Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Arend Groot

Position paper rondetafel gesprek 2e kamer kindermishandeling vrijdag 9 december 2011

Door: Arend Groot, coördinator kindermishandeling UMCU en maatschappelijk werker Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren en Dr. Elise v.d. Putte, kinderarts

Wij vinden het erg belangrijk dat de aanpak van kindermishandeling op de politieke agenda staat. Wij juichen vele punten van het actieplan toe die gaan over preventie, signaleren en hulpverlening na kindermishandeling. Als extra bijlage sturen wij een recent artikel mee over hoe wij de aanpak in het WKZ/UMCU hebben vormgegeven.

Puntsgewijs en zeer beknopt geef ik onze visie en knelpunten weer:

Zorgen rond samenhang en regie:
- Schotten tussen de verschillende hulpverleningsvarianten vormen een bedreiging voor de continuïteit in diagnostiek, maar vooral in behandeling bij de aanpak van kindermishandeling. We zijn bezorgd over de transitie van de jeugdzorg naar de gemeentes voor wat betreft de regievoering en de positie van het CJG ten opzichten van het AMK, de Raad voor de Kinderbescherming en BJZ (jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugdreclassering).

- Bij elk vermoeden van een complexe vorm van kindermishandeling pleiten wij voor betrokkenheid vanuit een gespecialiseerd regionaal centrum, waarin medici, forensisch deskundigen en behandelaars op het gebied van psychotrauma samenwerken. Wij juichen de werkwijze toe van de centra in Haarlem en Friesland waarbij de multidisciplinaire samenwerking leidt tot één hulpverleningsplan bij een gezin.

- Analoog aan de centra in Haarlem en Friesland, willen we als UMCU de huidige multidisciplinaire samenwerking voortzetten en verbreden. Elke discipline participeert vanuit de eigen organisatie. Er zijn zorgen over de bekostiging van de aanpak van kindermishandeling, omdat deze in de huidige structuur niet kostendekkend is.
Wat wij missen is één casemanager die de zorg rondom het gezin blijvend coördineert, bij zowel eenvoudige als complexe problematiek en die de brug vormt tussen diagnostiek en behandeling. Deze case-manager zou voor alle participanten in de keten het aanspreekpunt zijn, maar in de eerste plaats voor de ouders/verzorgers van het kind. Deze case-manager is discipline – en organisatieoverstijgend, en is daarom niet vanuit één organisatie te financieren. Op dit moment is in Nederland nog niet geheel duidelijk is waar de regierol ligt (in de transitie van de Jeugdzorg naar gemeenteniveau) en vanuit welke organisatie case-management geleverd kan worden.

Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Gespreksnotitie Rondetafelgesprek over de positie van kinderen als nabestaanden van geweldsslachtoffers op 28-09-2011

Blok 2: Hulpverlening

Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (PTC)
Bij het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (PTC) worden jaarlijks meerdere kinderen aangemeld die het slachtoffer zijn van betrokkenheid bij partnerdoding. Het gaat hierbij om zeer complexe casuïstiek.
Over deze casuïstiek heeft het PTC uniek dossieronderzoek verricht, omdat (1) hierover in de literatuur weinig bekend is, (2) er vanuit het veld behoefte is aan meer kennis en (3) het PTC de kwaliteit van deze gespecialiseerde zorg wenst te verbeteren.

Het dossieronderzoek is verricht onder 53 kinderen, die tussen 2004 en 2010 onderzocht zijn vanwege betrokkenheid bij partnerdoding. Zaken waarin het PTC geconsulteerd is door derden, meestal Bureau Jeugdzorg, - hetgeen op regelmatige basis gebeurt- vallen buiten het dossieronderzoek.

