

Richtlijn JGZ-richtlijn Kindermishandeling

1. Inleiding

Deze richtlijn gaat over kindermishandeling.

Daarbij wordt de definitie van kindermishandeling zoals die in de Jeugdwet (2015) is omschreven, gehanteerd:

'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 afhankelijkheid 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'.

Kindermishandeling kan een vorm van huiselijk geweld zijn wanneer de pleger iemand uit de huiselijke kring is. Onder huiselijk geweld verstaan we (Wet Publieke Gezondheid, 2008 en Wet Maatschappelijke Ondersteuning, 2015):

'Lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld of bedreiging daarmee door iemand uit de huiselijke kring; huiselijke kring: een familielid, een huisgenoot of een mantelzorger.'

Vormen van kindermishandeling

Kindermishandeling kan zich uiten in de volgende vormen:

1. lichamelijke (fysieke) mishandeling;
2. emotionele (psychische) mishandeling;
3. lichamelijke (fysieke) verwaarlozing;
4. emotionele (psychische) verwaarlozing;
5. seksueel misbruik;
6. combinaties van lichamelijke en emotionele mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.

Hieronder lichten we deze indeling kort toe. Specifieke vormen van kindermishandeling worden nader besproken in volgende thema's. In het vervolg van de richtlijn gebruiken we de algemene term 'kindermishandeling' voor de hierboven beschreven vormen. Alleen daar waar nodig gebruiken we de meer specifieke term.

Lichamelijke mishandeling

Onder lichamelijke mishandeling vallen alle vormen van lijfelijk geweld tegen een jeugdige. Bijvoorbeeld: slaan, stompen, schoppen, bijten, krabben, haren trekken, brandwonden toebrengen, letsel toebrengen met voorwerp, botbreuken toebrengen, (poging tot) wurging of smoren. De ernst van de mishandeling kan variëren van licht tot zeer ernstig of zelfs fataal. De frequentie en duur kunnen variëren van eenmalig tot structureel en langjarig. Bijzondere vormen van lichamelijke mishandeling zijn:

- Abusive Head Trauma / Shaken baby syndroom (zie [Thema 8](#))
- Vrouwelijke genitale verminking (VGV) / meisjesbesnijdenis (zie [Thema 13](#))
- PCF (Pediatric Condition Falsification), voorheen Munchhausen by proxy syndroom (MBPS)
- Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) door het gebruik van alcohol en drugs tijdens zwangerschap

Emotionele mishandeling

Van emotionele mishandeling is sprake wanneer ouders niet-incidenteel vijandigheid of afwijzing richting de jeugdige vertonen. Daartoe behoren bijvoorbeeld: uitschelden, manipuleren, kleineren, (be)dreigen, bang maken, isoleren, uitsluiting, opsluiting, te hoge eisen stellen op cognitief of bijvoorbeeld sportief gebied. Ook de 'inzet' van de jeugdige bij partnergeweld of vechtscheiding en soms ook bij ziekte (parentificatie) kan onder emotionele mishandeling

geschaard worden. Het getuige zijn (geweest) van partnergeweld tussen de ouders of getuige zijn van mishandeling van broertjes of zusjes worden eveneens gezien als emotionele mishandeling.

Lichamelijke verwaarlozing

Waar bij mishandeling sprake is van actief handelen, is bij verwaarlozing juist sprake van nalaten. Bij lichamelijke verwaarlozing laten ouders structureel na om hun kind(eren) te voorzien in de noodzakelijke basisbehoeften zoals voeding, kleding, onderdak, bescherming, (medische) verzorging, leefruimte, zodanig dat de jeugdige daar schade van ondervindt of dreigt te ondervinden. De ernst van lichamelijke verwaarlozing kan variëren van licht tot ernstig of zelfs fataal. Verwaarlozing is, anders dan lichamelijke mishandeling, per definitie niet-incidenteel: “fysieke mishandeling kan plaatsvinden op zaterdagmiddag om vijf over twaalf; verwaarlozing niet” (Baartman, 2009). Zie ook [Thema 10](#).

Emotionele verwaarlozing

Van emotionele verwaarlozing is sprake wanneer ouders langdurig tekortschieten in responsiviteit en het geven van positieve aandacht aan de jeugdige. Jeugdigen moeten kunnen rekenen op liefde, warmte, geborgenheid, steun, ontwikkelingsruimte en (consequente) grenzen. Bijzondere vormen van emotionele verwaarlozing zijn:

- *Pedagogische verwaarlozing* als verzamelnaam voor onvoldoende pedagogische vaardigheden, onvoldoende ouderlijk gezag of structuur.
- Nalaten of belemmeren van inzet van noodzakelijke hulpverlening.
- *Educatieve verwaarlozing* is bijvoorbeeld het bewust toestaan van chronisch spijbelen, het niet registreren en inschrijven op school of het ontbreken van aandacht voor onderwijskundige noden. Ook het weigeren van een professioneel aangeraden beoordeling of behandeling voor onderwijskundige noden vallen hier onder. Zie ook [Thema 10](#).

Seksueel misbruik

Hoewel seksueel misbruik in wezen een vorm van lichamelijke en emotionele mishandeling is, wordt dit doorgaans apart benoemd. Seksueel misbruik betreft alle seksuele activiteiten die een volwassene een jeugdige opdringt met als doel de seksuele behoefte van de volwassene te bevredigen of financieel gewin te halen. De ernst kan variëren van ‘licht’ (begluren, dwingen te kijken) tot ernstig (verkrachting, seksuele exploitatie) en van eenmalig tot frequent en langjarig. Seks met jeugdigen onder de 16 jaar is in Nederland strafbaar; daarboven wanneer dit onvrijwillig is zoals bij verkrachting vanzelfsprekend ook (Wetboek van Strafrecht).

Combinaties van vormen van kindermishandeling

In de praktijk komen vaak combinaties van vormen van kindermishandeling voor. Lichamelijke

mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik hebben meestal ook een emotionele component.

Omgekeerd heeft emotionele mishandeling en verwaarlozing niet altijd ook een lichamelijk component en komt seksueel misbruik vaak wel solitair voor, zonder dat er ook sprake is van andere vormen van kindermishandeling (met uitzondering van de eerder genoemde emotionele component). Een voorbeeld van een ‘combinatievorm van mishandeling’ is Pediatric Condition Falsification (PCF), voorheen aangeduid als ‘Münchhausen by proxy syndroom’ (MBPS).

In het medisch handboek voor Kindermishandeling wordt PCF omschreven als “een spectrum van minder en meer ernstige casuïstiek, waarbij een gezond kind als ziek of gehandicapt gepresenteerd wordt in het medische circuit door de ouder(s), of een ziek kind wordt gepresenteerd met een ernstiger probleem dan hij of zij in werkelijkheid heeft, met schade tot gevolg ” (Van de Putte, Kamphuis, & Kramer, 2013). Het spectrum omvat de volgende mogelijkheden:

- een overbezorgde angstige ouder, een ouder met gebrekkige kennis en een interpretatie van normale symptomen als ziekteverschijnselen,
- een ouder die, als gevolg van een psychiatrische ziekte, werkelijk denkt dat een kind ziek is,
- een ouder die een ander ziekteconcept heeft van de oorzaak van symptomen (bijv. mijn kind is ‘allergisch’ voor alles,
- een ouder die falsificeert (verzint) of symptomen induceert.

Ernst

De ernst van kindermishandeling wordt niet alleen bepaald door de heftigheid van de mishandeling, verwaarlozing of het seksueel misbruik op enig moment. Ook andere factoren spelen een rol, zoals de frequentie en duur.

De ernst of gradatie van kindermishandeling wordt als volgt ingedeeld (Willems, 1999):

- 1 = licht (minst ernstig);
- 2 = matig (tamelijk ernstig);
- 3 = ernstig;
- 4 = zeer ernstig;
- 5 = (bijna) fataal (meest ernstig).

Kindermishandeling is zelden een eenmalig incident en tegenwoordig wordt steeds meer gesproken van de ‘chroniciteit van kindermishandeling’ waarbij mishandeling en/of verwaarlozing een continue manier van interactie en opvoeden is geworden (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2011).

De impact van kindermishandeling op de jeugdige wordt naast de ernst van kindermishandeling bepaald door factoren zoals de tijdigheid waarmee gesignaleerd wordt, de (ontwikkelings)leeftijd van de jeugdige, de veerkracht van de jeugdige, de reactie van andere volwassenen en professionals, en beschermende factoren zoals coping-strategieën en de sociale steun voor de jeugdige (o.a. Van der Putte et al., 2013). Zie ook [Thema 2](#) over beschermende factoren. De ernst van kindermishandeling moet dan ook altijd in context worden gezien.

Prevalentie

Sinds 2005 wordt iedere vijf jaar de omvang van kindermishandeling in ons land gemonitord met de ‘Nederlandse Prevalentiestudie Mishandeling’ (NPM). Resultaten van de NPM-2015/2016 worden verwacht in 2016/2017.

Kernpunten over omvang en aard van kindermishandeling in Nederland op basis van de NPM-2010 (Alink et al, 2011) zijn:

- De jaarprevalentie van kindermishandeling in al zijn verschijningsvormen is in Nederland naar schatting 3,4%. Dat wil zeggen dat er, op enig moment per jaar, 34 jeugdigen per 1000 worden mishandeld, verwaarloosd of misbruikt. Dit komt overeen met bijna 119.000 jeugdigen per jaar.
- Van de scholieren in de leeftijd van 12 tot 17 jaar zegt 9,9% (99 op de 1000) zich slachtoffer te voelen van kindermishandeling en dit in het voorafgaande jaar te hebben meegemaakt.
- In 45% van de gevallen van kindermishandeling komen combinaties van twee of meer vormen van mishandeling voor.
- Verwaarlozing in alle vormen komt het meeste voor. De jaarprevalentie van lichamelijke verwaarlozing is naar schatting 8,1% (81 jeugdigen per 1000) en van onderwijs- en emotionele verwaarlozing 8,4% (84 per 1000).
- Seksueel misbruik komt het minst voor, of wordt het minst gemeld, met bijna 1 op de 1000 jeugdigen.

Volgens de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014) is de omvang van het aantal slachtoffers van seksueel geweld (zowel binnen als buiten het gezin) veel groter dan uit de NPM-2010 blijkt. Volgens de rapporteur heeft één op de tien meisjes tijdens de minderjarigheid wel eens (dus niet jaarprevalentie maar ‘ooit’), tegen haar wil, manuele seks gehad en 5% tot 10% heeft ervaring met ongewilde orale seks of geslachtsgemeenschap.

Het aantal Veilig Thuis/AMK- meldingen, adviezen en onderzoeken betreffende kindermishandeling steeg explosief sinds 2001 tot 60.000 per jaar, waarschijnlijk door de toegenomen aandacht voor kindermishandeling en meldingsbereidheid bij professionals. Sinds 2012 lijken deze cijfers te stabiliseren (Jeugdzorg Nederland).

Hoeveel jeugdigen jaarlijks overlijden ten gevolge van kindermishandeling is in Nederland niet precies bekend. Kuyvenhoven, Hekkink, en Voorn (1998) maakten op basis van

vragenlijstonderzoek onder huisartsen en kinderartsen de schatting dat er 33 à 40 kinderen van 0 tot 12 jaar vermoedelijk overleden waren als gevolg van kindermishandeling in het jaar 1996. Soerdjbalie-Maikoe, Bilo, Van den Akker, en Maes (2010) bekeken de dossiers van alle gerechtelijke secties van minderjarigen (vanaf 24 weken zwangerschap tot 18 jarige leeftijd) in de periode 1996 tot 2009. Daaruit kwam naar voren dat er gedurende die periode gemiddeld jaarlijks 15 à 17 kinderen, direct of indirect, door kindermishandeling waren gestorven. Ook vergeleken Soerdjbalie et al. (2010) de dossiers in de eigen studie met de gegevens van de studie van Kuyvenhoven et al. en concludeerden dat meer dan de helft van het aantal fatale gevallen van kindermishandeling waarop gerechtelijke sectie was verricht niet vertegenwoordigd was in de studie van Kuyvenhoven et al. Volgens Soerdjbalie et al. is in beide studies waarschijnlijk sprake van een onderrapportage van het aantal fatale gevallen van kindermishandeling. Als oorzaken noemen zij de verschillen in typen onderzoek en dat kindermishandeling mogelijk niet wordt herkend vanwege het ontbreken van objectieveerbare verschijnselen en/of door gebrek aan kennis en ervaring onder artsen die forensisch onderzoek verrichten.

Gevolgen

Het meemaken van kindermishandeling is schadelijk. De gevolgen kunnen direct en al tijdens de jeugd zichtbaar zijn. Daarnaast is er steeds meer wetenschappelijk bewijs dat kindermishandeling langdurige en niet- of moeilijk omkeerbare levenslange gevolgen heeft voor zowel de psychische als de lichamelijke gezondheid, inclusief de neurobiologische schade – wat weer risicofactoren voor kindermishandeling zijn.

Ook de gevolgen van blootstelling aan partnergeweld tussen de ouders, als vorm van kindermishandeling, zijn schadelijk en vergelijkbaar met de gevolgen die jeugdigen ondervinden wanneer zij zelf mishandeld worden (Kitzman, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003).

Kortetermijneffecten (in de jeugd merkbaar)

Directe en kortetermijneffecten die al in de jeugd zichtbaar zijn, zijn bijvoorbeeld:

- mishandelde jeugdigen hebben twee tot drie keer hoger risico op een onveilige gehechtheid (Baer & Martinez, 2006; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans – Kranenburg, 1999);
- kindermishandeling kan ernstige gevolgen hebben voor de psychosociale ontwikkeling van de jeugdige. Hoe jonger de jeugdige is ten tijde van de mishandeling en hoe langer de mishandeling voortduurt, des te ernstiger de impact is op de ontwikkeling (Cunningham, 2003). Onder andere kan daardoor de concentratie op school en bij spel verminderen. Uit onderzoek blijkt dat mishandelde jeugdigen gemiddeld een lagere opleiding voltooien en vaker speciaal (basis)onderwijs volgen dan niet-mishandelde jeugdigen (Jonson-Reid, Drake, Kim, Porterfield, & Han, 2004; Olds et al., 2004);
- kindermishandeling verhoogt het risico op gedragsproblemen, zoals externaliserend gedrag (agressie, antisociaal gedrag) en internaliserend gedrag (angst, depressiviteit). Dit kan worden veroorzaakt doordat de ouders bijvoorbeeld onvoldoende grenzen stellen aan het gedrag van hun kind, of omdat de jeugdige het meegemaakte gedrag van de ouders herhaalt (Zahrt & Melzer-Lange, 2011);
- mishandelde jeugdigen voelen zich niet gehoord of erkend en vooral jonge kinderen leggen de oorzaak voor de mishandeling vaak bij zichzelf, wat kan leiden tot een negatief zelfbeeld (Nanni, Uher, & Danese, 2012);
- door diverse factoren die een rol spelen bij kindermishandeling kunnen psychische stoornissen ontstaan. Slachtoffers van mishandeling en verwaarlozing hebben een matig verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie (Cicchetti & Toth, 2005; Gilbert et al., 2009; Tennant, 2002). Ook kunnen herhaalde traumatische ervaringen leiden tot het ontwikkelen van een chronische posttraumatische stress-stoornis (Gilbert et al., 2009);
- er is consistent bewijs dat zowel lichamelijke als seksuele mishandeling leidt tot een

verdubbeling van het risico op poging tot suïcide bij jongeren (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Widom, Weiler, & Cottler, 1999;);

- er is toenemend bewijs dat langdurige kindermishandeling een ongunstig effect heeft op de neurobiologische hersenontwikkeling van het jonge kind (Heim et al., 2000; Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008; Heim, Shugart, Craighead, & Nemeroff, 2010; Kaufman & Charney, 2001).

Langetermijngevolgen

Veel van de genoemde kortetermijngevolgen van kindermishandeling zoals angststoornissen, depressie, chronische PTSS werken door tot in de volwassenheid of laten sporen na voor het leven. De zogenaamde Adverse Childhood Experiences (ACE)-studie (Felitti et al., 1998) heeft bewijs aangedragen voor ongunstige langetermijngevolgen van negatieve ervaringen in de kindertijd of vroegkinderlijke traumatisering door kindermishandeling en andere problemen zoals middelengebruik, psychische ziekte, geweld naar moeder en criminaliteit in het gezin. Er blijkt een verband tussen het meemaken van deze negatieve ervaringen in de kindertijd en het risico op ziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten, op ernstig overgewicht, lichamelijke inactiviteit, riskant seksueel en ander gedrag zoals roken en verslaving, een lager inkomen, depressieve stemmingen, laag zelfbeeld en poging tot suïcide. Hoe meer verschillende soorten negatieve ervaringen men heeft meegemaakt, hoe hoger het risico.

Verder hebben slachtoffers van kindermishandeling op volwassen leeftijd een hoger risico – tot 50% - om als pleger of slachtoffer opnieuw betrokken te zijn bij mishandeling (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Edleson, 1999; Ronan, Canoy, & Burke, 2009). Wanneer de jeugdige heeft geleerd geweld te gebruiken in interpersoonlijk contact, kan dit patroon zich voortzetten naar de volwassenheid. De kinderen van deze slachtoffers, lopen vervolgens ook weer risico op kindermishandeling. Dit wordt ‘intergenerationele overdracht van geweld’ genoemd.

De directe en kortetermijngevolgen die al in de jeugd zichtbaar zijn kunnen beschouwd worden als signalen van kindermishandeling. Ze laten, samen met de bewezen langetermijngevolgen, zien dat het tijdig signaleren van kindermishandeling en adequaat handelen van professionals cruciaal is om de schade ten gevolge van kindermishandeling te beperken.

Referenties

- Baartman, H. (2009). Het begrip kindermishandeling: pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. Driebergen-Rijsenburg: Augeo Foundation.
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a metaanalysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 187-197.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Cunningham, S. M. (2003). The joint contribution of experiencing and witnessing violence during childhood on child abuse in the parent role. *Violence and Victims*, 18, 619-639.
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. (2011). School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 9-15.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical

abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 693-710.

Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52, 671-690.

IJzendoorn M. H. van, Schuengel, C., & Bakermans – Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-250.

Jonson-Reid, M., Drake, B., Kim, J., Porterfield, S., & Han, L. (2004). A prospective analysis of the relationship between reported child maltreatment and special education eligibility among poor children. *Child Maltreatment*, 9, 382-394.

Jeugdwet (2015). Wet van houdende regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/geldigheidsdatum_16-10-201.

Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*, 13, 451-471.

Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339–352.

Kuyvenhoven, M. M., Hekkink, C. F., & Voorn, T.B. (1998). Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 2515-2518.

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014). Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141–151.

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1550-1559.

Putte, E. M., van de, Kamphuis, M., & Kramer, A. W. M. (2013). Hoe signaleren we kindermishandeling in Nederland? In *Medisch handboek kindermishandeling* (pp. 395-413). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ronan, K. R., Canoy, D. F., & Burke, K. J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44, 195-213.

Soerdjbalie-Maikoe, V., Bilo, R. A. C., Akker, E. van den, & Maes, A. (2010). Niet-natuurlijk overlijden door kindermishandeling; gerechtelijke secties 1996-2009. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A2285.

Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2015).
http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/geldigheidsdatum_03-11-2015.

Wet Publieke gezondheid (2008).
http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/geldigheidsdatum_03-11-2015.

Widom, C. S., Weiler, B. L., & Cottler, L. B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: A comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 867.

Willems, J. C. M. (1999). *Wie zal de Opvoeders Opvoeden? Kindermishandeling en het Recht van het Kind op Persoonswording*. Den Haag: T.M.C. Asser Press.

Zahrt, D. M., & Melzer-Lange, M. D. (2011). Aggressive behavior in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 32, 325-332.

2. Risicofactoren, beschermende factoren en signalen - Aanbevelingen

In dit thema worden de risicofactoren, beschermende factoren voor en signalen van kindermishandeling in algemene zin besproken. Het handelen op basis van risicofactoren en signalen komt in Thema 3 aan bod.

Ten aanzien van een aantal specifieke thema's (voor de geboorte, Abusive Head Trauma, ouderproblematiek en verwaarlozing) worden de risicofactoren en signalen apart en uitgebreider beschreven in de Thema's 7, 8, 9, 10.

Aanbevelingen

Weet wat (wetenschappelijk onderbouwde) risicofactoren, beschermende factoren en signalen van kindermishandeling zijn, maar besef dat deze factoren in ieder individueel geval anders werken en niet per se tot kindermishandeling hoeven te leiden.

Weet dat:

- de meeste signalen van kindermishandeling specifiek zijn, en er dus niet één signaal kenmerkend of uniek is voor kindermishandeling;
- kindermishandeling een breed scala aan oorzaken en beïnvloedende factoren kent waarbij het vrijwel altijd gaat om een samenspel van meerdere factoren tegelijkertijd;
- de meest zwaarwegende factoren, die factoren zijn die met de ouder(s) te maken hebben, en dat het risico op kindermishandeling groter is wanneer risicofactoren bij beide ouders aanwezig zijn;
- dynamische (veranderbare) risicofactoren gemiddeld sterker van invloed zijn dan statische (onveranderbare) factoren zoals leeftijd en geslacht;
- beschermende en (veiligheid)bevorderende factoren van belang zijn in relatie tot risicofactoren. Daarom moeten bij constatering van risicofactoren óók de beschermende factoren worden nagelopen.

Houd de ontwikkeling van relevante kennis op dit gebied bij via vakliteratuur en scholing.

Onderbouwing

Voor deze richtlijn zijn met name drie meta-analyses (De Jong & Meeuwssen, 2014; Stith et al., 2009; Mulder, 2014) als basis gekozen omdat deze voor zover bekend, de enige in hun soort zijn en elkaar aanvullen. Ook zijn de resultaten van de NPM-2010 (Alink et al., 2011) meegenomen. Stith et al. hebben in hun meta-analyse 155 studies samengevoegd waarin de samenhang tussen allerlei verschillende risicofactoren en het risico op verschillende vormen van kindermishandeling is vastgesteld. De meta-analyse van Stith kent echter enkele methodologische beperkingen en de uitkomsten dienen met voorzichtigheid te worden bekeken. Om te beginnen hebben Stith et al. geen analyses gedaan op de primaire studie-uitkomsten, waardoor niet bekend is in hoeverre studiekekenmerken zoals de steekproef, de gebruikte meetinstrumenten of de opzet van de studie samenhangen met de gevonden uitkomsten in die studie (Rose, Holmbeck, Coackley, & Franken, 2004). Verder hebben Stith et al. slechts één databank van studies geraadpleegd (Psychinfo) en is er niet gecontroleerd voor het zogenaamde ‘bureaulade probleem’ waarbij studies die geen significante uitkomsten hebben ten onrechte in de kast blijven liggen (Rosenthal, 1991). Hierdoor kunnen de uitkomsten van Stith et al. iets positiever uitgekomen zijn voor bepaalde risicofactoren. Tenslotte hebben zij geen rekening gehouden met het feit dat sommige studies meerdere databronnen bevatten voor de gegevens met betrekking tot een bepaalde risicofactor. Per studie zijn de uitkomsten met betrekking tot risicofactoren gemiddeld, waardoor het gevaar aanwezig is dat alle uitkomsten naar het midden toe getrokken worden.

Een recent verschenen meta-analyse (Mulder, 2014) geeft een update van de meta-analyse van Stith et al. door recente studies in de meta-analyse op te nemen. Daarbij heeft Mulder geprobeerd de genoemde methodologische beperkingen in de meta-analyse van Stith et al. te omzeilen. Mulder voerde een multi-level meta-analyse uit op 34 geïnccludeerde recente primaire studies, die samen data bevatten over 128 afzonderlijke risicofactoren, en 468 effectgroottes rapporteren. Voor het berekenen van een overkoepelend effect van alle geïnccludeerde risicofactoren, en voor het uitvoeren van de moderator analyses, is gebruik gemaakt van een ‘multi-level random-effects’ model (Hox, 2002; Van den Noortgate, & Onghema, 2003). Data zijn gezocht in een vijftal wetenschappelijke databases en er is op twee manieren gecontroleerd voor het bureaulade probleem. De set van studies bleek homogeen. Na uitvoering van moderator analyses, bleken er geen significante samenhangen te bestaan tussen de kenmerken van de studies (o.a. gekozen onderzoeksdesign; methode van dataverzameling; herkomst data) en de studie-uitkomsten. Ook kenmerken van de steekproef (o.a. etniciteit; SES; opleidingsniveau) bleken niet van invloed op de uiteindelijke resultaten. Dit vormt een belangrijke indicatie voor de betrouwbaarheid van de resultaten (Mulder, 2014).

Wat is een risicofactor?

Risicofactoren voor kindermishandeling zijn factoren (gedragingen, omstandigheden, kenmerken) die de kans dat kindermishandeling voorkomt binnen een bepaalde populatie vergroten (Flisher et al. 1997; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001).

Een signaal van kindermishandeling is niet hetzelfde als een risicofactor; omgekeerd kunnen risicofactoren wel een signaalfunctie voor kindermishandeling hebben. Een signaal is een actueel teken of kenmerk bij de jeugdige of vanuit zijn omgeving dat er wat aan de hand is (de verklaring daarvoor kan kindermishandeling zijn maar dit kan ook een aandoening of andere verklaring hebben). Signalen worden later besproken.

LET OP: Onderzoek kan weliswaar een verband tussen een factor en het vóórkomen van kindermishandeling aantonen, maar dat dat niet wil zeggen dat het verband er ook altijd is in individuele gevallen of dat het vóórkomen van een risicofactor per definitie leidt tot kindermishandeling. De invloed van risicofactoren verschilt dus per situatie van kindermishandeling en moet altijd in de context en in samenhang met andere risicofactoren en beschermende factoren worden geïnterpreteerd. Daarbij is het vooral belangrijk om na te gaan met welk gedrag en coping-strategieën de ouder reageert op een risicofactor (zie ook [Thema 3](#)).

Indeling van risicofactoren

Voor een indeling van risicofactoren is het Ecologisch model van gedragsverandering van Bronfenbrenner (1979; 2000) gangbaar. Bronfenbrenner maakt onderscheid tussen het zogenaamde ontogene systeem, het micro- meso en macrosysteem, waarin groepen factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van het kind tot volwassene, kunnen worden ingedeeld:

- factoren in de jeugdige zelf;
- factoren in de directe omgeving (ouders, het gezin, familie);
- factoren in de nabije omgeving (de school, kerk, buurt, sportclub, etc.);
- factoren in de omgeving verder weg (cultuur, maatschappij als geheel).

Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden tussen statische en dynamische factoren. Statische factoren zijn onveranderbare factoren zoals leeftijd, geslacht etc. Dynamische factoren zijn wel veranderbaar en betreffen bijvoorbeeld de interactie tussen ouder en kind, partnergeweld etc. Veranderbare factoren zijn relevant met het oog op interventie. Dynamische (veranderbare) risicofactoren blijken een sterker verband te hebben met kindermishandeling dan statische (onveranderbare) factoren (Mulder, 2014).

Belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling

Algemeen wordt aangenomen dat kindermishandeling geen eenduidige oorzaak heeft, maar vrijwel altijd het gevolg is van een combinatie en opeenstapeling van risicofactoren (MacKenzie, Kotch, & Lee, 2011; Mulder, 2014; Van Rooijen, Berg, & Bartelink, 2013). Van sommige (groepen van) risicofactoren kan echter wel gezegd worden dat die zwaarder wegen dan andere factoren. De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling blijken de factoren te zijn die puur met de ouder(s) of verzorger(s) te maken hebben. Deze factoren vormen bovendien een groter risico wanneer die bij beide ouders worden gevonden, zo blijkt uit een recente meta-analyse (Mulder, 2014). De belangrijkste risicofactoren die met goed wetenschappelijk onderzoek zijn onderbouwd (Alink et al., 2011; Mulder, 2014; Stith et al., 2009) worden hieronder weergegeven.

De belangrijkste factoren bij de ouder(s):
Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- partnergeweld;
- psychische en psychiatrische problemen zoals depressie;
- temperament, prikkelbaarheid, hyperreactiviteit;
- ouder heeft kindermishandeling in de jeugd meegemaakt en/of was getuige van partnergeweld;
- ongewenste zwangerschap.

Lage voorspellende waarde:

- alcoholmisbruik en drugsgebruik;
- gezondheidsproblemen;
- crimineel gedrag;
- laag gevoel van eigenwaarde;
- veel persoonlijke stress;
- gering probleemoplossend vermogen of lage intelligentie.

De belangrijkste factoren in en om het gezin:
Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- geringe samenhang of cohesie in het gezin;
- veel conflicten in het gezin.

Lage voorspellende waarde:

- lage SES (Sociaal Economische Status) of werkloosheid;
- geringe sociale steun;
- status als nieuwe allochtoon of vluchteling;
- alleenstaande ouder;
- groot gezin.

De belangrijkste factoren in de ouder-kind interactie:

Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- ouder ziet de jeugdige als een probleem.
- gebruik van fysieke straf;
- geen goede gehechtheidsrelatie.

Lage voorspellende waarde:

- opvoedingsstress.

De belangrijkste factoren bij de jeugdige:

Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- erg jonge leeftijd (< 3 jaar).

Lage voorspellende waarde:

- geringe fysieke gezondheid;
- internaliserend probleemgedrag;
- externaliserend probleemgedrag;
- gebrekkige sociale vaardigheden.

Aanvullende risicofactoren voor kindermishandeling

Voor de bovenstaande factoren is er sterk bewijs volgens meta-analyses en de NPM-2010 dat die een risico vormen voor het ontstaan van kindermishandeling. Het is echter waarschijnlijk dat ook andere risicofactoren een rol spelen bij het ontstaan van kindermishandeling, maar dat daar nog onvoldoende onderzoek naar is gedaan. In een meta-analyse komen deze risicofactoren dan niet of als minder sterk naar voren. Andere factoren die waarschijnlijk ook een risico vormen voor het ontstaan van kindermishandeling, zijn:

Bij de ouder(s):

- leeftijd (tiener- of jonge ouders)
- één-ouderschap
- chronische ziekte of kwetsbare gezondheid
- suïcide(pogingen)
- crimineel verleden
- verstoorde interactie tussen ouders
- (vecht)scheiding, nieuwe relatie/huwelijk
- beperkte of inadequate opvoedvaardigheden

In en om het gezin:

- gezinsgrootte en aantal kinderen (grote gezinnen)
- eerdere ondertoezichtstelling (OTS) en bemoeienis Veilig Thuis (1)/Raad voor de Kinderbescherming
- criminaliteit in de buurt
- weinig sociale cohesie in buurt
- gemengde cultuur in het gezin
- slechte relatie met (stief)broertjes/zusjes
- weinig of geen (functionerend) sociale netwerk
- geen sociale controle vanuit netwerk en buurt
- stress en instabiliteit in het gezin
- ouder in hechtenis
- inwonende familieleden
- afwezigheid van volwassenen en geen toezicht

In de ouder-kind interactie:

- negatieve verbale reacties van ouder naar jeugdige
- irritatie van de ouder bij huilen jeugdige
- fysiek corrigeren of straffen bij ongewenst gedrag (pedagogische tik)
- gebrek aan betrokkenheid
- gebrek aan warmte
- problematische gehechtheid

Bij de jeugdige:

- beneden gemiddelde intelligentie
- geboortecomplicaties, laag geboortegewicht, lage APGAR-score, prematuur, afwijking bij

geboorte

- chronische ziekte, gezondheidsproblemen
- externaliserende gedragsproblemen
- internaliserende gedragsproblemen
- psychische problemen / psychiatrische aandoening
- achterblijvende taalontwikkeling of –vermogen.

(1) Per 2015 zijn de AMK's en SHG's samengevoegd tot AMHK's en gaan deze verder onder de naam Veilig Thuis.

Specifieke risicofactoren voor verwaarlozing

Verwaarlozing blijkt volgens de genoemde meta-analyses statistisch moeilijker te voorspellen op basis van risicofactoren dan wanneer naar kindermishandeling in het algemeen gekeken wordt.

Voor verwaarlozing gelden volgens wetenschappelijk onderzoek in het bijzonder de volgende risicofactoren (Stith et al. 2009) (zie verder [Thema 10](#)):

- slechte kwaliteit van de ouder-kindrelatie (sterkste voorspeller);
- de mate waarin de ouder de jeugdige ervaart als een probleem of belasting (sterkste voorspeller);
- geringe reflectie, lage eigen effectiviteit, zelfvertrouwen en -waardering van de ouder
- psychopathologie bij de ouder(s);
- (L)VB: (licht) verstandelijke beperking bij de ouder(s);
- de mate van boosheid, agressie en hyperreactiviteit bij de ouders;
- ouderlijke stress;
- gebrek aan sociale vaardigheden van de jeugdige;
- werkloosheid ouder(s);
- gezinsgrootte (hoe groter het gezin hoe meer risico).

Specifieke risicofactoren voor seksueel misbruik

De risicofactoren die de kans op seksueel misbruik het sterkst verhogen, bevinden zich binnen het microsysteem (in de omgeving dichtbij de jeugdige). Echter, ook factoren die buiten het kind liggen (omgeving verder van de jeugdige af) blijken een belangrijke invloed te kunnen hebben op slachtofferschap van seksueel kindermisbruik. Factoren met betrekking tot de ouder-kindrelatie en de houding van ouders ten opzichte van de jeugdige blijken, in tegenstelling tot wat verwacht zou worden, van kleine tot zeer kleine invloed te zijn. Specifiek voor slachtofferschap van seksueel misbruik zijn de volgende risicofactoren (Berger, 2004; De Jong & Meeuwssen, 2014;

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen, 2014).

Microsysteem:

- een (verstandelijke) beperking, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand bij de jeugdige;
- geslacht (meisje);
- eerder slachtofferschap van seksueel geweld;
- delinquentie van de jeugdige;
- fysieke of emotionele afwezigheid van de moeder (bijvoorbeeld bij verslaving of psychiatrie en (L)VB);
- het ontbreken van een ondersteunende relatie tussen ouder en jeugdige en een tekort aan opvoedingsvaardigheden bij de niet-plegende ouder;
- huiselijk geweld in het gezin, verstoorde interactiepatronen, verstoorde gezinsrelaties;
- gezinssamenstelling: aanwezigheid van een stiefvader.

Omgeving verder weg van het kind (mesosysteem):

- wonen in een stedelijk gebied;
- wonen in een omgeving met veel (vormen van) geweld.

Beschermende factoren voor kindermishandeling

Beschermende factoren kunnen tegenwicht bieden aan risico's waaraan jeugdigen worden blootgesteld. De aanwezigheid van beschermende factoren kan de negatieve werking van risicofactoren beperken maar niet per definitie compenseren.

Beschermende factoren zijn relevant voor het schatten van de grootte van een risico op kindermishandeling, voor de impact van kindermishandeling op jeugdigen en voor het succes van (preventieve) interventies bij kindermishandeling.

Bij deze factoren kan onderscheid gemaakt worden tussen:

- beschermende factoren: dit zijn factoren die een directe gunstige invloed op risicofactoren of de situatie hebben, zodat de kindermishandeling afneemt of stopt of de impact van de mishandeling kleiner wordt;
- (veiligheids)bevorderende factoren, moderators of buffers: dit zijn factoren die het gedrag van ouders of jeugdige zodanig beïnvloeden dat kindermishandeling wordt voorkomen of wordt gestopt, ongeacht de aanwezigheid van risicofactoren. Deze factoren beïnvloeden het verband tussen risicofactoren en het voorkomen van kindermishandeling in gunstige zin (Folger & Wright, 2013; Jenson & Fraser, 2011; Kraemer et al. 1997).

Er is weinig onderzoek gedaan naar beschermende en veiligheidsbevorderende factoren voor kindermishandeling, maar recentelijk is het Protective Factor Framework ontwikkeld (Development Services Group, 2013). De belangrijkste beschermende factoren bleken:

Intrapersoonlijke factoren (bij de jeugdige zelf) die de impact van kindermishandeling op de jeugdige gunstig kunnen beïnvloeden:

- gevoel van perspectief, zingeving;
- eigen effectiviteit beleving (positieve interne ‘locus of control’);
- vermogen tot zelfregulatie;
- oplossingsvermogen;
- sociale vaardigheden;
- positieve betrokkenheid bij activiteiten;

Interpersoonlijke factoren (bij de ouder(s) of andere volwassenen):

- opvoedvaardigheden, competenties ouder(s);
- positieve invloedrijke andere volwassenen (niet-professionals uit eigen netwerk);
- welzijn van de ouder(s);

Omgevingsfactoren:

- positieve schoolomgeving;
- stabiele woonsituatie.

Naast de factoren in het Protective Factor Framework worden ook de factoren veerkracht en sociale steun in de literatuur beschreven.

Veerkracht (resilience) van zowel ouders als jeugdigen komt in veel studies als positieve factor naar voren (Horton, 2013; Langford, Lewis, Solomon, & Warin, 2001; Sahlberg, 2012). Kenmerken van veerkrachtige jeugdigen zijn: een gemakkelijk temperament, flexibiliteit, oplossings- en planningsvaardigheden en sociale vaardigheden in combinatie met een ondersteunende sterke gezinsband, aanwezige (beide) ouders, een intact gezin en steun uit de nabije omgeving (zowel van leeftijdsgenoten als van familie en professionals) (Sahlberg, 2012).

Sociale steun is volgens meerdere studies ook een beschermende factor. Bij laagopgeleide moeders beschermt een hoog niveau van sociale steun: het risico op kindermishandeling wordt dan tot de helft verminderd (Li, Godinet, & Arnsberger, 2011). Kaufman en Charney (2001) onderzochten waarom sommige jeugdigen ondanks kindermishandeling goed functioneren en

zich normaal ontwikkelen. De betrokkenheid van warme, stabiele andere verzorgenden bleek de belangrijkste factor.

Er worden in de literatuur vier functies van sociale steun onderscheiden (Van Yperen, 2013) en deze kunnen zowel op ouders als op jeugdigen worden toegepast:

- emotionele steun bij vragen, twijfels en problemen van ouders en jeugdigen (bv. buren of ouders van vriendjes/vriendinnetjes);
- praktische steun (bijvoorbeeld voor oppas of hulp in de huishouding; of kleding via de kerk voor de jeugdigen);
- informatieve ondersteuning waarbij advies, informatie of feedback gegeven wordt waardoor de kennis en vaardigheden van ouders en jeugdigen kunnen toenemen (denk bijvoorbeeld aan de Kindertelefoon voor jeugdigen; websites zoals 'Feel the Vibe' of informatie voor ouders vanuit de jeugdgezondheidszorg/opvoedloketten);
- normatieve ondersteuning door het stellen van gedragsnormen en modellen van gewenst gedrag (denk aan een oma die met haar zoon praat over zijn alcoholgebruik en agressie in het gezin van haar kleinkinderen).

Signalen van kindermishandeling

Ten aanzien van een aantal thema's (rond de geboorte, verwaarlozing) komen specifieke signalen in de betreffende thema's opnieuw en uitgebreider aan bod.

Signalen of tekenen van kindermishandeling zijn gedragingen of (uiterlijke) kenmerken bij de jeugdige die kunnen wijzen op het voorkomen van actuele kindermishandeling of kindermishandeling in het verleden. Signalen beantwoorden de vraag wat je aan de jeugdige kan zien, horen, ruiken of anderszins merken als teken van kindermishandeling. Ook de risicofactoren die eerder in dit thema zijn besproken, kunnen een signaalfunctie voor kindermishandeling hebben, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een verslaving bij de ouder(s) of negatieve interactiepatronen tussen ouder en kind. De signalen zijn dan de gevolgen van deze risicofactoren bij de ouders, voor de jeugdige. Om actuele kindermishandeling te stoppen of de gevolgen van kindermishandeling in het verleden te behandelen dan wel herhaling te voorkomen, is het belangrijk om signalen daarvan tijdig te constateren.

Er bestaan vele overzichten van signalen van kindermishandeling en geen enkel overzicht is volledig. Vrijwel alle signalen van kindermishandeling zijn namelijk aspecifiek: niet één kenmerk in uiterlijk, gedrag of ontwikkeling is specifiek voor kindermishandeling want deze kenmerken kunnen ook een signaal zijn van andere problemen of van een fase in de ontwikkeling. Belangrijker dan kennis over signalen is daarom misschien wel een 'gevoeligheid'

voor signalen en het wegen en combineren ervan.

De JGZ-professional zal niet zelf altijd deze signalen kunnen constateren, bijvoorbeeld wanneer het lichamelijke signalen zijn die alleen met medische apparatuur aan het licht kunnen komen of wanneer het signalen van psychologische aard zijn die niet gemakkelijk te duiden zijn. Ze staan hier vermeld omdat deze signalen in het dossier kunnen voorkomen, genoemd kunnen worden door andere professionals of nagevraagd (moeten) worden.

Van de in de volgende paragrafen genoemde signalen is er voldoende tot sterk wetenschappelijk bewijs of expert-consensus dat dit signalen van kindermishandeling kunnen zijn (zoals beschreven in de Richtlijn Kindermishandeling van het National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Ze zijn ingedeeld naar aard van de signalen.

Gedragssignalen en signalen van psychische gesteldheid

De volgende gedragssignalen en signalen van psychische gesteldheid kunnen volgens wetenschappelijk bewijs of expert-consensus signalen van kindermishandeling zijn:

- emotionele en gedragsproblemen waaronder angst;
- verandering in gedrag of emoties;
- selectief mutisme (niet spreken);
- gehechtheidsproblemen;
- emotie-regulatieproblemen;
- dissociatie;
- veel onduidelijke buikpijnklachten;
- eetproblemen;
- automutilatie (zelfverwonding zoals krassen, snijden, branden)
- hoofdslaan en wiegen;
- bedplassen en broekpoepen;
- slaapproblemen;
- geseksualiseerd gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag, uitlatingen die niet passen bij de leeftijd;
- weglopen;
- veel schoolverzuim;
- verslaving;
- signalen van (langdurig) trauma (zie ook [Thema 3, stap 1](#)) :
 - peuters en kleuters: cognitieve verwarring, (separatie)angsten, regressief gedrag, posttraumatisch spel (dwangmatig herhalen van trauma uitbeelding in spel), agressief of destructief gedrag, gedrag dat wijst op een angstige gehechtheidsrelatie (zoals zich vastklampen, afwerend gedrag, of vermijdend gedrag ten opzichte van de

gehechtheidspersoon);

- basisschoolleerlingen: verminderde schoolprestaties, afgenomen concentratie, agressieve of angstige fantasieën, onterechte schuldgevoelens, bezorgdheid over veiligheid, bezorgdheid om anderen;

- pubers en adolescenten: problemen op school, schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid, schaamte voor afhankelijkheid van ouders, radicale gedragsveranderingen, gevaarlijk gedrag, neiging om gebeurtenis in gedrag te herhalen, toename van conflicten met ouders, alcohol- en/of drugsmisbruik, destructieve en agressieve fantasieën, angst om controle te verliezen over deze fantasieën, beperkt toekomstperspectief (Beer & De Roos, 2012; TNO, 2015).

Signalen uit de omgeving

De volgende signalen uit de omgeving kunnen volgens wetenschappelijk bewijs of expert-consensus signalen van kindermishandeling zijn:

- onvoldoende lichamelijke verzorging, ongezonde voeding, slechte hygiëne;
- onvoldoende toezicht op de jeugdige (loopt bijvoorbeeld 's avonds laat nog op straat);
- onvoldoende toegang tot (medische) zorg (tandartsbezoek, JGZ);
- onvoldoende toegang tot onderwijs;
- in de interactie tussen ouder en jeugdige is agressieve bejegening te zien;
- negatieve interactie tussen ouders (ruzie, agressie, conflicten);
- er zijn meerdere mensen die zich zorgen maken om de jeugdige bijvoorbeeld op basis van de Kindcheck (zie [Thema 9](#)) of blijkens meldingen bij Veilig Thuis of de politie.

Lichamelijke signalen

De volgende lichamelijke signalen kunnen volgens wetenschappelijk bewijs of expert-consensus signalen van kindermishandeling zijn:

- blauwe plekken;
- beten;
- snij- en schaafwonden en/of littekens;
- botbreuken;
- signalen van verstikking, kelen;
- brandwonden;
- bevriezing;
- (veelvuldige) buikpijnklachten;
- kale plekken in het hoofdhaar;
- interne kneuzingen;
- interne bloedingen;

- ruggengraatfracturen;
- (geh)oorbeschadigingen;
- uitdroging;
- ALTE (Apparent Life Threatening Event)/ ‘schijnbaar levensbedreigende gebeurtenis’)(2);
- Hyperventilatie;
- bijna-verdrinking;
- vergiftiging;
- onder- en overvoeding;
- zelfverwonding (automutilatie);
- veelvuldig medisch bezoek;
- onvoldoende lichamelijke verzorging, slechte hygiëne;
- (vinger)afdrukken op de huid;
- schedelfractuur (let op Abusive Head Trauma)(3);
- hersenbloedingen (let op Abusive Head Trauma);
- oogletsel, retinale (netvlies) bloedingen (let op Abusive Head Trauma);
- ribfracturen, kneuzingen, blauwe plekken als vingerafdrukken (let op Abusive Head Trauma);
- geconstrueerde ziekte, aandoening (let op Pediatric Condition Falsification (PCF); voorheen Münchhausen by proxy (MBPS));
- anale problemen en kwetsuren (let op seksueel geweld);
- terugkerende urineweginfecties, pijn bij lopen/zitten, keelpijn (let op seksueel geweld);
- genitale problemen en kwetsuren (let op seksueel geweld);
- SOA (let op seksueel geweld);
- zwangerschap (let op seksueel geweld);
- psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, slikklachten en chronische vermoeidheid.

Bij de beoordeling van lichamelijke signalen is de locatie zeer van belang. Sommige plaatsen zijn daarbij meer verdacht dan andere. Denk bijvoorbeeld aan de veelvoorkomende, meestal onschuldige blauwe plekken op de onderbenen van een peuter, ten opzichte van een pasgeborene met blauwe plekken op de arm, wat zeer verdacht is. Zie voor handelen bij signalen: [Thema 3](#). Zie verder:

- Medisch Handboek Kindermishandeling (Van de Putte et al., 2013);
- [JGZ-richtlijn Huidafwijkingen \(2012\)](#)
- Richtlijn Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling (NVK, verwacht 2016);
- Richtlijn Diagnostiek bij vermoeden van Seksueel misbruik (NVK, verwacht 2016);
- Richtlijn Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg (NVSHA,

verwacht 2016).

De beoordeling van lichamelijke signalen kan complex zijn. Overleg met een (collega) jeugdarts en de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en verwijs indien nodig voor een nader medisch onderzoek naar een gespecialiseerde (kinder)arts. Afhankelijk van de ernst van de fysieke gesteldheid, de ernst van het vermoeden en de noodzaak tot snel handelen zoals bij seksueel misbruik (liefst binnen 24, maar uiterlijk binnen 72 uur), moet verwezen worden naar een (gespecialiseerde) kinderarts (WOKFA geschoold; Wetenschappelijk Onderwijs Kindermishandeling Forensisch Arts), forensisch arts, of huisarts al of niet in overleg met het LECK (Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling) of FPKM (Forensische Polikliniek Kindermishandeling).

(2) Een plotseling en onverwacht optredende, ogenschijnlijk levensbedreigende situatie (bleke of blauwe kleur, slap kind) bij een tevoren gezond kind in de leeftijd van 0-2 jaar. De ouder of verzorger moet de jeugdige sterk stimuleren en is ervan overtuigd dat de jeugdige zonder stimulatie zou zijn overleden (Richtlijn NVK, 2006).

(3) Ook wel [Shaken Baby Syndroom](#) genoemd.

Referenties

Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). Kindermishandeling in Nederland anno 2010 : De tweede nationale prevalentiestudie van mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM - 2010). Leiden: TNO Child Health, Universiteit Leiden, Centrum voor Gezinsstudies.

Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 26, 725-748.

Berger, M.A., Berge, I. ten , & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs, and empirical findings. *Social Development*, 9, 15–25.

Development Services Group (2013). *Protective factors for Populations Served by the administration on children, youth and families: A literature review and theoretical framework*. Bethesda, MD: Development Services Group, Inc.

Flisher, A. J., Kraemer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H. R., & Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 123-131.

Folger, S. F., & Wright, M. O. D. (2013). Altering risk following child maltreatment: Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence*, 28, 325-337.

Horton, A. (2013). Disproportionality in Illinois Child Welfare: The Need for Improved Substance Abuse Services. *Journal of Alcohol and Drugs Dependency*, 2, 2.

Hox, J. (2002). *Multilevel analysis: Techniques and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2011). *Social policy for children and families: A risk and*

resilience perspective. London: Sage.

Jong de, N., & Meeuwssen, M. (2014). Predictieve factoren seksueel misbruik bij kinderen: Een multi-level meta-analyse. Universiteit van Amsterdam. Ongepubliceerde masterscriptie Forensische Orthopedagogiek.

Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*, 13, 451-471.

Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

Langford, W., Lewis, C., Solomon, Y., & Warin, J. (2001). Family understandings: Closeness and authority in families with a teenage child. London: Family Policy Studies Centre.

Li, F., Godinet, M. T., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33, 139-148.

MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., & Lee, L. C. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 33, 1638-1647.

Mulder, T. M. (2014). Risk factors for child abuse and neglect: A meta-analytic review. Unpublished master thesis, Forensic Child and Youth Care Sciences. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009). NICE Clinical guideline 89: When to suspect child maltreatment. London: National Institute for Health and Care Excellence.

Noortgate, W. van den, & Onghena, P. (2003). Combining Single-Case Experimental Data Using Hierarchical Linear Models. *School Psychology Quarterly*, 18, 325.

Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2013). Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Rose, B. M., Holmbeck, G. N., Coackley, R. M., & Franks, E. A. (2004). Mediator and

moderator effects in developmental and behavioral pediatric research. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 58-67. doi: 0196-206X/00/2501-0058.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (Vol. 86). Newbury Park: Sage.

Sahlberg, M. L. (2012). *Research Review: Resilience in Child Maltreatment and Abuse*. Unpublished master thesis, University of Washington.

Stith S.M., Liu,T., Davies, L.C., Boykin, E.L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13–29.

Yperen, T. van (2013). *Met kennis oogsten: monitoring en doorontwikkeling zorg voor jeugd*. *Kind & Adolescent*, 34, 136-146.

3. Als je je zorgen maakt - Aanbevelingen

In dit thema worden algemene handelingsadviezen gegeven bij signalen en vermoedens van kindermishandeling. Als kapstok dient de wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling uit 2013.

De handelingsadviezen ten aanzien van een aantal specifieke thema's (Voor de geboorte, Abusive Head Trauma, No show, VGV) zijn in de thema's 7, 8, 11 en 13 ondergebracht.

Aanbevelingen

Vroegsignalering

Stel standaard bij ieder JGZ-contactmoment neutraal geformuleerde vragen aan ouders en jeugdigen over het welzijn en de veiligheid in het gezin, vanaf de voorgaande keer dat de jeugdige door de JGZ gezien is.

Jonge kinderen tot 4 jaar moeten minimaal één keer per jaar door de JGZ bloot (volledig ontkleed) worden gezien en jeugdigen vanaf 4 jaar daarna nog minimaal twee keer bloot (waarbij het ondergoed aangehouden kan worden) tijdens contactmomenten zoals die gedefinieerd zijn in het Landelijk Professioneel Kader.

Bij jeugdigen die al tot een risicogroep behoren, is er vanzelfsprekend een noodzaak om hen vaker te zien en vinger aan de pols te houden.

Het is tevens belangrijk dat jeugdartsen zich naar de kinderopvang en het onderwijs actief opstellen als gesprekspartner wanneer deze zorgen hebben op basis van lichamelijke signalen bij jeugdigen. In dat geval dient de JGZ-organisatie, afhankelijk van de ernst en eventueel reeds in gang gezet onderzoek of hulp, de jeugdige binnen één dag tot maximaal twee weken in een face-to-face contact te zien, en dan dus ook bloot.

Overwegen

Overweeg altijd bij alles wat je als afwijkend, opvallend of zorgelijk opmerkt bij jeugdigen en hun ouders, betreffende psychosociale omstandigheden, gedrag en ontwikkeling, psychische gesteldheid en fysieke kenmerken: kan hier sprake zijn van kindermishandeling?

Ga na bij de ouders wat verklaringen kunnen zijn voor je feitelijke constatering. Beslis expliciet of je zorgen weggenomen worden of versterken tot een vermoeden of verdenking.

Vermoeden, verdenken: MELDCODE

Werk bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling altijd volgens de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Noteer in het dossier 'start Meldcode'.

Ga na of er sprake is van een acuut onveilige of levensbedreigende situatie voor de jeugdige en de eventuele broertjes of zusjes.

Zo ja: handel snel en direct: overleg met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling, met Veilig Thuis, en indien nodig met de Raad voor de Kinderbescherming en/of de politie.

Informeert het eigen JGZ-team en/of manager.

