

Diagnostisch team (seksuele)

kindermishandeling Flevoland

Diagnostisch team (seksuele)

kindermishandeling Flevoland

Marianne Berger
NIZW Jeugd

september 2006

Colofon

© 2006 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Deze notitie is gemaakt in opdracht van de Provincie Flevoland.

De publicatie is te downloaden als PDF-bestand van de website www.Jeugdzorg.nl

Deze notitie is tot stand gekomen op basis van een viertal bijeenkomsten met een inhoudelijke werkgroep t.b.v. de opzet van een diagnostisch team (seksuele) kindermishandeling, waarbij de leden ook tussentijds input hebben geleverd. Samenstelling inhoudelijke werkgroep: Gerda de Boer, Flevoziekenhuis; Suzan Zijlstra, BJZ/AMK, Roland Koning, BJZ Flevoland; Lex Slager, Politie Flevoland; Linda Simon / Helma v.d. Kuilen, CPH; Hans van Heemst, Meregard/Meerkanten; Linda Goudkuil, MEE;Heleen Heringa, Triade Boschhuis; Chris Lamberts, De Reeve; Barbara van Roozendaal, De Waag; Petra de Vries, SJF.

Auteur

Marianne Berger

NIZW

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon (030) 230 63 53

Fax (030) 231 96 41

Inhoudelijke informatie is te verkrijgen bij Marianne Berger (030) 230 65 32

Inhoudsopgave

1. <i>Achtergrond en doel</i>	7
2. <i>Diagnostiek van seksueel misbruik</i>	9
3. <i>Overzicht mogelijkheden en deskundigheden participerende organisaties</i>	13
4. <i>Opzet diagnostiekteam</i>	17
5. <i>Het proces in stappen</i>	21
<i>Bijlage 1</i>	25
Raamwerk voor informatieverzameling	25
<i>Bijlage 2</i>	27
Stappen van het diagnostische proces / F. Lamers.	27

1. Achtergrond en doel

De Provincie Flevoland is één van de vier deelnemers aan de experimenten om te komen tot een sluitende aanpak voor kindermishandeling. De Provincie Flevoland heeft hiervoor de voorwaarde gesteld dat VWS extra middelen beschikbaar stelt voor jeugdzorg. Dit vindt plaats in de vorm van het plan Zorg Nabij. De gelden voor Zorg Nabij worden ingezet op versterking en flexibeler inzetbaar maken van de geïndiceerde jeugdzorg.

Eén van deze doelen uit het plan Zorg Nabij betreft het opzetten van een team voor specialistische diagnostiek in te zetten bij (vermoedens van) seksueel misbruik en complexe gevallen van kindermishandeling in Flevoland. De aanname is dat de deskundigheid hiervoor bij provinciale instellingen in Flevoland fragmentarisch aanwezig is (in elk geval tot op zekere hoogte), maar samengebracht moet worden in een diagnostiekteam. Hierdoor wordt aanwezige expertise gebundeld en als team toegankelijk gemaakt voor specifieke vragen naar onderzoek bij kindermishandeling/seksueel misbruik.

Opdracht

De stuurgroep van het zorgprogramma kindermishandeling heeft dan ook als opdracht geformuleerd dat het diagnostiekteam geformeerd wordt vanuit bestaande deskundigheden van de Flevolandse hulpverleningsorganisaties. Uitgangspunt voor de stuurgroep is dat de diagnostici vanuit hun eigen locatie hun deskundigheid inzetten. Voor de diagnostici houdt dit in dat ze als los team opereren en hun deskundigheid inbrengen op basis van een specifieke onderzoeksvraag. Coördinatie is nodig wat betreft het bijeenroepen van het team en het integreren van informatie uit het onderzoek.

Naast het (laten) uitvoeren van diagnostiek door en of vanuit het team is het ook nodig dat het team zich vanuit de specifieke deskundigheden buigt over ingewikkelde casuïstiek en hierbij vraagstukken rond veiligheid en de afstemming met het juridische en justitiële traject meeneemt. Mogelijk kan gedifferentieerd worden naar gebied. Met deze notitie wordt een kader gepresenteerd voor de opzet en werkwijze van een team voor specialistische diagnostiek bij (vermoedens van) seksueel misbruik en complexe gevallen van kindermishandeling in Flevoland.

Kader voor de samenwerking

Het kader voor de samenwerking wordt gevormd door het samenwerkingconvenant ketenaanpak huiselijk geweld, ingegaan op 1 januari 2006. Dit convenant is door 37 organisaties in Flevoland ondertekend. De ondertekenaars van het convenant zijn overeengekomen dat ze alle in samenwerking casussen van huiselijk geweld (in brede zin, dus incl. kindermishandeling en seksueel misbruik) aan zullen pakken. Zes van deze organisaties hebben door hun ondertekening ook het zorgprogramma kindermishandeling definitief bekrachtigd. Het betreft: BJZ Flevoland, MEE IJsseloevers, St. Meerkanten/Meregaard, Nieuw Veldzicht, St. Boschhuis en St.

Jeugdhulpverlening Flevoland. Het hierin beschreven 'ideale' zorgprogramma biedt hiermee een kader om de hulp (ook vanuit het diagnostiek- team) vorm te geven.

2. Diagnostiek van seksueel misbruik

Wat is diagnostiek?

Diagnostiek is het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van het kind en gezin, waarin de (eventuele) hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, en aangrijpingspunten voor een oplossing (indicatiestelling en plan van aanpak) in een zinvol onderling verband zijn gebracht. Diagnostiek bij (vermoedens van) kindermishandeling omvat het gehele proces van informatieverzameling, beoordeling en doelformulering, voorafgaand aan, tijdens en na afloop van de behandeling.

Niveaus en informatiebronnen

Kindermishandeling en vooral seksueel misbruik, betreft complexe en heterogene problematiek. Er is vrijwel altijd sprake van een wisselwerking tussen kenmerken en problemen van het kind, de ouders en de omgeving. En ieder gezin kent zijn eigen unieke combinatie van problemen. Een belangrijke voorwaarde voor effectieve hulp is dat de hulp is toegespitst op deze specifieke problemen, behoeften en krachten van de gezinsleden. Hiertoe is uitgebreide diagnostiek noodzakelijk. Uitgebreide diagnostiek betekent diagnostiek gericht op meerdere niveaus (bijv. kind, ouder, gezin) en meerdere domeinen (bijv. gedrag, sociaal functioneren), met gebruikmaking van meerdere methoden (bijv. vragenlijsten, observatie) en meerdere informatiebronnen (bijv. ouders, leerkracht). Zie voor een overzicht bijlage 1.

Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten staan centraal (o.m. gebaseerd op Lamers, zie bijlage 2):

- de veiligheid van het kind heeft prioriteit; op basis hiervan worden beslissingen genomen voor diagnostiek en verdere interventie;
- seksueel misbruik is een strafbaar feit; dit heeft consequenties voor de te ondernemen beslissingen omtrent diagnostiek,
- of er werkelijk misbruik is gepleegd ligt in de praktijk vaak niet zo duidelijk. De vraag naar de gevolgen kan echter alleen worden beantwoord als duidelijk is dat misbruik is gepleegd.
- het gaat om hypothesetoetsing. In verschillende fasen worden verschillende mogelijke alternatieve hypothesen getoetst.
- alle betrokkenen bij seksueel misbruik hebben verdere hulp nodig, er moet een samenhangend hulpaanbod in gang worden gezet.

Doelen

De doelen van diagnostiek zijn:

- in kaart brengen van de problematiek (wat is er aan de hand?), veroorzakende en instandhoudende factoren, gevolgen;
- in kaart brengen van mogelijkheden en beperkingen van het gezin wat betreft interventies en toekomstig functioneren (wat kunnen en willen kind en ouders veranderen?);

- formuleren van behandelingsdoelen, zowel gericht op veiligheid en voorkomen van herhaling, als op het vergroten van de kwaliteit van leven (wat moet er gebeuren?).

Diagnostiek is geen doel op zich, maar een middel om effectief hulp te kunnen verlenen. Dat betekent dat de informatieverzameling gestuurd wordt door de relevantie voor de te bieden hulp.

Toegesplitst op seksueel misbruik is het diagnostische proces gericht op het in kaart brengen van de gevolgen van het misbruik voor het kind. Nagegaan wordt wat het kind eraan overgehouden heeft en hoe het kind en zijn/haar gezin geholpen kan worden om er overheen te komen. Het doel is een beeld te scheppen van de toestand van een kind: het formuleren van één of meerdere hypothesen en deze toetsen.

Basis- en specialistische diagnostiek

Basisdiagnostiek is het systematisch verzamelen van een vaste reeks psychosociale gegevens over het kind en zijn omgeving, waarna deze gegevens tot een overzichtelijk geheel geordend worden. Vervolgens ontstaat er een beeld van aard, omvang en intensiteit van het probleemgedrag dat de leidraad vormt voor verdere hulpverlening.

Specialistische diagnostiek is diagnostiek op aanvraag, naar aanleiding van een gedetailleerde vraag over het functioneren van kind en/of gezin met als doel in detail en/of op onderdelen dit functioneren te beschrijven, te verklaren en te indiceren voor hulpverlening en oplossing van de problemen. De diagnosticus is opgeleid tot gedragswetenschapper of (kinder- en jeugd)psychiater en gekwalificeerd voor het uitvoeren van diagnostiek en maakt gebruik van diagnostische hulpmiddelen en methoden waarvoor apart training en scholing is vereist (bv. intelligentietest, neuropsychologische tests, persoonlijkheidstests, psychiatrisch onderzoek e.d.). In het kader van kindermishandeling en seksueel misbruik kan gedacht worden aan specialistisch psycho-diagnostisch onderzoek, specialistisch gezins-/systeemonderzoek, diagnostisch interview, specialistisch medisch onderzoek e.d.

Dit onderscheid wordt de Wet op de Jeugdzorg gemaakt. Binnen Flevoland wordt dit onderscheid minder gehanteerd. Hier wordt meer gewerkt met de termen uitgebreid / specialistisch onderzoek, als aanvulling op 'enkelvoudig' diagnostisch onderzoek. Wat ingezet wordt is afhankelijk van de vraagstelling.

Vormen

Er kunnen verschillende diagnostische vormen worden ingezet, afhankelijk van de specifieke diagnostische vraagstelling rond een kind. Hieronder zijn enkele vormen opgenomen die voor het diagnostisch team van belang kunnen zijn.

Beschrijvende diagnostiek	Gericht op het beschrijven van de problemen en het vaststellen wat er aan de hand is. Centrale vraag is: welke problemen spelen er bij kind, ouders en gezin. De oorzaken van de problematiek worden hier buiten beschouwing gelaten.
Verklarende diagnostiek	Gericht is op het zoeken naar oorzaken, verklaringen en factoren die een rol spelen bij het in stand houden van de problemen. Het gaat om het in kaart brengen van zowel de achterliggende oorzaken, de instandhoudende als ook de compenserende factoren in een probleemsituatie.
Diagnostiek voor gedetailleerd hulpverleningsplan	Gericht op het samenstellen van een sterk individueel gerichte en concrete hulpverleningsplanning. Dit bevat op onderdelen vaak specialistische diagnostiek.
Observerende diagnostiek	Maakt gebruik van observaties als methode van informatieverzameling. Observatiediagnostiek kan plaatsvinden tijdens een diagnostisch onderzoek, maar ook tijdens hulpverlening in een gezin, een verblijf van een kind op school, in een groep of in een tehuis.

Relatie met forensische diagnostiek

Deze vorm van diagnostiek wordt uitgevoerd ten behoeve van een justitiële beslissing, waarvan de uitkomst gebruikt kan worden door een rechtelijke instantie, zowel ten aanzien van strafrecht als civiel recht. Het diagnostische team voert geen forensische diagnostiek uit. Dit houdt bijvoorbeeld in dat beleidsvragen vanuit de Jeugdbescherming¹ niet door het diagnostische team behandeld worden. Het diagnostische team richt zich op vragen rond de hulpverlening. Hierbij is het uitgangspunt dat het forensische kader helder is of door anderen wordt opgepakt. Wel is het zo dat de diagnostische gegevens in tweede instantie in een forensisch kader gebruikt kunnen worden. De onderzoeker/het team kan zich hiermee begeven op een hellend vlak, bijvoorbeeld in de situatie dat er sprake is van een vermoeden en er een politieonderzoek gaande is. Het onderzoek kan dan na afronding opgevraagd door politie of advocaten. Je kan dan wel stellen dat er geen forensische diagnostiek

¹ Binnen de jeugdbescherming komt forensisch onderzoek veel voor. Soms wordt het door de Kinderrechter zelf aangevraagd. Indien dit het geval is, is BIZ vanuit het landelijk beleidskader Forensisch onderzoek gebonden aan de bemiddeling en kwaliteitsborging door de FPD.

wordt uitgevoerd, maar de diagnostiek kan wel als zodanig gebruikt worden. Dit is een veel lastiger situatie dan die waarin reeds is vastgesteld dat er sprake is (geweest) van seksueel misbruik.

