

niet-verplichte hulpverlening in de ggz. Toekomstige evaluaties zullen leren of, en in welke mate c.q. verhouding, de verwachte positieve en negatieve effecten zich in de praktijk voordoen.

Over de auteur

Dr. J.J. (Sjakko) de Jong
Psychiater en Geneesheer-Directeur bij GGz
Breburg en redactielid van JGz.

13. Betere bescherming voor ouder én kind

Verwachtingen vanuit de Jeugdbescherming

Anouk Martijn

Gedragdeskundige bij Jeugdbescherming Regio Amsterdam.

Pieter Bijkerk

Strategisch adviseur bij Jeugdbescherming Regio Amsterdam.

Annemarie Weltevrede

Jurist bij Jeugdbescherming Regio Amsterdam.

Wat is volgens u in het algemeen de belangrijkste wijziging per 1 januari 2020?
Jeugdbescherming Regio Amsterdam is een gecertificeerde instelling voor de uitvoering van (preventieve) jeugdbescherming en jeugd-reclassering en werkt met de meest kwetsbare gezinnen. De missie van Jeugdbescherming is het realiseren van een veilige basis zodat kinderen zich optimaal kunnen ontwikkelen. Alle kinderen die bij Jeugdbescherming binnenko-

men komen per definitie uit een onveilige situatie en hebben opvoeders die op dat moment onmachtig zijn om iets aan de situatie te veranderen. Soms ontbreekt het kinderen aan gezag, structuur en geborgenheid of speelt er fysieke en/of emotionele mishandeling. De onveiligheid komt voor het grootste deel voort uit de persoonlijke problemen van opvoeders.

Tijdens de *pilot* Innovatieve Psychiatrie (2016-2018) ging een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) met een jeugdbeschermer mee naar gezinnen. De SPV ondersteunde de jeugdbeschermer in gesprekken met ouders, maakte een inschatting van mogelijke aanwezigheid van psychiatrie bij ouders en probeerde deze zo nodig door te verwijzen voor behandeling. In 70% van de gezinnen bleek sprake van een sterk vermoeden van psychiatrie bij minimaal één van de ouders.¹ Binnen de gezinnen van Jeugdbescherming is vaak sprake van meerdere risicofactoren tegelijkertijd, zoals huiselijk geweld (74%²) en armoede (55%³), en functioneert 40% tot 60% van de opvoeders (tijdelijk) op LVB niveau.⁴ In de pilot bleek bij ouders met psychiatrische problematiek vier keer vaker meervoudige problematiek aanwezig te zijn dan bij gezinnen met ouders zonder psychiatrische problematiek.⁵ De aanwezigheid van (meerdere) risicofactoren leidt tot stress bij opvoeders waardoor zij onbedoeld onvoldoende emotioneel en fysiek beschikbaar kunnen zijn voor hun kinderen. Daarnaast kunnen zij ten gevolge van hun psychiatrische problematiek angstig, beangstigend en/of niet-sensitief opvoedgedrag vertonen, waardoor naast mogelijke andere vormen van kindermishandeling, vaak emotionele verwaarlozing en hechtings-

1 F.Hazeleger e.a., *Factsheet innovatieve psychiatrie*, 2018.

2 *Factsheet huiselijk geweld* Jeugdbescherming Regio Amsterdam.

3 Uitkomsten *pilot* schuldhulpverlening Noord, Jeugdbescherming Regio Amsterdam, 29 april 2016.

4 Rapportage LVB projectgroep Jeugdbescherming Regio Amsterdam, 2019.

5 F.Hazeleger e.a., *Factsheet innovatieve psychiatrie*, 2018.

problematiek bij de kinderen voorkomen. Dit vergroot de kans op verschillende ontwikkelingsproblemen bij deze kinderen op zowel korte als lange termijn. Jeugdbescherming werkt samen met het gezin, het informele netwerk en alle formele betrokkenen, om de kinderen nu en in de toekomst voldoende veilig te krijgen en houden. Daarbij houdt zij zich aan het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind.⁶

Indien bij een ouder sprake is van een gevaar voor zichzelf en/of de omgeving, is momenteel enkel een gedwongen opname mogelijk. Ook voor de kinderen betekent dit dat zij elders moeten verblijven, soms in het netwerk, soms in een pleeggezin. Behalve dat de kinderen getuige zijn van de vaak stressvolle periode voorafgaand aan een gedwongen opname, de kinderen hun ouder missen en ze zorgen hebben over het welzijn van de ouder, is een plaatsing elders vaak traumatisch.

De Wvggz biedt de mogelijkheid om ouders thuis te behandelen, waardoor ook de mogelijkheid ontstaat dat de kinderen in hun vertrouwde omgeving blijven. In een dergelijke situatie dient te allen tijde de veiligheid van zowel de ouder als de kinderen gewaarborgd te zijn. Hiervoor is een intensieve samenwerking tussen alle betrokken hulpverleners binnen het gezinssysteem noodzakelijk, dus ook tussen de volwassen-ggz (VGGZ) en jeugdzorg. Hiermee ontstaat een nieuwe kans, geboren uit de noodzaak waartoe de Wvggz ons dwingt: het ontwikkelen van een passend, gezamenlijk hulpaanbod voor het hele gezinssysteem.

6 Jeugdbescherming beschermt kinderen die in hun veiligheid en ontwikkeling bedreigd worden. Uitgangspunt is het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK). Ieder kind heeft het recht om veilig op te groeien tot een respectvolle volwassene. Als ouders, tijdelijk, geen veilige opvoeding willen of kunnen bieden, dan is onze inzet nodig. Het gaat hierbij om kinderen die het ontbreekt aan gezag, structuur en geborgenheid of om kinderen die fysiek, verbaal of seksueel mishandeld worden.

