Alle kraamzorginstellingen hebben contact met de gezinnen in de 6e/7e maand van de zwangerschap voor een intake. Deze intake gebeurt bij een eerste kind altijd in de vorm van een huisbezoek. Niet alle kraamzorginstellingen leggen opnieuw een huisbezoek af bij een 2e of volgend kind. Een deel van de kraamzorginstellingen volstaat met een telefonische intake bij een 2e of volgend kind, tenzij de situatie in vorige kraamtijd aanleiding geeft om opnieuw een huisbezoek af te leggen of de verloskundige hiervoor een indicatie afgeeft. Alle kraamzorginstellingen in ons onderzoek geven aan dat als in deze intakefase risico's worden gesignaleerd deze worden doorgegeven aan de verloskundigen. Risicosignalen die de kraamverzorgenden zien in de kraamtijd worden ook besproken met de verloskundigen en/of hun leidinggevende en zo veel mogelijk met de ouder(s). De verloskundigen verwijzen en begeleiden cliënten waar risico's spelen naar instanties die hulp kunnen bieden. De huisarts wordt hierover geïnformeerd en wordt ingeschakeld voor doorverwijzingen naar bijvoorbeeld een GGZ-instelling. Als ouders al hulp ontvangen en verloskundigen hiervan op de hoogte zijn, vragen zij met toestemming van de ouder informatie op bij deze partijen. Verloskundigen en kraamverzorgende geven in de interviews aan dat zij meestal van de ouders moeten horen of andere hulp in het gezin aanwezig is. Na de kraamperiode vult de kraamverzorgende samen met de ouders een overdrachtsformulier in voor de JGZ. De informatie van de verloskundige is dan al ingevuld op dit formulier. Bij eventuele problemen en risico's volgt ook altijd een warme overdracht van de kraamzorg naar de JGZ. Standaard krijgt de huisarts informatie over het verloop van de bevalling van de verloskundige toegestuurd.

Voor cliënten met ernstige psychische problemen werken verloskundigen en kraamverzorgenden samen met het POP team van Rijnstate. Cliënten met psychische problemen vaak in combinatie met complexe sociale problematiek of zwaar medicijngebruik kunnen door de verloskundige worden ingebracht voor bespreking in het POP overleg. Vanuit het POP team kan dan ondersteuning worden geboden aan de verloskundige, de (aanstaande) moeder en eventueel kraamverzorgende gedurende de zwangerschap en tot 3 maanden na de bevalling. Indien nodig kan ook een klinische opname geregeld worden.⁶⁰ Kraamverzorgenden en verloskundigen zien een

⁶⁰ Zie ook www.rijnstate.nl, zoekterm POP.

toename in de groep vrouwen waarvoor deze ondersteuning nodig is. Als aandachtspunt noemen enkele kraamverzorgenden en verloskundigen in ons onderzoek dat de terugkoppeling/informatieverstrekking vanuit de POP-poli nog kan verbeteren.

Daarnaast heeft STMG (JGZ 0-4) afspraken gemaakt met verloskundigen en gynaecologen in Rijnstate over de te hanteren verwijscriteria voor een prenataal huisbezoek op indicatie door een jeugdverpleegkundige. Uit een evaluatie in het najaar 2010 en de vervolggesprekken in de zomer 2011 blijkt dat verloskundigen en jeugdverpleegkundigen een duidelijke meerwaarde zien in de vroegtijdige inschakeling van de JGZ bij de ondersteuning van deze aanstaande ouders.⁶¹ Verwijscriteria zijn onder meer tienerzwangerschap, jonge moeders zonder voldoende sociale steun in omgeving, verstandelijke beperkte zwangere, vermoeden van huiselijk geweld en sociale- of financiële problemen. Als de aanstaande moeder instemt met het prenatale huisbezoek, wordt door de jeugdverpleegkundige in het eerste bezoek de problemen nader in kaart gebracht. Belangrijke observaties bij het huisbezoek worden teruggekoppeld aan de verloskundige en de jeugdverpleegkundige kan waar nodig al hulpverlening inschakelen. Deze werkwijze wordt gefinancierd vanuit de gemeente in het kader van gelden voor prenatale voorlichting. Bij financiële problemen is er binnen Arnhem ook nog de mogelijkheid voor de jeugdverpleegkundige om het BAC in te schakelen.

STMG heeft bij de invoering van de methode Samen Starten ook afspraken gemaakt met Rijnstad voor het snel en tijdig kunnen inzetten van maatschappelijk werk in gezinnen waar dit nodig is. Bij waargenomen risico's gaan de jeugdverpleegkundige, de maatschappelijk werker of beide disciplines samen op huisbezoek om te kijken hoe hulp en ondersteuning geboden kan worden. Door veel partijen in ons onderzoek wordt dit gezien als een goed lopende interventie, risico's worden sneller gesignaleerd en hulp kan in een vroege fase worden ingezet.

De JGZ 0-4 ziet vrijwel alle kinderen op de 14 contactmomenten tussen 0 en 4 jaar op het consultatiebureau (CB). Door deze laagdrempelige voorziening is het CB een belangrijke vindplaats van ouders en kinderen met risico's en problemen. Het is dan ook van belang dat de aansluiting tussen het CB en de frontoffices van het CJG goed is geborgd, niet alleen om te voorkomen dat ouders en gezinnen op meerdere plekken tegelijkertijd ondersteuning of zorg ontvangen en instellingen dat niet van elkaar weten, maar ook om over en weer gebruik te kunnen maken van elkaars expertise/netwerk en te kunnen zorgen voor een doorgaande lijn in de zorg en zorgcoördinatie. Uit ons onderzoek blijkt dat op dit moment door medewerkers van het CB, de CJG-coördinatoren, CJG-adviseurs en medewerkers van Rijnstad de aansluiting tussen de JGZ 0-4 en frontoffices van het CJG als onvoldoende wordt ervaren. De verbinding tussen de JGZ 0-4 en de frontoffices zou voornamelijk vorm moeten krijgen via twee routes:

- Vier jeugdverpleegkundigen van het consultatiebureau zijn ook werkzaam als CJG-adviseur in de frontoffice van het CJG. Via deze weg is het mogelijk om vanuit het CB zaken in te brengen in het casuïstiekoverleg (0-23 jaar) in het CJG en andersom. De praktijk leert dat dit nog te weinig gebeurt.

⁶¹ STMG, memo amtelijk vooroverleg VGZ. Evaluatie prenatale voorlichting 2011, oktober 2011.

- Via het ZAT 0-4 jaar. Elke professional die met en voor kinderen van 0-4 jaar werkt kan een kind of gezin inbrengen in het ZAT 0-4 jaar. Via deze route kunnen jeugdverpleegkundigen van het CB problemen en risico's van kinderen/ouders inbrengen in de zorgstructuur van het CJG. Echter iedereen die betrokken is bij het ZAT 0-4 geeft in ons onderzoek aan dat deze structuur niet functioneert, er worden vrijwel geen casussen ingebracht en de overleggen vinden dan ook niet/nauwelijks plaats.

In het voorliggende veld voor kinderen tussen 0 en 4 jaar is ook de relatie tussen de JGZ(0-4), en de voorschoolse voorzieningen van belang. Naast de indicatie voor VVE is voor een goede invulling van de vroegsignaleringsfunctie vanuit het consultatiebureau een goede afstemming en informatie-uitwisseling tussen CB, kinderopvang, peuterspeelzalen en het CJG nodig. Door de geïnterviewden wordt echter aangegeven dat dit voor verbetering vatbaar is. Medewerkers van voorschoolse voorzieningen zijn soms terughoudend in het delen van informatie. En als kinderen geplaatst zijn op een VVE-locatie wordt nu nog onvoldoende gedeeld met elkaar wat de resultaten zijn. De pilot vindplaatsgericht werken waarbij de jeugdverpleegkundige meer op de voorschoolse voorzieningen komen, kan de afstemming tussen kinderopvang/peuterspeelzalen en het CB/CJG volgens de geïnterviewden ondervangen. In totaal 20 jeugdverpleegkundigen van STMG gaan vanaf september 2012 meer naar de voorschoolse voorzieningen. De bedoeling is dat op deze wijze de jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau de linking pin wordt tussen de zorgstructuur van het CJG (ZAT 0-4 en breed casuïstiekoverleg) en de interne zorgstructuur van de voorschoolse voorzieningen. Ook is hiermee de verbinding tussen de JGZ 0-4 en de frontoffices van het CJG verstevigd. Niet alleen moet dit leiden tot een betere vroegsignalering, maar kan waar nodig de expertise en de zorgstructuur binnen het CJG beter worden benut. Ook de verschillen in de kwaliteit van vroegsignalering tussen leidsters, pedagogische medewerker, de medewerkers vanuit de frontoffice CJG en het consultatiebureau kan op deze manier worden verkleind.

De pilot is recent van start gegaan en moet in de praktijk nog verder gestalte krijgen. In ons onderzoek zijn hier nog geen effecten van te zien. Door de professionals in ons onderzoek wordt het vindplaatsgericht werken gezien als een positieve ontwikkeling.

De keten voor kinderen van 4 tot en met 12 jaar

Het onderwijs is een andere belangrijke vindplaats voor CJG. Sinds kort is de verbinding tussen het CJG en het onderwijs geïntensiveerd in het kader van de eerder genoemde de pilot 'vindplaatsgericht werken'. Per 1-1-2013 hebben de schoolgericht maatschappelijk werkers van Rijnstad en de jeugdverpleegkundigen van VGGM meer uren om aanwezig te zijn en te participeren in de zorgteams op scholen. De schoolgericht maatschappelijk werkers van Rijnstad verzorgen voor de 21-OVG scholen de verbinding met het CJG en de jeugdverpleegkundigen zijn vanaf die datum de linking pin tussen het onderwijs en het CJG op de overige basisscholen. De bedoeling was om binnen de pilot ook preventiever vanuit het CJG te werken op de scholen door de jeugdverpleegkundige en schoolgericht maatschappelijke werkers rechtstreeks contact te laten hebben met leerkrachten, kinderen en ouder. Het onderwijs was hier geen voorstander van en wil het contact laten lopen via de IB-er.

Ook voor het vindplaatsgericht werken in het onderwijs geldt dat dit pas per 1-1-2013 van start is gegaan en in het onderzoek van STJ hier nog geen effecten van te zien zijn.

Uit de interviews en de groepsgesprekken komt een beeld naar voren dat in de huidige praktijk deze instellingen nu nog gescheiden van elkaar opereren. De regie op de zorgstructuur op de basisscholen ligt bij het onderwijs. Vanuit het zorgteam of ZAT+ worden vrijwel geen casussen ingebracht in het casuïstiekoverleg van het CJG. Ook de opschaling van het CJG naar het zorgteam of ZAT+ vindt slechts incidenteel plaats. De kernpartners binnen het CJG kiezen ervoor vooral op te schalen via het aanbod van de kernpartners in het CJG. Ook een rechtstreekse opschaling naar de backoffice CJG vanuit de frontoffices vindt zelden plaats. Dat geldt ook voor het ZAT+. Het is mogelijk dat de partners die deelnemen aan het ZAT+, zoals het BJJ en Rijnstad, opschalen naar de backoffice CJG of informatie over de zorgtrajecten in het onderwijsdomein of het zorgdomein inbrengen bij de bespreking van een casus in het ketenkameroverleg (backoffice CJG). Echter dit gebeurt in de praktijk zeer weinig. Een reden hiervoor kan zijn dat opschaling vanuit de frontoffices en ZAT+ structuur naar de backoffice CJG in een aantal gevallen niet nodig is zolang de samenwerking niet stagneert en er geen sprake is van zeer complexe problematiek. De zorg en ondersteuning voor deze gezinnen kan dan ook op het niveau van fase 1 en 2 van het zorgcoördinatiemodel plaatsvinden.