Belangrijkste bevindingen uit dossieronderzoek
- Bij 38 kinderen (waarvan 55% jongens) betrof het de biologische ouders.
- Meestal was de moeder het slachtoffer (84%).
- Ouders leefden in de helft van de gevallen nog met elkaar.
- Leeftijdsrange 0-16 jaar; 80% was jonger dan 8 jaar op het moment van de doding, gemiddelde leeftijd 4,8 jaar.
- Tijd tussen doding en aanmelding: range 0-48 maanden.
- Bij slechts 17% van de dodingen was een kind zeker op een andere locatie ten tijde van de gebeurtenis. Dit betekent dat 83% mogelijk getuige is geweest van de doding.
- In twee derde van de gevallen werd het slachtoffer omgebracht met een mes en daar waren de kinderen relatief vaak bij aanwezig. Dit betekent dat zij niet alleen geconfronteerd werden met geschreeuw, gestommel en/of een gevecht, maar ook met (veel) bloed.
- In het merendeel van de relaties had al eerder huiselijk geweld gespeeld.
- Soms hebben kinderen geprobeerd de dader van zijn of haar actie af te houden, af en toe met eigen verwondingen tot gevolg.
- Soms zijn kinderen ook doelbewust zelf slachtoffer geworden.
- Vaak is in de acute fase ook nog veel onduidelijkheid en daarmee onzekerheid over bijvoorbeeld de verblijfplaats van het kind, bezoekregeling aan de daderouder en eventuele andere zaken. Dit is van invloed op de beleving van veiligheid van het kind en het verwerkingsproces.

Wat doet het PTC?
Direct na de gebeurtenis:
- Consultatie over communicatie, opvang, stressreacties aan hulpverleners, verzorgers en derden
- Traumascreening, eerste opvang, psychoeducatie

Langere tijd na de gebeurtenis:
- Diagnostiek en behandeling
- Ondersteuning van verzorgers
- Consultatie aan derden

De gevolgen voor het kind:

- Posttraumatische stressklachten (PTSS-klachten); onder andere herbelevingen van het trauma, gevoelens van onveiligheid, aanhoudende nachtmerries, schuldgevoel, gedragsproblemen en emotionele verdoofdheid
- Traumatische rouw; driedubbel verlies meegemaakt; de ene ouder is overleden, de ander is in hechtenis en ze zijn 'hun huis en haard kwijt'.
- Loyaliteitsproblemen
- 'Overleven' vaak in de acute fase. Erover praten of denken wordt niet verdragen. Het is te erg. Ze vermijden het praten over de gebeurtenis, hun gedachten en gevoelens om zich staande te houden.
- Zonder evidence based interventie bestaat er een risico op ernstige gevolgen op lange termijn

(Evidence based) behandeling van kinderen ter voorkoming van het ontstaan van psychopathologie:

- Monitoren van PTSS-klachten en rouwverwerking
- EMDR
- Schrijftherapie
- Speltherapie
- Stabiliseren
- Ondersteunende gesprekken

Traumagerichte begeleiding van de verzorgers van de kinderen:

- Structuur en emotionele veiligheid
- Omgaan met rouw
- Traumagerelateerde reacties

Algemene knelpunten

- Coördinatie en uitvoering van hulpverlening:
  - Bij ontbreken van een jeugdbeschermingsmaatregel bestaat het risico dat adviezen niet uitgevoerd worden en de hulpverlening blokkeert.
  - Te weinig regie en visie op lange termijn beleid.
  - Handelingsverlegenheid bij de hulpverlening en gebrek aan toegankelijke en adequate zorg voor kinderen en ouders.
- Plaatsing:
  - Te snel besluit over definitieve plaatsing in crisisfase.
  - Te verhullend naar kinderen over plaatsing.
  - Bij plaatsing binnen de familie: soms jarenlange strijd waardoor kinderen opnieuw bedreigd worden in hun ontwikkeling met bijkomend risico op verstoorde rouwverwerking en nieuw verlies.
  - Te laat op gang komen van crisis pleegzorg in begin fase.
  - Problemen continuïteit en ervaring in hulp aan pleeggezin.
- Waarheidsverhulling:
  - Volwassenen vinden het vaak lastig om over de toedracht en gebeurtenis te praten met kinderen.
  - Kinderen hebben baat bij eerlijke informatie over de gebeurtenis. In elk geval moet duidelijk zijn dat een van de ouders is overleden, dat de andere ouder daarvan verdacht wordt en dat de overlevende ouder in hechtenis zit. Het blijft steeds weer zoeken naar de juiste woorden en hoeveelheid informatie en het wel of niet geven van details.
- Bezoeken dader:
  - Druk vanuit dader om bezoek af te dwingen, belang kind staat hierdoor niet voorop.
  - Aansluiten bij behoefte van het kind en kinderen niet dwingen, wel mogelijkheid bieden om contact te hebben.