Zo nee: breng de situatie systematisch in kaart door informatie te bundelen (exploratiefase) over:

- de ontwikkeling van de jeugdige;
- de psychische gesteldheid van de jeugdige;
- de lichamelijke gesteldheid van de jeugdige;
- de veiligheid van de jeugdige;
- de ouder(s);
- de omgeving van de jeugdige en de ouder(s).

Maak een analyse van de actuele veiligheid en de risico's. Gebruik hiervoor een algemeen instrument gericht op ongunstige opgroei-omstandigheden (zoals SPARK, DMO-Protocol, GIZ) en psychosociale problemen bij kinderen (BITSEA, SDQ, KIVPA, EMOVO) zolang er nog geen specifiek instrument gericht op kindermishandeling geschikt is gebleken.

Bij een verdenking van psychisch trauma of PTSS bij jeugdigen vanaf 8 jaar kan de JGZ-professional de Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) inzetten of er voor zorgen dat een andere deskundige op dit terrein adviseert en diagnosticeert.

In gesprek met ouders en jeugdigen

- Overleg met en betrek ouders en jeugdigen in het gehele proces, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken (bv. in verband met veiligheid).
 - Vraag toestemming van de jeugdige ouder dan 16 jaar om met zijn of haar ouders te spreken.
 - Vraag toestemming aan de ouders van jeugdigen jonger dan 12 jaar om met de jeugdige apart te spreken.
- Gebruik in de exploratiefase in de communicatie met ouders en/of jeugdigen geen vaktermen zoals 'risicofactoren', 'signalen' en 'kindermishandeling'. Gebruik liever formuleringen zoals 'omstandigheden', 'zorgen maken over ...', 'wat gaat goed, wat gaat niet goed', 'zorgpunten/aandachtspunten'. Weeg telkens af wat het effect van woordkeuze op de ouders en jeugdige kan zijn.
- Praat en registreer in eenduidige taal, maak onderscheid tussen feiten en meningen, en vermeld wiens mening het is.
- Zet indien nodig een erkende tolk in (Tolk- en VertaalCentrum Nederland)

- Wijs de ouder(s) op de mogelijkheid om aangifte te doen, of wijs op het tijdelijk huisverbod (bij partnergeweld en kindermishandeling).

Overleg met andere professionals intern:

- Betrek altijd de aandachtsfunctionaris kindermishandeling. Overleg met de relevante teamleden (doktersassistent, jeugdverpleegkundige, jeugdarts, verpleegkundig specialist, pedagogisch medewerker/ gedragswetenschapper).

Overleg met externe professionals:

- Weet wanneer je wel en niet informatie over gezinnen kan of moet delen, dat wil zeggen:
 - informatie verstrekken aan professionals die daarom vragen;
 - verzoeken om informatie bij andere professionals;
 - uitwisselen in multidisciplinair overleg.
- Raadpleeg andere professionals (bv. huisarts, (medisch)specialist, sociale wijkteam, verloskundig zorgverleners, hulpverleners betrokken bij het gezin, onderwijs, kinderopvang, politie) met toestemming van de ouders, tenzij er gegronde redenen zijn om daar van af te wijken. Maak bij een conflict van plichten (beroepsgeheim, zorgplicht en meldrecht) een zorgvuldige afweging in het belang van de jeugdige en leg dit vast in het dossier.
- Overleg met en vraag advies aan Veilig Thuis. Hierbij kan het gezin/de jeugdige anoniem blijven.

De jeugdarts moet bij vermoedens van kindermishandeling en voorafgaand aan melding altijd overleggen met Veilig Thuis (KNMG, 2014).

De jeugdverpleegkundige moet zo nodig ook met Veilig Thuis overleggen (V&VN-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2011).

Belangrijk is dat de jeugdarts, verpleegkundig specialist en jeugdverpleegkundige ook met elkaar overleggen.

Het is wenselijk dat op landelijk niveau de discussie gevoerd wordt over het moeten overleggen van de jeugdarts met Veilig Thuis bij ieder vermoeden van kindermishandeling.
- Vraag om de lichamelijke signalen te duiden, advies aan Veilig Thuis, een (collega) jeugdarts en/of een (kinder)arts met forensische expertise (WOKFA-geschoold), bijvoorbeeld via het Landelijke Expertisecentrum Kindermishandeling (LECK), Forensische Polikliniek Kindermishandeling (FPKM) of Centrum Seksueel Geweld.
- Overleg met de politie wanneer er sprake is van een mogelijk strafbaar feit, ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling, lichamelijke verwaarlozing, seksueel misbruik, eer-gerelateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking of huwelijksdwang.

Overweeg altijd aangifte in een van deze situaties. Overweeg ook aangifte als alleen door aangifte de kindermishandeling tijdig en duurzaam gestopt kan worden. Bij twijfel: vraag advies aan de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis.

- JGZ-organisaties dienen een veilig digitaal systeem te gebruiken voor informatie-uitwisseling met andere instellingen.

Wegen en beslissen:

- Weeg alle (ongunstige en gunstige) factoren, de ernst en de risico's en blijf dit gedurende het gehele proces telkens weer doen bij nieuwe informatie en signalen. Gebruik daarbij de actuele wetenschappelijk onderbouwde risico- en beschermende factoren zoals genoemd in deze richtlijn (niet de risicofactoren genoemd in het Balansmodel 1998).
- Beslis in dialoog met de ouders en jeugdige.
- Beslis nooit alleen maar altijd in teamverband, aandachtsfunctionaris kindermishandeling en met betrokken externe professionals.
- Beslis: hulp bieden en/of organiseren of melden bij Veilig Thuis. Overleg daarover van tevoren met Veilig Thuis en bespreek wie de melding het beste kan doen.
- Spreek expliciet met betrokken professionals en ouders en/of jeugdige af wie de regie houdt over de hulp rond het gezin
- Realiseer je dat het werken met (vermoedens van) kindermishandeling gaat om het werken met onzekerheden; ook voor ouders, jeugdigen en andere betrokkenen is het een onzekere tijd.

Onderbouwing

In 2013 is de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling ingevoerd voor alle professionals die met ouders en/of jeugdigen werken in de (jeugd)gezondheidszorg, de jeugdhulp, het onderwijs, de kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning of justitie. De wet verplicht organisaties en zelfstandige beroepskrachten om een meldcode over huiselijk geweld en kindermishandeling vast te stellen en het gebruik daarvan te bevorderen. Deze wet geldt dus ook voor JGZ-professionals. Dit thema is gebaseerd op de wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en in het verlengde daarvan de V&VN Meldcode (2011) en KNMG-meldcode (2014) die ook door de NVDA gevolgd wordt.

De Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

De Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling vormt het kader waarbinnen de JGZ-professional handelt naar aanleiding van geconstateerde signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling. In deze richtlijn volgen we deze wet en in dit thema worden de stappen beschreven die deel uit moeten maken van een meldcode kindermishandeling.

Een meldcode is een vijfstappenplan waarin staat wat een professional moet doen bij een vermoeden van huiselijk geweld (waaronder partnergeweld) of kindermishandeling. De stappen hoeven niet per se in volgorde afgelopen te worden of afgerond te worden voor een volgende stap. Het spreken van ‘stappen’ is daarom enigszins verwarrend. Een meldcode leidt de professional door het proces vanaf het eerste vermoeden tot aan het moment dat hij of zij moet beslissen over hulpverlening of het doen van een melding bij Veilig Thuis. Evaluatie heeft uitgewezen dat professionals die werken met een meldcode, drie keer vaker interveniëren dan collega’s die dit niet gebruiken (Doeven, 2008). De wet schrijft voor dat een meldcode minimaal de volgende onderdelen (stappen) moet bevatten:

1. In kaart brengen van de situatie (signalen, risico- en beschermende factoren).
2. Overleggen met een collega, interne of externe deskundigen, Veilig Thuis.
3. Gesprek met ouder en/of jeugdige.
4. Wegen van huiselijk geweld of de kindermishandeling, bij twijfel altijd Veilig Thuis raadplegen.
5. Beslissen: zelf hulp organiseren of melden.

Verder moet een meldcode aan de volgende minimumeisen voldoen:

- Er moet een verantwoordelijkheidsverdeling zijn voor de diverse groepen medewerkers

binnen de organisatie, zie [Thema 3](#).

- Er moet specifieke aandacht zijn voor bijzondere vormen van geweld die speciale kennis en vaardigheden van het personeel vereisen (bijvoorbeeld eer-gerelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking).
- Er moet indien van toepassing overwogen worden om een case te registreren in de Verwijsindex Risicjongeren (VIR).
- Er moet specifieke aandacht zijn voor het omgaan met vertrouwelijke gegevens.

De onderdelen (stappen) van een meldcode kindermishandeling en de stap daarvoor worden in de onderbouwing van Thema 3 toegelicht en toegepast op de JGZ-praktijk.

Verantwoordelijkheidsverdeling binnen de JGZ

De JGZ-professional houdt zich bezig met kindermishandeling op vier preventieniveaus (Kamphuis, Sachse, & Schwarte, 2014):

- Universele preventie: gericht op gehele populaties of delen daarvan, er zijn geen signalen of vermoedens van kindermishandeling, de JGZ geeft algemene opvoedingsadviezen.
- Selectieve preventie: gericht op (wetenschappelijk onderbouwde) risicogroepen die een verhoogde kans hebben op kindermishandeling zoals tienermoeders, ouders in (v)chtscheiding, ouders met een psychiatrisch probleem of (licht) verstandelijkebeperking (zie Thema 2 en 9). Er zijn nog geen signalen of vermoedens. De JGZ biedt gerichte adviezen en begeleiding zoals in Voorzorg en Stevig Ouderschap.
- Geïndiceerde preventie: er zijn signalen die kunnen duiden op kindermishandeling en de JGZ-professional gaat na wat verklaringen zijn voor hetgeen zij constateert, vraagt zo nodig advies bij Veilig Thuis, forensische expertise en andere professionals, beslist of de meldcode in werking moet treden resulterend in een melding en/of hulp (organiseren).
- Zorg gerelateerde preventie: er is sprake van (sterke vermoedens of verdenking van) kindermishandeling en hulpverlening gericht op veiligheid en herstel is in gang gezet, in vrijwillig dan wel verplicht kader. De JGZ-professional monitort de situatie in samenwerking met Veilig Thuis en andere professional.

Binnen de JGZ-organisatie werken de diverse JGZ-disciplines als een team samen (zelfsturend of met leidinggevende of teamcoördinator). Dit zijn: de jeugdarts, de jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist en de doktersassistent/CB-assistent. Tevens kunnen er werkzaam zijn: gedragswetenschapper, pedagoog of pedagogisch medewerker, opvoedadviseur, logopedist en soms voorlichters eigen taal en cultuur. Iedere JGZ-organisatie heeft bovendien een of meerdere aandachtsfunctionarissen kindermishandeling.

De aandachtsfunctionaris kindermishandeling is een JGZ-professional in de organisatie of team

waarbinnen de JGZ werkzaam is, met deskundigheid op het gebied van kindermishandeling. De aandachtsfunctionaris heeft een adviserende rol richting de beleidsontwikkeling en een coachende en ondersteunende rol bij de uitvoering van de stappen van de meldcode bij een vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld. Ook kan de aandachtsfunctionaris kennis- en beleidshiaten signaleren en hier actie op ondernemen in de vorm van scholing en beleidsafspraken intern en extern. Dit is te lezen op de website van de Landelijke Vakbond van Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling (LVAK): http://www.lvak.nl/over_de_aandachtsfunctionaris.html; 2015).

Alle beroepsgroepen kunnen signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling opmerken en hebben daar een verantwoordelijkheid in. Deze signalen en factoren dienen altijd in het team en met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling besproken te worden. Daar wordt bepaald wat het vervolg is en wie de zorgen op welke manier bespreekt met de ouders en/of de jeugdige. In acute levensbedreigende situaties, bij een melding bij Veilig Thuis, en bij gevaar voor de JGZ-professional zelf is het aan te bevelen ook de teamcoördinator of manager te informeren.

Stap 0: overweeg altijd: kán er sprake zijn van kindermishandeling?

Aan stap 1 van de meldcode gaat in feite een ‘Stap 0’ vooraf. Dit is geen officiële stap uit de meldcode, maar wel belangrijk om expliciet te doorlopen: wanneer je gedragingen, fysieke kenmerken en factoren constateert die een signaal van kindermishandeling kunnen zijn en/ of er eventueel ook anderen zich zorgen maken, is het van belang dat je nagaat of kindermishandeling een van de verklaringen kan zijn. De signalen van kindermishandeling zijn immers specifiek, dat wil zeggen: ze kunnen ook op andere problematiek duiden (zie [Thema 2](#)). Deze alertheid op mogelijke signalen van kindermishandeling moet behoren tot de basishouding van iedere professional.

Bij ieder contactmoment in de JGZ wordt gevraagd hoe het met de jeugdige gaat. Indien de voorgeschiedenis en de huidige situatie daar aanleiding toe geeft, dien je actief door te vragen naar de veiligheid in het gezin, in het verleden, heden en toekomst. Er is in Nederland geen standaard voor dit doorvragen. Ervaring met kindermishandeling in de eigen jeugd van de ouder wordt standaard nagevraagd bij het contactmoment twee weken na de geboorte. Belangrijk is dát veiligheidsthema's zoals partnergeweld of het hanteren van conflicten aan bod komen, zodat daarop doorgevraagd en -gesproken of later op teruggekomen kan worden. Doe dat in neutrale bewoordingen, bijvoorbeeld: Hebben jullie wel eens ruzie? Wat gebeurt er dan? Hoe lossen jullie dat op? Wat doe je als je kind zo'n driftbui heeft, hoe ga je daar mee om? Het vragen ernaar normaliseert bovendien het praten over veiligheid in het gezin, ook al is dat op een ander moment, en leidt op zichzelf tot bewustwording bij betrokkenen. Naar voorbeeld van de richtlijn When to suspect child maltreatment van het Britse National

Institute for Health and Care Excellence (2009) maken we onderscheid tussen het in overweging nemen ('consider') van kindermishandeling en het vermoeden of verdenken ('suspect') van kindermishandeling. Dat wil zeggen:

- overwegen: kindermishandeling kan een verklaring zijn voor hetgeen geconstateerd is; op basis van gevonden verklaringen kan de uitkomst zijn dat in het geheel geen sprake is van kindermishandeling of dat een derde – dus niet de (verzorgende) ouders – daarvan de pleger is;
- vermoeden of (sterker:) verdenken: er zijn sterke aanwijzingen voor kindermishandeling maar dit kan (nog) niet aangetoond worden.

In [Thema 2](#) is op basis van wetenschappelijke literatuur een aantal signalen genoemd.

Overzichtslijsten van signalen zijn echter nooit uitputtend en de signalen van kindermishandeling zijn specifiek, dat wil zeggen: ze kunnen ook op andere problematiek duiden. Bij het beoordelen of gedragingen, uiterlijke kenmerken, letsel etc. een signaal van kindermishandeling zijn, moet de JGZ-professional nagaan in welke richting de verklaringen wijzen en of die daarvoor passend zijn. Hij doorloopt dan de volgende stappen.

1. De JGZ-professional overweegt kindermishandeling en vraagt bij de ouders na wat verklaringen kunnen zijn voor hetgeen hij bij de jeugdige of omgeving geconstateerd heeft. Een overweging wordt een vermoeden of verdenking van kindermishandeling wanneer deze verklaringen (richtlijn When to suspect child maltreatment van het National Institute for Health and Care Excellence, 2009):

- niet passend zijn;
- niet aannemelijk zijn;
- niet consistent zijn
 - ten aanzien van de jeugdige zelf:
 - hoe de jeugdige zich presenteert;
 - hoe de jeugdige zich medisch presenteert;
 - wat de jeugdige normaliter doet;
 - wat de jeugdige zelf zegt;
 - in relatie tot (ontwikkelings)leeftijd;
 - tussen ouders onderling;
 - in de tijd;
- voortkomen uit (culturele of religieuze) overtuigingen maar niet stroken met de veiligheid van jeugdigen (bijvoorbeeld wanneer het slaan van jeugdigen wordt verklaard vanuit het geloof).

2. Wanneer de JGZ-professional geen andere passende verklaringen vindt voor hetgeen hij of zij geconstateerd heeft bij de jeugdige, de zorgen blijven bestaan en er om die redenen een vermoeden of verdenking van kindermishandeling ontstaat, treedt de meldcode in werking.

Stap 1: de situatie in kaart brengen, exploratiefase

Doe dit in beginsel altijd in overleg met en bij voorkeur in het bijzijn van de ouders tenzij er gegronde redenen zijn om daar van af te wijken (bijvoorbeeld wanneer daarmee reëel gevaar dreigt voor de jeugdige anders dan die welke er sowieso zou bestaan in verband met kindermishandeling). Als er al een dossier bestaat of gegevens van externe professionals zijn overgedragen, ga dan na op welke terreinen er informatie ontbreekt (zie figuur 3.1) en hoe dit aangevuld kan worden, wie daarvoor benaderd moet(en) worden om een totaal beeld van de situatie te verkrijgen. Voorkom zoveel mogelijk dat ouders en jeugdigen hun verhaal meerdere keren moeten vertellen. Informatie kan verkregen worden via:

- bestaande dossiers
- navraag bij betrokkenen (ouders en zo mogelijk jeugdige, sociaal netwerk)
- andere professionals (mogelijk via de Verwijsindex Risicjongeren als zij daarbij zijn aangesloten)
- observaties
- vragenlijsten, checklists

Ga na: wat is er aan de hand? Waaruit bestaan de zorgen en zijn deze levensbedreigend of niet, is er acuut gevaar? Welke risico's bestaan er, wat is er nodig voor de jeugdige en ouders? Daarvoor is inzicht nodig in de gezinssituatie en het systeem daaromheen, de ouders als opvoeders en als persoon, de veiligheid binnen het gezin, de veiligheid van broertjes en zusjes, de ouder-kindrelatie evenals kennis van de ontwikkeling van de jeugdige en mogelijke psychische, fysieke en sociale problemen.

Naast inzicht in de dingen die niet goed gaan, is het voor het succes van de begeleiding of behandeling belangrijk te weten wat er wél goed gaat in het gezin en met de jeugdige, wat krachten van het gezin en het netwerk zijn die (kunnen) zorgen voor veiligheid, wat beschermende factoren zijn (zie [Thema 2](#)) en wat de mening van ouders en zo mogelijk de jeugdige is.

De onderstaande figuur geeft schematisch de domeinen en aspecten weer die nader in kaart gebracht moeten worden bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling. Daarbij is gebruik gemaakt van het 'assessment-model' zoals door de Gezondheidsraad (2011) is weergegeven, aangevuld met elementen uit het Framework for the Assessment of Children in

Need and their Families (Department of Health, 2000, in Ten Berge et al., 2012). Aan de basis ligt Bronfenbrenners' Ecologisch model van gedragsverandering (1979; 2000).



Figuur

3.1. In kaart brengen van de situatie bij zorgen of vermoedens van kindermishandeling

Alle bevindingen bij dit verzamelen van informatie moeten zo objectief en concreet mogelijk vastgelegd worden in het dossier (dus: “Moeder is drie nachten in de week bij haar vriend, Pietje is dan alleen thuis en gaat zelfstandig naar school, moeder weet niet of hij ontbijt”). Eventuele verklaringen voor letsel, gedrag, psychische gesteldheid, veronderstellingen, overwegingen of hypothesen worden concreet weergegeven met vermelding van de bron (“Volgens ...”). Zie ook [Thema 6](#).

Hierna bespreken we kort de verschillende domeinen en aspecten van deze exploratiefase.

Kijk naar de veiligheid

In deze paragraaf wordt onderscheid gemaakt tussen risicotaxatie en veiligheidstaxatie.

Inschatten mate van veiligheid

Het doel van veiligheidstaxatie is om na te gaan in hoeverre er actueel, dus op dit moment, bedreigingen zijn in de veiligheid of ontwikkeling van de jeugdige. Leidend zijn daarbij de volgende vragen (Ten Berge et al., 2012):

- Is er sprake van acuut of direct gevaar voor de jeugdige?
- Is er sprake van bedreigend nalaten of handelen van de ouders?
- Zijn er signalen bij de jeugdige die wijzen op kindermishandeling?
- Welke gevolgen heeft de kindermishandeling voor de jeugdige?

Ga ook na welke gevolgen voor de veiligheid van de jeugdige er mogelijk zijn door in te grijpen in het gezin.

Voor het vaststellen van de fysieke en emotionele veiligheid zijn er checklists zoals (het eerste deel van) het Licht Instrument Risico-inschatting Kindveiligheid (LIRIK) (Nederlands Jeugdinstituut, 2014) en de Delta veiligheidslijst (PI Research & Van Montfoort, 2009). Deze checklists gaan aspecten na zoals:

- fysieke, emotionele en/of seksuele mishandeling of misbruik;
- basale verzorging en bescherming;
- de affectieve relatie tussen ouder en jeugdige;
- regelmaat, structuur en continuïteit in het gezin en huishouden;
- toezicht van een volwassene;
- het gevoel van veiligheid bij de jeugdige zelf;
- veranderingsmogelijkheden van de ouders;
- de kwaliteit van en steun uit het sociaal netwerk.

Verder worden in de oplossingsgerichte benadering Signs of Safety™ (Turnell & Edwards, 1999) zogenaamde schaalvragen gebruikt door zowel professionals als in gesprek met de ouders en jeugdige(n), bijvoorbeeld: ‘Geef aan op een schaal van 0 tot 10 hoe veilig het naar jouw idee is. Daarbij betekent 10 dat de zaak kan worden afgesloten omdat iedereen weet dat de situatie veilig is voor de jeugdigen; 0 betekent dat het zó onveilig is voor de jeugdigen dat ze (direct) uit huis geplaatst moeten worden.’

Schaalvragen zijn echter niet als een eigenstandig instrument voor veiligheids- en risicotaxatie te gebruiken omdat zij daarvoor onvoldoende informatie geven.

Inschatten risico op (herhaalde) kindermishandeling

Risicotaxatie heeft als doel mogelijke toekomstige risico's in kaart te brengen zodat met effectieve hulp de kans op (herhaling van) kindermishandeling verkleind kan worden. Bij risicotaxatie wordt een inschatting gemaakt van kindermishandeling in de (nabije) toekomst of van de kans op herhaling. Risicotaxatie geeft antwoord op de vragen:

- Wat kan er gebeuren?
- Hoe waarschijnlijk is het dat dit gebeurt?

- Hoe ernstig is het als dit gebeurt?

In de JGZ worden momenteel alleen instrumenten gebruikt die gericht zijn op risico's en beschermende factoren voor ongunstige opgroei-omstandigheden in het algemeen (dus niet specifiek voor kindermishandeling). Het betreft de volgende instrumenten (zie ook [JGZ-Richtlijn Opvoedingsondersteuning](#) (Oudhof et al., 2013), [JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen](#) (Postma, 2008) en [Thema 7](#)):

- Het Balansmodel (Bakker, Bakker, Van Dijk, & Terpstra, 1998) is in vrijwel alle JGZ-instellingen in gebruik en biedt een afwegingskader om de verhouding van draaglast en draagkracht bij ouders in te schatten. De kern van het Balansmodel bestaat uit een overzicht van risico- en beschermende factoren op drie niveaus: die van het gezin, de directe omgeving en maatschappelijke context waarbij de draagkracht en draaglast van het gezin ten aanzien van deze factoren moet worden afgewogen. De risico- en beschermende factoren die in de onderhavige richtlijn worden genoemd ([Thema 2](#)) vervangen echter de factoren die in het Balansmodel van 1998 en in de aangepast versie in de JGZ-Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling (2010) worden genoemd. Het principe dat bij afwegingen rondom (de impact van) kindermishandeling en noodzakelijke hulp, zowel risico- als beschermende factoren meegenomen moeten worden, blijft overeind.
- Het DMO-Protocol (Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, Amsterdam) behorend bij Samen Starten is in diverse JGZ-regio's 0-4 in gebruik. Er is geen publicatie van het DMO protocol, maar informatie is te vinden op www.dmo-protocol.nl. Het DMO-Protocol is een gespreksprotocol waarin er aandacht is voor de gezins- en omgevingsfactoren die een rol spelen bij de psychosociale ontwikkeling van jonge kinderen. Het protocol beslaat vijf domeinen: welbevinden kind, welbevinden ouder, rol partner, sociale steun en obstakels. Er zijn aanwijzingen dat er met het DMO-Protocol meer en eerder (risico's voor) sociaal-emotionele problematiek worden gesignaleerd tussen 2 en 18 maanden (klein significant effect) (Hielkema, De Winter, De Meer, & Reijneveld, 2011).
- SPARK (Structured Problem Analysis of Raising Kids) (Staal & Van Stel, 2012; Staal, Hermans, Schrijvers, & Van Stel, 2013; Van Stel, Staal, Hermans, & Schrijvers, 2013) wordt in enkele JGZ-regio's 0-4 gebruikt. De SPARK is een gestructureerde gesprekslijst om opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij peuters vroegtijdig te kunnen signaleren en de bijpassende zorgbehoefte met ouders te bespreken. De SPARK geeft een indicatie of een kind een laag, verhoogd of hoog risico op opvoed- en ontwikkelingsproblemen heeft. De SPARK kan blijkens onderzoek meldingen van kindermishandeling binnen anderhalf levensjaar bij het AMK en opvoedingsproblemen bij peuters voorspellen (Staal et al., 2013).
- De vragenlijst bij Stevig Ouderschap (Bouwmeester-Landweer, 2006) screent ouders met een pasgeborene of zij in aanmerking komen voor het programma Stevig Ouderschap.

Deze vragenlijst heeft een goede voorspellende waarde voor latere problemen in gezinnen (Landsmeer-Beker & Bouwmeester-Landweer, 2004). Dit programma bestaat uit zes preventieve huisbezoeken, die worden afgelegd door een jeugdverpleegkundige in gezinnen gedurende de eerste 18 maanden na de geboorte. Stevig Ouderschap is bedoeld voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek. Het programma Stevig Ouderschap is effectief op een aantal uitkomsten (Bouwmeester-Landweer, 2006).

- De criteria bij VoorZorg selecteren zwangeren die in aanmerking komen voor het programma VoorZorg dat bestaat uit huisbezoeken van een gespecialiseerde jeugdverpleegkundige, beginnend tijdens de zwangerschap en tot tweejarige leeftijd van het kind. De doelgroep betreft (hoogrisico) jonge vrouwen (tot 25 jaar) die in verwachting zijn van hun eerste kind en verschillende problemen hebben. Het programma VoorZorg is effectief op een aantal uitkomsten (Mejdoubi, 2014).
- GIZ (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte), ontwikkeld door de GGD Hollands Midden (Bontje, 2013), is een integrale taxatiemethodiek waarmee de JGZ-professional samen met ouders en jeugdigen (en eventueel andere professionals) de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften snel in kaart kan brengen. GIZ is gebaseerd op de Engelse CAF-driehoek (Common Assessment Framework; Department of Health, 2000). GIZ wordt goed gewaardeerd door ouders en er zijn aanwijzingen dat de methodiek helpt bij het versterken van de zelfsturing en het zelfinzicht van ouders en bij het verbeteren van de analyse en inschatting van hun zorgbehoeften (Bontje, 2013).

Er zijn drie risicotaxatie-instrumenten die zich specifiek richten op kindermishandeling maar deze zijn nog in onderzoek en/of worden vrijwel niet in de JGZ gebruikt:

- De CARE-NL is een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor de beoordeling van het risico van Kindermishandeling (Nederlandse versie door De Ruiter & De Jong, 2005). De CARE-NL wordt bij Veilig Thuis gebruikt. De Ruiter, De Jong, en Reus (2013) hebben een verkennend onderzoek gedaan naar de CARE-NL en concluderen dat dit instrument mogelijk bijdraagt aan een meer gestructureerde inschatting van de risico's, hoewel hun bevindingen ook laten zien dat mensen die de CARE-NL gebruiken nog steeds belangrijke risicofactoren onderbelichten.
- De Mini-CARE bestaat uit een zelfrapportagelijst voor ouders en een observatielijst voor jeugdverpleegkundigen. De Mini-CARE blijkt verwijzingen naar hulpverlening en contacten met het AMK gedurende een follow-up periode van 18 maanden te kunnen voorspellen (De Ruiter, 2014).
- LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid, Ten Berge, Eijgenraam, & Bartelink, 2014), is een checklist voor vermoedens van kindermishandeling of anderszins onveilige opvoedingssituaties, en het inschatten van het risico op kindermishandeling in de nabije toekomst in gezinnen met een of meerdere kinderen van 0 tot 23 jaar. Uit onderzoek

van Bartelink, Kwaadsteniet, Ten Berge, Witteman, en Van Gastel (2015) van het Nederlands Jeugdinstituut en de Radboud Universiteit Nijmegen blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde van de LIRIK onvoldoende zijn om de huidige veiligheid van een kind te beoordelen of een risico-inschatting voor de nabije toekomst van een kind te maken. De onderzoeksuitkomsten kunnen volgens de onderzoekers verklaard worden door kenmerken van de LIRIK zelf, de implementatie van de LIRIK, kenmerken van de gebruiker (zoals de eigen opvattingen, ervaring met de LIRIK), de complexiteit van de problematiek en beperkingen van het onderzoek. Wel helpt de LIRIK professionals om gestructureerd te werken en oog te hebben voor risicofactoren voor kindermishandeling (Bartelink et al., 2015). De onderzoekers bevelen professionals aan om zich bij gebruik van de LIRIK bewust te zijn van de subjectiviteit van hun oordeel, en de veiligheid en risico's samen met een collega en waar mogelijk de ouders in te schatten.

Vooralsnog wordt aanbevolen een breed instrument te gebruiken dat gericht is op risico's voor ongunstige opgroei-omstandigheden, in ieder geval zolang er nog geen specifiek op kindermishandeling gericht instrument voor de JGZ geschikt bevonden is.

Kijk naar de algehele ontwikkeling van de jeugdige

Hoe is het met de algehele motorische, fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige? Zijn de groeicurve en motoriek leeftijdsadequaat, hoe is het met de gezondheid van de jeugdige? Heeft de jeugdige vriendjes, hoe gaat het op school? Is er sprake van ziekteverzuim?

Wat zeggen de ouders hierover? Wat staat hierover in het dossier? Opvallende punten in de ontwikkeling kunnen aanwijzingen zijn voor eventuele problemen thuis of op school of voor nadere psychische en medische diagnostiek. Neem contact op met de huisarts en eventueel betrokken specialisten voor aanvullende informatie.

Fysieke gesteldheid

Streef er naar dat de jeugdige maar één keer onderzocht hoeft te worden.

De beoordeling van lichamelijke signalen (zie onderbouwing [Thema 2](#)) en het leggen van de relatie met kindermishandeling (mishandeling, verwaarlozing, misbruik) kan complex zijn.

Overleg met een (collega) jeugdarts en de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en verwijs indien nodig voor een nader medisch onderzoek naar een gespecialiseerde (kinder)arts.

Afhankelijk van de ernst van de fysieke gesteldheid, de ernst van het vermoeden en de noodzaak tot snel handelen zoals bij seksueel misbruik (liefst binnen 24, maar uiterlijk binnen 72 uur), moet verwezen worden naar een (gespecialiseerde) kinderarts (WOKFA geschoold; Wetenschappelijk Onderwijs Kindermishandeling Forensisch Arts), forensisch arts, of huisarts al of niet in overleg met het LECK (Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling) of FPKM

(Forensische Polikliniek Kindermishandeling).

Bij het LECK en FPKM kan te allen tijde advies gevraagd worden over geconstateerd letsel en kunnen jeugdigen onderzocht worden op verdachte verwondingen en blauwe plekken, (oude) breuken, (oude) brandwonden, tekenen van seksueel misbruik of andere fysieke tekenen van mishandeling. Bovendien wordt medisch differentiaal diagnostisch onderzoek gedaan naar mogelijke andere medische oorzaken bij gevonden afwijkingen of een onderliggend lijden op grond waarvan signalen van kindermishandeling kunnen worden verklaard.

Ook zijn er in Nederland Centra seksueel geweld waar zowel professionals als slachtoffers advies en hulp kunnen krijgen. Zie: <http://www.centrumseksueelgeweld.nl/>.

Bij de spoedeisende hulp (SEH) en ook bij andere afdelingen in ziekenhuizen wordt het zogenaamde ‘SPUTOVAMO-formulier’ gebruikt om de uiterlijke kenmerken en letsels die signalen van kindermishandeling kunnen zijn, weer te geven.

Ontbloot zien van kinderen

Om als JGZ-professional signalen van kindermishandeling te kunnen constateren, is het wenselijk dat jonge kinderen (0-4 jaar) minimaal één keer per jaar door de JGZ bloot (volledig ontkleed) worden gezien en dat jeugdigen vanaf 4 jaar daarna nog minimaal twee keer bloot (waarbij het ondergoed aangehouden wordt) worden gezien tijdens de contactmomenten zoals die zijn gedefinieerd in het [Landelijk Professioneel Kader](#).

Wanneer jeugdigen te weinig frequent bloot worden gezien, kan de JGZ niet garant staan voor haar wettelijke taak in de signalering van kindermishandeling. Bovendien is ontbloot zien ook van belang voor de signalering van andersoortige medische of lichamelijke problematiek (bijvoorbeeld hartafwijkingen, huidafwijkingen (waaronder ook automutilatie), afwijkingen in lichaamsbouw, gewicht en motoriek).

Bij jeugdigen die al tot een risicogroep behoren, is er vanzelfsprekend de noodzaak om hen vaker te zien en vinger aan de pols te houden (al dan niet door middel van face-to-face contact waarbij de jeugdige ontbloot wordt gezien, contact met school, huisarts, etc).

Het is in dat kader ook belangrijk dat de JGZ met andere organisaties die kunnen signaleren samenwerkt (met name scholen en kinderopvang) en daarin continu investeert. Lichamelijke signalen kunnen bijvoorbeeld bij de verzorging van jonge kinderen en bij gymles zichtbaar worden. Jeugdartsen dienen zich in dit kader met name naar kinderopvang en onderwijs actief op te stellen als gesprekspartner wanneer zij zorgen hebben op basis van lichamelijke signalen bij jeugdigen. In dat geval dient de JGZ organisatie, afhankelijk van de ernst en eventueel reeds in gang gezet onderzoek of hulp, de jeugdige binnen één dag tot maximaal twee weken in een face-to-face contact te zien, en dan dus ook bloot.

Psychische gesteldheid

De psychische gesteldheid van de jeugdige komt tot uiting in gedrag en sociaal-emotioneel functioneren (zie [signalen Thema 2](#)). Jeugdigen zijn echter niet altijd even specifiek in het uiten van de schade die ze hebben opgelopen.

Op verschillende leeftijden doet de JGZ een screening naar psychische-, gedragsmatige-, en psychosociale problemen, bijvoorbeeld met behulp van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003), Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Kruizinga et al, 2012a), Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problemen bij Adolescenten (KIVPA; Vogels, Siebelink, Theunissen, De Wolff, & Reijneveld, 2011) en de Elektronische Monitor Volksgezondheid (EMOVO). Deze instrumenten zijn breed van opzet en geven een indicatie van de aan- of afwezigheid van psychische of gedragsproblemen bij jeugdigen. Zie JGZ-Richtlijn Vroegsignalering psychosociale problemen (Postma, 2008; update 2016).

Daarnaast is het belangrijk om na te gaan of er trauma-gerelateerde klachten zijn. Ongeveer een kwart van de kinderen in Nederland maakt voor het 16de levensjaar één of meer schokkende gebeurtenissen mee (Beer, Verlinden, & Lindauer, 2013). Lang niet alle kinderen ontwikkelen daardoor psychische klachten. Op basis van Amerikaans onderzoek wordt geschat dat bij 14% van de kinderen met traumatische ervaringen sprake is van een PTSS (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Vanaf een jaar of zes kunnen lichamelijke klachten, slaapproblemen, nachtmerries en irrationele of dwangmatige gedachten wijzen op de aanwezigheid van een trauma. Basisschoolleerlingen zullen soms in hun spel of in tekeningen gebeurtenissen uitbeelden die met trauma te maken hebben. Bij pubers en adolescenten kent een trauma dezelfde verschijningsvormen als bij volwassenen: angst, agressie, hulpeloosheid, afgrijzen en opgewonden gedrag komen voor, maar ook vermijding van prikkels, afvlakking van emoties, desinteresse, concentratieproblemen en verhoogde waakzaamheid. Jongeren kunnen nadrukkelijk doen alsof er niets aan de hand is (vermijding) en zich overgeven aan risicovol gedrag en excessief drank- of drugsgebruik. Zie ook signalen bij [Thema 2](#).

Het protocol Classificatie Screening en diagnostiek (Beer et al., 2013) beschrijft hoe professionals kunnen screenen op trauma-gerelateerde klachten. Daarbij worden drie globale stappen onderscheiden:

- een interview met jeugdige en ouders waarin vooral wordt gevraagd naar belevingen en gedragingen van de jeugdige;
- een kort (screenings)instrument;
- de beslissing om de jeugdige wel/niet door te verwijzen.

Bij een verdenking van een trauma of een PTSS kan de JGZ-professional de Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) (Verlinden et al., 2014; Nederlandse vertaling: Olff, 2005)

gebruiken (TNO, 2015). De CRIES-13 is een korte zelf-invulvragenlijst voor screening op symptomen van PTSS. Deze vragenlijst is bruikbaar voor jeugdigen van acht tot achttien jaar, en is gevalideerd (Verlinden et al., 2014). De CRIES-13 is vrij verkrijgbaar via internet, maar het gebruik dient uiteraard op organisatieniveau te worden afgestemd.

Overleg met een ter zake deskundige (gedragswetenschapper, jeugdpsycholoog, GGZ-professional) of bespreek de situatie in een casuïstiekoverleg (ZorgAdvies Team of Zorgbreedte-overleg). Ook kan expertise ingeschakeld worden van of verwezen worden naar een gespecialiseerd psychotraumacentrum voor jeugdigen (TopGGZ) of multidisciplinair centrum kindermishandeling.

Kijk naar beide ouders

De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling zijn de factoren die betrekking hebben op de (beide) ouders (Mulder, 2014). Zie Thema 2. Het is dus van belang informatie te vergaren met betrekking tot beide ouders. Maak daarbij onderscheid tussen:

- de ouders als persoon, bijvoorbeeld: hebben zij zelf (psychische of psychiatrische) problemen, een verslaving, hoe is hun temperament, zijn er agressieregulatie-problemen, hoe gaan zij om met psychosociale problemen ('coping')? Zie ook [Thema 9](#).
- de ouders als opvoeder, bijvoorbeeld: hoe is de interactie tussen ouders en jeugdige, is er toezicht, is er betrokkenheid met elkaar in het gezin?.

Beide punten moeten nagegaan worden; vaak zijn ze met elkaar verbonden. Voor een ouder met een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of veel psychosociale problemen kan de interactie met de jeugdige en het opvoeden moeilijker zijn, maar dat hoeft niet. Het hangt er van af hoe de ouder op deze problemen reageert of met de aandoening omgaat: met frustratie, agressie, irritatie (externaliserend) of met afstandelijkheid, afwezigheid, depressie (internaliserend)? Begrijpt de ouder de behoefte van de jeugdige en wat er nodig is voor een goede ontwikkeling? Kan de ouder, wanneer nodig, de eigen behoeften beheersen? Ga ook altijd na welke positieve, sterke kanten de ouders hebben: wanneer het goed gaat in het gezin, waar zij trots op zijn, wat hen bindt.

In de eerder genoemde SPARK, GIZ en DMO-Protocol in Samen Starten wordt systematisch ook aandacht besteedt aan de opvoeding. Zie ook JGZ-Richtlijn Opvoedingsondersteuning (Oudhof et al., 2013) (4).

Daarnaast kan de JGZ-professional met de Zelfredzaamheidsmatrix (Fassaert, Lauriks, Van de Weerd, De Wit, & Buster, 2013) beoordelen of er sprake is van acute problematiek, of het gezin op een aantal domeinen niet, beperkt, voldoende of volledig zelfredzaam is. Er is een supplement beschikbaar om het ouderschap van volwassenen te beoordelen die de verantwoordelijkheid hebben voor minderjarige jeugdigen.

In 2014 is de zogenaamde Kindcheck toegevoegd als verplicht onderdeel aan de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (zie [de Kindcheck](#)). Dit betekent dat zorgprofessionals die met volwassenen werken (en bijvoorbeeld agressief of riskant gedrag vertonen) altijd moeten nagaan of er bij hun cliënt minderjarigen wonen en dat zij zich ervan moeten vergewissen dat deze veilig zijn. De Kindcheck is ook van toepassing op zwangere vrouwen. Zie verder bij [de Kindcheck](#) en de Handleiding Kindcheck voor GGZ en Verslavingszorg (Augeo Foundation, 2013).

Als de ouder niet de vermoedelijke pleger is

De JGZ-professional gaat na in welke relationele context de vermoede kindermishandeling plaatsvindt. Welke rol spelen de ouder(s) daarbij? Zijn zij of is een van hen de pleger(s)? Zijn er andere familieleden betrokken of mensen van buiten de huiselijke kring? Zijn de ouders op de hoogte en in staat de jeugdige te beschermen?

De relatie tussen pleger en slachtoffer heeft consequenties voor de behandeling en begeleiding van jeugdige en gezin. Is een of zijn beide ouders betrokken bij de mishandeling of hebben de ouders de jeugdige onvoldoende kunnen of willen beschermen, dan zullen ook de ouders behandeld en/of begeleid moeten worden. Als zij niet de plegers zijn en voldoende bescherming bieden, is de jeugdige in beginsel veilig bij hen. Begeleiding van de ouders en/of behandeling van de jeugdige kan dan evengoed nodig zijn maar is dan anders van aard. Zie ook [Thema 12](#).

Kijk naar de omgeving

Breng ook de sociaal-maatschappelijke en sociaaleconomische factoren in kaart (zie ook [Thema 2](#)). Voor het gezin als geheel gaat het bijvoorbeeld om de buurt waar het gezin woont, de voorzieningen, de veiligheid op straat, de huisvesting (adequaat of niet), het gezinsinkomen en het vermogen daarvan rond te komen, eventuele schulden en het sociale netwerk.

Realiseer je dat het vaak om statische factoren gaat die niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn of dat hulp daarbij gericht moet zijn op het hanteren van deze problemen. In de exploratiefase is het belangrijk om na te gaan hoe de ouders en jeugdige omgaan met deze problemen en omstandigheden. Soms kan met praktische hulp (denk aan huisvesting, financiën, naschoolse opvang) de noodzaak tot direct ingrijpen verdwijnen, wanneer opgelopen spanningen daarmee hanteerbaar zijn geworden.

Breng het sociale netwerk van de ouders, jeugdigen, het gezin in kaart. Een sociaal netwerk betreft alle min of meer duurzame relaties die de ouders, jeugdigen, gezinnen hebben met andere personen, groepen of instanties. Het gaat daarbij zowel om het aantal van dergelijke relaties als de kwaliteit ervan en de mate waarin men het gevoel heeft ‘erbij te horen’.

Het in kaart brengen van het sociale netwerk kan drie functies hebben: het sociale netwerk als informant, voor begrip van de context van het gezin en als ondersteuning met het oog op interventie. Deze ondersteuning kan op vier manieren: praktische ondersteuning, psychologische

of emotionele ondersteuning en een normatieve (voorbeeld)functie (Baartman, 2010; Van Yperen, 2013).

De JGZ-professional kan het sociale netwerk in kaart brengen door hier gericht naar te vragen. Het sociaal netwerk wordt ingedeeld in drie 'ringen' met het gezin, naaste familie, goede vrienden en burens als binnenste ring; daaromheen vrienden, familie en collega's die verder van het gezin af staan; en in de buitenste schil de groepen en instanties zoals school, kerk, sportclub ed.

(4) In deze richtlijn wordt tevens de NOSI(K) genoemd, maar de bewijzen voor het effect van het instrument is door Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) inmiddels als verouderd beoordeeld (Databank Effectieve Jeugdinterventies, Nederlands Jeugdinstituut).

Stap 2: overleg met andere professionals

Handel bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling nooit alleen.

Allereerst wordt de situatie van het vermoeden van kindermishandeling besproken binnen het team waarin de JGZ werkzaam is en met de aandachtfunctionaris kindermishandeling. Zie ook 'Verantwoordelijkheidsverdeling binnen de JGZ' in Thema 3.

Ga na welke andere professionals betrokken zijn bij het gezin. De eerste weg hiervoor is om dit na te vragen bij de ouders zelf. Ga na of er een 'match' is bij registratie van de jeugdige in de Verwijsindex (VIR).

Denk bij overleg met andere professionals aan:

- Sociale wijkteams (wijkteam, jeugdteam of jeugd en gezinsteam) –vaak inclusief JGZ
- Veilig Thuis (0800-2000)
- Huisarts
- Jeugdbescherming en jeugdhulp
- Raad voor de Kinderbescherming
- Politie
- Peuterspeelzaal, kinderopvang, onderwijs
- Jeugd-GGZ
- Algemeen Maatschappelijk Werk (schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen) meestal ook in sociaal wijkteam
- Volwassenen GGZ en psychiatrie, waaronder verslavingszorg
- Maatschappelijke Opvang/Vrouwenopvang (Blijf van m'n Lijf)
- MEE bij lichamelijke en geestelijke beperking, chronisch zieken
- LECK (Landelijk ExpertiseCentrum Kindermishandeling) / FPKM (Forensische Polikliniek Kindermishandeling)

- Centrum Seksueel Geweld
- Paramedici zoals logopediste, fysiotherapeut, diëtist, verloskundige, etc.
- Medisch Specialisten en tandarts
- Werkers in de alternatieve geneeswijzen
- Professionals met een specifieke expertise zoals op het gebied van seksueel geweld, eer-gerelateerd geweld, loverboy-problematiek, huwelijksdwang.

LET OP:

Jeugdartsen werken volgens de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2014). Deze meldcode stelt dat een arts altijd (ook) met Veilig Thuis moet overleggen bij vermoedens van kindermishandeling. Bij dit overleg kan het gezin/de jeugdige anoniem blijven. Ook moet de arts altijd voorafgaand aan een melding met Veilig Thuis overleggen. Dit betekent dat alleen overleg met de interne aandachtsfunctionaris kindermishandeling niet voldoende is. Onder overleg wordt ook casusoverleg verstaan waar de jeugdarts en Veilig Thuis bij elkaar zitten. Het is wenselijk om op landelijk niveau de discussie te voeren over dit ‘moeten overleggen’ van de jeugdarts met Veilig Thuis onder andere in verband met de capaciteit bij Veilig Thuis.

Jeugdverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten volgen de V&VN-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2011). Deze meldcode stelt dat een jeugdverpleegkundige zo nodig (ook) met Veilig Thuis moet overleggen bij vermoedens van kindermishandeling.

In onderhavige richtlijn wordt jeugdverpleegkundigen aanbevolen altijd te overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en de jeugdarts die bij het gezin is betrokken. Jeugdartsen wordt aanbevolen om altijd te overleggen met de verpleegkundige of verpleegkundig specialist die bij het gezin betrokken is. Kortom, binnen het team dienen jeugdarts en jeugdverpleegkundige en verpleegkundig specialist altijd overleg met elkaar te hebben over vermoedens van kindermishandeling. Voor jeugdartsen geldt daarenboven: altijd overleg met Veilig Thuis. Werk je vanuit de JGZ in een jeugdteam, dan geldt hetzelfde. Als je in dienst bent bij het jeugdteam of de gemeente, dan volg je in ieder geval de eigen beroeps-meldcode en de specifieke afspraken die binnen het team zijn gemaakt.

Overleg met de politie en overweeg aangifte wanneer er sprake is van:

- een mogelijk strafbaar feit;
- ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling, lichamelijke verwaarlozing;
- seksueel misbruik;
- eer-gerelateerd geweld;
- vrouwelijke genitale verminking;
- huwelijksdwang;

- als alleen op die manier kindermishandeling tijdig en duurzaam gestopt kan worden.

Bij twijfel: vraag advies aan de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis.

Informatie-uitwisseling

Met toestemming van de ouders en jeugdige vanaf zestien jaar mag altijd overlegd worden met relevante andere, externe professionals. Dat wil niet zeggen dat gegevensuitwisseling met andere professionals alleen maar mogelijk is als ouders en eventueel jeugdige expliciet toestemming geven. In het belang van de jeugdige kan het soms nodig zijn om zonder toestemming, maar met medeweten van de ouders en eventueel jeugdige, informatie te vragen bij en te overleggen met andere professionals. Soms is het zelfs niet mogelijk om de ouders van tevoren te informeren in verband met de veiligheid van de jeugdige of de professional. Overleg dan met Veilig Thuis en noteer dit met beargumentering in het dossier.

Bij de afweging om privacygevoelige informatie zonder toestemming uit te wisselen met andere professionals is het van belang de volgende vragen te beantwoorden zoals beschreven in het Model samenwerkingsconvenant Verwijsindex (Maessen, 2014):

- Welk doel moet bereikt worden met het geven van de informatie?
- Kan dit doel ook bereikt worden zonder de informatie te verstrekken? Wat is de toegevoegde waarde van informatie-uitwisseling op dat moment?
- Is echt al het nodige geprobeerd om toch toestemming te verkrijgen van de gezinsleden?
- Weegt het gevaar of ernstig nadeel bij een van de gezinsleden (een of meer jeugdigen) wel op tegen het belang dat een ander gezinslid bij geheimhouding heeft?
- Wie heeft de informatie echt nodig om het gevaar of het ernstige nadeel voor het gezinslid af te wenden? Welke informatie heeft die professional echt nodig?

JGZ-professionals moeten dus goed weten onder welke omstandigheden zij wel en niet informatie over gezinnen mogen delen en bij iedere situatie afwegen of dit wel of niet verstandig is. Dat wil zeggen:

- informatie verstrekken aan professionals die daarom vragen;
- verzoeken om informatie bij andere professionals;
- uitwisselen in multidisciplinair overleg.

Hiertoe dienen:

- voldoende informatie over de situatie om de afweging goed te kunnen maken
- de Wet Bescherming Persoonsgegevens;

- de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst) – paragraaf beroepsgeheim;
- organisatie-afspraken en –protocollen;
- een meldrecht in het kader van de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld & Kindermishandeling;
- een meldrecht (o.a. op basis van de Jeugdwet 2015) wanneer politie, justitie, Veilig Thuis of Raad voor de Kinderbescherming om informatie vragen;
- Herziening kinderbeschermingsmaatregelen (14 november 2014).

LET OP: ten gevolge van de wetwijziging ‘Herziening kinderbeschermingsmaatregelen’ (14 november 2014) heeft de gezinsvoogd/jeugdbeschermer per 2015 een eigenstandig recht op informatie. Op grond daarvan moeten artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en andere professionals met een beroepsgeheim, desgevraagd en zonder toestemming van de betrokkenen een gezinsvoogd/jeugdbeschermer informatie verstrekken (spreekplicht). Dit geldt alleen als de informatieverstrekking noodzakelijk is voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling (OTS). De wetwijziging maakt het juridisch ook mogelijk dat de jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist en andere professionals met beroepsgeheim uit eigen beweging de gezinsvoogd/jeugdbeschermer informeert.

Wanneer er een ‘gezinsmanager’ is zonder dat er sprake is van een OTS, gelden gewoon het beroepsgeheim en de algemene regels voor gegevensuitwisseling.

Bij vragen en dilemma’s over het beroepsgeheim kan altijd overlegd worden met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling of Veilig Thuis. Andere informatiebronnen zijn:

- Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden: een wegwijzer voor zorgprofessionals (2014) opgesteld door artsenfederatie KNMG, GGZ Nederland, AJN (Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland), LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), NIP (Nederlands Instituut van Psychologen), NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), SVG (Stichting Verslavingsreclassering GGZ), V&VN (Verplegenden en Verzorgenden Nederland) en VVAK (Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling): <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/147782/Beroepsgeheim-in-samenwerkingsverbanden-wat-mag-een-arts-delen.htm>;
- Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg (GGZ Nederland i.s.m. GGD GHOR Nederland en KNMG, 2014): www.ggznederland.nl/actueel/handreiking-gegevensuitwisseling-in-de-bemoeizorg-klaar;
- Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie (KNMG, 2012): <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62512/Handreiking-beroepsgeheim-en-politiejustitie-2012-1.htm>;
- een app ‘Info Delen’ over informatie-uitwisseling bij signalen van kindermishandeling

tussen hulp- en zorgverleners en Veilig Thuis, gezinsvoogdij en de Raad voor de Kinderbescherming: <https://itunes.apple.com/nl/app/info-delen/id903359458?mt=8>.

Iedere JGZ-organisatie dient te beschikken over een veilig systeem voor informatie-uitwisseling met andere betrokken instellingen. Denk bijvoorbeeld aan beveiligde digitale en email-systemen zoals 'Zorgmail'.

