

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z/2008.097

Primaire preventie van kindermishandeling: Bekende, gebaande en gewenste paden

Datum	30 september 2008
Auteur(s)	M. Klein Velderman en F.D. Pannebakker
Oprachtgever	ZonMw
Projectnummer	031.13072
Aantal pagina's	95 (incl. Bijlagen)
Aantal bijlagen	3

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting

Kindermishandeling is een probleem met ernstige gevolgen voor zowel het individu als de maatschappelijke context. De omvang van het probleem en de maatschappelijke en individuele gevolgen die daar uit voortvloeien, vragen om investeringen in de preventie van kindermishandeling. Dit rapport betreft verslaglegging van een kennissynthese met betrekking tot de primaire preventie van kindermishandeling.

In deze kennissynthese stond een systematische inventarisatie centraal van (inter)nationale overzichtsliteratuur met betrekking tot de effectiviteit van beschikbare instrumenten en interventies op het terrein van primaire preventie van kindermishandeling. In dit rapport beschrijven we de uiteindelijk 8 relevante overzichtsstudies betreffende risicotaxatie instrumenten en 33 relevante overzichtsstudies met betrekking tot interventies ter preventie van kindermishandeling. Het rapport biedt een overzicht van: (1) beschikbare kennis over methoden om zorgwekkende opvoedingssituaties met aanwezig risico voor kindermishandeling te signaleren; (2) kennis over de beschikbare interventies ter preventie van kindermishandeling bij geconstateerd risico; en (3) lacunes en tegenstrijdigheden op dit terrein. We sluiten af met belangrijke aanbevelingen op het gebied van primaire preventie van kindermishandeling voor zowel onderzoek, beleid, als praktijk.

Uit de literatuur ten aanzien van risicotaxatie instrumenten op het gebied van kindermishandeling bleek dat er vooral instrumenten beschikbaar zijn voor de vroege kindertijd, met name met als informant een beroepskracht. We beschikken momenteel (nog) niet over een in Nederland gevalideerd instrument dat risico's op mishandeling adequaat in beeld brengt. Meer onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van instrumenten voor de Nederlandse praktijk is nodig. In de praktijk dienen de thans beschikbare instrumenten in zorgcontacten slechts als hulpmiddel gebruikt te worden en in het screeningsproces vergezeld te gaan van een professioneel oordeel van de hulpverlener.

Uit de literatuur ten aanzien van interventies ter preventie van kindermishandeling bleek dat interventies grofweg in te delen zijn in vroegtijdige interventies overwegend door middel van huisbezoeken, en interventies gericht op de preventie van seksueel misbruik door middel van scholing in de schoolleeftijd. Intensieve huisbezoekprogramma's kunnen effectief bijdragen aan de preventie van kindermishandeling. Van scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik is dit niet bewezen. Wel kunnen dergelijke programma's bijdragen aan kennis op het gebied van seksuele mishandeling. Er is voor beide type interventies geen voorbeeld beschikbaar van een methode waarvan effecten zoals gevonden in een Nederlandse RCT duiden op bewezen reductie van kindermishandeling. Toekomstig systematisch en gestructureerd, bij voorkeur longitudinaal onderzoek dient meer inzicht te geven in effectiviteit, mediërende factoren en kosteneffectiviteit van beschikbare preventieprogramma's. Verder dient geïnvesteerd te worden in een praktijk met goed geschoolde beroepskrachten die werk verrichten binnen een goed functionerende keten met duidelijke regie. Daarin dient geweld in gezinnen integraal en systeemgericht aangepakt te worden.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
1 Inleiding	5
1.1 Doelstelling van de kennissynthese	5
1.2 De definitie van kindermishandeling	6
1.3 Vormen van kindermishandeling	6
1.4 De omvang	7
1.5 Primaire preventie van kindermishandeling	8
1.6 Risicofactoren	9
1.7 Belang van preventie	10
2 Methode van onderzoek	11
2.1 Methode van onderzoek	11
2.2 Werkwijze met betrekking tot instrumenten voor risicotaxatie	12
2.3 Werkwijze met betrekking tot interventies	13
2.4 Verwerking van resultaten	13
3 Resultaten risicotaxatie instrumenten	15
3.1 Procesmatige resultaten	15
3.2 Inhoudelijke resultaten.....	16
4 Praktijk in Nederland: Risicotaxatie instrumenten	19
4.1 Procesmatige resultaten	19
4.2 Inhoudelijke resultaten.....	20
5 Resultaten interventies	21
5.1 Procesmatige resultaten	21
5.2 Inhoudelijke resultaten.....	26
6 Praktijk in Nederland: Interventies	29
6.1 Procesmatige resultaten	29
6.2 Inhoudelijke resultaten.....	30
7 Conclusies: Lacunes en tegenstrijdigheden	33
7.1 Risicotaxatie instrumenten.....	33
7.2 Interventies	34
7.3 Kanttekeningen bij gepresenteerde conclusies	35
8 Discussie	39
8.1 Huiselijk geweld	39
8.2 Universele preventie en andere niveaus van primaire preventie	41
8.3 Ketenzorg met duidelijke regie	46
8.4 Aandacht voor implementatie	48
8.5 Een experimenteel gerandomiseerd onderzoek (RCT) als ideaal?.....	50
8.6 Uitkomstmaten in onderzoek naar preventie van kindermishandeling	52

8.7	Professionalisering van beroepskrachten	53
8.8	Tot slot	54
9	Aanbevelingen	55
9.1	Onderzoek	55
9.2	Beleid	58
9.3	Praktijk	59
10	Geraadpleegde literatuur	63

Bijlage(n)

- A Risicotaxatie instrumenten specifiek gericht op kindermishandeling
- B Instrumenten gericht op risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling
(bv. zorgwekkende opgroei- en opvoedsituaties)
- C Interventies gericht op kindermishandeling

1 Inleiding

Dit rapport betreft de verslaglegging van een kennissynthese met betrekking tot primaire preventie van kindermishandeling. Daarmee wordt met deze studie een nadere aanzet gegeven tot het in kaart brengen van de kennis en lacunes op het gebied van risicotaxatie instrumenten en interventieprogramma's die betrekking hebben op het voorkomen van kindermishandeling in Nederland.

1.1 Doelstelling van de kennissynthese

Doel van de kennissynthese is om te komen tot een overzicht van (de effectiviteit van) methoden, zowel instrumenten als interventies, gericht op de primaire preventie van kindermishandeling. Het gaat om nationale methoden en internationale methoden die binnen de Nederlandse context passen. Daarnaast is een belangrijke doelstelling van deze kennissynthese te signaleren welke kennislacunes er op het gebied van primaire preventie van kindermishandeling nog zijn. Aansluitend luidt de hoofdvraag van deze kennissynthese als volgt: wat zijn veelbelovende mogelijkheden voor primaire preventie van kindermishandeling?

Ten behoeve van het formuleren van een antwoord op deze vraag, komen de volgende subvragen aan bod:

- a) Welke (evidence-based) kennis/methoden uit de nationale en internationale literatuur zijn beschikbaar over (de aanpak van) kindermishandeling op het niveau van primaire preventie?
- b) Welke benaderingen, instrumenten en interventies in het huidige Nederlandse aanbod vallen er specifiek op het gebied van kindermishandeling onder de in de studie gehanteerde definitie van primaire preventie?
- c) Welke kennislacunes zijn er op dat vlak?
- d) In hoeverre passen aanvullend gevonden (evidence-based) methoden binnen de context van de praktijk van de Jeugdzorg/ Jeugdgezondheidszorg, Jeugdmaatschappelijk werk/ onderwijs in Nederland?

De kennissynthese bestond uit een aantal fasen: (1) het afbakenen van de studie, waarbij aandacht is voor de determinanten dan wel oorzaken van kindermishandeling; (2) het in kaart brengen van beschikbare kennis over methoden om zorgwekkende opvoedingssituaties met aanwezig risico voor kindermishandeling te taxeren en van kennis over de beschikbare evidence-based interventies ter preventie van kindermishandeling bij geconstateerd risico; (3) het beschrijven van de lacunes en tegenstrijdigheden; en (4) het in een expertmeeting bespreken van de resultaten in relatie tot de context van de praktijk.

Allereerst komen in dit eerste hoofdstuk een beknopte uiteenzetting van de centrale begrippen in de kennissynthese aan bod (Fase 1). Dat wil zeggen: Wat is de definitie van kindermishandeling en wat is de omvang van het probleem? Wat wordt verstaan onder 'primaire preventie' van kindermishandeling? En wat weten we over risicofactoren die bijdragen aan het ontstaan van kindermishandeling? Vervolgens beschrijven we in Hoofdstuk 2 de gehanteerde werkwijze in Fasen 2 en 3. De aansluitende hoofdstukken beschrijven de resultaten uit deze twee fasen, welke worden samengevat in het conclusiehoofdstuk, Hoofdstuk 7. In Hoofdstuk 8 vindt reflectie plaats op de gevonden resultaten; specifiek ook naar aanleiding van de expertmeeting uit de vierde studiefase. Tenslotte doen we in Hoofdstuk 9 een aantal aanbevelingen

voor onderzoek, beleid en praktijk. Nu volgt om te beginnen dus een afbakening van de studie en aandacht voor risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling (Fase 1).

1.2 De definitie van kindermishandeling

De definitie van kindermishandeling staat beschreven in de Wet op de Jeugdzorg. Deze luidt als volgt:

Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van onafhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel (Wet op de Jeugdzorg, artikel I, lid m).

Deze definitie klinkt helder en eenduidig, echter in de praktijk is deze moeilijk hanteerbaar. Indien binnen een gezin sprake is van ernstig fysiek geweld tegen een kind zal men het erover eens zijn dat dit binnen de genoemde definitie valt. Echter, in andere situaties, bijvoorbeeld waar het gaat om verwaarlozing, is dit soms moeilijker te bepalen. Als we een groep beroepskrachten voorbeelden voorleggen, zal men het niet ten aanzien van iedere situatie eens zijn of sprake is van kindermishandeling of niet. Zo zullen sommigen een 6-jarige die dagelijks zonder begeleiding alleen naar school fietst verwaarlozing noemen terwijl anderen het juist een tijdig trainen in zelfstandigheid vinden. De scheidslijn tussen 'de ideale opvoeder' en 'verwaarlozen' blijkt soms flinterdun te zijn.

We zullen in de volgende paragraaf nader ingaan op de verschillende vormen van kindermishandeling. Het voert te ver om in deze kennissynthese te proberen tot een maatschappelijk gedragen definitie van (vormen van) kindermishandeling te komen. Wel is het belangrijk dat we ons bewust zijn van de moeilijkheid om deze vormen in de praktijk te onderscheiden. Dit heeft namelijk ook gevolgen voor preventie van kindermishandeling: Wat willen we nu exact voorkomen en welke risicosituaties willen we daartoe tijdig kunnen signaleren?

1.3 Vormen van kindermishandeling

In dit rapport worden vormen van kindermishandeling onderscheiden volgens de gangbare onderverdeling in vijf vormen van kindermishandeling. Dit betreft:

- Fysieke / lichamelijke mishandeling
- Fysieke / lichamelijke verwaarlozing
- Emotionele / psychische mishandeling
- Emotionele / psychische verwaarlozing
- Seksueel misbruik / seksuele mishandeling

Indien sprake is van fysieke mishandeling staat het lichamelijke welzijn van het kind op het spel. De opvoeder gebruikt lichamelijk geweld tegen het kind zoals slaan, schoppen, verstikken, knijpen, schudden, het toebrengen van brandwonden of laten vallen. In geval van 'lichte' voorvallen is uitsluitend sprake van mishandeling indien het lichamelijke geweld zich regelmatig voordoet.

Van verwaarlozing is sprake als zorg achterwege blijft. De opvoeders laten structureel na de basisbehoeften van het kind te vervullen. Bij fysieke verwaarlozing komen opvoeders langdurig onvoldoende tegemoet aan de lichamelijke basisbehoeften van het kind. Het gaat dan bijvoorbeeld om het in gebreke blijven bij het verkrijgen van behandeling of onverantwoordelijk uitstel of het achterwegen blijven van het inschakelen van noodzakelijke zorg in gevallen dat het kind evident medische zorg nodig heeft. Andere voorbeelden zijn een terugkerend patroon van het alleen thuislaten van jonge kinderen zonder toezicht; het niet voorzien in voldoende bescherming tegen kou; onvoldoende veilige exploratiemogelijkheden; of structureel te weinig, slechte of onregelmatige voeding bieden. Samengevat ontbreekt het een kind aan de zorg en verzorging die het gezien zijn leeftijd behoeft met alle mogelijke lichamelijke gevolgen van dien.

Bij emotionele mishandeling heeft de opvoeder een houding tegenover het kind die het kind in angst en onzekerheid doet leven. Die houding uit zich bijvoorbeeld in het bedreigen of uitschelden van een kind als een systematisch patroon van kleineren, denigreren of tot zondebok maken. Het toepassen van excessieve niet-lichamelijke discipline of dreigen met andere vormen van mishandeling zoals verlaten, zelfmoord, slaan of seksuele mishandeling, hoort ook in deze categorie.

Evenals bij fysieke verwaarlozing is bij emotionele verwaarlozing sprake van het achterwege laten van benodigde zorg. Het betreft in dit geval een systematisch gebrek aan koestering of genegenheid. Dat wil zeggen dat er een merkbaar gebrek aan aandacht is voor de behoeften van het kind aan genegenheid, emotionele steun, aandacht, bevestiging en controle. Ook huiselijk geweld waar het kind getuige van is, wordt tot deze categorie gerekend.

Tot slot noemden we seksueel misbruik: dit omvat elk seksueel contact met een kind door een volwassene. Deze categorie omvat ook gevallen van seksuele uitbuiting door anderen met toestemming van een voor het kind verantwoordelijke volwassene, zoals in kinderprostitutie, pornografie of verkrachting.

Genoemde vormen van kindermishandeling (zie ook www.nji.nl) komen meestal niet afzonderlijk voor. Dat wil zeggen: in de praktijk komen in een gezin waar sprake is van kindermishandeling vaak meerdere vormen tegelijk voor.

1.4 De omvang

Situaties van kindermishandeling in het gezin betreffen situaties waarin de opvoedingssituatie ernstig zorgwekkend is. Het vertrouwen van de kinderen in hun opvoeders wordt serieus geschaad. Juist hun verzorgers, waar zij in een rol van afhankelijkheid tot staan en die hen dienen te begeleiden, vormen een bron van stress. De kinderen wordt noodzakelijke zorg onthouden en/of hen wordt schade toegebracht door de ouders: seksuele schade, fysieke schade, zoals brandwonden, blauwe plekken, botbreuken, maar ook sociaal-emotionele problematiek.

Gevolgen van kindermishandeling kunnen velerlei zijn en een grote impact hebben op het individu, de omgeving en de maatschappij (Meerding, 2005). Daarbij hangt mishandeling en gerelateerde problematiek in de vroege kindertijd samen met ernstige problematiek in de adolescentie (gedragsproblemen, verslaving, crimineel gedrag,

psychische problemen, suicide; Cicchetti & Carlson, 1989). Onderzoek wijst bovendien uit dat mishandelde kinderen een verhoogd risico hebben zelf mishandelende ouders te worden (Baas, 2001; Cicchetti & Carlson, 1989). In een deel van de gevallen is de kindermishandeling zo substantieel dat deze de dood tot gevolg heeft. Een inventarisatie van UNICEF (2003) wijst uit dat dit jaarlijks 3500 gevallen betreft in lidstaten van de Organisation for Economic Cooperation and Development.

Naar schatting worden in Nederland jaarlijks ten minste honderdzevenduizend kinderen het slachtoffer van mishandeling (Lamers-Winkelmann, Slot, Bijl, & Vijlbrief, 2007; Van IJzendoorn e.a., 2007). De omvang van het probleem en de maatschappelijke en individuele gevolgen die daar uit voortvloeien, vragen om investeringen in de preventie van kindermishandeling. Met de preventieve activiteiten moeten tenminste de hoog-risicogezinnen bereikt worden om zodoende in die gezinnen kindermishandeling te kunnen voorkomen. Het is daartoe van belang met de initiatieven aan te sluiten bij inzichten in oorzaken of determinanten van kindermishandeling. Uit de literatuur (zie bv. Dubowitz & Bennett, 2007) komt duidelijk naar voren dat situaties waarin ouders en gezinnen onder druk staan of maatschappelijk in de knel zitten, het risico op mishandeling verhogen. Een voorbeeld daarvan vormen voor het kind riskante acties die sommige ouders ondernemen bij veel huilen door zuigelingen (Reijneveld e.a., 2004). Andere factoren die in de literatuur aangeduid zijn als indicatoren voor hoog risico binnen het gezin zijn bijvoorbeeld psychopathologie en ervaringen van de ouders met geweld in de kindertijd; jong ouderschap; laag opleidingsniveau van de ouder; en armoede en werkloosheid (Olds & Kitzman, 1993; Reijneveld e.a., 2007; Sidebotham, 2001; Van IJzendoorn e.a., 2007). Internationale vergelijkingen laten daarbij zien dat ook de normen binnen een samenleving een rol spelen. In gewelddadige samenlevingen is de kans op mishandeling aanzienlijk groter (zie verder Paragraaf 1.6).

1.5 Primaire preventie van kindermishandeling

De onderhavige kennissynthese is gericht op de *primaire* preventie van kindermishandeling. De definitie voor primaire preventie die in deze studie gehanteerd wordt luidt als volgt:

Het voorkomen dat nieuwe gevallen optreden door het wegnemen van oorzaken.

Primaire preventie heeft daarmee als doel kindermishandeling te voorkomen door oorzaken of 'risico's' (zie onderstaand) te beïnvloeden. Hiervoor is een aantal zaken van belang. Allereerst dienen de determinanten of risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling bekend te zijn. Aansluitend dienen deze beïnvloedbaar te zijn wil de preventie van mishandeling kunnen slagen. Bovendien zijn valide en bruikbare instrumenten nodig voor het beschrijven van hoog-risicogezinnen dan wel zorgwekkende opvoedingssituaties die kunnen leiden tot kindermishandeling. Tot slot is een dergelijke risicotaxatie alleen nuttig als in geval van geconstateerd risico aansluitend evidence-based hulpaanbod ter preventie van de problematiek aangeboden kan worden. Daarom waren in de onderhavige kennissynthese de eerder genoemde fasen te onderscheiden waarin achtereenvolgens stilgestaan werd bij determinanten van kindermishandeling, methoden voor risicotaxatie en interventie, lacunes en tegenstrijdigheden en de resultaten in relatie tot de praktijk.

Naast primaire preventie zijn secundaire en tertiaire preventie te onderscheiden. Secundaire preventie omvat het vroegtijdig signaleren van kindermishandeling en het

stoppen en behandelen ervan zodat erger kan worden voorkomen. Tertiaire preventie heeft tot doel het verminderen van de negatieve gevolgen van bestaande kindermishandeling. Methoden voor secundaire en tertiaire preventie worden niet in deze kennissynthese meegenomen.

1.6 Risicofactoren

De oorzaak van kindermishandeling is niet één op één aan te wijzen. Wel zijn er verscheidene risicofactoren aanwijsbaar die de kans vergroten dat kindermishandeling zich in een gezin zal voordoen (zie ook voor een overzicht bv. Van Leerdam, Öry, Kooijman, & Landweer, 2003, deel 4, p.5). UNICEF (2003) rapporteerde dat de lijst van factoren die het meest genoemd werden wegens hun associatie met kindermishandeling de volgende waren: klasse en ras, armoede, alleenstaand ouderschap, werkloosheid, huiselijk geweld, uiteenvallen van het gezin, kinderen die niet bij hun biologische ouders leven, sociale isolatie, ziekte of handicap van het kind, mentale problematiek, drugs en alcohol misbruik, tienerouderschap, lage opleidingsniveaus en ouders die zelf mishandeld zijn in hun jeugd. In de recente Nederlandse nationale prevalentiestudie kindermishandeling van de Universiteit Leiden (Van IJzendoorn e.a., 2007) werd ook gekeken naar risicofactoren in de Nederlandse populatie (daarbij werden psychosociale risicofactoren niet onderzocht). Kindermishandeling bleek met name vaker voor te komen in éénoudergezinnen, stiefgezinnen, gezinnen met werkloze ouders, allochtone gezinnen, gezinnen uit de laagste milieus, grotere gezinnen en in gezinnen met een opeenstapeling van risico's.

Bouwmeester (2006) inventariseerde in haar proefschrift de wetenschappelijke literatuur ten aanzien risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling. Zij maakte een overzicht op basis van de literatuur tot 2002 (Medline tot 2004). Totaal vond zij 2748 publicaties waarvan zij er op basis van titel en samenvatting 72 als relevant kenmerkte. Zij maakte in haar overzicht vervolgens onderscheid tussen factoren op de volgende terreinen:

1. De ontwikkelingsgeschiedenis van de ouders (nare jeugdervaringen)
2. Persoonlijkheid van de ouder of ouderkenmerken (leeftijd, opleiding, middelengebruik, psychische problemen, chronische ziekte)
3. Ouderlijk bewustzijn of pedagogisch besef
4. Gezinskenmerken (sociaaldemografisch, bijvoorbeeld inkomen, werkloosheid, etniciteit)
5. Kenmerken van het kind (ontwikkeling, leeftijd, sekse, IQ, temperament, gedrag, pre-/dismaturiteit, handicap, enzovoorts)
6. Leefomstandigheden (het ecosysteem, bijvoorbeeld sociaal isolement, steun, woonomgeving)

Op basis van de factoren die in de literatuur gevonden werden, inventariseerde zij de prevalentie van deze factoren in Nederland. Haar conclusie was dat de meeste risicofactoren weinig voorkomen: van 0% voor jonge vaders (jonger dan 18 jaar) tot en met 8.1% voor meer of mindere mate van sociaal isolement van moeders. De risicofactoren die het meest gevonden werden, zijn sociaal isolement van de ouders, depressie van moeder, pre-/dismaturiteit van het kind, moeder die in haar jeugd getuige was van geweld of te maken had met seksueel misbruik. In 3.3% van alle gezinnen waren totaal vier of meer risico's aanwezig. Deze werden daarmee aangemerkt als hoog-risicogezinnen (Bouwmeester, 2006).

1.7 Belang van preventie

Kindermishandeling heeft gedurende de afgelopen decennia internationaal en nationaal steeds meer maatschappelijke en politieke aandacht gekregen. In Nederland getuigen recent ondermeer kamerdebatten (2007) en brieven, de landelijke invoer van de RAAK-aanpak, plus het Actieplan 'Kinderen Veilig Thuis' van Minister voor Jeugd en Gezin, Rouvoet, van de aandacht voor kindermishandeling in politiek Den Haag. Overigens was ondanks de alom erkende invloed van mishandeling op de ontwikkelkansen van kinderen tot voorkort niet bekend hoeveel kinderen in Nederland jaarlijks slachtoffer zijn van mishandeling. Tot die tijd werden cijfers vanuit Amerikaans onderzoek geëxtrapoleerd naar schattingen voor Nederland, die uitkwamen op een omvang van vijftig- tot tachtigduizend. Op basis van de studieresultaten die vorig jaar gepresenteerd werden (Lamers-Winkelmann e.a., 2007; Van IJzendoorn e.a., 2007), moeten deze cijfers naar boven bijgesteld worden naar tenminste honderdzevenduizend. Het probleem is dus nog groter dan we eigenlijk voor ogen hadden. Van IJzendoorn e.a. (2007) concluderen dat het 'tijd wordt kindermishandeling tot speerpunt te maken van beleid en preventiepraktijk' waarbij ze ondermeer de brede inzet van gedragsgerichte preventieve interventies noemen als een mogelijke wijze waarop ouders in de genoemde risicogroepen wellicht beter toegerust kunnen worden voor hun zware taak van opvoeden.

Er zijn landelijk verschillende initiatieven gericht op de preventie van kindermishandeling. Inmiddels wordt bijvoorbeeld gewerkt aan de proefimplementatie van een richtlijn secundaire preventie kindermishandeling jeugdgezondheid (JGZ; Wagenaar-Fischer e.a., 2007a, 2007b). Uit de richtlijn volgt een aantal belangrijke aanbevelingen op het gebied van de primaire preventie, waaronder de aanbeveling dat de JGZ bij elk contact met kind en ouders onderzoekt of er beschermende en risicofactoren aanwezig zijn en of het gezin hulp nodig heeft, dat de JGZ van de pre- en perinatale zorg en kraamzorg informatie over risicofactoren overgedragen krijgt en dat er extra aandacht besteed wordt aan zorgmijders en migrantengroepen. Een belangrijke nieuwe ontwikkeling is verder dat in de programmatekst van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin hoge prioriteit wordt gegeven aan de preventie van kindermishandeling. Het plan van minister Rouvoet is om voor elk kind in de eerste vier jaar na de geboorte door de JGZ een risico-inventarisatie van opgroei- en opvoedproblemen te laten maken. Waar nodig kunnen dan tijdig interventies worden ingezet uiteenlopend van opvoedingsondersteuning en educatie tot geïndiceerde jeugdzorg (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2007a). Recent presenteerde minister Rouvoet het actieplan van het ministerie voor de landelijke aanpak van kindermishandeling (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2007b). In dit plan is ondermeer geld vrijgemaakt voor landelijke implementatie van de RAAK (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling) methodiek. Op 21 april 2008 gaf Minister Rouvoet hiervoor de aftrap.

Samengevat staat de omvang van het probleem en het belang van preventie buiten kijf. Zoals eerder genoemd staat in deze studie de primaire preventie van kindermishandeling centraal.

2 Methode van onderzoek

2.1 Methode van onderzoek

Deze studie betreft het inventariseren van kennis en onderzoek over effectieve instrumenten en interventies ten behoeve van primaire preventie van kindermishandeling volgens de definitie van ZonMw als in de Inleiding gepresenteerd:

“Het voorkomen dat nieuwe gevallen van kindermishandeling optreden door het wegnemen van oorzaken / risico's.”

Belangrijk daarbij is om onderscheid te maken tussen (A) valide en bruikbare risicotaxatie methoden en (B) evidence-based effectieve interventies:

- A) Voor risicotaxatie instrumenten gaat het er om welke methoden bruikbaar en effectief zijn bij het beschrijven van risicogezinnen of zorgwekkende opvoedingssituaties die kunnen leiden tot kindermishandeling. Het gaat om de eerste stap in signalering van zorgwekkende (opvoedings-/opgroei-)situaties: *universele* vroegsignalering op doelgroepniveau gericht op alle kinderen en ouders (Kooijman & Prinsen, 2003). Centraal staat het betrouwbaar en valide taxeren van verstoorde draagkracht-draaglast verhoudingen in het gezin, ofwel het signaleren van een eerste opvoedingsondersteuningsbehoefte, hetgeen volgens het rapport Klein Velderman en collega's (2007, p. 152) meer aandacht behoeft.
- B) Risicotaxatie is alleen dan nuttig als aansluitende hulpverlening voorhanden is. Daarnaast zal het voor de meeste interventies om kostentechnische redenen niet te realiseren zijn om de *gehele populatie* interventie te bieden ter stimulering van de normale ontwikkeling van kinderen. Daarom zal voor wat betreft de evidence-based interventiemethoden in deze studie de meeste aandacht uitgaan naar interventies in het kader van *selectieve* of *geïndiceerde* vroegtijdige preventie¹. Daarbij is sprake van een risicogroepenbenadering (Hermanns e.a., 2005; Klein Velderman e.a., 2007). Deze interventies worden dus aangeboden ter ondersteuning op individueel of groepsniveau aan subpopulaties waarvan men op basis van onderzoek of na screening weet dat ze verhoogde risico's hebben voor in dit geval kindermishandeling.

Indien de kennis over en het aanbod van beschikbare evidence-based methoden volledig is kan men dus bij risicotaxatie met methoden onder (A) doorverwijzen naar methoden onder (B). Wat buiten het bereik van deze kennissynthese valt, is *geïndiceerde zorg*. Dit betreft klinische interventies in situaties waar bijvoorbeeld kindermishandeling vastgesteld is en waarvoor door gespecialiseerde voorzieningen hulp, behandeling of zorg wordt aangeboden (Klein Velderman e.a., 2007).

Het is niet de bedoeling dat het werk van eerdere studies naar de beschikbare kennis en onderzoeksprojecten op dit terrein wordt overgedaan. Daarom zal in deze studie zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van informatie uit bestaande overzichtsstudies en meta-analyses (zie bv. Barlow e.a. 2006; Geeraert e.a., 2004; Hermanns e.a., 2005; Klein Velderman e.a., 2007; Van Leerdam e.a., 2003). Alleen waar belangrijke lacunes

¹ Let wel: universele preventie interventie gericht op de gehele populatie behoort wel tot het onderwerp van deze kennissynthese.

in kennis worden geconstateerd of waar informatie over onderzoek uit de meest recente periode ontbreekt, zal daarnaast naar aanvullende gegevens uit recente primaire studies worden gezocht.