Binnen Arnhem wordt gestreefd naar een doorgaande lijn van voorschoolse voorzieningen naar groep 1 en 2 van het basisonderwijs, zowel wat betreft het (VVE)aanbod, het pedagogisch beleid, de overdracht van kindgegevens en de zorgcoördinatie. Door verschillende respondenten is aangegeven dat deze doorgaande lijn nog niet voor iedere kind, ook niet voor risicopeuters, is gerealiseerd. Ook de doorgaande lijn van de JGZ 0-4 naar de JGZ 4-12 kan nog een impuls gebruiken. Op dit moment vindt er voor elk kind een digitale dossieroverdracht plaats en bij risicokinderen een warme overdracht van arts naar arts. De knip in zorgstructuren tussen 0-4 en 4-12 in Arnhem maakt volgens de geïnterviewden een meer actieve houding in de overdracht tussen de JGZ instellingen op het niveau van de jeugdverpleegkundigen wenselijk. Dit geldt des te meer voor gezinnen met kinderen in verschillende leeftijden, waar de kinderen in verschillende zorgoverleggen kunnen worden besproken.

4.3 Bereik van de doelgroep

Naast het zicht hebben op de risicofactoren die van invloed kunnen zijn bij het ontstaan van problemen en kunnen leiden tot kindermishandeling is het ook nodig dat de instellingen gezamenlijk deze gezinnen in beeld hebben. Onderstaande knelpunten kwam STJ op meerdere plekken tegen in haar onderzoek die het bereiken van de doelgroep belemmeren.

Bespreken van risico's en problemen met ouders niet altijd makkelijk

Uit het onderzoek blijkt dat ouders over sommige zaken niet snel praten met iemand met wie zij nog geen vertrouwensband hebben. Niet alleen de ouders vinden het soms moeilijk om over hun problemen te spreken, ook professionals vinden het niet altijd even makkelijk zaken bespreekbaar

te maken. Zeker als een vertrouwensband is opgebouwd met een cliënt, kan de drempel om risico's te bespreken hoger worden. Ook angst voor je eigen veiligheid kan een reden zijn om terughoudend te zijn.

Het moeilijk vinden om over risico's of problemen te praten wordt door meerdere geïnterviewden aangegeven als een knelpunt. Bijvoorbeeld op scholen zijn de leraren goed in staat om risico's te signaleren die de schoolloopbaan van kinderen bedreigen. Wanneer de problemen echter betrekking hebben op de thuissituatie van het kind en de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen overstijgen blijken nogal wat leraren onvoldoende in staat deze risico's vroeg en goed in beeld te krijgen en bespreekbaar te maken met de ouders. Het betreft dan vaak problemen die de context van de thuis- en of buurtsituatie raken zoals werkeloosheid, schuld, armoede, huisvesting, psychiatrische problematiek, ziekte of opvoedingsonmacht. Leraren willen de vertrouwensband met ouders niet beschadigen. Ook kraamverzorgenden geven aan dat door de vertrouwensband die je opbouwt in een kraamgezin de drempel hoger is om problemen bespreekbaar te maken. Bij de kraamzorginstellingen worden de kraamverzorgenden regelmatig getraind in het vroegtijdig signaleren van risico's en in een adequate gespreksvoering met ouders. In het onderwijs is de inzet hierop minder. Ook geven meerdere respondenten aan dat ze het niet makkelijk vinden casussen over jonge kinderen in zorgoverleggen in te brengen, omdat men dan het gevoel heeft op zo'n jong kind een etiket te plakken.

Geen gemeenschappelijk beeld van risicogezinnen

Daarnaast bleek uit de levensloopbijeenkomst en de interviews dat professionals en instellingen hun eigen invulling geven aan de definitie van een risicokind of een risicogezin. Niet veel instellingen hebben de definitie geëxpliciteerd en tussen instellingen kunnen de definities verschillen. Daarbij komt dat binnen de preventieve keten geen eenduidig beeld bestaat over het moment waarop je informatie met ketenpartners kan of moet delen. Ook het moment waarop medewerkers van een instelling een melding in de Verwijsindex Risicojeugd Arnhem (VIRA) doen, is wisselend.

Recent is een bijeenkomst over vroegsignalering georganiseerd voor beroepskrachten van voorschoolse voorzieningen. De opkomst was hoog, ook omdat medewerkers van de VVE-voorzieningen was gevraagd collega's waar zij in het kader van de vroegsignalering en zorg mee samenwerken, uit te nodigen (MEE, CJG, logopedisten e.d.). Binnen het preventieve veld bestaat een grote behoefte aan dergelijke bijeenkomsten. Het algemene beeld op die bijeenkomst was dat in Arnhem nog geen gemeenschappelijke taal wordt gesproken als het gaat over vroegsignalering. Ook STJ constateert dat het in Arnhem ontbreekt aan een gemeenschappelijk denkkader met betrekking tot vroegsignalering, risicogezinnen en veiligheid van kinderen. Dat belemmert het uitwisselen van informatie, het afstemmen en het gezamenlijk handelen volgens één gezin, één plan.

Hoe groot de groep kinderen met een verhoogd risico is in Arnhem, is niet bekend. De benodigde cijfers hierover ontbreken. De meeste instellingen houden gegevens bij over hun cliëntcontacten, maar gezamenlijk inzicht in het aantal kinderen met verhoogd risico is niet aanwezig.

De kindermonitor van de JGZ geeft 1 keer in vier jaar inzicht een beeld van bepaalde risicofactoren bij de Arnhemse kinderen. De Arnhemse Jeugdmonitor is verschenen in 2008 en een fact sheet

met de belangrijkste risicofactoren van de jeugd voor maatschappelijke uitval is in 2011 verschenen. Ook deze monitors geven maar een gedeeltelijk beeld van de omvang van het aantal risicojongeren in Arnhem.

Gebruik van de VIRA kan beter

De verwijsindex Risicojeugd Arnhem (VIRA) komt voort uit landelijke wetgeving en is een praktisch instrument voor beroepskrachten die zich met kinderen bezig houden. In de verwijsindex worden de meldingen van hulpverleners voor risicojeugdigen tot 23 jaar geregistreerd. Met deze verwijsindex wil de overheid een belangrijke bijdrage leveren aan het samenbrengen van professionals die een risico signaleren bij een kind of jeugdige. De invoering en borging in Arnhem verloopt niet optimaal. Niet alle instellingen maken gebruik van de VIRA, o.a. de politie, de verloskundigen en de scholen zijn niet aangesloten. Als belangrijkste knelpunten van de VIRA worden genoemd dat in de VIRA alleen een signaal per kind kan worden gemeld en niet per gezin. Elke organisatie een eigen afweging/afpraak heeft over wanneer gemeld wordt in de VIRA, met als gevolg dat sommige instellingen pas melden als het gaat om ernstige problematiek. Het is in de preventieve keten voor hulpverleners niet duidelijk wie op welk moment moet of gaat melden in de VIRA. Ook wordt als reden gegeven dat het doel van de VIRA is om iedereen die betrokken is aan tafel te krijgen. Dit wordt door een zorgoverleg binnen het onderwijs en dan wordt het niet nodig gevonden om ook nog in de VIRA te melden. Een aantal instellingen laat ook na te melden in de VIRA omdat ze het lastig vinden om een melding te bespreken met de ouders.

Om de VIRA beter te benutten zullen de gebruikscriteria duidelijker moeten worden, de meldingsbereidheid moeten toenemen en alle instellingen die zorg en ondersteuning bieden aan kinderen dienen aangesloten te zijn. Inmiddels hebben de kernpartners van het CJG een plan van aanpak opgesteld om knelpunten aan te pakken.⁶²

Regie en aansturing vanuit de gemeente kan beter

Uit het onderzoek van STJ komt ook het beeld naar voren dat binnen de gemeente nog onvoldoende gestuurd wordt op een integrale regie. Veelal wordt vanuit de verschillende beleidsterreinen (onderwijs, maatschappelijke opvang, veiligheid e.d.) verkokerd gehandeld. Uit de interviews blijkt dat de netwerkstructuur van het CJG leidt tot een aantal knelpunten waar nog een oplossing voor moet komen. Op uitvoerend niveau zijn CJG-adviseurs nog zoekende naar hun rol en hebben te maken met een dubbele pet (pet van de eigen instelling en de CJG-pet). Ook klinkt er een duidelijke roep vanuit het veld om meer sturing en regie vanuit de gemeente op het jeugddomein. Gevraagd wordt aan de gemeente een duidelijke koers uit te zetten, randvoorwaarden te scheppen en te zorgen dat beleid en afspraken worden geïmplementeerd en nagekomen. Dit geldt met name voor de positionering van het CJG. Ook het rapport van de Rekenkamer over het functioneren van het CJG wijst er in 2011 al op dat het beleid van de gemeente Arnhem meer gestoeld moet zijn op resultaatgerichte doelen die specifiek, meetbaar, acceptabel realistisch en tijdgebonden zijn geformuleerd.

De gemeente heeft aangegeven dat de aansturing de laatste 2 jaar naar het lokale veld op afstand heeft plaatsgevonden. Door de vele personele wisselingen en reorganisatie binnen de gemeente

⁶² Plan van aanpak model zorgcoördinatie, vastgesteld in het kernpartnersoverleg CJG van 30 mei 2012.

heeft het jeugdbeleid en uitvoering minder intensief aandacht gekregen. In het kader van de decentralisatie van de jeugdzorg wordt binnen de gemeente nu hard gewerkt aan een integraal beleidskader. De wijze waarop de sturing richting het lokale veld en de regionale backoffice zal gaan plaatsvinden, moet hierin een plek krijgen.

4.4 Samenvatting

Alle instellingen die zijn betrokken in het onderzoek kennen de risicofactoren die van invloed kunnen zijn bij het ontstaan van problemen en kunnen leiden tot kindermishandeling. Steeds meer instellingen gebruiken voor het signaleren van deze risico's instrumenten om de risico's goed in beeld te krijgen. Een aantal sectoren lopen in het gebruik van signaleringsinstrumenten en het gericht kijken naar risico's voor kinderen achter.

De basisscholen signaleren vooral risico's bij kinderen die hun schoolloopbaan bedreigen en een groot deel van de leraren is nog onvoldoende in staat andere risico's vroeg en goed in beeld te brengen. De volwassen GGZ heeft nog onvoldoende oog voor de risico's bij kinderen van cliënten die onder behandeling zijn. Ook de schuldhulpverlening is te zeer gespitst op de financiële dienstverlening en is nog niet geschoold om naar risico's voor kinderen te kijken. Binnen het CJG is geen gezamenlijk signaleringsinstrument voorhanden, maar vallen de CJG-adviseurs voor het signaleren van risico's terug op de expertise en werkwijze van de eigen organisatie.