Verwijsindex Risicjongeren

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is een landelijk digitaal systeem waarin alleen geautoriseerde professionals inzage hebben en een registratie op basis van het BSN-nummer kunnen doen van jongeren tot 23 jaar met problemen. Ga na wie dit bij jouw organisatie is of zijn. De VIR koppelt persoonsgegevens van jeugdigen op hetzelfde adres en van kinderen van dezelfde ouders, waardoor eventuele signalen bij elkaar kunnen komen. Bij een 'match' wordt duidelijk welke professionals of politie of justitie (die de jeugdige ook in de VIR registreerden) bij de jeugdige en het gezin betrokken zijn. Er is dan nog geen inhoudelijke informatie-uitwisseling, er is alleen een signaal dat er meerdere professionals betrokken zijn. Zij kunnen dan vervolgens overleggen wat de beste aanpak is voor hulpverlening. Over de registratie van een jeugdige in de VIR moeten ouders en jongeren vanaf 16 jaar vooraf geïnformeerd worden, maar toestemming is daarbij niet nodig. De professional heeft een recht (geen plicht) om een jeugdige in de VIR te registreren bij een 'redelijk vermoeden' dat "de noodzakelijke condities voor een gezonde en veilige ontwikkeling van de jeugdige daadwerkelijk wordt bedreigd". Wanneer er een match blijkt met andere professionals of politie en justitie en men in overleg wil treden, is toestemming van de ouders of jeugdige (indien zestien jaar of ouder) wel vereist. Wanneer zij geen toestemming geven is er sprake van een 'conflict van plichten' en moeten professionals afwegen of zij hun beroepsgeheim moeten doorbreken in belang van de jeugdige (zie ook de Jeugdwet uit 2015 en de website www.handreikingmelden.nl).

Stap 3: praat met ouder(s) en jeugdigen

De oplossingsgerichte manier van werken (De Shazer, 1993; Berg, 1994), zoals bijvoorbeeld Signs of Safety™ (Turnell & Edwards, 1999), wordt gezien als een respectvolle methode die betrokkenen in hun waarde laat en waarbij met zowel ouders, jeugdigen als sociaal netwerk wordt samengewerkt; zij staan immers centraal. Signs of Safety™ wordt vooral toegepast in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Aanbevolen wordt [in gesprek met ouders en jeugdigen](#) de principes van het oplossingsgericht werken en/of Signs of Safety™ toe te passen.

Uitgangspunt is om in openheid de zorgen en te ondernemen stappen te bespreken met de ouders en/of de jeugdige, vanaf de eerste zorg. Openheid is van belang voor de stappen die daarna volgen. In het eerste gesprek wordt de toon gezet.

In uitzonderlijke situaties kan er echter voor gekozen worden om niet met de ouders of jeugdige in gesprek te gaan, wanneer daarmee de veiligheid van betrokkenen in ernstige mate in het geding is (denk aan seksueel geweld, huwelijksdwang, eengerelateerd geweld, loverboy problematiek, suïcide gevaar). Vraag dan advies aan een deskundige, soms is het wel mogelijk om samen met een andere professional het gesprek aan te gaan. Noteer je afwegingen om niet met ouders of kind te spreken altijd in het dossier.

De wet (WGBO en Burgerlijk Wetboek) maakt onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën: tot twaalf jaar, van twaalf tot zestien jaar en zestien jaar of ouder. Een gesprek met een jeugdige tot twaalf jaar vindt in beginsel alleen plaats met toestemming van de ouders (of wettelijk vertegenwoordigers) met gezag. Een jongere van boven de zestien jaar kan zelfstandig bepalen of hij met de JGZ-professional alleen wil spreken, tenzij de jongere wilsonbekwaam wordt geacht. Ook moet je jongeren van boven de zestien eerst toestemming vragen om met de ouders te mogen praten, tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te wijken (bijvoorbeeld wanneer de jongere daardoor gevaar loopt).

Er bestaat een lacune in de wet voor wat betreft de minderjarige van twaalf jaar of ouder die niet in staat is tot een weloverwogen waardering van zijn belangen (bijvoorbeeld bij lichte verstandelijke beperking). De wet voorziet niet in een mogelijkheid om een eventuele weigering van ouders om toestemming te geven te doorbreken.

Uitzondering geldt in acute en dreigende situaties waarin de toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers niet gegeven is, en handelen van de JGZ-professional nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen (art. 7:466 lid 1 Burgerlijk Wetboek). Ook mag de JGZ-professional handelen zonder toestemming van de ouders als de JGZ-professional in een individueel geval van mening is niet als goede hulpverlener te functioneren wanneer de geldende regels in acht genomen worden (lees: door niet te handelen). Hiervoor moet de JGZ-professional goede argumenten hebben.

Veilig Thuis is bevoegd om in uitzonderlijke gevallen zonder medeweten van ouders (eerst) met een jeugdige (onder de zestien jaar) te spreken. Het is bijvoorbeeld niet altijd mogelijk om toestemming te verkrijgen om met de jeugdige apart te spreken – of om deze toestemming van beide ouders te verkrijgen (denk aan vechtscheidingen, een ouder die niet meer in beeld is, een ouder als pleger van seksueel geweld). Als ouders niet direct of geen toestemming geven, probeer hen dan te overtuigen van het belang van een gesprek met de jeugdige; ook voor de jeugdige zelf. Vertel wat je weet en benoem dat jij niet weet wat er verder gebeurd is en dat je daarom het verhaal van de jeugdige zelf wilt horen.

Bij twijfel of onduidelijkheid: vraag de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis om advies.

Praten met ouders

Bedenk vooraf en leg uit wat het doel van het gesprek is: het in kaart brengen van de situatie of het aangaan van een samenwerkingsrelatie om veiligheid in het gezin tot stand te brengen? Bereid het gesprek goed voor en ga na wat al bekend is en wat nog niet.

Zet een erkende tolk in (via Tolk- en Vertaal Centrum Nederland) bij allochtone ouders die onvoldoende Nederlands spreken en ga na wat de belangrijkste gedragsregels zijn in de betreffende cultuur.

Overweeg de locatie van het gesprek: bij de ouders thuis, op kantoor of elders. Overweeg ook wie het gesprek het beste kan voeren en welke collega of andere professional daarbij aanwezig zal zijn. Vraag hulp en/of oefen een gesprek eventueel van tevoren met een collega en/of video-opname.

Wees er van bewust dat woordkeuze en formulering in een gesprek met ouders heel nauw meten en bedenk per situatie vooraf welke keuze de minste weerstand bij ouders kan oproepen. Wees je bewust van het effect van woorden op de ouders.

Vermijd het gebruik van afkortingen en vaktermen zoals ‘factoren’, ‘risicofactoren’, signalen/signaleren’ ‘pedagogisch’, ‘eigen kracht’, ‘sociaal netwerk’ ed.

Het kan verstandig zijn, met name in een eerste explorerende fase, om niet van ‘huiselijk geweld’, ‘kindermishandeling’, ‘geweld’ of ‘verwaarlozing’ te spreken. Gebruik dan liever woorden en omschrijvingen zoals: ‘zorgen maken over ...’, ‘wat gaat goed, wat gaat niet goed’, ‘zorgpunten /aandachtspunten’, ‘ongunstige omstandigheden’, ‘zorgen delen over kind’, ‘veiligheid’.

Als er al hulpverlening betrokken is en er wordt gewerkt aan de veiligheid in het gezin, kan het anderzijds juist wel goed zijn om expliciet te zijn en er ‘niet omheen te draaien’.

Beloof, wanneer de ouder daarom vraagt, niet dat je alle informatie geheim zal houden, leg uit dat je een beroepsgeheim hebt maar dat je ook de plicht hebt te beschermen en dat het daarom soms nodig is je beroepsgeheim te doorbreken. Erken dat dat voor hen vervelend is maar dat het in het belang van de jeugdige is. Spreek af dat je de ouder altijd vooraf zal informeren wanneer informatie met andere professionals gedeeld moet worden.

Gebruik ‘algemene kennis’ in het gesprek: ‘we weten dat kinderen in dit soort situaties ...’ (Ten Berge, Addink, De Baat, Bartelink, Van Rossum, & Vinke, 2012).

Benoem concreet de zorgen en spreek over feiten, zonder oordeel en zonder aannames of interpretaties van die feiten. Stel vooral open vragen die niet alleen met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden vanuit een oprecht geïnteresseerde open houding.

Pas gesprekstechnieken toe, zoals hieronder in het kader staan beschreven. Deze technieken worden op grote schaal in de praktijk gebruikt en heel waardevol gevonden. De bron hiervan is onbekend.

Laat OMA thuis, gebruik LSD, neem ANNA mee, smeer NIVEA, maar wees een OEN en maak je DIK.

OMA: Oordelen, Meninge/Moralisering en (goedbedoelde) Adviezen.

LSD: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen. Luister naar wat de ander zegt, vat dit samen en vraag hierop door. Let bij het luisteren niet alleen op de woorden die worden gebruikt, maar ook op de lichaamstaal. Door samen te vatten check je of je goed hebt begrepen wat de ander duidelijk wilde maken. Door goed door te vragen zorg je ervoor dat alles duidelijk wordt.

ANNA: Altijd Navragen en Nooit Aannemen.

NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander

OEN: een Open, Eerlijk en Nieuwsgierige (oprecht geïnteresseerde of onderzoekende) houding aannemen. Sta open voor een andere mening, wees eerlijk in wat je er zelf van vindt en wees nieuwsgierig naar de motivatie van de ander.

DIK: Denk In Kwaliteiten. Vaak geven mensen alleen aandacht aan de dingen die niet goed gaan of negatieve eigenschappen van een ander, maar probeer ook aandacht te geven aan de dingen die wel goed gaan of aan de kwaliteiten van anderen.

Geef ouders de ruimte om te reageren en hun kant van het verhaal te vertellen, wat zijn hun verklaringen voor de geconstateerde problemen. Bevestig wat goed gaat en complimenteer ouders daarvoor. Maak concrete afspraken over het vervolg en wat van de ouders verwacht wordt.

Praten met de jeugdige

Onderzoek laat zien dat vanaf de leeftijd van ongeveer vier jaar, open vragen aan de jeugdige kunnen worden gesteld die voldoende informatie en details geven (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin, & Horowitz, 2007). Hoe en wanneer met jeugdigen gesproken wordt over signalen, vermoedens en verdere plannen is tevens afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd van de

jeugdige en de situatie.

Over het algemeen geldt dat wanneer er vermoedens over kindermishandeling of een onveilige opvoedingssituatie bestaan, het belangrijk is de jeugdige te betrekken in de gespreksvoering en ook de jeugdige alleen te spreken. Zij voelen vaak aan dat er iets aan de hand is, ook al heeft niemand hen dat uitgelegd. Jeugdigen bedenken daarbij vaak hun eigen –niet altijd juiste– verklaringen voor de situatie en hebben de neiging zichzelf daarbij medeschuldig te voelen of vinden en zijn onvoorwaardelijk loyaal naar hun ouders. Bij allochtone jeugdigen kan daarbij ook de loyaliteit aan de familie en aan cultuur en geloof een belangrijke rol spelen.

Vraag ouders toestemming om met de jeugdige te mogen spreken. Vertel wat je weet en benoem dat jij niet weet wat er verder gebeurd is en dat je daarom het verhaal van de jeugdige wilt horen. Bereid een gesprek goed voor. Denk niet meteen in oplossingen. Wees voorbereid op wat je mogelijk te horen krijgt en hoe je dan reageert. Houd rekening met het tijdstip op de dag en denk na over de locatie. Realiseer je dat het (extra) tijd kost om met een jeugdige te praten die kindermishandeling meemaakt of meegemaakt heeft. Houd daar rekening mee en rond een gesprek altijd zorgvuldig af.

Ten Berge et al. (2012) geven een aantal algemene aandachtspunten voor gesprekken met jeugdigen:

- Stel de jeugdige op zijn gemak en begin met algemene onderwerpen.
- Leg duidelijk uit wat de bedoeling is van het gesprek en wat er met de informatie die de jeugdige geeft, gaat gebeuren.
- Stel open vragen.
- Beloof niet, wanneer de jeugdige daarom vraagt, dat je alle informatie geheim zal houden, leg uit dat je een beroepsgeheim hebt maar dat je ook de plicht hebt te beschermen en dat het daarom soms nodig is je beroepsgeheim te doorbreken. Spreek af dat je de jeugdige altijd vooraf zal informeren wanneer informatie met andere professionals gedeeld moet worden.
- Maak duidelijk dat de jeugdige niet schuldig is aan de situatie, maar dat ouders verantwoordelijk zijn voor een veilige en prettige thuissituatie.
- Heb oog voor het loyaliteitsconflict waarin dit de jeugdige kan brengen.
- Laat bij het bespreken van de thuissituatie vooral de jeugdige aan het woord.
- Vraag welke mogelijke oplossingen zij zelf zien en wat er voor nodig is om dat te realiseren.
- Maak bij het afsluiten van het gesprek expliciet duidelijke afspraken over met wie de besproken informatie gedeeld zal worden en wat de jeugdige aan zijn ouders gaat vertellen.
- Zorg er voor dat na afloop van het gesprek de jeugdige opgevangen wordt door een voor

hem of haar vertrouwd persoon.

Als er sprake is van mogelijk strafbare feiten

Stem, wanneer er sprake is van mogelijk strafbare feiten, de te ondernemen stappen af met de interventies van de politie: gesprekken met slachtoffer(s) en getuige(n) kunnen het leveren van bewijs in een strafzaak namelijk belemmeren. Zie ook de [onderbouwing van samenwerking met het professionele netwerk](#).

Tegelijkertijd moet hierom niet geschuwd worden om met de jeugdige te spreken. Dat kan op basis van het ‘Minimum Facts Interview’ (Chadwick Center, San Diego County Child Protection Team, 2012) dat er op gericht is een minimum aan informatie te vergaren om te bepalen of sprake van kindermishandeling kan zijn en wat nodig is voor de veiligheid van de jeugdige:

- Praat met de jeugdige apart, zonder ouders of andere betrokkenen.
- Let op non-verbaal gedrag en emoties bij de jeugdige.
- Laat de jeugdige verhaal doen in de eigen bewoordingen; geef geen suggesties met woorden (in de mond leggen), voordoen, iets laten zien.
- Gebruik geen gesloten of suggestieve vragen, gebruik wel open vragen, zoals ‘Wat is er gebeurd?’ Vragen die beginnen met:
Wat ...?
Waar ... ?
Wanneer
Wie ... ?
Hoe?
Hoe jonger de jeugdige, des te globaler de antwoorden. Veel kinderen van vijf kunnen niet tijdstip en adres exact verwoorden.
- Ga na of de jeugdige (met spoed) medisch onderzocht moet worden.
- Ga na wat er nodig is voor de acute veiligheid van de jeugdige.
- Ga na hoe je zelf de jeugdige een gevoel van veiligheid kan geven.

Neem zelf een neutrale houding aan ten opzichte van de jeugdige: de jeugdige niet prijzen voor bepaalde uitspraken; maar wel prijzen dat het vertelt. Toon geen afkeer (boosheid/walging e.d.) over de mogelijk met de jeugdige uitgevoerde (seksuele) handelingen (Lamb et al., 2007); vertel dat het niet de schuld van de jeugdige is.

Stap 4: weeg de ernst en risico's

In deze stap van de Meldcode concludeert de JGZ-professional (voorlopig), alles overziend, wat er aan de hand is of lijkt te zijn.

Dit is niet een eenvoudig ‘wegen’. In [Thema 2](#) zijn de wetenschappelijk onderbouwde risico- en beschermende factoren op een rij gezet. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat deze factoren elkaar (volledig) kunnen opheffen of dat de kans op kindermishandeling eenvoudigweg een kwestie van plussen en minnen van risico- en beschermende factoren is. Per definitie betreft het kansen dat deze factoren vóórkomen, onderzocht in groepen, niet in individuele gevallen. Wel is het waarschijnlijk dat de kans op kindermishandeling groter wordt bij de aanwezigheid van drie of meer risicofactoren (Sidebotham, 2006). Of het omgekeerde effect (in gelijke mate) uitgaat van beschermende factoren is niet bekend.

Desondanks is het belangrijk dat de JGZ-professional zowel de risico- als beschermende factoren in kaart brengt en weegt om zo een inschatting te maken van de ernst en impact van de kindermishandeling, welke acties en interventies aangewezen zijn en wat daarvan het verwachte effect is.

Een veiligheids- en/of risicotaxatie -instrument helpt bij de weging van de ernst van kindermishandeling en/of het risico (van herhaling) voor kindermishandeling. Vraag bij twijfel altijd (opnieuw) advies bij Veilig Thuis.

Stap 5: beslis: hulp organiseren of melden?

In deze fase gaat het JGZ-team (minimaal jeugdarts, jeugdverpleegkundige en aandachtfunctionaris kindermishandeling in samenspraak) na of in voldoende mate zelf hulp kan geboden kan worden of georganiseerd kan worden. Hulp moet in eerste instantie gericht zijn op het creëren of herstellen van de veiligheid voor de jeugdige. Wat kan het JGZ-team zelf, samen met de ouder(s) oppakken, welke oplossingen ziet/zien de ouder(s) zelf, welke rol kan het sociale netwerk spelen? Welke andere deskundigheid en vormen van begeleiding zijn aangewezen? De veiligheid voor de jeugdige is leidend.

Beslissen in onzekerheid

Beslissen in situaties van kindermishandeling is per definitie moeilijk. Beslissen over (melden van vermoedens van) kindermishandeling is vooral weten om te gaan met onzekerheden. Besluitvorming is een proces en vindt niet ‘plotseling’ plaats als ‘laatste stap’ van een meldcode kindermishandeling: een besluit ontwikkelt zich. De scheidslijn tussen de onderdelen 4 (wegen van ernst en risico) en 5 (beslissen) in de meldcode valt dan ook niet scherp te trekken. Beslissen over kindermishandeling is bovendien lastig omdat:

- kindermishandeling een psychosociaal probleem is waarbinnen allerlei vormen en gradaties bestaan en er – anders dan bijvoorbeeld bij een medische aandoening – geen sprake kan zijn van zogenaamde ‘slagboom-diagnostiek’ (een vrouw kan niet een ‘beetje

zwanger' zijn);

- de implicaties van een verkeerd besluit ernstig kunnen zijn;
- iedere betrokkene zijn of haar eigen verhaal, perspectief en belangen heeft;
- professionals vaak moeten beslissen onder tijdsdruk;
- ouders in veel gevallen zelf (nog) geen hulpvraag of motivatie hebben.

Het gaat dus om 'beslissen in onzekerheid' (Munro, 1999). Het werken met onzekerheden betekent dat er fouten gemaakt kunnen worden. Fouten ontstaan door allerlei valkuilen in de oordeelsvorming (Ten Berge & Vinke, 2006) en in processen en systemen, volgens Munro (2005) door:

- factoren bij de professional zelf, zoals emoties en eigen normen en waarden;
- de beperkingen van instrumenten. Instrumenten beogen de onzekerheid van professionals bij besluitvorming te minimaliseren, maar kunnen dat maar tot op zekere hoogte; even belangrijk is de professionele blik en gefundeerde intuïtie;
- factoren in relatie tot de context van de organisatie. JGZ-professionals moeten enerzijds opkomen voor de jeugdige en het gezin, maar hebben daarnaast te maken met de doelstellingen van de organisatie.

Valkuilen en knelpunten zijn bijvoorbeeld (Munro, 1999):

- de geneigdheid om besluitvorming te vereenvoudigen en zich op basis van beperkte informatie een oordeel te vormen. Vaak past men een eerste oordeel niet snel meer aan. Daarbij wordt gezocht naar informatie die het eerste oordeel bevestigt en wordt informatie die tegenstrijdig is aan het eerste oordeel genegeerd (tunnelvisie);
- de neiging om te beslissen op basis van informatie die recent of levendig is of sterke emoties oproept. Hierdoor kan een vertekend beeld van de situatie ontstaan;
- de geneigdheid om snel een oorzakelijk verband te veronderstellen zonder na te gaan of dat verband er daadwerkelijk is;
- de neiging om impliciet en intuïtief te beslissen, waarbij persoonlijke kenmerken, ervaringen en beeldvorming van de persoon die de besluiten neemt een invloedrijke rol hebben;
- de neiging om ongestructureerd beslissingen te nemen. De relatie tussen de verzamelde informatie en de genomen beslissingen blijkt mager (De Jong, 2004; De Langen, 2004);
- de verschillen tussen professionals in de 'beslisdrempels' die zij hanteren, oftewel hoe snel zij geneigd zijn om in te grijpen. De hoogte van de beslisdrempel verschilt per hulpverlener en hangt vooral af van de soort fouten dat hij het liefst wil vermijden: vals positieven (onterecht ingrijpen) of vals negatieven (onterecht niet ingrijpen) (Dalglish, 1997). Naast werkervaring hebben ook de eigen normen en waarden en voorgeschiedenis

van de professional en eerdere incidenten (in de media) invloed op de hoogte van de beslisdrempel.

Goede besluitvorming rond kindermishandeling voldoet aan de volgende criteria (o.a. Bartelink, Ten Berge, & Van Yperen, 2010):

- beslis nooit alleen, overleg en werk samen, registreer alle stappen bij besluitvorming en overwegingen in het dossier;
- besluitvorming komt ‘in dialoog’ met ouders en jeugdigen tot stand; beslissingen worden samen met ouders en indien mogelijk met de jeugdige genomen, tenzij de omstandigheden dermate dreigend zijn dat overleg met ouders structureel onmogelijk blijkt;
- de veiligheid van jeugdigen staat centraal;
- beslissingen zijn transparant, goed onderbouwd en komen systematisch en doelgericht tot stand;
- beslissingen zijn gebaseerd op theorieën over het ontstaan en in standhouden van kindermishandeling en onveilige opvoedingssituaties en op kennis over ‘wat werkt’.

Multidisciplinair beslissen

Beslis bij vermoedens van kindermishandeling nooit alleen over de te ondernemen stappen of een melding en vraag de aandachtsfunctionaris kindermishandeling gedurende het gehele proces mee te kijken. Kom tot besluitvorming bij voorkeur samen met ouders, zo mogelijk ook met jeugdigen.

De input van verschillende professionals, zowel extern van betrokken instanties als intern (werkbegeleider, gedragswetenschapper, vertrouwensarts, teamleider) is essentieel voor een goede oordeelsvorming over de problematiek en voor de beslissing welke interventie nodig is om een jeugdige te beschermen en zijn welzijn te bevorderen (Sidebotham et al., 2010).

Bij het beslissen over de veiligheid van jeugdigen hebben JGZ-professionals te maken met diverse instanties of teams, zoals het wijkteam, de school, het ZAT (ZorgAdviesTeam) en het CJG. Om de best mogelijke hulp en ondersteuning in het gezin te krijgen is het belangrijk dat instanties samen optrekken en zowel onderling als met ouders en jeugdigen afspraken maken over de regie. Neem als JGZ-professional het voortouw als dat nodig lijkt en wijs andere professionals daar ook op. Zie ook [Thema 4](#).

Team- en multidisciplinaire besluitvorming heeft als voordeel dat professionals met elkaar in gesprek gaan over de afwegingen die zij maken. Verschillen tussen professionals komen zo aan het licht, waardoor zij elkaar kunnen aanscherpen. Teams komen vaker tot eenduidige beslissingen dan individuele professionals (Pijnenburg, 1996). Onderzoek wijst echter ook uit dat teambesluitvorming niet per definitie tot betere beslissingen leidt. Professionals blijken in teams

lang stil te staan bij de verzamelde informatie. Dit leidt niet per definitie tot heldere en systematische besluitvorming. Er blijkt weinig verband tussen de verzamelde informatie en de genomen beslissingen. Bovendien kunnen valkuilen zich ook in teambesluitvorming voordoen. Het risico bestaat bijvoorbeeld dat iedereen in dezelfde richting gaat denken als degene die de zaak inbrengt (De Jong, 2004; De Langen, 2004; Pijnenburg, 1996). Ook multidisciplinaire beslisteamen kunnen last hebben van tunnelvisie. Munro (2005) raadt daarom aan om in ieder multidisciplinair overleg, per toerbeurt, expliciet een professional het proces te laten bewaken (als ‘advocaat van de duivel’). De aandachtsfunctionaris kindermishandeling kan deze rol vervullen. Ook bestaat het risico dat de individuele professional zich kan ‘verschuilen’ achter een teambesluit, zonder zelf de verantwoordelijkheid te nemen na ruggespraak met collega’s en andere deskundigen.

Voor effectieve team- en multidisciplinaire besluitvorming is het nodig dat elke professional vanuit zijn organisatie het mandaat heeft om de beschikbare informatie te delen en beslissingen te nemen. Het vraagt ook van professionals dat zij goed voorbereid naar de bijeenkomst komen, zodat zij hun bijdrage kunnen leveren aan het besluitvormingsproces. Het proces moet gestructureerd en doelgericht verlopen, zodat er na afloop een heldere beslissing ligt en elke deelnemer weet wat er van hem verwacht wordt. Effectieve samenwerking tussen organisaties op cliëntniveau vraagt om commitment van de organisaties (management), een omgeving die wederzijds vertrouwen en samenwerking bevordert, processen en systemen die de samenwerking vergemakkelijken en ondersteuning van individuele professionals (Bartelink & Kooijman, 2013).

Benodigde competenties

Het werken met (vermoedens van) kindermishandeling, vraagt veel van professionals.

“Kindermishandeling raakt ouders en kind zo intens, dat het hoge eisen stelt aan de expertise van degene die zich om het kind en de ouders bekommert” (Baartman, 2013).

Weliswaar zijn JGZ-professionals hiervoor opgeleid en mag verwacht worden dat zij beschikken over de nodige competenties; anderzijds gaat het om werken in onzekere, complexe situaties waarbij het maken van fouten vrijwel onvermijdelijk is en tegelijkertijd de consequenties daarvan ingrijpend kunnen zijn, zowel bij een terecht vermoeden als bij een onterecht gebleken vermoeden. Dit is dan ook een belangrijke reden om besluitvorming bij kindermishandeling nooit alleen te doen.

De JGZ-professional dient over een scala aan competenties te beschikken, afhankelijk van de discipline (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist, doktersassistent, pedagogisch medewerker/ gedragswetenschapper, aandachtsfunctionaris kindermishandeling). Onder ‘competenties’ verstaan we: ‘vermogens op basis van kennis, attitude en vaardigheden’.

De onderstaande attitudes en vaardigheden komen voort uit het oplossingsgerichte werken (Turnell & Edwards, 1999; De Shazer, 1993; Berg, 1994):

- blijf je ontwikkelen in de benodigde competenties en leer ook van elkaar (intervisie). Leer van andere professionals extern (Algemeen Maatschappelijk Werk, Jeugd-GGZ, Volwassenen GGZ, Politie, etc);
- wees eerlijk en transparant;
- neem een neutrale niet-veroordelende houding van ‘niet-weten’ aan, dat wil zeggen onbevooroordeeld zoveel mogelijk informatie vergaren. Luister om te weten, niet om te oordelen;
- erken dat in elk gezin signalen van veiligheid aanwezig zijn, hoe gering ook. Sluit aan bij de sterke punten van het gezin. Zoek naar de zogenaamde ‘uitzonderingen’, dus naar de positieve kanten: wanneer en wat gaat (wel) goed?
- blijf veiligheid centraal stellen. Erken en steun de ouder in de mogelijke oorzaken van hun gedrag (of nalaten) maar wees duidelijk in je afkeuring van dat gedrag dat tot kindermishandeling leidt. Werk dus samen met de persoon, niet met de mishandeling, verwaarlozing of misbruik;
- definieer een gezamenlijk doel: het welzijn en de veiligheid van de jeugdige;
- vraag je voortdurend af: welk effect heeft dat wat ik doe en zeg op de jeugdige en ouder?
- sluit aan bij de wensen van ouder(s) en jeugdigen. Houd daar rekening mee zonder veiligheid uit het oog te verliezen. Bied keuzemogelijkheden;
- wees bescheiden of humble: durf een oordeel over de veiligheid bij te stellen wanneer een verklaring van de ouders aannemelijk is;
- spreek in een voor iedereen begrijpelijke taal;
- reflecteer: wees bewust van je eigen ontwikkeling en grenzen: wat zijn jouw sterke kanten en wat vind je moeilijk? Schroom nooit om advies te vragen;
- wees bewust van je eigen normen en waarden, eigen referentiekader (eigen jeugd, opvoeding en problemen met de eigen kinderen of partner, eigen overtuigingen, religie).

Randvoorwaarden

Het werken met (vermoedens van) kindermishandeling vraagt niet alleen specifieke competenties van professionals. Het is ook belangrijk dat een aantal randvoorwaarden in de organisatie en in het netwerk is gerealiseerd. Om het werk goed te doen en kritisch te blijven is het nodig dat JGZ-professionals (bij)scholing en intervisie volgen, dat zij een aandachtsfunctionaris kindermishandeling kunnen raadplegen en dat de caseload en personele capaciteit van de organisatie realistisch is. Een deugdelijk, werkbaar, praktisch digitaal dossier is noodzakelijk. Overleg met professionals zowel intern als extern moet altijd mogelijk zijn en ook de veiligheid van de JGZ-professional zelf moet geborgd zijn (denk aan een vluchtroute, alarmknop op locatie,

assistentie van de politie op locatie, in tweetallen op huisbezoek indien nodig). In geval van een juridisch proces, bijvoorbeeld wanneer de JGZ-professional als getuige gevraagd wordt in een proces, dient er juridische steun te zijn voor de betrokken JGZ-professional.

Goede besluitvorming vraagt ook om goede afspraken over samenwerking in het zorgnetwerk, zodat er een goede informatie-uitwisseling kan plaatsvinden en de werkwijze van verschillende instanties die met een gezin te maken krijgen, op elkaar afgestemd is. In het zorgnetwerk is het vooral belangrijk dat een goede samenwerking tussen instanties gerealiseerd wordt, zodat er afstemming plaatsvindt over de geboden hulp en de verwachte uitkomsten daarvan voor gezinnen. Wanneer organisaties dergelijke randvoorwaarden weten te realiseren, is de kans groter dat hulpverleners zich de kennis, vaardigheden en attitude die nodig zijn voor het professionele handelen weten eigen te maken en in hun dagelijkse praktijk zullen toepassen.

Als organisaties oog hebben voor de behoeften van hun medewerkers, kunnen medewerkers op hun beurt oog hebben voor de behoeften en belangen van jeugdigen. Turnell en Edwards (1999) gebruiken daarvoor de term *practice leadership* om aan te geven dat begeleiders van de professional op eenzelfde manier moeten werken en (bege)leiding geven zoals van de professional in de gezinssituatie wordt verwacht. Bijvoorbeeld door het stellen van de juiste vragen de professional zelf mogelijke antwoorden laten bedenken, gebruik maken van best practices (in plaats van inzoomen op problemen) om oplossingsrichtingen naar boven te halen.

Referenties

Augeo Foundation, (2013). Handleiding Kindcheck voor GGZ en Verslavingszorg. Driebergen-Rijsenburg: Augeo Foundation.

Baartman, H. (2010). Ouderschap en de betekenis van solidariteit om je heen. *Ouderschapskennis*, 13, 182-194.

Baartman, H. (2013). Eigen kracht, daadkracht en de kracht van solidariteit. Mulock Houer lezing 2013 Leiden.

Bakker, I., Bakker, K., Dijk, A. van, & Terpstra, L. (1998), O & O in perspectief. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Bartelink, C., & Kooijman, K. (2013). Inschatten van veiligheid en kans op kindermishandeling: noodzaak, instrumenten en ontwikkelingen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 7,391.

Bartelink, C., Berge, I. ten, Yperen, T. van (2010). Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling? Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C., Kwaadsteniet, L., Berge, I. ten, Witteman, C., & Gastel, W. van (2015). Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK. Eindrapport LIRIK valideringsonderzoek. Utrecht/Nijmegen: Nederlands Jeugdinstituut/Radboud Universiteit Nijmegen.

Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2013). Protocol Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek. Amsterdam: de Bascule (zie ook www.nji.nl)

Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: WW Norton & Co.

Berge, I. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). *Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht: SWP.

Berge, I. ten, Eijgenraam, K., & Bartelink, C. (2014). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK). Toelichting en instructie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Berge, I. ten, & Vinke, A. (2006). *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling*:

Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies-en Meldpunt Kindermishandeling.
Utrecht/Woerden: NIZW Jeugd/Adviesbureau Van Montfoort.

Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ).
Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 91, 374.

Bouwmeester-Landweer, M. B. R. (2006). Early home visitation in families at risk for child maltreatment. Leiden: Leiden University, Department Paediatrics, Faculty of Medicine/Leiden University Medical Center (LUMC).

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological theory. In A. Kazdin (Ed.), Encyclopedia of psychology. Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Archives of General Psychiatry, 64, 577-584.

Dalgleish, L. I. (1997). Risk assessment and decision-making in child protection. Brisbane, Australia: University of Queensland, Department of Psychology.

Department of Health/Department for Education and Employment/Home Office. (2000) Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. London. The Stationery Office.

De Shazer, S. (1993). Creative misunderstanding: There is no escape from language. In S. Giligan & R. Price (Eds). Therapeutic Conversations. 1st, 81-90. New York: W.W. Norton & Co.

Doeven, I. (2008). Meldcodes kindermishandeling. Beschikking, waardering, gebruik en scholing. Verslag van onderzoek naar de beschikking over, de waardering van en scholing in het gebruik van meldcodes kindermishandeling. Amsterdam: Bureau Veldkamp.

Fassaert, T., Lauriks, S., Weerd, S. van de, Wit, M. de, & Buster, M. (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 91(3), 169-177.

Hielkema, M., de Winter, A. F., de Meer, G., & Reijneveld, S. A. (2011). Effectiveness of a family-centered method for the early identification of social-emotional and behavioral problems

in children: a quasi experimental study. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 636.

Jeugdwet (2015). Wet van houdende regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/geldigheidsdatum_16-10-201

Jong, E.M. de (2004). *Kind in nood II: Besluitvormingsprocessen en risicotaxatie in multidisciplinair teamverband*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Kamphuis, Sachse, & Schwarte (2014). JGZ onmisbaar bij preventie kindermishandeling. *Medisch Contact*, 46, 2289-2291.

Konijnendijk, A.A. J., Boere-Boonekamp, M. M., Haasnoot, M. E., & Need, A. (2013). Belemmerende en bevorderende factoren bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 45(5), 105-106.

Kooijman, K.(1997). *Lessen van en voor Regio's RAAK Kindermishandeling: voorkomen en helpen*. Utrecht: NJi.

KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2014). Utrecht: KNMG.

Kruizinga, I., Jansen, W., Haan, C. L. de, Ende, J. van der, & Carter, A. S. (2012). Reliability and Validity of the Dutch Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS ONE* 7(6): e38762.

Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W., & Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31(11), 1201-1231.

Landsmeer-Beker, E. A., & Bouwmeester-Landweer, M. B. R. (2004). Project OKé (Ouder- en Kindzorg Extra). Lezing Symposium 'Met ijkken meer bereiken', maart 2004. Middelburg: Stichting Zorg-Saam.

Langen, H.C. de (2004). *Nulmeting AMK's*. Leiden: TNO Preventie en gezondheid.

Maessen, M. C. G. H. (2014). Model samenwerkingsconvenant Verwijsindex. Gedownload op 14-10-2015 van: <http://www.multisignaal.nl/wp-content/uploads/2015/06/model->

samenwerkingsconvenant-verwijsindex.pdf.

Mejdoubi, J. (2014). The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*, 23, 745-758.

Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 375-391.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009). NICE Clinical guideline 89: When to suspect child maltreatment. London: National Institute for Health and Care Excellence

Olf, M. (2005). Nederlandse vertaling van de Children's Impact of Event Scale (CRIES-13). *Herziene Kinder schokverwerkingslijst*. Amsterdam: AMC de Meren, afdeling psychotrauma.

Oudhof, M., Wolff, M. S. de, Ruiter, M. de, Kamphuis, M., L'hoir, M. P., & Prinsen, B. (2013). *JGZ-Richtlijn Opvoedingsondersteuning voor hulp bij opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Pijnenburg, H. M. (1996). Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences. Exploring a domain. Proefschrift. Nijmegen: NICI.

PI Research, & Montfoort, A. van (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.

Postma, S. (2008). *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Utrecht: Nederlands Centrum jeugdgezondheidszorg.

Ruiter, C. de (2014). Risicotaxatie van kindermishandeling. In: M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink (Red.). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom.

Ruiter, C., de, & Jong, E. M. de (2005). *CARE-NL Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Corine de Ruiter.

Ruiter, C. de, Jong, E. M. de, Reus, M. (2013). Risicotaxatie van kindermishandeling in teamverband: Een experimenteel onderzoek. *Kind en Adolescent*, 34, 30-44.

San Diego County Child Protection Team (2012). Child victim witness checklists. Gedownload op 14-10-2015 van <http://www.chadwickcenter.org/Documents/Checklist-%20Online%20version%20-%2001.2013.pdf>

Sidebotham, P., Blair, P. S., Evason-Coombe, C., Edmond, M., Heckstall-Smith, E. & Fleming, P. (2010). Responding to unexpected infant deaths: experience in one English region. *Archives of Disease in Childhood*, 95, 291-295.

Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30, 497-522. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.005.

Staal, I. I. E., Hermanns, J. M. A., Schrijvers, A. J. P., & Stel, H. F. van (2013). Vroegsignalering van opvoed- en opgroei problemen bij peuters: validiteit en betrouwbaarheid en van een gestructureerd interview. *Tijdschrift JGZ*, 45 (1), 7-15.

Staal, I. I. E., & Stel, H. F. van (2013). Handleiding SPARK. Vraaggesprek bij ouders met kinderen op de leeftijd van 18 maanden. Utrecht/Zeeland: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde/GGD Zeeland.

Stel, F. van, Staal, I. I. E., Hermanns, J. M. A., & Schrijvers, A. J. P. (2012). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 12:71

Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York/London: Norton.

Turnell, A., & Essex, S. (2006). *Working with 'denied' child abuse: The resolutions approach*. Maidenhead: Open University Press.

Turnell, A., Essex, S., & Kaaij, P. A. A. M. (2010). *Als er 'niets aan de hand' is: een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verlinden, E., Meijel, E. P. van, Opmeer, B. C., Beer, R., Roos, C. de, Bicanic, I. A., & Lindauer, R. J. (2014). *Signaleren van posttraumatische stressklachten bij kinderen en*

adolescenten: Betrouwbaarheid en validiteit van de screeningslijst CRIES-13. *Kind & Adolescent*, 35, 165-176.

Vogels, A. G. C., Siebelink, B. M., Theunissen, M. H. C., Wolff, M. S., & Reijneveld, S. A. (2011). Vergelijking van de KIVPA en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij adolescenten in de Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO.

Yperen, T. A. van (2013). Met kennis oogsten: Monitoring en doorontwikkeling zorg voor jeugd. *Kind & Adolescent*, 34, 136-146.

Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child Adolescent Psychiatry*, 12, 281-9.

4. Samenwerken met het professionele netwerk - Aanbevelingen

Uitgangsvragen

- Welke samenwerkingsafspraken dienen er met andere instellingen en professionals gemaakt te worden voor een efficiënte en effectieve signalering en begeleiding van ouders en jeugdigen bij (vermoedens van) kindermishandeling.
- Hoe kunnen deze afspraken (beter) nageleefd worden?

Aanbevelingen ten aanzien van samenwerkingsafspraken:

Maak afspraken met andere instellingen, over:

- een gezamenlijk perspectief (visie, doelen en beoogde resultaten);
- regie;
- een (respectvolle) samenwerkingscultuur;
- verwijzen en een effectief elkaar aanvullend aanbod;
- gegevensuitwisseling en registratie;
- bereikbaarheid;
- primaire processen en ondersteunende werkafspraken;
- juiste partner in structurele samenwerkingsverbanden (zoals ZAT, Sociale Wijkteams);
- rol- en taakverdeling, verantwoordelijkheden en wederzijdse verwachtingen;
- multidisciplinair trainen en andere ontmoetingen;
- randvoorwaarden die de samenwerking tussen individuele professionals van instellingen bevorderen;
- systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering.

Maak afspraken met professionals op casusniveau, over:

- gezamenlijke doelen en beoogde resultaten;
- wie doet wat wanneer;
- verantwoordelijkheidsverdeling: wie houdt de regie en coördineert (casemanager);
- beslissingsbevoegdheid: ga na welk mandaat eenieder heeft om te beslissen;
- binnen welke termijn acties ondernomen moeten worden;
- terugrapportage (en termijn) vanwege je verplichting om de jeugdige te volgen in het zorgcircuit;

- welke aanvullende informatie nodig is;
- wie contact onderhoudt met het gezin;
- wie meldt en/of wie volgt.

Aanbevelingen ten aanzien van het naleven van samenwerkingsafspraken

- Alle betrokken professionals zijn vanuit de eigen functie of organisatie verantwoordelijk voor het naleven van samenwerkingsafspraken en rapporteren aan de casemanager indien afspraken niet worden nageleefd.
- Indien samenwerkingsafspraken niet worden nageleefd kan de JGZ-professional dit tevens overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en/of leidinggevende.
- De aandachtsfunctionaris kindermishandeling en/of leidinggevende kunnen zo nodig opschalen naar het management en de gemeente.

Onderbouwing

Voor de onderbouwing is gebruik gemaakt van praktijkkennis en de expertise van de werkgroep, de literatuurstudie [Samenwerken aan het gezond en veilig laten opgroeien van kinderen](#) (Rutte, Pijpers, & Timmermans, 2013), de [Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak \(LESA\) Kindermishandeling](#) (Klein Ikkink et al., 2010; nieuwe versie in ontwikkeling), [Beter Samen. Handreiking om te komen tot effectieve samenwerking rond de zorg voor jeugd](#) (Rosendal & Polderman, 2014), de KNMG-Visie Versterking medische zorg aan jeugdigen (KNMG, 2013), De jeugdverpleegkundige als schakel in het Centrum voor Jeugd en Gezin (V&VN, 2011) en Stoppen en helpen (Ten Berge et al., 2012).

In deze paragraaf beperken wij ons tot samenwerking met externe professionals. Zie ook [Thema 3](#).

Verder moet opgemerkt worden dat het jeugddomein per 2015 zeer in beweging is en de JGZ-professionals steeds meer deel uitmaken van lokale multidisciplinaire sociale wijkteams of jeugdteams met eigen protocollen en afspraken over samenwerking.

Samenwerking, waarom?

Bij zorgen over kinderen of vermoedens van kindermishandeling is een efficiënte en effectieve samenwerking met relevante andere professionals belangrijk, van exploratiefase tot besluit en verdere begeleiding. Kinderen ontwikkelen zich snel en adequaat handelen is noodzakelijk om verdere schade te voorkomen. De aanpak ervan vraagt om zorgvuldigheid en expertise vanuit verschillende invalshoeken (zie Figuur 3.1) Wie werkt op het gebied van kindermishandeling moet samenwerken met collega's, andere organisaties en externe professionals. Het is volgens Rutte, Pijpers, en Timmermans (2013) aannemelijk dat samenwerking tussen professionals effectief is in de zorg rondom kinderen.

De JGZ heeft een spilfunctie in de samenwerking rondom de jeugd. Samenwerking bleek echter volgens de studie van Konijnendijk, Boere-Boonekamp, Haasnoot, en Need (2014) één van de drie meest genoemde belemmerende factoren voor het gebruik van de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling uit 2010.

Bevorderen van samenwerking

Addink, Ten Berge, Knaap, en Van Leeuwen (2012) ontwikkelden een checklist Samenwerking aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders als hulpmiddel bij het organiseren van samenwerkingsverbanden. Daarin maken zij onderscheid tussen samenwerking van organisaties op bestuurlijk niveau en samenwerking van professionals op uitvoerend niveau. Voor beide

niveaus worden zeven aandachtspunten (domeinen) voor succesvolle samenwerking genoemd:

- een gezamenlijk perspectief (overeenstemming over de probleemanalyse, gemeenschappelijke visie, gezamenlijke doelen en beoogde resultaten);
- juiste partners en samenwerkingsafspraken;
- respectvolle samenwerkingscultuur;
- duidelijke regie;
- ondersteunende werkafspraken;
- effectief aanbod;
- systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering.

Factoren die de samenwerking tussen organisaties en professionals beïnvloeden zijn – op basis van literatuuronderzoek - volgens Rutte et al. (2013):

- de noodzaak om samen te werken: maak duidelijk waarom samenwerking nodig is (verantwoordelijkheid delen, kennisdeling, twee weten meer dan één) en wat het oplevert (in relatie tot de kosten);
- randvoorwaarden voor organisaties om samen te werken (capaciteit, benodigdheden, flexibiliteit, expertise, technologie);
- gezamenlijke visie en doelen bepalen die door iedereen worden begrepen (gemeenschappelijke taal, (geen) jargon);
- vertrouwen en respect: openstaan voor andere inzichten en een positieve onderzoekende houding, duidelijkheid over rollen (wie geeft leiding?) en verwachtingen; ervaringen met eerdere (positieve) samenwerking met betrokkenen;
- rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen: mogelijkheden en onmogelijkheden, grenzen aan expertise;
- leiderschap en management: ondersteunend, voorwaardenscheppend, stimuleert open te spreken over successen en fouten;
- planning, structureren en procedures: over uitwisseling van persoonsgegevens en informatie, geprotocolleerd werken, termijnen;
- communicatie als smeermiddel: bereikbaarheid, snel reageren, beschikbaarheid van informatie, ouders en professionals niet herhaaldelijk hetzelfde verhaal laten doen;
- betrokkenheid en daadkracht van professionals, met de focus op veiligheid in gezinnen;
- kennis, vaardigheden en attitudes van professionals;
- aandacht voor het proces van de samenwerking en evaluatie;
- terugkoppeling van (positieve) uitkomsten en leren van fouten;
- gelegenheden creëren, gezamenlijke scholing, intervisie en ontmoetingen;
- fysieke bereikbaarheid: bij elkaar in hetzelfde gebouw geeft meer kans op succesvolle samenwerking.

Het creëren van duurzame samenwerking kan tijd kosten: men moeten rekenen op een ontwikkelingstijd van tien tot vijftien jaar om te komen tot succesvolle samenwerkingsverbanden (Van Delden, 2009). Dat vraagt om structurele lange termijn investering in de onderlinge relaties. Dit kan op gespannen voet staan met de werkvloer waar op korte termijn gehandeld en besloten moet worden. Daardoor kan de gewoonte ontstaan om autonoom handelen. Het is belangrijk om blijvend aandacht te besteden aan de samenwerking op zowel bestuurlijk en managementniveau als op casusniveau en tussen individuele professionals. Samenwerkingsafspraken op instellingsniveau dienen geoperationaliseerd te worden voor de werkvloer; uitvoerende professionals leveren hier input voor. Bouw daarvoor expliciet evaluatiemomenten in. De aandachtsfunctionaris kindermishandeling vervult hierin een verbindende functie.

Samenwerken met wie?

Ga na welke professionals reeds betrokken zijn bij het gezin, of juist betrokken moeten worden. Ga vooraf na welke informatie je van deze professionals vraagt of verstrekt en waar de samenwerking zich op moet richten. Hierna worden diverse relevante lokaal of regionaal werkende samenwerkingspartners voor de JGZ en taken en rollen met betrekking tot kindermishandeling toegelicht.

Sociale wijkteams / jeugdteams

De samenstelling en werkwijze van de sociale wijkteams (ook wel wijkteam, jeugdteam of jeugd en gezinsteam genoemd) verschillen per gemeente en zijn anno 2016 nog sterk in ontwikkeling. In de regel bestaat een sociaal wijkteam uit beroepskrachten van verschillende organisaties, die allen als generalist werken volgens het principe van één gezin, één plan, één hulpverlener. De sociale wijkteams gaan uit van de eigen kracht van de wijkbewoners en hun sociale netwerk. De hulpvraag en de specifieke behoefte van de jeugdige en het gezin staan centraal in het wijkteam. De initiatieven zijn erop gericht de hulp zoveel mogelijk op maat te bieden. Hierbij wordt uitgegaan van de sterke punten van een gezin. Dit draagt niet alleen bij aan de oplossing van de problemen van dat moment maar moet ook bijdragen aan de oplossingsvaardigheden in de toekomst. Bij voorkeur wordt er één hulpverlener ingezet bij een gezin. Deze hulpverlener heeft kennis van meerdere domeinen rond het gezin (opvoeding, huisvesting, arbeid enz.) en biedt waar mogelijk zelf hulp. Voor kennis die hij niet heeft vraagt hij advies bij een collega. Het gezin heeft de regie over de hulp.

De sociale wijkteams zijn in Nederland heel divers georganiseerd en de JGZ maakt soms wel en soms niet deel uit van deze teams.

Veilig Thuis (0800-2000)

Per 2015 zijn de AMK's (Advies- en meldpunten Kindermishandeling) en SHG's (Steunpunten Huiselijk Geweld) samengevoegd tot AMHK's en gaan deze verder onder de naam Veilig Thuis.

Overleggen met Veilig Thuis en advies vragen bij Veilig Thuis over een casus kan op ieder moment in de meldcode. Overleggen is niet hetzelfde als het doen van een melding. Overleggen kan altijd anoniem en met een geanonimiseerde casus. Veilig Thuis -medewerkers kunnen meedenken en tips geven en hebben kennis van signalen en risicofactoren en over juridische kwesties zoals omgaan met het beroepsgeheim. Bij een adviesvraag en overleg blijft de regie altijd bij de professional die vraagt.

Indien besloten wordt tot een melding over te gaan (stap 5 van de meldcode) blijft vanzelfsprekend het gezin niet anoniem maar ook de meldende professional/organisatie niet, tenzij er gegronde redenen zijn om daar van af te wijken. Het is belangrijk om voorafgaand aan een melding te overleggen met Veilig Thuis.

Indien er acuut gevaar dreigt is direct melden een van de mogelijkheden. Veilig Thuis kan adviseren wie het best de melding kan doen.

Veilig Thuis draagt zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen een termijn van 10 weken, zorg voor het inzetten van vervolgotrajecten.

Veilig Thuis-organisaties werken met het VNG Triage-instrument of een vergelijkbaar instrument.

Veilig Thuis heeft de bevoegdheid om zonder toestemming van de betrokkene(n) persoonsgegevens te verwerken voor zo ver dit nodig is voor de uitoefening van haar wettelijke taken (maar dit geldt niet voor adviesvragen: de persoonsgegevens van het gezin in kwestie worden dan niet geregistreerd wanneer ouders daar geen toestemming voor hebben gegeven).

LET OP: Jeugdartsen werken volgens de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2014). Deze meldcode stelt dat een arts altijd (ook) met Veilig Thuis moet overleggen bij vermoedens van kindermishandeling. Hierbij kan het gezin/de jeugdige eventueel anoniem blijven. Ook moeten zij altijd voorafgaand aan een melding met Veilig Thuis overleggen. Dit betekent dat alleen overleg met de interne aandachtsfunctionaris kindermishandeling niet voldoende is. Onder overleg wordt ook casusoverleg verstaan waar de jeugdarts en Veilig Thuis bij elkaar zitten.

Jeugdverpleegkundigen volgen de V&VN-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2011). Deze meldcode stelt dat een verpleegkundige zo nodig (ook) met Veilig Thuis moet overleggen bij vermoedens van kindermishandeling.

In onderhavige richtlijn wordt jeugdverpleegkundigen aanbevolen altijd te overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en de jeugdarts die bij het gezin is betrokken.

Jeugdartsen wordt aanbevolen om altijd te overleggen met de verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist die bij het gezin betrokken is. Kortom, binnen het team hebben jeugdarts, jeugdverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist altijd overleg over vermoedens van kindermishandeling. Voor jeugdartsen geldt verder: bij twijfel, altijd overleg met Veilig

Thuis.

Werk je vanuit de JGZ in een jeugdteam, dan geldt hetzelfde. Als je in dienst bent bij het jeugdteam of de gemeente, dan volg je in ieder geval je eigen beroepsmeldcode en de specifieke afspraken die binnen het team zijn gemaakt.

De wettelijke taken van Veilig Thuis zijn vastgelegd in het VNG-model handelingsprotocol voor het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (2014):

- het geven van advies en zo nodig het bieden van ondersteuning aan ieder die in verband met een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling om dit advies vraagt;
- het fungeren als meldpunt voor gevallen of vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling;
- het naar aanleiding van een melding onderzoeken of daadwerkelijk sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling;
- het beoordelen van de vraag of - en zo ja tot welke stappen de melding aanleiding geeft;
- het in kennis stellen van een instantie die passende professionele hulp kan verlenen, over de melding, indien het belang van de betrokkene of de ernst van de situatie daartoe aanleiding geeft;
- het in kennis stellen van de politie of de Raad voor de Kinderbescherming van een melding van (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling indien het belang van de betrokkene of de ernst van het feit daar aanleiding toe geeft;
- het in kennis stellen van het college van B&W (burgemeester en wethouders) indien Veilig Thuis een verzoek tot onderzoek doet bij de Raad voor de Kinderbescherming;
- het op de hoogte stellen van de melder van de stappen die naar aanleiding van zijn melding zijn ondernomen.