De keuze vanuit de inhoudelijke werkgroep is om wel op dit snijvlak te willen opereren, maar hierbij de nodige voorzichtigheid in acht te nemen.

Om te beginnen stelt dit eisen aan de diagnostische gegevensverzameling. Het stelt ook eisen aan de wijze van rapporteren. Hiervoor moet door het diagnostische team een protocol worden vastgesteld bij de start. In dit protocol worden afspraken gemaakt over vorm en inhoud van onderzoek en rapportage.

Daarnaast is het van belang dat bij elk onderzoek een forensisch expert betrokken is die het rapport kan bekijken, advies kan geven over de insteek bij het onderzoek, de afstemming met het forensische traject, contacten met advocatuur etc.

Deskundigheden

Het diagnostische proces van seksueel misbruik is vaak bijzonder gecompliceerd en vraagt deskundigheden met betrekking tot:

- de problematiek in het algemeen
- kennis over het forensische traject
- psychodiagnostiek kind (mede vanuit optiek misbruik)
- gespreksvoering kind
- psychiatrisch onderzoek ouders
- medisch onderzoek kind
- observatie kind
- communicatie met ouders over de problematiek
- kinderpsychiatrische problematiek / traumatisering
- milieuonderzoek

3. Overzicht mogelijkheden en deskundigheden participerende organisaties

De organisaties die deelnemen aan de inhoudelijke werkgroep ten behoeve van het opzetten van een model voor het diagnostiekteam beschikken over de volgende mogelijkheden en deskundigheden.

Flevoziekenhuis:

- medische diagnostiek (twee kinderartsen hebben zich hierin gespecialiseerd),
- psychologische diagnostiek bij kinderen (gekoppeld aan medische diagnostiek, 2 medewerkers)

AMK:

- consultatief, meedenken

De Waag:

- achtergrondinformatie leveren over gedrag van (de) dader(s)
- forensische deskundigheid
- diagnostiek dader vanaf 12 jaar
- rol van de dader – behandeling van de dader als consequentie van onderzoek inbrengen.
- meedenken over verdere traject/procedure

BJZ Flevoland:

- GZ-psychologen met uitgebreide diagnostiekervaring.
- kennis m.b.t. verschillende problemen, waaronder complexe en/of multiprobleem problematiek.
- kennis sociale kaart m.b.t. behandelingsplaatsen / justitieel
- kennis van juridische maat

CPH:

- observatie van kinderen / signaleren / gevolgen
- gesprekken met jeugdigen / signaleren / gevolgen
- observatie ouder-kind interactie
- behandeling van kinderen en jeugdigen
- ouderbegeleiding
- omgaan met verstandelijke beperkingen

NB. Bij het CPH gaan diagnostiek en behandeling vaak hand in hand (procesdiagnostiek). Dit maakt hun inzet met name bruikbaar bij lastige casussen, bijv. kinderen die niet willen praten. Een aandachtspunt vormen de kosten, die alleen met een aanvullende zorgverzekering gedekt worden.

Zedenrecherche

- deskundigheid m.b.t. juridisch traject
- bijdrage aan veilig stellen van bewijs zolang nog geen juridisch traject in gang gezet is

Mee IJsseloevers

- diagnostiek (vooral cognitief en sociaal-emotioneel functioneren) bij kinderen, jongeren en (jong)volwassenen met een (verstandelijke) beperking. Cliënten dienen hiervoor ingeschreven te worden (of zijn) bij MEE
- psycho-educatie aan ouders/verzorgers of kinderen met een beperking, vooral op het gebied van verstandelijke vermogens
- ondersteuning van ouders/verzorgers met een beperking en/of kind met een beperking bij verschillende hulpvragen
- uitgebreide kennis sociale kaart

Meregaard / Meerkanten

- specialistische diagnostiek van het kind en het systeem bij een vermoeden van psychiatrische problematiek en bij ernstige problematiek als gevolg van seksueel misbruik en zorgen hieromtrent, als vormen van enkelvoudige diagnostiek niet toereikend zijn.
- behandeling, waaronder systeemtherapie

De Reeve

Deskundigheid ligt vooral in de bekendheid met de groep kinderen/jongeren met een zwakbegaafde en licht verstandelijke beperkte intelligentie, ruim gezegd het IQ gebied tussen 50 en 85, met daarnaast beperkingen in het sociaal functioneren. Met betrekking tot deze groep:

- consultatieve diagnostiek: cognitieve diagnostiek, persoonsbeschrijving, afgeleid uit testmateriaal en gesprekken
- in kaart brengen van emotionele, sociale, gedrags- en relationele en cognitieve ontwikkeling en de problemen op deze gebieden
- gespreksvoering met kinderen/jongeren
- verhelderen van de seksuele ontwikkeling, seksueel gedrag en kennis (met betrekking tot de psycho-seksuele ontwikkeling wordt een onderzoeksprotocol ontwikkeld)
- beperkt mogelijk: observatieopname in dagbehandeling (naschoolse) en residentiele behandelgroep

Triade-Boschhuis

- mogelijkheden voor psychologisch onderzoek kind. Het betreft hier vooral mogelijkheden voor beschrijvende, verklarende en observerende diagnostiek ten behoeve van het opstellen van een hulpverleningstraject. Er is geen specialisatie in het voeren van diagnostische gesprekken met kinderen bij een vermoeden van seksueel misbruik
- een van de GZ-psychologen heeft ervaring met psychologisch onderzoek in een forensisch kader en heeft in dat verband wel gesprekken gevoerd met kinderen i.v.m. vermoedens van seksueel misbruik, maar is hierin niet gespecialiseerd
- kennis van behandeling van kinderen en hun gezinnen met uiteenlopende en complexe problematiek. Het betreft Jeugdzorgkinderen tot 12 jaar en VG kinderen tot 18 jaar.
- mogelijkheden tot ambulante, semi-residentiële en residentiële opvang, begeleiding en behandeling van kinderen en gezinnen. Er is geen systeemthera-

peut werkzaam binnen Triade-Boschhuis, wel mw-ers met een systemische werkwijze. Gezins- of videodiagnostiek kan sinds de invoering van IPT niet meer apart worden ingezet maar alleen in het kader van IPT, en daarmee geïntegreerd in de hulpverlening

- er is vanuit Triade aansluiting bij een landelijke expertise werkgroep van de ASVZ m.b.t. seksualiteit en seksueel misbruik

SJF voorziening voor pleegzorg

- Opvang/opvoeding in gezinsverband voor kinderen van 0-18 jaar: een veilige omgeving bieden
- Observatie in het pleeggezin door pleegouders t.a.v. het functioneren van het kind
- Aanleren/bevorderen van gewenst gedrag
- Deskundigheidsbevordering pleegouder met cursus 'een seksueel misbruikt kind in je gezin'
- Mogelijkheden voor advies en consultatie bij een team bestaande uit: maatschappelijk werker, orthopedagoog, kinder- en jeugdpsychiater, systeemtherapeut.
- Kennis seksueel misbruik (orthopedagoog volgt in najaar cursus via PAO bij M. Guelen)

Mogelijk aanvullende organisaties

IJsselmeerziekenhuizen, voor medische diagnostiek en verwijzing/signalering, Kinder Therapeutisch Centrum Emmeloord voor diagnostiek en behandeling (vestigingen in Emmeloord en bezig in Lelystad), Mental Health Clinic MoleMann voor systeemtheorie en psychiatrische diagnostiek en behandeling (o.a. infantpsychiatrie).