Als op de vindplaats signalen binnenkomen zijn er verschillende mogelijkheden voor professionals om deze signalen te delen en deze in het zorgsysteem op te schalen. Het kan o.a. via de VIRA, voor het (on)geboren kind en de aanstaande moeder via de zorgketen van kraamzorg, verloskundige, CB en eventueel POP team en via het zorgteam/ZAT+ structuur in het onderwijs. Afhankelijk van het eigen netwerk en werkwijze in de instelling kiezen professionals hun eigen route. Inzicht in wat de kortste en meest effectieve route is ontbreekt. Hierdoor kunnen zorgtrajecten naast elkaar lopen en is overlap in zorgstructuren aanwezig. De VIRA, het instrument om inzicht te geven in wie betrokken is bij een gezin en duidelijkheid te geven over de coördinatie, wordt in dit opzicht nog onvoldoende gebruikt. Dit heeft onder andere te maken met het ontbreken van een gemeenschappelijk denkkader met betrekking tot vroegsignalering, risicogezinnen en veiligheid van kinderen.

De FO-CJG zijn niet goed gepositioneerd in de zorgstructuur van Arnhem. De twee inlooppunten zijn bedoeld om laagdrempelig signalen van ouders op te halen, maar ouders maken weinig gebruik van deze inlooppunten. Ook komt uit het onderzoek naar voren dat de schakel vanuit de FO-CJG richting de voorschoolse voorzieningen, het consultatiebureau en het primair onderwijs nog onvoldoende is geborgd. Onder meer de pilot 'vindplaatsgericht werken' die het afgelopen jaar van start is gegaan, moet hierin verbetering gaan brengen.

De gemeentelijke regie op het preventieve veld is te veel op afstand gebleven. Ook een helder beleidskader en aansturing vanuit de beleidsterreinen die een rol spelen in het preventieve veld was niet voorhanden. De lokale regie vanuit de gemeente op een adequate zorgstructuur en zorgcoördinatie wordt gemist door partijen

5 Handelen: risico's aanpakken en verminderen

Dit hoofdstuk schetst het handelen van organisaties in Arnhem wanneer er risico's voor kinderen die de kans op kindermishandeling vergroten, zijn gesignaleerd. Vooral organisaties die wij indelen in cluster 2 en cluster 3 (zie hoofdstuk 3) hebben hierin een rol en de bevindingen over deze organisaties worden in twee achtereenvolgende paragrafen belicht. In paragraaf 5.3 staat de aanpak van de instellingen bij het vermoeden van kindermishandeling centraal. Het hoofdstuk sluit af met een korte samenvatting.

Ter illustratie van de wijze waarop ouders denken over vroegsignalering en over het delen van informatie tussen organisaties zijn hieronder enkele uitspraken van ouders uit de telefonische interviews opgenomen.

Wat zeggen ouders over het handelen van organisaties?

"Via de buitenschoolseopvang ben ik bij het CJG terecht gekomen. Ik heb opgebeld en heb een aantal gesprekken gehad met een maatschappelijk werker van het CJG. De gesprekken hielpen niet direct voor de gedragsproblemen van mijn dochter, maar boden wel ondersteuning in de wijze waarop ik met haar kon omgaan. Helaas kon geen specifieke hulp voor mijn dochter gevonden worden. Door haar jonge leeftijd kon ze niet deelnemen aan een weerbaarheidstraining of aan KIES."

"Het is denk ik voor ouders lastig te weten waar ze moeten zijn. Er zijn zoveel organisaties (CJG, BJZ, CJG...) en niet iedereen weet wie wat doet. Het is er de afgelopen jaren niet makkelijker op geworden."

"Ik ben van mening dat er weinig wordt samengewerkt, te weinig overleg is tussen partijen. Soms vraag ik me af of er eerst iets moet gebeuren alvorens men overgaat tot handelen."

"Ik heb met een maatschappelijk werker bij het CJG gesproken over de thuissituatie en hulp gevraagd. Hij kon mij niet zelf verder helpen, maar heeft mij doorverwezen naar een andere partij. Toen ik met deze partij contact opnam bleek dat zij ons alleen konden helpen als we dat via BJZ zouden doen, dat wilde ik niet. Onlangs ben ik nog gebeld door het CJG om toch weer opnieuw langs te komen om te praten."

5.1 Risico's aanpakken bij gezinnen met problemen (cluster 2)

Als risicofactoren die van invloed zijn op het ontstaan van kindermishandeling in een gezin aanwezig zijn, is het nog niet zeker dat problemen zullen ontstaan. Niettemin kan het verhoogde risico op kindermishandeling reden genoeg zijn om bij die gezinnen na te gaan of bij ouders en kinderen sprake is van beginnende problemen en of ondersteuning nodig is. Deze ondersteuning kan gericht zijn op het verminderen van risicofactoren bij kind, ouders of in de omgeving, het vergroten van competenties beschermende factoren en het vergroten van de deelname van ouders en kind aan de reguliere hulpverlening. Hieronder wordt voor de meeste instellingen in cluster 2 op hoofdlijnen beschreven wat zij ondernemen om de risico's voor kinderen te verminderen.

Uit ons onderzoek komt naar voren dat de instellingen voor deze groep in grote lijnen de risico's en problemen met ouders bespreken en het reguliere aanbod inzetten. Waar het reguliere aanbod niet voldoende is of de problemen op leefgebieden zijn waar niet hun expertise ligt verwijzen de instellingen door naar meer gespecialiseerde of andere vormen van hulp. Als er

samenwerkingafspraken of –verbanden zijn waar meerdere instellingen in participeren kunnen de gezinnen ook daar worden besproken. In hoeverre er voor deze gezinnen sprake is van gezamenlijk handelen, dat wil zeggen in hoeverre is sprake van één gezin, één plan en één regisseur komt aan bod in het laatste gedeelte van deze paragraaf. Wanneer de veiligheid van de kinderen gevaar loopt of vermoedens zijn van kindermishandeling melden professionals bij het AMK (zie 5.3)

Wat elke instelling vanuit zijn kerntaak oppakt verschilt uiteraard. De politie om mee te beginnen legt zich voor jongeren tot 12 jaar met name toe op het signaleren. Alle politiecontacten met gezinnen (bv. overlastmeldingen, huiselijk geweld zaken e.d.) waar jongeren onder 12 betrokken zijn, worden geregistreerd in het politieregistratiesysteem. ProKid deelt op basis van deze informatie kinderen in een risicocategorie, wat dan aanleiding kan zijn om deze meldingen te bespreken in een overleg binnen de backoffice van het CJG. De politie verleent zelf geen hulp aan deze gezinnen, maar brengt de signalen in de verschillende overleggen in (o.a. veiligheidshuis, ketenkameroverleg, OZO, huiselijk geweld overleg), informeert of verwijst rechtstreeks naar hulpverleningsinstanties en indien nodig doen ze een zorgmelding bij BJJ/AMK. Ook kan de agent besluiten een vinger aan de pols te houden door vaker bij een gezin langs te gaan.

Voor de participatiecoaches en de budgetconsulenten van het BAC geldt dat de hulpvraag van de cliënt centraal staat. Medewerkers begeleiden op vrijwillige basis cliënten en verwijzen waar zorgen zijn op een of meer leefgebieden door naar specifieke hulpverlening (woningbouwcoöperatie, AMW, huisarts voor bv. verwijzing naar GGZ, e.d.). De geïnterviewde medewerkers van het BAC geven aan dat de samenwerking met de andere hulpverleningsinstanties nog niet altijd optimaal verloopt. Het BAC kijkt namelijk ook naar het belang van de schuldeisers en zijn er niet, zoals de andere organisaties, alleen voor de cliënt. Dit kan leiden tot tegengestelde belangen. Daar waar hulpverleningsinstanties vanuit risicosignalering bijvoorbeeld vinden dat een van de ouders meer thuis moet zijn en daardoor niet of minder moet werken, hoeft dit vanuit schuldhelpverleningsperspectief niet de goede oplossing te zijn. Immers op deze wijze kan het aflossen van de schulden vertraging oplopen. En als ouders vrijwillig stoppen met werken krijgen ze ook geen uitkering, waarmee het nog moeilijker wordt de schuldenproblematiek te verhelpen.

Voor de participatiecoaches geldt dat zij ook de cliënt begeleiden in het vinden van de juiste hulpverlening en overleg voeren met hulpverleners die al aanwezig zijn in het gezin. Mocht er nog geen hulpverlening in het gezin zijn, maar dit wenselijk zijn dan is de zorgcoördinator van het OZO een belangrijke overlegpartner voor de participatiecoach en kan ook AMW worden ingeschakeld. Uit het interview blijkt dat de participatiecoaches niet veel contacten onderhouden met het consultatiebureau of het CJG.

De participatiecoaches ervaren dat cliënten niet zo goed weten waar ze terecht kunnen met hulpvragen. Ook de ouders in ons telefonische interviews geven aan dat er zoveel organisaties zijn dat ze niet altijd de weg in hulpverleningsland kunnen vinden. De participatiecoach fungeert dan, net als o.a. de CJG-adviseur en de jeugdverpleegkundige dat doen, als de sociale kaart voor de cliënt. Een knelpunt vindt de participatiecoach wel dat i.v.m. de privacy andere organisaties geen informatie doorspelen.

Dan zijn er een aantal instellingen en samenwerkingsverbanden die na het signaleren voor de minder complexe risico's en problemen zelf een (kortdurend) aanbod kunnen bieden, maar voor gespecialiseerde hulp of hulp bij complexe problemen op andere domeinen dan waar zij werkzaam zijn, moeten doorverwijzen. Zo zagen we in het vorige hoofdstuk de goede samenwerkingsafspraken en korte lijnen in de prenatale keten van verloskundigen, kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg. Door het inzetten van de prenatale huisbezoeken en waar nodig het tijdig inschakelen van maatschappelijk werk, BAC en eventueel het POP-team worden hier belangrijke risicofactoren aangepakt.

De JGZ (0-19) biedt daarnaast lichte opvoed- en opgroei-ondersteuning aan ouders en kinderen op de (extra) contactmomenten en tijdens de huisbezoeken. De regie bij opvoed- en gezinsproblematiek ligt bij de jeugdverpleegkundige. Bij medische en ontwikkelingsproblematiek is de jeugdarts de casusregisseur. Ook indiceert de JGZ 0-4 peuters die in aanmerking komen voor het VVE-aanbod dat wordt verzorgd door een aantal voor- en vroegschoolse voorzieningen. Blijkt de hulpvraag complexer of spelen de problemen op andere leefgebieden dan (psychosociale) gezondheid en opvoeding dan verwijst de JGZ door naar andere hulpverleners en monitort de ingezette hulpverlening. Verwezen wordt onder meer naar de Wijk Intensieve Gezinsondersteuning (WIG) van Lindenhout, de praktische gezinsondersteuning (PGO) van STMG en het maatschappelijk werk (Rijnstad). De geïnterviewden geven aan de samenwerking met deze partijen goed te vinden. Zaken worden snel opgepakt en het vertrouwen van ouders richting deze instellingen is groot. Bij stagnatie in zorg bij multiprobleem gezinnen is de afspraak dat medewerkers van de JGZ verwijzen naar de backoffice CJG. Uit de interviews blijkt dat in sommige gevallen de JGZ niet weet wat er verder gebeurt, behalve als het gezin weer bij ze terug komt.

