

Protocol voor

van middelen afhankelijke (a.s.) ouders

Hulpverleningsprocedure ten behoeve van de (a.s.) kinderen



Inleiding

Per jaar worden in Nederland steeds meer kinderen geboren, waarvan de moeders van verslavende middelen afhankelijk zijn. Vaak is ook de partner verslaafd. Meestal gaat het om heroïne maar er is ook een toename van het gebruik van andere middelen zoals cocaïne en alcohol.

De ervaring leert dat veel kinderen van aan middelen verslaafde ouders in probleemsituaties terechtkomen. Drugsgebruik geeft zowel voor de a.s. moeder als voor de baby extra gezondheidsrisico's. Ook de verdere verzorging en opvoeding van het kind kan moeilijkheden opleveren. Met middelen wordt met name bedoeld: heroïne, cocaïne en methadon. Ook alcohol en psychofarmaca kunnen zeer schadelijke effecten hebben en verslavingsgedrag met zich meebrengen.

Begeleiding voor, tijdens en na de bevalling dient er op gericht te zijn de risico's voor (a.s.) moeder en kind zoveel mogelijk te beperken en zicht te krijgen op veiligheid en de waarborg van zorg voor het kind in de thuissituatie. Hierin staan de belangen van het kind centraal. In het contact met de (a.s.) ouders wordt primair gewogen of zij het kind continuïteit in de zorg kunnen bieden.

Vanuit de praktijk blijkt noodzaak te bestaan om de hulpverlening aan middelen afhankelijke (a.s.) ouders te coördineren.

Een nauwe samenwerking tussen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)/de ziekenhuizen, Stichting Jeugdgezondheidszorg (Thuiszorg Groningen), de Verslavingszorg Noord-Nederland, de Gemeentelijke gezondheidsdienst Groningen (GGD), het Bureau Jeugdzorg Groningen (Advies en Meldpunt Kindermishandeling en de Toegang) is daarvoor van belang.

In de provincie Groningen is een overleggroep gevormd, waarin de bovenstaande organisaties participeren. Gezamenlijke afspraken zijn in dit protocol vastgelegd. Met name is ook aangegeven wie gedurende het traject de coördinatie heeft van het bewaken van de veiligheid en de waarborg van zorg voor het (a.s.) kind. Dit wordt in het protocol verder "de coördinatie van de zorg" genoemd. Overigens is iedere partner in het protocol verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn specifieke taak.

Doel van het protocol

Het primaire doel van dit protocol is het vroegtijdig signaleren van risico's en het sturen van de preventieve zorg voor ouders en kind. Het beschrijft de afspraken over de prenatale zorg en begeleiding van moeder en kind door de samenwerkende hulpverleners.

Werkafspraken:

In de onderstaande werkafspraken worden een aantal data en termijnen genoemd, die als richtlijn bedoeld zijn.

1. Drugsgebruik bij zwangerschap is een indicatie voor een klinische bevalling en neonatale zorg voor het kind op de kinderafdeling. Voor de provincie Groningen zijn er afspraken gemaakt om dit zoveel mogelijk in het UMCG te centreren.
2. De hulpverlener van de instelling (veelal VNN of GGD), die betrokken is bij de zwangere vrouw, verwijst de vrouw zo snel mogelijk naar de afdeling Obstetrie en Gynaecologie van het UMCG, bij voorkeur in samenwerking met de huisarts. Het antwoord op de vraag of in bepaalde gevallen het protocol van toepassing zou moeten zijn, wordt bepaald door de inschatting van een verhoogd risico voor de (a.s.) moeder en het kind t.g.v. het gebruik van verslavende middelen.
 - 2a *Een klein aantal vrouwen weigert elke vorm van controle in de zwangerschap. Voor deze groep heeft de GGD werkafspraken beschreven, die een aanvulling zijn op dit protocol. De coördinatie van de zorg ligt in deze periode bij de GGD tot de zwangere vrouw onder controle staat bij het UMCG, de vrouw opgenomen is binnen de psychiatrie of het kind geboren is. Bij weigering zal de verpleegkundige van de GGD een drangtraject starten. Indien dat geen effect heeft, zal deze verpleegkundige een zorgconferentie met de benodigde instanties organiseren: psychiater van de GGZ en VNN, medewerkers van de VNN, verpleegkundige GGD, maatschappelijk werk van het UMCG en het AMK op consultbasis. Dit gebeurt vanaf de 22^e week van de zwangerschap. Het doel van die zorgconferentie is het concreet afspreken van de te ondernemen acties en een eventueel gedwongen opname. Gedwongen opname in het kader van de BOPZ (Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen) vindt soms pas laat in de zwangerschap plaats, omdat de vrouwen moeilijk te traceren zijn en verslaving weliswaar valt onder de DSM-IV, maar niet concreet als psychiatrisch ziektebeeld omschreven kan worden. Er zijn echter*

wel mogelijkheden voor psychiaters om gedwongen opname te adviseren.