Financiering

Voor AWBZ gefinancierde organisaties geldt dat door de snelle instroom gewerkt zal moeten worden met een indicatie achteraf. Dit houdt in dat hierover afspraken gemaakt moeten worden met het CIZ en het zorgkantoor. De verrichtingen vanuit het ziekenhuis worden op termijn ook niet allemaal vergoed. Ook voor de inzet vanuit de Jeugdzorg is dit een belangrijke vraag.

Bijscholing

Opmerkelijk is dat veel diagnostische kennis aanwezig is, maar vaak niet toegespitst op seksueel misbruik. Dit houdt in dat organisaties die een aandeel leveren bijscholing zullen moeten volgen in diagnostiek rond seksueel misbruik. Bijv. bij Drs. M. Guelen of bij dr. F. Lamers. Geopperd is het trainen van het gehele kernteam en aanvullende teamleden.

4. Opzet diagnostiekteam

Functies

Het team heeft vanuit de specifieke deskundigheden die erin verzameld zijn de volgende functies:

- In gang zetten / uitvoeren van multidisciplinaire diagnostiek en het rapporteren hierover
- Adviseren van hulp (hierna snelle indicatie, BJZ moet het niet 'over' hoeven doen)
- Consultatie en advies (geen centrale functie)

Het is van belang om te zorgen voor een goede inbedding in de verschillende regel- en wetgeving en qua positionering, bijv. met het oog op indicatiebesluiten.

Samenstelling

Het diagnostiekteam bestaat uit deskundige vertegenwoordigers van de hiervoor genoemde organisaties.

Vanuit het diagnostiekteam wordt een diagnostisch kernteam geformeerd wat multidisciplinair is samengesteld.

De volgende deskundigheden moeten hierbinnen aanwezig zijn:

- uitvoering kinddiagnostiek (diagnostisch interview, psychologisch onderzoek)
- uitvoering gezinsgesprekken / systeemdeskundigheid
- kinder- en jeugdpsychiatrische deskundigheid
- kennis over wet- en regelgeving / strafrechtelijke procedure

De volgende competenties zijn nodig voor de eerste twee deskundigheden:

- *Uitvoering kinddiagnostiek:* GZ-psycholoog met diagnostische bevoegdheid, bekend met diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik, met kennis van juridisch kader, met oog voor alle betrokkenen in een gezinssysteem en hun onderlinge wisselwerking. Belangrijk is om de beschikking te hebben over een mannelijke en een vrouwelijke diagnosticus; dat kan voor een bepaald kind veel uitmaken.
- *Uitvoering gezinsgesprekken / systeemdeskundigheid:* systemisch onderlegde maatschappelijk werker of systeemtherapeut die in staat is tot meervoudige partijdigheid en tot het maken van een goede inschatting van de dynamiek en interacties binnen een gezin en de krachten en belemmeringen daarin.

De volgende organisaties worden op basis van hun deskundigheid gewenst in het kernteam:

- T.b.v. kinddiagnostiek: Flevoziekenhuis, De Reeve (LVG), Triade Boschhuis
- T.b.v. gezinsgesprekken / systeemdeskundigheid: Meregwaard / Meerkanten
- T.b.v. kinder- en jeugdpsychiatrische deskundigheid: Meregwaard / Meerkanten
- T.b.v. forensische deskundigheid: De Waag en mogelijk ook de Zedenrecherche

De Reeve en Meregwaard/Meerkanten hebben toegezegd dit te kunnen bieden. Flevoziekenhuis waarschijnlijk, De Waag gaat het na en bij Triade Boschhuis moet

bekeken worden of dit als functie van de organisatie wordt gezien. De rol BJZ in het kernteam is afhankelijk van keuze in coördinatie.

Daarnaast kan het team op maat worden uitgebreid (op afroep) met aanvullende deskundigheden rond een specifieke casus, afkomstig uit het diagnostiekteam. Deze deskundigheden worden soms uitvoerend ingezet en soms consultatief. Op deze manier ontstaat per casus een casusteam.

Regelmatig zijn er bijeenkomsten met het gehele team om algemene diagnostische vragen door te nemen vanuit de consultatiefunctie, de voortgang te bespreken, ervaringen uit wisselen en kennis te delen. Hierdoor ontstaat ook een netwerk waarvan de leden tussentijds te raadplegen zijn bij vragen.

Indicatiecriteria

Het team wordt ingezet als er sprake is van seksueel misbruik of andere gecompliceerde vormen van kindermishandeling bij jeugdigen tot 18 jaar, bijvoorbeeld bij:

- specifieke doelgroepen, zoals heel jonge kinderen en kinderen met een (licht) verstandelijke handicap,
- specifieke problemen, bijv. een posttraumatische stoornis,
- zeldzame vormen van kindermishandeling, bijv. gerelateerd aan het syndroom van Munchhausen by proxy.

In deze situaties kan méér nodig zijn dan de enkelvoudige vormen van onderzoek door AMK, BJZ, zorgaanbieders, MEE, jeugd-GGZ en (L)VG, vooral als er sprake is van:

- onduidelijkheid: bij signalen die wijzen op mogelijke ernstige mishandeling, vooral seksueel misbruik, terwijl er geen afdoende verklaring kan worden gegeven.
- gevaar: als er aanleiding is om te vermoeden dat het bespreken van het vermoeden risico's met zich meebrengt voor (één van de) gezinsleden en/of hulpverlener(s).
- complexe situatie: wanneer er sprake is van veel extra complicerende factoren waarvoor multidisciplinaire en intersectorale diagnostiek nodig is en/of meerdere organisaties betrokken moeten worden voor het in gang zetten van een goed hulpaanbod.

Coördinatie

Hiervoor worden twee opties onderscheiden.