Als de hulpvraag van ouders niet binnen drie gesprekken kan worden opgelost, handelen de CJG-adviseurs in de frontoffice vanuit het netwerk en expertise van hun moederorganisatie. Vaak betekent dit volgens de respondenten doorverwijzen binnen de eigen instelling of naar de instelling van een andere kern- of ketenpartner. Casussen kunnen ook door CJG-adviseurs worden ingebracht in het CJG casuïstiek overleg in de frontoffice. Door geïnterviewden wordt aan gegeven dat het dan gebruikelijk is om gezamenlijk de handelwijze van de CJG-adviseur te bespreken, advies te geven en/of een zorgtraject uit te zetten. Als het CJG met een gezin langduriger aan de slag gaat, wordt er een casemanager aangewezen (in principe een medewerker van STMG, VGGM of Rijnstad). De CJG-coördinator monitort de voortgang van het traject. Volgens de respondenten is, als er meerdere hulpverleners in beeld zijn, soms onduidelijk wie de regie heeft. Het komt ook voor dat ouders geen gebruik willen maken van het voorgestelde zorgtraject of doorverwijzing. Zowel ouders en CJG-adviseurs geven aan dat in dergelijke gevallen het CJG probeert toch contact te houden en ouders zover te krijgen dat ze hulp aanvaarden.

Het AMW en het SMW van Rijnstad gaat aan de slag op het moment dat kinderen of gezinnen worden aangemeld. Voor de risico's of problemen, die zijn gesignaleerd door anderen of naar boven komen bij de systeemgerichte aanpak van het maatschappelijk werk, kunnen medewerkers verschillende interventies aanbieden. Rijnstad biedt kortdurend praktische hulp en ondersteuning bij opvoedingsproblemen, o.a. Homestart. Voor complexere vraagstukken of in gevallen dat

langdurige ondersteuning nodig is verwijzen de maatschappelijk werkers door naar PGO of WIG. Bij psychische problemen kan Rijnstad een verpleegkundige inschakelen voor ondersteuning. Wanneer de risico's zich op andere leefgebieden voordoen, biedt Rijnstad hulp en ondersteuning op financieel gebied en helpen bij het aanvragen van voorzieningen (toeslagen, voedselbank e.d.). Rijnstad heeft ook een schuldenteam. Dit team besteed aandacht aan het toeleiden en motiveren van cliënten naar schuldhulpverlening. In geval van gezinnen met kinderen wordt contact opgenomen met een collega-maatschappelijk werker van het Jeugdteam van Rijnstad.

Elke school treft op grond van haar eigen signalering maatregelen die de schoolloopbaan van de leerling ten goede komen. De basisscholen zijn echter beperkt in hun mogelijkheden om hulp te bieden als het meer dan de schoolse context betreft. Wel beschikken ze over brede zorgteams waar met schoolgericht maatschappelijk werk van Rijnstad of SMW vanuit de schoolbesturen en de JGZ samengewerkt wordt. De regie voor het inbrengen van casussen in deze zorgteams ligt volgens de respondenten bij de school (IB-er/leerkracht) en de opschaling naar het ZAT+ wordt overgelaten aan de beslissing in het zorgteam.

De (jeugd)GGZ werkt op basis van verwijzingen door de huisarts, kinderarts of BJZ. Na een intake, bespreking in een (multidisciplinair)team en een diagnostische fase wordt een behandelplan opgesteld en de behandeling gestart. De behandeling richt zich op het kind en waar nodig op het gezinssysteem in de vorm van ouderbegeleiding. De behandeling wordt afgesloten als er geen hulpvraag meer is; in de regel wanneer de doelen uit het behandelplan zijn behaald. Bij het signaleren van risico's of problemen wordt dit besproken met de ouders, waar nodig wordt het behandelplan dan bijgesteld. Als het problemen zijn die niet binnen de behandeling kunnen worden opgepakt, verwijst de GGZ door naar andere instellingen (AMW, en SMW, JGZ, MEE, Lindenhout). Informatie-uitwisseling met deze instellingen en scholen gebeurt na toestemming van de ouders. Bij (vermoedens van) kindermishandeling wordt gemeld bij het AMK, de behandeling van het kind kan na een melding bij het AMK meestal doorlopen.

Bij volwassen cliënten met kinderen richt de behandeling zich op de ouder. De GGZ is instelling zal wel vragen of er kinderen zijn in het gezin, maar deze worden niet gericht betrokken bij de behandeling omdat daar de hulpvraag niet ligt. Respondenten geven aan dat de informatie-uitwisseling en afstemming met de volwassen GGZ nog niet altijd soepel verloopt. Dit blijkt o.a. uit het feit dat de KOPP (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen) groep niet vol is.

MEE werkt vraaggericht en kan bij eenvoudige problemen een opvoedingsconsulent inschakelen voor hulp en ondersteuning. Maar als er veel problemen zijn en mensen langdurige hulp en intensievere ondersteuning nodig hebben, wordt of het netwerk ingeschakeld en/of doorverwezen naar de geïndiceerde zorg (via BJZ). MEE participeert ook in Integrale Vroeghulp. Wanneer andere instanties of ouders zich zorgen maken over (mogelijke) ontwikkelingsproblemen bij kinderen tot zeven jaar gaat een trajectbegeleider op huisbezoek om samen met de ouders het probleem in kaart te brengen. Vervolgens wordt in een multidisciplinair team en in aanwezigheid van de ouders als zij dat willen, een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd.

BJZ gaat na binnenkomst van een zorgmelding of na doorverwijzing via een ketenpartner na of al andere hulpverlening in het gezin is, vraagt met toestemming van de ouders gegevens op bij die instanties, voert na ongeveer 3 weken een gesprek met ouders en kinderen (vanaf 5 jaar), eventueel met de zorgmelder of verwijzer en maakt een probleemanalyse met de gedragsdeskundige. Ook wordt het veiligheidsrisico ingeschat en zo nodig een veiligheidsplan opgesteld. Als duidelijk is op welke gebieden hulp nodig is wordt bijpassende (geïndiceerde) zorg gezocht. BJZ indiceert regelmatig voor de GGZ zorg, WIG, intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding (Pactum) of ambulante en residentiële hulpverlening van onder meer Lindenhout en Pactum. Mocht het niet lukken in het vrijwillige kader wordt een onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming gevraagd om te komen tot een OTS.

Eén gezin, één plan, één regisseur?

Het zorgcoördinatiemodel van Arnhem geeft richting aan de casusregie op uitvoeringsniveau en biedt de mogelijkheid tot op- en afschaling en de inzet van een procesregisseur op het moment dat de zorg stagneert en/of de hulpverleners er samen niet uit komen. Toch blijkt uit ons onderzoek dat de zorgcoördinatie in de praktijk nog niet goed verloopt. Veel respondenten geven aan dat het niet altijd helder is wie de regie heeft. Als het nog om kleinere problemen gaat en binnen het eigen domein kan worden opgepakt, dan is duidelijk wie de casusregie heeft. Maar als het problemen betreffen op meerdere levensgebieden en door instellingen wordt doorverwezen is niet altijd helder wie de regie heeft en is het mogelijk dat instellingen ieder op hun eigen terrein een stukje van de regie nemen. Er is in de praktijk dan ook geen sprake van één gezin, één plan, terwijl dit wel het uitgangspunt is van het zorgcoördinatiemodel dat wordt gehanteerd in Arnhem.

STJ heeft in Arnhem ook goede voorbeelden van integrale zorg en zorgcoördinatie gezien. Binnen de eerder genoemde samenwerkingsstructuur tussen kraamzorg, verloskundige, JGZ zijn vrij duidelijke afspraken over het voeren van de regie. Alhoewel het daar door een enkeling ook nog wordt benoemd als knelpunt, is duidelijk dat tijdens de zwangerschap en tot 6 weken na de bevalling de regie in de regel ligt bij de verloskundige. Daarna ligt de regie bij de JGZ. Op het moment dat het nodig is naar specifieke hulpverlening door te verwijzen blijft de JGZ de zorg aan het kind monitoren, maar kan de casusregie zijn belegd bij een van de betrokken hulpverleningsinstantie.

Ook binnen de OZO structuur zijn goede regieafspraken gemaakt. Hier ligt de casusregie in handen van de zorgcoördinator. En binnen de backoffice van het CJG, de OGGZ-structuur, het ZAT+ en in het veiligheidshuis afzonderlijk lijken verdergaande afspraken gemaakt te zijn over de te voeren regie. Maar uit de verhalen van andere respondenten in het onderzoek komt ook naar voren dat in veel gevallen nog geen sprake is van een goede regievoering en een integrale aanpak.

Uit het onderzoek blijkt verder dat het bij een doorverwijzing of overdracht naar een andere hulpverlener geen automatisme is om na te gaan of gezinnen daar zijn aangekomen. Het is voor de hulpverlener niet altijd duidelijk hoe het verder gaat met het kind of gezin. Het eerder gesignaleerde knelpunt rond de terugkoppeling is hier een uiting van. Reden die respondenten hiervoor geven is dat de taakafbakening binnen organisaties dit niet altijd toelaat, maar ook gebrek aan tijd en financiën spelen een rol. Voor een goede samenwerking tussen ketenpartners is het

nodig dat buiten de organisatiegrenzen wordt gekeken en altijd zicht is op wie de casusregie voert. Zoals blijkt uit hetgeen hiervoor is geschreven zijn de mogelijkheden binnen Arnhem voor kinderen en ouders om hulp te vragen of te krijgen in verschillende domeinen in het preventieve veld (o.a. schuldhulpverlening, zorg, onderwijs, OZO) divers. Dit leidt tot onduidelijkheid over welke hulpverleners allemaal betrokken zijn, of alle informatie voorhanden is en of het juiste aanbod is ingezet. Hierdoor lukt het de professionals onvoldoende om daadwerkelijk invulling te kunnen geven aan de wens om te komen tot één gezin, één plan. Een drietal instellingen in Arnhem vervult wel een centrale rol in diverse ketens.

Rijnstad maakt zowel deel uit van de 0-4 keten door het samenwerkingsafspraken in het kader van Samen Starten met STMG, is kernpartner van het CJG, participeert in de ZAT's 0-4, neemt deel aan de zorgteams op de OVG-scholen, participeert in de ZAT's+ en de backoffice van het CJG. Daarnaast levert Rijnstad ook de zorgcoördinatoren voor de OZO's.

Ook de JGZ (0-19) heeft een spilfunctie, ondanks dat de overgang tussen de JGZ 0-4 en JGZ 4-19 op onderdelen verbetering behoeft. STMG (0-4 jaar) is vertegenwoordigd in de (pre)natale zorgketen, ziet bijna alle kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar op het consultatiebureau, is kernpartners van het CJG en participeert in de ZAT's 0-4. VGGM (4-19) is ook kernpartner van het CJG, participeert in de zorgteams op scholen (jeugdverpleegkundige of jeugdarts), is aanwezig in het ZAT's+, levert de CJG coördinatoren in de frontoffices en backoffice CJG en is door jeugdartsen vertegenwoordigd in de casuïstiekoverleggen BO-CJG en in het Veiligheidshuis.

Een derde belangrijke speler is BJZ. Ook zij zijn kernpartner van het CJG, participeren in het ZAT's+, het veiligheidshuis en de backoffice van het CJG. Verder nemen medewerkers van BJZ regelmatig deel aan de OZO's.

Met elkaar bestrijken deze drie kernpartners van het CJG alle overlegstructuren in het voorliggende veld. Hier liggen kansen om het zorgcoördinatiemodel in Arnhem zodanig in te richten dat in de toekomst werken met 1 integraal zorgplan per gezin mogelijk is en duidelijk is wie de casusregie voert voor de zorg en ondersteuning in dat gezin ook voor de organisaties die voornamelijk signaleren of alleen kortdurende hulp kunnen bieden en vaak doorverwijzen. De positionering van het CJG in dit geheel verdient bijzonder aandacht.