3. Als het contact met de afdeling Obstetrie en Gynaecologie van het UMCG is gerealiseerd, coördineert de maatschappelijk werker van die afdeling de betreffende zorg tot aan de geboorte van het kind. De maatschappelijk werker van het UMCG informeert de a.s. ouder(s) over het bestaan van het protocol (ook middels het uitdelen van de folder). Er worden afspraken gemaakt over prenatale controles en verdere hulpverlening. Ook worden de benodigde sociale gegevens verzameld over het gezin t.b.v. het onderzoek van het AMK: voorgeschiedenis a.s. moeder, hulpverlening tot dan toe, verslaving en overige huidige problematiek, huidige leefsituatie en plannen voor de toekomst. De maatschappelijk werker van het UMCG doet rond week 30 de melding bij het AMK en de wijkverpleegkundige JGZ wordt ingelicht. Er vindt een kennismaking plaats met de kinderafdeling, waar het kind minimaal twee weken opgenomen zal worden na de geboorte. Relevante informatie wordt doorgegeven aan het AMK.
4. Rond de 32^e week van de zwangerschap wordt de a.s. moeder door de wijkverpleegkundige JGZ thuis bezocht. Eén van de doelen is het beoordelen of de basisvoorzieningen voor de verzorging van de baby thuis aanwezig zijn. Over de thuissituatie wordt het medisch maatschappelijk werk van het UMCG geïnformeerd.
5. Het AMK tracht in een zo vroeg mogelijk stadium via rapportages van het UMCG alvast een beeld te krijgen van de thuissituatie. In eerste instantie wordt het AMK in dit stadium zelf nog niet actief, omdat door het maatschappelijk werk van het UMCG de noodzakelijke afspraken worden gemaakt. Als de gegevens van het gezin of de (a.s.) moeder daar aanleiding toe geven, neemt het AMK in overleg met het UMCG het initiatief tot overleg met de betrokken hulpverleners. Op dat moment neemt het AMK de coördinatie van zorg over van het UMCG. Doel is het vormen van het oordeel of de ouders wel of niet in staat zijn om het kind te verzorgen en zo ja onder welke voorwaarden de verzorging en opvoeding verantwoord is.
6. Vanaf de geboorte tot het kind thuiskomt ligt de coördinatie van de zorg bij het AMK. Het kind verblijft minimaal 14 dagen in de Beatrix kinderkliniek. De duur van de opname hangt in eerste instantie af van de medische problematiek, maar voor ontslag is het ook zaak dat aan primaire voorwaarden voldaan wordt, zodat een goede verzorging van het kind thuis gewaarborgd is. Het ziekenhuis maakt afspraken met de moeder/ouders over het zelf verzorgen van het kind in het ziekenhuis. De aldus verkregen indruk wordt meegenomen in het onderzoek van het AMK. Het ontslag wordt van tevoren gemeld aan het AMK.
7. De wijkverpleegkundige JGZ, de huisarts en andere betrokken hulpverleners krijgen van de Beatrix kinderkliniek bericht over het ontslag van het kind.