Politie

Wanneer door de signalen een vermoeden ontstaat van een ernstig misdrijf of een mogelijk strafbaar feit, moet overlegd worden met de politie (eventueel via Veilig Thuis). Overleg en overweeg altijd aangifte wanneer er sprake is van:

- een mogelijk strafbaar feit;
- ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling of lichamelijke verwaarlozing;
- seksueel misbruik;
- eergerateerd geweld;
- vrouwelijke genitale verminking;
- huwelijksdwang.

Overweeg ook aangifte als alleen daardoor de kindermishandeling tijdig en duurzaam gestopt

kan worden, bijvoorbeeld als meer druk en bewijs nodig is. Bij twijfel over het overleggen met de politie: vraag advies aan Veilig Thuis. Het is ook mogelijk dat Veilig Thuis aangifte doet. Veilig Thuis kan aanvullende informatie navragen bij de politie over alle personen die direct betrokken zijn bij een melding.

Stem te ondernemen stappen af met de interventies van de politie indien er sprake is van een mogelijk strafbaar feit. Gesprekken met slachtoffer en getuige(n) kunnen namelijk het leveren van bewijs in een strafzaak belemmeren. Dit geldt zowel voor het spreken met de ouders als met jeugdigen. Omgekeerd kan de politie aanvullende informatie verstrekken die relevant is voor de JGZ-professional om een veiligheids- en risicotaxatie te kunnen maken voor het gehele gezin. Indien nodig kan de politie assisteren om de fysieke veiligheid van de jeugdige of professionals te bewaken bij een huisbezoek of gesprek.

Bij acute dreiging voor de jeugdige, neemt de JGZ-professional direct contact op met de politie (en met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling, Veilig Thuis en indien nodig de Raad voor de Kinderbescherming).

Wijs ouders op de mogelijkheid om aangifte te doen of op het bestaan van het Tijdelijk Huisverbod. Het Tijdelijk Huisverbod is een bestuursrechtelijke maatregel die de politie, onder verantwoordelijkheid van de burgemeester, kan opleggen aan een pleger van huiselijk geweld (waaronder ook kindermishandeling). Dit betekent dat de pleger gedurende tien dagen geen contact met het gezin mag hebben of in het huis mag komen. Deze periode kan verlengd worden tot maximaal vier weken. Een pleger krijgt met een tijdelijk huisverbod geen strafblad. Het doel is om verdere escalatie te voorkomen en direct in deze ‘afkoelperiode’ hulp voor het gezin in gang te zetten.

Als de politie (bijvoorbeeld de wijkagent) informatie bij de JGZ-professional opvraagt in verband met opsporing houdt de professional zich in beginsel aan zijn of haar beroepsgeheim en beroept zich op het ‘verschoningsrecht’. Waarheidsvinding is op zichzelf niet voldoende reden voor doorbreking van het beroepsgeheim. Doorbreken van het beroepsgeheim kan alleen wanneer, en voor zover dit noodzakelijk is, om gevaar voor de jeugdige af te wenden. De ouders worden hierover geïnformeerd, tenzij dit om veiligheidsredenen voor jeugdige of professional onmogelijk is (zoals beschreven in de KNMG-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld van de KNMG (2014) en de V&VN-Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling van de V&VN (2011)).

Raad voor de Kinderbescherming

Het gedwongen kader/ de jeugdbescherming komt pas in beeld wanneer er sprake is van een ernstige bedreiging van de ontwikkeling (en veiligheid) van de jeugdige en de ouders niet bereid

of in staat zijn deze met hulp op vrijwillige basis, af te wenden. Veilig Thuis of de instelling die door de gemeente hiervoor is gemachtigd, doet een verzoek tot onderzoek aan de Raad voor Kinderbescherming. De Raad onderzoekt of een maatregel zoals een (voorlopige) ondertoezichtstelling ((V)OTS), al dan niet met een uithuisplaatsing noodzakelijk is. Als dit het geval is wordt dit bij de kinderrechter verzocht.

Bij acute dreiging voor de jeugdige, kan de professional direct contact opnemen met de Raad voor de Kinderbescherming (en Veilig Thuis en zo nodig de politie).

Kinderopvang, peuterspeelzaal en onderwijs

Raadpleeg, in overleg met de ouders, de leerkracht, intern begeleider, schoolmaatschappelijk werk (Primair (Speciaal) Onderwijs) of mentor, zorgcoördinator of schoolmaatschappelijk werk (Voortgezet Onderwijs) over het functioneren van de jeugdige in de groep. Denk daarbij aan het onderscheid tussen schoolprestaties en sociaal-emotioneel functioneren en aan problematiek zoals verzuim, pesten, agressie, afwijkend gedrag (zoals bijvoorbeeld teruggetrokken).

Bij zowel het primair als voortgezet onderwijs zijn Zorgadviesteams (ZAT) betrokken waarin ook een jeugdarts of jeugdverpleegkundige zitting heeft. Een ZAT begeleidt de school bij de ondersteuning van leerlingen en hun ouders met gesignaleerde problematiek.

Jeugdbescherming en jeugdhulp

Per 2015 zijn de voormalige Bureaus Jeugdzorg (BJZ) en de Jeugdzorgaanbieders als zodanig opgeheven en onder de regie van de gemeenten gekomen. ‘Jeugdzorg’ heet nu ‘jeugdhulp’. Medewerkers van het sociale wijkteam (waarin de JGZ soms wel, soms niet vertegenwoordigd is) kunnen in overleg met ouders een indicatie voor jeugdhulp afgeven.

Andere taken van BJZ, zoals jeugdreclassering en gezinsvoogdij zijn verder gegaan onder de noemer ‘Jeugdbescherming’. In sommige regio’s valt hieronder nog steeds de voormalige AMK-taak (nu Veilig Thuis).

Jeugd-GGZ

De Jeugd-GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) diagnosticeert en biedt hulp aan jeugdigen van 0 tot 18 jaar, met psychiatrische of psychosociale klachten die zodanig zijn dat zij daardoor in hun ontwikkeling worden bedreigd. Dit kan intramuraal of ambulantly zijn of via een vrijgevestigde psycholoog of –psychiater, (ortho)pedagoog – als basis- of gespecialiseerde Jeugd-GGZ.

De beoordeling van de psychische gesteldheid van jeugdigen moet uitgevoerd worden door een (GGZ-) deskundige. Bij vermoedens van kindermishandeling is het van belang om na te gaan in welke mate er sprake is van psychische schade en trauma bij de jeugdige ten gevolge van

kindermishandeling. Daarnaast kan er sprake zijn van co-morbiditeit wanneer er tevens sprake is van een psychiatrische aandoening of een gedrags- of psychisch probleem. Jeugd-GGZ is tevens vertegenwoordigd in de multidisciplinaire traumacentra voor jeugdigen. Toeleiding naar de Jeugd-GGZ valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente, maar is verschillend georganiseerd. De jeugdarts (en huisarts) kunnen direct verwijzen naar de Jeugd-GGZ (Jeugdwet, 2015)

Huisarts en de LESA

[De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak \(Klein Ikkink et al., 2010\)](#)

[Kindermishandeling](#) is opgesteld door de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). In 2016 wordt gewerkt aan een actualisering van de LESA uit 2010. Het doel van de LESA is de signalering en aanpak van kindermishandeling te verbeteren door een betere samenwerking tussen huisartsen, JGZ, kinderartsen, Veilig Thuis en andere betrokkenen.

Kernpunten van de LESA zijn:

- huisartsen, de JGZ, kinder- en forensisch artsen moeten regionale werkafspraken inzake kindermishandeling maken, de LESA biedt hier aandachtspunten voor;
- maak een beschrijving van ieders afzonderlijke en gemeenschappelijke taken en verantwoordelijkheden inzake kindermishandeling;
- bij (een vermoeden van) kindermishandeling zijn informatie-uitwisseling en coördinatie van zorg van essentieel belang;
- pleit voor een actieve houding en alertheid om ook bij mensen zonder spontane eigen zorgvraag, signalen op te vangen en passende hulp te bieden.

Andere professionals

In de samenwerking rondom kindermishandeling zijn ook de volgende partijen van belang:

- Algemeen Maatschappelijk Werk (schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen) meestal ook in sociaal wijkteam en in welzijnsinstellingen;
- Volwassenen GGZ en psychiatrie, waaronder verslavingszorg;
- Maatschappelijke Opvang/Vrouwenopvang (Blijf van m'n Lijf) en opvang tienermoeders;
- MEE bij lichamelijke en geestelijke beperking, chronisch zieken;
- paramedici zoals logopedist, fysiotherapeut, diëtist, verloskundige, etc.;
- medisch specialisten;
- werkers in de alternatieve geneeswijzen;
- Vluchtelingenwerk;

- professionals met een specifieke expertise zoals op het gebied van seksueel geweld, eengerelateerd geweld, loverboy-problematiek, huwelijksdwang.

Referenties

Addink, A. M. , Berge, I. M. ten, Knaap, M., & Leeuwen, M. A. van (2012) Checklist Samenwerking aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Baeten, P. (2014). VNG-model handelingsprotocol voor het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Den Haag: VNG.

Berge, I. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling. Utrecht: SWP.

Delden, P. van (2009). Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten. Proefschrift. Delft/Zutphen: Eburon.

Jeugdwet (2015). Wet van houdende regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). Gedownload op 8-1-2016:http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/geldigheidsdatum_16-10-201.

Klein Ikkink, A. J., Boere-Boonekamp, M. M., Bont, M. D., Boer, A. D., Duys, H., Haasnoot, R., Lo Fo Wong, S., Sachse, H., Van Sleuwen, B.E., Veraart-Schelfhout, L., Vriezen, J.A., & Westerveld, M. C. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. Huisarts en Wetenschap, 53(8), S15-S20.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2013). KNMG-visie Versterking medische zorg aan jeugdigen . Utrecht: KNMG.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2014). Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld. Utrecht: KNMG.

Konijnendijk, A. A. J., Boere-Boonekamp, M. M., Haasnoot, M. E., & Need, A. (2014). A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 417-424.

Rosendal, H., Polderman, F. (2014). Beter Samen. Een handreiking om te komen tot effectieve samenwerking in de zorg voor jeugd. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NJC).

Rutte, F., Pijpers, F., & Timmermans, M. (2013). Samenwerken aan het gezond en veilig laten opgroeien van kinderen: Een literatuurstudie. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).

V&VN-meldcode (2011). Kindermishandeling en huiselijk geweld. Stappenplan voor verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: V&VN.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2011). De jeugdverpleegkundige als schakel in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Utrecht: V&VN.

5. Samenwerken met gezinnen - Aanbevelingen

Uitgangsvragen

- Wat is een effectieve, laagdrempelige en respectvolle methode voor JGZ-professionals om met ouders in gesprek te gaan over (vermoedens van) kindermishandeling?
- Welke effectieve interventies zijn er voor de JGZ om jeugdigen te betrekken bij de preventie en aanpak van kindermishandeling, en wanneer kan of moet de jeugdige alleen (zonder ouders) worden gesproken?
- Welke (effectieve) interventies betrekken het sociale netwerk bij de begeleiding van ouders en jeugdigen bij (vermoedens van) kindermishandeling?

Aanbevelingen

- JGZ-professionals zijn getraind in (motiverende) gespreksvoering met ouders en jeugdigen en passen de benaderingen en (gesprekstechnische) principes uit de oplossingsgerichte therapie en/of Signs of Safety(TM) toe.
- Sta krachtig naast de ouder met compassie en begrip voor de situatie, met respect voor individuele verschillen, zonder de persoon te veroordelen maar standvastig en duidelijk ten aanzien van de veiligheid van de jeugdige.
- Overleg met en betrek ouders en jeugdigen in het gehele proces, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken (bv. in verband met veiligheid).
 - Vraag toestemming van de 16+ jeugdige om met zijn of haar ouders te spreken.
 - Vraag toestemming aan de ouders van jeugdigen jonger dan 12 jaar om met de jeugdige apart te spreken.
- Gebruik in de exploratiefase in de communicatie met ouders en/of jeugdigen geen vaktermen zoals 'risicofactoren', 'signalen' en 'kindermishandeling'. Gebruik liever formuleringen zoals 'omstandigheden', 'zorgen maken over ...', 'wat gaat goed, wat gaat niet goed', 'zorgpunten/aandachtspunten'. Weeg telkens af wat het effect van woordkeuze op de ouders en jeugdige kan zijn.
- Praat en registreer in eenduidige taal, maak onderscheid tussen feiten en meningen, en vermeld wiens mening het is. Pas op voor oordelen, moraliseren en aannames.
- Zet indien nodig een erkende tolk in (Tolk- en VertaalCentrum Nederland)
- Praat altijd met de jeugdige (ook) apart, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken. Afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd is dit al mogelijk vanaf ongeveer 4 jaar.
- Beloof niet, als daarom gevraagd wordt, om informatie geheim te houden; vertel wanneer en waarom je informatie soms moet delen met andere professionals en spreek af om jeugdige en ouders altijd vooraf hierover te informeren.

- Voor gezinnen waarbij het sociale netwerk en de eigen kracht versterkt dient te worden, worden de interventies MIM (eerste 18 maanden) en Home-Start aanbevolen. Daarnaast wordt de oplossingsgerichte werkwijze of Signs of Safety™ aanbevolen als een respectvolle manier van werken gericht op het creëren van veiligheid en het betrekken van het sociale netwerk.

Onderbouwing

Voor de beantwoording van deze uitgangsvragen is gebruik gemaakt van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (Nederlands Jeugdinstuut), Databank Effectieve Sociale Interventies (Movisie), principes van de oplossingsgerichte therapie (Berg, 1994; De Shazer, 1993) waaronder Signs of Safety(TM) (Turnell & Edwards, 1999).

Toestemming van ouders en jeugdigen

Uitgangspunt is om in openheid de zorgen en te ondernemen stappen te bespreken met de ouders en/of de jeugdige, vanaf de eerste zorg. Openheid is van belang voor de stappen die daarna volgen. In het eerste gesprek wordt de toon gezet.

In uitzonderlijke situaties kan er echter voor gekozen worden om niet met de ouders of jeugdige in gesprek te gaan, wanneer daarmee de veiligheid van betrokkenen in ernstige mate in het geding is (denk aan seksueel geweld, huwelijksdwang, eengerelateerd geweld, loverboy problematiek, suïcide gevaar). Vraag dan advies aan een deskundige, soms is het wel mogelijk om samen met een andere professional het gesprek aan te gaan. Noteer je afwegingen om niet met ouders of kind te spreken altijd in het dossier.

De wet (WGBO en Burgerlijk Wetboek) maakt onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën: tot twaalf jaar, van twaalf tot zestien jaar en zestien jaar of ouder. Een gesprek met een jeugdige tot twaalf jaar vindt in beginsel alleen plaats met toestemming van de ouders (of wettelijk vertegenwoordigers) met gezag. Een jongere van boven de zestien jaar kan zelfstandig bepalen of hij met de JGZ-professional alleen wil spreken, tenzij de jongere wilsonbekwaam wordt geacht. Ook moet je jongeren van boven de zestien eerst toestemming vragen om met de ouders te mogen praten, tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te wijken (bijvoorbeeld wanneer de jongere daardoor gevaar loopt).

Er bestaat een lacune in de wet voor wat betreft de minderjarige van twaalf jaar of ouder die niet in staat is tot een weloverwogen waardering van zijn belangen (bijvoorbeeld bij lichte verstandelijke beperking). De wet voorziet niet in een mogelijkheid om een eventuele weigering van ouders om toestemming te geven te doorbreken.

Uitzondering geldt in acute en dreigende situaties waarin de toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers niet gegeven is, en handelen van de JGZ-professional nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen (art. 7:466 lid 1 Burgerlijk Wetboek). Ook mag de JGZ-professional handelen zonder toestemming van de ouders als de JGZ-professional in een individueel geval van mening is niet als goede hulpverlener te functioneren wanneer de geldende regels in acht genomen worden (lees: door niet te handelen). Hiervoor moet de JGZ-professional

goede argumenten hebben.

Veilig Thuis is bevoegd om in uitzonderlijke gevallen zonder medeweten van ouders (eerst) met een jeugdige (onder de zestien jaar) te spreken. Het is bijvoorbeeld niet altijd mogelijk om toestemming te verkrijgen om met de jeugdige apart te spreken – of om deze toestemming van beide ouders te verkrijgen (denk aan vechtscheidingen, een ouder die niet meer in beeld is, een ouder als pleger van seksueel geweld). Als ouders niet direct of geen toestemming geven, probeer hen dan te overtuigen van het belang van een gesprek met de jeugdige; ook voor de jeugdige zelf. Vertel wat je weet en benoem dat jij niet weet wat er verder gebeurd is en dat je daarom het verhaal van de jeugdige zelf wilt horen.

Bij twijfel of onduidelijkheid: vraag de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis om advies.

Samenwerken met ouders

Bedenk vooraf en leg uit wat het doel van het gesprek is: het in kaart brengen van de situatie of het aangaan van een samenwerkingsrelatie om veiligheid in het gezin tot stand te brengen? Bereid het gesprek goed voor en ga na wat al bekend is en wat nog niet.

Zet een erkende tolk in (via Tolk- en Vertaal Centrum Nederland) bij allochtone ouders die onvoldoende Nederlands spreken en ga na wat de belangrijkste gedragsregels zijn in de betreffende cultuur.

Overweeg de locatie van het gesprek: bij de ouders thuis, op kantoor of elders. Overweeg ook wie het gesprek het beste kan voeren en welke collega of andere professional daarbij aanwezig zal zijn. Vraag hulp en/of oefen een gesprek eventueel van tevoren met een collega en/of video-opname.

Wees er van bewust dat woordkeuze en formulering in een gesprek met ouders heel nauw meten en bedenk per situatie vooraf welke keuze de minste weerstand bij ouders kan oproepen. Wees je bewust van het effect van woorden op de ouders.

Vermijd het gebruik van afkortingen en vaktermen zoals ‘factoren’, ‘risicofactoren’, signalen/signaleren’ ‘pedagogisch’, ‘eigen kracht’, ‘sociaal netwerk’ ed.

Het kan verstandig zijn, met name in een eerste explorerende fase, om niet van ‘huiselijk geweld’, ‘kindermishandeling’, ‘geweld’ of ‘verwaarlozing’ te spreken. Gebruik dan liever woorden en omschrijvingen zoals: ‘zorgen maken over ...’, ‘wat gaat goed, wat gaat niet goed’, ‘zorgpunten /aandachtspunten’, ‘ongunstige omstandigheden’, ‘zorgen delen over kind’, ‘veiligheid’.

Als er al hulpverlening betrokken is en er wordt gewerkt aan de veiligheid in het gezin, kan het

anderzijds juist wel goed zijn om expliciet te zijn en er ‘niet omheen te draaien’.

Beloof, wanneer de ouder daarom vraagt, niet dat je alle informatie geheim zal houden, leg uit dat je een beroepsgeheim hebt maar dat je ook de plicht hebt te beschermen en dat het daarom soms nodig is je beroepsgeheim te doorbreken. Erken dat dat voor hen vervelend is maar dat het in het belang van de jeugdige is. Spreek af dat je de ouder altijd vooraf zal informeren wanneer informatie met andere professionals gedeeld moet worden.

Gebruik ‘algemene kennis’ in het gesprek: ‘we weten dat kinderen in dit soort situaties ...’ (Ten Berge, Addink, De Baat, Bartelink, Van Rossum, & Vinke, 2012).

Benoem concreet de zorgen en spreek over feiten, zonder oordeel en zonder aannames of interpretaties van die feiten. Stel vooral open vragen die niet alleen met ‘ja’ of ‘nee’ beantwoord kunnen worden vanuit een oprecht geïnteresseerde open houding.

Pas gesprekstechnieken toe, zoals hieronder in het kader staan beschreven. Deze technieken worden op grote schaal in de praktijk gebruikt en heel waardevol gevonden. De bron hiervan is onbekend.

Laat OMA thuis, gebruik LSD, neem ANNA mee, smeer NIVEA, maar wees een OEN en maak je DIK.

OMA: Oordelen, Meninge/Moralisering en (goedbedoelde) Adviezen.

LSD: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen. Luister naar wat de ander zegt, vat dit samen en vraag hierop door. Let bij het luisteren niet alleen op de woorden die worden gebruikt, maar ook op de lichaamstaal. Door samen te vatten check je of je goed hebt begrepen wat de ander duidelijk wilde maken. Door goed door te vragen zorg je ervoor dat alles duidelijk wordt.

ANNA: Altijd Navragen en Nooit Aannemen.

NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander

OEN: een Open, Eerlijk en Nieuwsgierige (oprecht geïnteresseerde of onderzoekende) houding aannemen. Sta open voor een andere mening, wees eerlijk in wat je er zelf van vindt en wees nieuwsgierig naar de motivatie van de ander.

DIK: Denk In Kwaliteiten. Vaak geven mensen alleen aandacht aan de dingen die niet goed gaan of negatieve eigenschappen van een ander, maar probeer ook aandacht te geven aan de dingen die wel goed gaan of aan de kwaliteiten van anderen.

Geef ouders de ruimte om te reageren en hun kant van het verhaal te vertellen, wat zijn hun verklaringen voor de geconstateerde problemen. Bevestig wat goed gaat en complimenteer ouders daarvoor. Maak concrete afspraken over het vervolg en wat van de ouders verwacht wordt.

Praten met de jeugdige

Onderzoek laat zien dat vanaf de leeftijd van ongeveer vier jaar, open vragen aan de jeugdige kunnen worden gesteld die voldoende informatie en details geven (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin, & Horowitz, 2007). Hoe en wanneer met jeugdigen gesproken wordt over signalen, vermoedens en verdere plannen is tevens afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige en de situatie.

Over het algemeen geldt dat wanneer er vermoedens over kindermishandeling of een onveilige opvoedingssituatie bestaan, het belangrijk is de jeugdige te betrekken in de gespreksvoering en ook de jeugdige alleen te spreken. Zij voelen vaak aan dat er iets aan de hand is, ook al heeft niemand hen dat uitgelegd. Jeugdigen bedenken daarbij vaak hun eigen –niet altijd juiste– verklaringen voor de situatie en hebben de neiging zichzelf daarbij medeschuldig te voelen of vinden en zijn onvoorwaardelijk loyaal naar hun ouders. Bij allochtone jeugdigen kan daarbij ook de loyaliteit aan de familie en aan cultuur en geloof een belangrijke rol spelen.

Vraag ouders toestemming om met de jeugdige te mogen spreken. Vertel wat je weet en benoem dat jij niet weet wat er verder gebeurd is en dat je daarom het verhaal van de jeugdige wilt horen. Bereid een gesprek goed voor. Denk niet meteen in oplossingen. Wees voorbereid op wat je mogelijk te horen krijgt en hoe je dan reageert. Houd rekening met het tijdstip op de dag en denk na over de locatie. Realiseer je dat het (extra) tijd kost om met een jeugdige te praten die kindermishandeling meemaakt of meegemaakt heeft. Houd daar rekening mee en rond een gesprek altijd zorgvuldig af.

Ten Berge et al. (2012) geven een aantal algemene aandachtspunten voor gesprekken met jeugdigen:

- Stel de jeugdige op zijn gemak en begin met algemene onderwerpen.
- Leg duidelijk uit wat de bedoeling is van het gesprek en wat er met de informatie die de jeugdige geeft, gaat gebeuren.
- Stel open vragen.
- Beloof niet, wanneer de jeugdige daarom vraagt, dat je alle informatie geheim zal houden, leg uit dat je een beroepsgeheim hebt maar dat je ook de plicht hebt te beschermen en dat het daarom soms nodig is je beroepsgeheim te doorbreken. Spreek af dat je de jeugdige altijd vooraf zal informeren wanneer informatie met andere professionals gedeeld moet worden.
- Maak duidelijk dat de jeugdige niet schuldig is aan de situatie, maar dat ouders verantwoordelijk zijn voor een veilige en prettige thuissituatie.
- Heb oog voor het loyaliteitsconflict waarin dit de jeugdige kan brengen.
- Laat bij het bespreken van de thuissituatie vooral de jeugdige aan het woord.

- Vraag welke mogelijke oplossingen zij zelf zien en wat er voor nodig is om dat te realiseren.
- Maak bij het afsluiten van het gesprek expliciet duidelijke afspraken over met wie de besproken informatie gedeeld zal worden en wat de jeugdige aan zijn ouders gaat vertellen.
- Zorg er voor dat na afloop van het gesprek de jeugdige opgevangen wordt door een voor hem of haar vertrouwd persoon.

Als er sprake is van mogelijk strafbare feiten

Stem, wanneer er sprake is van mogelijk strafbare feiten, de te ondernemen stappen af met de interventies van de politie: gesprekken met slachtoffer(s) en getuige(n) kunnen het leveren van bewijs in een strafzaak namelijk belemmeren.

Tegelijkertijd moet hierom niet geschuwd worden om met de jeugdige te spreken. Dat kan op basis van het ‘Minimum Facts Interview’ (Chadwick Center, San Diego County Child Protection Team, 2012) dat er op gericht is een minimum aan informatie te vergaren om te bepalen of sprake van kindermishandeling kan zijn en wat nodig is voor de veiligheid van de jeugdige:

- Praat met de jeugdige apart, zonder ouders of andere betrokkenen.
- Let op non-verbaal gedrag en emoties bij de jeugdige.
- Laat de jeugdige verhaal doen in de eigen bewoordingen; geef geen suggesties met woorden (in de mond leggen), voordoen, iets laten zien.
- Gebruik geen gesloten of suggestieve vragen, gebruik wel open vragen, zoals ‘Wat is er gebeurd?’ Vragen die beginnen met:
Wat ...?
Waar ... ?
Wanneer
Wie ... ?
Hoe?
Hoe jonger de jeugdige, des te globaler de antwoorden. Veel kinderen van vijf kunnen niet tijdstip en adres exact verwoorden.
- Ga na of de jeugdige (met spoed) medisch onderzocht moet worden.
- Ga na wat er nodig is voor de acute veiligheid van de jeugdige.
- Ga na hoe je zelf de jeugdige een gevoel van veiligheid kan geven.

Neem zelf een neutrale houding aan ten opzichte van de jeugdige: de jeugdige niet prijzen voor bepaalde uitspraken; maar wel prijzen dat het vertelt. Toon geen afkeer (boosheid/walging e.d.) over de mogelijk met de jeugdige uitgevoerde (seksuele) handelingen (Lamb et al., 2007); vertel dat het niet de schuld van de jeugdige is.

Betrekken van het sociaal netwerk

Onder sociaal netwerk wordt in het algemeen verstaan het geheel van sociale relaties dat een gezin heeft inclusief de nabije familie. Het sociale netwerk van een gezin is het geheel van relaties met wie het gezin min of meer een duurzame relatie heeft (Bartelink, 2012).

Het is gebruikelijk om het sociale netwerk weer te geven als een gelaagd model. In de binnenste cirkel bevinden zich de contacten (familie en goede vrienden) die het meest nabij en vanzelfsprekend zijn: dit zijn de mensen op wie een ouder of kind altijd kan terugvallen, mensen in wie het gezin vertrouwen heeft vanwege een persoonlijke band. Dan volgt een laag van mensen die iets verder afstaan van een gezin, maar die zij wel regelmatig ontmoeten. Dit kunnen bijvoorbeeld klasgenoten zijn, collega's, burens, sportmaatjes of kennissen. Het vertrouwen is niet zozeer gebaseerd op een persoonlijke relatie, maar op een meer algemeen vertrouwen.

Groepsleden leren van elkaar en helpen elkaar als dat nodig is. De contacten in de buitenste laag staan het verst af van een ouder of kind. Dit zijn bijvoorbeeld een hulpverlener, de huisarts, een leerkracht. Het zijn over het algemeen de functionele contacten en er is meer afstand tot deze personen.

De aanwezigheid van een sociaal netwerk is een beschermende factor voor ouders en kinderen (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Mutsaers & Berg, 2010) (zie [Thema 2](#)). Dat geldt zowel voor gezinnen met als zonder veel problemen. Een sociaal netwerk kan kinderen beschermen, wanneer er problemen of risicofactoren aan de orde zijn. Doordat ouders en kinderen praktische of emotionele steun krijgen, is de kans kleiner dat opvoedingsproblemen escaleren en een kind in een problematische opvoedingssituatie komt. Gezinnen kunnen meer aan, als er mensen zijn die hen praktisch en emotioneel ondersteunen. Deze beschermende factor is vooral aangetoond bij kinderen die zich in een situatie met vele risicofactoren voor een problematische opvoeding bevinden.

Uit 'Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk' (Bartelink, 2012) blijkt dat er in Nederland op beperkte schaal onderzoek is gedaan naar dit onderwerp: de onderzochte interventies zijn heel divers. Het best onderzocht zijn groepsinterventies onder leiding van een professional, die gericht zijn op de uitwisseling van ervaringen tussen ouders. Ook voor zelfhulpgroepen is er enig bewijs dat dit een positief effect heeft op de sociale steun die ouders ervaren en op hun opvoedingsvaardigheden. Het lijkt erop dat lotgenotencontact en interventies die geleid worden door een team van een professionele hulpverlener en een persoon uit het sociale netwerk van het gezin, mogelijk effectief zijn (Bartelink, 2012).

Interventies voor versterken sociale netwerk

In de [Databank Effectieve jeugdinterventies](#) (NJI) en [Databank Effectieve Sociale Interventies](#)

(Movisie) zijn de volgende interventies gevonden die zich specifiek richten op het versterken van het sociale netwerk, die binnen de JGZ aangeboden kunnen worden of waar de JGZ-professional naar kan toeleiden:

- Moeder informeren Moeders (MIM) – goed onderbouwd (NJI)
- Home Start – goed onderbouwd (NJI)
- Signs of Safety - in onderzoek
- Eigen Kracht Conferenties – in onderzoek

Hieronder volgt een korte toelichting op deze interventies.

Daarnaast zijn er diverse interventies die ontwikkeld zijn voor opvoedingsondersteuning en naast steun bij de opvoeding ook het sociale netwerk en de eigen kracht van het gezin beogen te versterken. Zie ook: [JGZ-Richtlijn Opvoedingsondersteuning](#) (Oudhof et al., 2013) en [Thema 7](#) (prenatale interventies).

Moeders informeren Moeders (MIM)

MIM richt zich op moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden die onzeker zijn over de opvoeding en/of weinig ondersteuning ervaren vanuit hun sociale netwerk. Het doel van de interventie is het zelfvertrouwen (als opvoeder) van moeders met een eerste kind te vergroten en de ervaren steun uit hun sociale netwerk te versterken, zodat zij zich beter in staat en gesteund voelen om voor hun baby te zorgen en minder afhankelijk zijn van deskundigen voor de opvoeding en verzorging van de baby.

MIM is gebaseerd op het Ierse programma Community Mothers Program (Molloy, 2002).

MIM werkt met vrijwilligsters, ervaren moeders, die minimaal eens per maand op bezoek gaan bij moeders van een eerste kind. De vrijwilligsters worden begeleid en ondersteund door een coördinator. Naast de gesprekken in de huisbezoeken worden er door de coördinatoren en/of vrijwilligers vaak nog allerlei andere activiteiten georganiseerd om MIM-moeders met elkaar in contact te brengen en op die manier hun sociale netwerk uit te breiden. Bij de huisbezoeken maken de vrijwilligsters gebruik van twee hulpmiddelen: het praatpapier en 'Opgroeien en opvoeden in beeld', beeldmateriaal voor pedagogische gesprekken. Verder zijn er een methodiekhandleiding, een handleiding voor themabijeenkomsten, en een DVD beschikbaar voor de coördinatoren. Zie ook: www.moedersinformerenmoeders.nl.

Er is in Nederland quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd (Hanrahan-Cahuzak, 2002), waarbij echter niet de doelen van het Nederlandse MIM centraal stond, maar die van de oorspronkelijke versie van het programma (Community Mothers Program). Het uitgevoerde onderzoek liet bij de MIM-moeders geen duidelijke positieve effecten zien. In de experimentele groep was het gevoel van competentie toegenomen, maar dit verschil bleek niet significant. Een

buitenlandse effectstudie naar het Community Mothers Program laat wel positieve effecten zien (Molloy, 2002).

In de NJi Databank heeft MIM een beoordeling ‘goed onderbouwd’.

Home Start

Home-Start (Asscher, 2005) wil voorkomen dat alledaagse problemen van ouders met jonge kinderen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen. Getrainde vrijwilligers bezoeken gezinnen met ten minste één kind van zes jaar of jonger die behoefte hebben aan ondersteuning. De vrijwilligers bieden ondersteuning en praktische hulp bij gezins- en opvoedende taken, waarbij de ouders bepalen wat voor ondersteuning zij wensen. De vrijwilliger is minimaal één dagdeel per week beschikbaar voor het gezin. De vrijwilliger is bereid een vertrouwensrelatie aan te gaan en wil hieraan werken. Het opbouwen van een vriendschappelijke band is hierdoor mogelijk.

Eerdere studies naar Home-Start in Nederland lieten positieve veranderingen in gezinnen zien. Hermanns, Van de Venne, en Leseman (1997) volgden 43 Home-Start -gezinnen. De moeders rapporteerden minder stress over de opvoeding, een toename in ervaren opvoedcompetentie en welzijn. In een onderzoek van Asscher, Hermanns, en Dekovic (2008) zijn de volgende positieve effecten door moeders gerapporteerd: vergroting van hun opvoedcompetentie, minder depressieve gevoelens, meer consequent opvoedgedrag en een vermindering van negatief, controlerend opvoedgedrag. Asscher, Dekovic, Prinzie, en Hermanns (2008) toonden aan dat deze veranderingen klinisch significant waren, omdat bij de nameting een substantieel aantal (39 tot 84%) van de Home-Start -moeders even goede uitkomsten rapporteerden als een normgroep op de domeinen: welbevinden, opvoedgedrag en kindgedrag. Dekovic et al. (2010) toonden aan dat de resultaten aansluiten bij de interventietheorie: Home-Start zorgt voor veranderingen in de gevoelens van de ouder over opvoedcompetentie, die op hun beurt de veranderingen in het opvoedgedrag voorspellen. In de nieuwste studie (Hermanns, Asscher, Zijlstra, Hoffenaar, & Deković, 2013) is onderzocht of de gevonden effecten over langere tijd behouden blijven. Inderdaad liet de Home-Start groep positieve veranderingen zien op zowel welzijn van moeders, opvoedgedrag van de moeder, als op het gedrag van de jeugdige. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies (NJi) heeft Home Start een beoordeling ‘goed onderbouwd’.

Signs of Safety(TM)

Signs of Safety (Turnell & Edwards, 1999) is een van oorsprong Australische benaderingswijze, een vorm van oplossingsgericht werken (De Shazer, 1993; Berg, 1994) die de eigen kracht van het gezin op respectvolle wijze beoogt te versterken, gebruik maakt van het sociaal netwerk en praktische handvatten biedt aan professionals, ouders en jeugdigen. De professional werkt vanuit partnerschap met ouders aan de veiligheid van kinderen. Uitgangspunt van Signs of Safety is dat ieder gezin, ook als sprake is van kindermishandeling of -verwaarlozing, beschikt over positieve

eigenschappen en een sociaal netwerk, hoe beperkt ook. De vooronderstelling is dat dit sleutels zijn voor verbetering van de opvoedingspraktijk en de veiligheid van de jeugdige. Samen met het gezin en het eigen netwerk wordt gezocht naar wat er goed gaat in het gezin en hoe positieve elementen versterkt en ingezet kunnen worden als praktische oplossingen.

Ouders en kinderen worden actief betrokken bij het zoeken naar praktische oplossingen voor de problemen in het gezin. Zij blijven zelf verantwoordelijk. Dit zorgt voor een beter draagvlak bij ouders en soms onconventionele, oplossingen kunnen worden gevonden dan die welke de professional aandraagt. Ouders en kinderen kunnen zo weer grip krijgen op hun leven en het veranderingsproces. Samen met ouders, jeugdigen en het sociale netwerk worden bereikbare doelen geformuleerd en wordt vastgelegd in een veiligheidsplan wie wat gaat doen om de veiligheid duurzaam te garanderen. De professional gebruikt daarbij gesprekstechnieken uit de oplossingsgerichte therapie (Berg, 1994; De Shazer, 1993).

Signs of Safety is een werkwijze die in toenemende mate in Nederland wordt toegepast, vooral in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Signs of Safety wordt in 2014 - 2016 onderzocht door TNO in samenwerking met het NJi en Jeugdbescherming Noord (Drenthe en Groningen).

Buitenlandse studies betreffende Signs of Safety zijn te vinden in West-Australië, Nieuw-Zeeland, Engeland, Denemarken, Finland en de Verenigde Staten (Olmsted en Carver County, Minnesota) en richten zich meestal ook op de implementatie van Signs of Safety, training van professionals (Skrypek, Idzelis, & Pecora, 2010) en op de waardering van professionals en ouders van Signs of SafetyTM in de praktijk. Ouders in gezinnen waarbij Signs of Safety is toegepast zeggen zich gerespecteerd te voelen en vinden dat zij een belangrijk aandeel in het proces kunnen leveren. Ouders zijn positief over de manier waarop de jeugdbeschermer met hen omgaat (Skrypek et al., 2012). Verder vinden hulpverleners dat hun vaardigheden verbeteren, vooral in het bieden van keuzemogelijkheden en het betrekken van ouders en sociaal netwerk bij het opstellen en uitvoeren van een veiligheidsplan. Het gezin merkt bijvoorbeeld eerder familieleden en vrienden aan als mogelijke bronnen van hulp. Zowel ouders als kinderen voelen zich op een positieve manier betrokken bij het proces (Lohrbach & Sawyer, 2004).

In Minnesota is tevens gekeken naar het aantal uithuisplaatsingen als uitkomstmaat. Wheeler en Hogg (2011) concluderen dat in twaalf jaar tijd het aantal kinderen dat met jeugdzorg geholpen werd, verdrievoudigde terwijl het aantal kinderen dat uit huis geplaatst werd en het aantal gezinnen dat voor de rechter kwam voor een mogelijke kinderbeschermingsmaatregel, halveerde. Daarbij was het percentage terugval lager (2%) dan het landelijk gemiddelde van 6,7%. Bovendien zijn er aanwijzingen dat Signs of Safety tot positieve resultaten kan leiden met name via verbeterde vaardigheden van de professionals en een verbeterde relatie tussen professionals en gezin. Ook zijn positieve effecten te vinden in studies betreffende solution-based therapy, de werkwijze waarop Signs of Safety gebaseerd is (onder andere Antle, 2009; 2012).

De Eigen Kracht Conferentie

De Eigen Kracht Conferentie is een van oorsprong Nieuw-Zeelandse methode die bedoeld is voor gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind en die samen met hun sociale netwerk (zonder de eigen professionele hulpverleners) een plan willen maken om die problemen op te lossen, te verminderen of draaglijk te maken. In een Eigen Kracht-conferentie nemen gezinnen zelf de verantwoordelijkheid om problemen op te lossen met hulp van hun sociale netwerk. Gemiddeld nemen 14 mensen deel aan een Eigen Kracht-conferentie. De Eigen Kracht-conferentie is louter een methodiek om te beslissen over gewenste hulp en om het netwerk te activeren (Wijnen-Lunenburg, Van Beek, Bijl, Gramberg, & Slot, 2008).

Eigen Kracht-conferenties worden georganiseerd door de Eigen Kracht Centrale. Deze instantie werkt met professionals die een training gevolgd hebben in het uitvoeren van de Eigen Kracht-conferenties. Zowel de Eigen Kracht centrale als de coördinator is onafhankelijk en niet verbonden aan een beslissingsbevoegde of hulpverlenende instantie. In de praktijk blijkt de Eigen Kracht-conferentie regelmatig ingezet te worden in situaties waarin een kindbeschermsmaatregel dreigt of zelfs van kracht is. Uit onderzoek blijkt dat ook wanneer de rechter een ondertoezichtstelling heeft uitgesproken over een of meerdere kinderen in een gezin, de Eigen Kracht-conferentie een geschikt middel is om hulp op gang te brengen samen met het netwerk, de sociale cohesie te versterken en de veiligheid van de jeugdige te waarborgen (Wijnen-Lunenburg et al., 2008). De Eigen Kracht-conferentie is volgens Van Pagée (2003) geschikt voor gebruik bij migrantengroepen, omdat de cultuur van de familie centraal staat.

Er is weinig onderzoek naar de werkzaamheid van Eigen Kracht Conferenties. Er worden soms positieve resultaten behaald, maar diverse onderzoekers plaatsten hier kanttekeningen bij. De impact van de Eigen Kracht conferentie op het sociale netwerk is nauwelijks onderzocht (Bartelink, 2012). Onderzoek loopt momenteel vanuit de Universiteit van Amsterdam, resultaten worden in 2016 verwacht.

Benodigde competenties

Het werken met (vermoedens van) kindermishandeling vraagt veel van professionals. “Kindermishandeling raakt ouders en kind zo intens, dat het hoge eisen stelt aan de expertise van degene die zich om het kind en de ouders bekommert” (Baartman, 2013). Onder ‘competenties’ verstaan we: ‘vermogens op basis van kennis, attitude en vaardigheden’.

Weliswaar zijn JGZ-professionals hiervoor opgeleid en mag verwacht worden dat zij beschikken over de nodige competenties; anderzijds gaat het om werken in onzekere, complexe situaties waarbij het maken van fouten vrijwel onvermijdelijk is en tegelijkertijd de consequenties daarvan

ingrijpend kunnen zijn, zowel bij een terecht vermoeden als bij een onterecht gebleken vermoeden. Dit is dan ook een belangrijke reden om bij signalering en besluitvorming bij kindermishandeling nooit alleen aan de slag te gaan.

De competenties waarover JGZ-professionals dienen te beschikken zijn heel divers en afhankelijk van de discipline (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist, doktersassistent, pedagogisch medewerker/ gedragswetenschapper, aandachtsfunctionaris kindermishandeling). De onderstaande attitudes en vaardigheden komen voort uit het oplossingsgerichte werken (Turnell & Edwards, 1999; De Shazer, 1993; Berg, 1994):

- blijf je ontwikkelen in de benodigde competenties en leer ook van elkaar (intervisie). Leer van andere professionals extern (Algemeen Maatschappelijk Werk, Jeugd-GGZ, Volwassenen GGZ, Politie, etc);
- wees eerlijk en transparant;
- neem een neutrale niet-veroordelende houding van ‘niet-weten’ aan, dat wil zeggen onbevooroordeeld zoveel mogelijk informatie vergaren. Luister om te weten, niet om te oordelen;
- erken dat in elk gezin signalen van veiligheid aanwezig zijn, hoe gering ook. Sluit aan bij de sterke punten van het gezin. Zoek naar de zogenaamde ‘uitzonderingen’, dus naar de positieve kanten: wanneer en wat gaat (wel) goed?
- blijf veiligheid centraal stellen. Erken en steun de ouder in de mogelijke oorzaken van hun gedrag (of nalaten) maar wees duidelijk in je afkeuring van dat gedrag dat tot kindermishandeling leidt. Werk dus samen met de persoon, niet met de mishandeling, verwaarlozing of misbruik;
- definieer een gezamenlijk doel: het welzijn en de veiligheid van de jeugdige;
- vraag je voortdurend af: welk effect heeft dat wat ik doe en zeg op de jeugdige en ouder?
- sluit aan bij de wensen van ouder(s) en jeugdigen. Houd daar rekening mee zonder veiligheid uit het oog te verliezen. Bied keuzemogelijkheden;
- wees bescheiden of humble: durf een oordeel over de veiligheid bij te stellen wanneer een verklaring van de ouders aannemelijk is;
- spreek in een voor iedereen begrijpelijke taal;
- reflecteer: wees bewust van je eigen ontwikkeling en grenzen: wat zijn jouw sterke kanten en wat vind je moeilijk? Schroom nooit om advies te vragen;
- wees bewust van je eigen normen en waarden, eigen referentiekader (eigen jeugd, opvoeding en problemen met de eigen kinderen of partner, eigen overtuigingen, religie).

Referenties

- Antle, B. F., Barbee, A. P., Christensen, D. N., & Sullivan, D. J. (2009). The prevention of child maltreatment recidivism through the Solution-Based Casework model of child welfare practice. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1346-1351.
- Antle, B. F., Christensen, D. N., Van Zyl, M. A., & Barbee, A. P. (2012). The impact of the Solution Based Casework (SBC) practice model on federal outcomes in public child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 36(4), 342-353.
- Asscher, J. J. (2005). Parenting Support in Community Settings. Parental Effectiveness of the Home-Start program. Proefschrift. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Asscher, J. J., & Paulussen-Hoogeboom, M. C. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 56-69.
- Asscher, J. J., Deković, M., Prinzie, P., & Hermanns, J. (2008). Assessing Change in Families Following the Home-Start Parenting Program: Clinical Significance and Predictors of Change. *Family Relations*, 57, 351-364.
- Baartman, H. (2013, november). Eigen kracht, daadkracht en de kracht van solidariteit. Mulock Houwer lezing 2013 Leiden.
- Bartelink, C. (2012). Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van het gezin? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berg, I. K. (1994). Family-based services: A solution-focused approach. New York: WW Norton & Co.
- Berge, I. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling. Utrecht: SWP.
- De Shazer, S. (1993). Creative misunderstanding: There is no escape from language. In S. Giligan & R. Price (Eds). *Therapeutic Conversations*. 1st, 81-90. New York: W.W. Norton & Co.
- Deković, M., Asscher, J. J., Hermanns, J., Reitz, E., Prinzie, P., & Akker, van den, A. L. (2010). Tracing Changes in Families Who Participated in the Home-Start Parenting Program: Parental

Sense of Competence as Mechanism of Change. PLoS ONE, 7, 11:263–274 DOI 10.1007/s11121-009-0166-5

Hanrahan-Cahuzak, M. (2002). Mum to mum: An evaluation of a community based health promotion program for first-time mothers in the Netherlands. Proefschrift. Wageningen: Universiteit van Wageningen.

Hermanns, J., Venne, L. van de, & Leseman, P. (1997). Home-Start geëvalueerd. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Hermanns, J. M. A., Asscher, J. J., Zijlstra, B. J. N., Hoffenaar, P. J., & Deković, M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Services Review*, 35, 678-684.

Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W., & Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31(11), 1201-1231.

Lohrbach, S., & Sawyer, R. (2004). Creating a constructive practice: family and professional partnership in high-risk child protection case conferences, *Protecting Children*, 19(2): 26-35.

Molloy, B. (2002). Still Going Strong: A Tracer Study of the Community Mothers Programme, Dublin, Ireland. *Early Childhood Development: Practice and Reflections. Following Footsteps*. Den Haag: Bernard van Leer Foundation.

Mutsaers, K., & Berg, T. (2010). Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Oudhof, M., Wolff, M. de, Ruiters, M. de, Kamphuis, M., L'Hoir, M., & Prinsen, B. (2013). JGZ Richtlijn opvoedingsondersteuning. Voor opvoedvragen en lichte opvoedproblemen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).

Pagée, R. van (2003). Eigen Kracht (Family Group Conference in Nederland): Van model naar invoering. Amsterdam: SWP.

San Diego County Child Protection Team (2012). Child victim witness checklists. Gedownload op 14-10-2015 van <http://www.chadwickcenter.org/Documents/Checklist-%20Online%20version%20-%2001.2013.pdf>

Skrypek, M., Idzelis, M., & Pecora, P. (2012). Signs of Safety in Minnesota: parent perceptions of a child protection Signs of Safety experiment. St. Paul NM: Wilder Research.

Turnell, A., & Edwards, S. (1999). Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework. New York/London: Norton.

Turnell, A., & Essex, S. (2006). Working with 'denied' child abuse: The resolutions approach. Maidenhead: Open University Press.

Wheeler, J. and Hogg, V. (2011) Signs of safety and the child protection movement, in C. Franklin, T. Trepper, Gingerich, W. and E. McCoolum, Solution-focused brief therapy: a handbook of evidence based practice, New York: Oxford Press.

Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B., Gramberg, P., & Slot, W. (2008). De familie aanzet: De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie. Duivendrecht/Voorhout: PI Research/WESP Jeugdzorg.

6. Registratie - Aanbevelingen

Uitgangsvraag

In aansluiting op de wet verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, wat dienen JGZ-professionals op welke manier te registreren, zodat bij signalen of vermoedens van kindermishandeling adequaat kan worden gehandeld?

Aanbevelingen

De JGZ-professional is zich bewust van het belang van dossiervorming en het zorgvuldig registreren bij (vermoedens van) kindermishandeling, zowel in het belang van de jeugdige en de ouders als in het belang van alle andere direct betrokkenen en zorgverleners.

Basisregels bij het registreren:

- **Transparant:** werk zo transparant mogelijk, dat wil zeggen: alles wat in het dossier wordt geregistreerd, moet je óók met de ouders bespreken (tenzij er gegronde redenen zijn waarom dit niet kan – noteer die redenen dan). Op die manier blijft het dossier eerlijk en transparant voor alle betrokkenen.
- **Feitelijk:** beschrijf de signalen zo feitelijk mogelijk, wat je hebt gezien, gehoord (zelf of via andere professionals), geroken of waargenomen, wat je ziet aan de jeugdige, en wat de ouder zegt.
- **Eenduidig in formuleringen:** gebruik geen woorden of begrippen die op twee manieren uitgelegd kunnen worden.
 - **Neutraal:** beschrijf zo neutraal mogelijk wat er aan de hand is met betrekking tot dit kind, zonder vooringenomenheid.
 - **Volledig:** naast feiten kunnen ook zorgen, meningen, veronderstellingen, interpretaties, en conclusies geregistreerd worden. Vermeld altijd van wie deze mening of conclusie is.
- **Zorgvuldig:** beschrijf altijd de bron als er informatie van derden wordt vastgelegd (ook als de derde één van de ouders is). Vermeld uitdrukkelijk dat het gaat om een interpretatie, hypothese of veronderstelling, er is immers altijd onzekerheid.
- **Verplaats je in de ouder:** vraag je bij alles wat je registreert af wat de direct betrokkenen, dus ouders, jeugdigen en andere betrokkenen van de informatie zullen vinden.

Registreer op basis van welke bevindingen, gesprekken en adviezen je tot het oordeel bent gekomen dat je zorgen hebt over de opvoed- en/of opgroeisituatie van de jeugdige en kindermishandeling in overweging neemt.

Geef aan op basis van welke bevindingen, gesprekken en adviezen je zorgen eventueel zijn weggenomen, of juist niet.

Geef in het dossier duidelijk aan dat de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling in werking treedt en dat je handelt volgens de Meldcode van je eigen organisatie (waarin de meldcodes van de beroepsgroepen zijn verwerkt).

De JGZ-professional weet voor elk van de vijf stappen van de Meldcode:

- WAT moet worden geregistreerd;
- HOE moet worden geregistreerd;
- WAAR dit geregistreerd moet worden in het Digitaal Dossier JGZ.

Dit moet door de JGZ-organisatie in een registratieprotocol zijn vastgelegd.

Als de ouders het niet eens zijn met wat je noteert in het DD JGZ, wijs hen dan op de mogelijkheid om een brief aan het dossier toe te voegen waarin zij hun eigen kijk op de zaak kunnen geven.

Onderbouwing

De informatie en aanbevelingen in dit thema zijn vooral gebaseerd op de informatie uit de Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld (de beschrijving van de afzonderlijke stappen) en de huidige en toekomstige registratiemogelijkheden binnen de basisdataset van alle digitale dossiers die in Nederland in omloop zijn ([BDS versie 3.2.1](#)). Daarnaast is voor inspiratie gekeken naar een onderzoek naar registratiemogelijkheden (en de tool die daarbij gebruikt is) binnen de GGD Twente (2015). Ook is gebruik gemaakt van de expertise en deskundigheid van de werkgroep met het registreren van informatie. Een klein deel van de informatie is gebaseerd op de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie kindermishandeling (2010).

Registreren: waarom?

Registratie dient een aantal doelen:

- Dossievorming is in het belang van de jeugdige en de continuïteit van zorg. Bij een volgend contact kunnen collega's het onderzoek of de begeleiding van de jeugdige voortzetten zonder dat belangrijke zaken vergeten worden.
- Als alle signalen en bevindingen zo feitelijk mogelijk vastgelegd worden, is het voor alle betrokken professionals achteraf helder op grond van welke informatie bepaalde stappen gezet zijn of juist niet gezet zijn; denk aan de Meldcode; waarom is ervoor gekozen om meteen met Veilig Thuis te bellen? Of waarom is meteen de Politie ingeschakeld?
- Registratie is van belang voor de jeugdarts, jeugdverpleegkundige en verpleegkundig specialist bij een eventuele klachtenprocedure.
- Registratie kan van belang zijn voor epidemiologische doeleinden.

Attitude bij het registreren

Wanneer je als professional een kind ziet waarbij je denkt aan mishandeling, dan wordt het 'registreren' van gegevens over dat kind wellicht ook veel moeilijker. Het gaat hier immers om gevoelige informatie, die belastend kan zijn voor ouders. Het gaat jou als JGZ-professional er niet om de ouders te beschuldigen maar om dit ene kind dat mogelijk slachtoffer is van kindermishandeling. Als JGZ-professional ben je misschien de enige of eerste professional die een signaal oppikt, en vervolgens met behulp van de Meldcode een proces in gang zet waardoor de mishandeling kan stoppen.