1. Het coördinatiepunt van het diagnostiekteam wordt belegd bij Bureau Jeugdzorg omdat zij conform de Wet op de Jeugdzorg zowel (o.m.) (basis)diagnostiek, multidisciplinair overleg, indicatiestelling en zorgbemiddeling als functie hebben. Daarnaast moet BJZ conform de wet waar nodig de hulp van specialisten in kunnen roepen voor een verdere diagnose (specialistische diagnostiek).
2. Een andere optie is om het coördinatiepunt te beleggen bij de Ouder-Kind Centra, vooruitlopend op de regiefunctie in de lokale Jeugdzorg die van deze organisatie in de toekomst verwacht wordt (plannen Operatie Jong).

NB. Indien aangehaakt wordt bij de eerstelijnsvoorzieningen dan zijn er dus gelijk 6 OKC's in de polder (Almere, Zeewolde, Lelystad, Dronten, Urk en NOP) elk met hun eigen identiteit, hun eigen wethouder van Jeugd en specifieke populatie. Er is dan geen provinciaal opererend team zijn. Een vraag is ook bij welk OKC je dan het coördinatiepunt belegt.

De voorkeur van de meeste leden van werkgroep gaat uit naar optie 1, omdat daarmee de provincie eenduidig bestreken wordt.

De coördinator is een gekwalificeerde gedragsdeskundige (GZ-psycholoog, NIP kinder- & jeugdpsycholoog of NVO orthopedagoog) beschikt over de volgende competenties:

- Kennis van en affiniteit met problematiek rond seksueel misbruik
- Organisatorische vaardigheden
- Diagnostische kennis (nodig om diagnostische onderzoeken te kunnen bekijken op bijv. de reikwijdte van uitspraken en conclusies)
- Kennis van het forensisch werkveld
- In staat kennis te integreren uit de onderzoeken en te bundelen in een onderzoeksrapport met een advies
- Multidisciplinaire bespreking voor kunnen zitten
- Overzicht hebben over de sociale kaart rond hulpverlening
- Kennis van het raakvlak en de verschillen in hulpverlenings- en forensische diagnostiek
- Enthousiast, daadkrachtig, stressbestendig, besluitvaardig, kritisch

'Stepped diagnostic'

Uitgangspunt is: enkelvoudig waar mogelijk, specialistisch waar nodig. Dit wordt door de coördinator in het kernteam, in overleg met de verwijzer, nagegaan. Dit betekent wellicht ook dat in sommige gevallen volstaan kan worden met gezinsgesprekken door een maatschappelijk werker met ervaring.

Inzet en frequentie

Het diagnostisch kernteam komt om de week bij elkaar op een vast tijdstip. Bij deze bijeenkomst wordt binnengekomen casuïstiek besproken. Dit kan leiden tot het in gang zetten van een diagnostisch onderzoek waar één of meerdere leden van het kernteam bij betrokken zijn. Als er geen aanmeldingen zijn gaat het overleg niet door.

De volgende ureninzet voor de leden van het kernteam is nodig:

- coördinator: 1 dag per week
- gezinsdiagnostiek: 1 dag per 2 weken (gezinsanamnese duurt 2 à 3 uur)
- kinddiagnostiek: 1 dag per week (uitgaande van 2 tot 3 dagen voor een PO incl. rapportage) (te verdelen over meerdere organisaties, afhankelijk van vraagstelling)
- kinder- en jeugdpsychiater: p.m.
- forensische inbreng: 2 uur per 2 weken

NB. Dit is een schatting. Voor een deel gaat het om te declareren werkzaamheden, als onderdeel van het reguliere werk. Wel moet de diagnosticus voorrang kunnen geven aan deze diagnostiek.

Het bredere diagnostiekteam komt één maal per 6 weken bij elkaar.

Als er casussen zijn waar leden van het diagnostiekteam bij nodig zijn worden zij tussentijds uitgenodigd voor het kernteam. Op deze manier wordt een stevige basis gelegd waarin samenwerking en deskundigheid wordt opgebouwd, gecombineerd met flexibiliteit en hulp op maat.

Aantal

De voorkeur ligt bij het instellen van één team, om versnippering van expertise te voorkomen.

Locatie

Het onderzoek wordt bij voorkeur op een vast dagdeel vanuit één locatie uitgevoerd. Wel wordt rekening gehouden met praktische mogelijkheden van de diagnostici.

Forensische deskundigheid

Uitgangspunt is dat het diagnostiektteam ingezet wordt in het kader van gedragsdeskundige diagnostiek. Dit neemt niet weg dat het onderzoek opgevraagd kan worden in een strafrechtelijk kader.

Dit stelt de volgende voorwaarden aan het team:

- De diagnostici zijn BIG-geregistreerd
- Kennis van het forensische werkveld
- De te nemen stappen worden getoetst op mogelijke interferentie met het strafrechtelijk traject.

Protocollen

Er moet een protocol ontworpen worden waarin de rechten en plichten van de betrokkenen en uitvoerders geregeld zijn. Het gaat om zaken als toestemming voor inbreng van de casus in het diagnostiektteam. Wie geeft de toestemming?

Toestemming kinderen (is leeftijdsgerelateerd)?

Wat te doen als ouders gescheiden zijn, gezamenlijk ouderlijk gezag hebben en een zijn/haar toestemming niet geeft? Mogen ouders/oudere kinderen meedenken over de vraagstelling?

Ook moet in het protocol ingegaan worden op inzage en correctierecht, recht op afgifte van de rapportage, WGBO. En wat te doen als ouder en/of kind het niet eens zijn met de inhoud van de rapportage of vindt dat zijn/haar commentaar onvoldoende verwerkt is in de definitieve rapportage. Hierover heeft de FPD informatie beschikbaar.

Instrumentarium

Ten behoeve van de diagnostiek worden zoveel mogelijk betrouwbare en valide instrumenten gebruikt zodat een ieder weet dat gemeten wordt wat bedoeld is te worden gemeten. Dit pleit niet voor het gebruik van procesdiagnostiek (mits niet anders mogelijk) omdat daarmee moeilijk gescheiden kan worden wat er bijvoorbeeld bij de cliënt vandaan komt en wat bij de therapeut.

5. Het proces in stappen

Instream

Aanmeldingen worden ingebracht door het AMK, vanuit toeleiding BJZ, Jeugdbescherming, MEE, zorgaanbieders, Jeugd-GGZ, Raad voor de Kinderbescherming e.d. In principe vindt vooraf intern overleg plaats met het afgevaardigde lid van het diagnostiekteam om de aanmelding te toetsen.

Aanmeldingen worden hierna op geschiktheid (ernst) beoordeeld door de coördinator van het diagnostiekteam. De vraag hierbij is of de casus aan de criteria voldoet.