5.2 Risico's aanpakken bij gezinnen met problemen (cluster 3)

De Backoffice CJG is regionaal vormgegeven voor de regio Arnhem. Binnen het regionale zorgcoördinatiemodel zijn duidelijke afspraken gemaakt voor het inschakelen van de Backoffice. Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgstructuur van het onderwijs en het CJG in de gemeente Arnhem weinig gebruik maken van deze opschalingsmogelijkheid. Vanuit de OZO-structuur, veiligheidshuis en vanuit de politie zijn wel duidelijke lijnen zichtbaar richting de backoffice. Elke week vindt overleg plaats onder leiding van de CJG coördinator van de backoffice (VGGM). Vaste deelnemers aan dit overleg zijn: maatschappelijk werk (Rijnstad), jeugdarts (VGGM), BJZ-medewerker en de jeugdcoördinator van de politie. Tijdens het overleg worden met name meldingen vanuit de politie besproken (o.a. de ProKid meldingen). Alle betrokken partners bekijken vooraf aan het overleg of al hulpverlening in het gezin aanwezig is en wordt gekeken welke

hulpverlening moet worden ingeschakeld of waar hulpverlening op elkaar moet worden afgestemd. Vanuit ons onderzoek zijn er geen aanwijzingen dat de procesregie vanuit de Backoffice niet functioneert. Alleen wordt er nog niet zo vaak doorverwezen vanuit het voorliggende veld naar de backoffice voor procesregie. De backoffice krijgt gemiddeld twee keer per week een casus waarbij de hulpverlening stagneert en/of er sprake is van complexe problematiek. Deze meldingen betreffen casussen in de leeftijdsgroep van 0-24 jaar en zijn afkomstig uit de gehele regio Arnhem.

Het Overlast- en Zorgoverleg regelt een wijkgebonden aanpak voor zorg- of overlastgevende huishoudens. Deze aanpak is oorspronkelijk opgezet in de krachtwijken en kwam in de plaats van de vroegere buurtnetwerken. De zorgcoördinatoren van Rijnstad zijn de trekkers van de OZO's. Opschaling vanuit de OZO's naar de preventietafel als voor zorgmijders en overlastgevers bemoeizorg nodig is en eventueel naar de OGGZ-tafel als voor deze doelgroep op ketenniveau de problemen moeten worden opgelost. De OZO- en OGGZ-structuur bestaan naast de zorgstructuur op school en de CJG zorgstructuur. Ook staan ze los van andere samenwerkingsverbanden die we hebben aangetroffen in ons onderzoek. Wel zijn duidelijk lijnen vanuit het OZO richting het veiligheidshuis en de backoffice CJG zichtbaar. En waar nodig vindt afstemming plaats tussen de procesregisseur OGGz en de voorzitters van de casusoverleggen binnen het Veiligheidshuis. Vrijwel alle respondenten in ons onderzoek laten zich positief uit over het aanpak en resultaten van de OZO's. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat tijdens de levensloopbijeenkomst bleek dat een aantal instellingen waaronder de GGZ niet op de hoogte waren van het bestaan van de OZO's.

Handelen in geval van kindermishandeling

Het STJ-onderzoek focust op de preventie van kindermishandeling en richt zich op de wijze waarop de verschillende actoren in de leefomgeving van het kind en ouders gezamenlijk risico's voor kinderen op kindermishandeling signaleren en zich inspannen om voor deze kinderen de risico's te voorkomen. Het gaat hier dan om een fase die vooraf gaat aan het daadwerkelijk signaleren van (vermoedens) van kindermishandeling. Uit het STJ-onderzoek kwam echter ook naar voren dat binnen Arnhem door instellingen systematisch en geprotocolleerd wordt gehandeld in de fase dat er al sprake is van (vermoedens van) kindermishandeling.

Zowel door de verloskundigen als kraamverzorgenden wordt gewerkt volgens een meldcode kindermishandeling of volgens een intern protocol kindermishandeling op het moment dat er sprake is van (een vermoeden) van kindermishandeling. Binnen de instellingen STMG en VGGM zijn aandachtsfunctionarissen kindermishandeling aanwezig die een coördinerende taak hebben bij vermoedens van kindermishandeling en waar medewerkers terecht kunnen voor overleg, advies en toetsing. Ook geven jeugdverpleegkundigen van VGGM voorlichting over het signaleren en bespreekbaar maken van vermoedens van kindermishandeling. Deze training wordt onder meer gegeven aan leerkrachten in het basisonderwijs.

Het maatschappelijk werk (Rijnstad), de GGZ (Pro Persona en GGZ Groep), MEE, de geïnterviewde scholen en het CJG hanteren de meldcode kindermishandeling en doen een melding bij het AMK bij vermoedens van kindermishandeling. Medewerkers van Pactum zijn getraind in 'Signs of Safety' en gebruiken specifiek bij gezinnen met thuiswonende kinderen een checklist voor het signaleren van risicofactoren. Indien nodig wordt gemeld bij het AMK.

Assistenten van de Huisartsenpost (HAP) zijn getraind in het herkennen van signalen van kindermishandeling. In het dossier en op het SPUTOVAMO formulier zijn dergelijke signalen terug te vinden. Voor artsen op de Spoed Eisende Hulp (SEH) is het signaleren van kindermishandeling een vast onderdeel van hun werk, zowel in de gevallen dat kinderen met letsel worden binnengebracht als in het geval dat een ouder die mogelijk slachtoffer is van huiselijk geweld binnenkomt.

De aandachtsfunctionaris kindermishandeling van het ziekenhuis Rijnstate heeft samen met de directeur van de HAP een ketenoverleg opgestart. Hierin zitten afgevaardigden van de VHA (vereniging Huisartsen Arnhem e.o.), CHRA (Huisartsendienst), SEH Rijnstate, kinderartsen Rijnstate, AMK, SHG, JGZ, verloskundige, CJG backoffice en een beleidsmedewerker van de gemeente. Het doel van het overleg is het uitwisselen van informatie en het maken van afspraken over de aanpak van (het signaleren van) kindermishandeling.

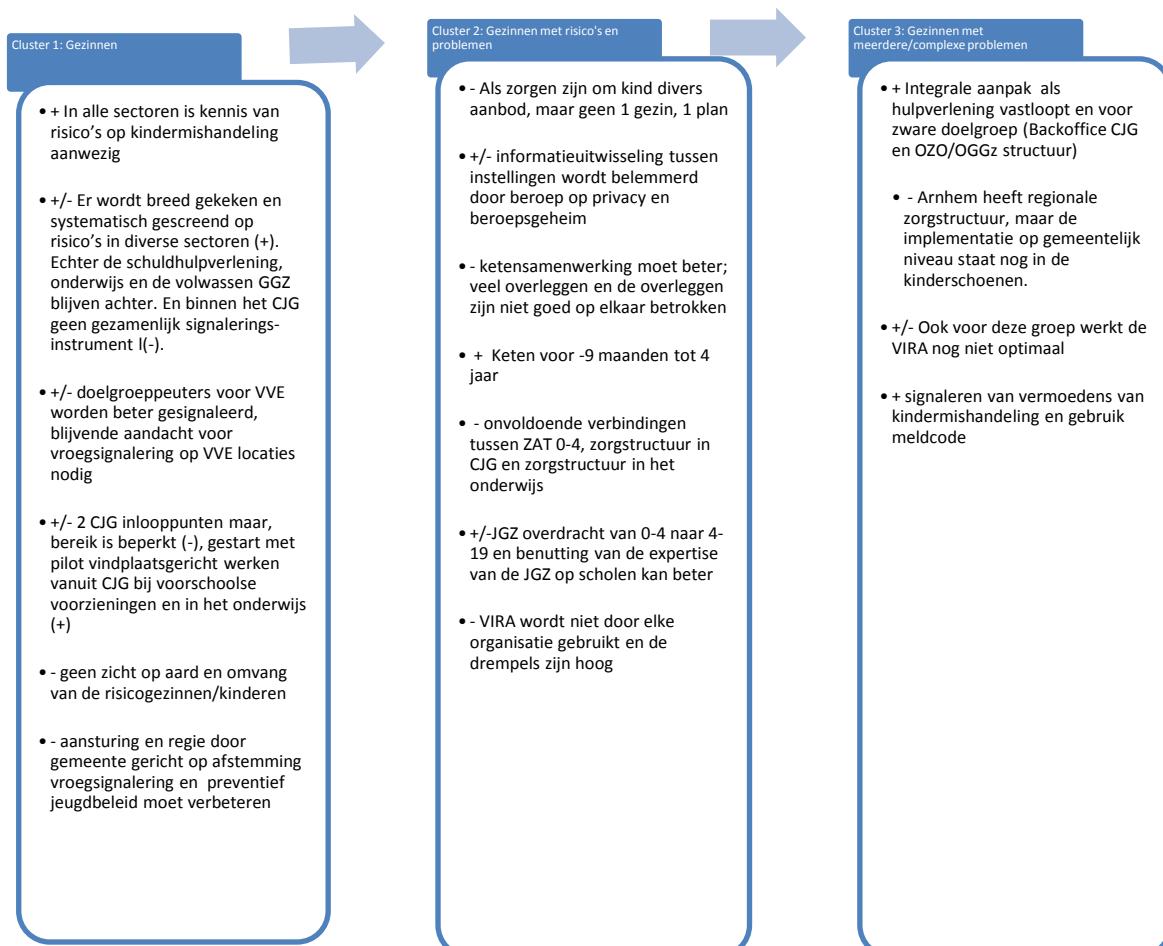
5.3 Samenvatting

Er is veel aanbod van zorg in Arnhem en er zijn veel overlegstructuren. Het handelen door de aanbieders in geval van gesignaleerde risico's beperkt zich veelal tot het eigen domein of er wordt doorverwezen. Dit voldoet wanneer het om kleine problemen gaat die binnen het eigen domein kunnen worden opgepakt. Als het problemen op meer levengebieden betreffen, blijkt dat bij doorverwijzing of overdracht naar een andere hulpverlener onvoldoende wordt teruggekoppeld en geen actieve follow-up plaatsvindt. Het zorgcoördinatiemodel van Arnhem zou richting moeten geven aan de casusregie op uitvoeringsniveau. Uit ons onderzoek blijkt dat dit in de praktijk nog niet goed verloopt. Dit komt omdat er veel overlegvormen zijn, afspraken over zorgverantwoordelijkheid ontbreken en de afspraken over zorgcoördinatie niet duidelijk zijn. Het regionale zorgcoördinatiemodel waarin ook het vindplaatsgericht signaleren is opgenomen en de casusregie in de daaropvolgende fase is nog onvoldoende geïmplementeerd in Arnhem. Professionals in het veld zijn onvoldoende bekend met dit op- en afschalingsmodel en de verbinding met de zorgstructuur in het onderwijs is in de praktijk beperkt. Door bovengenoemde knelpunten lukt het professionals in Arnhem nog niet om invulling te geven aan het gemeentelijke uitgangspunt 'één gezin, één plan' wanneer er sprake is van (beginnende) problemen. Samenwerking tussen organisaties om een integrale aanpak van de problemen te bewerkstelligen komt in Arnhem wel tot stand als er vermoedens van kindermishandeling zijn of de hulpverlening is vastgelopen. Dan is er in Arnhem een zorgstructuur waar afspraken zijn over uitwisseling van informatie en regie.