Alle signalen en bevindingen dienen zo feitelijk mogelijk vastgelegd te worden, zodat helder is op grond van welke informatie bepaalde stappen (niet) gezet zijn. De JGZ-professional moet zich

altijd bewust zijn dat de ouders en jeugdigen die ouder zijn dan 16 jaar inzagerecht hebben in het dossier. Beschouw dit inzagerecht echter niet als bedreigend, maar als een manier om vertrouwen te winnen en samen aan de slag te gaan. Het recht van ouders om inzage te hebben in het dossier is een extra reden om de verslaglegging van de signalen zo accuraat en feitelijk mogelijk te doen. Hieronder formuleren we een aantal basisregels bij het registreren van gegevens in het DDJGZ.

Basisregels bij het registreren

- **Transparant:** werk zo transparant mogelijk, dat wil zeggen: alles wat in het dossier wordt geregistreerd, moet je óók met de ouders bespreken (tenzij er gegronde redenen zijn waarom dit niet kan – noteer die dan). Op die manier blijft het dossier eerlijk en transparant voor alle betrokkenen.
- **Feitelijk:** beschrijf de signalen zo feitelijk mogelijk, wat je hebt gezien, gehoord (zelf of via andere professionals), geroken of waargenomen, wat je ziet aan de jeugdige, en wat de ouder zegt.
- **Eenduidig in formuleringen:** gebruik geen woorden of begrippen die op twee manieren uitgelegd kunnen worden. Noteer bijvoorbeeld ‘biologische vader heeft geen ouderlijk gezag’, (of iets dergelijks) in plaats van ‘vader is niet in beeld’).
 - **Neutraal:** beschrijf zo neutraal mogelijk wat er aan de hand is met betrekking tot dit kind, zonder vooringenomenheid.
 - **Volledig:** naast feiten kunnen ook zorgen, meningen, veronderstellingen, interpretaties, en conclusies geregistreerd worden. Vermeld altijd van wie deze mening of conclusie is.
- **Zorgvuldig:** beschrijf altijd de bron als er informatie van derden wordt vastgelegd (ook als de derde één van de ouders is). Vermeld uitdrukkelijk dat het gaat om een interpretatie, hypothese of veronderstelling, er is immers altijd onzekerheid.
- **Verplaats je in de lezer:** vraag je bij alles wat je registreert af wat de direct betrokkenen, dus ouders, jeugdigen en andere betrokkenen van de informatie zullen vinden.

Nog enkele praktische wenken:

- Voeg bij vermoedens van lichamelijke mishandeling een afbeelding van het menselijk lichaam (als pdf) toe aan het digitale dossier, waarop aangegeven wordt op welke plaatsen precies het letsel zich bevindt; en hoe het eruit ziet (zie bijv. de JGZ-richtlijn Huidafwijkingen).
- Vooral bij complexe zaken is het nodig om extra informatie toe te voegen aan het dossier. Denk bijvoorbeeld aan foto's en brieven van derden met belangrijke informatie.
- In verband met de verjaringstermijn bij aangifte van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik, dienen JGZ-dossiers volgens de medische wet en –regelgeving (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO) 15 jaar bewaard te blijven, na

afsluiting van de JGZ bij het bereiken van de volwassen leeftijd (dus tot de persoon 33 jaar oud is).

- Persoonlijke werkaantekeningen, dus aantekeningen die met niemand zijn gedeeld, maken geen deel uit van het DD JGZ en kunnen daarin volgens de basisdataset JGZ ook niet worden opgenomen (NCJ, april 2015). Persoonlijke werkaantekeningen zijn tijdelijke aantekeningen, die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtenvorming en bevatten indrukken, vermoedens of vragen. Ouders en jeugdigen hebben geen recht op inzage. Persoonlijke werkaantekeningen moeten na verloop van tijd worden vernietigd en/of moet de inhoud daarvan overgenomen worden in het DD JGZ (KNMG, 2014). Het maken van persoonlijke werkaantekeningen is niet wenselijk voor de transparantie en de overdraagbaarheid van een casus.

Wat moet bij iedere stap van de meldcode worden geregistreerd?

Hieronder wordt puntsgewijs opgesomd wat voor elke stap van de Meldcode minimaal geregistreerd dient te worden. Ook wordt aangegeven hoe dit geregistreerd moet worden.

Stap 0 Overweeg: kán er sprake zijn van kindermishandeling?

Als professional ben je alert op mogelijke signalen van kindermishandeling.

Als iets opvalt - gedragingen, fysieke kenmerken en risicofactoren - dat mogelijkwjs te maken heeft met de veiligheid van de jeugdige, zeg je dat en benoem je dat voor de ouder(s).

In deze fase zijn er alleen nog maar zorgen over de jeugdige. Er is nog geen sprake van een vermoeden of verdenking van kindermishandeling. Wanneer in deze fase al gesproken en geregistreerd wordt in de trant van 'risicofactoren', 'signalen' en 'kindermishandeling' kan dat veel weerstand oproepen. Spreek en noteer daarom liever van 'zorgen', 'omstandigheden' e.d. Citeer zowel feiten als interpretaties, bijvoorbeeld: "Ik zie dat moeder haar baby van 10 maanden ruw beetpakt, moeder zegt: 'kap nou eens met dat gejangel'" (feiten). En: "Ik maak me zorgen over dit kind omdat moeder alleenstaand is, weinig sociale contacten heeft en niet echt opgewassen lijkt tegen de zorg voor een baby die veel huilt" (interpretatie van de feiten door de JGZ-professional).

Als JGZ-professional vraag je aan de ouders wat verklaringen kunnen zijn voor hetgeen jij constateert. Als de verklaring van de ouder niet direct geruststelt, is het nodig dat de JGZ-professional zo feitelijk mogelijk bij het consult registreert:

- wat feitelijk geconstateerd is;
- wat de ouder(s) en eventueel jeugdige daarover gezegd hebben;
- wat jouw eigen zorgen (interpretatie) hierover zijn;
- datum, jouw naam (of afkorting) en je functie;

- dat je start met de meldcode, dus dat je van ‘stap 0’ (zie [Thema 3](#)) verder gaat naar stap 1.

Stap 1. Breng de situatie in kaart

In stap 1 van de Meldcode breng je de signalen in kaart die een vermoeden van kindermishandeling bevestigen of ontcrachten. Deze signalen leg je vast in het dossier.

Meer specifiek voor de registratie betekent dit (zie ook de paragraaf over basisregels bij het registreren):

- leg acuut onveilige of levensbedreigende situaties expliciet vast in het dossier, handel snel en direct, en leg vast waaruit dit handelen bestond (met wie contact, welke acties, wanneer, etc.);
- beschrijf de signalen zo feitelijk mogelijk. Bijvoorbeeld je beschrijft wat je constateert aan de jeugdige en wat de ouder zegt;
- wees eenduidig in formuleringen;
- beschrijf zo neutraal mogelijk wat er aan de hand is met betrekking tot de jeugdige, zonder vooringenomenheid;
- benoem zorgen, meningen, veronderstellingen, interpretaties en conclusies met vermelding van wie deze afkomstig zijn;
- vermeld uitdrukkelijk dat het gaat om een interpretatie, hypothese of veronderstelling; er is altijd onzekerheid;
- maak een vervolgaantekening als een hypothese of veronderstelling later wordt bevestigd of ontcracht;
- vermeld de bron als er informatie van derden wordt vastgelegd (ook als de derde één van de ouders is);
- leg medische diagnoses alleen vast als ze zijn gesteld door een arts of noteer bijvoorbeeld “vader denkt dat zijn zoon ... heeft”;
- als er aanvullende vragenlijsten of checklists zijn gebruikt, zoals de LIRIK, worden die aan het dossier toegevoegd.

Stap 2. Overleg met andere professionals en Veilig Thuis

Handel bij een vermoeden over kindermishandeling nooit alleen. Deel je zorgen daarom met andere professionals: met collega’s en de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en waar relevant ook met externen.

Met betrekking tot de registratie geldt:

- leg vast met wie je intern hebt overlegd (datum, naam, functie, organisatie) en wat er is afgesproken;

- leg ook (als dit gevraagd is) het advies vast van Veilig Thuis en de functie en de naam van de medewerkers van Veilig Thuis met wie je hebt gesproken;
- als je het zetten van stappen overdraagt aan een ander, leg deze overdracht dan ook vast in het dossier. Beschrijf nauwkeurig aan wie (datum, naam en functie) het zetten van de stappen in handen is gegeven en wat er met de ander is afgesproken, met datum waarop acties en afspraken teruggekoppeld worden;
- wanneer je afwijkt van de stappen die de meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling van de eigen beroepsgroep beschrijft, noteer in het dossier dan nauwkeurig om welke reden is afgeweken en of dit besproken is met collega's. Hiermee kun je laten zien dat je een weloverwogen besluit hebt genomen. De KNMG-meldcode vraagt van artsen bijvoorbeeld om altijd te overleggen met Veilig Thuis bij een vermoeden van kindermishandeling. Wanneer je arts bent, leg dan altijd vast in het dossier waarom je geen advies aan Veilig Thuis gevraagd hebt. Dit geldt ook voor verpleegkundigen. Voor hen geldt dat zij vanuit de V&VN-meldcode zo nodig met Veilig Thuis moeten overleggen. Leg dus ook in dat geval vast waarom je niet met Veilig Thuis hebt overlegd.

Verwijsindex Risicjongeren (VIR)

Wanneer er zorgen zijn over een jeugdige of een gezin zal de JGZ-professional overwegen of een registratie in de VIR nodig is. De VIR is een landelijke Verwijsindex, en heeft tot doel om beroepskrachten die met dezelfde jeugdige te maken hebben met elkaar in contact te brengen. Dit doen zij als risico's worden gesignaleerd met betrekking tot de ontwikkeling naar de volwassenheid van de jeugdige. In de VIR wordt alleen vermeld dát de jeugdige bekend is bij de organisatie (met contactgegevens van de melder), zodat betrokken hulpverleners met elkaar contact kunnen leggen en kunnen komen tot een gezamenlijke aanpak van de problematiek van de jeugdige en het gezin. De regeling van de VIR is opgenomen in de Jeugdwet. Voor meer informatie en uitleg over het registreren in de VIR kan de handreiking VIR worden geraadpleegd.

Stap 3. Bespreek signalen met ouders en/of jeugdige

De wet (WGBO en Burgerlijk Wetboek) maakt onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën: tot twaalf jaar, van twaalf tot zestien jaar en zestien jaar of ouder. In [Thema 3](#) wordt beschreven hoe je als JGZ-professional met deze leeftijden moet omgaan bij stap 3 van de meldcode.

Uitgangspunt bij de registratie van stap 3 is (de eerder besproken) transparantie: alles wat in het dossier wordt geregistreerd, moet óók met de ouders en indien mogelijk met de jeugdige worden besproken, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken. Op die manier blijft het dossier eerlijk en transparant voor alle betrokkenen. Indien de ouders het niet eens zijn met wat de professional noteert in het DD JGZ, wijs hen dan op de mogelijkheid om een brief aan het dossier te laten toevoegen waarin zij uitleggen waarom zij het niet eens zijn met een bepaalde opmerking of conclusie. Leg ook uit dat geen informatie op verzoek van ouders/jeugdige uit het

dossier gehaald kan worden. Heb je ondersteuning nodig bij het voorbereiden of het voeren van het gesprek met de ouders/jeugdige, raadpleeg dan een deskundige collega, de aandachtsfunctionaris kindermishandeling of Veilig Thuis.

Ten aanzien van de registratie geldt:

- leg vast met wie je hebt gesproken, beschrijf de reactie van de ouder en/of de jeugdige op de signalen je met hen bespreekt en leg ook de afspraken die je maakt vast in het dossier;
- als de ouders het niet eens zijn met wat de professional noteert in het DD JGZ, laat hen een brief aan het dossier toevoegen waarin ze hun standpunt motiveren;
- noteer in het dossier wanneer je niet met de ouders en/of jeugdige hebt kunnen praten over de zorgen of vermoedens en om welke redenen dit niet mogelijk was;
- registreer op welke manier wordt samengewerkt met het gezin.

Stap 4. Weeg ernst en risico op kindermishandeling

Hier registreert de JGZ professional welke (voorlopige) conclusies worden getrokken. Op basis van de signalen (stap 1), het gesprek met andere professionals en eventueel het advies van Veilig Thuis (stap2) en het verhaal van de ouders en jeugdige (stap 3) kom je tot een weging (stap 4): wat is er aan de hand, in welke mate en ernst en wat is er nodig? Verder wordt in deze stap ook het risico op toekomstige kindermishandeling geregistreerd.

Ten aanzien van de registratie geldt:

- beschrijf kort je afwegingen in het cliëntdossier, volgens de principes beschreven bij stap 1.
- noteer de (voorlopige) conclusies;
- als je op basis van de stappen tot de conclusie komt dat het vermoeden van kindermishandeling ongegrond is, teken dit dan ook aan in het dossier en leg vast op basis van welke bevindingen, gesprekken en adviezen je tot dit oordeel bent gekomen;
- bespreek de conclusies ook met de ouder(s) en indien mogelijk de jeugdige en noteer in het dossier dat je dit met hen hebt besproken.

Stap 5. Beslissen: Zelf hulp bieden (begeleiding door JGZ), verwijzen of melden

Hier registreert de JGZ-professional welke besluiten zijn genomen en welke afspraken zijn gemaakt. Het kan zijn dat het gezin binnen de JGZ ondersteuning aangeboden krijgt en/of verwezen wordt voor diagnostisering en hulp buiten de JGZ en/of dat een melding bij Veilig Thuis gedaan wordt.

Met betrekking tot de registratie geldt:

- noteer of een interventie plaatsvindt, bijvoorbeeld in de vorm van:
 - advies;
 - consultatie/inlichtingen vragen (bij Veilig Thuis of derden);
 - extra (medisch) onderzoek;
 - verwijzing naar hulp;
 - melding bij Veilig Thuis.
- bij Advies, Consultatie, Extra onderzoek: noteer altijd met wie is gesproken (datum, naam en functie van de professional, naam organisatie) en of door de ouders toestemming gegeven is hiervoor of hoe een conflict van plichten (beroepsgeheim versus zorgplicht) is opgelost.
- Bij een Melding Veilig Thuis:
 - welke informatie je bij je melding hebt verstrekt, wanneer (datum) en welke afspraken je met Veilig Thuis hebt gemaakt;
 - of je al dan niet over de melding met de jeugdige en/of de ouders hebt gesproken;
 - heb je geen contact met de jeugdige en/of zijn ouders gehad over de melding, teken dan ook aan waarom dit zo is besloten;
 - leg ook de naam en de functie vast van de medewerker van Veilig Thuis bij wie je de melding hebt gedaan;
 - word je later door Veilig Thuis over (de uitkomsten van het onderzoek naar) de kindermishandeling of het huiselijk geweld geïnformeerd, leg dan ook deze informatie vast. Doe dit ook als kindermishandeling of huiselijk geweld niet is gebleken of kon worden vastgesteld.

Heb je ondersteuning nodig bij het voorbereiden van een melding, raadpleeg dan de aandachtsfunctionaris kindermishandeling.

Specifieke thema's

- *Voor de geboorte* ([Thema 7](#)): eventuele risicofactoren en beschermende factoren worden op dezelfde wijze geregistreerd als de algemene inschatting van risicofactoren en beschermende factoren (zie [Thema 3](#)). Dit kan echter specifiek worden aangevuld met kenmerken uit de zwangerschap en de bevalling. Dit wordt dan ook als zodanig bij Zwangerschap en Bevalling genoteerd. Hier valt te denken aan bijvoorbeeld drugsgebruik tijdens de zwangerschap. De JGZ-professional registreert op welke manier hij vervolgens intervenueert.

Voor een ongeborn kind waarbij risico's zijn geconstateerd wordt aanbevolen om een DD JGZ aan te maken en dit te koppelen aan het DD JGZ van broertjes of zusjes die al bekend

zijn bij de JGZ. Betreft het een eerste ongeborn kind dat nog niet bekend kan zijn bij de JGZ, maak dan ook een DD JGZ aan, met:

- BSN moeder;
- achternaam moeder;
- roepnaam kind: ‘Ongeborn’;
- geboortedatum: à terme datum (uitgerekende datum bevalling).

Let er vervolgens op dat dit dossier na de geboorte wordt samengevoegd met een eventueel nieuw dossier van het kind, zodat je voorkomt dat dubbele dossiers ontstaan.

Het is wenselijk dat over het registreren van ongeborn eerste kinderen met de software leveranciers van het DD JGZ wordt gezocht naar oplossingen hiervoor.

- *Na de geboorte (Thema 8)*: (preventie van) Abusive Head Trauma (AHT)/Shaken Baby Syndroom: JGZ-professionals registreren het vermoeden van fysieke mishandeling zoals in de voorgaande paragrafen is beschreven. Wanneer er ter preventie van AHT voorlichting wordt gegeven, dient dit te worden geregistreerd.
- *Psychiatrische ouderproblematiek (Thema 9)*: de specifieke risicovolle ouderkenmerken dienen in het dossier te worden geregistreerd.
- *Verwaarlozing (Thema 10)*: ten aanzien van het signaleren en vervolgens handelen bij verwaarlozing dienen JGZ-professionals op dezelfde wijze te registreren als staat beschreven in voorgaande paragrafen. Hierbij is vooral het registreren van (het vermoeden van) verwaarlozing van belang.
- *No-show (Thema 11)* van ouders en kind: wanneer kinderen niet verschijnen, dient dit als zodanig in het dossier vermeld te worden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen niet verschijnen met bericht en niet verschijnen zonder bericht.
- *Mishandeling en misbruik door derden (Thema 12)*: wanneer de JGZ-professional misbruik door iemand buiten het gezin vermoedt (zoals bijv. de leerkracht of de voetbaltrainer), of informatie ontvangt over (mogelijk) gepleegd misbruik door derden, dient dit als zodanig in het dossier vermeld te worden. Dit kan op dezelfde manier gedaan worden als beschreven in de voorgaande paragrafen.
- *Vrouwelijke Genitale Verminking (Thema 13)*: de JGZ-professional registreert in het dossier wanneer sprake is van VGV. Dit wordt gedaan bij Bedreigingen uit de directe omgeving (Risico inventarisatie VGV en Risico-inschatting VGV op dit moment). Eventueel kan ook worden aangegeven of de Verklaring tegen VGV is meegegeven. Dit kan worden gedaan bij Conclusies en vervolgstappen (onder het item Interventie (Voorlichting of Advies, waarbij de indicatie VGV wordt aangegeven)).

Referenties

KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht, april 2014

Konijnendijk, A. A. J., Haasnoot, R., Meijvogel, A., Waltz, M., Westerveld, E., & Kokhuis, M. (2015). Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld, versie 1.9. Enschede: GGD Twente.

V&VN-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld (2011). Utrecht: V&VN.

<http://decor.nictiz.nl/jeugdgezondheidszorg/BDS322/>

<https://www.ncj.nl/informatisering/basisdataset>

7. Voor de geboorte - Aanbevelingen

Uitgangsvragen

1. Welke instrumenten of methoden zijn er voor de JGZ om risicofactoren voor kindermishandeling in de zwangerschap te herkennen en wat is de betrouwbaarheid van deze instrumenten?
2. Welke preventieve interventies gericht op risicogroepen onder zwangeren en hun eventuele partner, leiden tot gunstige uitkomsten bij de jeugdige en daarmee tot een vermindering van (het risico op) kindermishandeling?

Aanbevelingen ten aanzien van methoden om risicofactoren voor kindermishandeling in de zwangerschap te herkennen

- Weet wat de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling zijn.
- Weet welke risicofactoren daarnaast in het bijzonder voor de zwangerschap gelden:
 - partnergeweld tijdens de zwangerschap;
 - ervaringen van de zwangere met kindermishandeling in de eigen jeugd;
 - depressie tijdens de zwangerschap en/of daarna (postnatale depressie);
 - vijandigheid jegens het (ongeboren) kind;
 - roken, alcohol- en drugsgebruik.
- Weet wat signalen voor kindermishandeling kunnen zijn rond de zwangerschap:
 - abnormale bloeding tijdens de zwangerschap;
 - vroeggeboorte (in combinatie met roken, alcohol- of drugsgebruik of depressie);
 - laag geboortegewicht (idem).
- Gebruik bij gezinnen die al bij de JGZ in beeld zijn, een methode die werkt met een gespreksprotocol en/of signaleringslijst waarmee risico- en beschermende factoren in kaart worden gebracht (zie ook [Thema 2](#)):
 - DMO-protocol (Samen Starten);
 - SPARK en PreSPARK;
 - GIZ.
- Let op nieuwe zwangerschapswensen en zwangerschap bij risicogezinnen (psychiatrie, LVB, verslaving, alleenstaande laagopgeleide jonge ouders, OTS of uithuisplaatsing); vraag er expliciet naar en praat hier over met de ouder(s); leg met medeweten van de ouder(s) contact met de betreffende verloskundige.
- Bij eerste kinderen die nog niet bij de JGZ in beeld zijn, is de JGZ afhankelijk van

signalering door de verloskundig zorgverlener en/of kraamverzorgende. Bewerkstellig dat zij de JGZ weten te vinden wanneer er tijdens de zwangerschap zorgen ontstaan over de opgroei-omstandigheden voor het kind.

- Initieer structureel contact met professionals in de geboortezorg in het werkgebied en maak afspraken over signalering, de opvolging van signalen, samenwerking en gegevensoverdracht (van zowel psychosociale omstandigheden als medische gegevens) tijdens de zwangerschap indien nodig en standaard rond de geboorte.
- Stimuleer dat verloskundig zorgverleners systematisch de veiligheid van het ongeboren kind en de omstandigheden daarvoor na de geboorte, (globaal) in kaart brengen. Stimuleer dat daarvoor een signaleringsinstrument als hulpmiddel wordt gebruikt (bv. ALPHA-NL).
- Stimuleer dat kraamverzorgenden de Checklist Vroegsignalering Kraamverzorgende gebruiken om signalen van mogelijke kindermishandeling te kunnen duiden en bespreken met de verloskundige of leidinggevende kraamzorg.

Aanbevelingen ten aanzien van preventieve interventies gericht op risicogroepen onder zwangeren en hun eventuele partner

- Gebruik een van de volgende preventieve interventies of een combinatie daarvan.
 - laagdrempelig:
Prenatale Huisbezoeken JGZ (door jeugdverpleegkundige).
 - hoogrisico:
Prenataal Stevig Ouderschap;
VoorZorg;
lokale programma's voor specifieke risicozwangeren of -moeders (vaak vanuit GGZ of POP-poli opgezet).
- Implementeer VoorZorg landelijk, als evidence based methode.
- Het is wenselijk om op landelijk niveau de discussie te voeren over de rol van de JGZ in de zwangerschap en het opnemen van Prenatale Huisbezoeken JGZ, prenataal Stevig Ouderschap en VoorZorg in het Basispakket JGZ.

Onderbouwing prenatale signalering

De aanbevelingen bij deze uitgangsvraag zijn gebaseerd op wetenschappelijke (risicofactoren en signalen) en ‘grijze’ literatuur (signaleringsinstrumenten).

Risicofactoren

Voor vrijwel alle risicofactoren voor kindermishandeling geldt dat die al aanwezig kunnen zijn tijdens de zwangerschap. Dit zijn juist de belangrijkste factoren, namelijk die welke de (beide) ouders betreffen (Mulder, 2014; Stith, 2009). Zie ook [Thema 2](#).

In de wetenschappelijke literatuur wordt daarnaast melding gemaakt van de volgende risicofactoren die specifiek voor de zwangerschap zijn en direct of indirect effect hebben op het ontstaan van kindermishandeling:

- partnergeweld tijdens de zwangerschap;
- ervaringen van de zwangere met kindermishandeling in de eigen jeugd;
- depressie tijdens de zwangerschap en daarna (postnatale depressie);
- vijandigheid jegens het (ongeboren) kind;
- roken, alcohol- of drugsgebruik.

Hieronder worden deze factoren nader toegelicht vanuit wetenschappelijke studies.

Chan et al. (2012) tonen aan dat partnergeweld tijdens de zwangerschap in hoge mate lichamelijke kindermishandeling voorspelt. Ook Casanueva & Martin (2007) laten zien dat de kans op kindermishandeling drie maal hoger is wanneer er tijdens de zwangerschap sprake is van partnergeweld; ook na controle voor SES.

Aangetoond is dat partnergeweld tijdens de zwangerschap 1 op de 10 zwangeren in zes Noord-Europese landen treft (België, IJsland, Denemarken, Estonia, Noorwegen, Zweden) (Lukasse, Schei, & Ryding, 2014). Er is geen reden om aan te nemen dat de prevalentie in Nederland anders is. Er zijn aanwijzingen dat vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld tijdens de zwangerschap, minder hechting vertonen aan de foetus en een meer negatieve houding hebben tegenover de foetus dan vrouwen die deze ervaringen niet hebben (Pires de Almeida, Sá, Cunha, & Pires, 2013). Uit een studie van Horner (2005) blijkt dat partnergeweld tijdens de zwangerschap kan leiden tot een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, abnormale bloeding tijdens de zwangerschap en perinatale sterfte, mede veroorzaakt door trauma en stress bij de moeder.

Horner (2005) liet zien dat stress bij de moeder tijdens de zwangerschap, in combinatie met roken en (soft)drugsgebruik, kan leiden tot vroeggeboorte en laag geboortegewicht. Ook blijkt uit onderzoek (Berlin, Dodge, & Reznick, 2013) dat zwangeren die vijandige attributies jegens hun (ongeboren) kind hebben, een significant verhoogd risico hebben om een harde, negatieve opvoedstijl te hanteren of hun kind te mishandelen in het eerste levensjaar ($\beta=0.14$, $P < .05$).

Plant, Barker, Waters, Pawlby, en Pariante (2013) laten zien dat ervaring van de zwangere met kindermishandeling in de eigen jeugd, in combinatie met depressie tijdens de zwangerschap, de kans op mishandeling en verwaarlozing van eigen kinderen significant vergroot. Deze kinderen vertonen bovendien significant vaker externaliserend gedrag ook na controle voor leeftijd moeder, opleidingsniveau, samenlevingsvorm, partnergeweld en geslacht kind (Myhre, Dyb, Wentzel-Larsen, Grøgaard, & Thoresen, 2013). Leeners, Rath, Block, Görres, en Tschudin (2014) tonen aan dat zwangeren die ervaring hebben met seksueel misbruik in de jeugd, tijdens hun zwangerschap significant vaker roken (31.7%/9.4%; $P<0.0001$), een partner hebben die drugs gebruikt (10.6%/1.2%; $P<0.0005$), opnieuw te maken hebben met seksueel misbruik (12.9%/0; $P<0.0001$), te maken hebben met fysiek partnergeweld (16.5%/0; $P<0.0001$) psychisch geweld (44.7%/1.7%; $P<0.0001$), depressie (24.7%/1.8%; $P<0.0001$), en zelfmoordgedachten (10.6%/0; $P<0.0001$) en in het verlengde daarvan met vroeggeboorten, in vergelijking met zwangeren die geen seksueel misbruik ervaringen hebben.

Signaleren

Er zijn geen specifieke instrumenten voor de JGZ om risicofactoren bij zwangeren op te sporen, eenvoudigweg omdat de JGZ niet standaard tijdens de zwangerschap contact heeft met alle aanstaande ouder(s).

Voor het prenataal signaleren van risicofactoren voor kindermishandeling moet voor de JGZ onderscheid gemaakt worden tussen:

- Gezinnen die al bij de JGZ bekend zijn omdat er al kinderen in het gezin zijn.
- Aanstaande ouders van een eerste kind, gezin is nog niet bekend bij de JGZ.

Gezin is al bekend bij de JGZ

Van een gezin dat al bij de JGZ komt, zijn de meeste risicofactoren, als het goed is, al bekend. De JGZ-professional bedient zich daarbij van een algemene methode om risicofactoren voor kindermishandeling te herkennen. Dit zijn de onderstaande instrumenten en methoden (zie ook [Thema 2](#)).

Bij risicogezinnen (verslaving, psychiatrie, LVB, alleenstaande laagopgeleide jonge moeders,

OTS of uithuisplaatsing) die al in beeld zijn bij de JGZ, moet de JGZ-professional bovendien alert zijn op een nieuwe zwangerschapswens of nieuwe zwangerschap. Vraag er actief naar, bespreek het met de ouder(s), bespreek openlijk je zorg, toon begrip en bied aan te willen ondersteunen. Vraag naar de behandelend verloskundig zorgverlener en neem met hem of haar, met medeweten van de ouder(s), contact op indien er reden tot zorg is.

SamenStarten en DMO-Protocol

[Samen Starten](#) is een programma dat effectieve samenwerking tussen zorgpartners rondom jonge kinderen tot 2,5 jaar beoogt. Binnen dit programma wordt het DMO-gespreksprotocol gebruikt. Dit is een gespreksprotocol waarin er aandacht is voor de gezins- en omgevingsfactoren die een rol spelen bij de psychosociale ontwikkeling van jonge kinderen. Het doel is om opvoedsituaties die risico's en problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen kunnen opleveren, zo vroeg mogelijk te signaleren. Het protocol beslaat vijf domeinen: welbevinden kind, welbevinden ouder, rol partner, sociale steun en obstakels. Het is een systematisch volgsysteem voor ondersteuning in gesprekken met ouders. Het consult op de leeftijd van acht weken wordt gebruikt om bovenstaande aspecten de eerste keer uitgebreid met de ouder(s) te bespreken. In vervolcontacten wordt al naar gelang de situatie per gezin gedifferentieerd aandacht aan de opvoedingssituatie besteed.

De werking van het DMO-protocol is geëvalueerd door Hielkema, De Winter, De Meer en Reijneveld (2011). Met het DMO-protocol worden meer en eerder (risico's voor) sociaal-emotionele problematiek gesignaleerd tussen 2 en 18 maanden (klein significant effect); rond de leeftijd van 18 maanden werd geen significante verschillen op de CBCL (Child Behavioural Checklist) gevonden. Dit betekent dat geen effect kon worden aangetoond van werken met het DMO-protocol op het psychosociale welbevinden van kinderen. Wel geven ouders significant vaker aan dat de zorg beter aansluit bij de behoefte (Bron: [ZonMw](#)). Het is aannemelijk dat door het DMO-protocol de zorg beter aansluit bij de behoefte van ouders.

SPARK

De [SPARK](#) (Structured Problem Analysis of Raising Kids) is een gestructureerde gesprekslijst om opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij peuters vroegtijdig te kunnen signaleren en de bijpassende zorgbehoefte met ouders te bespreken. Het uitgangspunt is het perspectief en de ervaring van de ouder die wordt gecombineerd met de expertise van de JGZ-professional. De vragen zijn opgedeeld in zestien deelgebieden en behandelen alle zaken die ouders bezighouden: van de gezondheid van de jeugdige tot de sfeer in het gezin. Een jeugdverpleegkundige neemt de vragenlijst af bij ouders van kinderen van achttien maanden. Vervolgens heeft de jeugdverpleegkundige de beschikking over bruikbare informatie om samen met de ouders te bepalen óf en welke aanvullende zorg nodig is. De SPARK geeft een indicatie of een kind een laag, verhoogd of hoog risico op opvoed- en ontwikkelingsproblemen heeft. Daarnaast krijgt de

jeugdverpleegkundige inzicht in de zorgen, problemen en zorgbehoeften van ouders.

De werking van de SPARK is onderzocht (Staal, Hermanns, Schrijvers, & Van Stel, 2013; Van Stel, Staal, Hermanns, & Schrijvers, 2013). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was goed tot uitstekend op onderdelen en op de gehele risico-inschatting. De SPARK maakt onderscheid tussen gezinnen met een hoog, iets verhoogd en laag risiconiveau van opvoedings- en ontwikkelingsproblemen van kinderen. Het is aannemelijk dat de SPARK meldingen van kindermishandeling binnen het eerste anderhalve levensjaar bij Veilig Thuis kan voorspellen, en dat de SPARK opvoedingsproblemen bij peuters kan voorspellen.

Zie ook de onderbouwing van [Thema 7](#) voor de PreSPARK (gespreksprotocol voor jeugdverpleegkundigen bij huisbezoeken tijdens de zwangerschap).

GIZ

[De GIZ](#) (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte) methodiek, ontwikkeld door de GGD Hollands Midden (Bontje, 2013), is een integrale taxatiemethodiek waarmee de JGZ-professional samen met ouders en jeugdigen (en eventueel andere professionals) de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften snel in kaart kan brengen. GIZ is gebaseerd op de Engelse CAF-driehoek (Common Assessment Framework; Department of Health, 2000). GIZ wordt goed gewaardeerd door ouders en er zijn aanwijzingen dat de methodiek helpt bij het versterken van de zelfsturing en het zelfinzicht van ouders en bij het verbeteren van de analyse en inschatting van hun zorgbehoeften (Bontje, 2013).

Balansmodel

[Het Balansmodel](#) (Bakker, Bakker, Van Dijk, & Terpstra, 1998) is in vrijwel alle JGZ-instellingen in gebruik maar biedt alleen een afwegingskader om de verhouding van draaglast en draagkracht bij ouders in te schatten. De kern van het Balansmodel bestaat uit een overzicht van risico- en beschermende factoren op drie niveaus: die van het gezin, de directe omgeving en maatschappelijke context. De risico- en beschermende factoren die in de onderhavige richtlijn worden genoemd (Thema 2) vervangen daarom de factoren die in het Balansmodel van 1998 en in de aangepast versie in de JGZ-Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling (2010) worden genoemd. Het principe dat bij afwegingen rondom (de impact van) kindermishandeling en noodzakelijke hulp, zowel risico- als beschermende factoren meegenomen moeten worden, blijft overeind.

Eerste kinderen

Bij eerste kinderen werkt het anders. De zwangere is immers nog niet bekend bij de JGZ. De JGZ is afhankelijk van verloskundig zorgverleners en kraamverzorgenden voor het ontvangen van signalen en risicofactoren van kindermishandeling. De verloskundig zorgverlener registreert

een aantal risicofactoren bij zwangeren, bijvoorbeeld: negatieve seksuele ervaringen, huiselijk geweld, psychische problemen, roken, alcohol- drugs- en medicijngebruik, gezinssamenstelling en bijvoorbeeld stemming, maar doet dit doorgaans met het oog op een gezonde zwangerschap, het welzijn van de zwangere en het voorkomen van perinatale sterfte of congenitale afwijkingen. Er bestaan enkele instrumenten voor verloskundig zorgverleners om risicofactoren voor kindermishandeling en ongunstige opgroei-omstandigheden meer systematisch te screenen of te duiden maar het gebruik van deze instrumenten is nog geen gemeengoed. De verloskundig zorgverlener moet contact leggen met de JGZ wanneer zij signaleert dat er risicofactoren tijdens de zwangerschap zijn. Ook deze samenwerking met de JGZ is nog niet overal vanzelfsprekend. De JGZ moet hiervoor samenwerkingsverbanden aangaan, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij een Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV), afspraken maken en stimuleren dat een signaleringsinstrument of checklist door verloskundig zorgverleners en kraamverzorgenden wordt gebruikt. Het betreft de volgende instrumenten.

ALPHA-NL

De ALPHA-NL is een vertaling van de Canadese ALPHA (Caroll, 2005; Blackmore, 2006) met 48 vragen die 15 risicofactoren voor kindermishandeling, problematisch opvoeden, partnergeweld, relatieproblemen, depressie betreffen. De ALPHA-NL is een korte zelfinvullijst (inclusief vragen over de partner) en wordt zo vroeg mogelijk in de zwangerschap door de cliënt ingevuld, in de wachtruimte voorafgaand aan een verloskundig consult.

De ALPHA-NL wordt universeel aangeboden en een aansluitend uitgebreider screeningsgesprek is alleen nodig met cliënten met risicofactoren. Hierdoor wordt de tijd van de verloskundig zorgverlener tot een minimum beperkt zonder aan de kwaliteit van risicoselectie af te doen. Vrouwen verkiezen bovendien een zelfinvullijst boven een screeningsinterview. De ALPHA-NL maakt cliënten ook bewust van hun rol als ouders en het verband met hun eigen ervaringen, omstandigheden en opvattingen, en dat dat bespreekbaar is met de verloskundig zorgverlener en JGZ. De verloskundig zorgverlener bespreekt met de aanstaande ouder(s) de thuissituatie, eventuele zorgen en hulpbehoefte en gaat met hen na wat er nodig is voor een goede start met de baby.

De ALPHA-NL heeft een sterke face-validity. De Canadese ALPHA heeft goede voorspellende waarde voor depressie (Blackmore, 2006). In Nederland is in 2009 een proefimplementatie en onderzoek uitgevoerd met de ALPHA-NL (Vink, Rijnders, Van Dommelen, & Broerse, 2009). De interne consistentie bleek voldoende tot goed (voor twee subschalen bleek een grotere steekproef nodig); verloskundigen zagen bij 9% tot 13% van de cases reden tot overleg met of verwijzing naar de JGZ. Verloskundigen en cliënten vonden de ALPHA-NL van meerwaarde. De ALPHA-NL is vervolgens verbeterd en verder geïmplementeerd via een samenhangend pakket 'Vroeg Erbij' omdat het niet als opzichzelfstaande tool moet worden gebruikt. Een goede samenwerking met de JGZ, aanbod van interventies en training om het gesprek met aanstaande

ouders te kunnen voeren, zijn namelijk noodzakelijk.

Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd

De Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd is een doorontwikkeling van het signaleringsinstrument dat door TNO in 2006 in opdracht van het ministerie van VWS voor de kraamzorg is ontwikkeld (De Jonge et al., 2007). Met deze checklist kunnen kraamverzorgenden signalen van mogelijke psychosociale problemen duiden. De Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd bestaat uit 35 items die betrekking hebben op psychosociale zorgbehoefte en op risicofactoren voor of signalen van kindermishandeling en depressie bij de kraamvrouw. Het betreft dezelfde gevalideerde risicofactoren als die van de ALPHA-NL.

De checklist wordt niet door de kraamverzorgende bij de ouders uitgevraagd, maar geeft kraamverzorgenden handvatten om observaties in het gezin te duiden. Dit resulteert in handelingsopties: overleg met de verloskundige onder wiens verantwoordelijkheid zij werkt, met de teamleider of de jeugdgezondheidszorg en indien mogelijk met de ouders. Training van kraamverzorgenden wordt aanbevolen.

Het instrument is, na training van kraamverzorgenden, toegepast in ruim 400 kraamgezinnen waarvan bij bijna 9% signalen naar de jeugdgezondheidszorg zijn gerapporteerd. De checklist wordt breed gebruikt in de kraamzorg. De Checklist Vroegsignalering Kraamverzorgende is onderzocht op bruikbaarheid in de praktijk (De Jonge et al., 2007). Hieruit kwam naar voren dat 44% van de kraamzorginstellingen de Checklist Vroegsignalering gebruikt.

Edinburgh Postnatal Depression Scale tijdens de zwangerschap of erna?

De EPDS of EDS, Edinburgh (Postnatal) Depression Scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) is vertaald naar het Nederlands (Pop, Van Komproe, & Van Son, 1992). De EPDS is ontwikkeld voor postnataal gebruik maar wordt ook wel prenataal toegepast (EDS). Over de validiteit daarvan zijn de meningen verdeeld. Het doel van de EPDS is om postnatale depressie tijdig te signaleren. Het betreft een zelf-scorelijst met tien vragen over gevoelens van angst en depressie in de voorafgaande week. De lijst is genormeerd en hanteert een afkappunt. De Nederlandse EPDS is gevalideerd en betrouwbaar ($\alpha = 0,82$) voor postnataal gebruik. Voor prenataal gebruik (EDS) is de validiteit en betrouwbaarheid onzeker.

Andere instrumenten

Voor verloskundig zorgverleners zijn er nog twee instrumenten beschikbaar die gericht zijn op andere maar aanpalende uitkomsten dan kindermishandeling. Vanwege de overlap van risicofactoren met deze uitkomsten worden die hier genoemd (Vink & Detmar, 2012). Het gebruik van deze instrumenten door verloskundig zorgverleners is nog geen gemeengoed.

- De R4U (Rotterdam Reproductive Risk Reduction checklist) is vanaf 2009 in ontwikkeling

en onderzoek bij het Erasmus MC in het kader van het programma 'Health Pregnancy 4All' (Bonsel, Birnie, Denktas, & Steegers, 2009). De R4U richt zich op risicofactoren voor congenitale afwijkingen, laag geboortegewicht en vroeggeboorte om zodoende perinatale mortaliteit en morbiditeit terug te dringen. De lijst bestaat uit 60 items betreffende: sociale-economische situatie, etniciteit, zorgsituatie, leefstijl (roken, alcohol, drugs, geneesmiddelen, BMI), medische gegevens en obstetrische voorgeschiedenis en wordt door de verloskundig zorgverlener bij de intake ingevuld.

- Mind2Care is een online screenings- en advieslijst om psychische problemen en middelengebruik bij de zwangere te signaleren. De vragenlijst is gevalideerd (Quispel, 2014).

Onderbouwing preventieve interventies

De aanbevelingen bij deze uitgangsvraag zijn gebaseerd op wetenschappelijke, ‘grijze’ literatuur en expertise van de auteurs en werkgroep.

Interventies

In dit thema bespreken we interventies die zich richten op kwetsbare aanstaande ouders, dat wil zeggen: ouders die een verhoogd risico hebben op problemen in de opvoeding en op kindermishandeling. Doel van de interventies is het versterken van de (opvoed)vaardigheden van aanstaande ouders, voorbereiding op het aanstaand ouderschap, het verminderen van psychosociale problemen of leren omgaan daarmee.

Prenatale Huisbezoeken JGZ

Prenatale huisbezoeken van de jeugdverpleegkundige (PHB-JGZ) zijn huisbezoeken tijdens de zwangerschap met als doel om aanstaande ouders te begeleiden naar een optimale start met hun kind. Huisbezoeken kunnen variëren van één bezoek tot een traject van meerdere bezoeken en kunnen al vroeg in de zwangerschap starten (een prenataal huisbezoek rond de 34ste week door de verloskundige valt daar niet onder, evenmin als een prenataal intake- of kennismakingshuisbezoek door de JGZ of kraamzorg).

Kenmerkend aan PHB-JGZ is dat het zich richt op een brede doelgroep (en daarmee aanvullend is op VoorZorg). Het betreft zwangeren met een of meerdere risicofactoren en/of ‘lichtere’, enkelvoudige of ernstige problematiek. Intervenieren bij relatief lichte problematiek voorkomt bij een deel van deze gezinnen dat die uitgroeit tot complexe en grote problemen. Daarmee is tevens het beoogde bereik groter. Prenatale huisbezoeken kunnen bovendien, in beginsel, door iedere jeugdverpleegkundige uitgevoerd worden en de meerwaarde daarvan is dat aanstaande ouders niet ‘weer een nieuw gezicht’ treffen na de geboorte wanneer zij bij de JGZ komen. De jeugdverpleegkundige zal bij complexe problematiek wel samenwerken met bijvoorbeeld een POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie), verslavingszorg, OGGZ/Vangnetfunctie, algemeen maatschappelijk werk etc.

Het doel van PHB-JGZ is:

- Probleem- vraagverheldering
- Motiveren voor hulp
- Warm (door)verwijzen
- Voorlichting en advies

- Lichte opvoedingsondersteuning
- Zorgcoördinatie

Prenatale Huisbezoeken JGZ zijn geëvalueerd in twee regio's (Vink, Van Sleuwen, & Boere-Boonekamp, 2013). Door het NCJ is een [handreiking voor de implementatie van Prenatale Huisbezoeken JGZ](#) ontwikkeld.

TNO, UMCU en GGD Zeeland ontwikkelden de PreSPARK, een gespreksprotocol gebaseerd op de SPARK (zie [Thema 3](#)) dat jeugdverpleegkundigen houvast biedt tijdens de huisbezoeken (Van Sleuwen, Vink, Van Stel, & Staal, 2015). De effectiviteit van de PreSPARK wordt in 2016 nader onderzocht.

Prenataal Stevig Ouderschap

[Stevig Ouderschap](#) is een programma dat bestaat uit zes preventieve huisbezoeken, die worden afgelegd door een jeugdverpleegkundige in gezinnen met een pasgeboren kind gedurende de eerste 18 maanden. Het programma is bedoeld voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek. De doelgroep wordt geselecteerd met behulp van een korte vragenlijst die vlak na de geboorte aan alle ouders uitgereikt wordt. Indien ouders voldoen aan een van tevoren vastgesteld risicoprofiel, komen ze in aanmerking voor de huisbezoeken en worden ze gemotiveerd om deel te nemen.

De effectiviteit van de interventie is onderzocht in een randomized controlled trial (Bouwmeester-Landweer, 2006). Ouders in de interventiegroep bleken significant minder gebruik te maken van diverse medische en psychische zorg in vergelijking met een controlegroep. De onderzoeker concludeert dat de interventie bescheiden effecten sorteert die passend zijn bij de onderzoeksopzet. In 2012 is onderzocht in hoeverre Stevig Ouderschap tegelijk met Samen Starten geïmplementeerd kan worden. Uitkomsten laten zien dat beide methodieken goed samengevoegd kunnen worden: beide instrumenten stemmen in grote mate overeen wat betreft het aanwijzen van gezinnen die extra steun behoeven in het eerste levensjaar. Beide instrumenten hebben ook ieder een bijdrage aan de signalering van gezinnen die extra aandacht nodig hebben (De Wolff, Pannebakker, & Bouwmeester, 2012).

VoorZorg

Het programma [VoorZorg](#) (onder andere Kooijman & Zwikker, 2001) is een programma dat via de JGZ wordt ingezet, bedoeld voor een strikt omschreven doelgroep van jonge vrouwen die in verwachting zijn van hun eerste kind en verschillende problemen hebben. Doel is de gezondheid en ontwikkeling van de jeugdige te verbeteren door het versterken van opvoedings-vaardigheden en eigen kracht van de moeders. Tijdens het programma, dat zo vroeg mogelijk in de zwangerschap begint en doorloopt tot het kind 2 jaar is, worden via huisbezoeken van een VoorZorg verpleegkundige risicofactoren systematisch aangepakt. Zo wordt kindermishandeling

voorkomen. VoorZorg is gebaseerd op het Amerikaanse programma Nurse Family Partnership (Olds et al., 1997).

Het programma staat als ‘goed onderbouwd’ in de databank, maar een RCT met gunstige effecten op een aantal uitkomsten van VoorZorg is onlangs afgerond (Mejdoubi, 2014). De studie van Mejdoubi (2014) toonde aan dat kinderen van moeders die VoorZorg ontvingen statistisch significant minder vaak gemeld (40%) waren bij Veilig Thuis tijdens de zwangerschap en de eerste drie jaar van het leven van het kind. De studie toonde tevens aan dat VoorZorg effectief is in het verminderen van roken tijdens de zwangerschap en op het roken in bijzijn van de baby. Daarnaast zijn er positieve effecten gevonden op het geven van borstvoeding.

Voor tienerzwangeren en -moeders

Een speciale risicogroep zwangeren vormen de ‘jonge moeders’: doorgaans moeders tot 24 jaar. In de literatuur wordt ook wel gesproken over ‘tiernmoeders’, dan gaat het om moeders onder de 20 jaar oud. De problemen van de jonge moeder kunnen gevolgen hebben voor het kind. Zo hebben kinderen van jonge moeders een verhoogd risico op: opgroeien in armoede; het slachtoffer worden van mishandeling en verwaarlozing; emotionele- en gedragsproblemen en minder gunstige ontwikkelingskansen (Barlow et al., 2011).

Om te voorkomen dat het jonge ouderschap tot problemen voor de jeugdige leidt, is het van belang dat er effectieve interventies speciaal voor jonge moeders (en hun kind) bestaan. Hulp aan (aanstaande) jonge moeders vraagt om een specifieke aanpak. Jonge moeders moeten namelijk, nadat zij geconfronteerd zijn met een (vaak) ongeplande zwangerschap, in een kort tijdsbestek veel stappen naar zelfstandigheid ondernemen. Zij hebben daarbij in eerste instantie vooral problemen met het vinden van informatie en advies of het regelen van directe (praktische) hulp ten aanzien van zelfstandige huisvesting of opvang, financiën, mogelijkheden om school af te maken en/of werk te vinden, kinderopvang en opvoedingsondersteuning. Op langere termijn is het van belang dat hulp en steun aan jonge moeders gericht is op zelfredzaamheid, ontwikkelen van een positief zelfbeeld, opbouwen van een sociaal netwerk, leren van opvoedingsvaardigheden en de juiste plekken voor steun of hulp weten te vinden (Keinemans, 2011).

Belangrijk is om te benadrukken dat er niet per se sprake hoeft te zijn van een probleem wanneer een vrouw op jonge leeftijd moeder wordt. Of een jonge moeder het lukt zichzelf staande te houden en haar kind op te voeden, hangt nauw samen met haar eigen voorgeschiedenis en de aan- of afwezigheid van risico- en beschermende factoren (Moran, Pederson, & Krupka, 2005).

Volgens Wat werkt bij jonge moeders (Oudhof, Zoon, & Van der Steege, 2013) zijn belangrijke ingrediënten van interventies voor jonge moeders: een prenatale start, gericht op sociale steun,

op sensitiviteit van de jonge moeder en psycho-educatie te zijn. Het gebruik van video-feedback kan een goed middel zijn in de ondersteuning van jonge moeders. Huisbezoeken, school gerelateerde programma's en opvoedprogramma's lijken het meest effectief bij jonge moeders.

Er zijn in Nederland diverse vormen van hulp en opvang voor tienerzwangeren en –moeders met hun baby wanneer het eigen sociale netwerk geen oplossing biedt. Opvang kan bestaan uit een tijdelijk verblijf in een moeder-kind/baby huis (via Leger des Heils, Vrouwenopvang of gemeente) of opname in een pleeggezin. Zie www.tienermoeders.nl

Aan jonge zwangeren en moeders met een (licht) verstandelijke beperking bieden diverse jeugdhulpaanbieders begeleiding aan in de vorm van:

- 24-uurs begeleiding in het moeder-kind huis, met andere moeders
- 24-uurs begeleiding in een aparte wooneenheid
- Ambulante begeleiding in de eigen woning
- Voorzorg

De begeleiding is breed, gericht op alle maatschappelijk velden en bestaat uit hulp bij de verzorging en opvoeding van de baby, opleiding en werk, en het versterken voor deelname aan de maatschappij.

(Vormen van) thuisbegeleiding

Thuisbegeleiding wordt aangeboden door thuiszorgorganisaties en is een laagdrempelige vorm van begeleiding van gezinnen die door omstandigheden of ziekten in de problemen zijn gekomen.

Doelstellingen van thuisbegeleiding zijn:

- De cliënt helpen inzicht te verwerven in de mogelijkheden en beperkingen met betrekking tot ziekte of beperking.
- Stimuleren van pedagogische en emotionele vaardigheden.
- Wegwijs maken in de hulpverlening en hen aanzetten tot kritisch gebruik daarvan.
- Bijstaan in de optimalisering van het leefmilieu, waarbij samen gezocht wordt naar oplossingen om gedragsproblemen (slapen, eten, agressie, apathie) te verminderen en zich positief te ontwikkelen.

Voorbeelden van regionale initiatieven

Baby Extra (regio Eindhoven en Veldhoven) is bedoeld voor (aanstaande) ouders die psychische, psychiatrische of verslavingsproblemen hebben of een verwaarlozings- of misbruikverleden hebben en risico lopen op hechtingsproblemen met hun baby. Professionals van Baby Extra

geven voorlichting, licht pedagogische hulp en adviezen. Baby Extra stimuleert ouders een band te ontwikkelen met hun kind. Hierbij wordt ook informatief en educatief gebruik gemaakt van beeldmateriaal over contact met baby's en baby-ontwikkeling. Er wordt een DVD gemaakt van de baby in contact met de betreffende ouder. Baby Extra is onderzocht op tevredenheid en doelrealisatie door de Universiteit van Tilburg. Voor 10% van de ouders is Baby Extra voldoende om binnen de reguliere zorgketen te blijven. Voor andere ouders is de problematiek meer complex. Voor hen zorgt de positieve ervaring van bekrachtiging en herkenning ervoor dat een vervoltraject vaker mogelijk is.

Prezorg (Rotterdam en Lelystad) biedt gedurende de zwangerschap, tot vier weken na de bevalling, ondersteuning en begeleiding met als doel is om de gezondheid en ontwikkelingskansen van moeders en kinderen te vergroten. Als blijkt dat er hulp nodig is van andere professionals (bijvoorbeeld rondom inkomen, onderwijs, schulden, zorg), wordt verwijzing en de coördinatie van zorg georganiseerd. De Prezorg-verpleegkundige komt zes à acht keer bij de (aanstaande) moeder thuis, waarvan twee huisbezoeken plaatsvinden na de geboorte. Prezorg richt zich op moeders in risicosituaties die niet binnen de criteria van Voorzorg vallen. Denk hierbij aan factoren als; een hoge schuldenlast, problemen rondom huisvesting, tienermoeder, relationele problemen, mishandeling/ misbruik, klein of geen sociaal netwerk, depressieve gevoelens/ psychische klachten en middelengebruik.