Gespecialiseerd team bespoedigt herkenning en hulpverlening

Kindermishandeling slim te lijf

Leonie de Bock, coassistent

Arend Groot, maatschappelijk werker

Ingrid Russel, kinderarts sociale pediatrie

Elise van de Putte, kinderarts sociale pediatrie

Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht[1]

Correspondentieadres: e.vandeputte@umcutrecht.nl; c.c.: redactie@medischcontact.nl

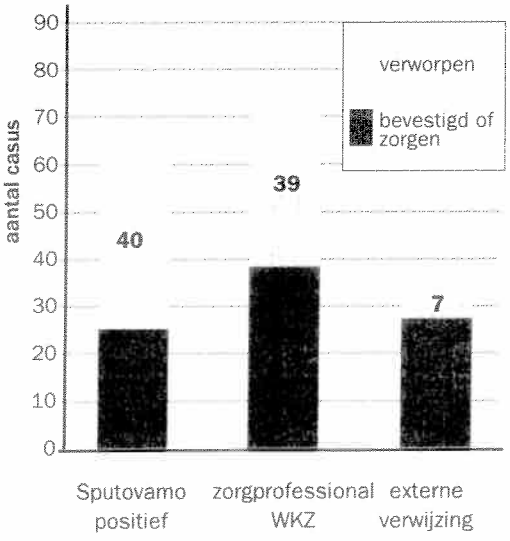
Geen belangenverstrengeling gemeld.

Wat te doen als een baby die met opa van de trap zou zijn gevallen, ernstig hoofdletsel heeft dat niet bij het verhaal past? In het Wilhelmina Kinderziekenhuis komt in zo'n geval het kindermishandelingsteam in actie.

Het eerste protocol rondom kindermishandeling werd tien jaar geleden in het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ/UMC Utrecht) ingevoerd. Tegelijkertijd werd een kindermishandelingsteam (KMT) opgericht, voorgezeten door een KIMI-arts, een kinderarts met bijzondere expertise op het gebied van kindermishandeling (zie *kader Samenstelling kindermishandelingsteam* op blz. 2550). Sindsdien wordt bij elk vermoeden van kindermishandeling binnen het WKZ één van de vijf KIMI-artsen betrokken. Het KMT bespreekt maandelijks de casuïstiek conform de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).[2] In 2010 boog het KMT zich over 176 meldingen. Bij 49 procent werd het vermoeden

Still uit MCtv Uitgelicht waarin de casus van dit jongetje wordt besproken.