8. Binnen drie dagen na de geboorte nemen het AMK en de Toegang van Bureau Jeugdzorg samen contact op met de moeder en eventueel haar partner. Het AMK is verantwoordelijk voor de beoordeling of de situatie voor de baby veilig is en zo ja, of hulp in vrijwillig kader mogelijk is. Het AMK bepaalt op basis van het onderzoek, in nauw overleg met VNN en overige betrokken instanties, hoe het hulpaanbod eruit moet zien. Met de ouder(s) wordt de noodzakelijk geachte hulp besproken, die een voorwaarde is om het kind thuis te kunnen verzorgen. De consequentie van het niet accepteren van deze hulp is dat de Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld. De Raad zal vervolgens bepalen of er een kinderschermingsmaatregel noodzakelijk is.
9. Indien de ouders de hulp c.q. extra zorg accepteren en het kind thuiskomt, vindt overdracht van het AMK naar de Toegang van Bureau Jeugdzorg plaats en sluit het AMK diens bemoeienis af. De Toegang heeft vanaf dat moment de coördinatie van de zorg en volgt de situatie van het kind minimaal 2 jaar. Controle van het kind vindt dan plaats door:
 - a. een wijkverpleegkundige JGZ en een consultatiebureau-arts
 - b. een kinderarts van het UMCG
 - c. hulpverleners die de zorg verlenen zoals is vastgelegd door het AMK en de Toegang.
10. De zorg van de Jeugdgezondheidszorg 0-4 voor deze doelgroep bestaat uit de volgende contactmomenten:
 - a. Ouders krijgen voordat het kind geboren is een extra huisbezoek ter kennismaking en om de afspraken van het protocol door te nemen.
 - b. Direct na de thuiskomst van het kind vindt een extra huisbezoek plaats. Daarna volgt nog het reguliere huisbezoek ter voorbereiding op het bezoek aan het consultatiebureau. Vervolgens zijn er de reguliere consultatiebureaubezoeken.
 - c. Rond de leeftijd van anderhalf jaar vindt een extra huisbezoek plaats en een jaar later een extra bezoek aan het consultatiebureau.De reguliere en extra contacten hebben een verplichtend karakter.
11. Na ontslag uit het ziekenhuis is er extra zorg vanuit de afdeling neonatologie van het UMCG. De follow-up bestaat uit frequent poliklinisch bezoek, minimaal driemaandelijks gedurende tenminste twee jaar of vaker en langer indien nodig.
12. Gedurende ten minste twee jaar ligt de coördinatie van zorg bij de Toegang van Bureau Jeugdzorg. Bij problemen en bij het niet nakomen van de afspraken en adviezen rapporteren de betrokken hulpverleners dit aan de Toegang. De Toegang heeft gedurende die twee jaar regelmatig contact met instanties die bij het gezin betrokken zijn, om zo telkens te beoordelen hoe het gaat en of aanvullende hulp nodig is. Zo mogelijk sluit de Toegang van Bureau Jeugdzorg na twee jaar af en daarmee stopt ook het drugsprotocol voor het betreffende gezin.

BIJLAGE: overleggroep

Bureau Jeugdzorg Groningen

Waterloolaan 1
9725 BE Groningen

-AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling)

tel. 050 5239239

Anne Vogt (vertrouwensarts)

email: a.vogt@bjzgroningen.nl

Yvonne Berens (praktijkleider)

email: y.berens@bjzgroningen.nl

Jeanne Steen (maatschappelijk werk)

email: j.steen@bjzgroningen.nl

-Toegang

tel. 050 5239200

Miriam Feddema (afdelingshoofd)

email: m.feddema@bjzgroningen.nl

Petra Colijn (case-manager)

email: p.colijn@bjzgroningen.nl

Henri Apperlo (case-manager)

email: h.apperlo@bjzgroningen.nl

GGD Groningen (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen)

Hanzeplein 120
Postbus 584
9700 AN Groningen
Tel. 050 3674000
Annette von Unruh

email: annette.von.unruh@hvd.groningen.nl

Stichting Jeugdgezondheidszorg/Thuiszorg Groningen

Laan Corpus Den Hoorn 104
9728 JR Groningen
Postadres: Postbus 707
9700 AS Groningen
Tel 050-5241783 (24 uur per dag)
Désirée van Lieshout (wijkverpleegkundige JGZ)

e-mail: d.vanlieshout@thuiszorg-groningen.nl

VNN (Verslavingszorg Noord Nederland)

Ambulante Verslavingszorg
A-weg 29
9718 CW Groningen
Tel: 050 5887666
Irene Jager (verpleegkundige)
Klaas Timmer (teamhoofd)

email: i.jager@vnn.nl
email: k.timmer@vnn.nl

UMCG (Universitair Medisch Centrum Groningen)

Hanzeplein 1
9713 GZ Groningen
Tel.: 050 3616161

Jan Jaap Erwich (gynaecoloog) stafid Obstetrie, pieper 55631

email: j.j.h.m.erwich@og.umcg.nl

Majida Shadid (kinderarts; supervisor M4) (pieper 55049)

email: m.shadid@bkk.umcg.nl

Mariëtte de Groot (medisch maatschappelijk werk) pieper 55351

email: m.de.groot@psb.umcg.nl

Tine Tijmstra (medisch maatschappelijk werk) pieper 77929

email: a.b.tijmstra@psb.umcg.nl