BOBP (regio Helmond) (Baby's van ouders met bijzondere problemen) is erop gericht om de eigen kracht van de ouders te versterken en een veilige en hechte band tussen ouders en kind te bevorderen. Psychische belasting van de moeder of een ongezonde leefstijl kan reden zijn voor extra ondersteuning en aandacht. Het BOBP-project ondersteunt (aanstaande) ouders om hun kind een zo goed mogelijke start te geven. Het doel van BOBP is om problemen en knelpunten op tijd op te merken, zodat de aanstaande ouders de juiste begeleiding en hulp krijgen vóór-tijdens en na de bevalling.

Samenwerking rond de geboorte

De samenwerking tussen de JGZ en de professionals in de prenatale periode staat nog in de kinderschoenen. Deze samenwerking heeft zich jarenlang beperkt tot samenwerking in het medische domein en overdracht van overwegend medische gegevens naar het JGZ. De rol van de JGZ in de zwangerschap is op dit moment nog onvoldoende duidelijk en het is wenselijk om op landelijk niveau hierover de discussie te voeren, ook over het opnemen van deze rol en activiteiten zoals Prenatale Huisbezoeken JGZ, prenataal Stevig Ouderschap en VoorZorg in het Basispakket JGZ.

Sinds Hermans, Öry, en Schrijvers (2005) in het kader van de preventie van kindermishandeling

en de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) in het kader van terugdringing van de perinatale sterfte in Nederland het belang van vroegsignalering en risicoselectie in de zwangerschap onderstreepten, wordt gewerkt aan verbetering van deze samenwerking. Diverse landelijke initiatieven vanuit het medisch perspectief dan wel het kind-perspectief houden zich hiermee bezig: Healthy Pregnancy for All (HP4All – Erasmus Universitair Medisch Centrum) respectievelijk Vroeg Erbij (TNO) in samenwerking met het NCJ, KNOV, Actiz en gemeenten. Daarnaast zijn er diverse verloskundige kringen, tweedelijns samenwerkingsverbanden, JGZ-organisaties en gemeenten die de handen ineenslaan ten behoeve van een verbeterde samenwerking.

De actoren die een rol spelen in deze pre-postnatale samenwerking zijn de volgende:
In de kern:

- Gemeenten als regisseur
- De JGZ 0 - 4
- Eerste- tweede- en derdelijns verloskundig zorgverleners (verloskundigen, gynaecologen en verpleegkundigen)
- Kraamzorg

In de schil:

- Huisarts
- POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie), zie ook: Landelijk Centrum Psychiatrie en Zwangerschap (Erasmus UMC)
- Regionale OndersteuningsStructuur Eerstelijns (ROS)
- Regionaal aanbod zoals Voorzorg, Prenataal Stevig Ouderschap, opvang tienermoeders etc.
- Zorgverzekeraar
- Aanpalende hulp zoals van MEE, GGZ, Algemeen Maatschappelijk Werk etc.
- Ouder-belangenorganisatie

Het doel van deze samenwerking dient te zijn om samen met (aanstaande) ouders een optimale start voor iedere jeugdige te bewerkstelligen, zowel medisch gezien als voor wat betreft de opgroei-omstandigheden voor de jeugdige.

Daarvoor is het volgende nodig:

- Structureel contact tussen verloskundig zorgverleners, kraamzorg en JGZ.
- Systematische signalering van risico's en ongunstige opgroei-omstandigheden door verloskundig zorgverleners (bv. met ALPHA-NL).

- Scholing van verloskundig zorgverleners in het signaleren van ongunstige opgroei-omstandigheden voor jeugdigen.
- Gebruik van een Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd door kraamzorginstellingen (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2014).
- Scholing kraamverzorgenden in het signaleren van ongunstige opgroei-omstandigheden voor jeugdigen.
- Duidelijke afspraken over het vervolg op dit signaleren van ongunstige opgroei-omstandigheden (sociale kaart, zorgpaden, protocol).
- Ontwikkelen en (landelijk) toegankelijk maken van prenatale huisbezoeken JGZ.
- Daarnaast landelijke uitrol van programma's voor hoog-risicogroepen (zoals Voorzorg).
- Protocolleren van (V)OTS (mogelijk vanaf de abortusgrens van 24 weken zwangerschap) en UHP (uithuisplaatsing) direct na de geboorte.
- Structureel en systematische gegevensoverdracht van verloskundig zorgverlener en kraamzorg naar de JGZ, van zowel medische als psychosociale informatie van het gezin (bv. in Amsterdam). Zie ook de Standpunt Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg (NCJ, 2011)

Referenties

Almeida, C. P., Cunha, F. F., Pires, E. P., & Sá, E. (2013). Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 419-25.

Bakker, I., Bakker, C., Dijke, A. van, & Terpstra, L. (1998). *Het Balansmodel. O & O in perspectief*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., & Coren, E. (2011) Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database*, 16, CD002964.

Berlin, L. J., Dodge, K. A., & Reznick, J. S. (2013). Examining pregnant women's hostile attributions about infants as a predictor of offspring maltreatment. *Journal of American Medical Association Pediatrics*, 167, 549-53.

Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP. Signalementstudie zwangerschap en geboorte, lijnen in de perinatale sterfte. Rotterdam, Erasmus MC, December 2009

Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ). *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 91, 374.

Bouwmeester-Landweer, M. B. R. (2006). *Early home visitation in families at risk for child maltreatment*. Leiden: Leiden University, Department Paediatrics, Faculty of Medicine/Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University.

Casanueva, C. E., & Martin, S. L. (2007) Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 603-22.

Chan, K. L., Brownridge, D. A., Fong, D. Y., Tiwari, A., Leung, W. C., & Ho, P. C. (2012). Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 36, 275-84.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.

Department of Health/Department for Education and Employment/Home Office. (2000) Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. London. The Stationery Office.

Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum.

Hielkema, M., Winter, A. F. de, Meer, G. de, & Reijneveld, S. A. (2011). Effectiveness of a family-centered method for the early identification of social-emotional and behavioral problems in children: a quasi experimental study. Groningen: UMCG.

Horner, G. (2005). Domestic violence and children: effects of domestic violence on children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 206-212.

Jonge, A. de, Korfker, D. G., Vogels A. C. G., Pal, S. M. van der, Vink, R. M., & Buitendijk, S. E. (2007). Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode. Leiden: TNO.

Keinemans, J. S. (2010). Eervol jong moederschap: Een studie naar de leefwereld van adolescente moeders. Delft: Eburon.

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.

Leeners, B., Rath, W., Block, E., Görres, E., & Tschudin, S. (2014). Risk factors for unfavorable pregnancy outcome in women with adverse childhood experiences. *Journal Perinatal Medicine*, 171-178.

Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associate factors of fear of childbirth in 6 European countries. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 5.

Mejdoubi, J. (2014). The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014) Verbetering nodig in de samenwerking tussen kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Mulder, T. M. (2014). Risk factors for child abuse and neglect: A meta-analytic review. Unpublished Master thesis, Forensic Child and Youth Care Sciences. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Myhre, M. C., Thoresen, S., Grøgaard, J. B., & Dyb, G. (2012). Familial factors and child characteristics as predictors of injuries in toddlers: A prospective cohort study. *British Medical Journal Open*, 2: e000740

Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 231-249.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (2011). Standpunt Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M., & Luckey, D. (1997) Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 278, 637-43.

Oudhof, M, Zoon, M., & Steege, M. van der, (2013). Wat werkt voor jonge moeders? Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut.

Plant, D. T., Barker, E. D., Waters, C. S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychological Medicine*, 43, 519-28.

Pop V. J. M., Komproe, I. H., Son, M. J van (1992). Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 26, 101-10.

Quispel, C. (2014) Psychopathologie, psychosociale problematiek en middelengebruik tijdens de zwangerschap - screening en zorgtoeleiding. Proefschrift. Rotterdam: Universiteit van Rotterdam.

Sleuwen, B. E. van, Vink, R. M., Stel, H. van, Staal, I. E. (2015). VIMP Prenatale Huisbezoeken JGZ. Leiden/Utrecht/Goes: TNO/UMCU/GGD Zeeland.

Staal, I. E., Hermanns, J. M. A., Schrijvers, A. J. P., & Stel, H. F., van (2013). *Pediatrics Risk*

assessment of parents' concerns at 18 months in preventive child health care predicted child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. Volume 37, Issue 7, July 2013, Pages 475–484.

Stel, H. F. van, Staal, I. E., Hermanns, J. M. A., & Schrijvers, A. J. P., (2012). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2012 Jun 14;12:71. doi: 10.1186/1471-2431-12-71.

Stith S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13–29.

Velden, J. van, namens Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009). Een goed Begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.

Vink, R. M., & Detmar, S. M. (2012). Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 90(8), 531.

Vink, R. M., Rijnders, M. E. B, Dommelen, P. van P., & Broerse, A. (2009). Vroeg signaleren van ongunstige opgroei-omstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord. Leiden: TNO.

Vink, R. M., Rijnders, M.E.B., Buitendijk, S., Broerse, A., Korfker, D., & Öry, F. (2010). Vroeg erbij. Vroegsignalering met de ALPHA-NL. *Tijdschrift voor verloskundigen*. April 2010. Utrecht: KNOV.

Vink, R., Sleuwen, B. van, & Boere-Boonekamp, M. (2013). Evaluatie Prenatale Huisbezoeken JGZ. Leiden: TNO.

Wolff, M.S. de, Pannebakker, F.D., & Bouwmeester- Landweer, M. B. R. (2012). Samen Starten met Stevig Ouderschap. Stevig Starten, een combinatie van methodes vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 jaar voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties met inbegrip van kindermishandeling en het ondersteunen van gezinnen met jonge kinderen. Leiden: TNO.

8. Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndroom) - Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke kennis hebben JGZ-professionals nodig voor de preventie en aanpak van Abusive Head Trauma?

Aanbevelingen

JGZ-professionals beschikken over de volgende basiskennis van Abusive Head Trauma (AHT):

- Aard en omvang, gevolgen en gevaren
- Signalen van AHT
- Risicofactoren bij de baby
- Risicofactoren bij de ouders

Werk volgens de multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's.

Bij een sterk vermoeden van AHT moet de baby zo snel mogelijk naar de spoedafdeling van het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden gebracht.

Bij een zwak vermoeden van AHT treedt de Meldcode in werking: overleg met collega's, schakel Veilig Thuis in, en ga het gesprek aan met de ouder(s). Zie verder [Thema 3](#).

Algemeen:

- Implementeer een structuur van universele preventieve voorlichting aan alle ouders (ook vaders) over omgaan met het huilgedrag van de baby, de risico's van schudden en hoe dit te voorkomen.
- Implementeer een structuur van selectieve preventie gericht op ouders met een verhoogd risico op AHT; wanneer deze risicofactoren reeds bestaan tijdens de zwangerschap, is het mogelijk dat de verloskundige een of meerdere prenatale huisbezoeken JGZ aanvraagt (zie ook [Thema 7](#)).
- Maak regionale afspraken met verloskundigen, kraamverzorgenden, medewerkers JGZ, ziekenhuizen en huisartsen over het geven van deze voorlichting rond de geboorte.

- Gebruik voorlichtingsmateriaal dat past bij het opleidingsniveau en taal van de ouders en dat bestaat uit mondeling- schriftelijk- en beeldmateriaal.

Onderbouwing

De informatie en aanbevelingen in dit thema zijn gebaseerd op de expertise van de auteur (Van Sleuwen, Vlasblom, & L'Hoir, TNO) en de meest recente literatuur op het gebied van AHT. De auteur heeft meegewerkt aan diverse artikelen en een werkboek en scholing op het gebied van AHT.

Wat is Abusive Head Trauma?

Abusive Head Trauma (AHT), ook wel beschreven als 'Inflicted Traumatic Brain Injury' (ITBI) en als Shaken Baby Syndroom (SBS), is een vorm van lichamelijke kindermishandeling waardoor beschadigingen aan het hoofd of aan de hersenen (Narang & Clarke, 2014) kunnen ontstaan. AHT kan veroorzaakt worden door heftig schudden van het kind, maar het kan ook ontstaan ten gevolge van hard slaan (zonder schudden) (Carbaugh, 2004). Hierdoor kunnen bloedingen in de hersenen en/of in de ogen ontstaan. Van de kinderen die overleven, heeft tot 80% blijvende schade (Bonnier, 2003; Ewing-Cobbs et al., 1998), 18-25% van de kinderen overlijdt als gevolg van het schudden (AAP, 2001; Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2010; Keenan et al., 2003; King, 2003;). De meeste gevallen van AHT komen voor bij kinderen onder 2 jaar (Bruce & Zimmerman, 1989).

Vanwege deze ernstige gevolgen is AHT een belangrijk onderwerp binnen de JGZ. Het lichaam van een baby is zeer kwetsbaar, omdat nog niet alle spieren en botten zo ontwikkeld zijn dat zij optimale bescherming bieden. In het relatief grote babyhoofdje, dat bij het schudden door de lage spierspanning heftig heen-en-weer beweegt, kan gemakkelijk hersenschade ontstaan. JGZ-professionals kunnen voor hun basiskennis over dit thema gebruik maken van het werkboek Implementatie van de aanpak van shaken baby syndroom (TNO, 2014). Dit werkboek wordt gebruikt in een training die is opgezet voor alle verloskundig zorgverleners, kraamverzorgenden, jeugdartsen en -verpleegkundigen en overige professionals in het netwerk van zorg rondom (aanstaande) ouders en de pasgeborene. Bij deze training is ook een DVD, een boekje voor ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden en een set gesprekskaarten beschikbaar. Daarnaast is veel informatie te vinden in de [multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's](#). In deze richtlijn is vanaf pagina 40 het onderwerp AHT opgenomen.

Hoe vaak komt AHT voor?

In Nederland geeft 5.6% van de ouders aan zijn baby wel eens te slaan, schudden of smoren in reactie op huilen (Reijneveld, Van der Wal, Brugman, Sing, & Verloove-Vanhorick, 2004). Dit

percentage ligt overigens hoger (13%) bij gezinnen met niet alleen biologische ouders, bij zuigelingen die in verstedelijkte gebieden wonen, bij zuigelingen die afkomstig zijn uit niet-geïndustrialiseerde landen, bij zuigelingen met werkloze ouders, en bij ouders die zich zorgen maken over het huilen van hun kind. Een schatting van de incidentie van AHT in Nederland is 5 per 10.000 bij kinderen < 6 jaar en 33 per 100.000 kinderen < 1 jaar (Van der Veen, Boere-Boonekamp, L'Hoir, Bosschaart, & Rodrigues Pereira, publicatie in voorbereiding). Uit de literatuur blijkt dat in 64-79% van de gevallen de man verantwoordelijk is voor de schade die ontstaat als gevolg van schudden (Starling & Holden, 2000).

De Onderzoeksraad van de Veiligheid heeft de doodsoorzaak van 29 kinderen die slachtoffer waren van AHT en waarbij de afloop (bijna) fataal was, onderzocht over een periode van 2004-2007. In totaal is er bij 14 van de 29 kinderen sprake van ernstig hersenletsel, bijna altijd veroorzaakt door het schudden van een zuigeling ('Abusive Head Trauma') (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011).

Risicofactoren bij baby's

De volgende factoren verhogen het risico voor een baby om geschud te worden (Black, Heyman, & Smith Slep, 2001; Hoffman, 2005; Keenan et al., 2003):

- Ontroostbaar en/of vaak huilen
- Baby's die jonger zijn dan 1 jaar oud
 - Baby's jonger dan 1 jaar lopen het hoogste risico, maar AHT komt ook voor bij oudere kinderen.
 - Baby's (vooral baby's tussen de 2 en 4 maanden) lopen het hoogste risico op letsel door AHT. Ook huilen zij vaker en langer dan baby's ouder dan 4 maanden.
- Te vroeg geboren baby's of baby's met een handicap, beperking of stoornis
- Baby's die als één van een meerling geboren zijn
- Eerdere mishandeling of schudden
- Baby's van het mannelijk geslacht

Risicofactoren bij ouders en verzorgers

De meeste plegers van AHT zijn ouders, waarbij de man vaker de pleger is dan de vrouw. De volgende factoren verhogen het risico op schudden van ouders of verzorgers (Miehl, 2005):

- pleger van huiselijk geweld;
- frustratie of boosheid door het huilen van de baby;
- vermoeidheid;

- slecht kunnen omgaan met woede;
- beperkte vaardigheden om zich aan te passen in situaties van stress;
- beperkte sociale steun;
- jonge leeftijd van de ouders;
- instabiele gezinssituatie;
- lage socio-economische status (SES);
- onrealistische verwachtingen over de ontwikkeling van kinderen en opvoeding;
- rigide houding en geringe impulscontrole;
- laag zelfbeeld en gevoelens van ontoereikendheid, eenzaamheid en depressie;
- slachtoffer of toeschouwer zijn van huiselijke geweld;
- negatieve ervaringen in de kindertijd, waaronder verwaarlozing of misbruik.

Gevolgen

Ongeveer één op vier baby's overlijdt aan de gevolgen van AHT (AAP, 2001; Center for Disease Control and Prevention 2010; Keenan, 2001; King, 2003). Van de kinderen die overleven, heeft tot 80% blijvende schade (Bonnier 2003; Ewing-Cobbs et al., 1998). Het kan dan gaan om een verstandelijke beperking, ontwikkelingsachterstand, lichamelijke handicap, zoals verlamming of spasticiteit, ernstige motorische stoornis, gedragsproblemen, leerproblemen, blindheid en epileptische aanvallen (Kemp, 2011).

Directe gevolgen die kunnen ontstaan als gevolg van hard schudden of slaan, zijn: scheuren van de kwetsbare bloedvaten in de hersenen, waardoor een hersenbloeding ontstaat, kneuzen van hersenweefsel, zwelling van de hersenen, afsterven van delen van de hersenen, bloedingen in de ogen, breuken van armen en benen en gebroken ribben. Er is minder vaak sprake van uitwendig letsel: blauwe plekken op arm of borst zijn zeldzaam (Kemp, 2011).

Signalen herkennen

Baby's die geschud zijn, laten vaak de volgende kenmerken zien: lusteloosheid, verminderde spierspanning, overmatige prikkelbaarheid, verminderde eetlust, slecht eten of spugen zonder duidelijke reden, geen stem- geluid of lachen, slecht zuigen of slikken, stijfheid of onnatuurlijk gedrag, moeilijke ademhaling, epileptische aanval, onvermogen om hoofd op te tillen en onvermogen om ogen te focussen of bewegingen te volgen. Het schudden kan leiden tot een ongelijke pupilgrootte. Het kan voorkomen dat het hoofd of voorhoofd groter lijkt dan normaal of dat de fontanel lijkt uit te puilen (Kemp, 2011).

Bij een vermoeden van AHT is snel handelen belangrijk. Snelle medische hulp kan voorkomen dat de gevolgen van het schudden verergeren, bijvoorbeeld door een zwelling in de hersenen te

behandelen.

Indien er een sterk vermoeden bestaat dat een baby is geschud, dan moet deze onmiddellijk naar de spoedeisende hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, liefst met de ouder(s). De medische behandeling heeft eerste prioriteit. De Meldcode treedt uiteraard ook in werking.

Veel vaker zal het vermoeden van schudden vaag zijn. In al die gevallen volgt de professional de stappen van de Meldcode: de professional gaat in gesprek over de jeugdige met collega's en schakelt Veilig Thuis in (zie verder [Thema 3](#) waarin de stappen worden beschreven).

Preventieve aanpak van AHT binnen de JGZ

Preventie van AHT is belangrijk, maar kan lastig zijn. Veel risicofactoren, zoals socio-economische status, familiale stress, prematuriteit, meerlingen, ontwikkelingsachterstand, en eerdere kindermishandeling zijn moeilijk te beïnvloeden (Ellingson, Leventhal, & Weiss, 2008; Gillham et al., 1998; Keenan et al., 2003; Minns, Jones, & Mok, 2008; Rentz et al., 2007). Onderzoek uit de laatste jaren laat zien dat met name het normale huilen van baby's de meest belangrijke en beïnvloedbare risicofactor (of trigger) is voor AHT. Of meer precies is het de reactie van de ouder/verzorger op het huilen van de baby, die gezien wordt als belangrijkste te beïnvloeden risicofactor.

Video-interactie begeleiding blijkt een effectieve interventie te zijn bij huilbaby's. Klein Velderman et al. (2011) hebben binnen de JGZ in een kleinschalige RCT de effectiviteit onderzocht van kortdurende video-hometraining (K-VHT) bij gezinnen met een huilbaby. De moeders in de experimentele groep waren tevreden over de steun die zij ontvingen via K-VHT, hadden een minder negatieve perceptie van het huilen, en voelden zich – in vergelijking met de moeders die reguliere zorg kregen – meer competent als opvoeder.

Verschillende studies hebben laten zien dat het geven van mondelinge, schriftelijke en beeldende voorlichting in de perinatale periode effectief is in het reduceren van het aantal geschudde baby's (Altman et al., 2011; Barr et al., 2009; Dias et al., 2005). Ook neemt kennis van ouders over huilen van baby's toe door het geven van voorlichting, wat mogelijk ook zal leiden tot een afname van AHT (Barr et al., 2009). TNO ontwikkelde vergelijkbaar materiaal voor toepassing in de Nederlandse situatie. Zij ontwikkelde de DVD 'Breekbaar Niet schudden', een voorlichtingsfilm voor ouders over de risico's en het voorkomen van schudden. Daarnaast is informatie opgesteld die is opgenomen in de GroeiGids Kraam en de GroeiGids JGZ. Verder is een boekje ontwikkeld met vergelijkbare informatie, geschikt voor ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden (laaggeletterde ouders, ouders die nog onvoldoende Nederlands spreken, ouders met een laag niveau). Alle materialen zijn te bestellen via de website

www.shakenbabysyndroom.nl.

Samenwerking van alle perinatale zorgverleners bij het bespreekbaar maken van dit onderwerp is wenselijk. Hierin wordt aangeraden regionale werkafspraken te maken met verloskundigen, kraamverzorgenden, medewerkers JGZ, ziekenhuizen en huisartsen over welke zorgprofessional op welk moment ouders voorlichting geeft over de risico's van schudden en hoe dit te voorkomen. Gebaseerd op internationale kennis en ervaring wordt aangeraden ouders rond de geboorte voor te lichten over de risico's en mogelijke gevolgen van schudden en hoe dit te voorkomen (Altman et al., 2011; Dias et al., 2005). Aangezien moeilijk te voorspellen is welke ouders een risico lopen, is het belangrijk om álle ouders, zowel de moeders als vaders, preventief (universele) voorlichting te geven. Bovendien dient bij het geven van voorlichting ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor het geven van voorlichting aan álle verzorgers van de baby, aangezien uit de literatuur blijkt dat in 64-79% van de gevallen de man verantwoordelijk is voor de schade (Starling & Holden, 2000).

Voorlichting dient te bestaan uit mondeling, schriftelijk en beeldend materiaal. Daarnaast dient er extra aandacht te bestaan voor ouders bij wie het risico op AHT hoger is, zoals ouders met een overmatig huilende baby, of ouders met risicofactoren zoals genoemd in de alinea 'Risicofactoren bij ouders /verzorgers'. Wanneer voorgenoemde risicofactoren reeds bestaan tijdens de zwangerschap, is het mogelijk dat de verloskundige een of meerdere prenatale huisbezoeken aanvraagt, uitgevoerd door de jeugdverpleegkundige (zie [Thema 7](#)).

Referenties

- Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P. A., Daley, N., Butt, N. K., & Brand, D. A. (2001). Parent education by maternity nurses and prevention of Abusive Head Trauma. *Pediatrics*, 128, 1164 - 1172.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 108, 206-10.
- Barr, R. G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 727-33.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggressive Violent Behaviour*, 6, 121-88.
- Bonnier, C., Nassogne, M. C., Saint-Martin, C., Mesples, B., Kadhim, H., & Sébire, G. (2003). Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome. *Pediatrics*, 112, 808–814.
- Bruce, D., & Zimmerman, R. (1998). Shaken impact syndrome. *Pediatric Annals*, 18, 482-494.
- Carbaugh, S. F. (2004). Understanding shaken baby syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 4, 105-114.
- Center for Disease Control and Prevention, national Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. Shaken baby syndrome Tip sheet. Nonfatal Maltreatment of Infants. Gedownload op 1-3-2010 van www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5713a2.htm.
- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115, 470.
- Ellingson, K. D., Leventhal, J. M., & Weiss, H. B. (2008). Using hospital discharge data to track inflicted traumatic brain injury. *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 157–162.
- Ewing-Cobbs, L., Kramer, L., Prasad, M., Canales, D. N., Louis, P.T., Fletcher, J. M., Vollero, H., Landry, S. H., & Cheung, K. (1998). Neuroimaging, physical, and developmental findings

after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics*, 102, 300–306.

Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B., Freeman, I., Rooney, M., & Lambie, A. (1998). Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 79–90.

Hoffman, J. M. (2005). A case of shaken baby syndrome after discharge from the newborn intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 5, 135-46.

Keenan, H. T. (2001). Epidemiology of abusive head trauma. In: Jenny, C. (Red). *Child abuse and neglect: diagnosis, treatment, and evidence*, pp 35–38, St. Louis: Saunders.

Keenan, H. T., Runyan, D. K., Marshall, S. W., Nocera, M. A., Merten, D. F., & Sinal, S. H. (2003). A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *Journal of the American Medical Association*, 290, 621-6.

Kemp, A. M. (2011). Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Archives of Diseases in Childhood – Education and Practice*, 96, 202-208.

King, W. J., MacKay, M., & Sirnick, A. (2003). Shaken baby syndrome in Canada: Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 155–159.

Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Fukkink, R.G., Wolff, M.S. de, Dommelen, P. van, Luijk, P.C.M., Sleuwen, B.E. van, Reijneveld, S.A. (2011) De effectiviteit van kortdurende videohometraining in de jeugdgezondheidszorg. Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby. Leiden: TNO.

Miehl, N. J., Shaken baby syndrome. *J Forensic Nurs* 2005; 1:111-7.

Minns, R. A., Jones, P. A., & Mok, J. Y. Q. (2008). Incidence and demography of non-accidental head injury in southeast Scotland from a national database. *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 126–133.

Narang, S., & Clarke, J. (2014). Abusive head trauma; past, present, and future. *Journal of Child Neurology*, 29, 1747-1756.

Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2011). Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Een

themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale en bijna fatale afloop. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Reijneveld, S. A., Wal, M. F. van der, Brugman, E., Sing, R. A., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *Lancet*, 364, 1340-1342.

Rentz, E. D., Marshall, S. W., Loomis, D., Casteel, C., Martin, S. L., & Gibbs, D. A. (2007). Effect of deployment on the occurrence of child maltreatment in military and nonmilitary families. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1199–1206.

Sleuwen, B. E. van, Vlasblom, E., & L'Hoir M. P. (2012) Implementatie van de aanpak ter preventie van het shaken baby syndroom. Leiden: TNO Innovation for life.

Starling, S. P., & Holden, J. R. (2000). Perpetrators of abusive head trauma: A comparison of two geographic populations. *South Med Journal*, 93, 463-465.

Veen, N. M. van der, Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M., Bosschaart, P. A. N., & Rodrigues Pereira, R. (ingestuurd voor publicatie). Intracranial haemorrhages in young children in the Netherlands.

9. Psychische en psychiatrische problematiek bij ouders - Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke kennis over psychische en psychiatrische ouderproblematiek hebben JGZ-professionals nodig om dit als risicofactoren voor kindermishandeling te kunnen signaleren?

Aanbevelingen

Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten dienen basiskennis te hebben van:

- (licht) verstandelijke beperking (LVB);
- veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden bij volwassenen en welke symptomen bij ouders hierop kunnen wijzen, zoals bij (postpartum) depressie, ADHD, gedragsstoornis, borderline, autisme, trauma;
- het effect van psychiatrische ouderproblematiek op kinderen;
- de onderdelen van de screening op ongunstige opgroei-omstandigheden, die de signalen van ouders betreffen;
- het signaleren van beschermende factoren die een mogelijk schadelijk effect kunnen beperken of voorkomen.

Vraag bij ieder regulier contact in de algemene anamnese naar het psychische welbevinden van de ouders ('hoe gaat het met u, hoe voelt u zich?').

Adviseer de ouder(s) om gesignaleerde problemen te bespreken met de huisarts, maatschappelijk werk of GGZ (afhankelijk van de aard en ernst).

Bespreek met de ouder die bekend is met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek, wat het effect daarvan kan zijn op zijn of haar rol als ouder.

Onderbouwing

Dit thema is gebaseerd op enkele overzichtsstudies, zoals de tweede Nemesis studie (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010), een programmeringsstudie over depressie (Smit et al., 2013), en een studie over ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornissen (Tuithof, Ten Have, Van Dorsselaer, & De Graaf, 2010). Ook is gebruik gemaakt van een handreiking van het Landelijk Kenniscentrum LVB over signalering van LVB en een Handreiking van de Amerpoort (De Jong, Stremmelaar, & Looij, 2014) over het ondersteunen van ouders met een verstandelijke beperking.

JGZ-professionals hebben behoefte aan meer kennis over psychische en psychiatrische problematiek in relatie tot kindermishandeling. Hoewel JGZ-professionals niet altijd weet hebben van psychische en psychiatrische problematiek bij ouders en of andere verzorgers, is het van belang dat zij hier voldoende kennis over hebben om alert te kunnen zijn op (het risico op) kindermishandeling. Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek worden ook wel KOPP-kinderen genoemd. Er is veel bekend over psychische en psychiatrische problematiek bij volwassenen. Ook is er veel bekend over de effecten daarvan op kinderen. Deze kennis dient als basiskennis toegankelijk te worden gemaakt voor de JGZ-professionals (onder andere in het opleidingscurriculum).

De Kindcheck

Zodra bij een volwassene psychiatrische problemen worden vastgesteld, dan is de Kindcheck aan de orde. De Kindcheck vormt een onderdeel van de Meldcode (stap 1).

De Kindcheck geldt voor alle professionals die onder de Wet Verplichte meldcode vallen. De Kindcheck is vooral gericht op professionals die contacten hebben met volwassen cliënten. Daarnaast geldt de Kindcheck ook voor professionals die zich zorgen maken op basis van oudersignalen terwijl er geen kindsignalen zijn (bijvoorbeeld binnen de kinderopvang en het onderwijs).

De Kindcheck is in alle gevallen aan de orde waarin de professional zich, vanwege ernstige situatie van zijn volwassen cliënt, zorgen maakt over mogelijk aanwezige minderjarige en ongeboren kinderen. Als een professional meent dat er, vanwege de toestand van de cliënt, risico's zijn op ernstige schade voor kinderen of een bedreiging van de veiligheid van kinderen die afhankelijk zijn van de zorg van cliënt, dan is de Kindcheck aan de orde. Zo geldt de Kindcheck bijvoorbeeld in geval van een ernstige (chronische) depressie, zware verslaving of geweld tussen ouders en andere huisgenoten.

Wat houdt de Kindcheck in? De Kindcheck bestaat uit drie stappen:

1. De professional gaat in gesprek met zijn cliënt en:
 - vraagt of er minderjarige kinderen bij hem of haar in huis wonen en als dit het geval is of en met wie de cliënt de zorg voor deze kinderen deelt;
 - onderzoekt samen met de cliënt of het ondanks zijn situatie lukt om de kinderen voldoende verzorging, zorg en veiligheid te bieden; of hij of zij daar hulp bij heeft en of hij (meer) hulp wenst;
 - vraagt of hij/zij een (ex)partner heeft met kinderen waar hij geregeld aanwezig is;
 - vraagt of cliënt of de (ex)partner zwanger is.
2. Op basis van dit gesprek en op basis van de situatie waarin de cliënt verkeert, stelt de professional vast of zijn zorgen over de mogelijke ernstige schade voor de kinderen zijn weggenomen of dat de zorgen, ook na het gesprek, zijn gebleven.
3. Blijven er zorgen na het gesprek met de cliënt, dan zet de professional op basis van de oudersignalen de stappen van de Meldcode. Deze stappen zijn er op gericht de situatie waarin de kinderen zich feitelijk bevinden nader te (laten) onderzoeken en zo nodig (meer) passende hulp te organiseren voor alle betrokkenen. Blijven de zorgen en/of lukt het niet om passende hulp te organiseren, dan zal de professional besluiten om een melding te doen bij Veilig Thuis omdat hij meent dat een Veilig Thuis onderzoek naar de situatie van de kinderen noodzakelijk is om het risico op ernstige schade te beperken.

Voor een ouder met een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of veel psychosociale problemen kan de interactie met de jeugdige en het opvoeden moeilijker zijn maar dat hoeft niet. Het hangt er van af hoe de ouder op deze problemen reageert: met frustratie, neiging tot agressie, irritatie (externaliserend) of met afstandelijkheid, afwezigheid, depressie (internaliserend)? Begrijpt de ouder de behoefte van de jeugdige en wat er nodig is voor een goede ontwikkeling; kan de ouder wanneer nodig de eigen behoefte beheersen?

Ga ook altijd na welke positieve, sterke kanten de ouders hebben: wanneer het goed gaat in het gezin, waar zij trots op zijn, wat hen bindt.

Hoe vaak komen psychische problemen voor?

De meest voorkomende psychische en psychiatrische problematiek onder volwassenen is volgens het Nemesis-2 onderzoek van het Trimbosinstituut (De Graaf et al., 2010):

- stemmingsstoornissen (incidentie: 139.300 nieuwe gevallen jaarlijks), waarvan depressie de meest voorkomende stoornis is (incidentie: 135.600 nieuwe gevallen jaarlijks);
- angststoornissen (incidentie: 143.800 nieuwe gevallen jaarlijks);

- middelenstoornis, dat wil zeggen misbruik van of verslaving aan alcohol- of drugs (incidentie: 83.000 nieuwe gevallen jaarlijks).

Depressie en postpartum depressie

Depressie komt in de algemene bevolking bij 5,8 % van de Nederlanders tussen 18 en 64 jaar voor (Smit et al., 2013). Dus bijna 6 op iedere 100 volwassenen heeft last van serieuze depressieve klachten, dat wil zeggen: heeft gedurende een periode van minimaal twee weken een abnormale somberheid en/of een abnormale lusteloosheid, verlies van interesse of een onvermogen om ergens van te genieten (American Psychiatric Association, 2000). Bij vrouwen komt een depressie bijna twee keer zoveel voor als bij mannen: 24,3% van de vrouwen heeft in haar leven ooit last gehad van een depressie. Bij mannen is dit percentage 13,1% (De Graaf et al., 2010).

Hoe herken je een depressie bij een ouder? Volgens de DSM-5 (APA, 2013) is er sprake van een depressie als ten minste vijf van de volgende symptomen gedurende twee weken aanwezig zijn, én als er sprake is van veranderingen ten opzichte van het eerdere functioneren van de ouder. Ten minste één van de symptomen is een sombere stemming of duidelijke verlies van interesse en plezier.

De overige vier symptomen kunnen zijn:

- onopzettelijk, duidelijk gewichtsverlies of gewichtstoename, of een afname of toename van de eetlust;
- slaapklachten: niet (voldoende) kunnen slapen, of te veel moeten slapen, bijna elke dag;
- psychomotorische agitatie (gejaagdheid) of geremdheid bijna elke dag;
- vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag;
- gevoelens van waardeloosheid, of buitensporige c.q. inadequate (onterechte) schuldgevoelens;
- vermindering van het vermogen om te denken, zich te concentreren, of besluiteloosheid;
- gevoelens van wanhoop, terugkerende gedachten aan zelfdoding of poging tot suïcide.

Gemeten naar ernst, komen depressies voor in gradaties. Er wordt wel gesproken van een subklinische depressie, waarbij enkele depressieklachten aanwezig zijn, maar die niet beantwoorden aan de diagnostische criteria van een depressieve stoornis. Naar ernst gemeten zijn de depressieve stoornissen onder te verdelen naar lichte, matige en ernstige depressies. Bij een lichte depressie kan iemand meestal binnen drie maanden weer vooruit en wordt de depressie vaak op eigen kracht, dus zonder professionele hulp, overwonnen. Bij een matige depressie lukt het niet meer om goed te functioneren in het eigen gezin thuis of op het werk. Ook is de kans afgenomen dat de klachten vanzelf weer overgaan. Bij een ernstige depressie lukt het echt niet

meer om thuis en op het werk te functioneren, alles lijkt een zwart gat en gevoelens van waardeloosheid domineren de stemming. Ernstige depressies kunnen ook gepaard gaan met waangedachten waarbij de greep op de werkelijkheid verloren is gegaan. Professionele hulp is dan zeker geïndiceerd (Smit et al., 2013).

De ziekteduur van een depressie varieert. Naar schatting in de helft van de gevallen is de duur van een depressie beperkt tot drie maanden waarna herstel optreedt, al dan niet met hulp. Bij 15-20% van de mensen duurt de depressie langer dan twee jaren, dat wordt 'chronisch' genoemd. Al met al duurt een depressieve episode gemiddeld zes maanden.

Preventie van depressie

Een meta-analyse heeft laten zien dat het ontstaan van een depressie, voorkomen of in ieder geval uitgesteld kan worden met behulp van een preventieve interventie (Cuijpers, Van Straten, Smit, & Beekman, 2008). Mensen die aan een preventieve interventie deelnamen liepen 22% minder kans dan mensen in de controlegroepen om in de periode daarna een depressieve stoornis te ontwikkelen. De cursus 'Omgaan met depressie' was in de meta-analyse de belangrijkste interventie. Nieuwe ontwikkelingen zijn preventieve interventies via Internet en het toepassen van stepped-care interventies bij mensen die reeds depressieve klachten, maar nog geen stoornis, hebben (Smit et al., 2013). Hoewel preventieve interventies effectief zijn bij het reduceren van de incidentie van depressieve stoornissen is het bereik ervan relatief gering. Er wordt geschat dat in Nederland jaarlijks ongeveer vierduizend mensen bereikt worden met preventieve interventies gericht op depressie. Dat is slechts 1% van de ruim 350 duizend mensen die per jaar een depressie ontwikkelen.

Post-partumdepressie

Een post-partumdepressie is een stemmingsstoornis waarbij de depressieve episodes in veel gevallen binnen vier weken na de bevalling optreden (APA, 2013). Jaarlijks krijgt in Nederland ongeveer 1 op de 10 vrouwen die bevallen zijn, een postpartum depressie. De symptomen die hierbij kunnen voorkomen, zijn: neerslachtigheid, slapeloosheid of juist extreme slaapbehoefte, gepieker, onzekerheid, lusteloosheid of weinig interesse of liefde voor het kind voelen (Engels & Haspels, 2003). Deze symptomen komen doorgaans vaker voor bij moeders die recent bevallen zijn, maar als deze symptomen langer aanhouden (tot 6 maanden na de bevalling) en ernstiger van aard worden, kan het zijn dat de moeder aan een postpartum depressie lijdt (Beck, 2006). Het natuurlijke verloop van een postpartum depressie is niet altijd gunstig. Waar de meeste moeders binnen zes maanden tot een jaar weer spontaan herstellen, kunnen de depressieve episodes zonder behandeling ook anderhalf jaar duren of zelfs een chronische vorm aannemen (Klompenhouwer & Van Hulst, 1994). Verondersteld wordt dat van alle aankomende moeders ongeveer 7% een postpartum depressie ontwikkelt in de eerste drie maanden na de bevalling, terwijl daarnaast nog eens 8% een subklinische variant van postpartum depressie ontwikkelt

(Gaynes et al., 2005; Lanes, Kuk, & Tamim, 2011; Wisner, Chambers, & Sit, 2006). Het gaat hierbij om tussen de 13.000 en 27.000 vrouwen op jaarbasis. Dat betekent dat postpartum depressie driemaal zo vaak voorkomt als depressie bij niet-zwangeren (O'Hara et al. & Swain, 1996).

Bij onbehandelde postpartum depressie treedt gemiddeld na 4 tot 6 maanden spontaan herstel op (O'Hara, 2009), maar in sommige gevallen duurt de depressie langer, met langdurig en ernstig lijden als gevolg (Cooper & Murray, 1998). Een postpartum depressie is een van de risicofactoren voor een verstoorde ontwikkeling van een pasgeboren kind (Pawlby et al., 2011). Lang niet altijd wordt deze depressie tijdig onderkend en behandeld (Postma, 2008; De Waal, Tuerlings, De Boer, Smal, & Van Waarde, 2010).

Een postpartum depressie heeft niet alleen negatieve gevolgen voor de moeder zelf, het heeft ook consequenties voor de kinderen van de depressieve moeder, zowel op korte als op lange termijn (Murray & Cooper, 2004; Pawlby et al., 2011). Zo lopen de kinderen een verhoogd risico op verstoringen in de mentale en motorische ontwikkeling, gebrekkige zelfregulatie, een laag zelfvertrouwen en langdurige gedragsproblematiek (Beck, 1999; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007; Wisner et al., 2006). Bovendien is postpartum depressie gerelateerd aan onveilige gehechtheidsrelatie en moeilijkheden in sociale interacties (Cummings & Davies, 1994; Dennis, 2004; Hipwell, Goossens, Melhuish, & Kumar, 2000). Tenslotte kan een postpartum depressie een negatieve invloed hebben op de cognitieve vaardigheden van kinderen en hun expressieve taalontwikkeling (Cox, Puckering, Pound, & Mills, 1987).

Kinderen van ouders met psychische problemen: KOPP

KOPP staat voor 'kinderen van ouders met psychische problemen'; ook wordt wel gesproken van KVO, 'Kinderen van Verslaafde Ouders'. Naar schatting telt Nederland 400.000 ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Samen hebben zij ruim 500.000 kinderen. Het opgroeien in een dergelijk gezin kan voor kinderen ingrijpende gevolgen hebben. Zo lopen zij bijvoorbeeld in vergelijking met kinderen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders een drie tot dertien keer zo groot risico om zelf psychische problemen en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen (Goossens & Van der Zanden, 2012). Tevens is het hebben van een ouder met een psychisch probleem een belangrijke risicofactor voor kindermishandeling.

Niet alle KOPP-kinderen hebben een even groot risico om zelf ook een psychische aandoening of verslaving te ontwikkelen en niet alle kinderen hebben professionele hulp nodig, zij het dat het hebben van een chronisch zieke ouder een bedreigende factor is voor de gezonde ontwikkeling van de jeugdige. Of een KOPP-kind (psychische) problemen ontwikkelt, is afhankelijk van een aantal kind-, ouder- en omgevingsfactoren. Uit onderzoek blijkt dat de kans op problematiek significant toeneemt bij een cumulatie van risicofactoren enerzijds in combinatie met een beperkte aanwezigheid van beschermende factoren anderzijds (Hosman, Van Doesum, & Van

Santvoort, 2009).

Omdat er veel overlap is met de risicofactoren voor kindermishandeling in het algemeen, bespreken we in deze paragraaf in kort bestek de risicofactoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat deze specifiek bij KOPP-kinderen kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychische aandoeningen bij de jeugdige (Goossens & Van der Zanden, 2012). Zie verder [Thema 2](#).

Risicofactoren bij de jeugdige voor het ontwikkelen van een psychische stoornis zijn:

- weinig zelfvertrouwen en het ontbreken van cognitieve en sociale vaardigheden bij de jeugdige. Omgekeerd kunnen voldoende sociale vaardigheden en veel zelfvertrouwen een kind ook beschermen, waardoor de kans op het ontwikkelen van psychische problemen op latere leeftijd juist kleiner wordt.
- weinig kennis over de ziekte van de ouder;
- het te zeer overnemen van de rol en taken van de ouder door de jeugdige; zogeheten ‘parentificatie’;
- negatieve cognities van de jeugdige met betrekking tot de ziekte van de ouder, zoals gevoelens van schuld, schaamte en het idee hebben de enige te zijn;
- een jonge leeftijd van het kind: hoe jonger het kind des te groter de invloed van de ouders;
- genetische aanleg bij de jeugdige; hoewel een genetische risicofactor niet noodzakelijkerwijs leidt tot een stoornis.

Risicofactoren bij de ouders voor het ontwikkelen van een psychische stoornis (bij het kind) zijn:

- de psychische ziekte van de ouder is ernstig en chronisch;
- er is sprake van comorbiditeit, het hebben van meerdere psychische ziekten.
- beide ouders hebben een psychisch probleem of verslaving.

Bekende risicofactoren met betrekking tot de ouder-kind interactie:

- weinig aandacht van de ouder, geringe betrokkenheid tussen ouder en kind zoals tot uiting komt onvoldoende sensitieve ouder-kind interacties;
- een onveilige gehechtheidsrelatie met de ouder.
- weinig zicht van de ouder op het doen en laten van de jeugdige.
- inadequate opvoedingsstrategieën en slecht voorbeeldgedrag van ouders.
- agressie, huiselijk geweld of mishandeling in het gezin.
- de afwezigheid van een gezonde ouder of andere goed functionerende volwassene die zorg draagt voor de kinderen.

Het is belangrijk jeugdigen en gezinnen die een verhoogd risico lopen vroegtijdig op te sporen en gepaste interventies in te zetten; zie hiervoor ook de jeugdzorg Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) (www.richtlijnenjeugdhulp.nl). En voor ouders respectievelijk jeugdigen: www.kopopouders.nl en www.survivalkids.nl

Andere psychiatrische aandoeningen bij ouders

Hoewel angst- en stemmingsstoornissen (waaronder depressie) het meest voorkomen, zijn er minder voorkomende aandoeningen die veel invloed hebben op het ouderschap, zoals:

- bipolaire stoornis;
- ADHD;
- borderline;
- antisociale persoonlijkheidsstoornis;
- autisme;
- trauma;

In het algemeen geldt een psychiatrische stoornis een negatief effect heeft op het opvoedgedrag van ouders. Ouders met een psychiatrische stoornis hebben doorgaans weinig vertrouwen in hun eigen kunnen als opvoeder, en is veelvuldig aangetoond dat de ouders met psychische stoornissen er niet in slagen op een adequate manier op hun (jonge) kind te reageren. Psychopathologie vergroot de kans op ongevoelige reacties, lage betrokkenheid bij het kind, weinig monitoren, agressie, afwijzing en kindermishandeling (Bifulco, Moran, Baines, Bunn, & Stanford, 2002; Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001; Harnish, Dodge, & Valente, 1995; Murray & Cooper, 2004). Vooral als deze gedragingen in het vroege leven van de jeugdige aanwezig zijn, is de kans op onregelde emotie-regulatiepatronen, negatieve emotionaliteit, onveilige gehechtheid en verminderde ervaren competentie van kinderen (Hipwell et al., 2000; Rogosch, Cicchetti, & Toth, 2004).

Bipolaire stoornis

Personen met een bipolaire stoornis (ook wel manisch-depressieve stoornis) hebben te maken met sterke stemmingswisselingen. De persoon kan het ene moment heel erg uitgelaten zijn (manie), het andere moment neerslachtig (depressie). Wisselende stemmingen worden afgewisseld met periodes waarin het relatief rustig is. Een bipolaire stoornis is een ernstige, chronische ziekte die niet kan worden genezen. Wel kunnen sommige symptomen met medicatie verminderen of verdwijnen en kan een nieuwe episode worden voorkomen. Een bipolaire stoornis heeft naar verwachting veel invloed op het ouderschap: mensen met een bipolaire stoornis zijn uitgelaten of hebben een prikkelbare stemming die tenminste enkele dagen tot weken duurt. Ze zijn overdreven vrolijk, boos, overactief en druk, en houden geen rekening met

de consequenties van hun gedrag. Ze hebben het gevoel alles aan te kunnen en slapen weinig. Van de Nederlandse bevolking van 18 tot 65 jaar kreeg 1,3% ooit in het leven de diagnose bipolaire stoornis. Bijna evenveel vrouwen (1,4%) als mannen (1,2%) hebben een bipolaire stoornis.

Borderline persoonlijkheidsstoornis (ook wel ‘Borderline’)

Iemand met borderline valt op door sterke wisselingen in stemmingen, gedachten en gedrag. Ze zijn enorm impulsief, denken vaak zwart-wit, en reageren extreem. Relaties zijn daarom moeilijk te onderhouden, en wisselen ook sterk. Mensen met borderline kunnen echter wel verschillen in de mate waarin ze bepaald probleemgedrag vertonen zoals extraversie, of neurotisch gedrag. In Nederland zijn naar schatting 100.000 mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, dit is minder dan 1% van de bevolking. De stoornis komt even vaak voor bij mannen als vrouwen (Torgersen, Kringlen, Cramer, 2001). Wel uit borderline zich anders bij mannen dan vrouwen: het impulsieve gedrag leidt bij mannen vaker tot alcohol- en druggebruik en bij vrouwen tot eetbuien.

ADHD

ADHD is de afkorting van de Engelse term voor aandacht-tekortstoornis met hyperactiviteit (‘Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder’). ADHD kenmerkt zich door rusteloosheid, impulsiviteit en gebrek aan concentratie (Tuithof et al., 2010). Lang werd aangenomen dat de diagnose ADHD meestal bij kinderen en adolescenten werd gesteld, maar in een recent onderzoek is aangetoond dat ADHD in ongeveer de helft van de gevallen voortduurt in de volwassenheid (Lara et al., 2009). Bij volwassenen met ADHD treden symptomen van hyperactiviteit wat minder op de voorgrond, maar het gebrek aan concentratie en aandacht blijft bestaan. Problemen met plannen en organiseren van taken komen veel voor; maar ook chaotisch en rusteloos gedrag, zoals te laat komen en druk praten, zijn eigenschappen van volwassenen met ADHD (Fayyad et al., 2007; Lara et al., 2009). Onderzoek heeft laten zien dat volwassenen met ADHD hebben een lager opleidingsniveau, een lager inkomen, 38 extra ziekte-dagen per jaar, een slechtere algemene gezondheid, meer pijnklachten, minder vitaliteit, slechter sociaal functioneren, vijfmaal hoger gebruik van zorgvoorzieningen, meer opnames in de GGZ, en significant meer comorbiditeit gedurende de levensloop dan volwassenen zonder ADHD. Volwassenen met ADHD hebben 4 keer zoveel kans om ook een stemmingsstoornis, angststoornis of middelenstoornis te rapporteren dan volwassenen zonder ADHD (Fayyad et al., 2007). ADHD bij volwassenen heeft duidelijke negatieve consequenties voor het algemeen functioneren van iemand; niet specifiek op ouderschapskwaliteiten. De prevalentie van ADHD in Nederland wordt in dit onderzoek geschat op 2,9% in de kindertijd en 2,1% in de volwassenheid.

Gedragsstoornis

Tot gedragsstoornissen worden volgens DSM-5 zowel de gedragsstoornis (CD ‘Conduct

Disorder') als de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD 'Oppositional Defiant Disorder') gerekend. Dit zijn stoornissen die zich hoofdzakelijk in de kindertijd of vroege adolescentie voordoen. Een volwassene met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) laat volgens de DSM-V een patroon zien van negatief, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag dat zich kenmerkt door driftbuien, ruziën, actief weigeren om verzoeken van gezagsfiguren in te willigen, en het vaak opzettelijk hinderen van anderen. Volgens DSM-5 is er pas sprake van oppositioneel-opstandige gedragsstoornis als de stoornis in significante mate beperkingen veroorzaakt in het sociale, of beroepsmatig functioneren.

Antisociale gedragsstoornis

Een antisociale gedragsstoornis kenmerkt zich door een aanhoudend patroon van schending van de rechten van anderen of sociale normen of regels. Het storend gedrag veroorzaakt een ernstige beperking in het sociale, schools- en beroepsmatig functioneren. Vanaf ongeveer 15 jaar valt de persoon op door ernstig probleemgedrag zoals spijbelen, wapenbezit, betrokkenheid bij vechtpartijen, brandstichting, diefstal of mishandeling van mensen of dieren. Er is sprake van een antisociale persoonlijkheidsstoornis bij een volwassene indien tenminste drie van de volgende kenmerken aanwezig zijn:

- herhaaldelijk plegen van strafbare delicten (handelingen die een reden voor arrestatie kunnen zijn);
- oneerlijkheid, liegen, en anderen misleiden ten behoeve van eigen voordeel of plezier;
- impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen';
- prikkelbaarheid en agressiviteit, blijkend uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging, of brandstichting;
- roekeloze onverschilligheid ten aanzien van eigen of andermans veiligheid;
- constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen;
- geen spijtgevoelens hebben, ongevoelig zijn voor het feit dat de ander is bestolen, mishandeld of gekwetst.

Gedragsstoornissen in de kindertijd zijn relatief vaak voorlopers van andere psychische aandoeningen op volwassen leeftijd. Volwassenen met een gedragsstoornis hebben vaak ook last van een stemmingsstoornis, en/of een middelenstoornis. Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 3,0% ooit in het leven een antisociale persoonlijkheidsstoornis gehad, dit zijn vaker mannen dan vrouwen. In Nederland hebben mannen bijna drie keer vaker een antisociale persoonlijkheidsstoornis dan vrouwen. Vooral mannen in de leeftijdsgroep tussen de 18 en 34 jaar. Chroniciteit is een kenmerk van alle persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn wel aanwijzingen dat de symptomen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis afnemen rond de middelbare leeftijd.