1. Herkomst van de vermoedens van 2010 (n=176)



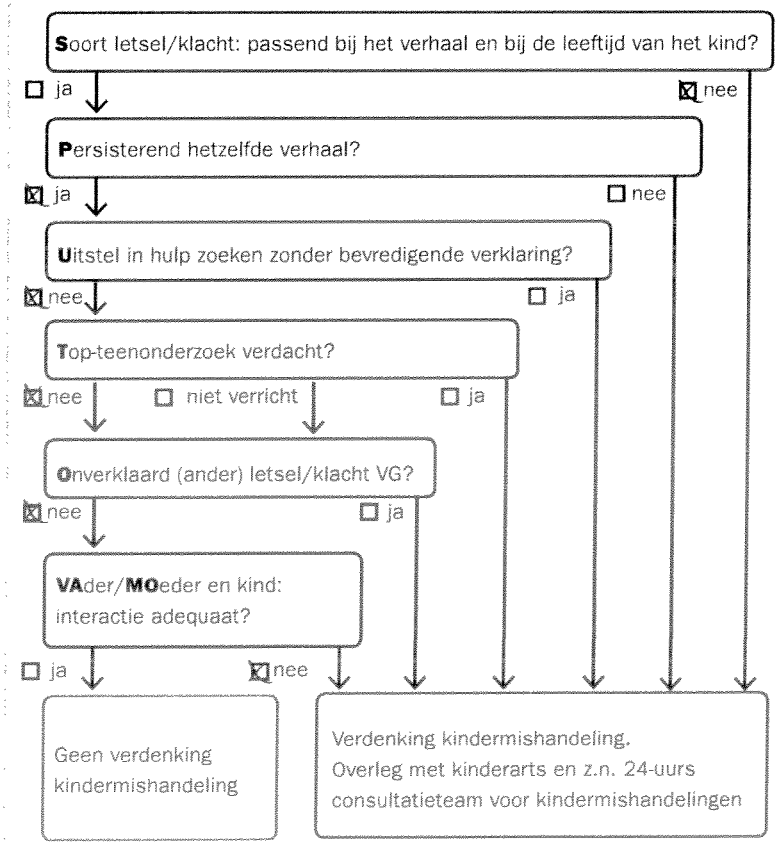
Casus 1: Schedelfractuur

Een jongen van 7 maanden werd op de SEH gepresenteerd met een forse zwelling rechts temporaal en een hematoom boven het linkeroog. De ouders verklaarden dat opa met het kind van de laatste vijf traptreden was gevallen. Ze hadden het niet zien gebeuren, maar waren snel ter plaatse en vertrokken direct naar de SEH. Daar kwam het jongetje alert binnen, maar binnen een uur verslechterde hij neurologisch. Op een spoed-CT-scan van de hersenen werd een fractuur van het os parietale rechts vastgesteld samen met subduraal, epiduraal en subarachnoïdaal bloed bij de rechterhemisfeer. Het Sputovamo-R-formulier werd positief ingevuld aangezien het letsel als te ernstig werd beschouwd voor het verhaal (zie *hieronder*).

Het kind bleek met kracht tegen de deurpost te zijn geslingerd

In de aanvullende anamnese door de KIMI-arts bleef het verhaal consistent, maar was moeder dwingend en angstig. Bij anamnese van de opa bleek het kind uit zijn armen gevallen te zijn en met kracht tegen de deurpost aan te zijn 'geslingerd', waardoor het letsel te verklaren viel. Opa had zelf zichtbaar letsel aan been en schouder.
De fundoscopie, de skeletstatus en het top-teenonderzoek vertoonden geen afwijkingen.
De huisarts beschreef moeder als zorgzaam en er waren geen risicofactoren voor kindermishandeling bij kind, ouders of in de directe omgeving. Na het onderzoek verklaarde de KIMI-arts, in overleg met de vertrouwensarts van het AMK, het aanvankelijke vermoeden van mishandeling ongegrond. Tijdens de maandelijkse KMT-bespreking werd de casus getoetst en het gevoerde beleid gesteund.

Sputovamo-R-formulier, zoals ingevuld op de spoedeisende hulp bij casus 1.

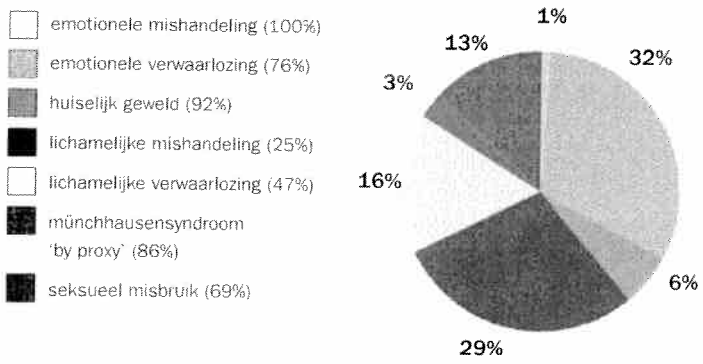


van mishandeling verworpen na onderzoek door het team. Bij 51 procent werd het vermoeden bevestigd of waren er zorgen over de ontwikkelingsmogelijkheden of de veiligheid van het kind. Bij alle bevestigde casussen werd hulpverlening gestart of gecontinueerd.
In *figuur 1* is weergegeven hoe de casussen bij het KMT terechtkwamen en *figuur 2* toont een voorbeeld van het Sputovamo-R-formulier dat wordt gebruikt op de spoedeisende hulp om te bepalen of er sprake zou kunnen zijn van mishandeling.[3] De R in de naam van het formulier duidt erop dat het een *revised* versie is. Het laagste aantal bevestigde of zorgelijke casussen wordt gevonden onder de positieve Sputovamo-R-formulieren (38%), hoewel dit percentage hoger ligt dan bij eerder onderzoek.[4] De validiteit van dit screeningsinstrument zal begin 2012 bekend zijn, als het Utrechtse onderzoek Child Abuse Inventory at Emergency Rooms is afgerond.