2.2 Werkwijze met betrekking tot instrumenten voor risicotaxatie

Voor het in kaart brengen van de wetenschappelijke kennis over risicotaxatie instrumenten ten behoeve van primaire preventie van kindermishandeling hebben we een literatuurstudie gedaan in een aantal internationale databestanden, te weten PiCarta, PsychINFO, Medline (PubMed), ERIC, Campbell co-operation en Cochrane Collaboration. PiCarta includeert de Nederlandse Centrale Catalogus (NCC) en Online Contents met meer dan 15.000 periodiek verschijnende tijdschriften uit alle wetenschappen. PsycINFO bevat publicaties gericht op psychologie of psychologische aspecten in andere disciplines. Medline is vooral gericht op medische literatuur en ERIC op opvoedkundige en onderwijskundige publicaties. In de bibliotheek van Campbell Collaborations zijn systematische overzichtsstudies te vinden op het terrein van onderwijs, criminaliteit en sociaal welzijnswerk. De Cochrane Collaboration produceert en verspreid systematische overzichtsstudies van interventies op het gebied van de gezondheidszorg. Het belangrijkste product van Cochrane is de Cochrane Database of Systematic Reviews, een elk kwartaal geactualiseerd onderdeel van de Cochrane Library.

Daarnaast is ook een aantal nationale databanken bekeken, namelijk publicaties op de website van het NJi (www.nji.nl), <http://scholar.google.nl>, de Mulock Houwer Bibliotheek, de bibliotheek van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl), en van TNO (www.tno.nl). Bovendien werden in gevonden studies de referentielijsten doorgenomen om overige relevante studies op te sporen.

In de genoemde nationale en internationale databanken zochten wij naar relevante overzichtsstudies. We verzamelden drie type overzichtsstudies. Allereerst betrof het statistische meta-analyses. In meta-analyses zijn de uitkomsten van de systematisch verzamelde studies op statistische wijze samengevoegd tot een gemiddelde effectgrootte¹. Ten tweede werden systematische overzichts- of reviewstudies meegenomen in het onderzoek. In deze studies zijn zoekstrategie, in- en exclusiecriteria van studies gespecificeerd. De studies die in dergelijke overzichten zijn meegenomen, worden systematisch geanalyseerd en vaak weergegeven in één of meerdere overzichtstabellen. Tot slot is een aantal meer traditionele overzichtsstudies meegenomen waarin op verhalende wijze overzicht wordt gegeven van een afgebakend terrein. In dergelijke studies zijn de zoekstrategie, in- en exclusiecriteria niet nader gespecificeerd en is geen sprake van een systematische analyse van geïncludeerde studies (zie ook Cuijpers, 2001).

In de databanken combineerden we zoektermen over de instrumenten (screening OR instrumentation OR mass administration OR diagnosis OR psychometrics OR risk assessment OR inventory OR questionnaire) met zoektermen over de uitkomstvariabelen (abuse OR neglect OR maltreatment OR batter* OR domestic violence OR parenting problems OR abuse potential). Daarnaast werd zowel de

¹ De formule voor effectgrootte (d) = (gemiddelde op de meting van de interventiegroep – gemiddelde van de controlegroep) / gepoolde standaarddeviatie (zie bv. Cohen, 1988). Een effect van 0.0 duidt op geen aanwezig effect, 0.2 op een klein positief effect, 0.5 op een redelijk positief effect en 0.8 op een groot positief effect.

populatie (infancy OR preschool* OR toddler* OR child* OR adolescent*) als de methodologie (meta-analysis OR metastudy OR review OR synthesis OR overview) nader gespecificeerd. In de Nederlandse databanken van het NJi, Trimbos-instituut en TNO werd breder gezocht op termen omtrent de instrumenten (signalering of screening) en het onderwerp (kindermishandeling).

De gevonden bronnen zijn getoetst aan de volgende criteria:

- Publicatiedatum: in of na 1998 tot juni 2008
- Publicatietaal: Engels- of Nederlandstalig
- Doelgroep: kinderen/jongeren in de leeftijd van -9 maanden tot 21 jaar.
- Inhoud: risicotaxatie instrumenten gericht op de primaire preventie van kindermishandeling, waarbij kindermishandeling in de breedste zin van het woord bedoeld is (dus: zowel mishandeling als verwaarlozing, van zowel fysieke, psychische als seksuele aard).

Als laatste zijn de gevonden artikelen van de verkennende literatuurstudie naar interventies (zie Paragraaf 2.4) bekeken op relevante publicaties met betrekking tot risicotaxatie instrumenten.

2.3 Werkwijze met betrekking tot interventies

Voor de verkennende literatuurstudie naar interventies op het terrein van de primaire preventie van kindermishandeling zijn dezelfde internationale en nationale databases gebruikt als bij de literatuurstudie naar risicotaxatie instrumenten, namelijk PiCarta, PsychINFO, Medline (PubMed), ERIC, Campbell co-operation, Cochrane Collaboration, publicaties op de website van het NJi, <http://scholar.google.nl>, de Mulock Houwer Bibliotheek, de bibliotheek van het Trimbos-instituut, en van TNO (zie Paragraaf 2.3 voor een korte omschrijving van de genoemde databanken). Daarnaast is gekeken in de databank effectieve interventies (www.jeugdinterventies.nl).

In de databanken combineerden we zoektermen over de interventies (interventie* OR program OR preventie* OR training OR support group OR education) met zoektermen over de uitkomstvariabelen (abuse OR neglect OR maltreatment OR batter* OR domestic violence). Daarnaast werd zowel de populatie (infancy OR preschool* OR toddler* OR child* OR adolescent*) als de methodologie (meta-analysis OR metastudy OR review OR synthesis OR overview) nader gespecificeerd. Tevens selecteerden we ook met betrekking tot interventies op Engels- of Nederlandstalige studies, gepubliceerd in of na 1998 tot juni 2008, die kinderen/jongeren in de leeftijd van -9 maanden tot 21 jaar als doelgroep hadden. Daarnaast werden de literatuurlijsten in de gevonden studies doorgenomen om overige relevante studies op te sporen. Als laatste zijn de gevonden artikelen van de verkennende literatuurstudie naar risicotaxatie instrumenten (zie Paragraaf 2.2) bekeken op relevante publicaties ten aanzien van interventies.

2.4 Verwerking van resultaten

De relevant gevonden publicaties van de literatuurverkenning van risicotaxatie instrumenten en interventies op het terrein van primaire preventie van kindermishandeling moesten uiteindelijk informatie geven over de mogelijkheden die er zijn voor primaire preventie van de verschillende vormen van kindermishandeling (fysieke mishandeling, fysieke verwaarlozing, emotionele mishandeling, emotionele verwaarlozing en seksuele mishandeling) en op verschillende leeftijden

(zuigelingenperiode, vroege kindertijd, basisschoolleeftijd en adolescentie/jongvolwassenheid). Gevonden informatie werd daarom verwerkt in een tabel (zie Tabel 2.1) die diende als uitgangspunt voor de resultaten zoals beschreven in Hoofdstuk 3, 4, 5 en 6. Per leeftijdscategorie werden de gevonden risicotaxatie instrumenten en interventies geregistreerd. In Hoofdstuk 3 en 4 werd ten aanzien van de risicotaxatie instrumenten daarbij bovendien onderscheid gemaakt naar vorm van kindermishandeling (de verschillende kolommen in Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Verwerkingsschema voor het aanbod zoals gevonden in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur

	Fys. mh¹	Fys verwl²	Emo. mh³	Emo. verwl⁴	Seks. mh⁵
Zuigelingenperiode (-9 maanden – 1 jaar)					
Vroege kindertijd (1 – 4 jaar)					
Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)					
Adolescentie/jongvolwassenheid (12-21 jaar)					

¹ Fysieke mishandeling (fys. mh)

² Fysieke verwaarlozing (fys. verwl)

³ Emotionele mishandeling (emo. mh)

⁴ Emotionele verwaarlozing (emo. verwl)

⁵ Seksuele mishandeling (seks. mh)

3 Resultaten risicotaxatie instrumenten

3.1 Procesmatige resultaten

De literatuurverkenning zoals beschreven in Hoofdstuk 2 leverde met betrekking tot de risicotaxatie instrumenten ruim 570 titels en/of samenvattingen op. Het handmatig scannen hiervan resulteerde echter in slechts 23 studies die relevant leken voor deze kennissynthese. Deze mogelijk relevante publicaties zijn opgevraagd. Drie van deze publicaties waren niet (tijdig) verkrijgbaar. Van de overige 20 studies bleken 13 studies niet relevant voor deze studie, voornamelijk omdat het 1) geen overzichtsstudies waren, maar er verschillende aspecten van één bepaald risicotaxatie instrument besproken werden, of omdat 2) het geen screening of signalering betrof. De literatuurverkenning leverde daardoor uiteindelijk zeven relevante overzichtsstudies op (zie Tabel 3.1). Deze lijst is aangevuld met de relevante publicatie Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (MOgroep, 2007).

Tabel 3.1 Overzichtsstudies risicotaxatie instrumenten

Referentie (alfabetisch)	Type studie ¹	Aantal studies ²	Type kmh ³	Leeftijd
Baeten, Ten Berge, Geurts, & Kooijman, 2001	Terreinverkenning in Nederland	NG	b	0-4 jaar
Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005	Syst. Review	NG	a	Zwangerschap – 19 jaar
Klein Velderman, e.a., 2007	Syst. Review	NG	a	Zwangerschap – 23 jaar
Kooijman & Prinsen, 2003	Syst. Review	6	a	0-4 jaar
MOgroep, 2007	Review	NVT	a	0-18 jaar
Nygren, Nelson, & Klein, 2004	Syst. Review	6	b	Zwangerschap – NG
Peters & Barlow, 2003	Syst. Review	8	c	Zwangerschap – NG
Vink, 2008	Syst. Review	9	a	Zwangerschap

¹ Systematische overzichtsstudie (Syst. review)

² Niet Gespecificeerd (NG)

³ (a) Zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden, (b) mishandeling en verwaarlozing, niet nader gespecificeerd, (c) mishandeling, niet nader gespecificeerd

In dit hoofdstuk gaan we inhoudelijk niet verder in op risicotaxatie instrumenten die specifiek voor de Nederlandse praktijk ontwikkeld zijn. Deze instrumenten worden nader behandeld in Hoofdstuk 4.

Tabel 3.1 biedt een overzicht van de gevonden literatuur. Het betrof in alle gevallen (met uitzondering van MOgroep, 2007) systematische overzichtsstudies. Om te beginnen geven Baeten, Ten Berge, Geurts en Kooijman (2001) een overzicht van in de Nederlandse praktijk gebruikte signaleringsinstrumenten bij kinderen van 0 tot 4 jaar. Deze praktijk beslaat uit lokale voorzieningen zoals consultatiebureaus en kinderdagvoorzieningen, medici, Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, Bureaus Jeugdzorg, politie, jeugdbescherming en geïndiceerde zorg/GGZ. Hermanns en collega's (2005) doen in het Inventrapport een aantal aanbevelingen voor signaleringsinstrumenten met betrekking tot zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden op basis van een internationale literatuurverkenning. Voor de primaire preventie van kindermishandeling adviseren zij de DFSI (Dunedin Family Services Indicator) en de CTSPC (Conflict Tactics Scale for Parent and Child). De programmeringstudie van Klein Velderman en collega's (2007) geeft een overzicht uit zowel de nationale als de internationale literatuur van signaleringsinstrumenten op het terrein van opgroei- en opvoedondersteuning.

Kooijman en Prinsen (2003) bespreken (inter)nationale studies naar gebruik en bruikbaarheid van signaleringsinstrumenten in de JGZ. De auteurs concluderen dat er binnen de JGZ diverse signaleringsinstrumenten gebruikt worden en dat er weinig goed onderzochte signaleringsinstrumenten beschikbaar zijn. Nygren, Nelson en Klein (2004) zochten in hun literatuurstudie naar screeningsinstrumenten waarvan de afnameduur beperkt was en die bruikbaar waren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze concluderen dat de zes door hen geïnccludeerde screeningsinstrumenten een redelijke hoge sensitiviteit hadden, maar een lage specificiteit in de bestudeerde populaties. Peters en Barlow (2003) includeerden in hun systematische overzichtsstudie alleen studies betreffende tenminste één gestandaardiseerd instrument voor het identificeren van hoog-risicogezinnen, waarbij gebruik werd gemaakt van een prospectieve methodologie. Van de acht geïnccludeerde studies met signaleringsinstrumenten voldeden er slechts twee aan de minimale eisen van de auteurs voor signaleringsinstrumenten, namelijk een specificiteit van boven de 80% en een positief voorspellende waarde van boven de 25%. Het betrof de DFSI en de KFSI (Kempe Family Stress Inventory). Vink (2008) bekeek het aanbod van instrumenten voor vroegsignalering in de zwangerschap ter voorkoming van zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden. Zij concludeerde dat in Nederland geen evidence-based of veelbelovende instrumenten aanwezig zijn en dat het internationale aanbod ook zeer beperkt is.

De in de overzichtsstudies besproken risicotaxatie instrumenten specifiek gericht op kindermishandeling staan vermeld in Bijlage A. Bijlage B geeft een overzicht van instrumenten gericht op risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling weer (zie ook Paragraaf 1.6), zoals zorgwekkende opgroei- en opvoedproblemen. Deze lijst met instrumenten is zeker niet uitputtend; het betreft alleen die instrumenten die aanbod kwamen in bovengenoemde literatuur.

3.2 Inhoudelijke resultaten

In Tabel 3.2 is het aanbod uit de nationale en internationale literatuur van risicotaxatie instrumenten gericht op kindermishandeling gegroepeerd naar leeftijd en vorm van

mishandeling. Alleen als uit de literatuur duidelijk naar voren kwam op welke vorm van mishandeling of welke leeftijdsgroep het risicotaxatie instrument betrekking had, is deze daarnaar ingedeeld.

In totaal zijn er in de literatuur 16 instrumenten gevonden gericht op het signaleren van kindermishandeling (zie Tabel 3.2). Drie van deze instrumenten zijn speciaal ontwikkeld voor de Nederlandse praktijk (aangemerkt met een * in Tabel 3.2) en komen in Hoofdstuk 4 aan bod. Het betreft de LIRIK, SPUTOVAMO en OKÉ vragenlijst (Vragenlijst Stevig Ouderschap)¹. De belangrijkste conclusies op grond van de informatie van de overige 13 instrumenten uit Tabel 3.2 en Bijlage A worden hier kort beschreven.

Het merendeel van de gevonden instrumenten dient afgenomen te worden door een beroepskracht of professional. Alleen de AAPI (Adult-Adolescent Parenting Inventory), de CAPI (Child Abuse Potential Inventory) en de CTSPC kunnen door de (toekomstige) ouders zelf worden ingevuld. Hierbij moet aangemerkt worden dat de AAPI ingevuld wordt door (toekomstige) ouders, de CAPI en de CTSPC kunnen door ouders met kinderen in een brede leeftijdsrange worden ingevuld. Bij het bekijken van het aanbod van risicotaxatie instrumenten specifiek gericht op kindermishandeling wordt duidelijk dat het merendeel van de instrumenten wordt aangeboden in de zuigelingenperiode. Het leeftijdsbereik van de CAPI, de CARE (Child Abuse Risk Evaluation), de FPSRI (Family Psycho-Social Risk Inventory) en de CTSPC beslaat de gehele periode van 0 tot 21 jaar. Het doel van de opgenomen instrumenten in Tabel 3.2 is het signaleren van het risico op kindermishandeling, waarbij kindermishandeling in de meeste gevallen niet nader gespecificeerd is. De nadruk bij het merendeel van deze instrumenten ligt op fysieke mishandeling. Emotionele mishandeling wordt alleen expliciet genoemd bij de CTSPC. Er zijn geen instrumenten die zich specifiek richten op verwaarlozing, alleen verwaarlozing in combinatie met mishandeling. Ook wordt er geen onderscheid gemaakt tussen fysieke en emotionele verwaarlozing. Het signaleren van seksueel misbruik wordt alleen expliciet genoemd als doel bij de CTSPC.

Voor wat betreft de psychometrische kwaliteiten van de gevonden instrumenten, blijkt dat van de AAPI, DFSI, FPSRI, checklist van Gordon (1977) en KFSI de beste testeigenschappen bekend zijn. De AAPI heeft een betrouwbaarheid² variërend tussen de 0.80 en 0.93. De DFSI, FPSRI en de checklist van Gordon (1977) hebben een sensitiviteit en specificiteit³ van boven de 80%. De positief voorspellende waarde⁴ van de DFSI en KFSI ligt boven de 25% en de specificiteit van de KFSI bedraagt 94% (zie verder Bijlage A en Bijlage B).

¹ De OKÉ vragenlijst is onderdeel van het project Stevig Ouderschap. In de rest van het document zullen we hier daarom aan refereren als *Vragenlijst Stevig Ouderschap*.

² *Betrouwbaarheid* van een instrument geeft de mate aan waarmee een instrument dat meerdere malen in dezelfde omstandigheden afgenomen wordt steeds hetzelfde resultaat oplevert.

³ *Sensitiviteit* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat op het instrument als zodanig wordt herkend. *Specificiteit* betreft het percentage personen zonder problematiek dat correct wordt geïdentificeerd als probleemloos.

⁴ *Positief voorspellende waarde* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat inderdaad problemen blijkt te hebben.

Tabel 3.2 Aanbod literatuur risicotaxatie instrumenten gericht op kindermishandeling

	Fys. mh ¹	Fys. verwl ²	Emo. mh ³	Emo. verwl ⁴	Seks. mh ⁵	
Zuigelingenperiode (-9 maanden – 1 jaar)	CAPI ⁶ CARE ⁷ CTSPC ⁸ FPSRI ⁹ KFSI ¹⁰ *LIRIK ¹¹ MHI-2 ¹² *SO ¹³ PPA ¹⁴ SEPO ¹⁵ *SPUT ¹⁶ TSSCR ¹⁷ -- ¹⁸ -- ¹⁹ -- ²⁰	CARE CTSPC FPSRI *LIRIK *SO *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK *SO	CARE CTSPC *SO	CARE CTSPC *SO	CARE CTSPC FPSRI *LIRIK *SPUT
Vroege kindertijd (1 – 4 jaar)	CAPI CARE CTSPC *LIRIK SEPO *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK	CARE CTSPC *LIRIK	CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	
Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)	CAPI CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK	CARE CTSPC	CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	
Adolescentie/jongvolwassenheid (12-21 jaar)	AAPI ²¹ CAPI CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	CARE CTSPC *LIRIK	CARE CTSPC	CARE CTSPC *LIRIK *SPUT	

¹ Fysieke mishandeling (fys. mh)² Fysieke verwaarlozing (fys. verwl)³ Emotionele mishandeling (emo. mh)⁴ Emotionele verwaarlozing (emo. verwl)⁵ Seksuele mishandeling (seks. mh)⁶ Child Abuse Potential Inventory (CAPI)⁷ Child Abuse Risk Evaluation (CARE)⁸ Conflict Tactics Scale for Parent and Child (CTSPC)⁹ Family Psycho-social Risk Inventory (FPSRI)¹⁰ Kempe Family Stress Inventory (KFSI)¹¹ Licht Instrument Risicotaxatie Kmh (LIRIK)¹² Maternal History Interview – 2 (MHI-2)¹³ SO (Vragenlijst Stevig Ouderschap)¹⁴ Parenting Profile Assessment (PPA)¹⁵ Lijst Hellinckx (SEPO)¹⁶ SPUTOVAMO (SPUT)¹⁷ Two-Step-Screening (TSSCR)¹⁸ Naamloos (--, Browne & Saqi, 1988)¹⁹ Naamloos (--, Gordon, 1977)²⁰ Naamloos (--, Lealman e.a., 1983)²¹ Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)

* Instrument ontwikkeld voor de NL praktijk

4 Praktijk in Nederland: Risicotaxatie instrumenten

4.1 Procesmatige resultaten

Een aantal risicotaxatie instrumenten bekend uit de internationale en nationale literatuur (zie Hoofdstuk 3) wordt gebruikt in de Nederlandse praktijk. Daarnaast is er een aantal instrumenten speciaal ontwikkeld voor de Nederlandse praktijk. Deze in Nederland gebruikte instrumenten zijn terug te vinden in Bijlage A. Een aantal in de literatuur genoemde risicotaxatie instrumenten is niet opgenomen in deze bijlage, waaronder de lokale lijsten die ontwikkeld zijn in het kader van de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (TRV) ter signalering van risico's voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Het voert te ver voor deze kennissynthese om de benodigde informatie te verkrijgen van dergelijke lokale initiatieven. Daarnaast wordt in de praktijk een groot aantal signalenlijsten en checklijsten gebruikt die ofwel geen naam hebben, ofwel niet nader omschreven zijn en waar geen psychometrische kenmerken van bekend zijn. Voorbeelden hiervan zijn de signalenlijst van het consultatiebureau, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, het AMK, de Rutgers Stichting, de signalenlijst van Lamers en het meldingsformulier van de politie. Deze lijsten zijn daarom niet opgenomen in Bijlage A. Een veldinventarisatie van Van Leerdam e.a. (2003) van werkwijzen in het veld van de Jeugdgezondheidszorg op het gebied van kindermishandeling¹ ondersteunt deze bevindingen van deze 'wildgroei' aan initiatieven. De algemene conclusies van deze veldinventarisatie zijn dat één derde van de ondervraagden één of meer signaleringsinstrumenten gebruikt, het aantal gebruikte instrumenten erg divers is en de tevredenheid over deze instrumenten laag is. Binnen het veld leeft de wens van een meer ideaal instrument.

Bij het bekijken van risicotaxatie instrumenten valt op dat het aantal gebruikte instrumenten in de Nederlandse praktijk gericht op het taxeren van risico op het ontstaan van kindermishandeling beperkt is; het zijn er slechts vijf (zie ook Paragraaf 4.2). Alleen deze vijf instrumenten worden in de literatuur duidelijk beschreven. Daarnaast is er weinig tot geen onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de gebruikte risicotaxatie instrumenten. Verder valt op dat bij, behoudens bij de Vragenlijst Stevig Ouderschap, alle instrumenten de professional de informant is.

Bijlage B biedt een overzicht van de instrumenten gericht op risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling, zoals opvoed- en opgroei problemen². Hierin zijn ook de in Nederland gebruikte lijsten weergegeven. Ook hier valt op dat het aantal betrouwbare en goed gevalideerde instrumenten klein is. Een aantal methoden richt zich op het kind, zoals de CBCL, de KIPPPI en het Van Wiechen-onderzoek. Andere zijn juist meer gericht op de opvoedsituatie en zorgbehoeften van de ouders, zoals de VOBO-Z en signaleringsinstrumenten in het kader van Stap voor Stap.

¹ Hierbij is voornamelijk gekeken naar secundaire preventie.

² Zoals in Hoofdstuk 3 reeds aan bod kwam hebben we in Bijlage B slechts risicotaxatie instrumenten weergegeven zoals gevonden in de literatuur volgens de methoden in Hoofdstuk 2. Wij pretenderen met dit overzicht niet volledig te zijn.

4.2 Inhoudelijke resultaten

Tabel 4.1 geeft een weergave van het aanbod van risicotaxatie instrumenten gericht op risico op het ontstaan van kindermishandeling in de Nederlandse praktijk, ingedeeld naar leeftijd en vorm van mishandeling. Allereerst valt op dat het aantal duidelijk beschreven risicotaxatie instrumenten dat in de Nederlandse praktijk gebruikt wordt vrij klein is. Het merendeel van de risicotaxatie instrumenten is gericht op de zuigelingenperiode. De CARE-NL, de LIRIK en de SPUTOVAMO zijn bruikbaar van de zuigelingenperiode tot in de adolescentie. Deze risicotaxatie instrumenten hebben naast op fysieke mishandeling ook betrekking op fysieke verwaarlozing en seksueel misbruik. Emotionele mishandeling wordt alleen in de CARE-NL, de LIRIK en de Vragenlijst Stevig Ouderschap expliciet genoemd. Alleen de CARE-NL en de Vragenlijst Stevig Ouderschap zijn expliciet gericht op emotionele verwaarlozing. Bij de LIRIK wordt gesproken van verwaarlozing, maar er wordt niet verder gedifferentieerd naar fysieke of emotionele verwaarlozing.

Tabel 4.1 Aanbod risicotaxatie instrumenten in de Nederlandse praktijk

	Fys. mh ¹	Fys. verwl ²	Emo. mh ³	Emo. verwl ⁴	Seks. mh ⁵
Zuigelingenperiode (-9 maanden – 1 jaar)	CARE ⁶ LIRIK ⁷ SO ⁸ SEPO ⁹ SPUT ¹⁰	CARE LIRIK SO SPUT	CARE LIRIK SO	CARE SO	CARE LIRIK SPUT
Vroege kindertijd (1 – 4 jaar)	CARE LIRIK SEPO SPUT	CARE LIRIK SPUT	CARE LIRIK	CARE	CARE LIRIK SPUT
Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)	CARE LIRIK SPUT	CARE LIRIK SPUT	CARE LIRIK	CARE	CARE LIRIK SPUT
Adolescentie/jongvolwassenheid (12-21 jaar)	CARE LIRIK SPUT	CARE LIRIK SPUT	CARE LIRIK	CARE	CARE LIRIK SPUT

¹ Fysieke mishandeling (fys. mh)

² Fysieke verwaarlozing (fys. verwl)

³ Emotionele mishandeling (emo. mh)

⁴ Emotionele verwaarlozing (emo. verwl)

⁵ Seksuele mishandeling (seks. mh)

⁶ Child Abuse Risk Evaluation - NL (CARE)

⁷ Licht Instrument Risicotaxatie Kmh (LIRIK)

⁸ SO (Vragenlijst Stevig Ouderschap)

⁹ Lijst Hellinckx (SEPO)

¹⁰ SPUTOVAMO (SPUT)

5 Resultaten interventies

5.1 Procesmatige resultaten

Uit de literatuurverkenning beschreven in Hoofdstuk 2 kwamen ruim 1370 titels en/of samenvattingen naar voren met betrekking tot preventieve interventies op het gebied van kindermishandeling. Na het handmatig scannen van deze titels en/of samenvattingen leken uiteindelijk 109 studies bruikbaar voor deze kennissynthese. Deze studies zijn aangevraagd. Van de 109 aangevraagde studies waren 23 publicaties niet (tijdig) verkrijgbaar. Van de overige 86 studies bleken 54 studies niet relevant voor deze synthese, omdat de gevonden titels en/of samenvattingen 1) geen overzichtsstudies of meta-analyses betroffen; 2) de focus lag op behandeling in plaats van preventie; of 3) de interventies zelf niet besproken werden, maar risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling of aanbevelingen voor toekomstige interventies. De literatuurverkenning resulteerde uiteindelijk in 32 relevante overzichtsstudies (zie Tabel 5.1). Deze Tabel is aangevuld met relevante interventies uit de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut (www.jeugdinterventies.nl) en de programmeringstudie van Klein Velderman e.a. (2007).

Tabel 5.1 Overzichtsstudies interventies

Referentie (alfabetisch)	Type studie ¹	Aantal studies ²	Type kmh ³	Leeftijd
Azar & Wolfe, 2006	Review	NG	b	NG
Barlow, Simkiss, & Stewart- Brown, 2006	Syst. Review	15	b	NG
Bilukha e.a., 2004	Syst. Review	21	b	NG
Blokland, Prinsen, & ter Riet, 2004	Syst. Review	NG	NG	4-19 jaar
Budd, Stockman, & Miller	Review	20	a	NG

¹ Systematische overzichtsstudie (Syst. review); meta-analyse (Meta)

² Niet Gespecificeerd (NG)

³ (a) Zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden, (b) mishandeling en verwaarlozing, niet nader gespecificeerd, (c) mishandeling niet nader gespecificeerd, (d) fysieke mishandeling en verwaarlozing, (e) seksueel misbruik, (f) mishandeling en verwaarlozing, zonder seksueel misbruik

Referentie (alfabetisch)	Type studie	Aantal studies	Type kmh	Leeftijd
Daro, 2005	Review	NG	b	NG
Databank effectieve interventies (www.jeugdinterventies.nl)	NVT	11	a + b	Zwangerschap – 21 jaar
Davis & Gidycz, 2000	Meta	27	e	3-13 jaar
Geeraert, Van den Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004	Meta	40	b	0-3 jaar
Godenzi & De Puy, 2001	Review	NG	c	NG
Guterman, 1999	Meta	19	b	NG
Hanson, Smith, & Fricker-Elhai, 2004	Review	NG	e	Voorschoolse periode en schoolleeftijd
Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005	Syst. Review	NG	a	Zwangerschap – 19 jaar
Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999	Syst. Review	NG	b	NG
Klein Velderman, e.a., 2007	Syst. Review	NG	a	Zwangerschap – 23 jaar
Klevens & Whitaker, 2007	Syst. Review	140	b	NG
Kooijman & Prinsen, 2003	Syst. Review	6	a	0-4 jaar
Kooijman & Zwikker, 2001	Review	NG	b	-9 mnd-5 jaar
LVT/LC OKZ i.s.m. NIZW, 2002	Review	NG	c	NG
MacLeod & Nelson, 2000	Meta	56	a	0-12 jaar
MacMillan, 2000	Review	NG	d	Perinataal en vroege kindertijd

Referentie (alfabetisch)	Type studie	Aantal studies	Type kmh	Leeftijd
Nygren, Nelson, & Klein, 2004	Syst. Review	9	b	NG
Putman, 2003	Syst. Review	NG	e	NG
Renk, Liljequist, Steinberg, Bosco, & Phares, 2002	Review	NG	e	NG
Reppucci, Woolard, & Fried, 1999	Review	NG	d	NG
Roberts & Miltenberg, 1999	Review	NG	e	NG
Sweet & Appelbaum, 2004	Meta	181	c	NG
Van Leerdam, Kooijman, Öry, & Landweer, 2003	Review	8	b	NG
Verdurmen e.a., 2003	Syst. Review	3	e	10-16 jaar
Wurtele, 1998	Review	NG	e	Schoolleeftijd
Zwi, Woolfenden, Wheeler, O'Brien, Tait, & Williams, 2007	Syst. Review	15	e	Adolescentie en jongvolwassenheid

In dit hoofdstuk gaan we inhoudelijk niet nader in op de interventieprogramma's die specifiek ontwikkeld zijn voor de Nederlandse praktijk. Deze interventieprogramma's komen in het volgende hoofdstuk aan bod.