Autisme spectrum stoornis (ASS)

ASS is een ontwikkelingsstoornis. Het wordt gezien als een psychische aandoening die de normale ontwikkeling belemmert. De verschijnselen (symptomen) variëren, afhankelijk van de ernst van de aandoening en van het ontwikkelingsniveau en de leeftijd. Om deze reden wordt de term 'spectrum' gebruikt. ASS is een levenslange gedragsstoornis. Met toenemende leeftijd kunnen de symptomen minder herkenbaar worden door compensatiestrategieën. Volgens de DSM-5 vallen volwassenen met ASS op door kenmerken op één of beide onderstaande gebieden:

Tekorten in sociale communicatie en interactie die niet verklaard kunnen worden door ontwikkelingsachterstand. Deze tekorten kunnen blijken in de sociaal-emotionele wederkerigheid, in non-verbaal gedrag, en in het aangaan, onderhouden en begrijpen van relaties, gedragspatronen die zich kenmerken door herhaling, stereotiep gedrag, beperkte interesses en beperkte activiteiten en star vasthouden aan routines.

Er is weinig bekend over het verloop van autismspectrum stoornissen onder de algemene bevolking. Er bestaat geen behandeling die autismspectrum stoornissen kan 'genezen'. Wel kunnen gestructureerde programma's het functioneren op latere leeftijd positief beïnvloeden. De meeste kinderen met autismspectrum stoornissen blijven ook in hun latere leven voldoen aan de diagnose. Er zijn wel veranderingen mogelijk in de aard en de ernst van de symptomen.

Ouders met een (licht) verstandelijke beperking (LVB)

Een licht verstandelijke beperking is geen psychische of psychiatrisch probleem en hoort daarom strikt genomen niet in dit thema thuis. We bespreken deze beperking wel hier omdat het gaat om een beperking bij de ouder die niet direct zichtbaar is, en kan samengaan met bijkomende problematiek zoals een psychiatrische stoornis of problemen in de sociale context.

Het gaat hier om ouders die,

- een IQ score hebben tussen 50 en 70;
- een beperkt sociaal aanpassingsvermogen hebben; en vaak met bijkomende problematiek te maken hebben, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, medisch- en organische problemen en of problemen in gezin en sociale context (Landelijk kenniscentrum LVB, 2015).

Met 'sociaal aanpassingsvermogen' worden vaardigheden bedoeld zoals kunnen lezen, schrijven en rekenen, sociale vaardigheden en praktische vaardigheden zoals persoonlijke verzorging en gebruik maken van openbaar vervoer (Landelijk kenniscentrum LVB, 2015).

Bij een IQ-score tussen 70 en 85 spreken we alleen van een licht verstandelijke beperking als er ook bijkomende problemen zijn, zoals beperkte sociale vaardigheden, moeilijkheden om met emoties om te gaan en zich te verplaatsen in een ander, en moeilijkheden om een langere periode te overzien, of beslissingen te nemen voor de nabije toekomst.

De Handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking (Landelijk kenniscentrum LVB, 2015) stelt: “Aan ouders met een licht verstandelijke beperking kun je vaak niet zien dat ze een beperking hebben. In een gesprek valt meestal niet meteen op dat ze iets niet goed begrijpen. Ze hebben een arsenaal aan vaardigheden ontwikkeld om dit te verbergen. Ze presenteren zich meestal goed en brengen problemen niet zomaar ter sprake. Dit heeft te maken met een onrealistisch zelfbeeld. Sommigen onderschatten zichzelf door veelvuldige faalervaringen, waardoor ze een negatief zelfbeeld ontwikkelen en weinig zelfvertrouwen hebben. Anderen overschatten zichzelf en pakken dingen aan die duidelijk te hoog gegrepen zijn. Ze vinden het belangrijk om erbij te horen en normaal te zijn. Daar hoort ook het krijgen van kinderen bij. Het kan even duren voordat de omgeving in de gaten heeft dat een ouder een verstandelijke beperking heeft “ (De Jong, Stremmelaar, & Looij, 2014).

Hoe herken je ouders met LVB? Hieronder noemen we kenmerken op die niet voor alle ouders met LVB zullen gelden, want de groep is divers. De lijst is bedoeld als hulpmiddel om tijdig de mogelijkheid van LVB te overwegen als professional.

Mensen met een LVB:

- denken heel concreet, en zijn gericht op het hier en nu;
- denken sterk vanuit zichzelf, en zijn – ook in de opvoeding – meestal op hun eigen behoeften gericht;
- kunnen zich niet goed in anderen verplaatsen;
- reageren doorgaans impulsief en hebben moeite om hun impulsen te beheersen;
- ze vinden het lastig om een langere tijdsperiode te overzien;
- hebben moeite de aandacht en concentratie vasthouden;
- hebben tijd nodig om nieuwe informatie te verwerken en aan te leren;
- hebben moeite om over hun eigen emoties te praten. Ook het herkennen van emoties bij anderen is een probleem.

Opvoeden betekent dat je je moet kunnen inleven in je kinderen. Voor ouders met een beperking is het niet vanzelfsprekend dat kinderen niet hetzelfde kunnen, voelen en weten als een volwassene. Meer specifiek met betrekking tot de opvoedtaken betekent dit (De Jong, Stremmelaar, & Looij, 2014):

- een ouder met een LVB herkent de uiterlijke gedragssignalen van een jong kind doorgaans

slecht of veel te langzaam. Hij/zij reageert daardoor vaak minder adequaat of sensitief op de jeugdige. Zowel signalen van onlust of pijn, maar ook signalen van tevredenheid of blijdschap worden minder goed herkend. De LVB ouder reageert te weinig of juist te veel;

- de ouder onderschat of overschat het kind: op veel te jonge leeftijd doet het kind
- allerlei dingen zelfstandig, die (in de ogen van de omgeving) de ouder zou moeten doen. Of juist andersom: de ouder blijft het kind maar helpen en biedt het te weinig ruimte en zelfstandigheid;
- zijn erg onzeker als ouder. Ouders met een beperking hebben al zo vaak gefaald in hun leven dat ze ook niet meer dŭrven. Bovendien zijn ze vaak niet gewend om hun gevoelens te bespreken. Hun netwerk is vaak zo beperkt dat er niemand is om mee te sparren. Ze denken dat zij de enigen zijn die tegen bepaalde problemen aanlopen;
- gezinnen waarbij sprake is van LVB bij een van de ouders hebben meestal beperkte en instabiele netwerken. Zij hebben in de samenleving een lage economische status en verkeren geregeld in een sociaal isolement. Vaak missen ze goed voorbeeldgedrag van ouders, zeker als er in vorige generaties ook sprake is van verstandelijke beperkingen.

Bij ouders met een LVB zien we vaker een pedagogisch onvermogen en verwaarlozing of mishandeling van hun kinderen. Ook komen een LVB, psychiatrische stoornissen en verslavingen bij deze ouders relatief vaak voor en hebben de gezinsleden geen of weinig contact buiten het gezin of de directe familie. In veel gezinnen van kinderen met een LVB is er dus sprake van voortdurende spanningen op verschillende gebieden en kan men eigenlijk spreken van chronische stress (Zoon & Foolen, 2014).

Overigens ervaren niet alle LVB ouders problemen met de opvoeding. Onderzoek laat zien dat er een grote diversiteit is binnen de doelgroep (Wade et al., 2008). Een deel van de LVB -ouders functioneert prima en behoeft geen professionele ondersteuning. Toch is oplettendheid wel geboden. Uit onderzoek blijkt dat twee derde van de Nederlandse gezinnen waarbij één of beide ouders LVB hebben, niet ‘goed genoeg’ functioneert als ouder (Willems, De Vries, Isarin, & Reinders, 2007). Goed genoeg’ ouderschap definiëren we hier als ouderschap waarbij de ouders minimaal over de volgende vaardigheden beschikken (Durinck & Racquet, 2003). Ouders zijn in staat om:

- hun kind liefde en affectie te geven;
- hun kind te verzorgen (voeding, hygiëne, gezondheid);
- hun kind te beschermen en veiligheid te bieden (toezicht houden);
- hun kind van een stimulerende omgeving voorzien.

Er is geen sprake meer van ‘goed genoeg ouderschap’ als het welzijn en de ontwikkeling van de jeugdige in het gedrang komt doordat bij ouders het evenwicht tussen hun draagkracht en

draaglast verstoord is geraakt. Het opvoeden is in een dergelijke situatie een bron van teleurstelling, verdriet en problemen geworden. Kinderen krijgen onvoldoende fysieke, affectieve, morele, intellectuele of sociale ondersteuning. Of het ouderschap van ouders met LVB als ‘goed genoeg’ beoordeeld kan worden, hangt af van de balans tussen de beschermende en bedreigende factoren (De Vries, Willems, Isarin, & Reinders, 2005). Over het algemeen zijn ouders met LVB zowel in sociaal opzicht als in economisch en cultureel opzicht in het nadeel. Ouders met LVB hebben meer behoefte aan ondersteuning, terwijl ze tegelijkertijd minder (makkelijk) toegang hebben tot reguliere bronnen van ondersteuning van burens, andere ouders en vrienden. Verder is hun economische positie vaak zeer zwak en is er minder maatschappelijke goedkeuring voor het ouderschap bij mensen LVB problematiek (De Vries et al, 2005). Kortom: bij een groot deel van de gezinnen met LVB kan de balans tussen risico- en beschermende factoren in het nadeel uitpakken voor hun kinderen, waardoor het opvoedgedrag niet meer als ‘goed genoeg’ getypeerd kan worden en de ontwikkeling van hun kinderen bedreigd wordt.

Functioneert een van de ouders (of beide ouders) op het niveau van een LVB?

De volgende tips en mogelijkheden zijn overgenomen uit de Handreiking vroegsignalering van LVB:

- MEE biedt opvoedingsondersteuning aan ouder(s) met een LVB. Er is een brochure van MEE met meer informatie over LVB problematiek bij ouders (www.mee.nl)
- Het Landelijk Kenniscentrum LVB publiceerde een overzicht van regionale initiatieven in de opvang, begeleiding en ondersteuning van jonge ouders met een LVB, met links naar websites van die initiatieven (www.kenniscentrumlvb.nl)
- De website ‘Wat werkt’ van het ‘Werkgezelschap Ouderschap en Kinderwens’ biedt informatie en antwoorden op veel gestelde vragen van onder andere JGZ professionals (www.watwerktvoorouders.nl)
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep (WSG) biedt informatie over LVB en opvoeden (www.williamschrikkergroep.nu)
- Een PowerPoint-presentatie van Cordaan (Amsterdam) over moederschap bij cliënten met een LVB is beschikbaar (www.kennispleingehandicaptensector.nl)
- Een factsheet van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) met als titel ‘Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders?’ (www.nji.nl)
- De Amerpoort ontwikkelde een handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking: <http://www.amerpoort.nl/>

Signaleren van psychische en psychiatrische problematiek bij ouders

De JGZ-professional kan psychische en psychiatrische ouderproblematiek opsporen door bij alle reguliere contacten in de algemene anamnese consequent naar psychische problemen (de mentale

gesteldheid) bij de ouders te vragen. Een praktische indeling voor de JGZ is hierbij een onderscheid te maken in:

- Psychische/psychiatrische problemen van de ouder
- Negatieve jeugdervaringen van de ouder
- Verslavingsproblematiek

Bij deze categorieën zal namelijk mogelijk een ander traject van begeleiding en verwijzing nodig zijn. Afhankelijk van de aard en de ernst van het probleem bij de ouder, zal het nodig zijn om de ouder door te verwijzen naar maatschappelijk werk of de GGZ. Daarnaast biedt de JGZ zelf ook preventieve ondersteuningsprogramma's aan zoals Stevig Ouderschap voor jonge gezinnen die een verhoogd risico hebben kindermishandeling, VoorZorg voor jonge, alleenstaande tienermoeders, en de Ouder-Baby interventie voor moeders die te kampen hebben met een postpartum depressie. Verder zijn er verschillende KOPP-programma's beschikbaar voor gezinnen met kinderen van wie een van de ouders psychiatrische problemen heeft. Naast programma's die zich specifiek richten op ouders met psychische klachten en stoornissen, zijn er ook tal van algemene programma's die de opvoedingsvaardigheden van ouders beogen te ondersteunen en een negatieve spiraal in het gezin kunnen doorbreken.

Om te bepalen in hoeverre psychische/psychiatrische ouderproblematiek of negatieve jeugdervaringen van de ouder beschadigend zijn voor de jeugdige, is het van belang dat de JGZ zowel de context waarbinnen de problematiek optreedt als de beschermende factoren in kaart brengt.

Van belang is ook dat de JGZ-professional het coping-gedrag van zowel ouder als de jeugdige in kaart brengt. Hoe gaat de ouder om met de psychische aandoening, als persoon en als ouder? Heeft de ouder inzicht in de eigen problematiek en het mogelijk effect daarvan op het kind? Is er hulpverlening voor de ouder actueel of in het verleden?

Daarnaast moet de professional nagaan of de problemen en klachten chronisch of acuut zijn en wat de ernst is. Tot slot, is het van groot belang dat de JGZ-professional zich realiseert dat bij GGZ- problematiek sprake is van een volwassene die zowel patiënt als ouder is. Het is aan de JGZ-professional om de afweging te maken of onder die omstandigheden sprake is van 'voldoende goed ouderschap'.

In 2014 is de zogenaamde Kindcheck toegevoegd als verplicht onderdeel van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit betekent dat zorgprofessionals die met volwassenen werken altijd moeten nagaan of er bij hun cliënt minderjarigen wonen en zich er van moet vergewissen dat deze veilig zijn. De Kindcheck is ook van toepassing op zwangere vrouwen. Zie Thema 9 en Handleiding Kindcheck, voor GGZ en Verslavingszorg (Augeo Foundation, 2013). Dit betekent dat een behandelaar van een ouder met psychische of psychiatrische problemen zich

zorgen kan maken over de veiligheid en opgroei-omstandigheden voor de kinderen van deze ouder, dit bespreekbaar maakt met de ouder en daar contact over zoekt met de JGZ of jeugdhulp. In overleg met de ouder(s) kan de JGZ ook overleggen met deze behandelaar om na te gaan hoe deze het coping-gedrag ed. van de ouder beoordeelt.

Signaleringsinstrumenten

Binnen de JGZ zijn enkele signaleringsinstrumenten in omloop waarmee JGZ-professionals kunnen screenen op ongunstige opgroei-omstandigheden in een gezin. Dit kunnen ook psychiatrische problemen van de ouder zijn. De hieronder genoemde instrumenten kunnen ook worden ingezet als derden zorgen hebben en dit aan de JGZ doorgeven. De JGZ kan dan ouders uitnodigen voor een extra contact en signalen verder uitdiepen.

De volgende instrumenten en methoden die ongunstige opgroei-omstandigheden in het gezin beogen te signaleren, zijn beschikbaar of in ontwikkeling (zie [Thema 3](#) en [7](#)).

- DMO-protocol binnen programma Samen Starten
- SPARK
- GIZ
- Balansmodel van Bakker
- LIRIK
- mini-CARE
- Criteria Voorzorg
- Criteria Stevig Ouderschap

Indien er behoefte is aan meer duidelijkheid over de gezinssituatie en de eventuele risico's voor de jeugdige, kan het helpend zijn om de psychische problematiek van de ouder iets uitgebreider in kaart te brengen. Hieronder staan enkele instrumenten die psychische problemen bij ouders in kaart brengen met als doel om uitspraken te kunnen doen over de opvoed- en opgroeisituatie. In de hier beschreven instrumenten ligt de nadruk op het ouderschap, en kunnen daarom van belang zijn voor de JGZ.

- Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst; Beijers, Bellemakers, Senders, & Veldhoen, 2010) is bedoeld als hulpmiddel voor de professional of hulpverlener om een inschatting te maken van mogelijke problematiek in een gezin. Op basis hiervan kan de JGZ professional verwijzen naar interventies. De lijst is goed bruikbaar om na een gesprek met ouders (bijv. tijdens regulier contactmoment) te checken of er nog meer informatie nodig is voor de risico-inschatting.
- Het ZRM Supplement Ouderschap (Fassaert, Lauriks, Van de Weerd, De Wit, & Buster, 2013).

De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een breed meetinstrument om de mate van zelfredzaamheid van een volwassene in kaart te brengen. In 2013 is het ZRM Supplement Ouderschap ontwikkeld om te kunnen beoordelen in welke mate ouders en opvoeders zelfredzaam zijn in de zorg voor hun minderjarige kinderen. De lijst omvat vier domeinen: lichamelijke verzorging, sociaal-emotionele ondersteuning, scholing en opvang.

- Edinburgh Postpartum Depression Score (EPDS; Cox, 1987; Pop, 1992) is een lijst waarmee de professional een postpartum depressie bij (aanstaande) moeders kan signaleren. De Nederlandse EPDS is gevalideerd en betrouwbaar ($\alpha = 0.82$) voor postnataal gebruik (Bergink et al., 2011).
- De Vierdimensionale Klachten Lijst (4DKL; Terluin & Duijsens, 2002-2006) onderscheidt stresssymptomen van depressie, angst en somatisatie. De lijst bestaat uit 50 items die zijn onderverdeeld in vier dimensies van psychopathologie: Distress (16 items), Depressie (6 items), Angst (12 items) en Somatisatie (16 items).

Referenties

- Augeo Foundation (2013). Handleiding Kindcheck voor GGZ en Verslavingszorg. Driebergen-Rijsenburg: Augeo Foundation.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., DSM-5). Washington: American Psychiatric Pub.
- Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: a metaanalysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 623-629.
- Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression; It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*, 106, 40- 50.
- Beek, V. (2013). De jeugdverpleegkundige en postpartum depressie: Een onderzoek naar het professioneel verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen bij het afleggen van huisbezoeken ter signalering van postpartum depressie. Bachelorscriptie Universiteit Twente.
- Beijers, F., Bellemakers, T., Senders, A. & Veldhoen, N. (2010). Lijst voor Screening en Interventie Keuze. Utrecht: Landelijk Preventie Platform KOPP/Trimbos-instituut.
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, Wijnen, H., Bunevicius, R., Baar, A. van, & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 385-389.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 241-258.
- Cooper, P. J. & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression; 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of*

Psychiatry, 150, 782–786.

Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 917–928.

Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73–112.

De Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Dennis, C. L. E. (2004). Treatment of postpartum depression, Part 2: A critical review of nonbiological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1252–1265.

Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.

Durinck, K., & Racquet, L. (2003). *Opvoedingsondersteuning. Een leidraad voor ouderbegeleiders*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant Maklu.

Engels, E., & Haspels, A.A. (2003). Een behandeling van postpartum depressie (PPD). *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 20, 244-249.

Fayyad, J., Graaf, R. de, Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.

Fassaert, T., Lauriks, S., Weerd, S. van de, Wit, M. de, & Buster, M. (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91, 169-177.

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W.C. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence. Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-

2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Goossens, F.X., & Zanden, A.P. van der (2012). Factsheet KOPP/KVO Kinderen van ouders met psychische problemen, Kinderen van verslaafde ouders. Utrecht: Trimbos Instituut.

Graaf, R. de, Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., & Ten Have, M. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos Instituut.

Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13 year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 145-154.

Harnish, J. D., Dodge, K. A., & Valente, E. (1995). MotherChild Interaction Quality as a Partial Mediator of the Roles of Maternal Depressive Symptomatology and Socioeconomic Status in the Development of Child Behavior Problems. *Conduct Problems Prevention Research Group. Child Development*, 66, 739-753.

Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Developmental Psychopathology*, 12, 157– 175.

Hosman, C. M. H., Doesum, K. T. M. van, & Van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8, 250-263.

Jong, A.de, Stremmelaar, B., & Looij, J. (2014). Goed genoeg opvoederschap: Handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. De Amerpoort. Gedownload op 2-1-2016 van <http://www.amerpoort.nl/over-amerpoort/publicaties/boeken.html>.

Klompshouwer, J. L., & Hulst, van, A. M. (1994). Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 1009-1014.

Landelijk kenniscentrum LVB. (2015). Handreiking vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) Signalering van achterstanden en risico's in de kinderlijke ontwikkeling en/of de omgeving die wijzen op of kunnen leiden tot sociale kwetsbaarheid en/of een licht verstandelijke beperking . Netwerk Gewoon Meedoen. Gedownload op 2-1-2016 van <http://www.kenniscentrumlvb.nl/>

- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BioMed Central Public Health*, 11, 302.
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R. de, Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Lépine, J. P., Mora, M. E., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey initiative. *Biological Psychiatry*, 65, 46-54.
- Murray, L., & Cooper, P.J. (2004). The impact of postpartum depression on child development. In: Goodyer, I. (Red). *Aetiological Mechanisms in Developmental Psychopathology*. Oxford, England: Oxford University Press.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.
- Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C. S., & Pariante, C. M. (2011). Antenatal depression and offspring psychopathology: The influence of childhood maltreatment. *British Journal of Psychiatry* 199, 106-112.
- Pop, V. J., Komproe, I. H., & Som, M. J. van (1992). Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 26, 101-110.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 16, 689-709.
- Smit, F., Vlasveld, M., Beekman, A., Cuijpers, A., Schoevers, R., Ruiters, M., & Boon, B. (2013). *Depressiepreventie: Stand van zaken, nieuwe richtingen*. (Programmeringsstudie ZonMw). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Terluin, B., & Duijsens, I. J. (2002-2006). *Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a

community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58: 590-596.

Tuithof, M., Have, M. ten, Dorsselaer, S. van, & Graaf, R. de (2010). ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis: Vóórkomen en gevolgen in de algemene bevolking: resultaten van NEMESIS-2 . Utrecht: Trimbos-instituut.

Vries, J. N. de, Willems, D. L., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2005). Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit Amsterdam.

Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 351-366.

Waal, J. de, Tuerlings, J. H. A. M., Boer, K. de, Smal, J. C., & Waarde, J. A., van (2010). Herkenning van psychiatrisch kwetsbare zwangeren: vragenlijst versus anamneses in de tweede lijn. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, 2344.

Willems, D. L., Vries, J. N. de, Isarin, J., & Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: An explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 537-544.

Wisner, K. L., Chambers, C., & Sit, D. K. Y. (2006). Postpartum depression; A major public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 296, 2616-2618.

Zoon, M., & Foolen, N. (2014). Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

10. Verwaarlozing - Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke kennis hebben JGZ-professionals nodig om verwaarlozing te signaleren?

Aanbevelingen

Weet dat verwaarlozing de meest voorkomende vorm van kindermishandeling is.

Ken de vormen van verwaarlozing:

- bij lichamelijke verwaarlozing laten ouders langdurig na om de jeugdige in voldoende mate te voorzien in de lichamelijke basisbehoeften zoals voeding, kleding, onderdak, rust, reinheid, regelmaat, (medische) verzorging, en leefruimte.
- bij psychische of emotionele verwaarlozing negeert de ouder structureel de basale behoeften van de jeugdige aan liefde, warmte, geborgenheid en steun. Er bestaan de volgende vormen:
 - Bij pedagogische verwaarlozing geven ouder(s) onvoldoende ouderlijk gezag en onvoldoende structuur. Ook het structureel ‘verwennen’ van kinderen of een te ‘permissieve opvoedstijl’ kan hieronder geschaard worden.
 - Bij emotionele mishandeling reageren ouders negatief, vijandig en afwijzend op de jeugdige.

De JGZ-professional is bekend met het model van Glaser waarin er vijf ‘groepen of categorieën’ van verwaarlozend/ mishandelend oudergedrag onderscheiden worden:

- emotionele niet-beschikbaarheid, niet reageren op basisbehoeften;
- vijandige interacties (ook in woorden) met de jeugdige;
- ouder-kind interactie is niet afgestemd op de leeftijd en inconsequent;
- de jeugdige wordt gebruikt voor de behoeftevervulling van de ouder;
- belemmeren de jeugdige te laten socialiseren met zijn of haar omgeving of te stimuleren om te leren: isoleren, opsluiten, thuishouden.

Aanbevelingen bij zorgen:

- Als je iets opvalt in een contact met ouder en kind, overweeg altijd of dit het gevolg kan zijn van verwaarlozing. Ga na of de omstandigheden de gezondheid of veiligheid van de jeugdige in gevaar hebben gebracht of brengen.

- Kijk hoe de jeugdige zich presenteert, lichamelijk en gedragsmatig, in vergelijking met het voorgaande contactmoment en vraag door.
- Denk aan verwaarlozing wanneer de signalen bij de jeugdige aanhouden of verslechteren en de ouders niet in staat zijn om de opgroei-omstandigheden voor de jeugdige te verbeteren of dit niet willen.
- Handel conform de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling, zoals beschreven in [Thema 3](#).

Onderbouwing

De aanbevelingen bij deze uitgangsvraag zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies, Medisch Handboek Kindermishandeling (Van de Putte, Kamphuis, & Kramer, 2013), de NPM studie, en het boek Stoppen en helpen (Ten Berge et al., 2012), en de V&VN-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld. Stappenplan voor verpleegkundigen en verzorgende (V&VN, 2011).

Wat is verwaarlozing?

In de literatuur worden diverse definities van verwaarlozing gehanteerd. Het Medisch Handboek Kindermishandeling (Van de Putte et al., 2013) geeft de volgende kernachtige omschrijving van het begrip ‘verwaarlozing’: “... als ouders niet voldoen aan de basisbehoeften van een kind, resulterend in schade of risico op schade.”

Doorgaans wordt nader onderscheid gemaakt tussen lichamelijke verwaarlozing en emotionele of affectieve verwaarlozing.

Pedagogische verwaarlozing en educatieve verwaarlozing worden soms als aparte vormen van verwaarlozing genoemd, en soms als vormen van emotionele verwaarlozing. In dit thema sluiten we aan bij het onderscheid tussen lichamelijke en emotionele of affectieve verwaarlozing. De hieronder genoemde definities hebben we overgenomen uit het boek Stoppen en Helpen (Ten Berge et al., 2012) en zijn ook te vinden op de website van het Nederlands Jeugdinstituut.

We onderscheiden twee hoofdvormen van verwaarlozing, die we in het vervolg zullen toelichten

- Lichamelijke verwaarlozing
- Psychische of emotionele verwaarlozing

In het algemeen geldt:

- Verwaarlozing is nooit incidenteel, in de regel is er sprake van een patroon van inadequaate, verwaarlozende ouderschap dat over een langere periode is ontstaan (Baartman, 2009).
- Verwaarlozing is in principe passief, terwijl mishandeling actief is.
 - Dat wil zeggen: bij verwaarlozing schieten ouders vooral tekort door hun nalatigheid: ze vertonen niet het gedrag dat adequaat zou zijn in die concrete situatie voor de jeugdige.
 - Dit in tegenstelling tot mishandeling waarbij ouders actief hun kind op een verkeerde manier behandelen.
- Geschat wordt dat verwaarlozing de meest voorkomende vorm van kindermishandeling is.

De NPM-2010 geeft een schatting van 6% voor de lifetime prevalentie van verwaarlozing (Alink et al., 2011).

- Ook is verwaarlozing de meest gemelde vorm van kindermishandeling (AMK-cijfers 2013).

Bij verwaarlozing wordt de ontwikkeling van kinderen ernstig geschaad. De jeugdige is op zichzelf aangewezen, wordt al dan niet openlijk afgewezen en leert bijvoorbeeld niet om gevoelens op een goede manier te interpreteren en te uiten; dit heeft gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling. Verwaarlozing kan leiden tot een scala aan emotionele en cognitieve problemen en gedragsproblemen bij kinderen (Erickson, Egeland, & Pianta, 1989; Glaser, Prior, & Lynch, 2001). Studies laten zien dat de gevolgen van verwaarlozing net zo groot zijn als de gevolgen van mishandeling (Gilbert et al., 2009).

Lichamelijke verwaarlozing

Bij lichamelijke verwaarlozing laten ouders langdurig na om de jeugdige in voldoende mate te voorzien in de lichamelijke basisbehoeften zoals voeding, kleding, onderdak, rust, reinheid, regelmaat, (medische) verzorging, leefruimte. De jeugdige krijgt niet de zorg en verzorging waar het gezien zijn leeftijd behoefte aan heeft. De ernst van lichamelijke verwaarlozing kan variëren van licht tot ernstig of zelfs fataal.

Kenmerken van lichamenlijk verwaarlozing

Kenmerken van lichamenlijke mishandeling zijn (Alink et al., 2011; Ten Berge, 2012; Van IJzendoorn et al., 2005; Van de Putte et al., 2013):

Onachtzaamheid:

- structureel te weinig, te veel, ongezonde of onregelmatige voeding aanbieden;
- onvoldoende aandacht voor de kleding van de jeugdige (bijvoorbeeld onvoldoende bescherming tegen koude);
- onvoldoende aandacht voor de persoonlijke hygiëne en uiterlijk van de jeugdige;
- onachtzaamheid voor andere lichamenlijke noden van een kind, zoals aandacht voor de fysieke veiligheid van de jeugdige in de auto (gordelgebruik, alcoholgebruik);
- onvoldoende aandacht voor een veilige huisvesting van de jeugdige, instabiele woonomgeving en/of het ontbreken van onderdak voor het gezin.

Ontoereikend toezicht:

- er is een terugkerend patroon van onvoldoende supervisie van de jeugdige;

- onvoldoende toezicht op de fysieke veiligheid door de jeugdige aan zijn/haar lot over te laten; of de jeugdige begeeft zich in gevaarlijke situaties (verkeer, vuurwerk, intoxicaties) zonder toezicht.

Weigering van zorg:

- weigering om de zorg voor de jeugdige op zich te nemen (dus om de jeugdige onderdak te bieden en de noodzakelijke lichamelijke verzorging op zich te nemen) en bijvoorbeeld de jeugdige in de steek laten;
- uit huis sturen of achterlaten van een kind (permanent of voor onbepaalde tijd) zonder een geschikte regeling voor zorg door anderen;
- illegale wijzigingen van de voogdij (kind kopen of verkopen, illegale adoptie).

Weigering van medische zorg:

- weigering van of onverantwoordelijk uitstel van noodzakelijke medische zorg in geval van een diagnostische indicatie daarvoor van een medisch professional;
- geen aandacht voor preventieve gezondheidszorg zoals mondzorg;

De National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009) noemt in de NICE Clinical guideline 89 de volgende aanvullende signalen van lichamelijke verwaarlozing:

- verwondingen en brandwonden veroorzaakt door onvoldoende toezicht;
- de jeugdige heeft voortdurend infecties met bijvoorbeeld schimmel, luis, scabiës (schurft), zonder dat ouders hier iets tegen doen;
- de jeugdige draagt inadequaat schoeisel en kleding (te klein, te koud, etc);
- de jeugdige oogt en ruikt altijd vies en onhygiënisch, vuil is aangekoekt, korsterig;
- 'Failure To Thrive' (FTT) groei- en ontwikkelingsachterstand ten gevolge van structurele lichamelijke en emotionele verwaarlozing;
- ouder dient de voorgeschreven medicatie niet toe (geen therapietrouw);
- ouder en kind verschijnen herhaaldelijk niet, zonder bericht, op vervolgspraken en controles (zie ook [Thema 11](#));
- ouder neemt structureel niet deel aan preventieve programma's zoals de JGZ voorzieningen;
- ouders weigeren medische diagnostiek en hulp in te schakelen wanneer nodig;
- de jeugdige verzuimt veel van school.

Psychische of emotionele verwaarlozing

Bij psychische of emotionele verwaarlozing schieten de ouders regelmatig tekort in het geven van positieve aandacht aan de jeugdige. Ouders die hun kind psychisch of emotioneel verwaarlozen, negeren structureel de basale behoeften van de jeugdige aan liefde, warmte, geborgenheid en steun. Pedagogische verwaarlozing – de jeugdige onvoldoende of in het geheel geen structuur bieden en het ontbreken van voldoende pedagogisch besef – valt onder deze categorie van verwaarlozing.

Kenmerken van psychische of emotionele verwaarlozing

Bij heel jonge kinderen (0-4 jaar) gaat het bijvoorbeeld om:

- de ouder negeert doorgaans het huilen en andere signalen van onrust of onvrede van het kind;
- de ouder negeert doorgaans vragen om hulp, aandacht, warmte en geruststelling;
- de ouder geeft geen aandacht, genegenheid, emotionele steun en bevestiging aan de jeugdige;
- de ouder is in emotioneel opzicht niet beschikbaar voor het kind.

Bij oudere kinderen (basisschoolleeftijd) gaat het bijvoorbeeld om:

- de ouder biedt de jeugdige geen stimulans om zich te ontwikkelen;
- de ouder biedt geen mogelijkheden om contacten te leggen met leeftijdgenoten;
- de ouder biedt de jeugdige extreem strenge, beperkende regels voor het kind;
- de ouder biedt in het geheel geen regels, waardoor de basisbehoefte aan structuur genegeerd wordt;
- de jeugdige verzuimt veel van school en komt niet bij de JGZ.

Signalen en symptomen van psychische en emotionele verwaarlozing

Kinderen die worden verwaarloosd kunnen een grote variatie aan symptomen laten zien.

Sommige van deze symptomen zijn direct waarneembaar, andere zijn minder direct zichtbaar en vereisen van de JGZ-professional een grote alertheid en onderzoekende houding.

Er is mogelijk sprake van psychische en emotionele verwaarlozing (NPM-2010) indien de ouder:

- niet met het kind speelt;
- het kind niet knuffelt;
- niet naar de jeugdige luistert, of aandacht schenkt;
- de problemen van de jeugdige niet onderkent;
- geen balans biedt tussen duidelijke regels en grenzen aan de ene kant, en ruimte om te

ontwikkelen aan de andere kant;

- laat de jeugdige aanwezig zijn bij ongepaste handelingen of activiteiten zoals pornografie kijken, beoefenen van prostitutie, gebruik of verhandelen van drugs;
- staat alcohol- of drugsmisbruik bewust toe; of de ouder laat medicijnen slingeren of bergt gevaarlijke stoffen niet goed op;
- onderschat de jeugdige door het in extreme mate te beschermen en onvoldoende ruimte te geven;
- overschat de jeugdige door veel te hoge eisen - niet passend bij de ontwikkeling van de jeugdige – te stellen aan de jeugdige, zoals oppassen op een jonger kind, of helpen bij huishouding.

Bijzondere vormen van psychische verwaarlozing

Bijzondere vormen van verwaarlozing zijn:

- Pedagogische verwaarlozing: wordt gebruikt als verzamelnaam voor onvoldoende pedagogisch besef, onvoldoende ouderlijk gezag en onvoldoende structuur. Tegenwoordig wordt ook pleidooi gehouden om het structureel ‘verwennen’ van kinderen of een te ‘permissieve opvoedstijl’ te scharen onder emotionele verwaarlozing. Deze kinderen krijgen alles wat ze willen, zowel in emotioneel als materieel opzicht, waardoor er onvoldoende tegemoet gekomen wordt aan de pedagogische ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige, zoals het bieden van structuur, grenzen en uitdagingen (Simons, 2012).
- Educatieve verwaarlozing: ouders of opvoeders langdurig onvoldoende tegemoet aan de behoefte en verplichting van adequaat onderwijs voor de jeugdige (Alink et al., 2011). Kenmerken van educatieve verwaarlozing zijn:
 - toestaan dat de jeugdige zonder opgaaf van redenen schooldagen mist en/of chronisch spijbelt.
 - de jeugdige bewust schooldagen laten missen, bijvoorbeeld omdat de jeugdige op een jonger kind moet passen.
 - de jeugdige niet registreren of inschrijven op een school, terwijl die leerplichtig is.
 - weigering om gediagnosticeerde onderwijskundige noden te erkennen (bijvoorbeeld in geval van een leerprobleem) en te verzorgen voor de jeugdige, zonder dat daartoe bijzondere redenen bestaan.

Emotionele en psychische verwaarlozing of mishandeling?

Waar bij verwaarlozing altijd sprake is van het nalaten en in gebreke blijven door de ouders, is bij mishandeling juist wel sprake is van actief handelen. Het gedrag van de ouder is bij emotionele mishandeling altijd negatief, vijandig en afwijzend van aard.

Van psychische of emotionele mishandeling is sprake wanneer:

- de ouder met zijn/haar houding en gedrag afwijzing en vijandigheid uitstraalt naar het kind;
- de ouder de jeugdige regelmatig uitscheldt, of de jeugdige laat weten dat het ongewenst is;
- de ouder de jeugdige opzettelijk bang maakt;
- de ouder op een denigrerende manier spreekt over de jeugdige tegenover anderen, waar de jeugdige zelf bij is;
- De ouder de jeugdige opsluit en vastbindt (maar dit zou je ook lichamelijke mishandeling kunnen noemen);
- De jeugdige getuige is van huiselijk geweld tussen de ouders of andere gezinsleden.

Het verschil tussen emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling is enigszins arbitrair. Bij emotionele verwaarlozing is er sprake van een gebrek aan contact, dus een passieve vorm van kindermishandeling, terwijl er bij emotionele mishandeling juist wél sprake is van contact, maar dit contact is negatief van aard (Wolfe & Mc Isaac , 2011).

Emotionele verwaarlozing – net zoals lichamelijke verwaarlozing - ontstaat nooit van de één op de andere dag. Het betreft een patroon dat langzaam ontstaat en waarbij de ouder-kindrelatie zich kenmerkt door liefdeloosheid en afwijzing.

Een andere manier van kijken naar verwaarlozing ontwikkelde Glaser (2011). Glaser betoogt dat emotionele verwaarlozing ook altijd emotionele mishandeling is. Dus het onderscheid tussen actief en passief zou niet zinvol zijn ten aanzien van emotionele verwaarlozing en mishandeling. In het Framework van Glaser worden vijf categorieën van emotionele verwaarlozing en mishandeling onderscheiden:

- Emotionele niet-beschikbaarheid, non-responsiviteit en negeren: onvoldoende aandacht voor de (emotionele) basisbehoeften en bestaansrecht van de jeugdige.
- Vijandige interacties met de jeugdige zoals beschuldigen, denigreren, of uitschelden. Meestal gericht op een bepaald kind waarbij de ouder de overtuiging heeft dat het kind dit verdiend heeft op basis van negatieve attributies met betrekking tot de jeugdige. Onvoldoende aandacht voor de basisbehoefte aan waardering, liefde en warmte.
- Ouder-kind interactie die zich kenmerkt door leeftijds-inadequaatheid of inconsequentheid: veel te hoge of te lage verwachtingen, autoritaire of verwaarlozende opvoedstijl, blootstellen aan verwarrende of traumatische ervaringen zoals porno(grafie), partnergeweld etc.
- Ontkenning van de jeugdige als individu met eigen behoefte en gevoelens. De jeugdige wordt gebruikt voor de behoeftevervulling van de volwassene, bijvoorbeeld bij vechtscheiding of Pediatric Condition Falsification (Münchhausen by Proxy).
- Belemmeren de jeugdige te laten socialiseren met zijn of haar omgeving of te stimuleren om te leren: isoleren, opsluiten, thuishouden.

Ook Naughton et al. (2013) waarschuwen professionals voor een te strikt onderscheid tussen emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling. Volgens hen blijken kinderen in de praktijk meestal bloot te staan aan vormen van emotionele verwaarlozing én mishandeling tegelijkertijd.

Daarom hebben zij in een review van de literatuur per leeftijdsgroep de symptomen van emotionele verwaarlozing én mishandeling op een rij gezet:

0-24 maanden:

- ouder en kind zijn niet op elkaar afgestemd, geen soepele interactie, weinig oogcontact;
- achterblijvende ontwikkeling van cognitieve vaardigheden;
- passiviteit, lusteloosheid, geen interesse in spelen;
- negatieve, vijandige interacties in spelsituaties;
- eisend gedrag.

2-6 jaar:

- onveilige, vermijdende of gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie;
- extreem aanhankelijk of juist afwezigheid van aanhankelijk gedrag;
- spraak- taalontwikkelingsproblemen;
- impulsiviteit, destructiviteit, gebrekkige rem op emoties;
- veel conflicten; agressief, opstandig gedrag;
- problemen met het onderscheiden van emoties;
- verstoorde regulatie van emoties;
- anderen worden niet als hulpbron gezien.

7 jaar en ouder:

- onvoldoende in staat om zich in anderen in te leven;
- slechte kwaliteit van vriendschapsrelaties;
- veel pesten en treiteren;
- angst, ongelukkig-zijn, depressie en laag eigenwaarde;
- neiging om te liegen en regels te overtreden;
- gedragsproblemen, zoals oppositioneel gedrag, agressie, antisociaal gedrag, drugs misbruik;
- risicovol gedrag vertonen, onverschillig;
- gebrek aan geweten.

Als je je zorgen maakt

Verwaarlozing heeft een aantal uitingsvormen die voor de JGZ-professional in principe waarneembaar zijn, zie hiervoor de lijstjes met kenmerken en signalen in 11.2 en 11.3. Als je signalen van verwaarlozing vermoedt of waarneemt, neem dan altijd de volgende aanbevelingen in acht:

- Als je iets opvalt in een contact met ouder en kind, overweeg altijd of dit het gevolg kan zijn van verwaarlozing. Ga na of de omstandigheden de gezondheid of veiligheid van de jeugdige in gevaar hebben gebracht. Therapie-ontrouw hoeft bijvoorbeeld niet altijd tot nadelige gevolgen voor de gezondheid van de jeugdige te leiden en dus een aanwijzing voor verwaarlozing te zijn.
- Vergelijk hoe de jeugdige zich presenteert, lichamelijk en gedragsmatig, in vergelijken met het voorgaande contactmoment en vraag door.
- Denk aan verwaarlozing wanneer de waarnemingen bij de jeugdige aanhouden of verslechteren en de ouders niet in staat zijn om de opgroei-omstandigheden voor de jeugdige te verbeteren of dit niet willen.
- Handel conform de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling; dat betekent dat je zorgen en vermoedens omtrent verwaarlozing liefst zo snel mogelijk bespreekt met collega's, de aandachtsfunctionaris en/of VT, en met de ouders zelf.
- Blijf het gezin waarvan je vermoedt dat er verwaarlozing speelt, monitoren.

Bij (vermoedens) van verwaarlozing is het belangrijk om na te gaan wat er verder speelt in het gezin en wat mogelijke oorzaken kunnen zijn. Geweld in het gezin en in het bijzonder partnergeweld en vechtscheiding komen veel voor en vormen een belangrijke oorzaak van verwaarlozing. Andere achterliggende problematiek en oorzaken kunnen gelegen zijn in: armoede, een (licht) verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening, verslaving bij een of beide ouders (zie Thema 10).

Er zijn geen instrumenten beschikbaar om specifiek voor verwaarlozing de ernst en het risico (op herhaling) in te schatten. Voor de Spoedeisende Hulp heeft Haasnoot (2012) vijf vragen geformuleerd die aanwijzing kunnen geven voor verwaarlozing en redenen om door te vragen, maar dit instrument is niet gevalideerd:

- Is er een aanwijzing voor psychosociale problematiek bij ouders (bv. armoede, werkloosheid, psychiatrische aandoening, zwakbegaafdheid, alcohol- of middelenmisbruik, huiselijk geweld, delinquentie)?
- Zijn er aanwijzingen voor lichamelijke of emotionele verwaarlozing van het kind (bv. slechte voedingstoestand, ernstig overgewicht, ontoereikende lichamelijke verzorging, inadequaat kleding, slechte (gebits)hygiëne, getuige van huiselijk geweld, onthouden van

veiligheid, koestering, gebrek grenzen en structuur)?

- Is het tijdstip van presentatie niet passend bij de leeftijd van het kind (bv. laat in de avond, gedurende schooltijd)?
- Zijn er aanwijzingen dat noodzakelijke tijdige medische zorg de jeugdige is onthouden?
- Is lichamelijk letsel veroorzaakt door nalatigheid van de ouders (bv. omdat er geen traphekje was, of bij onvoldoende toezicht)? Lijkt er sprake van intentioneel handelen? Is sprake van herhaalde intoxicaties?

Hoe vaak komt verwaarlozing voor?

In Nederland is verwaarlozing de meest voorkomende vorm van kindermishandeling. In Tabel 1 worden de schattingen van de NPM studie (Alink et al., 2011) uitgesplitst naar de verschillende vormen van verwaarlozing weergegeven.

Bij de AMK's (nu Veilig Thuis) kwamen in 2013 de volgende aantallen meldingen binnen, uitgesplitst naar soort (in percentages):

- Lichamelijke verwaarlozing: 7,2 %
- Emotionele/affectieve verwaarlozing: 10,5 %
- Pedagogische verwaarlozing: 28,9 %
- Getuige van geweld in het gezin/partnergeweld: 24,1%

Tabel 1. Schatting van de prevalentie van verschillende vormen van verwaarlozing (NPM, 2010)

<i>Fysieke verwaarlozing:</i>	<i>Prevalentie</i>
1. ouders zorgen niet voor genoeg kleding om warm te blijven:	27 op de 1000 kinderen
2. ouders zorgen niet voor persoonlijke hygiëne van het kind:	26 op de 1000
<i>Educatieve verwaarlozing:</i>	
3. ouders zorgen niet voor reguliere schoolgang:	24 op de 1000
4. niet stimuleren van prestaties:	75 op de 1000
5. geen hulp bij huiswerk:	165 op de 1000
6. onverschillig bij problemen op school:	62 op de 1000
<i>Emotionele verwaarlozing:</i>	
7. niet door ouders gerustgesteld worden:	61 op de 1000
8. geen hulp van ouders bij problemen:	57 op de 1000

Risicofactoren en beschermende factoren voor verwaarlozing

Onderzoek van Stith et al. (2009) heeft laten zien dat risicofactoren die gekoppeld zijn aan verwaarlozing specifiek zijn, en dus niet per definitie ook sterk gekoppeld zijn aan mishandeling. In de meta-analyse van Stith et al. bleken de volgende risicofactoren een belangrijke voorspeller van verwaarlozing (gerangschikt naar relatieve impact uitgedrukt in een d-score):

- ouder-kind relatie ($d = -1.09$)
- mate waarin ouders de jeugdige als probleem ervaren ($d = 0.91$)
- ouderlijke stress ($d = 0,81$)
- zelfvertrouwen en -waardering van de ouder ($d = -0,69$)
- sociale vaardigheden van de jeugdige ($d = 0,62$)
- gezinsgrootte ($d = 0,54$)
- het hebben van psychopathologie ($d = 0,52$)
- werkloosheid ($d = 0,51$)

In de Nederlandse NPM-2010 bleek dat een lage opleiding van de ouders de sterkste risicofactor is voor verwaarlozing. Daarnaast waren in deze studie werkloosheid van beide ouders en etniciteit risicofactoren (Alink et al., 2011).

Onderzoek naar risicofactoren voor verwaarlozing laat sterk wisselende uitkomsten en vaak kleine effecten zien (Mulder, 2014). Deze wisselende uitkomsten kunnen mogelijk worden verklaard vanuit verschillen in de mate van zichtbaarheid, het gebrek aan consensus over de definitie van verwaarlozing en de geheimhouding rondom deze typen mishandeling.

Glaser (2011) geeft aan dat verwaarlozing en mishandeling altijd samengaan; en onderscheidt vijf groepen van ‘mishandelend en verwaarlozend’ oudergedrag:

1. emotionele niet-beschikbaarheid en non-responsiviteit;
2. vijandige interacties met de jeugdige zoals beschuldigingen, of uitschelden;
3. ouder-kind interactie die niet is afgestemd op de leeftijd van de jeugdige (veel te hoge of te lage verwachtingen) en een harde en inconsequente opvoedstijl;
4. de jeugdige wordt gebruikt voor de behoeftevervulling van de volwassene;
5. de jeugdige isoleren, opsluiten, of thuishouden.

De veerkracht van de jeugdige is volgens Glaser (2011) een belangrijke beschermende factor en afhankelijk van twee hoofdfactoren:

- de genetische aanleg van de jeugdige zelf, dat wil zeggen de aangeboren mogelijkheid om negatief gedrag het hoofd te bieden;
- de aanwezigheid van beschermende anderen in de omgeving van de jeugdige.

Referenties

Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011) Kindermishandeling in Nederland anno 2010 : De tweede nationale prevalentiestudie van mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM - 2010). Leiden: TNO Child Health, Universiteit Leiden, Centrum voor Gezinsstudies.

Baartman, H. (2009). Het begrip kindermishandeling: Pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. Driebergen-Rijsenburg: Augeo Foundation.

Berge, I. ten, Addink, A, Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Jeugdinstituut/SWP.

Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. Gedownload op 2-1-2016 van <http://ebooks.cambridge.org/chapter.jsf?bid=CBO9780511665707&cid=CBO9780511665707A030>

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet*, 373 (9657): 68-81.

Glaser, D., Prior, V., & Lynch, M. (2001). Emotional Abuse and Emotional Neglect: Antecedents, Operational Definitions and Consequences. York: British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect.

Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect—Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35, 866-875.

Haasnoot, M. (2012). Kinderverwaarlozing beter in beeld-Fysiek mishandelde kinderen worden nog wel opgemerkt in ziekenhuizen, maar verwaarloosde kinderen glippen er vaak tussendoor. Een nieuw ontwikkeld signalerings-instrument moet daar een einde aan maken. *Medisch Contact*, 67, 1213.

IJzendoorn, M. H. van, Prinzie, P., Euser, E. M., Groeneveld, M. G., Brilleslijper-Kater, S. N., Noort -Van der Linden, A. M. T. van, & San Martin Beuk, M. (2007). Kindermishandeling in Nederland Anno 2005. De nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen

(NPM-2005). Leiden: Universiteit Leiden, Algemene en Gezinspedagogiek–Datatheorie.

Mulder, T. M. (2014). Risk factors for child abuse and neglect: A meta-analytic review. Unpublished Master thesis, Forensic Child and Youth Care Sciences. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S., & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 167, 769-775.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009). NICE Clinical guideline 89: When to suspect child maltreatment. London: National Institute for Health and Care Excellence.

Putte, E. M. van de, Kamphuis, M., & Kramer, A. W. M. (2013). *Medisch handboek kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Simons, M. (2012). Bespreekbaar maken van (het vermoeden van) kindermishandeling. *Standby*, 26(3), 6-8.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M. & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29.

Wolfe, D. A., & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 35, 802-813.

11. No show - Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Hoe dienen JGZ-professionals te handelen om (met het oog op signaleren kindermishandeling) het bereik te vergroten en daarmee de veiligheid van de jeugdige te verbeteren?

Aanbevelingen

De JGZ onderneemt de volgende acties wanneer ouders/kind niet op het contactmoment zijn verschenen door:

- Een herinnering aan de afspraak versturen via een brief/kaartje, mailing, sms;
- nagaan of mutatie bekend is bij de huisarts, de school of gemeente, en vervolgens eventueel het dossier overdragen;
- Indien in het gezin risicofactoren voor kindermishandeling of verwaarlozing aan de orde zijn, nagaan of andere zorgverlenende instanties het gezin in de gaten houden. Indien daar onvoldoende zicht op is, dient de JGZ extra inspanningen te leveren om het kind te zien (bijvoorbeeld zelf actief het kind opzoeken), en indien het kind ook daarmee niet bereikt wordt het gezin ‘op te schalen’.

De JGZ zorgt ervoor dat zij alle ouders/jeugdigen in beeld houdt door herinneringen te sturen, mutaties na te gaan, en bij risicofactoren het gezin op te schalen. Dit geldt met name voor bijzondere groepen waarvan bekend is dat zij moeilijk in beeld komen, dan wel meer risico's lopen.

De JGZ zorgt ervoor dat zij in beeld is bij ouders en samenwerkingspartners. Dit kan bijvoorbeeld doordat de JGZ-organisatie lokale afspraken maakt over verantwoordelijkheid en samenwerking met relevante partners zoals kinderopvang, scholen, en peuterspeelzalen, een JGZ-professional weet wie de samenwerkingspartners zijn van de JGZ.

Werk volgens het Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg (Dunnink, 2010).

Onderbouwing

De informatie en aanbevelingen in dit thema zijn gebaseerd op het Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg van het RIVM (Dunnink, 2010), aangevuld met de expertise van JGZ-professionals uit de werkgroep over interventies. Dit standpunt wordt momenteel aangepast.

Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg

Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2009) bleek dat bijna de helft van alle JGZ-organisaties een bereik heeft van minder dan 95 %, terwijl dit percentage als ondergrens gezien wordt. Een deel van de jeugdigen in Nederland ontvangt dus geen of in ieder geval minder preventieve zorg van de JGZ. Het bereik van de JGZ bleek met name minder voor jeugdigen die opgroeien in een probleemgezin. Daarmee wordt voor de JGZ de mogelijkheid ontnomen om zicht te houden op de gezonde ontwikkeling van een kind en dat waar nodig bij te sturen. In het Standpunt Bereik worden verschillende redenen genoemd waarom niet alle jeugdigen in beeld zijn bij de JGZ:

- sommige ouders kiezen niet voor de zorg van de JGZ of komen er niet aan toe om naar de JGZ te gaan vanwege grote problemen op meerdere terreinen die hogere prioriteit hebben;
- sommige jeugdigen worden niet uitgenodigd, omdat ze niet bekend zijn bij de JGZ-organisaties of omdat het onduidelijk is welke organisatie verantwoordelijk is voor welke jeugdige;
- gebrek aan eenduidigheid over hoe precies de begrippen ‘in beeld’, ‘bereik’, ‘in zorg’ en ‘uit zorg’ geoperationaliseerd worden.