Vrijwillig

Casus 1 is representatief voor de werkwijze van het WKZ bij een vermoeden van kindermishandeling naar aanleiding van een positieve Sputovamo-R. Het beleid komt overeen met dat van andere academische ziekenhuizen en internationale richtlijnen en is in overeenstemming met de meldcode en het stappenplan van de KNMG.[5] Een onderdeel van dit stappenplan is dat bij elk vermoeden van mishandeling con-

3. Vermoedens van verschillende soorten kindermishandeling



Verdeling van de vermoedens over de verschillende soorten kindermishandeling in 2010; n = 201 bij 176 patiënten. Tussen haakjes het percentage bevestigde vermoedens per vorm van kindermishandeling.

tact wordt gelegd met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).[6] Bij elke bijeenkomst van het KMT is een vertrouwensarts van het AMK aanwezig, en elke casus wordt in dit overleg besproken.

Door de expertise van het kindermishandelingsteam, zowel in diagnostiek als in gesprekvoering, lukt het meestal om de benodigde hulpverlening op vrijwillig basis op te starten en is het slechts zelden noodzakelijk om een officiële AMK-melding te doen. In 2010 werd slechts bij 6,3 procent van de casussen een melding gedaan, meestal vanwege ernstig letsel, zoals toegebracht traumatisch hersenletsel. Een tweede reden tot AMK-melding is het ontbreken van een vrijwillig kader voor noodzakelijk geachte zorg. Betrokkenheid van het AMK biedt de ouder(s) externe motivatie om de voorgestelde zorg te realiseren. Soms is daar een kinderbeschermingsmaatregel voor nodig. Zo'n situatie wordt geschetst in *casus 2*.

Seksualiteit

In 2010 betrof 13 procent van de vermoedens van kindermishandeling seksueel misbruik. De overige verdeling van vermoedens wordt weergegeven in *figuur 3*. Binnen het WKZ kan het kind verwezen worden naar het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren om de psychoseksuele ontwikkeling in kaart te brengen. In gesprekken met ouders wordt onder andere gevraagd naar mogelijke stressreacties en seksueel gedrag van hun kind.

Naast een uitgebreide heteroanamnese worden normen en waarden met betrekking tot lichamelijkheid en seksualiteit besproken. Bij

Casus 2: Strijdende ouders

Een 5-jarig meisje werd gezien wegens een recente uitspraak aan moeder: 'papa zit aan mijn plassertje'. Anamnese en lichamelijk onderzoek vertoonden geen alarmerende symptomen of afwijkingen maar gezien de uitspraak verwees de KIMI-arts het meisje naar het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren om de psychoseksuele ontwikkeling in kaart te brengen. De gescheiden ouders gaven hiervoor allebei toestemming.

Bij het psychotraumacentrum was zowel de verklaring van moeder als van vader inconsistent. Bovendien was er, in aanwezigheid van het meisje en drie jaar na de scheiding, nog steeds extreme strijd tussen de ouders. Tijdens de spelobservatie maakte het meisje een stille, kwetsbare en gespannen indruk en liet zij regressief gedrag zien. Geen van de keren wilde zij praten met de onderzoeker.

Het afwijkende algemeen functioneren bij het meisje kon wijzen op een gevoel van onveiligheid, mogelijk veroorzaakt door een loyaliteitsconflict. Gezien de bedreigde ontwikkeling volgde een advies tot bemiddeling, ouderbegeleiding en speltherapie. Omdat moeder hieraan niet meewerkt, werd melding gedaan bij het AMK. Dat zag geen aanwijzingen voor seksueel misbruik, maar wel pedagogische en emotionele verwaarlozing waarvoor zij hulpverlening noodzakelijk achtten. Omdat moeder medewerking bleef weigeren, werd een maatregel aangevraagd via de Raad voor de Kinderbescherming.

Samenstelling kindermishandelingsteam

- KIMI-arts (voorzitter)
- maatschappelijk werker (coördinator)
- kindergeneeskundigen (hoofdbehandelaar en kinderarts sociale pediatrie)
- kinderchirurg
- kinderradioloog
- kinder- en jeugdpsychiater
- kinderdermatoloog (op afroep)
- SEH-verpleegkundigen en SEH-arts
- hoofd psychosociale afdeling WKZ
- hoofd pedagogische zorg
- gezondheidszorgpsycholoog
- Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)
- Bureau Jeugdzorg (BJZ)
- forensische polikliniek kindermishandeling
- forensisch psychiatrisch centrum De Waag/GGZ Altrecht
- jurist (op afroep)

SAMENVATTING

- Het gespecialiseerde kindermishandelingsteam (KMT) van het WKZ bevestigde in 2010 bij 51 procent van de casussen het vermoeden van mishandeling.
- De gestructureerde aanpak van het KMT vergemakkelijkt het realiseren van hulpverlening op vrijwillige basis.
- Bij een vermoeden van seksueel misbruik wordt verwezen naar het landelijk psychotraumacentrum.
- De meeste vermoedens van seksueel misbruik worden niet bevestigd, wel wordt binnen deze groep vaak verwaarlozing aangetoond.