Inbreng casuïstiek

Een casus wordt schriftelijk aangemeld aan de hand van de volgende kerngegevens:

- personalia
- voortraject inbreng (route)
- signalen / vermoeden kindermishandeling
- achtergrondinformatie kind en gezin
- hulpverleningsgeschiedenis
- vragen / diagnostiekwens(en)

De casus wordt ingebracht door één van de leden van het diagnostiek- en behandelteam i.s.m. de coördinator. De aanmelder is hier bij voorkeur bij aanwezig, gezien zijn/haar inbreng van kennis van achtergrond en snelle beantwoording van vragen. Dit geldt met name voor de gezinsvoogd als regiehouder van de zorg.

Vorbereiding ouders

De ouders worden voorafgaand aan het onderzoek geïnformeerd door de aanmelder over het feit dat er een onderzoek zal plaats vinden en welke diagnostische vragen hierin centraal staan. De aanmelder draagt ook zorg voor motivering van de ouders om mee te werken aan het onderzoek. De ouders wordt toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. Ook voor het opvragen van gegevens bij derden wordt toestemming gevraagd.

Stappen

Het proces van inbreng van de casus vindt plaats volgens een aantal stappen. Hiermee wordt zowel de mogelijkheid geboden tot consultatie en inzetten van diagnostiek. De stappen geven een opeenvolging weer en kunnen zich over langere tijd uitstrekken. Voorgesteld wordt binnen twee weken antwoord te geven op de aanvraag en binnen vier weken het onderzoek uitgevoerd te hebben.

1. Probleemformulering

- Wat is het probleem?
- Wat is er al gedaan?
- Wat is de vraag / diagnostiekwens(en)?

2. Probleemanalyse

Nadere analyse van het probleem vanuit bestaande gegevens en specifieke aanwezige deskundigheden.

Hierin wordt meegenomen:

- probleem- veroorzakende en in stand houdende factoren
- hoe staat het met de veiligheid van het kind
- welke forensische aspecten spelen een rol
- welke (diagnostische) informatie is bekend en welke (diagnostische) informatie is nodig

3. Formulering diagnostische vraagstelling

- Welke diagnostiek is nodig en wie kan deze leveren?
- Op welke termijn?
- Wat moet nu, met name met het oog op de veiligheid?
- Wat kan later?
- Op welke manier kan optimaal aangesloten worden bij het strafrechtelijke traject?
- Hoe kan de veiligheid van het kind worden gewaarborgd?
- Op welke manier worden de resultaten teruggekoppeld aan ouders?

4. Uitvoering diagnostisch onderzoek.

Dit vindt plaats door (leden van) het diagnostisch kernteam. Indien nodig wordt dit uitgebreid met extra deskundigheden van het bredere team, afhankelijk van de vraagstelling rond een specifieke casus. Als casusteam voeren zij in afstemming de benodigde diagnostiek uit. Er wordt een tijdsplanning gemaakt waarbinnen de gegevens beschikbaar zijn.

5. Interdisciplinaire bespreking

Tijdens deze bespreking zijn zoveel mogelijk alle leden van het casusteam aanwezig. Onder leiding van de coördinator worden de gegevens samengevat en besproken waarbij antwoorden gegeven worden op de diagnostische vraagstelling en nagegaan wordt welke hulp nodig is. De resultaten worden geïntegreerd in een onderzoeksrapport.

6. Terugkoppeling resultaten

De resultaten worden door de hoofdonderzoeker of coördinator teruggekoppeld naar het gezin. De aanmelder is hierbij aanwezig. Op basis hiervan wordt bekeken welk hulptraject kan worden ingezet.

Belangrijk is bij de start van het team een protocol te ontwikkelen voor het afwikkelen van het proces (inzage etc.).

Hulp

Na afronding van de diagnostiek is aansluiting nodig bij (vervolg-)hulpverlening.

Deze heeft betrekking op:

- hulp aan kinderen: gericht op het herstellen van de emotionele en lichamelijke schade, het verwerken van de mishandeling en het bieden van nieuwe ontwikkelingskansen, verminderen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen en op de lichamelijke gevolgen van het misbruik.

- hulp aan ouder: gericht op het stoppen van de mishandeling, het versterken van hun pedagogische vaardigheden en het vergroten van inzicht in hun invloed op de situatie en de ontwikkeling van het kind, het aanpakken van problemen in hun persoonlijk functioneren, het verwerken van het gebeurde, ondersteunen van het kind en diens ontwikkeling.
- Hulp aan plegers van seksueel misbruik: gericht op het stoppen van het seksuele misbruikgedrag en het voorkomen van herhaling, het verminderen van cognitieve verdraaiingen (=vervormingen), het aanleren van gedragsalternatieven en het vergroten van sociale competentie en empathie voor het slachtoffer.
- Hulp aan het gezin: gericht op herstel van de gezinsrelaties en het creëren van een stabiele en veilige leefomgeving voor het kind, het doorbreken van sociale isolatie, het opzetten van een ondersteunend sociaal netwerk, verbetering van de partnerrelatie.

Een voordeel van het inzetten van deskundigen uit de hulpverleningsinstellingen in het team is dat ze goed op de hoogte zijn van de hulpmogelijkheden in hun eigen organisatie. Zij kunnen een bijdrage leveren aan een goede en snelle doorverwijzing. Het is zeer de vraag of in Flevoland voldoende hulp aanwezig is. Dit zou idealiter geïnventariseerd moeten worden in een vergelijkbaar traject als ten aanzien van diagnostiek gebeurd is.

Raamwerk voor informatieverzameling²

Onderstaand raamwerk is een hulpmiddel bij informatieverzameling ten behoeve van diagnostisch onderzoek bij een vermoeden van kindermishandeling en seksueel misbruik. Het is gebaseerd op een vijftal kernthema's die in de literatuur en uit praktijkervaringen als relevant naar voren komen:

1. aard en parameters (bijv. duur, frequentie) van de mishandeling;
2. veiligheid van het kind, waaronder ook het risico op herhaling van de mishandeling;
3. problematiek en beperkingen van kind en gezin;
4. competenties en krachten van kind en gezin;
5. erkenning van de problemen en de motivatie om te veranderen.

Daarnaast zijn meerdere niveaus onderscheiden. Per niveau (kind, ouder, gezin, etc.) zijn aandachtspunten opgenomen die voortkomen uit de literatuur over oorzaken, indicatoren en gevolgen van kindermishandeling.