De in de genoemde overzichtsartikelen (zie Tabel 5.1) gevonden (internationale) interventies bleken in te delen in interventies gericht op de preventie van kindermishandeling (in de breedste zin van het woord) overwegend door middel van huisbezoeken (home visiting programma's) en interventies gericht op de preventie van seksueel misbruik door middel van scholing (sexual abuse education programs). Een kort overzicht van de programma's per leeftijdsgroep is terug te vinden in Tabel 5.2.

Een uitgebreid overzicht van de gevonden interventieprogramma's is terug te vinden in Bijlage C. In Bijlage C is zoveel mogelijk onderscheid gemaakt naar:

- *Effectieve* interventies daar waar positief effect is aangetoond in een RCT met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling;

- *Veelbelovende* interventies indien er een positief effect aangetoond is met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling, maar middels een ander design dan een RCT of indien er in een RCT effecten zijn aangetoond op determinanten van kindermishandeling; en
- *Niet effectieve* interventies als er geen of geen positief effect gevonden is.

5.1.1 *Huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling*

Er blijkt al veel (nationale en internationale) kennis beschikbaar te zijn over interventies ten behoeve van de preventie van kindermishandeling (bv. Baartman, 1996; Geeraert e.a., 2004; Guterman, 1999; Kaplan e.a., 1999). Bij het bekijken van de gevonden overzichtsstudies valt op dat er veel initiatieven zijn op het gebied van huisbezoekprogramma's. Vooral in Amerika zijn er veel lokale initiatieven, soms samengevoegd tot een overkoepelend forum. Een voorbeeld hiervan is het Home Visit Forum, waar de huisbezoekprogramma's Parent as Teachers, Early Head Start, Healthy Families America, Parent Child Home Program, Nurse Family Partnership en Home Instructions for Parents of Preschool Youngsters zijn samengevoegd. Onderzoek naar de effectiviteit van deze initiatieven is helaas niet altijd uitgevoerd en wordt vaak ook niet gerapporteerd in peer-reviewed tijdschriften (Daro, 2005). Deze interventieprogramma's vallen daarom buiten het bestek van deze kennissynthese.

Over het algemeen starten huisbezoekprogramma's tijdens de zwangerschap en lopen langere tijd door, meestal over een periode van twee tot vijf jaar. Diegene die het huisbezoek uitvoert (professional of paraprofessional) geeft steun en informatie aan de moeder en/of de vader op het gebied van gezondheid en ontwikkeling van de baby, opvoedstrategieën en gehechtheid tussen ouder en kind. Bij sommige programma's wordt er ook aandacht besteed aan de persoonlijke ontwikkeling en gezondheid van de moeder en het sociale netwerk (MacLeod & Nelson, 2000).

De gevonden overzichtsstudies laten zien dat effecten van interventieprogramma's gericht op het voorkomen van kindermishandeling gemiddeld groter zijn als de uitkomstmaten gerelateerd zijn aan ouderschap, welbevinden van de ouder en kwaliteit van de huiselijke omgeving, dan als de uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling betreft, inclusief bijvoorbeeld het aantal bezoeken aan de Eerste Hulp (Bilukha e.a., 2005; Guterman, 1999; MacLeod & Nelson, 2000; Nygren e.a., 2004; Sweet & Appelbaum, 2004). De auteurs van overzichtsstudies (bv. Barlow e.a., 2006; Geeraert e.a., 2002; Thomlison, 2003) zijn verder gemiddeld eensgezind over kenmerken die bijdragen aan de effectiviteit van programma's ter preventie van kindermishandeling. Dergelijke programma's zijn volgens de wetenschappers bij voorkeur vroegtijdig, duurzaam en intensief, uitgevoerd in de thuissituatie, bestaand uit meerdere componenten en aangeboden door professionele hulpverleners. Het Nurse Family Partnership (Programma Voorzorg in Nederland) is een voorbeeld van een dergelijk programma dat in internationaal onderzoek effectief gebleken is in de preventie van kindermishandeling in risicogezinnen en waarvan bovendien een scala aan gunstige lange termijn effecten zijn aangetoond (zie ook Klein Velderman e.a., 2007).

Het Nurse Family Partnership programma is gericht op ouders met een ingeschat relatief hoog risico waarvoor intensieve begeleiding nodig geacht wordt. Gemiddeld vinden twee huisbezoeken plaats per maand (met uitzondering een verhoogde frequentie in de eerste maand van deelname en de eerste zes weken na de geboorte). Het programma loopt vanaf vijf of zes maanden zwangerschap door tot het kind twee jaar oud is. De laatste vier maanden daalt de frequentie tot één huisbezoek per maand. Het

programma is gericht op de gezondheid en persoonlijke ontwikkeling van moeder, de rol van moeder als opvoeder, haar sociale netwerk, en de gezondheid en veiligheid van het kind. Elk bezoek wordt uitgevoerd via een gedetailleerd protocol, waarbij uitgegaan wordt van de fase waarin moeder en baby zich bevinden. De uitvoering van dit programma gaat gepaard met onderzoek, waardoor er veel informatie beschikbaar is over de effecten van het programma, ook op langere termijn. Positieve effecten bleken zichtbaar te zijn tot vijftien jaar na deelname aan het programma (Kooijman & Zwikker, 2001). Er zijn nu aanpassingen gemaakt aan het programma zodat het ook bruikbaar is in de Nederlandse praktijk onder de naam Voorzorg. Op dit moment wordt er onderzoek verricht naar de effectiviteit van dit interventieprogramma in Nederland (www.voorzorg.info).

De effectiviteit van de meeste huisbezoekprogramma's gevonden in de literatuur is niet onderzocht in een Randomized Controlled Trial (RCT), maar de gevonden resultaten met andere onderzoeksdesigns laten zien dat de programma's veelbelovend zijn. Triple P is een effectief programma ter ondersteuning van ouders in de opvoeding. Pathways Triple P is meer specifiek gericht op het voorkomen van kindermishandeling. Onderzoek naar laatstgenoemd interventieprogramma Pathways Triple P is recentelijk gestart, en eerste, voorlopige resultaten wijzen ook in de richting van effectiviteit. Tot nu toe is alleen bij het huisbezoekprogramma Nurse Family Partnership een positief effect aangetoond in een RCT met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling.

5.1.2 *Scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik*

De gevonden overzichtsstudies (Davis & Gidycz, 2000; Hanson e.a., 2004; Putman, 2003; Renk e.a., 2002; Roberts & Miltenberg, 1999; Verdurmen e.a., 2003; Wolfe, 2006; Wurtele, 1998; Zwi e.a., 2007) laten zien dat er een veelheid aan interventieprogramma's bestaat gericht op seksuele mishandeling, voornamelijk uitgevoerd op scholen. Voorbeelden van programma's zijn the TOUCH program, STOP! (Stop, Tell someone, Own your body, Protect yourself), Stay Safe program en het Good Touch/Bad Touch program. De interventieprogramma's verschillen in format en stijl (variërend van 1 tot 12 sessies, gebruikmakend van werkboeken, films en rollenspel) en inhoud (alleen gericht op preventie van seksueel misbruik of gericht op meerdere onderwerpen van preventie, bv. pestgedrag). Het centrale thema binnen deze interventieprogramma's is dat seksueel misbruik kan worden voorkomen als kinderen ongepast gedrag van volwassenen herkennen, snel weggaan en iemand anders inlichten over het incident. Kinderen, vooral in de leeftijd van 2 - 4 jaar, leren meer als naast de begeleider ook ouders betrokken zijn bij deze programma's. Hierbij moeten de ouders wel goed gecoacht worden. De kosten van deze interventieprogramma's zijn laag; er wordt een groot aantal kinderen mee bereikt tegen een lage prijs. Daarnaast is er geen kans op stigmatisering van de kinderen omdat ieder kind meedoet (Davis & Gidycz, 2000; Renk e.a., 2002; Wolfe, 2006).

De effectiviteit van de scholingsprogramma's is niet onderzocht in een RCT. De resultaten op het gebied van het voorkomen van seksueel misbruik onderzocht in andere designs lijken veelbelovend: er zijn verbeteringen te zien in kennis en gedrag ter zelfbescherming bij kinderen die een programma ter preventie van seksueel misbruik op school hebben gehad. De programma's zijn het meest veelbelovend als ze uitgebreid zijn, zich richten op concrete concepten en als gedrag wordt voorgedaan en herhaald (Davis & Gidycz, 2000; Hanson e.a., 2004; Putman, 2003; Renk e.a., 2002; Roberts & Miltenberger, 1999). Het is echter moeilijk om te bepalen of deze verandering in kennis van de kinderen en jeugdigen ook leidt tot een verandering in het gedrag van kinderen

en jeugdigen (Renk e.a., 2002). Daarnaast is het vanwege de lage prevalentie van seksueel misbruik moeilijk na te gaan of er sprake is van een daadwerkelijke daling van seksueel misbruik (Wurtele, 1998; Zwi e.a., 2007).

Beschikbaar onderzoek naar scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik vertoont daarnaast een aantal tekortkomingen: kennis van kinderen is vaak alleen kort na het programma getest en de uitkomsten zijn cultuurspecifiek (Zwi e.a., 2007). Ook lieten sommige studies negatieve effecten zien van de programma's, zoals verhoogde angst bij kinderen (Putman, 2003; Zwi e.a., 2003), terwijl andere studies geen verhoging van angst vonden (Roberts & Miltenberger, 1999; Wolfe, 2006).

5.2 Inhoudelijke resultaten

We vonden zes metastudies. Vijf metastudies richten zich op de effectiviteit van huisbezoekprogramma's (Geeraert e.a., 2004; Guterma, 1999; Lundahl e.a. 2006; MacLeod & Nelson, 2000; Sweet & Appelbaum, 2004) en één metastudie op de effectiviteit van scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik (Davis & Gidycz, 2000). Geeraert en collega's (2004) bekeken huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling bij families met kinderen in de leeftijd van 0 tot 3 jaar en vonden een gemiddelde effectgrootte (d) van 0.29. Volgens Cohen (1988) kan dit gezien worden als een klein positief effect. Guterma (1999) bekeek 19 studies naar huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen huisbezoekprogramma's zonder actieve screening in de populatie voor risico op kindermishandeling en huisbezoekprogramma's met actieve screening (bijvoorbeeld screenen op middelengebruik of psychische problematiek). Huisbezoekprogramma's zonder actieve screening bleken gemiddeld hogere effectgroottes te hebben op gerapporteerde kindermishandeling ($d = 3.72$) dan huisbezoekprogramma's met actieve screening ($d = -0.07$). Als mogelijke verklaring hiervoor wordt gegeven dat service die huisbezoekprogramma's kunnen bieden niet aansluit bij de behoeften van de geselecteerde gezinnen.

Lundahl e.a. (2006) vonden in hun meta-analyse naar de effecten van training op ouders ter preventie van kindermishandeling gemiddelde effectgroottes tussen de 0.45 en 0.60, wat wijst op een redelijk positief effect (Cohen, 1988). Grotere effecten waren zichtbaar bij programma's waarbij iemand thuis kwam, de training zowel thuis als buitenshuis plaatsvond, er een gedragscomponent binnen het programma was en programma's waarbij een deel van de training van de ouders individueel gebeurde in plaats van alleen training in een groep. MacLeod and Nelson (2000) bekeken 23 huisbezoekprogramma's ontwikkeld om kindermishandeling te voorkomen. Zij vonden een gemiddelde effectgrootte van 0.41, wat gezien kan worden als een redelijk positief effect (Cohen, 1988). Sweet en Appelbaum (2004) vonden een gemiddelde effectgrootte van 0.24, een klein positief effect (Cohen, 1988) op mogelijke kindermishandeling onder 13 huisbezoekprogramma's.

Davis and Gidycz (2000) vonden in hun meta-analyse over 27 studies een algemene effectgrootte van 1.07 op kennis en vaardigheden ter preventie van seksueel misbruik, wat volgens Cohen (1988) gezien kan worden als een groot effect¹. Dit betekent dat kinderen die meededen met een scholingsprogramma gericht op de preventie van seksueel misbruik 1.07 standaardafwijking hoger scoorden op kennis en vaardigheden

¹ Eén studie (Nemerofsky, Carran, & Rosenberg, 1994) had vanwege het grote aantal respondenten een grote invloed op de algemene effectgrootte. Na verwijdering van deze studie zakte de algemene effectgrootte naar 0.81, wat nog steeds gezien kan worden als groot (Cohen, 1988).

ter preventie van seksueel misbruik dan de kinderen die geen scholingsprogramma hadden gehad. Programma's met meer dan vier bijeenkomsten en waarbij kinderen meer fysiek betrokken worden bij het programma hadden de hoogste effectgroottes.

Het aanbod uit de nationale en internationale literatuur van interventieprogramma's gericht op kindermishandeling is gegroepeerd naar leeftijd (zie Tabel 5.2). In totaal zijn er in de literatuur 24 interventieprogramma's gevonden ter preventie van kindermishandeling (zie Tabel 5.2). Zestien van deze instrumenten zijn speciaal ontwikkeld voor de Nederlandse praktijk (aangemerkt met een * in Tabel 5.2) en komen in het volgende hoofdstuk aan bod. De conclusies met betrekking tot de overige acht instrumenten worden hier beschreven.

Het aanbod gericht op de zuigelingenperiode en de vroege kindertijd betreft voornamelijk huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling. In de basisschoolleeftijd en de vroege adolescentie worden voornamelijk scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik uitgevoerd. Daarnaast wordt bij gezinnen met kinderen tot de leeftijd van vijf jaar ook het huisbezoekprogramma Hawai Healthy Start uitgevoerd. In het onderzoek naar de effectiviteit van de programma's wordt er niet expliciet gekeken naar uitkomstmaten gericht op emotionele mishandeling of emotionele verwaarlozing. Aandacht voor verwaarlozing is er alleen bij de interventieprogramma's Nurse Family Partnership, Healthy Families America en Hawai Healthy Start, maar deze verwaarlozing is niet nader gespecificeerd. Uitgaande van de uitkomstmaten richten deze beide programma's zich op fysieke verwaarlozing.

Tabel 5.2 Aanbod interventieprogramma's gericht op kindermishandeling

Leeftijdperiode	Interventieprogramma's
Zuigelingenperiode (-9 maanden – 1 jaar)	*Bemoeizorg Early Head Start *Families First Hampton Family Resource Project Hawai Healthy Start Program Healthy Families America Program *Home-Start *Moeders informeren Moeders Nurse Family Partnership (Voorzorg) *Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding Project Safe Care *Samen Starten *Stap voor Stap *Stevig Ouderschap Triple P *Voorzorg
Vroege kindertijd (1 – 4 jaar)	*Bemoeizorg Early Head Start *Families First *Gordon-cursus Hampton Family Resource Project Hawai Healthy Start Program Healthy Families America Program

Leeftijdperiode	Interventieprogramma's
	<ul style="list-style-type: none"> *Home-Start Nurse Family Partnership (Voorzorg) *Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding Project Safe Care *Samen Starten Sexual Abuse Education Programs *Stap voor Stap Triple P *Voorzorg
Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> *Bemoeizorg *Families First *Gordon-cursus Hawai Healthy Start Program *Home-Start *Ik ben weerbaar *Kom op voor jezelf *Marietje Kessels *Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding *Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP *Right to Security Sexual Abuse Education Programs *Stap voor Stap Triple P *Voor straf een zoen
Adolescentie/jongvolwassenheid (12-21 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> *Bemoeizorg *Families First *Gordon-cursus *Over de grens *Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding *Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP *Samen Leven Sexual Abuse Education Programs *Stap voor Stap Triple P

*Interventieprogramma's speciaal ontwikkeld voor de Nederlandse praktijk.

6 Praktijk in Nederland: Interventies

6.1 Procesmatige resultaten

Een aantal interventieprogramma's bekend uit de internationale en nationale literatuur (zie Hoofdstuk 5) wordt gebruikt in de Nederlandse praktijk. Daarnaast is er een aantal interventieprogramma's specifiek ontwikkeld voor de Nederlandse praktijk. Deze in Nederland gebruikte interventieprogramma's zijn kort genoemd in Tabel 6.1 en uitgebreid vermeld in Bijlage C. In de laatste kolom is gebruik in Nederland gespecificeerd.

Een aantal interventieprogramma's is specifiek gericht op de preventie van kindermishandeling, zoals het Marietje Kesselsproject en Stevig Ouderschap, terwijl andere interventieprogramma's zich meer richten op risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling, zoals het hebben van een ouder met psychiatrische problematiek, waar het psycho-educatieve interventieprogramma KOPP zich op richt. In dit hoofdstuk worden alleen de programma's ter preventie van kindermishandeling nader uitgelicht en opgesplitst in huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling of scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik.

6.1.1 *Huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling*

Wat opvalt in het aanbod van interventieprogramma's in de Nederlandse praktijk, is dat huisbezoekprogramma's gericht zijn op de zuigelingenperiode en de vroege kindertijd. De effectiviteit van de huisbezoekprogramma's gevonden in de literatuur is niet onderzocht met een RCT met geverifieerde kindermishandeling als uitkomstmaat of het onderzoek is nog lopend (bijvoorbeeld Voorzorg). Het meest veelbelovende huisbezoekprogramma is Stevig Ouderschap (voortgekomen uit Project OKÉ; zie ook het oordeel van het Panel Jeugdgezondheidszorg en Preventie d.d. 06/06/2006). Een (quasi-) experimenteel onderzoek in de praktijk met een follow-up naar de effectiviteit van dit huisbezoekprogramma heeft onder andere aangetoond dat het risico op kindermishandeling in de experimentele groep meer afneemt dan in de controlegroep (Bouwmeester-Landweer, 2006). Bij Stevig Ouderschap worden gezinnen met een verhoogd risico geselecteerd door middel van de Vragenlijst Stevig Ouderschap (zie risicotaxatie instrumenten, Bijlage A). De geselecteerde gezinnen ontvangen zes huisbezoeken en een telefonisch consult. Bij 18 maanden stopt de interventie. De duur van huisbezoeken is 90 minuten. Volgens een protocol wordt er tijdens de huisbezoeken gesproken over de eigen ontwikkelingsgeschiedenis van ouders, de beleving van het ouderschap, verwachtingen over de ontwikkeling van het kind, sociale steun en eventuele verwijzing naar juiste voorzieningen. Ook wordt er tijdens de huisbezoeken aandacht besteed aan wat er goed gaat in het leven van de ouder, wat er veranderd kan worden en hoe die verandering kan worden bewerkstelligd.

6.1.2 *Scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik*

Scholingsprogramma's gericht op de preventie van seksueel misbruik worden aangeboden in de basisschoolleeftijd en de vroege adolescentie (onderbouw middelbare school). De programma's vinden plaats op school met jongens en meisjes samen (Ik ben weerbaar) of buiten school met aparte groepen voor jongens en meisjes (het Marietje Kessels project). De scholingsprogramma's worden ofwel door getrainde leerkrachten gegeven (Ik ben weerbaar), ofwel door professionals (Kom op voor jezelf), ofwel door

een combinatie van leerkracht en professional (Right to security). De meeste scholingsprogramma's bevatten naast een gedeelte voor de jongeren ook voorlichting voor ouders en leerkrachten (het Marietje Kessels project). De in dit rapport genoemde scholingsprogramma's zijn niet onderzocht in een RCT. Onderzoek met andere designs laat zien dat er wel een toename is van kennis op het gebied van seksueel misbruik, maar er is niet gekeken naar de effecten op seksueel misbruik en er zijn geen sterke aanwijzingen gevonden voor verbeteringen van gedrag of vaardigheden (Bun, 1998; Butte e.a., 1997; Taal & Edelaar, 1997; Van der Meijden & Hoefnagels, 1993; Van der Vegt e.a., 2001).

6.2 Inhoudelijke resultaten

Tabel 6.1 geeft een weergave van het aanbod van interventieprogramma's in de Nederlandse praktijk ingedeeld naar leeftijd. Hierbij is een duidelijke tweedeling te zien: de huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling die voornamelijk plaatsvinden in de zuigelingenperiode en de vroege kindertijd, en de scholingsprogramma's ter preventie van seksuele mishandeling die plaatsvinden in de basisschoolleeftijd en de vroege adolescentie. De onderzoeksresultaten laten zien dat de effectiviteit van zowel de huisbezoekprogramma's als de scholingsprogramma's niet naar voren is gekomen uit RCT's, en de programma's dus hooguit als veelbelovend kunnen worden aangemerkt. Wat betreft de vorm van mishandeling waar de interventieprogramma's zich op richten, valt op dat als er gekeken wordt naar de uitkomstmaten geen enkel programma specifiek gericht is op verwaarlozing, alleen bij Stevig Ouderschap wordt er aandacht geschonken aan fysieke verwaarlozing en dan voornamelijk in het risicotaxatie instrument; de Vragenlijst Stevig Ouderschap.

Tabel 6.1 Aanbod interventieprogramma's in Nederland

Leeftijdspanne	Interventieprogramma's
Zuigelingenperiode (-9 maanden – 1 jaar)	Bemoeizorg Families First Home-Start Moeders informeren Moeders Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding Samen Starten Stap voor Stap Stevig Ouderschap Triple P Voorzorg
Vroege kindertijd (1 – 4 jaar)	Bemoeizorg Families First Gordon-cursus Home-Start Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding Samen Starten Stap voor Stap Triple P Voorzorg

Leeftijdperiode	Interventieprogramma's
Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)	Bemoeizorg Families First Gordon-cursus Home-Start Ik ben weerbaar Kom op voor jezelf Marietje Kessels Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP Right to Security Stap voor Stap Triple P Voor straf een zoen
Adolescentie/jongvolwassenheid (12-21 jaar)	Bemoeizorg Families First Gordon-cursus Over de grens Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP Samen Leven Stap voor Stap Triple P

7 Conclusies: Lacunes en tegenstrijdigheden

In voorgaande hoofdstukken zijn methoden beschreven betreffende de primaire preventie van kindermishandeling. Er bleek een aantal terreinen te zijn waarnaar weinig of geen onderzoek beschikbaar is. Verder bleek het onderzoek dat beschikbaar is in veel gevallen methodologisch zwak en/of aanwijzingen te bieden voor verbetering van toekomstig onderzoek. In onderstaande paragrafen gaan we, afzonderlijk voor risicotaxatie instrumenten, huisbezoekprogramma's (home visiting programs) ter preventie van kindermishandeling en scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik, in op lacunes en algemene aandachtspunten in onderzoek.

7.1 Risicotaxatie instrumenten

Uit de internationale literatuur ten aanzien van risicotaxatie instrumenten op het gebied van kindermishandeling blijkt dat er vooral risicotaxatie instrumenten beschikbaar zijn voor de vroege kindertijd. Het betreft voornamelijk instrumenten met als informant de professional.

We beschikken momenteel niet over een in Nederland gevalideerd instrument dat risico's op mishandeling adequaat in kaart brengt. Betrouwbaarheids- en valideringsonderzoek naar risicotaxatie instrumenten is in Nederland dringend nodig. Verder blijkt in de Nederlandse praktijk de beschikbaarheid van risicotaxatie instrumenten voor het in kaart brengen van risico op kindermishandeling zeer beperkt te zijn. Zo kunnen medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg gebruikmaken van de LIRIK, en wordt voor de spoedeisende hulp van ziekenhuizen de SPUTOVAMO in gebruik genomen. Ook zijn er ontwikkelingen op het gebied van de CARE. Het Nederlandse aanbod laat verder hetzelfde beeld zien als bovengenoemd in de internationale literatuur, namelijk dat de aandacht vooral uitgaat naar de vroege kindertijd en naar instrumenten met de professional als informant. Het is interessant te onderzoeken of er in Nederland aanvullend ruimte is voor bijvoorbeeld een instrument als de Conflict Tactics Scale for Parent and Child (CTSPC). Dit instrument is inzetbaar binnen een brede leeftijdsgroep (0-18 jaar), in tegenstelling tot de meerderheid van het huidige aanbod. De in Nederland gebruikte LIRIK is wel bedoeld voor alle leeftijden. Het is zaak meer onderzoek te doen naar de psychometrische kwaliteiten van dit instrument. Ook is ons op basis van de gevonden documenten niet duidelijk in welke verschillende settings de LIRIK naast de Bureaus Jeugdzorg verder nog toepasbaar is.

Zoals we reeds noemden, blijkt de informant in de meeste gevallen de professional te zijn. Daarmee lijkt nog extra ruimte beschikbaar voor instrumenten die ook de ouder of overige partijen als informant aanspreken, zoals de korte versie van de CAPI, de CTSPC of de Vragenlijst Stevig Ouderschap. Ook hierbij geldt dat gezocht zal moeten worden naar mogelijkheden binnen een bredere leeftijdsrange (bv. de CTSPC). Daarnaast lijkt in Nederland meer ruimte voor gebruik van methoden voor risicotaxatie in de zwangerschapsperiode en direct na de bevalling. Er is in die periode meerdere malen direct contact tussen gezin en verloskundige en kraamverzorgende waar op ingegrepen zou kunnen worden. Er is een aantal aanknopingspunten voor risicotaxatie instrumenten in de literatuur te vinden om iets te ondernemen op dit terrein, bijvoorbeeld met betrekking tot het ontstaan van kindermishandeling de Kempe Family Stress Inventory, en gericht op aanwezig risico voor kindermishandeling de Alpha of Dunedin Family Services Indicator. Meer onderzoek is op dit vlak nog gewenst.

7.2 Interventies

7.2.1 *Huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling*

Uit de literatuur bleek dat er diverse 'huisbezoekprogramma's' (home visiting programs) beschikbaar zijn ter preventie van kindermishandeling. We weten op basis van de huidige literatuur dat we van dergelijke programma's in de vroege kindertijd positieve effecten kunnen verwachten in de hulp aan gezinnen ter preventie van kindermishandeling. Echter, over kosteneffectiviteit van de beschreven programma's weten we nog onvoldoende: Zijn de gevonden effecten het toepassen van deze intensieve interventies waard of moeten we op zoek gaan naar andere preventiemethodieken? Verder is onduidelijk wat de noodzakelijke elementen van de programma's zijn die deze succesvol maken. Toekomstig onderzoek zou juist ook gericht moeten zijn op het determineren van de effectiviteit van onderdelen van home visiting programma's: Wat zijn de effectieve en noodzakelijke elementen (zie ook Sweet & Appelbaum, 2004)? Daarnaast hebben studies naar interventies ter preventie van kindermishandeling zich vooral gefocust op de prenatale periode, de periode rondom de zwangerschap en de vroege kindertijd. Interventies gericht op gezinnen met oudere kinderen zijn nog niet effectief gebleken (Nygren e.a., 2004) of nog niet onderzocht. Uitzondering op deze regel zou het programma Pathways Triple P kunnen zijn.

Een probleem met evaluaties van gezinsondersteunende programma's in het algemeen (dus niet alleen middels huisbezoeken) is dat effecten bij ouders eenvoudiger te vinden zijn dan effecten op het welzijn van kinderen. Dit is misschien een vrij logisch gevolg van het feit dat het aanbod vooral direct op ouders gericht is (Gomby, Lerner, e.a., 1995, genoemd in Kooijman & Zwikker, 2001). Effecten bij kinderen worden vaak pas op langere termijn duidelijk (Olds, Henderson, e.a., 1999, genoemd in Kooijman & Zwikker, 2001). Met uitzondering van onderzoek door Olds en collega's heeft het beschikbare onderzoek naar huisbezoekprogramma's zich echter primair gefocust op de korte termijn effecten. Dringende aandacht in toekomstig onderzoek is nodig voor nauwkeurig vormgegeven onderzoek met een voldoende lange termijn follow-up (zie ook Barlow e.a., 2006).

Bij veel evaluaties van programma blijken de korte termijn effecten na verloop van tijd te verdwijnen. Echter, andere effecten worden juist pas na verloop van tijd zichtbaar (zie ook Fraser, Armstrong, e.a., 2000, genoemd in Kooijman & Zwikker, 2001). Slechts met lange termijn onderzoek kunnen we enerzijds aan het licht brengen of sprake is van dergelijke 'sleeper' effecten en anderzijds of gevonden effecten standhouden.