6. Conclusies en benodigde verbeteringen

Een goede preventie van kindermishandeling begint bij het signaleren dat een verhoogd risico op kindermishandeling aanwezig is en te beoordelen of het in het individuele geval nodig is om actief een interventie aan te bieden. Dit vraagt om kennis en vaardigheden van signaleren, om samenwerking rond gegevensuitwisseling en het bereiken van alle ouders. De in te zetten interventies kunnen variëren van een verhoogde beschikbaarheid van reguliere zorg door bijvoorbeeld het kind een keer extra uit te nodigen voor een contactmoment op het consultatiebureau, tot het aanbieden van specifieke ondersteuning, gericht op het wegnemen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren. Wij verwachten dat organisaties zelf en gezamenlijk zicht hebben op risicofactoren, proberen deze factoren weg te nemen en samenwerken om kindermishandeling te voorkomen.

De bevindingen vanuit H4 en H5, in combinatie met het beleid van de gemeente en betrokken instellingen, leiden tot onderstaande conclusies en benodigde verbeterpunten.



6.1 Het signaleren van risico's

STJ heeft geconstateerd dat in de gemeente Arnhem instellingen die met kinderen en hun ouders in aanraking komen de factoren die het risico (op het ontstaan van) kindermishandeling vergroten in voldoende mate kennen. In toenemende mate maken instellingen gebruik van instrumenten om de risico's te signaleren en bespreekbaar te maken met ouders.

Er wordt in Arnhem door de organisaties die in de eerstelijns zorg rond kind/gezin werkzaam zijn actief gesignaleerd. Veel organisaties gebruiken hiervoor instrumenten en hebben het signaleren structureel ingebed in de organisatie. De kraamzorg, verloskundigenzorg en JGZ (0-4) screenen zeer systematisch op meerdere leefgebieden. Alleen de toeleiding van het consultatiebureau de doelgroepeuters naar de VVE-locaties heeft nog niet de vereiste 100% bereikt. Ook door de JGZ in de leeftijdsgroep van 4-19 jaar wordt systematisch gescreend op risicofactoren en beschermende factoren. De expertise van de JGZ wordt op de basisscholen niet optimaal ingezet. Als oorzaken hiervoor wordt genoemd de beperkte tijd die de JGZ beschikbaar heeft voor het voor- en nabespreken van leerlingen rondom de contactmomenten in groep 2 en 7 en de vele personeelwisselingen binnen de JGZ die zorgen voor een beperkte continuïteit. Maar ook is de JGZ afhankelijk van een goede signalering van risico's bij kinderen door leraren en IB-ers. Als de problematiek rondom een kind voortkomt uit andere factoren dan de schoolse context is een groot deel van de leerkrachten echter onvoldoende toegerust om deze problemen te signaleren. Niet alle signalen die de verschillende leefgebieden (gezins- en omgevingsfactoren betreffen) worden opgemerkt. Leraren kijken nog niet systematisch naar dit type signalen bij hun leerlingen. Veelal beperken ze zich tot de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Bovendien blijkt het voor deze beroepkrachten niet altijd makkelijk om risico's en problemen met ouders te bespreken.

Binnen de frontoffices van het CJG worden geen specifieke signaleringsinstrumenten gebruikt, maar maken de CJG-adviseurs van STMG, VGGM en Rijnstad gebruik van de expertise en zo nodig de werkwijze van de eigen organisatie. De verschillen in werkwijze maakt dat hiermee niet eenduidig en systematisch op dezelfde wijze door CJG-adviseurs in de contacten met ouders en kinderen gekeken wordt naar de risico's die het ontstaan op kindermishandeling vergroten. Een geëxpliciteerd gezamenlijk beeld van risicokinderen of risicogezinnen is niet aanwezig.

Wij constateren dat dit beeld niet alleen ontbreekt binnen het CJG, maar dat in de gehele preventieve keten geen gemeenschappelijk beeld bestaat over risicogezinnen. In Arnhem is nog geen gemeenschappelijk taal als het gaat over vroegsignalering en nog geen gemeenschappelijk denkkader m.b.t. risicogezinnen en veiligheid van kinderen. Hiermee is niet duidelijk wie wanneer een gezin of kind definieert als risicogezin of risicokind en is ook de omvang van deze groep kinderen in Arnhem niet bekend.

Uit het onderzoek blijkt verder dat het CJG nog niet goed is gepositioneerd binnen de zorgketen in Arnhem (zie ook 6.2). Daarbij komt dat het aantal ouders dat de frontoffices van het CJG weten beperkt is. Dit gaat ten koste van de laagdrempeligheid van het CJG. Het outreachend werken in onder meer de pilot vindplaatsgericht werken kan dit voor een deel ondervangen, maar daarnaast

blijft het nodig dat ouders voor opvoed- en opgroevragen via een laagdrempelige voorziening om advies en ondersteuning moet kunnen vragen.

Ook de organisaties die in aanraking komen met gezinnen waar al risico's of problemen zijn kijken over het algemeen goed naar de risicofactoren op de verschillende leefgebieden. MEE, het maatschappelijk werk (Rijnstad), de GGZ, BIZ en de medewerkers van de geïndiceerde jeugdzorginstellingen kijken systeemgericht of gebruiken specifieke signalering- en diagnostisch instrumentarium om risico- en beschermende factoren in beeld te krijgen. Een positief voorbeeld van het signaleren van risico's is ook zichtbaar bij de politie.

Alleen medewerkers van het Budget Advies Centrum hebben nog onvoldoende gespitst en getraind om de mogelijke risicofactoren te signaleren. Hun insteek is nu met name gericht op het oplossen van de financiële problemen en het starten van een schuldhulpverleningstraject. Ook de volwassen GGZ kijkt nog onvoldoende naar de mogelijke risico's en problemen van de kinderen van hun cliënten.

Benodigde verbeterpunten:

- *Voor het onderwijs:* Kijk breder naar kinderen en gezinnen dan alleen naar cognitieve problemen en/of schoolse vaardigheden en investeer in het professionaliseren van leerkrachten in een adequate gespreksvoering met ouders. Het onderwijs kan meer zicht krijgen op de achterliggende problematiek in de leefomgeving van kinderen door een instrument als Connect.⁶³
- *Voor de (volwassen)GGZ:* Bij de behandeling van ouders met kinderen in de volwassen GGZ moet structureel en systematisch aandacht zijn voor de mogelijke factoren die het risico op kindermishandeling vergroten.
- *Voor de gemeente:* Stimuleer en train medewerkers van het Budget Advies Centrum in het signaleren van risicofactoren voor kinderen.
- *Voor de gemeente en CJG:* Verbeter de laagdrempeligheid van de CJG's zodat ouders meer gebruik maken van de CJG inlooppunten (frontoffices) en handhaaf voor de toegankelijkheid binnen de gemeente minimaal 2 fysieke inlooppunten.
- *Voor de gemeente en CJG:* Stem de wijze waarop binnen de frontoffices van CJG wordt gekeken naar risicofactoren op elkaar af. Laat de CJG-adviseurs vanuit hetzelfde kader en met behulp van dezelfde signaleringsinstrumenten kijken naar risicofactoren bij kinderen.
- *Voor de gemeente en instellingen:* Ontwikkel een gemeenschappelijk kader in het preventieve veld m.b.t. vroegsignalering van risicokinderen. Maak daarbij ook afspraken over het in beeld krijgen van de omvang van de groep kinderen met een verhoogd risico in Arnhem.

6.2 Het delen van informatie en het gezamenlijk signaleren

Binnen Arnhem zijn een aantal goede voorbeelden te vinden van samenwerkingsafspraken of samenwerkingsverbanden die zich richten op het (gezamenlijk) signaleren van risicofactoren bij

⁶³ Instrument voor inzicht en aanpak maatschappelijke problematiek van leerlingen in het basisonderwijs. Zie: www.poraad.nl/content/po-raad-connect.

kinderen en het delen van informatie tussen instellingen. Bijvoorbeeld in de zorgketen -9 maanden tot 4 jaar zijn goede samenwerkingsverbanden en afspraken zichtbaar zoals het prenataal huisbezoek op indicatie, korte lijnen tussen kraamzorg-verloskundige-consultatiebureau, de mogelijkheid voor het inschakelen van het POP team bij zwangeren met psychische problemen en de samenwerking tussen het consultatiebureau en maatschappelijk werk in het kader van Samen Starten. Maar ook de samenwerking op wijkniveau binnen de Overlast en Zorgoverleggen wordt door professionals als een goed voorbeeld gezien van het delen van informatie en een gezamenlijke aanpak.

Echter op diverse punten kan en moet het gezamenlijk signaleren en het delen van informatie in de preventieve keten verbeteren. Geconstateerde knelpunten zijn:

- Het ZAT 0-4 functioneert op dit moment niet, waardoor risico's of problemen rondom kinderen van 0-4 jaar niet in een groter verband worden gedeeld en besproken. Ook brengen de jeugdverpleegkundige en maatschappelijk werkers die werkzaam zijn als CJG-adviseurs vrijwel geen casussen in vanuit hun eigen instelling in het brede casuïstiekoverleg (0-23 jaar) binnen het CJG. Afstemming en het delen van informatie tussen de CJG-adviseurs, voorschoolse voorzieningen en het consultatiebureau komt hierdoor onvoldoende tot stand.
- Ook het onderwijs dat een belangrijke vindplaats is, is onvoldoende aangesloten op het brede casuïstiekoverleg (0-23 jaar) binnen de frontoffices van het CJG. Vanuit het CJG casuïstiekoverleg worden vrijwel geen casussen ingebracht in de zorgteams op scholen of in de overkoepelende ZAT's+ en andersom.
- Tussen de zorgstructuren in het onderwijs (zorgteams en ZAT's+) en de zorgstructuren in de keten van -9 maanden tot 4 jaar is weinig verbinding en uitwisseling.
- Voor professionals zijn diverse routes om signalen, risico's of problemen rondom jongeren in te brengen, zoals het OZO, de VIRA en casuïstiekoverleggen in o.a. het veiligheidshuis en de backoffice CJG. Afhankelijk van het eigen netwerk en werkwijze kiezen professionals hun eigen route. Inzicht in de meest passende of efficiënte route ontbreekt voor veel professionals.
- Niet alle instellingen zijn aangesloten op de VIRA (o.a. de verloskundigen, de scholen en de politie) en elke instelling hanteert eigen criteria voor wanneer een kind gemeld wordt in de VIRA. Door het matige gebruik, is de kans groot dat instellingen die het systeem wel gebruiken langzaam afhaken.
- Nog niet voor ieder kind is een doorgaande zorglijn van voorschoolse voorzieningen naar het basisonderwijs. Ook de informatieoverdracht is een aandachtspunt voor zowel de overgang van de voorschoolse voorziening naar het basisonderwijs als tussen de JGZ 0-4 naar de JGZ 4-19.
- Ook is er terughoudendheid om informatie uit te wisselen tussen organisaties. Deze terughoudendheid wordt veroorzaakt door privacyregels, doordat ouders toestemming moeten geven voor het overdragen van informatie en een aantal professionals de vaardigheden missen om zorgen en het belang van informatie delen bespreekbaar te maken met ouders.