Raamwerk voor het in kaart brengen van de problematiek en sterke kanten van de gezinsleden: zie volgende pagina

² Opgesteld door dr. I.J. ten Berge, NIZW Jeugd

Raamwerk voor het in kaart brengen van de problematiek en sterke kanten van de gezinsleden

NIVEAU	WAT
<i>Ouder - kind interactie</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Veiligheid woonsituatie 2. Mishandeling 3. Seksueel misbruik 4. Parameters mishandeling 5. Verzorging 6. Ondersteunende reactie bij horen mishandeling/ misbruik 7. Disciplinering (regels en grenzen)
<i>Kind</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedrag (functioneren thuis, op school, KDV etc.) 2. Cognitief en sociaal emotioneel functioneren 3. (Psycho)motorisch en neuro(psycho)logisch functioneren 4. Lichamelijke gevolgen (incl. forensisch materiaal) 5. Psychische gevolgen 6. Gevoel van verantwoordelijkheid voor mish. / misbruik 7. <i>Seksuele kennis</i> 8. <i>Seksuele gedragsproblemen</i> 9. Kwetsbaarheid/veerkracht 10. Behandelmotivatie
<i>Ouder als opvoeder</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opvoedkundige kwaliteiten / pedagogisch besef 2. Kennis 3. <i>Emotionele reactie na horen misbruik</i>
<i>Ouder als persoon</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychische / psychiatrische problematiek 2. Ontwikkelingsgeschiedenis 3. Partnerrelatie 4. Behandelmotivatie
<i>Plegers seksueel misbruik</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Motivatie misbruik</i> 2. <i>Interne/externe remmingen</i> 3. <i>Behandelmotivatie</i>
<i>Gezin en omgeving</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gezinsfunctioneren / gezinsklimaat 2. Sociaal netwerk 3. Sociaal-economische situatie 4. Overige stressfactoren

Cursief is speciaal (aanvullend) in geval van (een vermoeden van) seksueel misbruik.

Stappen van het diagnostische proces / F. Lamers.

Stap 1 Vermoeden van seksueel misbruik

- Breng de signalen en symptomen die aanleiding zijn geweest om het vermoeden te formuleren zeer nauwkeurig in kaart en leg deze schriftelijk vast: wie heeft wat en wanneer en hoe vaak gezien en gehoord.
- Overleg met ouders om tot overeenstemming te komen over doel van het onderzoek en het gebruik van de gegevens

NB. Bij vermoeden actueel misbruik: direct medisch onderzoek.

Doel:

- verzamelen forensisch materiaal,
- evt. beschadigingen snel kunnen behandelen, nagaan of sprake is van seksueel overdraagbare aandoeningen of zwangerschap,
- geruststelling ouder en kind.
- Stel verschillende hypothesen op (i.o.m. collega's): het kan seksueel misbruik zijn, er kunnen ook andere verklaringen zijn.

Stap 2. Informatie verzamelen en analyseren

- Verder concretiseren en analyseren van informatie op grond waarvan vermoeden is ontstaan: wie heeft wat, wanneer, hoe vaak, in welke omstandigheden gezien of gehoord
- Informatie verzamelen:
 - anamnese (kind),
 - (gewelds)achtergrond ouders
 - gegevens kinderopvang, peuterspeelzaal, school, etc.
 - algemene gegevens thuissituatie, logeren, oppas
 - gegevens huisarts, jeugdarts, kinderarts
- Klachtenanalyse

Stap 3 Gesprek met ouders over de alternatieve hypothesen.

Doel:

- besluit of de hypothese "niet bij de leeftijd passende seksuele ervaringen" onderdeel blijft uitmaken van het onderzoek.

Stap 4. Uitgebreid psychodiagnostisch en medisch onderzoek.

Doel:

- in kaart brengen emotionele, sociale, gedrags-, relationele en cognitieve ontwikkeling en eventuele problemen op deze gebieden
- verhelderen seksuele ontwikkeling, seksueel gedrag en kennis.

Door middel van testen en observeren kind (o.a. in de spelkamer):

Bijvoorbeeld wat betreft:

- (psycho)motorisch en neuro(psycho)logisch functioneren

- cognitief functioneren (intelligentieonderzoek)
- sociaal-emotioneel functioneren (het functioneren op dit gebied kan mede bepaald worden door het spel met poppen in de speelkamer)

Specifiek kan worden onderzocht of er sprake is van:

- Traumatisering³
- Dissociatie⁴
- Seksuele angsten⁵
- Pathologische angst⁶
- Seksuele gedragsproblemen⁷

Ook wordt onderzocht:

- Of het kind beschikt over niet bij de leeftijd passende seksuele kennis en zo ja, hoe dit het kind beïnvloedt.
- In hoeverre het kind zich verantwoordelijk voelt voor het misbruik
- In hoeverre ouders het kind kunnen ondersteunen en of ze het kind hebben ondersteund⁸
- Wat de reacties waren toen het vermoeden van misbruik werd geformuleerd/bekend werd⁹
- Wat de veiligheid is van woonsituatie en of de ouders het kind kunnen beschermen voor verder misbruik.
- De psychiatrische status van de ouders (dit verdient prioriteit aangezien er vaak sprake is van psychiatrische problematiek)
- De opvoedkundige kwaliteiten van de ouders
- Het functioneren van het gezin.

Stap 5 Uitgebreid medisch onderzoek

Indien nog niet gedaan of aanvullend nodig uitgebreid medisch onderzoek, in tweede instantie. Doel:

- verzamelen forensisch materiaal,
- evt. beschadigingen snel kunnen behandelen, nagaan of sprake is van seksueel overdraagbare aandoeningen of zwangerschap,
- geruststelling ouder en kind

³ Bijvoorbeeld met behulp van TSCC/Trauma Sympton Checklist, die PTSS aan de hand van symptomen van depressie, boosheid, posttraumatische stress, dissociatie, seksuele angsten meet. Of m.b.v. de CITES-R/Children's Impact of Traumatic Events Scale-R, die PTSS aan de hand van beleving van schuld, gevaarlijke wereld, weerbaarheid en kwetsbaarheid meet.

⁴ Bijvoorbeeld met behulp van CDC/Child Dissociatieve Checklist, in te vullen door de ouder.

⁵ Bijvoorbeeld met behulp van SAFE/Sexual Abuse Fear Evaluation, die angsten met betrekking tot seksualiteit meet en af te nemen is als onderdeel van de VAK/zie volgende noot.

⁶ Bijvoorbeeld met behulp van VAK/Vragenlijst voor Angst bij Kinderen, die subjectief ervaren angst meet.

⁷ Bijvoorbeeld met behulp van de Seksuele Gedragsvragenlijst, in te vullen door de ouder.

⁸ Bijvoorbeeld met behulp van de PSQ/Parental Support Questionnaire die ondersteunende reactie ouders met betrekking tot misbruik meet.