Tot slot dienen we ons ervan bewust te zijn dat er slechts weinig onderzoek beschikbaar is dat daadwerkelijke daling in meldingen van kindermishandeling gebruikt als uitkomstmaat. We beschikken in Nederland dan ook niet over een interventieprogramma waarvan in een RCT is aangetoond dat het succesvol is in het reduceren van het aantal gevallen van kindermishandeling. Meestal wordt opvoedgedrag van ouders gemeten of een bredere invulling van risico voor het ontstaan van kindermishandeling. Daarmee is afname in kindermishandeling vaak indirect gemeten en zijn uitkomstmaten tussen studies slecht vergelijkbaar. De lage prevalentie van geverifieerde meldingen van kindermishandeling en de moeite met het registreren van het werkelijke aantal situaties van kindermishandeling maken het moeilijk om in

onderzoek voldoende power te hebben voor analyses met kindermishandeling als uitkomstmaat. Gebruik van een standaard uitkomstmaat in de verschillende studies zou het mogelijk maken om interventies onderling beter te vergelijken.

7.2.2 *Scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik*

Uit de gevonden literatuur bleek dat in de schoolleeftijd voornamelijk scholingsprogramma's aangeboden worden gericht op de preventie van seksueel misbruik. Het betreft internationale interventies als het TOUCH programma, STOP! of Stay Safe en Nederlandse programma's als Kom op voor jezelf, Right to security of het Marietje Kesselsproject. In de programma's ligt het gewicht primair op voorlichting aan de jongeren zelf met daarnaast in een aantal programma's ook voorlichting voor ouders en leerkrachten (bv. Marietje Kesselsproject). In onderzoek is gebleken dat de programma's kunnen zorgen voor een verbetering van kennis op het gebied van seksuele kindermishandeling. Het is echter niet zeker of deze verhoogde kennis ook gekoppeld is aan een verandering van gedrag (Renk e.a., 2002). Ook is niet bewezen of de interventies effectief zijn in het verminderen van seksuele mishandeling (Van Leerdam e.a., 2003). Omdat preventie van seksuele mishandeling wel nadrukkelijk aandacht behoeft, concluderen Zwi e.a. (2007) dat de programma's gebruikt moeten worden als onderdeel van een community-based programma om seksueel misbruik te voorkomen. Wij zouden willen pleiten voor toekomstig onderzoek waarin wel expliciet aandacht besteed wordt aan effecten op het vóórkomen van seksueel misbruik. Echter, de lage prevalentie van geverifieerde meldingen van seksueel misbruik en de moeite met het registreren van het werkelijke aantal situaties van seksueel misbruik maken het moeilijk, zo niet onmogelijk om onderzoek te verrichten met voldoende power om effecten van de interventies op een daling van seksueel misbruik te kunnen bewijzen. Wurtele (1998) concludeert daarom dat we vooral niet moeten stoppen met dit soort programma's, maar dat ze wellicht een andere naam zouden moeten krijgen, zoals 'personal safety programs'. Een dergelijke naamswijziging onderschrijft dat we niet pretenderen hiermee seksueel misbruik te kunnen voorkomen, maar dat we wel werken aan de weerbaarheid van jongeren.

Alhoewel onderzoek positieve effecten van scholingsprogramma's ter preventie van seksuele mishandeling liet zien, bleken sommige interventies ook negatieve effecten te hebben. Het betrof bijvoorbeeld een verhoogde angst bij kinderen als gevolg van de gehanteerde interventies (Putman, 2003; Zwi e.a., 2003). Toekomstig onderzoek dient expliciet mogelijk negatieve effecten te monitoren. Niet in alle programma's werden dergelijke negatieve effecten gerapporteerd. Het is van belang bijvoorbeeld te evalueren welke elementen in het aanbod mogelijk bijdragen aan het voorkomen van een verhoogde angst bij de kinderen.

7.3 **Kanttekeningen bij gepresenteerde conclusies**

Dit hoofdstuk sluiten wij af met een aantal kanttekening bij het onderzoek dat wij in dit rapport presenteerden. Allereerst hebben wij in dit rapport veelbelovende en effectieve risicotaxatie instrumenten en interventies op het terrein van primaire preventie van kindermishandeling gepresenteerd op basis van overzichts-literatuur. Een belangrijke consequentie van de gemaakte keuze voor overzichtsstudies, ofwel *een overzicht van overzichten*, dat de beperkingen in deze studies ook onze beperkingen worden. Daarmee biedt onze resultatensectie primair een overzicht van de resultaten van de overzichtsstudies. We hadden geen beschikking over de primaire studies, laat staan de ruwe data daarvan. Onze bewegingsruimte werd daarmee bepaald door de

selectiecriteria en beoordelingscriteria die de auteurs in de overzichten hanteerden. Dit geeft direct de beperktheid van deze bewegingsruimte aan: het was op basis van de overzichtsstudies niet mogelijk om onze eigen criteria voor ‘veelbelovend’ en ‘effectief’ te hanteren. Daartoe dient bestudering van primaire studies plaats te vinden. Het is kortom belangrijk om te beseffen dat de door ons gepresenteerde veelbelovendheid en effectiviteit uiteenlopend gedefinieerd is. Zoals in Hoofdstuk 5 vermeld hebben we wel in Bijlage C zoveel mogelijk onderscheid gemaakt naar a) *Effectieve* interventies daar waar positief effect is aangetoond in een RCT met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling; b) *Veelbelovende* interventies indien er een positief effect aangetoond is met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling, maar middels een ander design dan een RCT of indien er in een RCT effecten zijn aangetoond op determinanten van kindermishandeling; en c) *Niet effectieve* interventies als er geen of geen positief effect gevonden is.

Een andere belangrijke consequentie van de gemaakte keuze voor overzichtsstudies, is dat we niet kunnen pretenderen volledig te zijn. We hebben alleen risicotaxatie instrumenten en interventies kunnen noemen die meegenomen werden in de beschreven overzichts-literatuur. Hieraan gerelateerd betreft actualiteit een volgende kanttekening bij deze studie: dit rapport biedt een momentopname. De stroom van primaire studies en daarop volgende metastudies houdt aan. Er zit een redelijke vertragingfactor tussen het moment waarop primaire studies gepubliceerd worden en het moment waarop deze studies in overzichtsstudies besproken en beoordeeld worden. Daarnaast is de ‘grijze’ literatuur niet meegenomen in het onderzoek. Ook was het niet mogelijk om met de beschikbare tijd en financiële middelen het lopende onderzoek naar relevante methoden te inventariseren. Wij zijn ons er van bewust dat door de gevolgde werkwijze en de beperkt beschikbare tijd in dit rapport mogelijk sommige effectieve of veelbelovende instrumenten en interventies gemist zijn. Zoals eerder genoemd in Klein Velderman e.a. (2007) is wellicht een systeem nodig dat de laatste resultaten van effectonderzoek naar gezinsondersteunende interventies zorgvuldig bijhoudt. Mogelijk kan dit een plaats hebben binnen de Databank Effectieve Jeugdinterventies indien deze volledig actueel is. Deze databank zou dan actueel gehouden moeten worden met up-to-date informatie over veelbelovende programma’s op basis van internationale evidentie (en eventuele verhouding c.q. rangordening van deze programma’s onderling); de toepassing van de programma’s in Nederland; en de nationale evidentie voor effectiviteit van een dergelijke toepassing.

Ondanks bovenstaande kanttekeningen, hebben we ons inziens in voorgaande hoofdstukken een waardevol overzicht kunnen geven van de stand van zaken waar het gaat om kennis over risicotaxatie instrumenten en interventies op het terrein van primaire preventie van kindermishandeling. Wetenschappelijk ‘evidence’ was daarin het sleutelwoord: we vonden de nodige evidentie in de internationale literatuur, maar meer evidentie is gewenst. Het is duidelijk dat er nog steeds kennislacunes zijn, zeker op het gebied van de effectiviteit. Het gaat hierbij zowel om instrumenten voor risicotaxatie als om effectiviteitsonderzoek naar interventies. Zo is bijvoorbeeld waar het gaat om interventies, beperkte kennis met betrekking tot kenmerken van de doelgroepen in relatie tot de effecten van interventieprogramma’s (bv. Geeraert e.a., 2004; Guterman, 1999). Daar waar informatie beschikbaar is over effectiviteit, betreft dit daarnaast vaak kennis op grond van buitenlands (vooral Amerikaans) onderzoek of zoals vastgesteld in gecontroleerde omstandigheden. Dit kan gezien worden als een noodzakelijke, maar zeker niet als voldoende voorwaarde voor het bereiken van het gewenste effect in de Nederlandse preventiepraktijk. De instrumenten of interventies

dienen in de praktijk ook nog gebruikt te worden, en wel zodanig dat ook in deze alledaagse praktijk de effecten overeind blijven (Klein Velderman e.a., 2007; zie ook Hoofdstuk 9).

Met de gepresenteerde resultaten hebben we een volgende stap gemaakt op weg naar een meer evidence-based preventiepraktijk. Aansluitend dient systematisch en gestructureerd, bij voorkeur longitudinaal onderzoek meer inzicht te geven in effectiviteit, mediërende factoren, kosteneffectiviteit en langetermijneffecten van aangedragen risicotaxatie instrumenten en interventieprogramma's.

8 Discussie

In dit hoofdstuk vindt reflectie plaats op de resultaten van deze kennissynthese zoals in dit rapport beschreven zijn tot en met Hoofdstuk 7. Betreffende resultaten zijn door ons voorgelegd aan een panel van experts. Dit waren:

Mw. Y. Benard	ZonMw
Mw. M.B.R. Bouwmeester	Universiteit Leiden
Mw. S.N. Brilleslijper-Kater	UMC St. Radboud Nijmegen
Mw. F. Cadée	KNOV
Mw. C. Carati	Programmaministerie voor Jeugd en Gezin
Mw. M. Dekker	Augeo Foundation
Mw. N. Heerdink-Obenhuijsen	TNO Kwaliteit van Leven
Dhr. C. Hoefnagels	Universiteit Maastricht
Mw. M. Kamphuis	TNO Kwaliteit van Leven
Mw. J.F.E.M. Keijsers	TNO Kwaliteit van Leven
Dhr. K. Kooijman	Nederlands Jeugdinstuut
Mw. F. Lamers-Winkelman	Vrije Universiteit Amsterdam
Dhr. F.J.M. van Leerdam	VUmc
Mw. M.T.W. Leurs	ZonMw
Mw. I. Oomes	Ernst & Young Advisory
Dhr. F. Öry	TNO Kwaliteit van Leven
Dhr. P. Pollmann	K4 Kindermishandeling
Mw. S. Postma	RIVM
Mw. E.M. van de Putte	Wilhelmina Kinderziekenhuis / UMCU
Dhr. W. de Regt	ZonMw
Dhr. S.A. Reijneveld	UMCG / TNO Kwaliteit van Leven
Mw. B. Stappers	Stichting RAAK/ Defence for Children
Dhr. H. van Stel	Julius Centrum UMCU
Mw. A. Stellinga	GGD Drenthe
Mw. A. Sutton	GGD Rotterdam
Dhr. B. Tuk	Pharos
Dhr. A. Wiegersma	UMCG

Een deel van hen heeft schriftelijk op de resultaten gereageerd. De meerderheid was aanwezig op de expertmeeting op 2 september 2008 om inhoudelijk te reageren en te discussiëren over de implicaties van de onderzoeksresultaten voor toekomstig onderzoek, beleid en de Nederlandse preventiepraktijk. De belangrijkste aandachtspunten en/of thema's die in de reacties en discussie aan bod kwamen hebben wij in dit reflectiehoofdstuk verwerkt.

8.1 Huiselijk geweld

In deze kennissynthese stond kindermishandeling centraal. Een vraag die tijdens de expertmeeting aan bod kwam was wat de plaats was van 'huiselijk geweld' in deze kennissynthese. Huiselijk geweld is 'geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd'. Evenals bij kindermishandeling wordt uitgegaan van een ruime interpretatie van het begrip geweld dus het betreft zowel fysiek als psychisch geweld. Huiselijk geweld is één van de meest omvangrijke geweldsvormen in onze samenleving en komt voor binnen alle culturen en in alle sociaal-economische klassen

van de Nederlandse samenleving. Jaarlijks is sprake van ruim 63.000 meldingen van huiselijk geweld bij de politie (Ferwerda, 2007). Naar schatting wordt slechts ongeveer 12% van alle gevallen van huiselijk geweld gemeld bij politie, wat duidt op een aanzienlijk grotere totale omvang van het probleem (Van Dijk, Flight, Oppenhuis en Duesmann, 1997).

Van de slachtoffers van huiselijk geweld blijkt 85% vrouw te zijn. De gevolgen van huiselijk geweld voor kinderen zijn echter ook groot. In 80% van de gezinnen waar partnergeweld plaatsvindt, zijn de kinderen getuige van geweld. Bovendien zijn kinderen naar schatting in 30 tot 60% van deze gevallen zelf ook slachtoffer van huiselijk geweld (Baeten & Geurts, 2002; genoemd in Ministerie van Justitie, 2008). In de Inleiding gaven we reeds aan dat huiselijk geweld waar het kind getuige (of slachtoffer) van is ook tot kindermishandeling gerekend wordt. Ook namen we in onze literatuurstudie een specifieke zoekterm mee met betrekking tot huiselijk geweld ('domestic violence'; zie Paragraaf 2.3). Toch vonden we geen methoden die specifiek ontwikkeld waren ter preventie van huiselijk geweld. In dit kader is wel de Conflict Tactics Scale for Parent and Child (CTSPC) interessant om te noemen. Dit instrument is ontwikkeld op basis van de oorspronkelijke Conflict Tactics Scales (CTS). De CTS was zodanig ontworpen dat deze afgenomen kon worden bij verschillende respondenten voor het meten van verschillende gedragingen:

- Partners over dating, samenwonen of huwelijksrelatie
- Ouders over gedrag naar hun kinderen
- Kinderen over gedrag van ouders naar elkaar
- Kinderen over gedrag van ouders naar hen
- Kinderen over hun interactie met broertjes en zusjes
- Volwassenen over gedrag van hun ouders naar hen toen ze kind waren.

Samengevat konden met dezelfde items (maar andere instructie) alle verschillende gezinsrelaties in kaart gebracht worden, zoals man-vrouw, vrouw-man, ouder-kind, kind-ouder, broer-zus, enzovoorts. Het nadeel was echter dat de items niet optimaal waren voor al deze toepassingen. Daarom zijn recente versies van de CTS ontwikkeld: (a) een versie met items die optimaal zijn afgestemd op het meten van interactie en conflicten tussen partners in een partnerrelatie (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996) en (b) een versie die items bevat die specifiek afgestemd zijn op het meten van de ouder-kind relatie, gerapporteerd door ouders (CTSPC, Straus e.a., 1998). Op de CTSPC gingen we eerder in het rapport in. De CTS2 heeft een gemiddelde interne consistentie van $\alpha = .77$ (.34 - .94) en lijkt een redelijk geschikt instrument om huiselijk geweld tussen ouders te kunnen meten. Bovendien is er een kindversie beschikbaar (de CTS2-CA) waarmee kinderen over de relatie tussen hun ouders kunnen rapporteren (zie verder Straus, 1999).

Op deze plaats willen we ook de nieuwe beleidsplannen van het Ministerie van Justitie ten aanzien van huiselijk geweld noemen die beschreven staat in het "Plan van aanpak Huiselijk Geweld tot 2011: de volgende fase". In de plannen worden de drie centrale ambities voor de aankomende jaren geformuleerd:

- Intergenerationele overdracht beperken (het patroon doorbreken, gerichte steun aan kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld, eerder signaleren van problematiek);
- Openheid over de problematiek bevorderen (zichtbaar maken van het probleem, publiekscampagnes, meldingen bij politie verhogen) én de hulpvraag stimuleren;
- Genderspecifieke benadering van huiselijk geweld (aandacht voor cultuur- en seksespecifieke machtsverschillen, *empowerment* in de hulpverlening).

De centrale doelstelling van het ministerie is “*Het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld door het bevorderen van een doorlopende aanpak – van preventie en signaleren tot interveniëren – die alle doelgroepen bereikt en effectief is*” (p. 4). In de beleidsplannen wordt ingezet op het verhogen van de kwaliteit van de aanpak van het probleem. Daartoe wordt ondermeer gekozen voor een verbreding van de aanpak waarin meer samenhang gezocht wordt met de aanpak van kindermishandeling. Genoemd wordt bijvoorbeeld de opname van de RAAK-aanpak in de ‘landelijke modelaanpak kindermishandeling en huiselijk geweld’ die zal worden ontwikkeld. Verder wordt vanaf november 2008 onderzoek geïnitieerd naar intergenerationele overdracht van huiselijk geweld en kindermishandeling waarbij inzicht wordt gezocht in de vraag hoe deze intergenerationele overdracht kan worden voorkomen, welke behoefte er is aan ondersteuning en zorg bij een melding van huiselijk geweld ten behoeve van betrokken kinderen en welke interventies hiervoor ontwikkeld en effectief zijn. Het ministerie noemt de onlangs in Rotterdam gepresenteerde meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling als een goed voorbeeld van de samenwerking op het gebied van geweld waarvan zowel partners als kinderen het slachtoffer zijn (p.16). Wij wijzen op deze plaats graag op de richtlijn huiselijk geweld die momenteel voor de zorgsector in ontwikkeling is. Deze zal een goed overzicht bieden van alle vormen van huiselijk geweld. Ondermeer verenigingen voor pedagogen, psychologen, jeugd- en kinderartsen, psychiaters, huisartsen en zorgverleners spoedeisende hulp participeren in het ontwerp van de betreffende richtlijn. Publicatie wordt verwacht in het najaar van 2008 (CBO, 2008). Tenslotte noemen we het congres *Huiselijk Geweld en Kindermishandeling* dat op 17 november in Nieuwegein wordt georganiseerd door Movisie en het Nederlands Jeugdinstituut. Het thema van dit congres is een integrale, systeemgerichte aanpak van geweld in gezinnen. Dit betreft dus zowel kindermishandeling als huiselijk geweld. Gezien de onlosmakelijke verbintenis tussen beide problemen, kan een integrale aanpak ons inziens veel voordeel opleveren.

8.2 Universele preventie en andere niveaus van primaire preventie

Tijdens de expertmeeting werd meer expliciete aandacht gevraagd voor *universele preventie* van kindermishandeling. Dit rapport was gericht op de *primaire preventie* van kindermishandeling. In de Inleiding definieerde we dit als *Het voorkomen dat nieuwe gevallen van kindermishandeling optreden door het wegnemen van oorzaken / risico's*. Deze vorm van preventie kan gericht zijn op individuen, op groepen of op een breed publiek. Binnen primaire preventie is een aantal subniveaus te definiëren: universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en vroege interventies gericht op individuen die risicotrajecten zijn ingegaan (Hermanns, 2001). We reflecteren hieronder op alle niveaus van primaire preventie, waaronder dus ook expliciet universele preventie.

8.2.1 Universele preventie

Universele preventieve interventies zijn interventies gericht op de hele populatie. Het betreft dus alle kinderen met hun ouders in Nederland. Voorlichting staat in dit kader centraal. Te denken valt aan massamediale campagnes. In dit kader houdt Straus in 2000 een pleidooi om fysiek straffen niet langer te negeren als belangrijke risicofactor voor het ontstaan van kindermishandeling. Straus (2000) suggereert in de Verenigde Staten ‘niet slaan berichten’ te verspreiden op melkpakken en in de vorm van posters en brochures in verloskundigenpraktijken en bij kinderartsen. De auteur wil met dergelijke publieksvoorlichting bijdragen aan cultuurverandering onder de bevolking: fysiek straffen, inclusief een ‘pedagogisch tik’, wordt niet langer geaccepteerd.

Een Nederlands praktijkvoorbeeld op het gebied van universele preventie is de grote publiekscampagne die in 2007 met betrekking tot huiselijk geweld werd gehouden met de slagzin *Nu is het genoeg*. Een evaluatie van deze campagne (De Rijksvoorlichtingsdienst, 2007, genoemd in Ministerie van Justitie, 2008) liet zien dat het resultaat ervan ten opzichte van vergelijkbare campagnes goed te noemen was. De campagne als geheel kreeg het rapportcijfer 6.5, hetgeen vergelijkbaar is met de benchmark van Postbus51-campagnes (6.6). “Één campagne is echter niet voldoende; de boodschap moet regelmatig herhaald worden om goed over te komen”, aldus het Ministerie van Justitie (2008). Daarom wordt in 2008 de campagne met dezelfde slagzin en een vergelijkbare opzet herhaald (mogelijk nogmaals herhaling in de volgende jaren).

Ook over kindermishandeling wordt in 2008 een publiekscampagne gevoerd, die eveneens herhaald wordt in volgende jaren. Veel campagnes zijn gericht op ouders of de omgeving rond het kind. Leden van de expertgroep roepen op in de toekomstige publiekscampagnes ook kinderen rechtstreeks over het onderwerp aan te spreken. De aanwezigen van de expertmeeting benadrukken verder het algemene belang van maatschappelijk bewustzijn op het gebied van opvoeding en kindermishandeling. De vraag ‘hoe word ik een goede ouder’ zou een normaal gespreksonderwerp moeten worden, ook buiten de privé-sfeer van het gezin. Verder zou bijvoorbeeld iedereen moeten weten dat slaan niet mag en dat kindermishandeling in alle lagen van de bevolking voorkomt. De aanwezigen pleitten er daarom voor dat de regering zich duidelijker uitspreekt tegen kindermishandeling, net als in het buitenland (bv. in Engeland). In Nederland bestaat de wet *Voorkoming van geweld jegens en vernederende behandelingen van kinderen in de verzorging en opvoeding* (10.316, tweede lid, artikel 247, Boek 1, Burgerlijk Wetboek). Deze wet verbiedt geweld in de opvoeding. De expertgroep geeft aan dat de overheid aan deze wet meer bekendheid zou moeten geven.

Universele preventieve interventies gericht op voorlichting van de populatie kunnen het thema kindermishandeling op de agenda zetten, ofwel – zoals hierboven beschreven wordt – voor draagvlak of algemene bewustwording zorgen. Ze kunnen vooral bijdragen aan kennisvergroting in de populatie. Op het niveau van gedrag is gemiddeld minder resultaat van dergelijke interventies te verwachten. Bovendien worden juist gezinnen waar risico’s cumuleren met deze vorm van preventie meestal slecht bereikt. Verder werd in de Methoden al aangegeven dat het voor de meeste (meer intensieve) interventies om kostentechnische redenen vaak niet te realiseren is om de *gehele populatie* ter stimulering van de normale ontwikkeling van kinderen interventie te bieden.

Alhoewel in de literatuurstudie resultaten op het niveau van universele preventie wel tot deze studie behoorden, werd hier nauwelijks tot geen informatie over gevonden. In de overzichtsliteratuur ging voor wat betreft de evidence-based interventiemethoden de meeste aandacht uit naar interventies in het kader van *selectieve* vroegtijdige preventie of *geïndiceerde* preventie (zie hieronder). Toch zijn er voorbeelden van relatief goedkope, laagdrempelige interventies te noemen, die wel aan te bieden zijn aan de gehele populatie. Een voorbeeld van een programma dat in Nederland beschikbaar is op dit niveau is Triple P. Triple P is gericht op het bevorderen van competent ouderschap. Het is een laagdrempelig en integraal programma met verschillende niveaus van ondersteuning, waaronder een ‘universeel’ niveau (zie verder Bijlage C). Een ander

goed voorbeeld van een universele preventieve interventie is het effectieve Canadese *Period of PURPLE crying* programma van Ronald Barr en collega's (National Center on Shaken Baby Syndrome, 2008).

8.2.1.1 *Het Period of PURPLE Crying programma*

Het Period of PURPLE¹ Crying programma (National Center on Shaken Baby Syndrome, 2008) is gericht op de preventie van Shaken Baby Syndrome door ouders inzicht te bieden in het normale (maar frustrerende) huilen van baby's dat kan leiden tot schudden en/of mishandeling. Barr deed 25 jaar lang onderzoek naar de eigenschappen van normaal huilgedrag van kinderen en vertaalde dit en overig onderzoek naar het betreffende interventieprogramma. Het programma bestaat uit een in kleur geprint boekje van 11 pagina's, een DVD van 10 minuten en een mediacampagne. In de programmamaterialen wordt ingegaan op de normale eigenschappen van huilgedrag bij baby's; worden suggesties gedaan hoe te troosten; wordt duidelijk aangegeven dat troosten niet altijd werkt; beschrijft men waarom ontroostbaar huilen frustrereert; en worden drie stappen gesuggereerd in situaties waarin de baby huilt. Deze drie stappen zijn: (1) verhoog "draag-, troost-, loop- en praatreacties"; (2) als het huilen te veel frustrereert is het in orde om weg te lopen, leg de baby dan veilig neer, kalmeer jezelf en kom terug om bij de baby te kijken hoe het gaat; en (3) schud je baby nooit en doe het nooit pijn. De informatie is gemakkelijk om te onthouden, eenvoudig, aantrekkelijk voor zowel mannen als vrouwen en bevat vooral een positieve boodschap. De kosten van de interventie zijn laag: er is slechts 5 minuten nodig om het pakketje van boekje en DVD aan ouders uit te reiken en deze pakketjes zijn bij grote bestellingen al verkrijgbaar voor 2 US\$ per stuk.

Het programma is ontwikkeld en gedragen door kinderartsen, jeugdverpleegkundigen, ontwikkelingspsychologen en ouders. De afgelopen drie jaar is middels RCT's in een grote populatie (> 4800 ouders) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het programma. De effecten worden de aankomende periode beschreven. Eerste resultaten duiden op effecten op zowel de kennis van ouders over huilen en schudden van hun baby als hun gedrag in reactie op het huilen. Dat wil zeggen: ouders weten meer over huilen schudden; zijn minder gefrustreerd; bespreken vaker frustratie en handelingen met anderen; en nemen regelmatig even afstand van de ontroostbare baby (Fujiwara, Barr, Barr, Catherine, & Conway, 2008; Barr et al., in druk). Alhoewel effecten op kennis groter bleken dan op gedrag, laat dit voorbeeld van een universele preventieve interventie wel zien dat het mogelijk is om met een goedkope en laagdrempelige interventie succesvol grote groepen te bereiken en bij te dragen aan bewustwording in de populatie.

8.2.2 *Selectieve preventie*

Selectieve preventieve interventies zijn in tegenstelling tot universele preventie gericht op demografisch of geografisch afgebakende risicogroepen, waarbij sprake is van (biologische, psychologische of sociale) risicofactoren. Voorbeelden zijn bijvoorbeeld

¹ Iedere letter van PURPLE verwijst naar één van de eigenschappen van huilen die frustrerend kunnen zijn voor opvoeders:

P for Peak of Crying—Crying peaks during the second month, decreasing after that;
U for Unexpected—Crying comes and goes unexpectedly, for no apparent reason;
R for Resists Soothing—Crying continues despite all soothing efforts by caregivers;
P for Pain-like Face—Infants look like they are in pain, even when they are not;
L for Long Lasting—Crying can go on for 30–40 minutes, and longer;
E for Evening Crying—Crying occurs more in the late afternoon and evening (Barr).

taalzwakke ouders, pre- of dysmatuur geboren kinderen, kinderen in achterstandswijken, of jonge tienermoeders. In deze categorie van preventie is van huisbezoekprogramma's gebleken dat zij effectief kunnen zijn (zie ook Hoofdstuk 7). Het meest bekende huisbezoekprogramma is het programma Nurse Family Partnership van Olds e.a. (1992; Voorzorg).

8.2.2.1 *Het Nurse Family Partnership en overige intensieve huisbezoekprogramma's*

Het Nurse Family Partnership of Voorzorg programma (Olds, 1992) is gericht op de prenatale fase en de eerste twee levensjaren van een kind, waarin verpleegkundigen een reeks huisbezoeken doen. Deze huisbezoeken moeten leiden tot empowerment van het gezin. Juist dergelijke intensieve programma's die een lange reeks huisbezoeken bieden gedurende de eerste twee levensjaren bleken de incidentie van kindermishandeling te kunnen verlagen (Guterman, 1999). De vraag is in welke mate deze resultaten in Nederland te repliceren zijn en waar in de Nederlandse praktijk dergelijke interventies verder uitgebouwd zouden kunnen worden (zie ook Paragraaf 8.4). Hermanns (2001) ziet voor de toepassing van dergelijke huisbezoekprogramma's een gunstige positie weggelegd voor de de jeugdgezondheidszorg (JGZ) vanwege haar grote bereik en de 'onbetwiste maatschappelijke positie in de ogen van ouders' (p. 8). Hij benadrukt wel dat het thans onmogelijk lijkt om dergelijke intensieve programma's door de JGZ aan complete subpopulaties aan te laten bieden. Hij suggereert de beschikbare staf uit te breiden met vrijwilligers of paraprofessionals. Vergelijk in dit kader Nederlandse programma's als HomeStart of Moeders Informeren Moeders. In toekomstig onderzoek zou in onze ogen meer aandacht moeten zijn voor dergelijke interventies ter preventie van kindermishandeling gericht op bepaalde subpopulaties, met de inzet van paraprofessionals en/of vrijwilligers. Beschikbaar aanbod dient goed onderzocht te worden en kan mogelijk worden uitgebouwd. In nieuw en overig aanbod kan de inzet van paraprofessionals en/of vrijwilligers overwogen worden.