Casus 3: Huilbaby

Op de SEH werd een jongen van 3 maanden beoordeeld wegens benauwdheid. Als secundaire hulpvraag kwam naar voren dat de ouders zo overbelast waren door het vele huilen dat ze dreigden het kind wat aan te doen. De KIMI-arts besloot tot opname en een consult van de maatschappelijk werker, verbonden aan het KMT.
Tijdens de opname waren de ouders liefdevol, maar zeer onkundig met betrekking tot de verzorging van hun kind. Zij waren niet in staat om de gegeven adviezen op te volgen. Soms leidde het advies tot frustratie en agressie, met name bij de vader. Het top-teenonderzoek, de fundoscopie en de skeletstatus leverden geen afwijkingen op.
De conclusie van het KMT was dat beide ouders zeer risicovol met hun kind omgingen en problemen hadden met agressieregulatie. Wel waren ze bereid hulp te accepteren waarop in overleg met het KMT een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) werd gedaan vanwege lichamelijke verwaarlozing en het risico op lichamelijke mishandeling. Omwille van de veiligheid adviseerde het KMT dat het kind niet alleen met de ouders kon zijn.
BJZ besloot na een eerste inschatting door middel van een huisbezoek dat de situatie niet zo ernstig was als door het WKZ ingeschat. Pas in tweede instantie, na bespreking van concrete feiten uit de tweeweekse observatie in het WKZ, kon BJZ instemmen met het ontwikkelen van een 24-uursveiligheidsplan samen met ouders, thuiszorg en grootouders.

het kind wordt beoordeeld of er sprake is van leeftijdsadequate seksuele kennis. Ook wordt er gekeken naar stressreacties en wordt het functioneren geëvalueerd. Het doel is niet waarheidsvinding, maar inschatten of de ontwikkeling van het kind wordt bedreigd, ook bij andere vormen van kindermishandeling. Indien nodig, kan hulpverlening worden ingeschakeld om de ontwikkeling veilig te stellen (zie *casus 2*).
Naast signalering is afstemming tussen de betrokken hulpverleners belangrijk. Misverstanden over verantwoordelijkheid of de ernst van de situatie kunnen grote gevolgen voor het kind hebben. Juist als er meerdere hulpverleners betrokken zijn, bestaat het gevaar dat er geen verantwoordelijkheid wordt genomen. Binnen het team moeten verwachtingen dus steeds worden getoetst. Bij *casus 3* was het aanvankelijk moeilijk om op één lijn te komen. Noodzakelijk geachte hulpverlening dreigde daardoor niet tot stand te komen. Deze casus heeft ertoe geleid dat een vertegenwoordiger vanuit Bureau Jeugdzorg regulier aanwezig is bij het KMT.

De voetnoten, het dossier kindermishandeling en de nascholing 'Meldcode Kindermishandeling' staan onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

mctv nascholing

In het Wilhelmina Kinderziekenhuis heeft de bundeling van diverse disciplines in een specialistisch team geleid tot het vroegtijdig opsporen van gevallen van kindermishandeling. Kinderarts Ingrid Russell laat in Mc Uitgelicht aan de hand van een casus zien hoe open communicatie met de vader van een behoorlijk mishandeld jongetje leidt tot oplossingen.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

Vragen van buiten

Een multidisciplinair team kindermishandeling is een kwaliteitsindicator van de IGZ voor alle ziekenhuizen in Nederland. De experts die in het WKZ onderdeel vormen van het team, zullen niet in elk ziekenhuis voorhanden zijn, maar kunnen wel 24/7 telefonisch worden geraadpleegd via het dienstsein kindermishandeling (088 7555 555). Ook bestaat de mogelijkheid voor professionals van buiten het WKZ om casuïstiek voor te leggen aan het kindermishandelingsteam en zo gebruik te maken van de aanwezige expertise.
Kindermishandeling is met een geschatte prevalentie van 34 per 1000 kinderen een groot probleem.[7] Het gespecialiseerde team van het Wilhelmina Kinderziekenhuis probeert door middel van onderzoek, onderwijs en reflectie de herkenning van en de hulpverlening bij kindermishandeling te optimaliseren.