Al met al concludeert STJ dat in Arnhem de instellingen er gezamenlijk onvoldoende in slagen om de risico's die kunnen leiden tot kindermishandeling binnen een effectieve en geïntegreerde ketensamenwerking aan te pakken. Daarbij ontbreekt een stevige lokale aansturing om een preventieve aanpak tot stand te brengen. De gemeente slaagt er op dit moment onvoldoende in

haar rol als beleidsverantwoordelijke en ketenregisseur waar te maken. De gemeente constateerde ook zelf, dat er tussen beleidsafdelingen te verkokerd gewerkt werd en dat interne ambities die het jeugddomein en preventie raken te weinig op elkaar betrokken en afgestemd zijn. De afgelopen jaren heeft het ook ontbroken aan een bijgesteld integraal jeugdbeleid.

Andere belangrijke richtinggevende beleidsdocumenten bijvoorbeeld over de inrichting en functioneren van de frontoffices CJG zijn niet aangepast aan de doorontwikkeling die in de praktijk wel heeft plaatsgevonden. Een voorbeeld van de doorontwikkeling is de pilot vindplaatsgerichtwerken. In het onderzoek van STJ zijn hier nog geen effecten van de te zien, maar door de professionals in ons onderzoek wordt deze pilot als een positieve ontwikkeling gezien.

Benodigde verbeterpunten

- *Voor de gemeente:* Stel op korte termijn een integraal jeugdbeleid vast, waarbij verbindingen zijn gelegd met de andere beleidsterreinen binnen de gemeente die hierin een rol kunnen en moeten vervullen.
- *Voor de gemeente en de instellingen:* Zorg op korte termijn voor een heldere uitwerking van de pilot vindplaatsgericht werken. Geef daarbij aan wat van alle partijen verwacht wordt in deze pilot. Benoem wanneer de pilot succesvol is en ga na of de gestelde doelen bij de pilot daadwerkelijk behaald worden.
- *Voor de gemeente en het CJG:* Zorg dat de evaluatie over het functioneren van het ZAT 0-4 op korte termijn plaatsvindt en implementeer op basis van die resultaten een werkwijze voor een effectief zorgoverleg voor deze doelgroep. Zorg hierbij voor een goede afstemming tussen de zorgketen -9 maanden tot 4 jaar en de zorgketen van 4-12 jaar en de pilot vindplaatsgericht werken.
- *Voor de gemeente en instellingen:* Zorg voor een goede en duidelijke positionering van het CJG in het preventieve jeugdveld en wees duidelijk welke rol het CJG moet innemen. Definieer daarbij de rol van het CJG in ieder geval voor de volgende zorgstructuren: ZAT 0-4, de zorgstructuur in het onderwijs, het OZO op wijkniveau en de backoffice van het CJG. Zorg daarbij voor voldoende draagvlak bij de verschillende instellingen voor de rol en positie van het CJG.
- *Voor gemeente en instellingen:* Evalueer het nut en de noodzaak van de vele overlegvormen. Maak voor alle actoren duidelijk voor welk probleem men waar moet zijn en communiceer hier helder over met de professionals en ouders.
- *Voor gemeente en instellingen:* Zorg voor een goede uitwisseling van informatie over risico's bij kinderen tussen hulpverleners. De gemeente kan hier een stimulerende rol vervullen door te zorgen voor voorlichting over wat juridisch wel en niet kan, maar ook door in beleid kenbaar te maken wat wenselijk wordt gevonden.
- *Voor gemeente en instellingen:* Maak duidelijk en draag uit dat, door wie en voor welke kinderen de VIRA gebruikt moet worden en doe het dan ook. Verzorg waar nodig extra voorlichting om voor de professionals te komen tot een eenduidige en systematische werkwijze voor het melden in de VIRA.

6.3 Het (gezamenlijk) handelen in geval van risico's

Het handelen door organisaties in Arnhem wanneer er risico's zijn geconstateerd, kenmerkt zich vooral door veel variëteit in de aanpak. Afhankelijk waar het signaal wordt opgepakt volgt een traject van signalen onderkennen, taxeren en hulp bieden. Het uitgangspunt van de meeste organisaties is 'vraaggerichtheid' en uitgaan van de eigen kracht van ouders en hun netwerk. STJ onderschrijft dat de vraag van het kind en de ouders leidend dient te zijn. Uit eerdere onderzoeken van STJ blijkt echter dat hieraan grenzen zijn: vooral de zeer kwetsbare gezinnen hebben vaak ondersteuning nodig bij het formuleren van hun hulpvragen, hebben eerder een negatief sociaal netwerk of vermijden juist hulp. Dit vraagt in de uitvoering allereerst om een sterk vindplaatsgerichte en outreachende manier van werken. Pas als de hulpvragen duidelijk zijn, kan worden gekeken naar het inzetten van een passend aanbod. De praktijk in Arnhem is nu dat de organisaties vooral bieden wat ze in huis hebben of doorverwijzen. De verantwoordelijkheid van een hulp- of zorgverlenende organisatie voor een kind eindigt echter niet wanneer dit kind wordt doorverwezen of wordt overgedragen aan een ketenpartner. Men dient zich te verzekeren van het feit dat het kind/gezin ook daadwerkelijk in behandeling genomen wordt, dat de (vervolg) hulpverlening ook daadwerkelijk start, en dat ze niet tussen wal en schip vallen of uit beeld verdwijnen.

Samenwerking tussen organisaties om een integrale aanpak van de problemen te bewerkstelligen komt in Arnhem eerder tot stand als er sprake is van complexe problematiek, vermoedens van kindermishandeling en/of vastgelopen hulpverlening. Dan is er in Arnhem een werkzame zorgstructuur waar afspraken zijn over uitwisseling van informatie en regie. Dat geldt vooral binnen het beleid voor jeugd en veiligheid (Veiligheidshuis), het wijkgericht werken (OZO), in de backoffice van het CJG, maar ook in de zorgketen – 9 maanden-4 jaar. Wanneer deze aanpakken worden opgestart, komt er een samenhangend aanbod van hulp op gang en wordt er regie gevoerd op de verschillende trajecten. Uit het STJ-onderzoek blijkt echter dat deze initiatieven te weinig ingebed zijn in het lokale preventieve jeugdbeleid en de lokale zorgstructuur van Arnhem. Het is voor veel verwijzers uit de eerste en tweede lijn daarom ook niet inzichtelijk hoe de verwijzroute loopt en welk overlegcircuit wanneer voor welke doelgroep werkt. Daarbij is er sprake van overlap en dubbelingen. Ook ouders geven aan dat zij niet altijd weten waar ze terecht kunnen. Wanneer er nog geen complexe problemen zijn en de hulpverlening nog niet is vastgelopen, zouden professionals uit het reguliere veld bovendien meer moeten werken vanuit het 1 gezin, 1 plan principe. STJ is van oordeel dat gezinnen met (beginnende) problemen veel baat kunnen hebben van een vergelijkbare integrale aanpak. Eerste lijnorganisaties werken dan meer effectief samen, handelend vanuit één visie gericht op 'één-gezin-één-plan'. Deze integrale aanpak kenmerkt zich door een goede analyse van de problemen, een gericht delen van informatie en goede vaardigheden om met ouders in gesprek te gaan en een gezamenlijk plan.

Benodigde verbeterpunten

- *Voor gemeente en instellingen:* Doorbreek de versnipperde aanpak en de eilandencultuur, werk als ketens integraal samen vanuit de basisgedachte 'één-gezin-één plan'.

- *Voor gemeente en instellingen:* implementeer het regionale zorgcoördinatie­model op lokaal niveau. Zorg dat voor alle actoren duidelijk is wat en wanneer wordt verwacht. Het gaat niet alleen om wie de regie heeft, maar ook wat die rol inhoudt en onder welke voorwaarden die rol uitgevoerd kan worden. Alle ingrediënten hiervoor zijn aanwezig in het zorgcoördinatie­model met de op­haal- en af­haal­criteria, maar de lokale implementatie en naleving ontbreekt nu nog.
- *Voor de gemeente:* Investeer in effectmeting. Maak gebruik van bv. de gegevens uit de lokale jeugdmonitor, de VVE-monitor de onderwijsmonitor en de effectmetingen van organisaties en CJG om de effecten van beleid van het integrale preventieve jeugd­beleid jaarlijks in beeld te brengen: hoeveel (risico)kinderen en gezinnen zijn met welke inspanningen en met welk effect bereikt? en wat betekent dat voor vervolg beleid?

6.4 En nu verder

De gemeente Arnhem heeft al bij aanvang van het onderzoek aangegeven dat ze met de aanbevelingen aan de slag gaat. STJ vraagt de gemeente om samen met betrokken partijen een concreet plan op te stellen. Dit plan kan onderdeel zijn van een bestaand uitvoerings- of beleidsplan. Aan de hand van het plan zal de uitvoering en aanpak worden gevolgd.

Bijlage 1 Interviews

Medewerkers van onderstaande instellingen zijn voor onderzoek geïnterviewd.
(op alfabetische volgorde)

Advies & Steunpunt Huiselijk Geweld
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)
Bureau Jeugdzorg Gelderland(BJZ)
CJG (frontoffice)
De Kraamvogel
Gemeente Arnhem
GGZ groep Arnhem
Groepspraktijk van verloskundigen Arnhem
Huisartsenkring
JF Kennedyschool
Kraamzorg Liemerscare
Lea Dasberg School
Leerplichtzaken
LiemersCare
MEE Gelderse Poort
Pactum
Politie
Pro Persona
RAAK
Rijnstad
Budget Advies Centrum
Stichting PAS
Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland (STMG)
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden (VGGM)
Verloskundigepraktijk Puur Vroedvrouwen
Ziekenhuis Rijnstate
ZZG kraamzorg

Bijlage 2 Groepsgesprekken

Medewerkers van onderstaande instellingen hebben deelgenomen aan de groepsgesprekken die zijn gehouden in februari 2013.

(op alfabetische volgorde)

CJG (frontoffice)

Delta scholen/stuurgroep ZAT+

Gemeente Arnhem

Marant

Rijnstad

Stichting PAS

Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland (STMG)

Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden (VGGM)

Bijlage 3 Levensloopbijeekkomst

Groep 1

(Moviera, Lea Dasbergschool, BJZ, Pro Persona)

- Herkenning
- Veel overlegvormen in Arnhem
- Schotten tussen verschillende instellingen
- Korte lijnen, dicht bij woon- leefomgeving
- Kennis van 2^e lijn naar de vindplaats toe
- Iemand dicht bij het gezin de regie nemen. Doen! En niet praten over!

Toelichting:

De gepresenteerde levensloopreconstructie is herkenbaar en zou ook voor Arnhem kunnen gelden.

- Er zijn veel overleggen, maar waar wordt wat besproken en welke casus in welk overleg? Wanneer moet je waar aansluiten, waar welke casus inbrengen en wat is de meerwaarde van de overleggen?
- Er zijn veel schotten tussen instellingen, veel subsidiestromen. Het belang om dit in stand te houden doet zich voor.
- In het basisonderwijs zijn korte lijnen, ze zitten dicht bij de woon- en leefomgeving, ze hebben een meer centrale plek dan in de regionale zorgstructuur. Je moet vanuit de hulpvraag kijken wat er nodig is. Het onderwijs zou centraler moeten staan. Die instellingen die dichtbij het kind/gezin staan, moeten een meer nadrukkelijke rol spelen, vanwege die korte lijnen.
- Er moet meer kennis zijn van de 2^{de} lijnsorganisaties op de vindplaats, ze moeten meer naar de vindplaats, naar de wijk. Deze goede ontwikkeling is al gaande in Arnhem. Wat nog gemist wordt zijn de generalisten in de wijk, dicht bij het gezin: één gezin, één plan. Denkend vanuit het perspectief van het gezin. En vandaar uit kijken welke hulpverleners nodig zijn.
- De cliënt, de klant moet bevraagd worden op de hulpvraag, de regie richt zich op de klant.