8.2.2.2 *Migrantengezinnen*

Een specifieke risicogroep die tijdens de expertmeeting ter sprake kwam is de populatie migrantengezinnen in Nederland. Migratie wordt benoemd als grote stressfactor en er wordt aandacht gevraagd voor het relatief vaak voorkomen van kindermishandeling in bepaalde migrantengroepen. Dergelijke groepen zouden in onderzoek een explicietere plaats kunnen krijgen. Veel Nederlands onderzoek is nu (nog) vooral op de 'gemiddelde' Nederlander gericht, aldus één van de aanwezigen. Er zal meer onderzocht moeten worden welke methoden passen bij welke doelgroepen. Daarbij dient expliciet bestudeerd te worden of dezelfde instrumenten en interventies kunnen worden ingezet bij migrantengezinnen in Nederland.

Volgens aanwezigen tijdens de expertmeeting liggen er mogelijkheden bij de groep van allochtone nieuwkomers. Ouders uit deze groep zijn volgens hen gemotiveerd om deel uit te maken van de Nederlandse samenleving en staan open voor instrumenten en interventies. De groep experts pleit ervoor om daarom bewezen effectieve interventies uitvoering te laten krijgen in laagdrempelige voorzieningen zoals de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin en de asielzoekerscentra.

8.2.2.3 *Opvoedingsondersteuning*

Tijdens de expertmeeting werd nog eens expliciet aandacht gevraagd voor de rol van verstoorde opvoedingssituaties in het ontstaan van kindermishandeling. Het onderwerp kindermishandeling kan niet los worden gezien van vragen rondom de opvoeding. Een verbinding met opvoedingsondersteuning ligt dan ook voor de hand. Er had daarom gekozen kunnen zijn voor het breder trekken van deze kennissynthese door ook een overzicht te bieden van evidence-based interventies op het gebied van opvoedingsondersteuning. Echter in een dergelijk overzicht is reeds voorzien in het

rapport van een eerdere programmeringsstudie (Klein Velderman e.a., 2007) en we willen onze lezers voor dergelijke informatie dan ook naar dat betreffende rapport verwijzen.

De experts benadrukte verder dat onder primaire preventie ook valt het voorkomen dat volgende generaties in dezelfde fouten vervallen als hun ouders. Het is in dit kader belangrijk om bijvoorbeeld armoede, verslaving en depressie van ouders, welke risico's zijn voor het ontstaan van kindermishandeling (zie Paragraaf 1.6), tegen te gaan. Chaffin en collega's (2001) deden onderzoek naar gezinsondersteunende programma's en uitkomsten op kindermishandeling. Zij meenden dat ten tijde van het onderzoek in geen van de interventies (bv. Healthy Families America, Parents-as-Teachers) rekening gehouden werd met klassieke risicofactoren voor kindermishandeling (op ouder niveau) zoals verslaving, geweld tussen de ouders, armoede of depressie. Ook in Nederland zou veel meer aan de problemen van ouders gedaan moeten worden, aldus één van de leden van het expertpanel.

8.2.3 *Geïndiceerde preventie*

Geïndiceerde preventieve interventies zijn gericht op (groepen van) ouders of kinderen binnen een bepaalde subpopulatie waarbij sprake is van risicofactoren (biologisch, psychologisch of sociaal; zie ook Paragraaf 1.6). Deelnemers aan dit type interventies moeten geselecteerd worden door middel van screening, bijvoorbeeld met behulp van de risicotaxatie lijsten die in dit rapport aan bod kwamen. Het gaat bijvoorbeeld om ouders die drugsverslaafd zijn of als kind zelf mishandeld zijn. Dit type interventie is alleen nuttig als de screening goed is en de beschikbare hulp effectief, of zoals Hermans (2001) het stelt: *Preventieactiviteiten, gericht op (groepen van) risico-individuen, zijn alleen mogelijk als de predictieve waarde van de risicofactoren voldoende groot is en men daarnaast een efficiënte screening weet te realiseren waardoor men de risico-individuen met een zekere mate van betrouwbaarheid kan detecteren.*

We gaven in de Inleiding al aan dat de voorspellende waarde van risicofactoren die statistisch samenhangen met kindermishandeling beperkt is; te gering om individuele prognoses te kunnen doen. Daarnaast laat onderzoek van Brown en collega's (1999; genoemd in Hermans, 2001) zien dat hoewel kindermishandeling vaak te maken heeft met een opeenstapeling van allerlei risicofactoren en stressoren, zelfs bij maximale risicocumulatie er in 77 procent van de gevallen nooit een melding van mishandeling geweest was en ook de kinderen zelf rapporteerden nooit mishandeld te zijn. Daarnaast zijn de risicofactoren die samenhangen met kindermishandeling niet erg specifiek voor kindermishandeling maar doorgaans dezelfde factoren die samenhangen met andere opvoedings- en ontwikkelingsproblemen zoals gedragsproblemen, psychische problemen, schoolproblemen en delinquentie, verslaving, enzovoorts ('multifinaliteit'; Hermans, 2001). Tot slot bleek in de studie van Bouwmeester (2006; zie ook Inleiding, Paragraaf 1.6) dat, alhoewel niet iedereen medewerking wilde verlenen aan het onderzoek en daarmee prevalenties van aanwezige risico's in de populatie hoger kunnen zijn, het aantal gezinnen met hoog risico beperkt is.

Voorgaande in beschouwing nemend, dienen we ons niet al teveel blind te staren op aanwezigheid van risicofactoren. Factoren als de mate waarin opvoeders in staat zijn om te gaan met conflicterende taken; reële verwachtingen met betrekking tot de ontwikkeling en rolvulling van kinderen; positieve perceptie van kinderen en opvoeding; of een steunende sociale omgeving kunnen ervoor zorgen dat risicofactoren die in het ene gezin bijdragen aan het ontstaan van een verstoorde opvoedingssituatie in

het andere gezin niet tot problematiek leiden (zie ook Baartman, 1996). Het blijft een samenspel tussen de draaglast die een gezin te verduren krijgt en de draagkracht die de ouders hebben om hiermee om te gaan. Dit betekent dat hoewel we veel weten over factoren die bijdragen aan het ontstaan van kindermishandeling, oorzakelijkheid niet vaststaat en van situatie tot situatie bekeken dient te worden. Bovendien gaat het met de meeste gezinnen in Nederland goed. Indien er dus in de preventiepraktijk voor een risicobenadering gekozen wordt, dient men daarom altijd oog te houden voor mogelijke 'valse alarmen' (of vals-positieven). Men moet oppassen dat een gehanteerde interventiemethoden niet leidt tot onnodige stigmatisering.

Ons inziens zijn daarom met betrekking tot geïndiceerde preventie van kindermishandeling tenminste twee zaken belangrijk:

1. Er dient gewaakt te worden voor onnodige stigmatisering van gezinnen;
2. Er moet onderzoek verricht worden naar kosteneffectiviteit van geïndiceerde preventie om de afweging te kunnen maken of de kosten van screening, overbodige behandeling en wellicht zelfs het niet of minder investeren in andere vormen van preventie, opwegen tegen de mate van effectieve verwijzing en behandeling van de terecht geïdentificeerde gezinnen (zie ook Hermans, 2001).

Ook tijdens de expertmeeting werd stilgestaan bij hoe primaire preventie kan leiden tot stigmatisering van ouders. De experts riepen op tot het inzetten van laagdrempelige interventies. Hierbij moet de kracht van ouders benadrukt worden. Bovendien werd gepleit voor instrumenten die de protectieve factoren van gezinnen in kaart brengen zodat er meer ruimte komt voor empowerment. Waar het punt 1) betreft willen wij tenslotte expliciet benadrukken dat er niet alleen aandacht moet zijn voor gezinnen die overbodige en wellicht stigmatiserende hulp geboden wordt; er moet ook oog zijn voor de belangrijke groep hoog-risicogezinnen die moeilijk bereikbaar is en wie de wel benodigde zorg mogelijk niet bereikt.

8.2.4 *Vroege interventie bij risicotrajecten*

Het laatste niveau van primaire preventie betreft vroege interventies gericht op individuen die risicotrajecten zijn ingegaan. Het gaat dan om gezinnen waarbinnen de eerste signalen van beginnende problemen zichtbaar zijn. Ook daarbij geldt hetzelfde probleem: eerste signalen van problematiek (bv. zorgwekkende opvoedingssituaties) hoeven niet altijd te leiden tot kindermishandeling. Dit neemt niet weg dat betreffende gezinnen een belangrijke doelgroep zijn voor opvoedingsondersteuning. Bovendien zijn opvoedingsvragen van ouders relatief gemakkelijk op tafel te krijgen. Hermans (2001) stelt daarom vast dat er een systeem van opvoedingsondersteuning nodig is waarin ruimte beschikbaar is voor het bespreken van individuele vragen. Hij stelt dat beroepskrachten over voldoende vaardigheden dienen te beschikken om problemen van ouders zoals zij die ervaren te kunnen verhelderen. Instrumenten zoals bijvoorbeeld de VOBO, het DMO-protocol of het registratieformulier Klant in Beeld zouden daarbij kunnen helpen. Aansluitend dient laagdrempelige zorg beschikbaar te zijn in de vorm van bijvoorbeeld spreekuren. Indien aldaar een klein aantal contacten onvoldoende blijkt, moet vervolgens snel doorverwezen worden.

8.3 **Ketenzorg met duidelijke regie**

Er zijn dus verschillende niveaus van preventie (primair, secundair en tertiair) en ook binnen primaire preventie, het aandachtsgebied van deze kennissynthese, is een aantal subniveaus te onderscheiden. De doelgroepen variëren van de hele Nederlandse

bevolking tot een afzonderlijk gezin. Uiteindelijk komt het echter altijd aan op zorg op maat. Dat wil zeggen: zorg op gezins- of kindniveau. Er dient een goede universele informatievoorziening te zijn, en screenen is goed om de nodige alarmbellen te laten rinkelen, maar altijd dient van geval tot geval de aanpak bepaald te worden. Daarvoor moet dan wel alles op zijn plek zijn: van universele preventie tot en met vroege interventie bij risicotrajecten; en van primaire preventie tot en met tertiaire preventie. Korte lijnen zijn daarin belangrijk: snelle verwijzing, geen lange wachttijden en zorgverleners die weten wat de volgende stap in het traject idealiter zou zijn. De expliciete focus op primaire preventie in deze kennissynthese is kunstmatig, ingegeven door een onderzoeksvraag, beschikbare tijd en financiële middelen. In werkelijkheid zijn primaire en secundaire preventie in methoden, in effectonderzoek, praktijk en beleid niet los van elkaar te zien. Daarom willen wij, alhoewel dit rapport uitsluitend gericht was op primaire preventie en daarbij bovendien de meeste resultaten betrekking hadden op selectieve of geïndiceerde preventieve methoden, het veld expliciet vragen om aandacht voor ketenzorg met aansluiting tussen en binnen de verschillende niveaus van preventie, te weten: primaire, secundaire en tertiaire preventie (zie ook Hoofdstuk 1).

De Tweede Kamer rapporteerde in vergaderjaar 2007-2008 over ketenbesef op de werkvloer. In de betreffende rapportage werd ondermeer aandacht besteed aan de keten voor de aanpak van kindermishandeling. De auteurs concludeerden dat deze keten relatief goed functioneert: Er is een redelijk duidelijke afbakening van afzonderlijke rollen binnen de keten, aldus de auteurs. Dat wil zeggen dat de gemeente eerstverantwoordelijke is voor preventie en lichte hulpverlening; de provinciale Bureau Jeugdzorg zijn eerstverantwoordelijken voor verdergaande hulpverlening; en de Raad voor de Kinderbescherming en de rechtspraak wegen af welke maatregelen opgelegd worden. Toch verlopen signalering en melding van kindermishandeling niet optimaal. Volgens de auteurs is dit grotendeels te wijten aan een gebrek aan duidelijke regie op de zorgverlening. Er is namelijk niet één organisatie of persoon die de regie heeft over alle organisaties in de zorgverleningsketen rondom kindermishandeling. Daardoor is de aansluiting tussen preventie, lichte hulpverlening en zwaardere hulpverlening niet goed geregeld. Kinderen kunnen daardoor te lang in het licht-curatieve circuit blijven terwijl zij eigenlijk behoefte hebben aan zwaardere hulp. Andersom kunnen kinderen juist ook onnodig snel in relatief zware vormen van hulpverlening terechtkomen. Een duidelijke regie van de ketenzorg¹ is dus belangrijk. De vraag om duidelijke coördinatie van zorg met betrekking tot kindermishandeling werd binnen de groep experts herhaaldelijk genoemd als belangrijke voorwaarde om te kunnen zorgen dat zo min mogelijk gezinnen en kinderen buiten de boot vallen.

Voor een duidelijke regie is het niet alleen belangrijk dat taken duidelijk afgebakend zijn, maar ook op elkaar aansluiten. Daarbij is het van belang dat ook de volgorde van interventies en de combinatie van interventies duidelijk zijn. Dit betekent dat

¹ “Het woord ‘ketenzorg’ suggereert dat de zorg schakel voor schakel wordt verleend ofwel dat er lineariteit bestaat tussen preventie, eerstelijns en tweedelijns. Dat is niet zo. Soms vindt preventie plaats in de tweedelijns. Soms gaat de patiënt heen en weer tussen eerste- en tweedelijns. Daarom is het woord ketenzorg niet goed. Beter is het om van ‘netwerkzorg’ te spreken”. Dit pleidooi hield UMC Utrecht voorzitter en internist Geert Blijham bij de afsluiting van het congres *Recente Ontwikkelingen in de bekostiging van ketenzorg*, dat op 4 juli plaatsvond op de Universiteit Utrecht (Bron: Schrijvers AJP (2008). *Nieuwsbrief Public Health* 312 d.d. 31 augustus 2008. Geraadpleegd op 17 september 2008 op <http://www.integratedcare.nl/downloads/312nieuwsbriefphd.d.31augustus2008.pdf>). Soortgelijk gaf één van de aanwezigen tijdens de expertmeeting aan dat we geen ‘ketenzorg’ maar meer een ‘cirkelaanpak’ nodig hebben om problemen rondom overdracht te verkleinen.

verschillende niveaus van preventie op elkaar aansluiten en dat bij signalering van een problematische gezinssituatie de juiste interventie ingezet kan worden. Samen Starten (zie ook www.samenstarten.nl) is een voorbeeld van een Nederlands project dat zich richt op een optimale aansluiting van vraag (behoefte van gezinnen met 0-2 jarige kinderen) en aanbod en afstemming tussen partners in de zorg. Samen Starten gaat uit van datgene wat al in de buurten aanwezig is op het gebied van preventie en zorg. Het doel is de verbindingen tussen deze bestaande voorzieningen te versterken. Meer onderzoek is nodig om de volgorde en combinatie van interventies die beschikbaar zijn in de Nederlandse praktijk te kunnen optimaliseren.

8.4 Aandacht voor implementatie

Een ander aandachtspunt voor het welslagen van preventie van kindermishandeling is het zorgvuldig vormgeven van de implementatie van veelbelovende en/of effectieve methoden. In dit onderzoeksrapport stond de geschiktheid, betrouwbaarheid en validiteit van instrumenten; en de veelbelovendheid en effectiviteit van interventies op het gebied van de primaire preventie van kindermishandeling centraal. We zochten ondermeer naar instrumenten en interventies waarvoor we in de wetenschappelijke overzichtsliteratuur evidentie konden vinden. Echter, de effectiviteit zoals is vastgesteld in gecontroleerde omstandigheden (*efficacy*), is een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde voor het bereiken van de gewenste effectiviteit in de praktijk. De instrumenten of interventies dienen in de reguliere preventiepraktijk ook nog te worden gebruikt, en wel zodanig dat ook in die alledaagse praktijk de effecten overeind blijven (*effectiviteit*). Om de effectiviteit zoals gevonden in de wetenschappelijke overzichtsstudies ook in de praktijk te kunnen evenaren, is daarom nadrukkelijke aandacht voor een zorgvuldig uitgewerkt 'innovatieproces' een vereiste. Het voert te ver om op deze plaats diep in te gaan op de invoering van evidence-based instrumenten en interventies en het zorgvuldig vormgeven van innovatieprocessen. We verwijzen u hiervoor graag naar pagina 167 tot en met 171 van Klein Velderman e.a. (2007) waar we hier nader op ingaan. Op deze plaats willen we specifiek ten aanzien van gebruik van geschikt instrumentarium of interventies aandachtspunten formuleren.

8.4.1 *Gebruik van geschikt instrumentarium*

In dit rapport gingen we voornamelijk in op beschikbaarheid en geschiktheid van instrumenten voor het signaleren van risicovolle omstandigheden die kunnen leiden tot kindermishandeling. Echter, de beschikbaarheid en geschiktheid van instrumenten is een onvoldoende voorwaarde voor een goed gebruik daarvan. Reijneveld en Vogels (2005) formuleerden in hun beschouwing van vragenlijsten voor psychosociale problemen in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een aantal concrete adviezen voor de beroepskrachten die het instrumentarium in de praktijk toepassen. Adviezen als deze van Reijneveld en Vogels zijn ook te formuleren voor andere settings en thema's, zo ook met betrekking tot het onderwerp van deze kennissynthese, namelijk primaire preventie van kindermishandeling:

- Gebruik alleen vragenlijsten waarvan de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid zijn onderzocht en goed zijn bevonden. Notabene: Daarbij benadrukten de auteurs dat het onderzoek naar betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid dient uitgevoerd te zijn in de relevante Nederlandse (of Vlaamse) setting (bv. JGZ, kraamzorg, ziekenhuizen).
- Wijzig vragenlijsten niet voor gebruik, want dit verandert meestal de aard van de vraag en daarmee de antwoorden. Dergelijke wijzigingen kunnen de validiteit van de antwoorden beïnvloeden.

- De ideale vragenlijst voor het signaleren van risicogezinnen of zorgwekkende opvoedingssituaties die kunnen leiden tot kindermishandeling bestaat (nog) niet. De validiteit van de op dit moment beschikbare vragenlijsten is derhalve onvoldoende om signalering van deze problematiek volledig op te baseren. Deze vragenlijsten dienen daarom slechts als hulpmiddel tijdens een zorgcontact en zullen in het screeningsproces vergezeld moeten gaan van een professioneel oordeel van een zorgverlener.

Echter, adviezen alleen zullen niet toereikend zijn. De implementatie van positief geëvalueerd instrumentarium verdient in een breder kader nadere aandacht: Hoe dienen medewerkers in het veld getraind te worden in het effectief toepassen en interpreteren van het voorhanden instrumentarium? Welke werkcondities, kwaliteitsnormen en andere randvoorwaarden zijn nodig om het gebruik van dergelijke instrumenten te bevorderen? Daarbij dient bovendien oog te zijn voor afstemming tussen verschillende instellingen, denk aan verloskundigen, kraamzorg, JGZ, medisch personeel, Bureaus Jeugdzorg of onderwijs (zie ook Paragraaf 8.3).

8.4.2 *Gebruik van geschikte interventies*

Hoewel dit overzicht een groot aantal interventies beschrijft, moet geconstateerd worden dat de overzichtsstudies die in dit rapport besproken zijn, erop wijzen dat de gevonden effecten beperkt zijn. Bovendien hebben effecten soms alleen betrekking op risicofactoren of beschermende factoren en is niet duidelijk of interventies ook tot minder kindermishandeling hebben geleid. Kortom, deze resultaten wijzen erop dat er nog veel geïnvesteerd kan worden in de verdere verhoging van effectiviteit.

Voor interventies die veelbelovend of effectief zijn geldt hetzelfde als voor risicotaxatie instrumenten: veelbelovendheid of effectiviteit van de methode garandeert geen goed gebruik. Daarom is expliciete aandacht voor een zorgvuldig vormgegeven implementatieproces van belang. Het gevaar is bovendien dat (internationale) effectieve of evidence-based programma's als modelprogramma's worden verspreid en door praktijkinstellingen als standaard worden uitgevoerd zonder dat verder gewerkt wordt aan meer effectieve versies. De noodzaak tot verhoging van kwaliteit van programma's en hun effectiviteit, alsmede het aanpassen van buitenlandse modelprogramma's aan de Nederlandse of aan lokale omstandigheden vereist meer inzicht in wat de effectiviteit van deze interventies bepaalt. Bij de ontwikkeling van kennis dient daartoe een beter evenwicht gevonden te worden tussen de ontwikkeling van kennis ten aanzien van effectieve modelprogramma's en de kennis van principes van effectieve preventie die door programmakers en door praktijkwerkers kunnen worden toegepast in bestaande en nieuwe programma's.

We beschreven in dit rapport zowel interventieprogramma's die op basis van wetenschappelijk evidentie zoals gevonden in internationaal onderzoek veelbelovend leken voor de preventiepraktijk, als interventies die reeds in de Nederlandse praktijk toegepast worden. In het Nederlandse werkveld bleken vele voorbeelden te vinden van programma's die speciaal voor de Nederlandse praktijk ontwikkeld zijn of worden. Deze programma's grijpen in op problemen of situaties die mogelijk specifiek zijn voor de Nederlandse praktijk, of zij zijn ontstaan vanuit een bepaalde hulpbehoefte in de praktijk. Er is of wordt voor het ontwikkelen van deze programma's gebruikgemaakt van beschikbare relevante, nationale expertise. Wij willen op dit vlak spreken van 'innovatie'. Dergelijke innovatieprojecten beschouwen wij als zeer waardevol voor de Nederlandse praktijk. Daarbij is het van belang dat op theoretische gronden aannemelijk is dat een dergelijk programma veelbelovend of effectief kan zijn. Daartoe kan

eveneens gebruikgemaakt worden van de internationale wetenschappelijke kennis zoals wij deze presenteren: Welk *type* programma kwam in de overzichtsstudies als meest veelbelovend naar voren? Welke factoren lijken voor welke doelgroepen bij te dragen aan effectiviteit? Indien van dergelijke kennis gebruikgemaakt is bij het ontwerp van programma's, moedigen wij ook effectonderzoek naar deze innovatieprojecten ten zeerste aan. Ook innovatieprojecten dienen automatisch vergezeld te gaan van een goed effectonderzoek.

Sommige van deze in Nederland ontwikkelde programma's worden reeds op vele plaatsen in ons land aan de bevolking aangeboden. Te denken valt bijvoorbeeld aan video-feedback interventies. Hoewel dit de noodzaak van effectonderzoek onderstreept, blijkt zich hierbij wel een probleem voor te doen. Voor programma's die reeds regulier worden aangeboden is het uit ethische overwegingen soms moeilijk gerandomiseerde studies aan te bieden. Aandacht is nodig voor het ontwikkelen van innovatieve onderzoeksstrategieën die een valide toetsing van de effectiviteit van dergelijke programma's beter mogelijk maken.

Tijdens de expertmeeting ontstond een discussie over wie verantwoordelijk is voor het implementeren van kennis en van effectieve methoden in de Nederlandse praktijk. Steeds meer beslissers over jeugdbeleid bevinden zich tegenwoordig op lokaal niveau, bijvoorbeeld op gemeenteniveau. Gemeenten bepalen momenteel zelf waar ze geld aan uitgeven. Het rendement van hun investeringen in preventieve maatregelen zijn soms moeilijk zichtbaar waardoor niet alle gemeenten bereid zijn dergelijke investeringen (op groter schaal) te doen. Het zou de moeite waard zijn om kennis als gegenereerd in deze kennissynthese en in toekomstig onderzoek, te laten landen bij organisaties als het Interprovinciaal Overleg (IPO) of de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

8.5 Een experimenteel gerandomiseerd onderzoek (RCT) als ideaal?

Hierboven noemden we de vraag om aandacht voor het ontwikkelen van innovatieve onderzoeksstrategieën voor het evalueren van reeds veel gebruikte Nederlandse methoden. Deze sluit aan bij een vraag die tijdens de expertmeeting aan de orde kwam: Is een RCT het meest waardevolle onderzoek dat leidt tot onomstreden bewijzen? Dit is in de onderzoekswereld een stelling die wel vaak genomen wordt. Voor we hierop terugkomen, willen we eerst nader ingaan op verschillende onderzoeksopzetten. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, 2008) onderscheidt de volgende soorten onderzoek:

- Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek

In een 'niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek' staat de vraag centraal wat de kwaliteit is van een interventie, zonder daarbij een vergelijking te maken met een andere casus of groep waarbij geen of een andere interventie is toegepast.

- Niet-experimenteel veranderingsonderzoek

Een bijzondere vorm van kwaliteitsonderzoek die ook veel in de praktijk wordt toegepast is het 'veranderingsonderzoek'. Typerend hiervoor is dat kenmerken van cliënten voor en na de interventie (en soms ook bij een follow-up) worden gemeten. Dit type onderzoek wordt ook wel 'pre-post-onderzoek' genoemd. De laatste jaren ontstaan varianten, waarbij de vraag centraal staat of verschillende uitkomsten in een groep verband lijken te houden met bijvoorbeeld de duur van de interventie (geldt de regel 'hoe meer contacten, hoe beter de resultaten?'); het soort activiteiten dat er in het kader van de interventie bij iedere cliënt afzonderlijk is uitgevoerd ('zijn kinderen van wie de ouders

huiswerkopdrachten hebben uitgevoerd beter af?'); de demografische kenmerken van de groepsleden ('heeft de interventie bij cliënten uit een achterstandsbuurt minder of juist meer effect?'). Dergelijke niet-experimentele studies dragen in belangrijke mate bij aan hypothesevorming over wat lijkt te werken in een interventie en bij wie.

- Casestudies ($N = 1$)

Een aparte vorm van veranderingsonderzoek is de casestudie. Kenmerkend hierbij is dat de toestand van het onderzoeksobject (het kind, de jongere, de opvoeder, de leerkracht, de school, de wijk) op verschillende momenten wordt beschreven: voorafgaand aan de interventie, wanneer de interventie wordt toegepast en wanneer veranderingen optreden. Meestal vinden de metingen meermalen plaats, zodat het verloop van de veranderingen als gevolg van de interventie goed is te zien. Een variant van deze opzet is de herhaalde casestudie. Daarin worden resultaten uit een eerdere studie getoetst door het onderzoek te herhalen bij nieuwe gevallen. Komen daar steeds weer dezelfde resultaten uit, dan is met steeds grotere stelligheid aannemelijk te maken dat de interventie een rol speelt in de geconstateerde veranderingen.

- Experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek

Het hoofdkenmerk van experimenteel effectonderzoek is dat de interventie waarvan men het effect wil meten (de experimentele conditie) wordt vergeleken met een andere interventie of met een groep waarbij geen interventie is toegepast (de controleconditie). Als de proefpersonen willekeurig over de experimentele en controlegroep zijn verdeeld, spreekt men van een RCT: een 'randomized controlled trial' of 'randomized clinical trial'. In de praktijk komt de RCT niet veel voor; vaak vindt de verdeling over de groepen plaats door bijvoorbeeld de cliënten of hulpverleners te laten kiezen. Ook komt het voor dat groepen uit verschillende instellingen met elkaar vergeleken worden: bij de een is interventie X toegepast, bij de ander interventie Y. In zulke gevallen is er sprake van quasi-experimenteel onderzoek.

- Metastudies

Metastudies bieden een overzicht van de resultaten van verschillende effectonderzoeken. Met speciale procedures en technieken worden de uitkomsten met elkaar vergeleken en worden de factoren onderzocht die eventuele verschillen kunnen verklaren. Zo wordt duidelijk of een interventie over het algemeen wel of niet effectief is.

Ook op de website van het NJi wordt stilgestaan bij de vraag welke van deze onderzoeksmethoden het meest ultieme bewijs voor effectiviteit levert. Volgens het NJi heeft goed effectonderzoek tenminste een zo hoog mogelijke interne validiteit. Dat wil zeggen dat zo min mogelijk sprake is van allerlei storende invloeden. RCT's voldoen hier vaak aan. Daarnaast moet ook sprake zijn van een zo hoog mogelijke representativiteit van de praktijk waarin de interventie wordt toegepast (externe validiteit). Voornamelijk casestudies en niet-experimenteel onderzoek hebben dit kenmerk. Tot slot is het van belang dat aandacht is voor het standhouden van effecten op langere termijn (follow-up onderzoek). Effectstudies voldoen vaak niet aan alle drie deze criteria.

In dit rapport presenteren we resultaten van overzichtsstudies. Veel auteurs stelden een zo hoog mogelijke interne validiteit voorop met de keus voor RCT's als ultiem bewijs voor effectiviteit. Aansluitend noemden wij in de resultaten de verrichte RCT's en merkten in Bijlage C van dit rapport een interventie als 'effectief' aan indien een positief effect ervan was aangetoond in een RCT met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling¹. Dit neemt niet weg dat ook andere onderzoeksopzetten een zeer belangrijke bijdrage kunnen leveren voor effectiviteit van een interventie. Zo kunnen herhaaldelijke casestudies een zeer hoge externe validiteit hebben waar een RCT in een klinische setting dit niet heeft. Het is daarom belangrijk bij het evalueren van veelbelovendheid en/of effectiviteit van interventies te streven naar het hoogst haalbare waar het gaat om zowel interne, als externe validiteit, met aandacht voor een follow-up. Vaak zal dit betekenen dat meerdere stappen in onderzoek nodig zijn om te komen tot de veelbesproken 'ultieme bewijsvoering', of zoals het NJi het beschrijft (www.nji.nl), dat de bewijsvorming gehaald wordt "vanuit een spreiding van verschillende soorten studies".