Voetnoten

1. De auteurs zijn zeer erkentelijk voor de bijdrage van verschillende leden van het KMT aan dit overzichtsartikel: mw. I. Bicanic, GZ-psycholoog, mw. J. Strijker, hoofd maatschappelijk werk, mw. M. van Schaijk, GZ-psycholoog, mw. J. Sittig, arts-onderzoeker, allen werkzaam in het WKZ/UMCU, en mw. S. Rutgers, vertrouwensarts AMK Utrecht. In de eerste twee jaar van het KMT werd dankbaar gebruikgemaakt van een subsidie van Stichting Voorzorg Utrecht.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen, 2011.
3. Smeekens AE, Broekhuijsen-van Henten DM, Sittig JS, Russel IM, Ten Cate OT, Turner NM, et al. Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. Arch Dis Child 2011; 96 (4): 330-4.
4. Bleeker G, Vet NJ, Haumann TJ, van W, I, Gemke RJ. Increase in the number of reported cases of child abuse following adoption of a structured approach in the VU Medical Centre, Amsterdam, in the period 2001-2004. Ned Tijdschr Geneeskd 2005; 149 (29): 1620-4.
5. Nadort E, Stam B, Teeuw AH. Signalling and tackling child abuse. Ned Tijdschr Geneeskd 2010; 154: A1450.
6. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst. Artsen en kindermishandeling – meldcode en stappenplan, 2009.
7. Alink L, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser EM. Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). In opdracht van: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011.

Rob Klein

Tweede kamer, commissie Jeugdzorg
T.a.v. dhr. Teunissen

S. de Groot
Bestuurssecretaris Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland
De Horst 4, 2592 HA Den Haag
Tel: (070) 300 4963/ 06 23034919
S.deGroot@bjzhlzh.nl

Onderwerp:	Kenmerk:	Datum:
Jeugdpreventieteam		8-12-2011

Jeugd Preventie Team (JPT) levert rendement op voor de jongeren en de maatschappij

Inleiding

In de jaren negentig werd de politie in de regio Zuid-Holland-Zuid regelmatig geconfronteerd met jongeren met (licht) delictgedrag, terwijl bij dezelfde jongeren in een eerder stadium al probleemgedrag was gesignaleerd. Er bestond geen heldere structuur waar, wanneer en hoe deze jongeren konden worden aangemeld bij de hulpverlening, met als resultaat dat pas werd ingegrepen als zij ook werkelijk strafrechtelijk vervolgbaar waren. Tegelijkertijd vraagt de overheid in 1996 van de grote steden in de actieplannen 'Jeugd en Veiligheid' een integraal plan voor het jeugdbeleid.

Tegen deze achtergrond ziet - dankzij de inspanningen van de politie Zuid-Holland-Zuid en diverse hulpverleningsinstellingen in de regio - in 1998 in Dordrecht het Jeugd Preventie Team (JPT) het licht. De intensieve samenwerking tussen politie en jeugdzorg moest leiden tot een verbetering in de preventieve aanpak van jeugdcriminaliteit.

Vanaf 2004 functioneert het JPT in de gehele provincie Zuid-Holland, (met uitzondering van de Duin en Bollenstreek). Het Jeugd Preventie Team is een onderdeel van Bureau Jeugdzorg, maar is apart gepositioneerd en gefinancierd. Het doel van het JPT is om recidive te voorkomen en passende hulp te bieden door middel van preventieve maatregelen. Incidenten binnen deze doelgroep worden daarom gevolgd en het streven is om ze te voorkomen.

Alle partners, te weten de politie uit Hollands Midden en Zuid-Holland-Zuid, de Provincie Zuid-Holland, de gemeenten in de regio's en Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland hebben er in de afgelopen dertien jaar hard aan gewerkt om te komen tot het punt waar we nu staan. Niet alleen op het vlak van de uitvoering, ook in het midden- en hoger kader hebben de partners elkaar steeds weten te vinden en de ontwikkelingen van het JPT van harte ondersteund.

Wat doet het Jeugd Preventie Team?

'Opschudden en op de rails zetten'.