Reacties

- Nog als aanvulling op het verhaal aangeven dat de regie van de hulpvraag bij de klant ligt. Het moet niet meer gaan *over* de klant maar *met* de klant. Dit is nog niet gerealiseerd, de ontwikkeling is gaande. De voorwaarden zijn er.
- Het CJG en de zorgaanbieders denken steeds meer op deze wijze en gaan ook steeds meer samen doen. Zijn bereid om niet alleen vanuit hun eigen organisatie/schotten te denken. Iedereen moet over de grenzen van de eigen organisatie heen kijken. Dat besef is er steeds meer. Organisaties moeten van hun troon af komen. De professional die signaleert moet ook ondersteunen.
- De gemeente moet dit wel stimuleren en niet vanuit de verschillende kokers blijven subsidiëren. Dan loop je het risico dat niet er in de praktijk niet samen voor wordt gegaan, men niet innovatief bezig is.

- Het CJG moet de zorgaanbieders bij elkaar brengen, met elkaar. Je moet dan over de grenzen van je organisatie heen. De gemeente moet de samenwerking ondersteunen en niet subsidiëren vanuit een koker; er is ruimte voor innovatie nodig

Groep 2

(Pro Persona, gemeente Arnhem, gemeente Arnhem)

- Herkenbaar, in Arnhem zou dit ook zo kunnen verlopen
- Ontbreken van regie
 - Na inzet hulp, ontbreekt monitoring gedurende langdurige periode (continuïteit van zorg)
 - Gebrekkige informatie-uitwisseling.

Toelichting:

In ons groepje kwam bij het bespreken van de 1^e dia van de levensloop de constatering dat wat hier gebeurd, geldt voor vele gezinnen in Nederland. Deze problemen (huisvestings-, financiële- en relatieproblemen) komen vaak voor, maar met het kind gaat het dan nog redelijk goed. De vraag is of je in zo'n situatie iets moet, is voor deze gezinnen hulp nodig?

Bij de 2^e dia van de levensloop zie je zaken echt fout lopen. De regie ontbreekt en hulp die wordt ingezet, wordt niet voor langere tijd gemonitord. In de GGZ heb je ook geen DBC waar je deze langdurige monitoring op kan wegschrijven. Wie kan het dan wel doen? BJZ kan het ook niet, dat zijn te veel casussen. De huisarts? Die is ook heel druk. De vraag is als er veel risicofactoren zijn wie kan die monitoring dan doen?

Reactie

De JGZ kan dat doen. Bij risicogezinnen kunnen de gezinnen frequenter worden gezien. Maar het beoordelen wanneer het dergelijke gezinnen betreft kan de JGZ niet alleen, daarvoor moet de JGZ ook signalen van andere organisaties krijgen. Een betere samenwerking hierin is nodig. Privacy kan mogelijk een knelpunt zijn.

Vervolg toelichting:

Er is bij de professionals gebrekkige informatie beschikbaar. Hoe te handelen als het niet goed gaat met een kind? Hoe ver ga je? Wanneer deel je informatie? Bijvoorbeeld: als het met een kind goed gaat op school, moeten partijen de juf dan informeren over relatieproblemen? Kan dat? Of vinden we dat de juf daar niets mee te maken heeft?

Eigenlijk op zoek naar de spelregels over wanneer je wel of niet informatie gaat delen. En daar zouden afspraken met elkaar over gemaakt moeten worden.

Reacties van anderen:

- 'Zorg en twijfel' moet je delen; in deze casus behoudt elke professional zijn eigen deel. Uitwisselen is een criterium bij zorg en twijfel. Het is nu niet normaal om je zorgen en twijfels met elkaar te delen.
- Een signaal betekent melden? 1 signaal is nog geen 'zorg', twee signalen wel. Wanneer melden in de VIR?

- Binnen GGZ volwassenen en BJZ is er een protocol voor kindermishandeling.
- Er ontbreekt een gemeenschappelijk denkkader over veiligheid van kinderen/kindermishandeling bij de verschillende organisaties.
- De ondersteuning moet integraal zijn bij concrete signalen. Echter in het voorveld geen concrete dingen, hoge risicofactoren blijven op de achtergrond. Dat is ingewikkelder. Systemen rondom een kind moeten verbeteren. Dat gebeurt nu niet. Voorbeeld: een overbelaste jongere. Hoe speur je die op, via de structuur van het onderwijs; vroegsignalering zit vóór in de zorgstructuur.
- Naast vroegsignalering is ook de vraag wie de nazorg doet na de signalering: 'Wie is de eigenaar van het probleem?'

Groep 3

(Pactum, HAP, verloskundige, Rijnstad, VGGM)

Signaleren

- Prenataal
 - verloskundige - POP
 - m.w.
 - huisarts
 - Prenataal huisbezoek (CB) → doorverwijzen
 - BAC
 - AMK
 - Projecten Homestart
- Regiefunctie onduidelijk → inventariseren - problemen
 - zorg
 - coördineren / verbinden diverse organisaties
- School: kind gaat goed → terecht?
- Eén contact / vertrouwenspersoon

Goed in Arnhem

- Prenataal is er een betere doorverwijzing / overdracht JGZ
- IB gekoppeld aan school MW
- Verzoek gezinscoaching
- Mediation goed / makkelijk inzetbaar
- Multiproblematiek krijgt voorrang

Toelichting:

Onze groep vond de casus niet herkenbaar, volgens ons zou dit in Arnhem beter gegaan zijn. Wij zouden dit eerder gesignaleerd hebben. Er is in Arnhem een goede (pre)natale ketenstructuur en samenwerking: consultatiebureau (STMG), verloskundigen, kraamzorg, pop-poli, kinderartsen. Ook aan de overdracht naar de JGZ is hard gewerkt. Met elkaar zijn duidelijke criteria opgesteld wanneer in de prenatale fase de JGZ ingeschakeld wordt, zodat zij al eerder op huisbezoek kunnen gaan. Een van die criteria was een zorgelijke financiële situatie. Nu met de crisis leidt dit criterium tot een toeloop aan indicaties voor huisbezoeken voor STMG. Hierover is binnenkort overleg om te

zien hoe we dit kunnen oplossen. Het CB kan doorverwijzen naar allerlei projecten (o.a. maatjesproject, Homestart e.d.). BAC en AMK is een andere oplossing.

Belangrijk is: Ken je keten! Weet wat er is!

Het mooiste is als de cliënt de regie heeft, dan kan verwezen worden naar maatschappelijk werk. Maar er zijn ook situaties waarin dat niet mogelijk is. Van drugsverslaafden in de zwangerschap weten we dat deze hun verslaving ontkennen en voor andere groepen geldt ook dat ze niet altijd zelf de regie kunnen nemen.

In de groep werd wel herkend dat de regiefunctie ook in Arnhem onduidelijk is. Wie pakt het op? Als je kijkt naar de casus, wie had dan de regie moeten pakken, JGZ of de school of CJG? Als verloskundigengroep missen wij iemand die zegt de regie voor zo'n gezin op te pakken. In Amerika zijn goede voorbeelden te zien van mentormoederschap (MBO niveau). Ook in Rotterdam en Nijmegen wordt dit nu opgepakt. Huisartsen en ziekenhuisartsen zitten met hun beroepsgeheim en kunnen dus niet met iedereen gegevens uitwisselen. Dat telt binnen de medische wereld heel zwaar. Als iemand, zoals een mentor, naast een moeder kan staan dan is dat heel laagdrempelig. Hij kent het gezinssysteem en kan aangeven welke hulp nodig is en waar dit ingezet kan worden. De gemeente kan dit stimuleren. Personen die naast de gezinnen staan en deze worden medeverantwoordelijk, samen met het gezin zelf, voor de hulp. Vergelijk netwerkbijeenkomsten van onderaf opgebouwd.

Reacties

- Veel overlegvormen binnen Arnhem. Verzuimd is om afspraken te maken over zorgverantwoordelijkheid. De afspraken met de zorgcoördinatoren zijn niet goed afgetimmerd. Bij OZO en zwerftafel is dit wel gebeurd. Over mandatering moet je afspraken maken. Het eigenaarschap moet je regelen. Casussen op wijkniveau bespreken werkt: basisscholen, welzijnswerk vgl. OZO. Daarbij moet je zoeken naar een strategische ingang. Ook al gaat het met een jongere goed op school, maar als er toch (vage) signalen moet je zoeken naar de juiste ingang. Als er een fijnmazig netwerk is dat een beeld heeft van een gezin, vind je die ingang wel. OZO richt zich met name op 12+, maar ook jongere kinderen zijn in beeld via broertjes en zusjes van de 12+ kinderen.
- Ook BJJ participeert in OZO en richt zich daarbij dan ook op de jongere kinderen
- Vanuit de JGZ herken ik het punt van het ontbreken van de regie. Ook is het niet altijd bekend bij wie je moet zijn.

Groep 4 (*politie, CJG, AMK, (Rijnstate Ziekenhuis, kraamzorg*

- Deze casus kan zo in Arnhem plaatsvinden
- Herkenbaar:
 - Geen informatie delen
 - Geen gezamenlijk plan → eilandjes
→ iedereen is verantwoordelijk voor eigen deel/sector

- Geen integraliteit
- Geen gemeenschappelijk denkkader
- Ouders staan feitelijk in de kou
- Anders:
 - Gebruik maken van de VIR/ProKid
 - Achter de voordeur kijken/komen, vast contactpersoon voor gezin organiseren
 - Hulp integraal organiseren bv via integraal wijkteam (zie vb CJG Apeldoorn)
 - Benoemen van casemanager
 - Integraal/gem. denkkader → bv signs of safety
 - Veel overleggen – onduidelijk wie waar moet zijn → sectoraal kijken en hulpverlener loslaten

Bijlage 4 Gebruikte afkortingen

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAC	Budget Advies Centrum
BJZ	Bureau jeugdzorg
BO-CJG	Backoffice Centrum voor Jeugd en Gezin
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
FO-CJG	Frontoffices Centrum voor Jeugd en Gezin
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSO	Gelders Stedelijk Ontwikkelingsgebied
HAP	Huisartsenpost
IB	Intern Begeleider
ITJ	Integraal Toezicht Jeugdzaken
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OM	Openbaar Ministerie
OVG	Onderwijsvoorrangsgebied
OZO	Overleg Zorg en Overlast
PGO	Periodiek Gezondheidsonderzoek
RAK	(ook wel RAAK) Regionale Aanpak Kindermishandeling
REC	Regionaal Expertise Centrum
SEH	Spoeisende hulp
SHG	Steunpunt Huiselijk Geweld
SHV	Schuldhelpverlening
SPUTOVAMO	De naam SPUTOVAMO is afgeleid van de onderwerpen die aan de orde komen met betrekking tot bij kinderen waargenomen letsels: Soort, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd, Oorzaak, Veroorzaker, Andere getuigen/signaleerders, Maatregelen, Oude letsels
STJ	Samenwerkend Toezicht Jeugd
STMG	Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland
VIRA	Verwijsindex risicjongeren Arnhem
VGGM	Veiligheids- en Gezondheidsregie Gelderland Midden
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
WIG	Wijkgericht Intensieve Gezinsondersteuning
Wmo	Wet maatschappelijke opvang
ZAT	Zorgadviesteam