8.6 Uitkomstmaten in onderzoek naar preventie van kindermishandeling

Een deel van de discussie tijdens de expertmeeting ging over de mogelijkheid of onmogelijkheid tot gebruik van meer uniforme uitkomstmaten in onderzoek naar methoden ter preventie van kindermishandeling. In maar weinig onderzoek zijn effecten gemeten op geverifieerde kindermishandeling. In de meeste studies wordt gebruikgemaakt van maten die op enigerlei wijze geassocieerd zijn met kindermishandeling of een indicatie geven van risico op kindermishandeling (zie ook Paragraaf 7.2). Zo worden bijvoorbeeld effecten van interventies ter preventie van kindermishandeling gerapporteerd op toegenomen *opvoedingscompetenties* of een vermindering van *mogelijke gevaren in huis*. Het is begrijpelijk dat onderzoekers gebruikmaken van dergelijke maten, want de prevalentie van geverifieerde meldingen van kindermishandeling is laag en het is moeilijk om het werkelijke aantal situaties van kindermishandeling goed te registreren. Daardoor is het lastig om in studies voldoende power te hebben voor analyses met kindermishandeling als uitkomstmaat. Het gevolg is echter dat uitkomsten tussen studies moeilijk vergelijkbaar zijn. Het is bovendien moeilijk vast te stellen hoe valide gevonden resultaten zijn: Is een methode werkelijk geschikt ter preventie van kindermishandeling? In Hoofdstuk 7 pleitten we er daarom voor zoveel mogelijk gebruik te maken van standaard uitkomstmaten in onderzoek. De vraag is: kan dit? Het ligt voor de hand dat één uitkomstmaat in onderzoek een utopie is, maar wat is wel mogelijk?

¹ Het NJi (2008) maakt thans voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies het volgende onderscheid in effectiviteit:

- Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek (en soms ook vormen van beschrijvend onderzoek en implementatie-onderzoek).
- * Veranderingsonderzoek.
- ** Herhaalde casestudies, quasi-experimenteel onderzoek en RCT's die niet in de praktijk zijn uitgevoerd.
- *** Herhaalde casestudies, quasi-experimenteel onderzoek en RCT's die wel in de praktijk zijn uitgevoerd.
- **** Herhaalde casestudies, quasi-experimenteel onderzoek en RCT's die wel in de praktijk zijn uitgevoerd en waar bovendien een follow-up heeft plaatsgevonden.
- ***** Herhaalde casestudies, quasi-experimenteel onderzoek en RCT's die wel in de praktijk zijn uitgevoerd en waar bovendien een follow-up heeft plaatsgevonden. De experimentele en de controlegroep zijn volgens toeval samengesteld.

Skowron en Reinemann (2005) voerden een meta-analyse uit naar psychologische interventies ter begeleiding van mishandelde kinderen en hun ouders. Gemiddeld vonden zij een effect van 0.54 wat betekent dat de participanten in de interventiegroepen gemiddeld beter af waren dan 71% van de deelnemers in de vergelijkingsgroepen. Belangrijk is echter de discrepantie tussen uitkomsten op verschillende uitkomstmaten. Zij vonden namelijk het grootste effect (0.53) op zelfrapportage variabelen van ouderlijke gedragingen en attitudes. Effecten voor objectieve gedragsobservaties van de gezinsleden waren het kleinst (0.21). Dit verschil tussen de diverse uitkomstmaten is een aanwijzing voor de behoefte aan goed uitgewerkte uitkomstmaten die niet alleen zelfrapportage maar ook objectieve waarden meenemen en relevant en betekenisvol zijn. Samengevat pleitten de auteurs er dan ook voor gebruik te maken van instrumenten die meerdere uitkomsten meten, gebruikmakend van meerdere methoden en verschillende bronnen of informanten. Eén van de aanwezigen op de expertmeeting gaf daarbij aan dat we meer zouden mogen vertrouwen op rapportage door kinderen. Wij willen hier aan toevoegen dat onderzoekers in Nederland ernaar zouden moeten streven om voor deze verschillende uitkomsten, methoden en informanten zoveel mogelijk te komen tot een beperkt aantal 'voorkeurs-' of 'modelinstrumenten'. Daarbij dient gebruikgemaakt te worden van valide en betrouwbare instrumenten. Zodoende kunnen we toch meer uniformiteit en daarmee meer vergelijkbaarheid tussen studies realiseren.

8.7 Professionalisering van beroepskrachten

Wat is verder nodig om op het gebied van de preventie van kindermishandeling alles op zijn plaats te krijgen? Bovenal zal daar de professionalisering van beroepskrachten een grote rol in moeten spelen. Daarbij gaat het om drie zaken:

1. Beroepskrachten moeten weten hoe zij geacht worden te handelen of wat de beste opties zijn in een bepaalde situatie;
2. Beroepskrachten dienen in staat te zijn te handelen zoals bedoeld onder 1);
3. En zij dienen ook tot dit handelen bereid te zijn.

Wat betreft het eerste punt is het van belang dat protocollen voor handelen of richtlijnen goed geïmplementeerd zijn en dat er een goed overzicht beschikbaar is van de sociale kaart. Organisaties moeten elkaar weten te vinden en bovendien op de hoogte zijn van beschikbare methoden (zie ook Paragraaf 8.3). Dat wil zeggen dat aandacht nodig is voor een zorgvuldige implementatie van valide en betrouwbare risicotaxatie instrumenten en effectieve interventies (zie ook Paragraaf 8.4).

Ten behoeve van het tweede aandachtspunt dient deskundigheidsbevordering beschikbaar te zijn voor de brede groep beroepskrachten die met kinderen werken op scholen, kinderdagverblijven, sportclubs, kinderafdelingen van ziekenhuizen enzovoorts. Zij moeten in staat zijn om signalen te herkennen die kunnen duiden op een zorgwekkende opvoedingssituatie van het kind en aanwezig risico op kindermishandeling en hierover een dialoog aangaan met ouders en kind. Dit betekent dat communicatieve vaardigheden in scholing (inclusief beroepsopleidingen) en bijscholing zorgvuldig getraind moeten worden zodat beroepskrachten beter gesprekken met ouders kunnen aangaan. Beroepskrachten dienen enerzijds systematisch te kunnen observeren, signaleren en onderkennen en anderzijds gesignaleerde problemen open kunnen bespreken. Zoals de LVT/LC OKZ in samenwerking met het NIZW het in 2002

verwoordde met betrekking tot het werk van wijkverpleegkundigen en jeugdartsen uit de jeugdgezondheidszorg:

(...) het dilemma: Zijn deze signaleren inderdaad reden voor bezorgdheid, of verbeeld ik me het?'. Dat vraagt om een systematische aanpak, goed kijken en luisteren, ingaan op vragen van ouders, risico's inschatten in situaties waarin ouders klachten uiten over hun kind ('het huilt zoveel, ik kan er niet meer tegen') of non-verbale signalen afgeven zoals een bezorgd gezicht, druk of afhoudend gedrag (LVT/LC OKZ & NIZW, 2002, p. 14).

Er zijn voorbeelden van trainingen in gespreksvoering bij emotioneel beladen onderwerpen. Dergelijke trainingen worden bijvoorbeeld verzorgd door de landelijk opererende trainersgroep van de *Wilde Kastanje* (www.wildekastanje.nl). Zij maken gebruik van acteurs om oefensituaties levensecht te maken. De Wilde Kastanje heeft specifieke deskundigheid op terreinen als kindermishandeling, seksualiteit, seksuele intimidatie en seksueel geweld. Verder worden over het bespreken van zorgen over mishandeling of verwaarlozing met ouders ook trainingen verzorgd door bijvoorbeeld regionale preventieteams kindermishandeling zoals bijvoorbeeld JSO in Zuid-Holland (www.jso.nl). De Augeo Foundation (www.augeo-foundation.nl) start dit jaar met een eerste digitale scholing voor beroepskrachten in ziekenhuizen. Er zullen modules voor andere beroepsgroepen volgen.

Voor de implementatie van interventieprogramma's ter preventie van kindermishandeling dienen zorgvuldig vormgegeven train-de-trainer modules beschikbaar te zijn. Ook is het belangrijk dat er tussentijds bijscholingen en opfriscursussen aangeboden worden.

8.7.1 *Handelingsbereidheid*

In bovenstaande noemden we tenslotte als derde belangrijke aandachtspunt in de professionalisering van beroepskrachten ten aanzien van kindermishandeling hun handelingsbereidheid. Het is niet alleen belangrijk dat men weet hoe men geacht wordt te handelen en zich ertoe in staat acht, men moet er ook toe bereid zijn. Het is dus belangrijk om mogelijke drempels weg te nemen. Een voorbeeld van een drempel die veel genoemd wordt, is mogelijke schending van de privacy. Veel professionals moeten nog inzien dat er verschillende vormen van privacy zijn en dat hier het belang van het kind en niet het belang van de privacy van het gezin voorop staat. Daarnaast schrikken hulpverleners terug voor mogelijke beschuldigingen achteraf als 'onterecht' tot actie is overgegaan. Het expertpanel wijst op de nieuwe Meldcode Kindermishandeling van het KNMG. Hierin staat goed beschreven hoe met beroepsgeheim omgegaan moet worden. We bevelen aan hier in opleiding en nascholing nader aandacht aan te besteden.

8.8 **Tot slot**

In dit hoofdstuk reflecteerden we op gevonden resultaten in deze kennissynthese met betrekking tot primaire preventie van kindermishandeling. Hierin verwerkten we discussiepunten zoals deze aan bod kwamen in de expertmeeting begin september 2008. Voor een verslag van deze bijeenkomst willen wij u graag verwijzen naar ZonMw (2008). In het volgende hoofdstuk geven wij op basis van onze studie een aantal aanbevelingen op het gebied van primaire preventie van kindermishandeling.

9 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten we apart ten aanzien van onderzoek, beleid en praktijk de belangrijkste conclusies samen. Aan deze conclusies verbinden we steeds aanbevelingen welke in kaders weergegeven worden.

9.1 Onderzoek

9.1.1 *Risicotaxatie instrumenten*

We beschikken momenteel niet over een in Nederland gevalideerd instrument dat risico's op kindermishandeling adequaat in kaart brengt.

Betrouwbaarheids- en valideringsonderzoek naar risicotaxatie instrumenten op het gebied van preventie van kindermishandeling is in Nederland dringend nodig.

De thans in Nederland beschikbare instrumenten voor het schatten van risico op het ontstaan van kindermishandeling en het aanbod in de internationale literatuur zijn primair gefocust op de vroege kindertijd. Er is behoefte aan meer onderzoek naar risicotaxatie instrumenten die betrekking hebben op een brede leeftijdsgroep.

Van Nederlands instrumentarium dat risico's op kindermishandeling in beeld brengt voor een breed leeftijdsbereik (bv. de LIRIK) dienen de psychometrische kwaliteiten dringend onderzocht te worden.

In Nederlands onderzoek naar risicotaxatie instrumenten op het terrein van preventie van kindermishandeling dient aandacht te zijn voor de bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van buitenlandse instrumenten met een breed leeftijdsbereik (bv. de CTSPC).

Er is in Nederland meer ruimte voor gebruik van methoden voor risicotaxatie in de zwangerschapsperiode en direct na de bevalling. Er zijn in de literatuur een aantal aanknopingspunten voor risicotaxatie instrumenten te vinden om iets te ondernemen op dit terrein (bv. Alpha; Kempe Family Stress Inventory; Dunedin Family Services Indicator).

Ontwikkel- en evaluatieonderzoek is nodig met betrekking tot methoden voor het in kaart brengen van risico's voor het ontstaan van kindermishandeling in de periode van -10 maanden tot en met de eerste weken na de bevalling.

9.1.2 *Huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling*

Onderzoek heeft aangetoond dat intensieve huisbezoekprogramma's (bv. het Nurse Family Partnership) kunnen bijdragen aan het verlagen van de incidentie van kindermishandeling. Het betrof met name buitenlands onderzoek.

Meer onderzoek is nodig naar de (on)mogelijkheid om effecten van succesvolle huisbezoekprogramma's ter voorkoming van het ontstaan van kindermishandeling als gevonden in buitenlandse studies te repliceren in de Nederlandse praktijk.

9.1.3 *Scholingsprogramma's ter preventie van seksueel misbruik*

Scholingsprogramma's ter primaire preventie van seksueel misbruik kunnen zorgen voor een verbetering van kennis op het gebied van seksuele mishandeling. Van sommige interventies zijn echter ook negatieve effecten bekend, bijvoorbeeld in termen van een verhoogde angst bij deelnemers aan de interventie. Niet voor alle programma's werden dergelijke negatieve effecten gerapporteerd.

Toekomstig onderzoek naar scholingsprogramma's ter voorkoming van seksueel misbruik dient expliciet mogelijke negatieve effecten te monitoren. Hierbij kan ondermeer gedacht worden aan onderzoek naar de elementen in het aanbod die mogelijk bijdragen aan het voorkomen van een verhoogde angst bij kinderen.

9.1.4 *Migrantengezinnen*

Veel Nederlands onderzoek is nu nog vooral op de 'gemiddelde Nederlander' gericht. Migrantengezinnen vormen echter een specifieke doelgroep. Migratie is een grote stressfactor en in bepaalde migrantengezinnen komt kindermishandeling relatief vaak voor.

In onderzoek dient expliciet onderzocht te worden of dezelfde methoden ter primaire preventie van kindermishandeling kunnen worden ingezet bij migrantengezinnen in Nederland.

9.1.5 *Universele preventie*

Onderzoek naar bijvoorbeeld Triple P en het Period of PURPLE Crying programma laat zien dat het mogelijk is om met relatief goedkope en laagdrempelige interventies succesvol grote groepen te bereiken en bij te dragen aan bewustwording in de populatie. In deze kennissynthese met betrekking tot primaire preventie van kindermishandeling werd echter weinig informatie gevonden over dergelijk onderzoek op het niveau van universele preventie.

In onderzoek is meer aandacht voor goedkope en laagdrempelige universele preventieve interventies op het gebied van kindermishandeling gewenst.

9.1.6 *Kosteneffectiviteit*

Van de kosteneffectiviteit van in de literatuur beschreven methoden ter primaire preventie van kindermishandeling weten we onvoldoende.

In onderzoek naar methoden ter preventie van kindermishandeling dient aandacht te zijn voor kosteneffectiviteit van de programma's onder studie.

Geïndiceerde preventie is gericht op subpopulaties waarin sprake is van risicofactoren. Met betrekking tot kindermishandeling is het echter erg moeilijk om met zekere mate van betrouwbaarheid hoog risico te detecteren.

In het bijzonder dient voor wat betreft kosteneffectiviteitsonderzoek aandacht besteed te worden aan kosteneffectiviteit van methoden voor geïndiceerde preventie van kindermishandeling om de afweging te kunnen maken of de kosten (van screening, overbodige behandeling en wellicht zelfs het niet of minder investeren in andere vormen van preventie op dit terrein) opwegen tegen de baten (de mate van effectieve verwijzing en behandeling van de terecht geïdentificeerde gezinnen).

9.1.7 *Effectieve elementen van methoden*

Er is een noodzaak tot verhoging van kwaliteit van beschikbare methoden ter primaire preventie van kindermishandeling en hun effectiviteit. Daarnaast dienen buitenlandse modelprogramma's aan de Nederlandse of aan lokale omstandigheden aangepast te worden. Inzicht in factoren die voor bepaalde doelgroepen lijken bij te dragen aan effectiviteit is daarom vereist.

We bevelen aan onderzoek te doen naar inzicht in principes van effectieve preventie van kindermishandeling die door programmamakers en door praktijkwerkers kunnen worden toegepast in bestaande en nieuwe methoden op dit terrein.

9.1.8 *Een optimale volgorde van methoden*

Voor een duidelijke regie van zorg met betrekking tot kindermishandeling is het belangrijk dat taken op elkaar aansluiten. Daartoe dienen verschillende niveaus van preventie op elkaar aan te sluiten en bij signalering van een problematische gezinssituatie de juiste interventie inzetbaar te zijn.

Meer onderzoek is nodig naar de optimale volgorde en combinatie van beschikbare interventies ter preventie van kindermishandeling.

9.1.9 *Ultieme bewijsvoering*

Bij het evalueren van veelbelovendheid en/of effectiviteit van interventies is het belangrijk een zo hoog mogelijke interne en externe validiteit te bereiken. Dit wil zeggen dat in onderzoek zo min mogelijk sprake dient te zijn van storende invloeden en de representativiteit van de praktijk waarin de interventie wordt of zal worden toegepast zo hoog mogelijk moet zijn. Verschillende onderzoeksopzetten kunnen hier aan bijdragen.

In onderzoek zijn meerdere stappen nodig om te komen tot ultieme bewijsvoering. Hiertoe dient bewijsvorming gehaald te worden vanuit een spreiding van verschillende soorten studies.

De prevalentie van geverifieerde meldingen van kindermishandeling is laag en het is moeilijk om het werkelijke aantal situaties van kindermishandeling goed te registreren. Daardoor is het lastig om in onderzoek voldoende power te hebben voor analyses met kindermishandeling als uitkomstmaat. Onderzoekers maken dan ook zelden gebruik van geverifieerde meldingen van kindermishandeling als uitkomstmaat. Er wordt momenteel gebruik gemaakt van verschillende effectmaten, waarbij meta-analytisch onderzoek duidt op een structureel verschil in effectgrootte zoals gemeten met de diverse uitkomstmaten. Het gevolg is dat studies moeilijk vergelijkbaar zijn.

Onderzoekers dienen zich in effectonderzoek naar methoden ter preventie van kindermishandeling te richten op verschillende uitkomsten; gemeten met diverse methoden en op basis van verschillende bronnen of informanten. Daarbij dient ook meer dan nu vertrouwd te worden op rapportage door kinderen.

Onderzoekers in Nederland zouden voor deze verschillende uitkomsten, methoden en informanten zoveel mogelijk moeten komen tot een beperkt aantal voorkeurs- of modelinstrumenten.

Met betrekking tot de preventie van kindermishandeling zijn van gezinsondersteunende programma's effecten bij ouders over het algemeen eenvoudiger te vinden dan effecten op het welzijn van kinderen. Bovendien worden effecten bij kinderen vaak pas op langere termijn duidelijk. Het beschikbare onderzoek heeft zich echter voornamelijk gericht op korte termijn effecten.

Er is dringend behoefte aan nauwkeurig vormgegeven onderzoek naar methoden ter preventie van kindermishandeling met een voldoende lange termijn follow-up.

9.2 Beleid

9.2.1 *Een zichtbare overheid*

Maatschappelijk bewustzijn op het gebied van opvoeding en kindermishandeling is belangrijk. Iedereen zou moeten weten dat slaan niet mag en dat kindermishandeling in alle lagen van de bevolking voorkomt. De vraag 'Hoe word ik een goede ouder' zou een normaal gespreksonderwerp moeten zijn. Universele preventieve interventies gericht op voorlichting van de populatie kunnen het thema kindermishandeling op de agenda zetten en aan algemene bewustwording in dergelijke richting bijdragen.

De overheid zou zich duidelijker uit moeten spreken tegen kindermishandeling. Iedereen moet weten dat bijvoorbeeld slaan van kinderen in Nederland niet getolereerd wordt.

De overheid dient de inspanningen op het gebied van publiekscampagnes over kindermishandeling en huiselijk geweld voort te zetten.

9.2.2 *Ketenzorg met duidelijke regie*

Voor het slagen van preventie van kindermishandeling dient alles op zijn plek te zijn: van universele preventie tot en met vroege interventie bij risicotrajecten; en van primaire preventie tot en met tertiaire preventie. Korte lijnen zijn daarin belangrijk. Echter, in de huidige praktijk is sprake van een gebrek aan duidelijke regie. De aansluiting tussen preventie, lichte hulpverlening en zwaardere hulpverlening is niet goed geregeld.

De overheid dient een duidelijke coördinatie van zorg met betrekking tot kindermishandeling te stimuleren en faciliteren.

In beleid dient aandacht te zijn voor snelle verwijstrajecten en het verder wegwerken van wachtlijsten in de zorg op het terrein van kindermishandeling.

9.2.3 *Aandacht voor implementatie*

De effectiviteit van methoden ter primaire preventie van kindermishandeling zoals vastgesteld in gecontroleerde omstandigheden is een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde voor het bereiken van de gewenste effectiviteit in de praktijk. De instrumenten of interventies dienen in de reguliere preventiepraktijk ook nog te worden gebruikt, en wel zodanig dat ook in die alledaagse praktijk de effecten overeind blijven. In Nederland is echter discussie over wie verantwoordelijk is voor het implementeren van kennis en van effectieve methoden in de Nederlandse praktijk. Steeds meer beslissers over jeugdbeleid bevinden zich tegenwoordig op lokaal niveau.

In beleid is expliciete aandacht nodig voor zorgvuldig uitgewerkte implementatietrajecten en verankering van effectieve methoden ter primaire

preventie van kindermishandeling in de praktijk (inclusief goede train-de-trainer modules, bijscholingen, implementatieonderzoek, enzovoorts).

Kennis als gegenereerd in deze kennissynthese en in toekomstig onderzoek naar methoden ter preventie van kindermishandeling dient tenminste te landen bij organisaties als het IPO of de VNG.

9.2.4 *Professionalisering van beroepskrachten*

Ten behoeve van goed functionerende hulpverleningspraktijk dienen beroepskrachten te weten hoe zij geacht worden te handelen of wat de beste opties zijn in een bepaalde situaties. Daartoe is het van belang dat protocollen voor handelen of richtlijnen goed geïmplementeerd zijn en dat er een goed overzicht beschikbaar is van de sociale kaart (zie ook Paragraaf 9.2.3). Echter, beroepskrachten dienen ook in staat te zijn te handelen zoals bedoeld. Dit betekent dat kindermishandeling en vaardigheden voor handelen op het terrein van kindermishandeling voldoende ingebed zouden moeten zijn in beroepsopleidingen en bijscholingen van een brede groep beroepskrachten die met kinderen werken.

In beleid dient structureel aandacht te zijn voor het inbedden van het thema kindermishandeling in beroepsopleidingen en (voldoende) aanbod op het gebied van bijscholingen van beroepskrachten.

9.2.5 *Up-to-date informatievoorziening*

In deze kennissynthese is wegens pragmatische overwegingen gekozen voor het bespreken van overzichtsstudies. Er zit echter een vertragingfactor tussen het moment waarop onderzoek uitgevoerd worden, eerste resultaten beschreven worden in primaire studies, en het moment waarop primair onderzoek in overzichtsstudies besproken en beoordeeld wordt.

Wij adviseren te investeren in het spoedig gereedkomen van een up-to-date registratiesysteem waarin de volgende informatie zorgvuldig wordt bijgehouden:

- **beschikbare methoden in Nederland**
- **lopend onderzoek in Nederland**
- **laatste resultaten van Nederlands effectonderzoek**
- **informatie over veelbelovende methoden op basis van (inter)nationale evidentie**

9.3 **Praktijk**

9.3.1 *Risicotaxatie instrumenten*

In de praktijk dienen risicotaxatie lijsten gebruikt te worden waarvan de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid zijn onderzocht en goed zijn bevonden. Dergelijk onderzoek dient uitgevoerd te zijn in een relevante Nederlandse setting. In dit kader bestaat er geen ideale vragenlijst voor het taxeren van risico voor het ontstaan van kindermishandeling. De validiteit van de op dit moment beschikbare instrumenten is onvoldoende om signalering van deze problematiek volledig op te baseren.

De thans beschikbare instrumenten voor het schatten van risico op het ontstaan van kindermishandeling dienen slechts als hulpmiddel tijdens een zorgcontact gebruikt te worden en zullen in het screeningsproces vergezeld moeten gaan van een professioneel oordeel van een zorgverlener.

- 9.3.2 *Huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling*
 Huisbezoekprogramma's kunnen bijdragen aan de preventie van kindermishandeling. Het betreft echter zeer intensieve programma's en het is de vraag of er in de Nederlandse beroepspraktijk capaciteit is om dergelijke programma's aan complete subpopulaties aan te bieden.

In de Nederlandse praktijk zal overwogen moeten worden of het mogelijk is vaker paraprofessionals of vrijwilligers in te zetten in de uitvoering van intensieve huisbezoekprogramma's ter primaire preventie van kindermishandeling.

Dergelijke initiatieven dienen door onderzoek begeleid te worden om te bestuderen of effecten ook bij inzet van paraprofessionals of vrijwilligers standhouden.

- 9.3.3 *Een integrale, systeemgerichte aanpak van geweld in gezinnen*
 Huiselijk geweld is één van de meest omvangrijke geweldsvormen in onze samenleving. De gevolgen van huiselijk geweld zijn ook voor kinderen erg groot: in 80% van de gezinnen waar partnergeweld voorkomt, zijn de kinderen getuige van geweld. Bovendien zijn kinderen naar schatting in 30 tot 60% van deze gevallen ook slachtoffer van huiselijk geweld.

In de praktijk is een integrale, systeemgerichte aanpak van geweld in gezinnen - dus huiselijk geweld én kindermishandeling - gewenst.

De Rotterdamse meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling is een voorbeeld van samenwerking op dit gebied.

- 9.3.4 *Risicofactoren*
 Onderzoek duidt op bepaalde risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling. Ondermeer ervaringen van kindermishandeling in de eigen jeugd zijn geassocieerd met kindermishandeling als ouder. Er is dus in enige mate sprake van intergenerationele overdracht van kindermishandeling.

Het maken van dezelfde fouten dient in volgende generaties voorkomen te worden. Daartoe is het belangrijk in preventie van kindermishandeling tenminste aandacht te besteden aan het tegengaan van armoede, verslaving en depressie van ouders.

De voorspellende waarde van risicofactoren die statistisch samenhangen met kindermishandeling is echter beperkt: te gering om individuele prognoses te doen. Daarnaast zijn de betreffende risicofactoren niet erg specifiek voor kindermishandeling maar doorgaans dezelfde factoren die samenhangen met andere opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek. Tot slot is het aantal gezinnen met hoog risico beperkt.

Men dient zich niet te veel blind te staren op aanwezigheid van risicofactoren in een gezin voor het ontstaan van kindermishandeling en oog te houden voor beschermende factoren (draagkracht van het gezin).

Men moet alert zijn op mogelijke 'valse alarmen' en waken voor onnodige stigmatisering van gezinnen.

9.3.5 *Laagdrempelige voorzieningen en empowerment*

Het gevaar van een risicobenadering in de preventie van kindermishandeling is onnodige stigmatisering van gezinnen. Daar staat tegenover dat wel benodigde zorg een belangrijke groep moeilijk bereikbare hoog-risicogezinnen mogelijk niet bereikt.

Door het in kaart brengen van de protectieve factoren van gezinnen kan meer ruimte gecreëerd worden voor empowerment van gezinnen.

Er dient een systeem van opvoedingsondersteuning te zijn waarin ruimte is voor het bespreken van individuele vragen.

Bewezen effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling moeten uitvoering krijgen in laagdrempelige voorzieningen zoals de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin en bijvoorbeeld asielzoekerscentra, in de vorm van bijvoorbeeld spreekuren.

10 Geraadpleegde literatuur

- *Azar ST, & Wolfe DA (2006). Child physical abuse and neglect. In EJ Barkley & RA Mash (Eds), *Treatment of childhood disorders* (pp. 595-646). New York: The Guilford Press.
- Baartman HEM (1996). Kwetsbare gezinnen en het risico op kindermishandeling. In HEM Baartman, *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie* (pp. 137-86). Utrecht: SWP.
- Baas NJ (2001). *Probleemouders, probleemkinderen? Een literatuurstudie van transgenerationale overdracht van problemen die tot kinderbeschermingsmaatregelen (kunnen) leiden*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- *Baeten P, Ten Berge I, Geurts E, & Kooijman K (2001). *Jonge kinderen in de knel: de aanpak van kindermishandeling bij 0-4 jarigen onderzocht*. Utrecht: NIZW.
- Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, & Stewart-Brown S (2006). Individual and Group-based parenting programmes for treatment of physical child abuse and neglect (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- *Barlow J, Simkiss D, & Stewart-Brown S (2006). Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: Findings from a systematic review of reviews. *Journal of Children's Services*, 1, 6-28.
- Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lenuga LJ, e.a. (in druk). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken baby syndrome in mothers of newborns: A randomized controlled trial. Geaccepteerd voor publicatie in *Pediatrics*.
- *Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E, Snyder S, Tuma F, Corso P, Scholfield A, Briss PA, & Task Force on Community Preventive Services (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11-39.
- *Blokland G, Prinsen B, & Ter Riet K (2004). *Goed in je vel zitten; Een overzicht van interventies vanuit de GGD voor de preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Bouwmeester-Landweer MBR (2006). *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment (dissertation)*. Rotterdam: Optima.
- Britner PA, & Reppucci ND (1997). Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 165-175.
- Brown J, Cohen P, Johnson J, & Salzinger S (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065-1078.
- Browne K, & Saqi S (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. In K Browne, C Davies, P Stratton (Eds), *Early prediction and prevention of child abuse*. Wiley: Chichester.
- *Budd KS, Stockman KD, & Miller EN (1998). Parenting issues and interventions with adolescent mothers. In JR Lutzker (Ed), *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 357-76). New York, NY, US: Plenum Press.
- Bun C (1998). *Evaluatie 'Kom Op Voor Jezelf': rapportage van een effectonderzoek en een evaluatie onder leerkrachten van de scholen*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. Sector Preventief Jeugdbeleid.