Het Jeugd Preventie Team (JPT) is een samenwerkingsverband tussen coördinatoren van de politie en maatschappelijk werkers van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland. Het JPT biedt kortdurende, preventieve hulp aan jongeren tot 18 jaar die in aanraking zijn gekomen met de politie. Het gaat niet alleen om jongeren die strafbare feiten plegen, maar bijvoorbeeld ook om jongeren die spijbelen of weglopen. Of om jongeren waarover zorg bestaat, omdat ze gemakkelijk beïnvloedbaar zijn binnen groepen. Het JPT richt zich daarnaast ook op gezinnen met opvoedproblemen.

De politie is zeer goed toegerust om overlastgevend gedrag te herkennen en om daarop in te grijpen. De medewerkers van Bureau Jeugdzorg zijn aanwezig op het politiebureau of in het Veiligheidshuis en zetten op verzoek van de politie direct een interventie in. In een kort durend (3 maanden) intensief traject op vrijwillige basis worden jongeren en ouders weer op de rails geholpen. De begeleiding is outreachend, praktisch, concreet en richt zich op de drie leefgebieden, namelijk thuis, school en vrijetijdsbesteding. Na de drie maanden volgt mogelijk een doorverwijzing naar een andere hulpverlening binnen of buiten Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland. Wanneer er niet meegewerkt wordt, wordt er overlegd met de politie over een eventueel strafrechtelijk vervolg of kan het bureau Jeugdzorg justitiële maatregelen in gaan zetten.

Waarom werkt het Jeugd Preventie Team?

Het is menens. De boodschap aan de jongere vanuit de politie en de jeugdzorg is dat 'het moet anders, en wel nu'. Door deze benadering en de korte en snelle interventie wordt het de jongeren duidelijk dat het menens is en dat niet meedoen consequenties heeft. Daarnaast pakt het Jeugd Preventie Team probleemgedrag in een vroeg stadium aan en helpt het jongeren de juiste keuzes te maken, waardoor ze weer perspectief krijgen op een positieve toekomst.

De positionering van de hulpverlening dicht bij de politie zorgt ervoor dat meer dan 90% van de jongeren meewerkt aan het traject om weer op de rails te komen. De mogelijkheden van Bureau Jeugdzorg om zwaardere (justitiële) maatregelen in te zetten zorgt er voor dat (onder de dreiging daarvan) vrijwillige trajecten afgemaakt worden of vervolgd worden door niet-vrijwillige trajecten. De ketensamenwerking met optimale informatie-uitwisseling zorgt voor het 'snel kunnen schakelen' en het 'kunnen doen wat nodig' is in het belang van de jongere en de omgeving.

Er bestaan ook Jeugd Preventie Teams 12-, deze richten zich op kinderen (tot 12 jaar) die in aanraking zijn gekomen met de politie, maar niet strafrechtelijk vervolgd kunnen worden. In eerste instantie wordt het kind vrijwillig begeleid, maar dat is niet vrijblijvend. Wanneer nodig kan de Raad voor de Kinderbescherming gevraagd worden een onderzoek te doen.

In 2004 is het functioneren van de Jeugd Preventie Teams geëvalueerd. Uit dit onderzoek bleek dat alle betrokkenen de JPT formule zeer waardevol vonden en er mee door wilden gaan. Het project heeft veel sterke punten en een grote toegevoegde waarde voor zowel de politie als Bureau Jeugdzorg en de gemeenten. De opzet van het JPT sluit tevens goed aan bij de aanpak van criminaliteitspreventie die de overheid voorstaat: vroegtijdig, snel, kortdurend en dicht bij huis. Ten aanzien van het bereiken van de kwantitatieve doelstelling, een maximaal recidive van eenderde deel van de begeleide jongeren, kan gezegd worden dat over de jaren dit percentage varieert tussen de 16% en 30%.

Ook op dit moment zijn de deelnemende partners en de gemeenten nog steeds zeer tevreden over het JTP en de resultaten die geboekt worden, zij zijn in staat daadwerkelijk het verschil te maken. Daarnaast is er door Bureau Jeugdzorg een onderzoek gedaan naar cliënttevredenheid onder jongeren en hun ouders en daaruit blijkt dat zij zeer tevreden zijn over de wijze waarop het JTP haar werk doet.

Verbetering in de toekomst?
Hoe kan het functioneren van de Jeugd Preventie Teams nog verder verbeteren in de toekomst?

- De rol van de ouders kan nog beter en groter in het hulpverleningsproces.
- De hulpverlening van het Jeugd Preventie Team stopt wanneer de jongeren 18 jaar worden.