Van welke wijzigingen verwacht u de meest positieve verandering?

De meest positieve verandering is wat ons betreft de mogelijkheid om een ouder te verplichten tot ggz-hulpverlening.⁷ Jeugdbescherming heeft vaak te maken met ouders die hun psychiatrische problematiek ontkennen, hulpverlening weigeren, maar wel hun kinderen in onveiligheid brengen. Jeugdbescherming heeft dan geen enkele doorzettingsmacht om ouders te verplichten hulpverlening te aanvaarden. Denk bijvoorbeeld aan een ouder met een schizo-affectieve stoornis, die haar schoolgaande kind isoleert, verwaarloost en mishandelt. Het kind wordt uithuisgeplaatst, omdat moeder elk gesprek weigert. Of een zwangere verslaafde moeder bij wie Jeugdbescherming enkel een ondertoezichtstelling van de ongeboren baby kan vragen en 'uitbuikplaatsen' direct na de geboorte kan bieden. Of de vader die vanuit zijn angsten dermate agressief is naar het hele gezin, dat moeder en de kinderen naar een Blijfhuis vluchten en vader thuis steeds angstiger wordt. Wij verwachten dan ook dat naast bovengenoemde samenwerking het gesprek gaat plaatsvinden over de definitie van 'gevaar voor de omgeving'. Wat ons betreft vallen ook kinderen binnen deze definitie. Theoretisch was dit al zo, maar het is nog niet de praktijk. Met de mogelijkheid om gedwongen thuis te behandelen komt deze definitie weer prominent naar voren en zal het gesprek over de inhoud ervan nu expliciet moeten worden gevoerd en vastgelegd.

Welke wijzigingen gaan volgens u voor de meeste (aanpassings)problemen zorgen?

De meeste aanpassingsproblemen zitten wat ons betreft in de samenwerking en de visie op veiligheid. Als Jeugdbescherming gedrag van een ouder schadelijk vindt voor de ontwikkeling van een kind en onze veiligheidstaxatie geeft aan dat we hierop moeten handelen, maar de beoordelaar van de GGD vindt het gedrag

7 Art. 3.4 Wvggz; zorgmachtiging.

van de ouder niet schadelijk (genoeg), wat dan? Hoe bepaalt de beoordelaar wat nadelig is voor de omgeving, voor een tweejarige die volledig van de ouder afhankelijk is? Wat als een behandelaar vindt dat het goed met moeder gaat, maar Jeugdbescherming grote zorgen heeft over beschikbaarheid voor de kinderen en schadelijk opvoedgedrag? Hiervoor zijn expliciete afspraken noodzakelijk.

Daarnaast kan een spanningsveld ontstaan rond uitwisseling van gegevens. De AVG schrijft voor dat alleen op grond van de wet persoonsgegevens mogen worden verwerkt. Jeugdbescherming mag op grond van de Jeugdwet informatie uitwisselen als sprake is van een ondertoezichtstelling en indien dat nodig is in het kader van de uitvoering van haar wettelijke taak. De vraag is wat dit betekent als er geen ondertoezichtstelling is, een ouder gedwongen thuis wordt behandeld en er samengewerkt moet worden tussen de VGGZ en de Jeugdbescherming. Zowel de ouder als het kind hebben immers beiden recht op veiligheid en passende zorg en vormen één gezinssysteem. Intensieve samenwerking en uitwisseling van informatie is dus onontkoombaar.

Ten slotte heeft Jeugdbescherming zelf intern nog geen heldere route voor wanneer, hoe en voor welke ouder gemeld wordt bij de GGD indien gedacht wordt aan verplichte behandeling van een ouder. Dit moet snel worden ontwikkeld, want ook wij behoren te melden.

Is de patiënt in uw ogen beter af met de wijzigingen?

Jazeker! Zowel de patiënt/ouder als de kinderen!

Wij vinden dat patiënt-zijn niet los kan worden gezien van ouder-zijn. Een ouder bèn je, niet alleen thuis! Ook ouders blijken dit zo te ervaren. 80% van de patiënten binnen de ggz heeft bij afsluiting van de behandeling aangegeven gesprekken over ouderschap te hebben gemist.⁸

⁸ Majone Steketee, *Congres Psychische problemen en Ouderschap*, 2018.

Door betere samenwerking en het gezin als één systeem te behandelen kunnen we werken aan blijvende veiligheid voor kind én ouder!

Over de auteurs

A. (Anouk) Martijn
Gedragsdeskundige bij Jeugdbescherming
Regio Amsterdam.

P. (Pieter) Bijkerk
Strategisch adviseur bij Jeugdbescherming
Regio Amsterdam.

A. (Annemarie) Weltevrede
Jurist bij Jeugdbescherming Regio Amsterdam.

14. De nieuwe rol van de cvp

Mariska Langermans en Annemarie Timp-Hofmans

Bestuursleden Stichting Landelijke Faciliteit CVP.

In de Wet zorg en dwang (Wzd) is de functie van de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) wettelijk verankerd. Deze cvp krijgt de taak om de cliënt en of diens vertegenwoordiger informatie en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg, zijn opname en verblijf in een accommodatie of het doorlopen van de klachtenprocedure. De cliënt kan de cvp hierom verzoeken. Daarnaast zal de cvp signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van cliënten, aan de IGJ melden.

De acht kernbegrippen die de kwaliteit van de functionaris bepalen:

- De cliëntenvertrouwenspersoon werkt onafhankelijk van de zorginstelling.
- De cliëntenvertrouwenspersoon is partijdig aan de cliënt of vertegenwoordiger.