- Butte D, Joosten E, & Gravesteijn C (1997). *Evaluatie-onderzoek van het project Over de Grens*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- CBO (2008). *Overzicht richtlijnen op onderwerp*. Geraadpleegd op 18 september 2008 op http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/r1_overzicht/articleCBOfree_view.
- Chaffin M, Bonner BL, & Hill RF (2001). Family preservation and family support programs: Child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1269-1289.
- Chaffin M, & Friedrich B (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth services Review*, 26, 1097-1113.
- Cicchetti D, & Carlson V (Red.) (1989). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.
- Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Cuijpers P (2001). De effectiviteit van preventie van psychische problemen bij kinderen en jeugdigen: een overzicht van groepsinterventies. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, 486-494.
- *Daro D (2005). *Home visitation assessing progress, managing expectations*. Ounce of Prevention Fund and Chapin Hall Center for Children.
- Databank Effectieve Jeugdinterventies (2008). *Classificatie effectiviteit*. Geraadpleegd op 3 juli 2008 op <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- *Davis MK, & Gidycz CA (2000). Child sexual abuse prevention programs: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 257-265.
- Dubowitz H, & Bennett S (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, 369, 1891-1899.
- Duggan A, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, MacFarlane E, Windham A, & Sia C (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28, 597-622.
- Duggan A, MacFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, & Sia CCJ (1999). "Evaluation of Hawaii's Health Start Program. *The Future of Children-- Home Visiting Programs: Recent Program Evaluations*, 9.
- Ferwerda H (2007). *Met de deur in huis: Omvang, aard, achtergrondkenmerken en aanpak van huiselijk geweld in 2006*. Arnhem: Advies- en Onderzoeksgroep Beke.
- Fraser JA, Armstrong KL, et al. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 24 (11), 1399-1429.
- Fujiwara T, Barr RG, Barr M, Catherine N, & Conway J (2008, Maart). *Changing knowledge and behavior concerning infant crying and Shaken Baby Syndrome: A randomized controlled trial*. Poster gepresenteerd op the International Conference on Infant Studies (ICIS) in Vancouver, Canada.
- Fukkink R (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.
- *Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, & Onghena P (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9, 277-291.
- GGD Delfland (1999). *Draaiboek voor de ouderavond, de jongenslessen en meisjeslessen*.
- GGD Stadsgewest Breda (1995). *Lesmap Ik ben weerbaar*. Breda.

- *Godenzi A, & De Puy J (2004). Overcoming boundaries: a cross-cultural inventory of primary prevention programs against wife abuse and child abuse. *Journal of Primary Prevention*, 21(4), 455-75.
- Gomby, DS, Lerner, MB, et al. (1995). Long-term outcomes of early childhood programs: analysis and recommendations. *The Future of Children*, 5 (3), 6-24.
- Gordon RR (1977). Predicting child abuse. *British Medical Journal*, 1, 841.
- Guterman NB (2004). Advancing prevention research on child abuse, youth violence, and domestic violence: Emerging strategies and issues. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(5), 299-321.
- *Guterman, NB (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the 'universal versus targeted' debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-90.
- *Hanson RF, Smith DW, & Fricker-Elhai A (2004). School-related issues in child abuse and neglect. In RT Brown (Ed), *Handbook of pediatric psychology in school settings* (pp. 451-66). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hermanns JMA (2001). *De preventie van kindermishandeling: Kansen in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen* [2^e druk]. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- *Hermanns J, Öry F, & Schrijvers AJP (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: Eerder, sneller en beter: Een advies voor vroegtijdige signalering en interventie bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Julius Centrum.
- *Kaplan SJMD, Plecovitz D, & Labruna C (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-22.
- *Klein Velderman M, Hosman CMH, & Paulussen TGWM (2007). *Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroeiondersteuning*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- *Klevens J, & Whitaker DJ (2007). Primary prevention of child physical abuse and neglect: gaps and promising directions. *Child Maltreatment* 12, 364-377.
- *Kooijman K, & Zwikker M (2001). Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen: beschrijving en analyse van home visitation-programma's ter preventie van kindermishandeling en -verwaarlozing. Utrecht: NIZW.
- *Kooijman K, & Prinsen B (2003). *Met en + delen: Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, & Vijlbrief AC (2007). *Scholieren over mishandeling: Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs*. Amsterdam/Duivendrecht: VU Amsterdam en PI Research.
- Laurent de Angulo, MS (2002). Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. In EA Brouwers-de Jong (Red.), *Ouder- en Kindzorg: basisboek voor artsen*. Assen: Van Gorkum.
- Lealman GT, Haigh D, Phillips JM, Stone J, Ord-Smith C (1983). Prediction and prevention of child abuse – an empty hope? *The Lancet*, 25, 1423-1424.
- *LVT/LC OKZ in samenwerking met NIZW (2002). *Ieder kind een kans: Stand van zaken betreffende de primaire preventie van kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen*. Digitaal rapport, geraadpleegd op 3 juli 2008 op <http://www.nji.nl>.

- *Macleod J, & Nelson G (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 24(9), 1127-49.
- *MacMillan HL (2000). Child maltreatment: What we know in the year 2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 702-709.
- Meerding WJ (2005). De maatschappelijke kosten van kindermishandeling. In H Baartman, R Bullens, & J Willems (Red.), *Kindermishandeling: de politiek een zorg*. Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Justitie (2008). *Plan van aanpak Huiselijk Geweld tot 2011: "De volgende fase"*. Den Haag: Ministerie van Justitie, augustus 2008.
- Ministerie voor Jeugd en Gezin (2007a). *Alle kansen voor alle kinderen: Programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011*. Den Haag.
- Ministerie voor Jeugd en Gezin (2007b). *Actieplan aanpak kindermishandeling: Kinderen veilig thuis*. Den Haag.
- *MOgroep Jeugdzorg (2007). *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht.
- National Center on Shaken Baby Syndrome (2008). *The National Center of Shaken Baby Syndrom launches the Period of Purple Crying: A new way to understand your baby's crying*. Geraadpleegd op 16 september 2008 op <http://www.dontshake.org>.
- Nemerofsky A, Carran D, & Rosenberg L (1994). Age variation in performance among preschool children in a sexual abuse prevention program. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 85-102.
- NIZW (1999). *Handboek Marietje Kesselsproject*. Utrecht: NIZW.
- NJi (2008). *Soorten effectonderzoek*. Geraadpleegd op 17 september op <http://www.nji.nl/eCache/DEF/38/540.html>.
- *Nygren P, Nelson HD, & Klein J (2004). Screening children for family violence: a review of the evidence for the use preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2, 161-169.
- Olds DL (1992). Home visitation for pregnant women and parents of young children. *American Journal of Diseases of Children*, 146, 704-708.
- Olds DL, & Kitzman H (1993). Review on research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3, 53-92.
- Olds DL, Henderson CR, et al. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9 (1), 44-65.
- *Peters R, & Barlow J (2003). Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review*, 12, 416-39.
- *Putman FW (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-78.
- Reijneveld SA, De Meer G, Wiefferink CH, & Crone MR (2007, in press). Detection of child abuse by Dutch preventive child-healthcare doctors and nurses: Has it changed? *Child Abuse and Neglect*.
- Reijneveld SA, Van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing R, & Verloove-Vanhorick SP (2004). Infant crying and abuse. *Lancet*, 364, 1340-1342.
- Reijneveld SA & Vogels AGC (2005). Vragenlijsten voor psychosociale problemen in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg. In *Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg* (pp. 1-15). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- *Renk K, Liljequist L, Steinberg A, Bosco G, & Phares V (2002). Prevention of child sexual abuse: are we doing enough? *Trauma, Violence, and Abuse*, 3(1), 68-84.
- *Reppucci ND, Woolard JL, & Fried CS (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.

- *Roberts JA, & Miltenberger RG (1999). Emerging issues in the research on child sexual abuse prevention. *Education and Treatment of Children*, 22, 84-102.
- Sidebotham PD, Golding J, & The ALSPAC Study Team (2001). Child maltreatment in the 'Children of the nineties': A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1177-1200.
- Skowron E, & Reinemann DHS (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 52-71.
- Straus MA (1999). *Child-report, adult-recall, and sibling version of the revised Conflict Tactics Scales*. Durham: Family Research Laboratory, University of New Hampshire.
- Straus MA (2000). Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1109-1114.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, & Sugarman DB (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, & Runyan D (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 22, 249-270.
- *Sweet MA, & Appelbaum MI (2004). Is home-visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home-visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
- Taal M, & Edelaar M (1997). Positive and negative effects of a child sexual abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 21, 399-410.
- Ten Brink, T, Van der Steege, M, Van der Haar, A, Jagers, J, Veerman, JW, & Baartman, H (2000). *VGF: Experimentele gebruikershandleiding voor de Vragenlijst Gezinsfunctioneren*. Utrecht/Duivendrecht: NIZW/PI Research.
- Tenheeff, C, Dijkstra, N, Havinga, M, Janssen, L, Kaaij, I vd, van Laar, L, Nelissen, S, Schrijver, A, Simons, M, Woltering, M, & Öry, F (2004). Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedsituaties in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken hun eigen dossiers. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*, Augustus.
- Thomlison B (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, 82, 541-569.
- UNICEF (2003). *A league table of child maltreatment deaths in rich nations: Innocent Report Card*, 5. Florence: UNICEF.
- Van der Meijden M, & Hoefnagels C (1993). *Voor straf een zoen? Evaluatie van een programma ter preventie van seksueel misbruik*. Utrecht: NcGv.
- Van der Vegt AL, Diepeveen M, Klerks M, Voorpostel M, & De Weerd M (2001). *Je verweren kun je leren. Evaluatie van de Marietje Kesselsprojecten*. Amsterdam: Regioplan Onderwijs en Arbeidsmarkt.
- Van Dijk T, Flight S, Oppenhuis E, & Duesmann B (1997). *Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening*. Hilversum: Intomart.
- Van IJzendoorn MH, Prinzie P, Euser EM, Groenveld MG, Brilleslijper-Kater SN, Van Noort-van der Linden AMT, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Mesman J, Klein Velderman M, & San Martin Beuk M (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Algemene en Gezinspedagogiek-Datatheorie, Universiteit Leiden.

- *Van Leerdam F, Kooijman K, Öry F, & Landweer M. (2003). Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling. Utrecht/Leiden: NIZW/TNO Kwaliteit van Leven.
- *Verdurmen J, Van Oort M, Meeuwissen J, Ketelaars T, De Graaf I, Cuijpers P, De Ruijter C, & Vollebergh W (2003). *Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- *Vink. Validatie prenataal vroegsignaleringsinstrument zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden. TNO KvL subsidieaanvraag ZonMW. 2008.
- *Wolfe VV (2006). Child sexual abuse. In EJ Barkley & RA Mash (Eds), *Treatment of childhood disorders* (pp. 647-727). New York: The Guilford Press.
- Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, & De Wilde JA (2007a). Samenvatting van de JGZ richtlijn secundaire preventie kindermishandeling: Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling [concept]. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, & De Wilde JA (2007b). Samenvatting van de JGZ richtlijn secundaire preventie kindermishandeling: Samenvatting voor het management [concept]. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- *Wurtele SK (1998). School-based child sexual abuse prevention programs. In JR Lutzker (Ed), *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 501-516). New York: Plenum Press.
- ZonMw (2008). *Verslag expertmeeting kennissynthese primaire preventie van kindermishandeling, 2 september 2008*. Geraadpleegd op 19 september 2008 op http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/vraagsturing/Zorg_voor_Jeugd/Zorg_voor_Jeugd?verslag_020908_def.pdf.
- *Zwi, KJ, Woolfenden, SR, Wheeler DM, O'Brian TA, Tait P, & Williams KW (2008). School-based education programs for the prevention of child sexual abuse (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.

A Risicotaxatie instrumenten specifiek gericht op kindermishandeling

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken ^{1,2,3}
Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI) Bavolek, 1979 Voor uitgebreide informatie, zie: http://www.aapionline.com	Beoordelen attitudes van (toekomstige) ouders t.a.v. ouderschap en opvoeding om een inschatting te maken over de kans dat toekomstige ouders hun kind zullen gaan mishandelen.	Vragenlijst met 40 items	Zelfrapportage	Adolescenten en volwassenen vanaf 13 jaar	Betrouwbaar en valide
Child Abuse Potential Inventory (CAPI) Milner e.a., 1984 Brief form CAPI (BCAPI) Ondersma e.a., 2005	Voorspellen van fysieke kindermishandeling.	160 items. Voornamelijk klinische data. Afnameduur 20-40 minuten. BCAPI bevat 24 items.	Ouder	0-21 jaar Grietens e.a. (2007) deden van de Nederlandse versie cross-validatie onderzoek voor de leeftijd 4-11 jaar.	69% sensitiviteit 50% specificiteit BCAPI: Niet bekend
Child Abuse Risk Evaluation (CARE; Nederlandse versie CARE-NL, De Ruiter & Pollmann,	Taxatie zorgwekkende opvoedingssituaties, inclusief het risico op	Gestructureerde risicotaxatie van 18 risicofactoren, gegroepeerd naar ouder-, ouder-kind-, kind-, gezinsfactoren en een	Professional geschoold in afname	Alle leeftijden	NG

¹ Indien in meerdere studies de sensitiviteit en specificiteit van een risicotaxatie instrument is gegeven, is het gemiddelde van deze scores weergegeven.

² *Sensitiviteit* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat op het instrument als zodanig wordt herkend. *Specificiteit* betreft het percentage personen zonder problematiek dat correct wordt geïdentificeerd als probleemloos. *Positief voorspellende waarde* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat inderdaad problemen blijkt te hebben.

³ NG: Niet gegeven in overzichtsstudies; NB: Niet Bekend

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken ^{1,2,3}
2003) <i>Speciaal voor JGZ wordt de Mini-CARE ontwikkeld.</i>	kindermishandeling.	risicofactor voor seksueel misbruik			
Conflict Tactics Scale for Parent and Child (CTSPC) Straus e.a., 1998 Voor uitgebreide informatie, zie: http://pubpages.unh.edu/~mas2/ctsb.htm Nederlandse versie is beschikbaar van de CTS2 (Conflict Tactics Scale revised) (Lamers-Winkelmann)	Metten van mishandeling van een kind door de ouder. De relatie tussen ouder en kind staat centraal, waarbij er met name aandacht is voor fysieke en emotionele mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.	Vragenlijst met 22 items met schalen over fysiek geweld, psychologische agressie en gebruik van niet-gewelddadige disciplineringsstrategieën. Extra items over verwaarlozing (5 items), seksueel misbruik en disciplineren in afgelopen week (4 items) kunnen toegevoegd worden. De CTS2 (revised Conflict Tactics Scale) is primair gericht op huiselijk geweld; meestal tussen partners. Hier bestaat ook een kindversie van (CTS2-CA). Afnameduur 12-15 minuten. De CTSPC-CA is de kindversie van de CTSPC. Er is een versie met 22 plaatjes beschikbaar voor kinderen van 6-10 jaar. Afnameduur 15 minuten.	In interview door medewerker JGZ 0-19 face-to-face of telefonisch, ofwel door ouders zelf op papier of met de computer.	Alle leeftijden	-interne consistentie van .25 tot .92, gemiddeld .64 -test-herstet betrouwbaarheid van .70 tot .80 -lijkt sprake te zijn van inhoud- en constructvaliditeit CTS2: -betrouwbaarheid tussen .34 en .94, $M = .77$ (Straus, 2005)
Family Psycho-Social Risk Inventory	Voorspellen van kindermishandeling en	Vragenlijst met 24 items. Informatie als deel van een	Maatschappelijk werker of kinderpsychiater	Als het kind opgenomen is op de	100% sensitiviteit

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken^{1,2,3}
Hunter e.a., 1978	verwaarlozing.	interview.		Intensive Care.	87% specificiteit
Family Stress Checklist (FSC), later Kempe Family Stress Inventory (KFSI) Murphy e.a., 1985	Identificatie families met hoog risico op opvoedproblemen, waaronder kindermishandeling.	Checklist met 10 items en klinische data verkregen in interview.	Maatschappelijk werker	Zwangerschap tussen 3 en 6 maanden	59% sensitiviteit 94% specificiteit Positief voorspellende waarde > 25%
Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK) Ten Berge & Eijgenraam, i.s.m. Landelijk Inhoudelijk Platform VIB	Onderkennen van een vermoeden en eerste inschatting op risico kindermishandeling	Vragenlijst bestaande uit twee delen: (1) onderkennen van vermoeden kindermishandeling, en (2) risicotaxatie. Afnameduur: maximaal 10 minuten.	Medewerker Bureau Jeugdzorg	0-18 jaar	NB
Lijst Hellinckx / de schaal 'Screening van Ernstige Problematische Opvoedsituaties met Risico op Kindermishandeling' Hellinckx e.a., 2001	Nagaan van risico's van fysieke kindermishandeling binnen het gezin.	Vragenlijst met 32 items, ingevuld in dialoog met de ouder.	Verpleegkundige	0-3 jaar	Betrouwbaarheid goed, validiteit moet nog nader onderzocht worden, maar eerste resultaten zijn bemoedigend
Maternal History Interview – 2 Brayden e.a., 1993	Voorspellen risico op kindermishandeling.	Vragen onderverdeeld in 5 categorieën en klinische data.	Professional	Zwangerschap < 28 weken	59% sensitiviteit 69% specificiteit
Ouder- en Kindzorg extra vragenlijst	Inschatten risicofactoren op kindermishandeling op	Vragenlijst met 23 items	Ouders	0-1 jaar	NB

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken^{1,2,3}
(Vragenlijst Stevig Ouderschap)	grond van situatie ouders, karakteristieken van ouders zelf, sociaal isolement, ervaren belasting van zwangerschap / opvoeding, zorgen van verpleegkundige				
Parenting Profile Assessment Anderson, 1993	Identificatie families met risico op opvoedproblemen, waaronder kindermishandeling.	Interview met moeder bestaande uit 20 items.	Jeugdverpleegkundige	Alle leeftijden	75% sensitiviteit 86% specificiteit

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken
SPUTOVAMO Afdeling SEH van het VU- ziekenhuis	Vaststellen vermoeden van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik.	Lijst met 9 onderwerpen voor signalering	Ziekenhuizen	Alle leeftijden	Niet bekend, er loopt onderzoek naar in Nederland
Two-step-screening CCAPR, 1996	Voorspellen van kindermishandeling	Stap 1: 15 item Hawaii Risk Indicator Screening Tool (medische gegevens of interview) Stap 2: KFSI	Professional	Zwangerschap	89% sensitiviteit 28% specificiteit
-- Browne & Saqi, 1988	Voorspellen van mogelijke kindermishandeling	Checklist met 12 items.	Verloskundige en jeugdverpleegkundige	Direct na geboorte en gedurende de eerste maand	68% sensitiviteit 94% specificiteit
-- Gordon, 1977	Identificatie families met een hoger risico op het mishandelen van hun kinderen	Checklist met 6 items. Socio- economische, demografische en klinische data zijn verkregen.	Professional	Vanaf de geboorte	100% sensitiviteit 94% specificiteit
-- Lealman e.a., 1983	Voorspellen van kindermishandeling	Checklist met 10 items. Socio- economische, demografische en klinische data zijn verkregen.	Professional	Na ontslag van moeder uit het ziekenhuis	67% sensitiviteit 90% specificiteit

B Instrumenten gericht op risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling (bv. zorgwekkende opgroei- en opvoedsituaties)

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken ^{1,2,3}	Gebruikt in NL praktijk
Antenatal Psychosocial Health Assessment (Alpha) Reid e.a., 1998	Signaleren risico op zorgwekkende opgroei- en opvoed-omstandigheden	'Self-report' ALPHA Vragenlijst met 46 items 'Providers' ALPHA Interview rond 15 items verdeeld over 4 domeinen; gezinsfactoren, moeder-factoren, huiselijk geweld en alcohol/drugsgebruik	'Self-report'-versie ingevuld door de ouder 'Providers' - versie ingevuld door de verloskundige / jeugdverpleegkundige	Zwangerschap, rond 20 weken	NG	Nee
Child Behavior Checklist (CBCL) Achenbach, NL vertaling Verhulst e.a., 1996	In kaart brengen van emotionele en gedragsproblemen.	Vragenlijst met 113 items. Afnameduur 15-20 minuten.	Ouder Kind Leerkracht	1½-18 jaar	Betrouwbaarheid en validiteit zijn goed. Nederlandse referentiegegevens beschikbaar.	Ja
Dunedin Family Services Indicator (DFSI) Muir e.a., 1989	Signaleren van zorgwekkende opvoedsituaties	Checklist met 9 items. Informatie verkregen door semi-gestructureerd interview, overleg met multidisciplinair	Verpleegkundige / JGZ 0-19, huisarts	Zwangerschap	88% sensitiviteit 83% specificiteit Positief	Nee

¹ Indien in meerdere studies de sensitiviteit en specificiteit van een risicotaxatie instrument is gegeven, is het gemiddelde van deze scores weergegeven.

² *Sensitiviteit* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat op het instrument als zodanig wordt herkend. *Specificiteit* betreft het percentage personen zonder problematiek dat correct wordt geïdentificeerd als probleemloos. *Positief voorspellende waarde* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat inderdaad problemen blijkt te hebben.

³ NG: Niet gegeven in overzichtsstudies; NB: Niet Bekend

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken ^{1,2,3}	Gebruikt in NL praktijk
		team en korte vragenlijst voor ouder.			voorspellende waarde > 25%	
Klant in beeld Thuiszorgorganisatie Maatzorg (De Vries, 2003)	Inschatten zorgbehoeften ouders.	Registratieformulier	Medewerker consultatiebureau	Tijdens het zuigelingen-huisbezoek of iets daarna	NB	Ja
Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI) Kousemaker, 1997	Vroegtijdig signaleren van psychosociale, gedrags- en ontwikkelingsproblemen.	Oudervragenlijst (OVL) Signaleringsinstrument consultatiebureau (CBSI) Signaleringsinstrument kinderopvang (SIKO) Afnameduur 10-15 minuten	JGZ-verpleegkundige Ouder Leidster kinderdagverblijf	0-5 jaar	Onvoldoende onderzocht op validiteit	Ja
Kwetsbaar jong Kijlstra, Prinsen, & Schulpen, 2001, 2003	In kaart brengen van risicosituaties.	Ingaan op 10 verschillende risicosituaties; pre- en dismatuur geboren kinderen, chronisch ziek zijn, alleenstaand ouderschap, langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, verslaafdheid drank of drugs, psychische problemen, allochtone kinderen, en uit het buitenland geadopteerde kinderen.	NG	0-4 jaar	NG	Ja
Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) / NOSI korte	Signaleren van zorgwekkende	NOSI: vragenlijst met 123 uitspraken die gescoord worden	Ouders	Ouders met kinderen van 2	Begrips- en criteriumvaliditeit	Ja

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken ^{1,2,3}	Gebruikt in NL praktijk
versie (NOSIK) De Brock e.a., 1992	opvoedings- en ontwikkelings-organisaties door het in kaart brengen van ouderlijke stress	op een 6-puntsschaal. Afnameduur: 25 minuten. NOSIK: Vragenlijst met 25 items. Afnameduur 5 minuten.		tot 14 jaar	goed, betrouwbaarheid voldoende. Normering onvoldoende.	
Protocol van Samen Starten (DMO-P)	Ondersteunen van de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge	Tijdens het consult op het consultatiebureau wordt in een extra kwartier ingegaan op de	JGZ 0-19 (consultatiebureau)	0-4 jaar	NB	Ja
Universiteit van Amsterdam	kinderen.	competentie van de primaire ouder, de rol van de partner, sociale steun, mogelijke ingrijpende levensgebeurtenissen en het welbevinden van het kind.				
Social Support Apgar (SSA) Norwood, 1996	Screenen van de mate van adequaatheid van sociale steun rondom de bevalling	De SSA geeft een profiel van ervaren tevredenheid met vijf vormen van steun (<i>adaptation, partnership, growth, affection, resolve/commitment</i>) afkomstig van vijf verschillende bronnen (vader van de baby, ouders van moeder, overige familie, vrienden, andere bekenden).	Moeder	Perinataal	Betrouwbaarheid goed: α tussen .88 en .93. Validiteit: er is een significante negatieve relatie tussen SSA scores en stress (gemeten met de Difficult Life Circumstances scale, DLC;	Nee

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken ^{1,2,3}	Gebruikt in NL praktijk
					Barnard, 1989). Low-risk DLC vrouwen scoren hoger op de SSA dan high-risk DLC vrouwen.	
Stap voor Stap Uittenbogaard e.a., 1996	Begeleiden en adviseren van ouders met licht pedagogische problemen in de dagelijkse opvoeding.	Als onderdeel van een gestructureerde methode zijn voor het verhelderen van het probleem twee signaleringslijsten beschikbaar: Babyvragenlijst bestaande uit 29 items. Peutervragenlijst met 53 items.	Ouder	0-4 jaar	NB	Ja
Van Wiechen-onderzoek Laurent de Angulo, 2002	Volgen van tempo en kwaliteit van psychomotorische en neurologische ontwikkeling, vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsstoornissen en ondersteunen van verwijzingen.	Registratieschema met een deel voor zuigelingen (0-15 mnd) met 39 gedragskenmerken, en een deel voor peuters (15-48 mnd) met 42 gedragskenmerken. Afname duurt 10-15 minuten per keer en vindt 7 keer plaats in de zuigelingenperiode en 7 keer in de peuterperiode.	Medewerker consultatie-bureau	0 - 4 jaar	NG	Ja
Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)	Gericht op ernstige opvoedingsproblematiek	Vragenlijst met 95 items die helpt met het systematiseren,	Hulpverlener Jeugdzorg, GGZ	Gezin met thuiswonende	Betrouwbaarheid van de meeste	Ja

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken^{1,2,3}	Gebruikt in NL praktijk
Ten Brink e.a., 2000		objectiveren en standaardiseren van informatie, ingevuld na observatie van gezin. Centrale onderwerpen zijn basiszorg, sociale contacten, opvoedingsvaardigheden, jeugdbeleving, veiligheid in het gezin, individueel functioneren en de partnerrelatie.		kinderen	schalen is goed, echter drie subschalen hebben een betrouwbaarheid lager dan .70	
Vragenlijst Onvervulde Behoeften en Opvoedings-Ondersteuning (VOBO) Bertrand e.a., 1998	In kaart brengen van de niet-vervulde behoefte aan opvoedings-ondersteuning	In een gesprek met de ouders worden 12 domeinen van de ontwikkeling van het kind besproken. Afnameduur 20-30 minuten.	Minimaal HBO-opgeleide beroepskracht	0-15 jaar	NG	Ja
Vragenlijst Onvervulde Behoeften en Opvoedings-Ondersteuning – Zeeland / Zorg- en risicotaxatie (VOBO-Z) Staal & van Stel, 2006	Aanpassing van de VOBO voor gebruik tijdens het huisbezoek op 18 maanden	In een gestructureerd gesprek met de ouders worden 17 domeinen van de ontwikkeling en omgeving van het kind besproken. Afnameduur 20-30 minuten	Jeugdverpleegkundige	18 maanden	Niet bekend, onderzoek lopend	Ja
Vragenlijst Sociaal	In kaart brengen van	Itemlijst met concrete vragen per	Hulpverlener met	Vanaf 6 jaar	Betrouwbaarheid	Ja

Instrument (alfabetisch)	Doel	Kenmerken	Informant	Leeftijd	Psychometrische kenmerken^{1,2,3}	Gebruikt in NL praktijk
Pedagogische Situatie (VSPS) Scholte, 2000	risicofactoren	risicofactor, te weten emotionele ontwikkeling, gedragsontwikkeling, persoonlijkheid, gezin, school en vriendengroep.	bevoegdheid psychodiagnostiek		en validiteit redelijk tot goed	

C Interventies gericht op kindermishandeling

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
Bemoeizorg Kroesberegn e.a., 2003	Bevorderen en/of beschermen van gezondheid van het kind/de jongere	Ouders met kinderen van 0-16 jaar, of jongeren van 16-19 jaar zelf	Ongevraagde hulp om ouders en/of jongeren op het spoor te zetten van opvoedingsondersteuning of jeugdhulpverlening. Hierbij wordt o.a. gebruik gemaakt van huisbezoeken en telefonisch contact. De werkwijze vindt plaats aan de hand van een stappenplan.	NB ²	NG ³	Ja
Early Head Start www.headstartinfo.org	Aanmoedigen gezonde leefstijl tijdens zwangerschap, verbeteren van de ontwikkeling van jonge kinderen en verbeteren van functioneren van het gezin.	Prenataal tot 3 jaar	Geen apart programma, maar biedt financiële steun aan lokale initiatieven. Uitgaande van huisbezoeken komt er wekelijks iemand bij moeder en kind langs om de verschillende diensten aan te bieden voor het welzijn van moeder en kind. De gezinnen moeten ook eenmaal per maand meedoen met een georganiseerde groepsactiviteit.	<u>Niet effectief</u> Ouders rapporteerden minder gebruik te maken van fysiek straffen als disciplineringsstrategie, lieten meer positief opvoedgedrag zien en waren meer steunend/aanmoedigend aanwezig tijdens spel dan ouders die geen gebruik maakten van Early Head Start.	NG	Nee
Families First	Voorkomen dat kinderen uit huis	Gezinnen in crisis,	Gedurende 4 tot max 6 weken komt er 4 à 5 keer per week een	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Positieve effecten op het	NG	Ja

¹ Effectief: als er een positief effect is aangetoond in een Randomized Control Trail (RCT), met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling. Veel belovend: als er een positief effect is aangetoond in een ander design dan een RCT, met als uitkomstmaat geverifieerde kindermishandeling of indien er in een RCT effecten zijn aangetoond op determinanten van kindermishandeling. Niet effectief: als er geen of geen positief effect is op andere uitkomstmaten.