⁹ Bijvoorbeeld met behulp van de PERQ/Parental Emotional Reaction Questionnaire, die emotie ouders met betrekking tot misbruik kind meet.

Stap 6. Gesprek met ouders.

Doel: bevestiging/verwerping van de diverse hypothesen

Stap 7 Nieuwe hypothesen voorleggen

Indien hypothese "niet bij... ervaringen" niet verworpen wordt, nieuwe hypothesen voorleggen:

- confrontatie met pornomateriaal
- het hebben bijgewoond van geslachtsverkeer
- (ver doorgevoerd) seksueel spel met andere kinderen
- een (kinder-)psychiatrische aandoening (hoge co-morbiditeit met ADHD en PTSS)
- onderworpen zijn geweest aan veel seksueel gekleurde conversatie
- seksuele contacten met een (of meer) volwassenen

Stap 8 Gesprek ouders over aangifte

Indien de laatste hypothese de meest waarschijnlijke is:

- Indien gekozen wordt voor aangifte: verhoor van kind door politie
- Indien gekozen voor voortzetting onderzoek in het kader van hulpverlening: diagnostisch interview met kind. Doel: voldoende mate van zekerheid om uitspraken te kunnen doen over de benodigde aard van de hulp (minimaal audioregistratie)

Stap 9 Advies over de aard van de hulpverlening aan kind (en ouders)

Richtinggevend kader vanuit stuurgroep zorgprogramma kindermishandeling voor het opzetten van diagnostisch team (seksuele) kindermishandeling in Flevoland

Dit kader is vastgesteld d.d. 20 oktober 2006 op basis van de bespreking van de notitie 'Diagnostisch team (seksuele) kindermishandeling in Flevoland'

Overzicht deskundigheden

Theoretisch kunnen alle diagnostiekkwaliteiten binnen Flevoland geleverd worden. Wel moet beschreven worden welke kwaliteitsnorm per te leveren deskundigheid nodig is. Er moet een scholingsplan volgen, om die kwaliteitsnormen te halen, dat de instellingen zelf voor hun eigen medewerkers bekostigen. Uitsplitsing kinddeskundigheid is nodig naar leeftijd.

Opereren op het snijvlak met forensische diagnostiek

Specialistische diagnostiek bij seksuele kindermishandeling betekent dat je op dit snijvlak opereert. Daarom moet een aantal randvoorwaarden zijn ingevuld. De wijze van rapporteren van deelnemende organisaties is niet geschikt is voor forensische trajecten. BJZ kan gebruik makend van de rapportagewerkwijze van de gezinsvoogdij wel een samenvattend rapport maken voor justitie / rechter. De leden van het diagnostisch team moeten worden geschoold in het maken van rapportages die in forensisch kader mogelijk opvraagbaar zijn.

Coördinator diagnostisch team

De coördinatie van het diagnostisch team (seksuele) kindermishandeling dient ondergebracht te worden bij Bureau Jeugdzorg. Bureau Jeugdzorg zal daartoe een formeel verzoek doen aan de provincie. Redenen om de coördinatie bij BJZ onder te brengen zijn gelegen in de bevoegdheden van BJZ om te bepalen welke hulp een cliënt nodig heeft.

De coördinator heeft procesmatige bevoegdheid, geen inhoudelijke. Als processen niet lopen dan klopt de coördinator aan bij het bestuurlijke niveau. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de inhoud.

De coördinator roept het kernteam bijeen en werkt met het kernteam, met gebruikmaking van de overige leden van het diagnostisch team, aan een advies. Op basis van dit advies roept de coördinator de instellingen bijeen die een rol moeten gaan spelen in het uitvoeren van het advies c.q. de behandeling. Deze instellingen maken een plan van aanpak en benoemen een 'casemanager' (hoofdbehandelaar) uit hun midden.

Het opzetten van het diagnostisch team dient bij voorkeur te gebeuren vanuit een projectstructuur. De projectfase mag niet langer duren dan een half jaar.

BJZ bepaalt of coördinator en projectleider een en dezelfde persoon moet/kan zijn.

Bezetting kernteam

- Kinddiagnostiek: Flevoziekenhuis en de Reeve
- Systeemdiagnostiek: Meregaard
- Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek: Meregaard
- Forensische deskundigheid: De Waag

Er wordt uitgegaan van een caseload van 20 gezinnen per jaar en de voorgestelde frequentie van bijeenkomen is 1x per twee weken.

Inzet vanuit reguliere taakstelling

De inzet in het diagnostisch team kan in het kader van reguliere taakstelling. Voor CPH is eens per zes weken overleg het maximale wat ze aan overleg kunnen voeren, de diagnostiek is geen probleem. Voor het Flevoziekenhuis is het overleg geregeld binnen budget 'signaleringswerkwijze kindermishandeling', maar is het uitvoeren van de diagnostiek alleen in financiële zin mogelijk als er ook in medische zin iets aan de hand is. In dit verband kan mogelijk samenwerking worden aangegaan in het kader van een diagnose-behandelcombinatie met de Meregaard. Bij Triade/Boschhuis en SJF is observatiediagnostiek altijd gekoppeld aan verblijf.

Verder uit te werken

Van belang is de praktische invulling. De *workflow* moet in contouren beschreven gaan worden. Dit omvat: protocollen, procedures, taakverdelingen en inhoudelijke verantwoordelijkheden ten aanzien van de cliënt. Met name ook op het gebied waar het diagnostisch team de forensische diagnostiek raakt. Hierbij moet rekening gehouden worden met de verschillende wetgevende kaders en inspecties waarmee instellingen te maken hebben. Er moet helderheid komen over wie wat vaststelt en wie bepaalt welke diagnostiek uitgevoerd moet worden. En wat we doen als die vorm niet beschikbaar is. Verdere specificatie kan plaatsvinden als het team functioneert.

Kwaliteitscriteria

Voor zowel de leden van het kernteam als van het hele diagnostische team, als voor de casemanagers moeten kwaliteitscriteria worden opgesteld. Kindermishandeling en seksueel misbruik zijn dusdanig specifiek dat niet iedere hulpverlener daar de rol van casemanager in kan krijgen. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de organisatie om deze deskundigheid op peil te houden. Dit wordt tijdens de implementatie vastgelegd.

Behandeling

Er is onvoldoende (zicht op) behandelmogelijkheid. Deze schiet vaak te kort. In dat kader is het wenselijk dat een traject zoals nu voor specialistische diagnostiek bij complexe gevallen van (seksuele) kindermishandeling is gelopen ook voor specialistische behandeling en hulpverlening wordt uitgevoerd. De provincie zou dit op moeten pakken. Inhoudelijk uitwerking is de verantwoordelijkheid van de instellingen.