² NB: niet bekend, voor zover bekend geen onderzoek naar gedaan.

³ NG: niet gegeven in overzichtsstudies.

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
Nederlands Jeugdinstuut (www.nji.nl)	geplaatst worden door de veiligheid in het gezin te waarborgen.	waarbij een of meer kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar uit huis geplaatst dreigt te worden.	hulpverlener in het gezin. De hulp sluit aan op de behoeften van het gezin en bestaat uit een aantal fasen: bezweren van de crisis en vervolgens het versterken van het sociale netwerk van het gezin en starten van vervolghulp. Na afsluiting vinden follow-up bezoeken plaats.	functioneren van kinderen en gezinnen en op ervaren opvoedingsbelasting van moeders.		
Gordon-cursus 'Effectief omgaan met kinderen' (Ned. bewerking van Amerikaanse Parent Effectiveness Training) www.gordontraining. nl Stichting Nederlandse Effectiviteits Trainingen	Optimaliseren van opvoeding door specifieke communicatie- vaardigheden voor de opvoeding aan te leren	Ouders en opvoeders van kinderen tussen 1 en 18 jaar	Binnen de vaardigheidscursus wordt gewerkt met het gedragsraam, het gedragsoordeel, actief luisteren, ik-boodschappen, omgaan met verzet en de overlegmethode voor niet makkelijk oplosbare conflicten.	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Reviewstudie (Klein Poelhuis, Van IJzendoorn, & Juffer, 2000) van nationale en internationale studies laten positieve invloeden zien op de opvoedingshouding en beperkte effecten op het opvoedingsgedrag van de ouder en het gedrag van het kind	NG	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
Hampton Family Resource Project Healthy Families Partnership, 1996	Terugdringen van factoren die het risico op kindermishandeling vergroten	Prenataal tot 2 jaar	Het Hampton Family Resource Project bestaat uit huisbezoeken bij moeders van een eerste kind, over een periode van twee jaar.	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Kinderen van moeders die hadden meegedaan met het programma hadden minder risico om mishandeld te worden dan kinderen uit de controlegroep. Verbetering op variabelen over gezondheid van zowel moeder als kind uit interventiegroep.	NG	Nee
Hawai Healthy Start Program Duggan e.a., 1999	Preventie van kindermishandeling en verwaarlozing, verbeteren van de gezondheid en ontwikkeling van jonge kinderen.	Vanaf de geboorte van kind tot 3-5 jaar later	Bij families met een geschat hoog risico op kindermishandeling wordt het functioneren van het gezin verbeterd. Het programma richt zich op het omgaan met crises binnen het gezin, het vergroten van het probleemoplossende vermogen en het helpen bij het vinden van de juiste instanties voor bv. hulp bij verslaving en uitkering. Huisbezoeken vinden het eerste jaar wekelijks plaats. Naarmate het functioneren van het gezin vooruit gaat, wordt ook de bezoekfrequentie minder tot uiteindelijk een keer per kwartaal. Het gemiddelde aantal huisbezoeken is 50.	<u>Niet effectief</u> Geen significant verschil tussen de interventie- en controlegroep in voorkomen van kindermishandeling (Duggan e.a., 2004). Onderzoek naar effectiviteit is methodologisch zwak: inadequate randomisatie, hoog percentage uitval na één jaar (30%) en de onderzoekers waren niet "blind"; ze wisten of een familie in de interventie- of controlegroep zat.	Programma wordt uitgevoerd door getrainde paraprofessionals (minimaal high school diploma), die professionele supervisie krijgen.	Nee
Healthy Families America Program	Bevorderen van positief	Prenataal of vlak na	Geen apart programma, maar biedt training en hulp aan lokale	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Onderzoek van Daro en Harding	Programma wordt uitgevoerd door	Nee

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
Prevent Child Abuse America, 1992	ouderschap en voorkomen van kindermishandeling en verwaarlozing.	de geboorte tot 3-5 jaar later	initiatieven voor het ontwikkelen van home visitation programma's aan risicogroepen ter bevordering van positief ouderschap en voorkoming van kindermishandeling. Huisbezoeken vinden bij aanvang minimaal een keer per week plaats, als het beter gaat, kan de frequentie omlaag tot uiteindelijk eenmaal per kwartaal.	(1999) laat zien dat er slechts één RCT is uitgevoerd, met als resultaat dat kindermishandeling en geassocieerde uitkomstmaten niet verminderd werden. Studies waarbij alleen gebruik is gemaakt van een controlegroep laten zien dat minder meldingen van kindermishandelingen gedaan worden in de groep die aan het programma heeft meegedaan dan in de controlegroep.	paraprofessionals. Schatting kosteneffectiviteit per familie: \$ 3200	
Home-Start www.home-start.nl Samenwerkingsverband Home-Start Nederland	Voorkomen dat alledaagse problemen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen, het vergroten van het zelfvertrouwen en het versterken van sociale relaties.	Ouders met ten minste een kind van zes jaar of jonger die behoefte hebben aan ondersteuning	Vrijwilligers geven voor minimaal een dagdeel per week praktische hulp bij gezins- en opvoedtaken en vriendschap. De belangrijkste uitgangspunten zijn vraaggericht werken, het geven van tijd en aandacht, nadruk op empowerment en werken met de ouder vanuit een basis van vertrouwen en gelijkwaardigheid.	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Zelf-gerapporteerd positief opvoedingsgedrag nam toe, negatief opvoedgedrag nam af (Asscher, 2005). Opvoedingsstress nam af (Hermanns e.a., 1997).	In onderzoek van Hermanns e.a. (1997) is een aantal gestandaardiseerde instrumenten aangepast voor gebruik binnen het onderzoek.	Ja
Ik ben weerbaar GGD Stadsgewest Breda, 1995	Leren voor jezelf opkomen in ongewenste situaties. Het	10 tot 12 jaar (groep 7 en 8 van	Lesprogramma met handleiding voor de leerkracht en werkschrift voor leerlingen. Daarnaast een bijscholing voor leerkrachten,	NB	NG	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
	vergroten van de mentale weerbaarheid en het zelfvertrouwen van kinderen	het basis-onderwijs)	bestaande uit twee schoolteambijeenkomsten, waarbij het lesprogramma wordt gepresenteerd en bijscholing plaatsvindt over het signaleren van (seksuele) kindermishandeling, de opvang en de verwijzing.			
Kom op voor jezelf GGD Delfland, 1999	Voorkomen of verminderen van verschillende vormen van mishandeling; vergroten van kennis en inzicht m.b.t. mishandeling; leren effectief te reageren op situaties van mishandeling en misbruik; leren respect te hebben voor de grens van een ander	Groep 7 en 8 van de basis-onderwijs	Groepstraining die aan jongens en meisjes apart wordt gegeven. De training aan meisjes bestaat uit oefeningen om de fysieke en mentale weerbaarheid te vergroten. De training aan jongens bevat dezelfde mentale elementen als in het meisjesprogramma, extra zijn onderwerpen als machocultuur.	NB	NG	Ja
Marietje Kesselsproject	Het vergroten van de weerbaarheid, het	Jongeren boven-bouw	Trainers/preventiewerkers van buiten de school geven 12 lessen van 60 minuten over weerbaarheid.	<u>Niet effectief</u> Onderzoek door Bun (1998) en Van der Vegt e.a. (2001) laat zien	NG	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
www.weerbaarheid .nu NIZW, 1999	voorkomen of verminderen van intimidatie, mishandeling en seksueel misbruik.	basis- onderwijs	Het programma is seksespecifiek; jongens en meisjes krijgen gescheiden les. Zowel jongens als meisjes oefenen in fysieke en mentale weerbaarheid, maar de accenten kunnen verschillen. Bij de lessen zijn de leerkrachten wel aanwezig. Ouders ontvangen voorlichting over de inhoud van het programma tijdens een ouderavond, de leerkrachten via een teamvergadering.	dat de kennis is toegenomen, maar er zijn geen sterke aanwijzingen voor verbetering van vaardigheden of gedrag. Onderzoek is methodologisch zwak (beide onderzoeken gebruiken een pretest-posttest controlegroep design), de voormeting vond pas plaats na de interventie en er is niet genoeg rekening gehouden met confounders (Van der Vegt e.a., 2001). Verder is er sprake van hoge uitval of is de uitval niet goed beschreven (Verdurmen e.a., 2003).		
Moeders Informerer Moeders (MIM)	Vergroten van zelfvertrouwen, zelf-redzaamheid en zelfzorg- vermogen van moeders met een eerste kind en versterken van hun sociale netwerk.	Moeders met eerste kind tussen 0 en 18 maanden.	Gedurende 18 maanden brengt een bezoekmoeder (vrijwilligster) uit hetzelfde sociale milieu huisbezoeken om de onervaren moeder te helpen met meer zelfvertrouwen en zelfstandigheid haar kind op te voeden. De bezoekmoeders worden begeleid en ondersteund door een coördinator.	NB	NG	Ja
Nurse Family Partnership (of:	Het bevorderen van de	Prenataal tot	Vroegtijdige preventie thuis: Het Nurse Family Partnership is	<u>Effectief</u> Goed ondersteunde effectieve	Als kanttekening werd in de publicatie door	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
<p>Elmira Project)</p> <p>www.nursefamilypartnership.org</p> <p>Olds e.a., 1986, 1998, 2002</p> <p>NL: Voorzorg</p> <p>www.voorzorg.info</p>	gezondheid en ontwikkeling van kinderen in kwetsbare gezinnen.	2 jaar	gericht op ouders met een ingeschat relatief hoog risico waarvoor intensieve begeleiding nodig geacht wordt. Gemiddeld vinden twee huisbezoeken plaats per maand (met uitzondering van een verhoogde frequentie in de eerste maand van het programma (bij 16 weken zwangerschap) en de eerste zes weken na de geboorte). De laatste vier maanden daalt de frequentie tot één huisbezoek per maand. Het programma is gericht op de gezondheid en persoonlijke ontwikkeling van moeder, de rol van moeder als opvoeder, haar sociale netwerk, en de gezondheid en veiligheid van het kind.	<p>interventie met positief effect aangetoond in meer dan 2 RCT's → niveau 1 van effectiviteit (Thomlison, 2003; Rice e.a., 2003).</p> <p>Resultaten waren beter en zichtbaar op meerdere gebieden als professionele verpleegkundige de huisbezoeken aflegden dan als paraprofessionals⁴ dat deden.</p>	<p>Chaffin en Friedrich (2004) vermeld dat bewijzen voor een afname in kindermishandeling variabelen alleen indirect gemeten zijn in enkele effectstudies.</p> <p>Schatting kosteneffectiviteit per familie: \$ 3000</p>	
<p>Over de grens</p> <p>Butte, Joosten & Gravesteijn, 1997</p>	Preventie van seksueel misbruik	Jongeren in de 2 ^e of 3 ^e klas van het (I)VMBO of MAVO op een multi-	Gedurende twee maanden krijgen de leerlingen van eigen docenten en docenten van de theaterschool voorlichting bestaande uit een combinatie van lessen en educatief theater door medeleerlingen.	<p><u>Niet effectief</u></p> <p>Effect op seksueel misbruik niet onderzocht. Effect op kennis van seksueel misbruik en aanranding, maar niet op attitude of gedragsintentie.</p> <p>Onderzoek methodologisch zwak</p>	NG	Ja

⁴ Paraprofessional is geen deskundige, maar iemand (bv de buurvrouw) die een cursus heeft gedaan om deze huisbezoeken volgens de betreffende methode te kunnen afleggen. Criteria voor paraprofessionals staan niet altijd duidelijk vermeld.

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
		culturele school		aangezien er geen sprake is van randomisatie of matching. Ook is er niet genoeg rekening gehouden met confounders en is er een hoge uitval (Verdurmen e.a., 2003).		
Praktische Pedagogische gezinsbegeleiding (PPG) Hogeschool Utrecht	Versterken van opvoedkundige competenties van ouders en balans tussen draagkracht en draaglast binnen het gezin herstellen.	Gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar	Gedurende vijftien tot twintig weken komt de thuisbegeleider eens per week een tot anderhalf uur in het gezin. De hulp is vraaggericht en bestaat uit een taxatiefase, waarbij probleemschatting plaatsvindt en een veranderingsfase, waarbij handelingsgericht naar oplossingen gekeken wordt.	<u>Niet effectief</u> Geen effecten op afname van opvoedingsstress van ouders. Onderzoek zegt niets over of opvoedingscompetenties zijn toegenomen.	NG	Ja
Project SafeCare (voormalige Project 12-Ways) Lutzker	Voorkomen van mishandeling of voorkomen van recidive van mishandeling.	0 tot 5 jaar	Voor families die een grote kans lopen te gaan mishandelen of voor reeds mishandelende ouders. Bij dit programma staan drie thema's centraal; gezondheid, veiligheid en hechting. Elk thema komt in vijf huisbezoeken aan bod. Voor het thema hechting zijn er twee leeftijdsafhankelijke varianten; geboorte tot ongeveer 10 maanden en vanaf 10 maanden tot 5 jaar. De 15 huisbezoeken vinden wekelijks plaats.	<u>Niet effectief</u> Vermindering van de mogelijke gevaren in huis in de groep met risico ouders. Methodologisch zwak: Alleen vergelijking voor en na de interventie bekeken. Geen controlegroep. Hoge uitval (61%) in de groep ouders die mogelijk zouden kunnen mishandelen, de risicogroep.	Programma kan zowel door professionals als paraprofessionals uitgevoerd worden.	Nee

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP Landelijke Steunfunctie Preventie, Trimbos Instituut	Voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen zelf problemen ontwikkelen.	Gezinnen met ten minste een kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychia- trische stoornis heeft.	De interventie is kortdurend, 6-8 bijeenkomsten, intensief, psycho- educatief, gezinsgericht met een follow-up op langere termijn. Verschillende strategieën worden gebruikt om de gezinnen te helpen, bijvoorbeeld het geven in informatie over de psychiatrische stoornis van de ouder(s).	<u>Niet effectief</u> Geen onderzoek in Nederland. Onderzoek in het buitenland niet gericht op kindermishandeling als uitkomstmaat.	NG	Ja
Right to security Taal & Edelaar, 1997	Preventie van seksueel misbruik	Jongeren uit de boven- bouw (groep 6, 7 en 8) van het basis- onderwijs	In 8 lessen, die gedurende zes weken gegeven worden (1-2 lessen per week gedurende 30-60 minuten), wil dit programma de zelfbeschermende vaardigheden van kinderen in potentiële misbruiksituaties verbeteren. Drie lessen worden gegeven door acteurs die in een rollenspel misbruikconflictsituaties naspelen. De overige vijf lessen worden gegeven door een getrainde leerkracht.	<u>Niet effectief</u> Effect op seksueel misbruik niet onderzocht. Effect op de haalbaarheid van weigeren en bij jonge kinderen op sociale angst. negatiefffect is dat oudere kinderen zich ongemakkelijker voelden bij lichamelijke aanraking. Onderzoek methodologisch zwak aangezien er geen sprake is van randomisatie of matching en de uitval niet duidelijk beschreven staat (Verdurmen e.a., 2003).	Het gebruik van één programma voor leerlingen van 8 tot 12 jaar sluit niet aan bij de verschillende leeftijden en het verschillend risico op misbruik.	Ja
Samen leven	Verbeteren van voorlichting en	Jongeren in het	Ondersteuningsaanbod aan scholen in het kader van seksuele en	NG	NG	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
GGD West-Utrecht, 1994	houding ten aanzien van seksualiteit	voortgezet onderwijs	relationele vorming. Bestaat uit deskundigheidsbevordering aan schoolpersoneel, lesprogramma en lesmaterialen voor leerlingen, en ouderavonden.			
Samen Starten www.samenstarten.nl Tenheaff e.a., 2004	Versterking van de lokale samenwerking om de gezondheid en het welzijn van het jonge kind van 0-2 jaar te bevorderen	Ouders met kinderen van 0-2 jaar	Op het consultatiebureau wordt er gekeken naar de ontwikkeling van het kind en het welbevinden van ouder en kind. Indien signalen van probleem, dan kan er een huisbezoek plaatsvinden. Als de zorgen groot zijn, kan er doorverwezen worden naar de desbetreffende instantie of interventie.	NB	Omdat het gaat om versterking van de lokale samenwerking, kunnen andere interventies gekoppeld worden aan Samen Starten. Hierdoor kan de ontwikkeling van het kind optimaal gevolgd en bijgestuurd worden. Op dit moment loopt er een onderzoek naar de effectiviteit van Samen Starten met Stevig Ouderschap.	Ja
Sexual Abuse Education Programs bv the TOUCH program, STOP! (Stop, Tell someone, Own	Preventie van seksueel misbruik.	2 tot 18 jaar	Programma's worden uitgevoerd op scholen en verschillen in format en stijl (variërend van 1 tot 12 sessies, gebruik makend van werkboeken, films en toneel) en inhoud (alleen gericht op preventie van seksueel misbruik of gericht op meerdere onderwerpen van	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Verbeteringen in kennis en gedrag ter zelfbescherming bij kinderen die een programma ter preventie van seksueel misbruik op school hebben gehad. Programma's zijn het meest effectief als ze uitgebreid zijn, zich	Deze programma's bereiken een groot aantal kinderen tegen een lage prijs. Omdat ieder kind meedoet, is er geen kans op stigmatisering.	Nee

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
<p>your body, Protect yourself), Child Abuse Primary Intervention Program (CAPP), TRUST, Good Touch/Bad Touch program, Stay Safe Program, Behavioral Skills Training, ESPACE, Children Need To Know Personal Safety Training Program</p> <p>Wolfe, 2006; Davis & Gidycz, 2000; Zwi e.a., 2007</p>			<p>preventie, bv pestgedrag). Centrale thema is dat seksueel misbruik kan worden voorkomen als kinderen ongepast gedrag van volwassenen herkennen, snel weggaan en iemand anders inlichten over het incident.</p>	<p>richten op concrete concepten en als gedrag wordt voorgedaan en herhaald.</p> <p>Onderzoek vertoont tekortkomingen: kennis van kinderen is vaak alleen kort na het programma getest en de uitkomsten zijn cultuurspecifiek. Ook liet een aantal studies negatieve effecten zien van de programma's, zoals verhoogde angst bij kinderen (Putman, 2003), terwijl andere studies geen verhoging vonden (Roberts & Miltenberger, 1999; Wolfe, 2006).</p> <p>Kinderen, vooral (preschool) in de leeftijd van 2 - 4 jaar, leren meer als naast de leerkracht ook ouders betrokken zijn bij deze programma's. Hierbij moeten de ouders wel goed gecoacht worden.</p>	<p>Effectiviteit van het programma is misschien afhankelijk van type mishandeling dat het kind overkomt, bv als de focus bij het programma ligt op mishandeling door een vreemde, doet het kind er misschien niets mee als het mishandeld wordt door een bekende.</p> <p>Het programma houdt er geen rekening mee dat een kind misschien al mishandeling heeft meegemaakt en dat de informatie die het programma geeft verwarrend kan zijn.</p>	
<p>Stap voor Stap</p> <p>Uittenboogaard, 1996</p>	<p>Het beter hanteerbaar maken van opvoedings-situaties.</p>	<p>Gezinnen met kinderen</p>	<p>Handzaam en informatief werkschema waarin de volgende vier stappen doorlopen worden: schetsen van een beeld van de huidige opvoedsituatie, samen met de ouder inzicht verwerven in de</p>	<p>NG</p>	<p>NG</p>	<p>Ja</p>

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
			opvoedsituatie, handelen en evalueren.			
Stevig Ouderschap (Voortgekomen uit Project OKÉ) www.stevigoudersc hap.nl Bouwmeester- Landweer, 2006	Het verkleinen van het risico op ernstige opvoedings- problemen	Gezinnen met een pas- geboren kind	Door middel van de Vragenlijst Stevig Ouderschap (zie risicotaxatie instrumenten, Bijlage A) worden gezinnen met een verhoogd risico geselecteerd. De gezinnen krijgen zes huisbezoeken en een telefonisch consult. Bij 18 maanden stopt de interventie. Duur van huisbezoeken is 90 minuten. Volgens een protocol wordt er gesproken over eigen ontwikkelingsgeschiedenis van ouders, beleving ouderschap, verwachtingen over ontwikkeling kind, sociale steun en verwijzing naar juiste voorzieningen.	<u>Effectief</u> Risico op kindermishandeling neemt meer af in interventie- dan controlegroep.	NG	Ja
Triple P (Pathways Triple P) Sanders & Cann, 2002; Sanders e.a., 2003 www.triplep- nederland.nl	Het voorkomen van (ernstige) emotionele en gedrags- problemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap.	0 tot 16 jaar	Dit programma is laagdrempelig en integraal. Het Triple P –programma heeft vijf niveaus van ondersteuning: 1) Universeel, 2) Selectief, 3) Basiszorg, 4) Standaard of Groep Triple P, en 5) Triple p Plus. Pathways Triple P is gericht op ouders die risico lopen hun	<u>Triple P:</u> <u>Effectief</u> Uit 12 RCT's blijkt dat de interventies effectief zijn, vooral op niveau 3, 4 en 5. Competentie van ouders neemt toe. <u>Pathways Triple P:</u> <u>Effectief (eerste, voorlopige</u> <u>resultaten)</u>	Biedt op verschillende niveaus ondersteuning waar interventies aan gekoppeld kunnen worden.	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
			kinderen te mishandelen.	Vergelijking van 8 staten die Triple P uitvoeren met staten die reguliere zorg verlenen. Na een aantal jaar lijkt het aantal meldingen kindermishandeling, het aantal uithuisplaatsingen en registraties van Eerst Hulp afdelingen in ziekenhuizen vanwege aan mishandeling gerelateerd letsel minder te zijn in de staten die Triple P uitvoeren dan staten waarin dit niet gebeurt. (Presentatie Prinz, www.hfcc07.net , gelezen op www.triplep-nederland.nl , 15 april 2008)		
Vangnet Jeugd Amsterdam (GG&GD A'dam 2001)	Vroegtijdig signaleren en doorverwijzen van risicogezinnen	Gezinnen met kinderen van 0-19 jaar	Vangnet Jeugd Amsterdam is een outreachend programma dat zich richt op risicogezinnen en kinderen (0-19 jaar) die in hun ontwikkeling worden bedreigd. Doelstellingen van Vangnet Jeugd zijn: i) anticiperen op (zorg)signalen over kinderen die (mogelijk) in hun ontwikkeling worden bedreigd; ii) verwijzing naar passende hulpverlening en iii) afstemming of coördinatie van	Uit de evaluatie van de Vangnet Jeugd pilot in Amsterdam blijkt dat de werkwijze van Vangnet Jeugd om de doorstroming van risicokinderen naar de hulpverlening te faciliteren, succesvol is. Vanaf 2001 is Vangnet Jeugd een reguliere afdeling van MGGZ binnen de GGD Amsterdam. September 2007 is de tweede onderzoeksfase naar Vangnet Jeugd Amsterdam gestart (www.onderzoeksinformatie.nl)	NG	Ja in Amsterdam en momenteel worden in vier andere steden soortgelijke Vangnet Jeugd-initiatieven opgezet en uitgevoerd,

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
			(bestaande) hulpverlening. Daarnaast vervult Vangnet Jeugd een advies- en consultatie functie aan hulpverleners en andere professionals met vragen over kinderen waar zorgen over bestaan.			te weten: Alkmaar, Arnhem, Hilversum en Zaanstad
Versterking Spirit	Vergroten van competentie van ouders en kinderen zodat beide beter functioneren en de veiligheid verbeterd wordt.	Gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar	Gedurende gemiddeld zes maanden komt de huisbezoeker twee tot drie keer per week in het gezin. De hulp bestaat uit drie fases: informatiefase van drie weken, veranderingsfase waarbij de hulpverlener vraaggericht werkt en de afrondingsfase waarin de contactfrequentie verminderd wordt, het sociale netwerk geactiveerd wordt en eventueel vervolghulp ingezet wordt.	<u>Niet effectief, veelbelovend:</u> Kleine vermindering van ouderlijke stress, maar dit effect blijft niet zichtbaar tijdens de follow-upperiode (Monshouwer e.a., 2001; Verman e.a., 2004).	NG	Ja
Video-feedback interventies / video-hometraining (VHT)	Begeleiden van gezinnen met een verstoorde relatie tussen ouder en kind door communicatie-problemen	0-12 jaar	Eerder opgenomen videobeelden worden met de ouder teruggekeken en gebruikt ter ondersteuning van vaardigheidstraining van de ouder in de omgang met zijn of haar kind. De interventie kan geboden worden door professionele instellingen of door pedagogen en psychologen die werken vanuit een eigen praktijk. VHT wordt zowel kortdurend ingezet (K-VHT) bij	<u>Veelbelovend:</u> Fukkink (2008) heeft een meta-analyse over video-feedback begeleiding verricht (29 studies). De resultaten duiden op kleine tot middelgrote positieve effecten van dergelijke begeleiding op zowel gedrag van moeder ($d = 0.47$), attitude van moeder ($d = 0.37$), als gedrag van het kind ($d = 0.33$; kinderen in de studies waren	Er zijn verschillende vormen van video-feedback begeleiding en verschillende settings waarin deze begeleiding wordt toegepast. Het is niet duidelijk welke vorm in welke setting en voor welke doelgroep het meest effectief is.	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
			lichte opvoedingsproblemen, als langduriger bij complexe problematiek. In Nederland richt de Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling (AIT) zich specifiek op de ontwikkeling van VHT. Zij heeft regionale steunpunten voor opleiding en kwaliteitszorg na opleiding. Hier worden landelijk dus trainers opgeleid die VHT toepassen (zie ook www.aitnl.org)	gemiddeld 0-8 jaar oud).	Uit de meta-analyse van Fukkink (2008) blijkt wel dat kortere video-feedback interventies tot een sterkere verbetering leiden van opvoedvaardigheden dan langere interventies. Experimentele uitkomsten op kindniveau waren gemiddeld kleiner als ouders tot een hoog-risicogroep behoorden.	
Voor straf een zoen Van der Meijden & Hoefnagels, 1993	Preventie van seksueel misbruik	Jongeren uit de bovenbouw (groep 6, 7 en 8) van het basis-onderwijs	Dit programma beoogt kinderen weerbaarder te maken tegen seksueel misbruik en ongewenste intimiteiten en hen te wijzen op de hulpverleningsmogelijkheden. Centraal in dit programma staan drie meespeel-toneelvoorstellingen, uitgevoerd door professionele acteurs. Naar aanleiding van deze voorstellingen voeren de leerkrachten en leerlingen 13 verschillende opdrachten uit,	<u>Niet effectief</u> Effect op seksueel misbruik niet onderzocht. Geen effect op weerbaarheid in de situatie zelf, wel in het zoeken van hulp na de situatie. Onderzoek methodologisch zwak aangezien er geen sprake is van randomisatie of matching. Ook is er niet genoeg rekening gehouden met confounders en is er een hoge	NG	Ja

Naam programma	Doel	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/effectiviteit ¹	Struikelblokken/ pluspunten	Gebruikt in NL praktijk
			klassikaal, in subgroepen of individueel.	uitval (Verdurmen e.a., 2003).		
-- Britner & Reppucci, 1997	NG	Vroege kindertijd	Programma voor tienermoeders van een eerste kind, uitgevoerd door trainers afkomstig uit diverse etnische gemeenschappen. Deze moeders behoren tot een risicogroep: ongetrouwd, laag inkomen, klein of geen sociaal netwerk en weinig tot geen kennis over de ontwikkeling van hun kind. Het programma bestaat uit met twaalf wekelijkse groepsbijeenkomsten (max 10 moeders en baby's), die tevens dient als lotgenotengroep en als punt van doorverwijzing naar andere instanties.	<u>Niet effectief, veelbelovend</u> Er waren minder officiële meldingen over kindermishandeling 3 tot 5 jaar na de geboorte van hun kind in de groep tienermoeders die meegegaan had aan het programma dan in de gematchte controlegroep. Ook waren er in deze groep meer moeders die hun school hadden afgemaakt en een volgende zwangerschap hadden uitgesteld tot na hun 21 ^{ste} jaar dan in de controlegroep.	NG	Nee