Voor jeugdigen in bijzondere omstandigheden zijn aanvullende afspraken nodig. Daar worden de volgende groepen bedoeld.

Het gaat om kinderen ...

- die tijdelijk op een ander adres verblijven, bijvoorbeeld kinderen die tijdelijk bij familie wonen na een echtscheiding; meestal wordt geen adreswijziging doorgegeven aan de gemeente;
- van asielzoekers, vluchtelingen en immigranten, met name de nieuwe immigranten uit EU-landen, die zich (tijdelijk) in Nederland vestigen zoals Bulgaren, Polen, en Roemenen;
- die illegaal in Nederland verblijven;
- die op een MKD of in een instelling verblijven, zij staan in de regel ingeschreven op het woonadres van hun ouders;
- die thuisonderwijs krijgen;

- van expats en van reizende ouders:
 - expats zijn mensen met een andere nationaliteit die tijdelijk in Nederland verblijven;
 - kinderen van reizende ouders: bijv. Roma-kinderen, kinderen van ouders die op een kermis of bij een circus werken of schipperskinderen.

Deze richtlijn beveelt daarom aan dat iedere JGZ professional juist ten aanzien van kinderen in bijzondere omstandigheden extra alert is. Deze alertheid is op zijn plaats bij alle aanbevelingen/acties die hieronder vanuit het Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg worden beschreven.

De JGZ in beeld brengen

Het is van belang dat de JGZ zorgt dat alle ouders op de hoogte zijn van de JGZ en het belang ervan inzien. Om de JGZ bij ouders in beeld te brengen, én in beeld te houden, kan op de volgende manieren actie worden ondernomen:

Prenataal	Aanstaande ouders laten kennismaken met de JGZ (eventueel via verloskundig zorgverlener en kraamzorg), via Prenatale Huisbezoeken Jeugdverpleegkundige (na signalering door verloskundig zorgverlener) en door informatie te verspreiden via de media.
Na geboorte	Contact zoeken met de gemeenten met de vraag of die de JGZ informatiefolder kan uitdelen met contactgegevens en werkwijze van de JGZ bij inschrijving van pasgeborenen in hun gemeente. Dit geldt overigens ook bij mutatie (verhuizing) .
Tweede levensweek	Ook bij de gehoorscreening/hielprik kan de JGZ in beeld gebracht worden bij het gezin. Bekendmaken van de werkwijze van de JGZ tijdens het contact/huisbezoek, en tevens inventariseren wat de verwachtingen en wensen van ouders zijn met betrekking tot de JGZ contacten.
Contactmomenten JGZ/CJG	Afspraken voor consulten worden op diverse manieren gemaakt. Bijvoorbeeld mondeling bij het consult, telefonisch, via planbureau, zelf inplannen door ouders via internet, etc.

De JGZ houdt ouder en kind in beeld

Om ouders en kinderen in beeld te houden, kan de JGZ een aantal maatregelen nemen:

- Herinnering aan afspraken versturen via een brief/kaartje, mailing, sms.

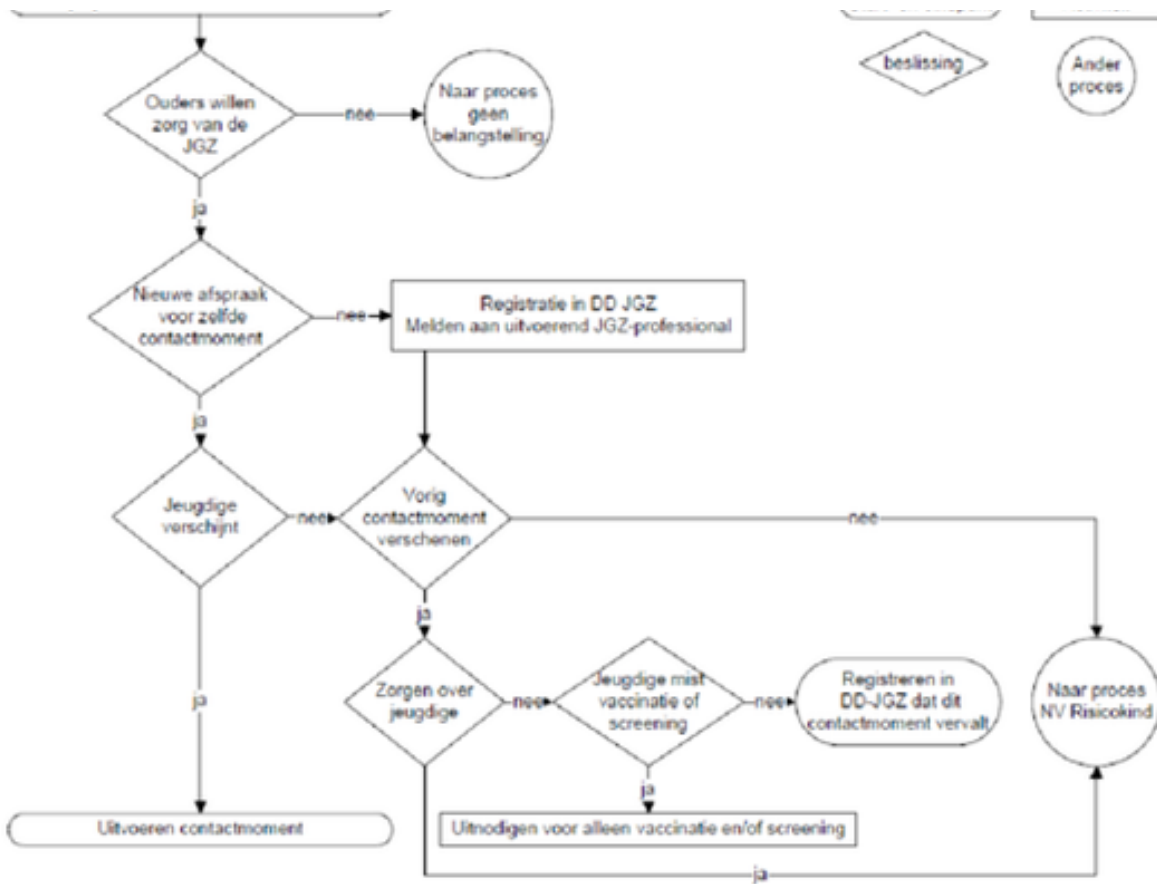
- Direct nadat het kind na de geboorte is ingeschreven in de gemeente, contact opnemen.
- Direct nadat een kind na verhuizing is ingeschreven bij de gemeente, contact opnemen.
- Zich op de hoogte stellen of kinderen die ingeschreven staan in de gemeente maar geen zorg van de eigen JGZ-organisatie ontvangen, op één of andere manier toch preventieve zorg ontvangen. Het gaat dan om de volgende groepen:
 - ouders die geen zorg van de JGZ-organisatie wensen omdat hun kind elders in zorg is (bijvoorbeeld een antroposofisch consultatiebureau, kinderarts, huisarts). In dat geval dient de JGZ na te gaan of de zorgverlenende instantie ook preventieve zorg levert.
 - kinderen die in zorg zijn bij een collega JGZ-organisatie. In dat geval dient de JGZ (indien aan de orde) te zorgen voor overdracht van gegevens naar de collega JGZ-organisatie.
- Wanneer het gezin niet meer op het opgegeven adres blijkt te wonen, eerst zelf uitzoeken waarheen het gezin verhuisd is. Als dat niets oplevert dient te worden nagegaan of mutatie bekend is bij de gemeente, de school of de huisarts. In dat geval kan het dossier worden overgedragen met eventuele risicovermelding.
- Wanneer bij een gezin risicofactoren voor kindermishandeling of verwaarlozing zijn geconstateerd, dient de JGZ proactief en uitgebreid na te gaan of andere zorgverlenende instanties het gezin in de gaten houden. Indien daar onvoldoende zicht op is, dient de JGZ het gezin ‘op te schalen’.
- Wanneer vanuit de kraamzorg/verloskundige zorg overdracht plaatsvindt waarbij eventuele risicofactoren of zorgwekkende gezinssituaties zijn benoemd, dient de JGZ dit gezin extra te begeleiden en een plan te maken voor het in beeld houden en de begeleiding van dit gezin.

Maatregelen bij niet verschijnen

Wanneer een gezin regelmatig niet op een afgesproken contactmoment verschijnt, kan dat een signaal zijn van een zorgwekkende situatie zoals verwaarlozing of mishandeling. Wat betreft het ‘niet verschijnen’ maken we onderscheid tussen ouders die...

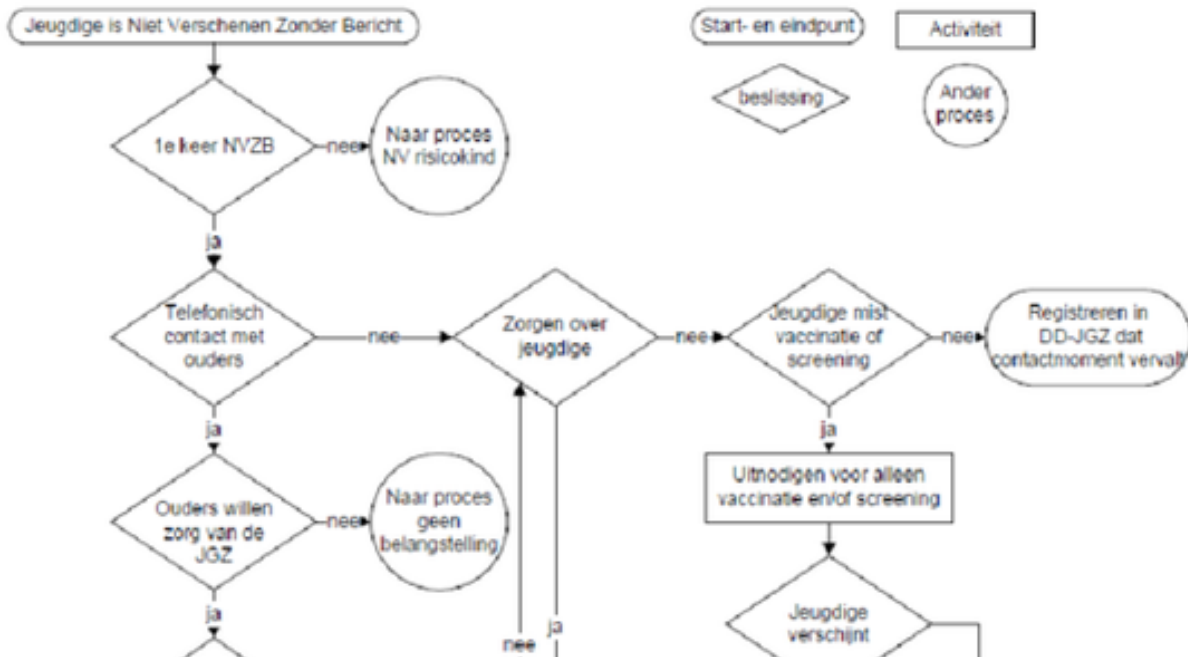
- niet verschijnen met bericht (NVMB)
- niet verschijnen zonder bericht (NVZB)

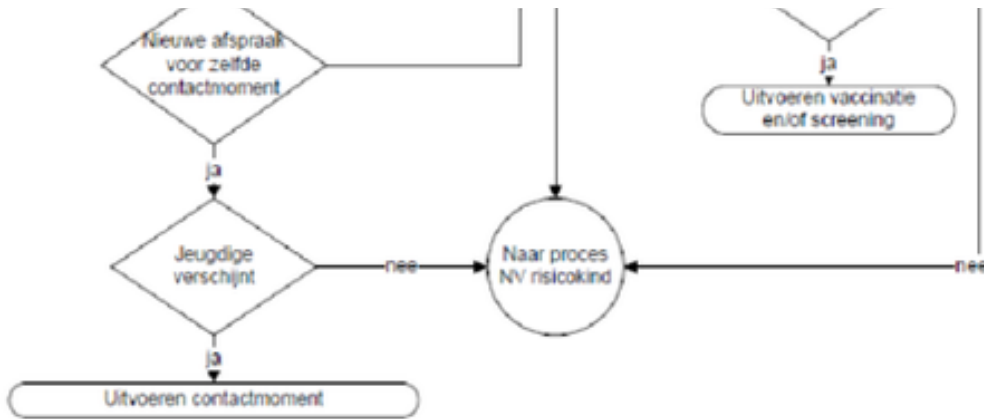
Voor beide categorieën ouders is een stroomschema opgesteld (overgenomen uit het Standpunt Bereik van de JGZ). Bij NVZB wordt onderscheid gemaakt tussen de 1ste keer niet verschijnen en meerdere keren niet verschijnen.



Figuur

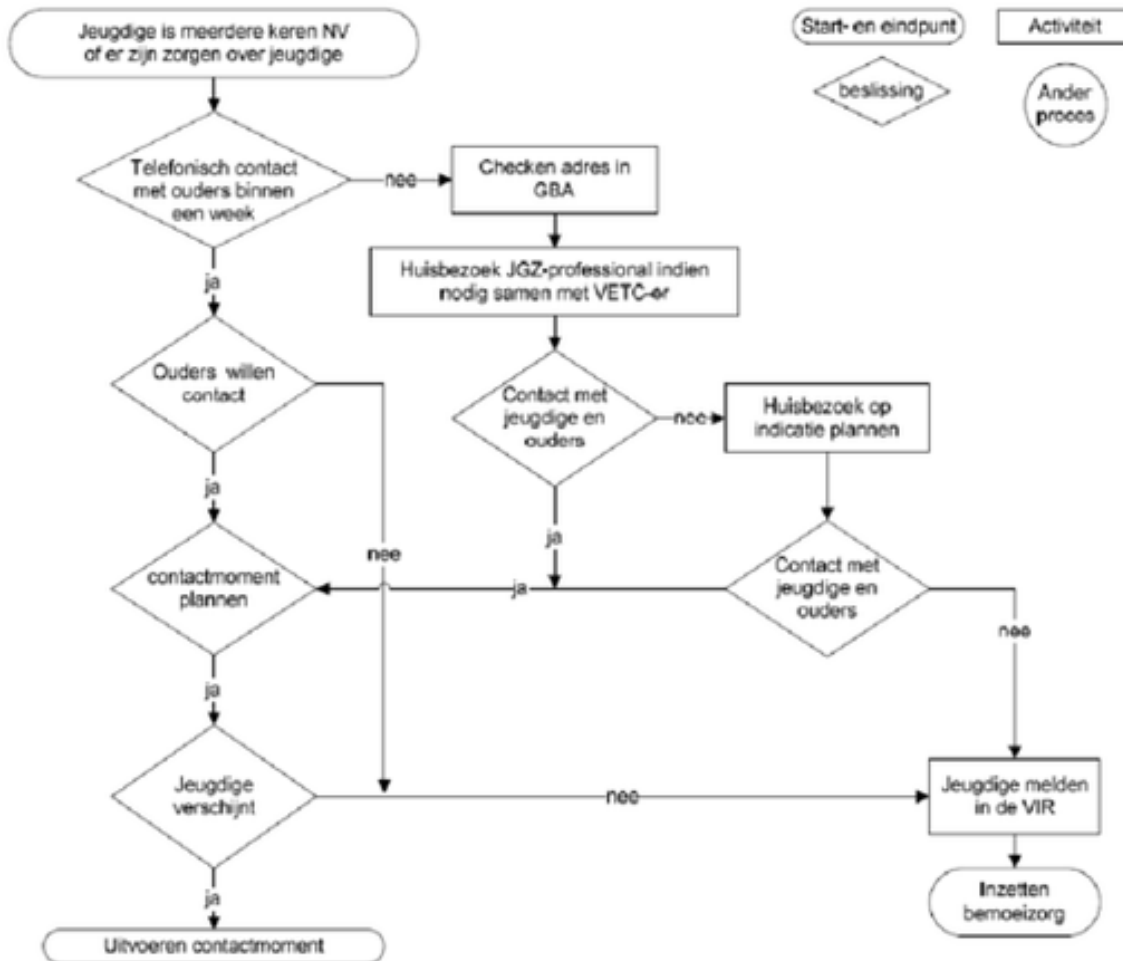
3.3 Stroomschema proces Niet Verschonen Met Bericht





Figuur

3.4 Werkwijze Niet Verschenen Zonder Bericht eerste keer



Figuur

3.5 Stroomschema werkproces Niet Verschenen Risicokind
Meerdere keren niet verschenen zonder bericht

Wanneer kinderen/jeugdigen en hun ouders meerdere keren niet verschijnen zonder bericht, dient de JGZ alert te zijn op risico's voor de gezondheid en het welzijn van de jeugdige. Dit betekent dat de JGZ moet onderzoeken of er sprake kan zijn van verwaarlozing of zelfs mishandeling. Er zijn echter ook diverse andere redenen waarom ouders/gezinnen niet komen verschijnen bij een contactmoment. Uit onderzoek van de Academische Werkplaats Jeugd in Twente blijkt dat naarmate kinderen ouder worden, er meer no-shows optreden (Sieverink, 2013). Factoren die ook een rol spelen in het niet komen opdagen: het moment van de dag waarop de afspraak is gemaakt; lage SES en anderstaligheid van de ouders. In het onderzoek wordt geen link gelegd met kindermishandeling of verwaarlozing. Echter, er wordt wel melding gemaakt van het belang van een goede digitale registratie om in de loop van de tijd eventuele risicofactoren te kunnen achterhalen.

Afwegen, risicofactoren, interventies

De acties en eventuele interventies van de JGZ worden bij herhaald NVZB 'op maat' ondernomen en/of aangeboden. Steeds moet de JGZ hierbij de risicofactoren voor kindermishandeling nagaan, evenals de beschermende factoren. Afhankelijk van de situatie en de mogelijkheden en de bereidwilligheid van ouders om naar oplossingen te zoeken, kan de JGZ op verschillende manieren interveniëren. Indien ouders bereidwillig zijn, verdient het de voorkeur om geïndiceerde preventieve interventie(s) in te zetten wanneer sprake is van een risico op kindermishandeling. Het kan dan gaan om opvoed- of oudertrainingsprogramma's (Triple P) en home-visiting programma's (VoorZorg, Stevig Ouderschap, MIM, Home-Start). De gezinnen nemen vrijwillig deel, in samenspraak wordt het programma gepland en uitgevoerd.

Indien ouders minder of niet bereidwillig zijn om preventieve zorg te ontvangen (en daarbij ook geen goed alternatief voor hun kind hebben), kan de JGZ bij herhaald niet verschijnen Bemoezorg inzetten, een ongevraagde zorg. Deze zorg wordt ingezet op grond van een gesignaleerde bedreiging van de gezondheid van het kind/ jeugdige. Het doel is om samen met de ouder te komen tot het punt dat zij (h)erkennen dat er een probleem is en dat hulpverlening nodig is. Meestal zijn meer dan drie contacten nodig om de ouders tot hulpverlening te motiveren (Kooijman, 2009).

Een review naar de kosteneffectiviteit van huisbezoeken ter preventie van kindermishandeling liet zien dat kosteneffectiviteit het grootst was als het doelgezin een hoog risicoprofiel had, als de interactie niet alleen uit huisbezoek bestond, en als de hulpverlener een professional was werkend in een multidisciplinair team (Dalziel & Segal, 2012).

Referenties

Dalziel, K., & Segal, L. (2012). Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. *Archives of Diseases in Childhood*, 97, 787-798.

Dunnink, G. (2010). *Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IZG) (2009). *De jeugdgezondheidszorg in beweging*. Den Haag: IGZ.

Kooijman, K. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 2-1-2016 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Sieverink, F. (2013) *Rapport Klein-en-Fijn project 'Niet Verschenen'*. In opdracht van de Academische Werkplaats Jeugd in Twente.

12. Kindermishandeling en misbruik door derden - Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke ouder- en kindgerichte preventieve interventies zijn er om mishandeling en misbruik vanuit sociale situaties en het (non-) formele onderwijs te signaleren en adresseren?

Aanbevelingen

Stel standaard bij ieder contactmoment (zowel face to face als wanneer alleen een vragenlijst gebruikt wordt) neutraal geformuleerde vragen aan ouders en jeugdigen met betrekking tot de veiligheid van de jeugdige in brede zin, vanaf de voorgaande keer dat de jeugdige gezien is. Vraag ouders waar de jeugdige opgevangen wordt als zij afwezig zijn (NSO, oppas thuis, familie, geen opvang?).

Bij alles wat je constateert bij jeugdigen en hun ouders (zoals psychosociale omstandigheden, gedrag en ontwikkeling, psychische gesteldheid, fysieke kenmerken), overweeg altijd: kán hier sprake zijn van kindermishandeling? Zie [Thema 3](#).

Ga na welke verklaringen er zijn voor hetgeen geconstateerd is en wie (volgens de ouders) de pleger(s) kunnen zijn.

Werk bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling, ook als een derde (zoals sporttrainer, leerkracht ed.) de vermoedelijke pleger is, altijd volgens de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (zie [Thema 3](#)). Denk in het bijzonder aan:

- of nader (medisch) onderzoek nodig is
- overleg met het LECK / FPKM
- of hulp voor ouders en jeugdige(n) aangewezen is
- adviseer aangifte te doen
- ga na of er meer slachtoffers zijn en of opgeschaald moet worden (bv. zedenscenario)

Onderbouwing

Dit thema is gebaseerd op de wet Verplichte Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling; de AJN Nota (2010) Kindermishandeling in de sociale omgeving, en Inventariserend onderzoek naar signalen van kindermishandeling in de sociale leefomgeving van kinderen (Addink & Kooijman, 2011).

Kindermishandeling in de sociale omgeving

Kindermishandeling komt overal voor waar kinderen zijn. Naast kindermishandeling in de thuissituatie komt kindermishandeling ook voor in de sociale leefomgeving van een kind. Onder de sociale leefomgeving van de jeugdige verstaan wij de school, de sportclub, familie, kinderopvang, gastgezin, scouting, voetbal, koranlessen, zangkoren, zondagsscholen etc.

Kindermishandeling in de sociale omgeving omvat alle vormen van geweld of onvrijwillige interacties met personen buiten het gezin met wie de jeugdige in een afhankelijkheidsrelatie staat (zie [Thema 1](#)). Dat betekent dat kinderen ook door leerkrachten, clubleiders, medewerkers van de opvang mishandeld kunnen worden. Gerichte communicatie over dit onderwerp met de medewerkers in de sociale leefomgeving van de jeugdige en ketenpartners in de zorg voor kinderen, versterkt de signalering van kindermishandeling.

De JGZ professional dient altijd alert te zijn om signalen van kindermishandeling in de sociale leefomgeving van de jeugdige. De basis houding dient te zijn dat de JGZ professional actief tot actie overgaat bij dergelijke signalen en altijd het belang van de jeugdige vooropstelt.

Het stoppen van de kindermishandeling is op de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de ouders. Vaak zijn ouders niet op de hoogte van de mishandeling die in het sociale leefmilieu plaatsvindt. Of er zijn vage signalen maar de ouders zijn niet bij machte om verandering te brengen in de onveilige situatie voor hun kind. Of ouders ervaren sociale druk om hun kind –ondanks het vermoeden van kindermishandeling- toch in een situatie te brengen die niet veilig is voor de jeugdige. Ook als ouders de signalen en vermoedens van kindermishandeling blijven ontkennen of aangeven geen actie te willen ondernemen, dan dient de JGZ professional tot actie over te gaan.

De GGD Den Haag heeft in 2009 een werkwijze ontwikkeld waarbij de JGZ professional tijdens het reguliere contactmoment voor 9-10 jarigen (groep 7) navraagt of er signalen zijn van (on)veiligheid in de sociale leefomgeving. Direct aanleiding hiervoor waren signalen van mishandeling in het niet-formele Islamitische onderwijs in Den Haag. De aanpak leek succesvol omdat het aantal gevonden gevallen sterk afnam in Den Haag. Op landelijk niveau kwam de

vraag op naar de omvang en aard van dit probleem in Nederland. GGD Nederland en het NJi (Addink & Kooijman, 2011) hebben een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de omvang van kindermishandeling in de sociale leefomgeving van kinderen in drie gemeenten in Nederland (Eindhoven Rotterdam en Den Haag). In deze gemeenten werd gebruik gemaakt van de werkwijze van Den Haag, waarbij de JGZ-medewerker systematisch vraagt naar in de sociale leefomgeving tijdens het reguliere contactmoment voor 9-10 jarigen.

Gedurende de looptijd van het onderzoek - een half jaar - werden in totaal 17 signalen geregistreerd met betrekking tot onveiligheid in de sociale leefomgeving. Een groot deel van de meldingen betreft jongens, en het merendeel van de geregistreerde signalen heeft betrekking op Koranonderwijs. In Den Haag hebben de signalen uitsluitend betrekking op Koranonderwijs. In Rotterdam zijn twee maal signalen over een sportles geregistreerd. In twee derde van de meldingen gaat het om signalen van lichamelijke mishandeling. Nadat de signalen zijn geregistreerd is in alle gevallen telefonisch contact opgenomen met de ouders om de signalen te bespreken. In geen van de gevallen zijn de signalen aanleiding geweest voor een melding bij het AMK of Verwijsindex. Op basis van dit inventariserende onderzoek kan geconstateerd worden dat kindermishandeling in de sociale leefomgeving niet grootschalig voorkomt in Nederland (Addink & Kooijman, 2011).

Dit onderzoek resulteerde in een protocol met aanvullende afspraken voor JGZ professionals hoe om te gaan met signalen van kindermishandeling in de sociale leefomgeving. Op het moment dat dit protocol ontwikkeld werd, was de Meldcode nog niet van kracht.

Hieronder wordt het protocol geïntegreerd in de vijf stappen van de Meldcode, waarbij we apart aangegeven hebben wat de JGZ professional moet doen in geval van mishandeling door iemand in de sociale leefomgeving. De stappen in de meldcode geven geen volgorde aan, in de praktijk kan dit door elkaar lopen.

Stap 0: Kán er sprake zijn van kindermishandeling?

In [Thema 3](#) is betoogd dat aan stap 1 van de meldcode altijd een ‘Stap 0’ voorafgaat: wanneer een JGZ professional gedragingen, fysieke kenmerken en factoren constateert die een signaal van kindermishandeling kunnen zijn en/ of er eventueel ook anderen zich zorgen maken, is het van belang dat je nagaat of kindermishandeling een mogelijke verklaringen is. In Stap 0 weet je nog niet wie de mogelijke pleger is: dat kan een ouder zijn maar ook iemand van buiten het gezin, derden zoals een leerkracht, trainer etc.

Deze alertheid op mogelijke signalen van kindermishandeling – ook in de sociale leefwereld van de jeugdige – is de basishouding van iedere professional. Bij ieder contactmoment wordt gevraagd hoe het met de jeugdige gaat. Ook aan de jeugdige zelf kan gevraagd worden wat het in de vrije tijd doet, of het naar clubjes gaat en of de jeugdige het naar de zin heeft. Doe dat in neutrale bewoordingen, bijvoorbeeld: vind je het leuk op de club, zijn er ook minder leuke dingen, vertel eens, wat doe je dan?

Het vragen ernaar normaliseert het praten over veiligheid in de sociale leefomgeving, en leidt op zichzelf tot bewustwording bij ouders en kind. Veiligheidsthema's zoals geweld, agressie, straf, pesten of ongewenste intimiteiten in de sociale leefomgeving behoren tot de standaardthema's die aan de orde gesteld worden.

Hieronder zijn voorbeeldvragen uit het Haagse protocol opgenomen.

Voorbeelden van 'standaardvragen' naar sociale milieu bij een PVO (reguliere contactmoment) groep 7

(Door: Wiset Kuil-Baijens, Ria Andrews, Annelies van 't Hoff, Den Haag)

Wat doe je in je vrije tijd? (Ga je naar een of meer clubjes?)

Als kind er zelf niet mee komt, verder vragen: sport je? muzikles? naschoolse activiteiten? ga je naar een kerk/ moskee / tempel? volg je daar lessen?

- Hoe is het daar? Heb je het daar naar je zin? Waarom wel/ niet?
- Wat gebeurt er als er iemand niet luistert?
- Heb je ook wel eens straf gehad?
- Ben je bang om straf te krijgen?
- Heb je het al eens tegen je moeder/vader gezegd?

Praat luchtig, normaal, neutraal, feitelijk.

Als kind het signaal afgeeft en heeft het ook al tegen de ouder gezegd:

- Ouder: Wat vindt u daarvan? Hoe bent u ermee omgegaan?

Als kind het signaal afgeeft en het niet tegen de ouder heeft gezegd:

- Ouder: wat vindt u ervan als u dit zo hoort?

Als antwoord is dat ouder de aanpak van het clubje normaal vindt:

- Eerst proberen ouders zelf bewust te laten worden.

Ga na of ouders ook op deze manier met hun kind(eren) omgaan, of ze het ook normaal zouden vinden als dat bijvoorbeeld op school zou gebeuren. Bij ouder de vraag neerleggen wat zij denken dat dit met hun kind doet.

Uiteindelijk: benoemen de schadelijke gevolgen van dit gedrag, uitleg over goed ouderschap.

Als antwoord ouder is dat ze dat *niet normaal* vindt:

Wat zou u hieraan kunnen & willen doen?

Vragen naar mogelijke ongewenste intimiteiten

Naast het uitvragen van het fysieke en psychische opvoedklimaat kan er behoefte zijn om ook signalen van seksueel overschrijdend gedrag op te vangen. Feitelijk wijk je op dit terrein niet af van bovenstaande tips en de luchtige wijze waarop je alle overige gebieden uitvraagt.

Voorbeeld opbouw:

- Zijn ze aardig op de club?
- Zijn ze ook wel eens vervelend?
- Het kan wel eens zo zijn dat mensen op een vervelende/ niet leuke manier naar je kijken....
- Hoe gaat het douchen na het sporten?
- Gebeuren er wel eens dingen waarvan je liever niet wilt dat die gebeuren?
- De fase van seksuele ontwikkeling van de jeugdige geeft het kader voor de vragen (zie bijlage 1)
- Mogelijk vang je signalen op die reden geven verder uit te vragen (zie [bijlage 2](#))
- Vraag niet verder als de jeugdige er niet over wil praten.
- Wees bij een vermoeden van seksueel misbruik terughoudend in het gesprek met de jeugdige i.v.m. mogelijke toekomstige bewijslast.
- Wees bij een vermoeden van seksueel misbruik voorzichtig met het stellen van gesloten vragen. Dat houdt in dat de jeugdige geen woorden in de mond gelegd moeten worden. Het gesprek heeft niet tot doel het bewijs van seksueel misbruik te leveren. Laat dat over aan een gespecialiseerde deskundige op dit gebied en vraag advies bij Veilig Thuis.

Boodschap aan het kind

- Het is niet jouw schuld.
- Geheimen zijn leuk; maar als een geheim vervelend voelt moet je er over praten met iemand die je vertrouwt.
- Je mag ALTIJD NEE zeggen tegen seksuele spelletjes. ALTIJD, ook als je er leuke cadeautjes voor krijgt of als iemand je juist dreigt geweld aan te doen als je niet meedoet.
- Ik vind het heel knap dat je het allemaal zo goed kan vertellen.

Wanneer de JGZ-professional geen andere bevredigende verklaringen vindt voor hetgeen hij of zij geconstateerd heeft bij de jeugdige, de zorgen blijven bestaan en een vermoeden of

verdenking van kindermishandeling ontstaat, treedt de Meldcode in werking.

Stap 1. In kaart brengen van de situatie

Meer specifiek voor deze situatie, waarbij verdenking van kindermishandeling in het sociaal leefmilieu ligt:

- Signalen van mishandeling kunnen worden verzameld via een Meldingsformulier (waarvan we een voorbeeld hebben toegevoegd in figuur 1. De signalen worden geanalyseerd door de eindverantwoordelijke, meestal de aandachtsfunctionaris. Op basis van die analyse vindt actie plaats.
- Indien een patroon van signalen binnen een voorziening in het sociaal leefmilieu wordt geconstateerd wordt de geanonimiseerde lijst met signalen besproken in een overleg tussen de wethouder Jeugd, de JGZ, Veilig Thuis.

Stap 2. Overleggen met een collega, in- of externe deskundigen, Veilig Thuis

Handel bij vermoedens of verdenking van kindermishandeling nooit alleen. Allereerst wordt de situatie besproken binnen het JGZ team, wat vindt de collega-professional van de situatie? Raadpleeg ook de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en overleg met Veilig Thuis

Indien sprake is van een patroon van signalen, of indien opschaling noodzakelijk is in verband met eventuele maatschappelijke onrust (vooral bij seksueel misbruik), dan vindt –geanonimiseerd- casuïstiekbespreking plaats met betrokken leden van het lokaal bestuur (B&W: burgemeester en wethouders) en de lokale driehoek bestaande uit openbaar ministerie, politie en burgemeester.

Stap 3. Gesprek met ouder en/of jeugdige.

- Overleg altijd met de ouder(s) en de jeugdige (zo mogelijk apart) bij het bespreken van de vermoedens kindermishandeling, tenzij er gegronde redenen zijn waarop dit niet mogelijk is.
- Ouders worden aangespoord hun kind uit de onveilige situatie te halen, en de ouders worden geïnformeerd dat bij het vervolgconsult (dit wordt altijd ingepland) beoordeeld wordt of hun kind zich inmiddels in een veilige situatie bevindt.
- Afspraken met ouders worden geregistreerd in het Digitaal Dossier en besproken met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling in de JGZ-organisatie en actief vervolgd.
- Als ouders de signalen en vermoedens van kindermishandeling ontkennen of aangeven geen actie te willen ondernemen, schakelt de JGZ-professional Veilig Thuis in.

Stap 4. Wegen van kindermishandeling, bij twijfel altijd Veilig Thuis raadplegen

- Wanneer de situatie van de jeugdige bij het vervolgconsult niet is gewijzigd, zal afhankelijk van het eerste signaal overleg of melding bij Veilig Thuis plaatsvinden.
- Wanneer de jeugdige niet verschijnt op het vervolgconsult wordt overlegd met school en afhankelijk van het eerste signaal overleg of melding bij Veilig Thuis plaatsvinden.

Bijlage 2

Stap 5. Beslissen: zelf hulp organiseren of melden

Zorg dat er zowel voor de jeugdige als de ouders – die hun kind niet hebben kunnen beschermen – hulp aangeboden wordt. Voor kinderen die het slachtoffer zijn van lichamelijke of seksuele mishandeling is in ieder geval psycho-educatie en mogelijk ook traumabehandeling nodig.

Organiseer of bied jeugdigen die slachtoffer zijn van kindermishandeling minimaal psycho-educatie aan die hen ‘ontschuldigt’ en uitlegt dat ieder kind recht heeft op veiligheid. Overweeg altijd of aanvullend (trauma)behandeling nodig is.

Organiseer of bied jeugdigen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik vormen van Traumagerichte (of ‘Abuse-Focused’) Cognitieve Gedragstherapie aan zoals de Horizonmethodiek of STEPS . Verwijs naar www.centrumseksueelgeweld.nl.

Referenties

Addink, A., & Kooijman, K. (2011). Inventariserend onderzoek naar signalen van kindermishandeling in de sociale leefomgeving van kinderen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

AJN Nota (2010). Kindermishandeling in de sociale leefomgeving.

13. Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)

Uitgangsvraag

Welke kennis hebben JGZ-professionals nodig voor de preventie en aanpak van vrouwelijke genitale verminking (VGV)?

Aanbevelingen

JGZ-professionals dienen basiskennis te hebben van VGV (te vinden via e-learning: www.vgv.ggd.nl):

- de aard en omvang van VGV
- de landen en culturen waarbinnen VGV veelvuldig voorkomt en de culturele achtergronden daarvan
- de gevolgen en gevaren van VGV

JGZ-professionals weten hoe te handelen bij vermoedens van (op handen zijnde) VGV:

- Ga in gesprek met de ouders en wijs hen op de ernst van deze ingreep en de gevolgen, zowel lichamelijk als psychisch voor de jeugdige.
- Geef voorlichting over de Nederlandse wet inzake VGV.
- Handel volgens de stappen van de Meldcode (zie [Thema 3](#)).

Onderbouwing

De informatie en aanbevelingen in dit thema zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op formeel gedocumenteerde standpunten en protocollen vanuit de relevante beroepsgroepen (AJN, NVOG): het Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de JGZ (RIVM, 2010), het KNOV-standpunt Vrouwelijke genitale verminking (KNOV, 2012) en het Modelprotocol Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (NVOG 2013). Daarnaast zijn de informatie aanbevelingen gebaseerd op informatie afkomstig van Pharos en de WHO, aangevuld met de expertise van JGZ-professionals in de werkgroep.

Wat is VGV?

De WHO hanteert als definitie: een gedeeltelijke of volledige verwijdering of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën zonder medische noodzaak. Wereldwijd worden volgens de WHO naar schatting tussen 100 en 140 miljoen meisjes besneden. Elk jaar lopen 3 miljoen meisjes het risico besneden te worden. Er zijn geen harde cijfers over het voorkomen in Nederland. In 2008 rapporteerden verloskundigen (Korfker et al., 2009) een prevalentie van ruim 3 besneden vrouwen op 1000 zwangeren.

Meisjesbesnijdenis wordt meestal uitgevoerd bij meisjes van 4 – 12 jaar, maar soms ook direct na de geboorte. Bij de besnijdenis worden de uitwendige geslachtsorganen van de meisjes besneden. Dit kan in uitgebreidheid verschillen. De WHO onderscheidt vier vormen:

- Type 1: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris, en/of de voorhuid.
- Type 2: Gedeeltelijk of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.
- Type 3: Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris.
- Type 4: Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

De meest ingrijpende vorm is type 3. Deze vorm zorgt doorgaans voor de meeste gezondheidsklachten. Deze vorm wordt 'infibulatie' genoemd.

Standpunt JGZ en rijksoverheid

De WHO neemt het standpunt in dat vrouwenbesnijdenis verboden dient te worden. Zij gebruikt

voor meisjesbesnijdenis de term vrouwelijke genitale verminking om daarmee uit te drukken dat het een ontoelaatbare handelwijze betreft. De visie binnen de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg sluit hierbij aan. Dit is te lezen in het Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de JGZ (RIVM, 2010). Hierin wordt aangegeven dat Nederland meisjesbesnijdenis als een ernstige en onherstelbare vorm van mishandeling beschouwt, een fundamentele schending van de mensenrechten en van de lichamelijke integriteit. De Nederlandse maatschappij en de overheid wijzen het daarom af; het is bij wet verboden en dient te worden voorkomen en bestreden. In het Nederlands Wetboek van Strafrecht valt het onder opzettelijke mishandelingsdelicten.

Ook in de meeste andere Westerse landen wordt vrouwenbesnijdenis gezien als een operatie die verminkend, misdadig en vrouwenonwaardig is. Steeds meer landen (waaronder Frankrijk, Engeland, Zweden en de Verenigde Staten) kennen inmiddels wetgeving die de ingreep, in welke vorm dan ook, strafbaar stelt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005). Ook steeds meer Afrikaanse landen spreken zich uit tegen VGV. Het Maputo-protocol (2003) is gericht op het versterken en bevorderen van rechten van vrouwen op het Afrikaanse continent. Geweld tegen vrouwen, waaronder VGV, wordt hierin veroordeeld. Inmiddels hebben 45 van de 53 Afrikaanse landen het protocol ondertekend en hebben 27 het geratificeerd, waaronder 13 landen waar VGV wordt gepraktiseerd.

Naast besnijdenis van meisjes, wordt ook op grote schaal jongensbesnijdenis toegepast (ook wel circumcisie genoemd). Dit is het verwijderen van de voorhuid (preputium) van het mannelijk lid, een operatie die poliklinisch kan worden uitgevoerd. Volgens schattingen is wereldwijd iets minder dan een derde van alle mannen besneden (WHO). De ingreep wordt doorgaans uit religieuze overwegingen of op medische gronden uitgevoerd. In Nederland is deze ingreep niet strafbaar.

Culturen en tradities

VGV is een oud cultureel gebruik waarvan de herkomst niet duidelijk is. De betekenis van het uitvoeren van een besnijdenis is verbonden met de achtergrond(en) en betekenisssystemen van bepaalde culturen. Het komt voor in een groot aantal Afrikaanse landen en bij bevolkingsgroepen in een aantal landen in het Nabije Oosten en Azië (zie www.meisjesbesnijdenis.nl). In veel Afrikaanse landen (onder andere Somalië, Egypte, Soedan, Guinee, Sierra Leone en Mali) worden vrijwel alle meisjes besneden en wordt veelal de meest ingrijpende vorm (infibulatie) toegepast. Van een aantal landen is bekend dat meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd, maar is onbekend wat de prevalentie hiervan is (waaronder Indonesië, India en enkele landen in Zuid-Amerika).

VGV is binnen deze culturen verbonden met reinheid, schoonheid, vrouwelijkheid en seksuele moraal. Ouders laten de besnijdenis uitvoeren omdat hun dochter anders weinig kans heeft een man te krijgen, dus om haar toekomst veilig te stellen. VGV is een cultureel gebruik/traditie en niet te rechtvaardigen vanuit een religie.

Gevolgen: medische complicaties en beleving seksualiteit

VGV kan ernstige gevolgen hebben. In het Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking door de JGZ wordt onderscheid gemaakt in directe gevolgen en mogelijke gevolgen na de ingreep.

Directe gevolgen tijdens en direct na de ingreep:

- extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt);
- klachten bij urinelozing (pijn bij plassen, ophoping urine in de blaas);
- overmatig bloedverlies;
- kans op infectie;
- kans op overlijden van het meisje.

Mogelijke gevolgen na de ingreep:

- pijnlijke seksuele gemeenschap;
- mogelijk verlies seksuele functie en gevoel;
- noodzaak van medisch ingrijpen om seksuele gemeenschap en bevalling mogelijk te maken;
- menstratieklachten en moeilijke en/of pijnlijke urinelozing;
- urineweginfectie;
- chronische pijn in de onderbuik;
- onvruchtbaarheid door gynaecologische infecties;
- littekenvorming;
- moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje);
- obstetrische complicaties en fistelvorming, leidend tot incontinentie voor urine en feces;
- in latere fase psychosomatische en psychosociale problemen.

Veel vrouwen ervaren deze klachten ten gevolge van besnijdenis echter niet als samenhangend met de besnijdenis, maar als behorend bij het vrouw-zijn. Vaak gaat dit samen met onbekendheid met het menselijke lichaam en de verschillende lichamelijke functies.

Landelijke aanpak en preventieve rol JGZ

Om deze vorm van mishandeling en verminking in Nederland te kunnen uitbannen is een brede aanpak vereist; van voorlichting en signalering door professionals in de JGZ en het onderwijs tot opvolging van meldingen door Veilig Thuis en optreden van de Raad voor de Kinderbescherming, de politie en het OM. Omdat VGV een oud gebruik is, spelen ook zelforganisaties een belangrijke preventieve rol. De gemeente is op lokaal niveau verantwoordelijk voor dit beleid.

In de landelijke aanpak spelen verloskundig zorgverleners een grote rol omdat ze met alle zwangeren in contact komen. Daarnaast heeft de JGZ direct na de geboorte een centrale rol in de preventie van VGV. Vanuit de reguliere contactmomenten op de consultatiebureaus en de scholen is zij bij uitstek in de gelegenheid om het gesprek aan te gaan met de etnische groeperingen die deze praktijk bezigen. Door vroegtijdig in contact te treden met kinderen en hun ouders kunnen zij ouders wijzen op de ernst van deze ingreep en de gevolgen, zowel lichamelijk als psychisch. Daarnaast kunnen zij voorlichting geven over de Nederlandse wet.

Om JGZ-professionals hierin te ondersteunen heeft de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) in 2004 hiertoe een stappenplan ontwikkeld (Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken). Dit is in 2005 in samenwerking met andere relevante partijen uitgewerkt tot het Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis (Eerdenburg, 2005). Dit gespreksprotocol is getest in de praktijk, waarna het Standpunt Preventie van VGV door de JGZ (2010) is opgesteld.

Naast dit Standpunt is in 2010 eveneens het Medisch Modelprotocol ontwikkeld (Modelprotocol Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking; NVOG 2013) en KNOV-standpunt Vrouwelijke genitale verminking (KNOV, 2012). Deze protocollen zijn opgesteld door alle relevante medische beroepsgroepen, waaronder de AJN. De protocollen doet aanbevelingen over de wijze waarop verschillende beroepsgroepen medische, psychosociale en seksuele zorg kunnen leveren aan meisjes en vrouwen die slachtoffer zijn geworden van VGV. De protocollen betreffen zowel de preventie, melding van VGV als de spoedeisende hulp en zorg op langere termijn.

Praktische uitvoering van de preventieve taak van de JGZ

JGZ-professionals dienen allereerst alert te zijn op de risicokenmerken van VGV. Hiervoor kunnen zij gebruik maken van de volgende risico-inventarisatie (uit: Standpunt Preventie VGV door de JGZ, 2010):

- moeder van het meisje is besneden (overdracht verloskundige of uit anamnese),
- zusjes zijn besneden,

- land van herkomst van moeder is een risicoland voor VGV (zie www.meisjesbesnijdenis.nl),
- land van herkomst van vader is een risicoland voor VGV (zie www.meisjesbesnijdenis.nl),
- partner en directe familieleden staan positief tegenover besnijdenis,
- omgevingsdruk: gezin met veel familie in Nederland die druk uitoefent VGV uit te voeren en/of gezin met veel contacten binnen dezelfde etnische groep die druk uitoefent en/of de vraagbaak, steun en toeverlaat van moeder (als het om vrouwenaangelegenheden gaat) oefent druk uit,
- regelmatig (familie)bezoek buitenland: gezin dat regelmatig op (familie)bezoek gaat in het buitenland, met name land van herkomst,
- gezin is niet of slecht geïntegreerd: spreekt geen Nederlands, geen of weinig sociale contacten, werkloos.

Het risico neemt toe met het aantal geconstateerde risicofactoren. Vooral de eerste twee punten zijn zwaarwegende risicofactoren.

Daarnaast zijn ook een aantal andere punten van belang om bij de risicotaxatie na te vragen:

- Hoe staat de partner tegenover besnijdenis, de moeder van moeder, de moeder van vader en de familie?
- Hoe zijn de contacten binnen dezelfde etnische groep?
- Wordt er druk uitgeoefend?
- Heeft moeder en/of vader juist steun aan de groep?
- Hoe ziet de sociale omgeving van moeder eruit?
- Wie is vraagbaak, steun en toeverlaat als het om vrouwenaangelegenheden gaat?
- De groepen kennen een verschillende sociale, culturele (laag tot hoog opgeleid) en religieuze achtergrond (christenen en moslims). Betrokkenen hebben een vluchtelingen- of migrantenstatus. Daarnaast is er verschil in de leeftijd waarop besnijdenis wordt gepraktiseerd in het land van herkomst (vanaf twee maanden tot ongeveer dertien jaar, soms zelfs nog later).

JGZ-professionals dienen vervolgens het gesprek met de ouders/verzorgers aan te gaan. In het Standpunt Preventie van VGV door de JGZ (2010) is hiervoor een gespreksprotocol opgenomen. Deze handleiding is gebaseerd op de principes van motiverende gespreksvoering. De JGZ-professional krijgt hierin een model aangereikt om tijdens het gesprek te bepalen in welke fase van gedragsverandering de moeder en/of vader zich bevindt:

- Fase 1: voorbeschouwing, waarin de moeder en/of vader zich niet bewust is van het probleem, de relatie tussen de besnijdenis en het gezondheidsproblemen wordt niet gelegd.

- Fase 2: overpeinzing, waarin de moeder en/of vader zich bewust is van het probleem.
- Fase 3: beslissing, waarin de moeder en/of vader een beslissing neemt om de dochter wel of niet te laten besnijden.
- Fase 4: actieve verandering of actie.
- Fase 5: consolidatie, waarin de beslissing ten minste 6 maanden wordt volgehouden.

Figuur 14.1 beschrijft een beslisschema voor het proces van risico-inschatting en signalering door de JGZ (overgenomen uit het Stappenplan van de AJN (Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken)).

Afhankelijk van de fase waarin de moeder en/of vader zich bevindt, worden aanvullende vragen gesteld. In de bijlage van het Standpunt VGV door de JGZ staan voorbeeldvragen bij ieder van de vijf fasen. Ook is een groot aantal voorbeeldzinnen opgenomen om het gesprek over VGV aan te gaan (inclusief mogelijke reacties van ouders). Om JGZ-professionals te ondersteunen bij het signaleren, is door de AJN in 2005 een praktisch beslisschema opgenomen (zie figuur 14.1).

De JGZ-professional brengt het onderwerp VGV niet éénmalig ter sprake, maar verschillende keren. Het onderwerp maakt deel uit van het Basispakket JGZ. Hoewel het basispakket geen lichamelijk onderzoek in het kader van VGV voorschrijft, kan het goed zijn om – indien de ouders of de jongere akkoord zijn – een lichamelijke inspectie uit te voeren.

JGZ organisaties dienen ook in de periode tussen de reguliere contactmomenten – indien nodig - aandacht te besteden aan VGV; eventueel met extra contactmomenten en huisbezoeken. Een aandachtspunt is dat niet alle JGZ-organisaties in het voortgezet onderwijs nog face-to-face contacten met jongeren en hun ouders hebben. Zij passen varianten van triage of flexibele inzet van contactmomenten toe. Niettemin heeft de JGZ wel altijd de mogelijkheid om kinderen extra op te roepen bij signalen. Als de groep groot is kan de JGZ in overleg met de gemeente voor deze risicogroep een apart aanbod maken.

In 2014 is door Publieke Gezondheid en Veiligheid (PGV) Nederland het Basistakenpakket Asielzoekerskinderen opgesteld (werkdokument, versie 2014). In dit basistakenpakket is het reguliere basispakket JGZ aangevuld met contactmomenten die voortvloeien uit afspraken met het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) over extra activiteiten voor asielzoekerskinderen. In dit document is expliciet meisjesbesnijdenis als aandachtspunt voor de contactmomenten opgenomen.

Wanneer JGZ-professionals een risico op VGV signaleren, kunnen zij een verklaring aan de ouders meegeven (in verschillende talen) indien zij het idee hebben dat ouders door de familie of gemeenschap onder druk worden gezet om hun dochter te laten besnijden. Dit is de Verklaring tegen meisjesbesnijdenis die in maart 2011 door de Nederlandse ministeries, migrantenorganisaties en GGD Nederland in gezamenlijkheid is gepresenteerd. Onder andere de

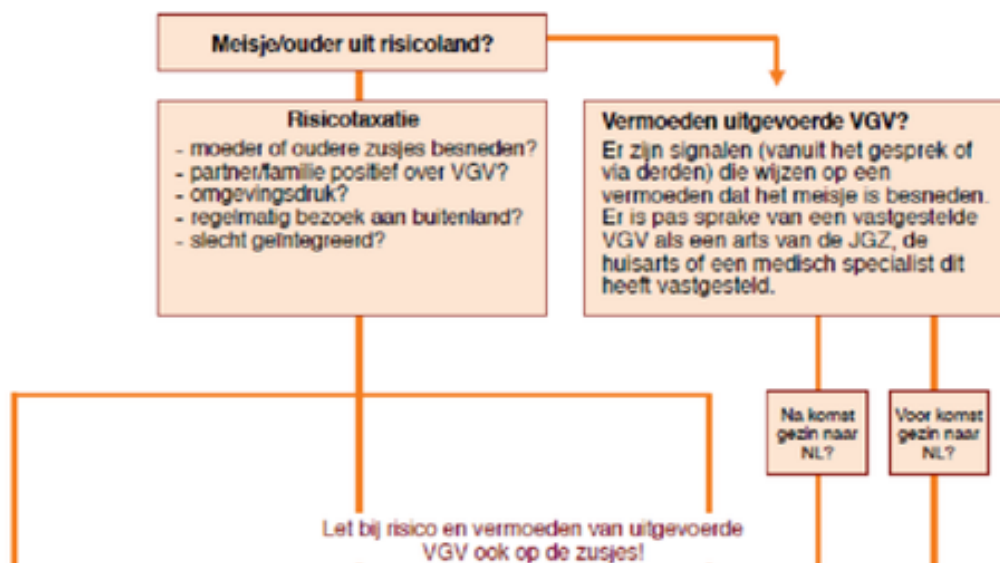
KNMG en AJN hebben deze verklaring ondertekend. Als migranten onder druk worden gezet, kunnen ze met dit document laten zien dat de ingreep in Nederland bij wet verboden is. Ouders krijgen de verklaring mee op het consultatiebureau of bij de Jeugdarts van de GGD.

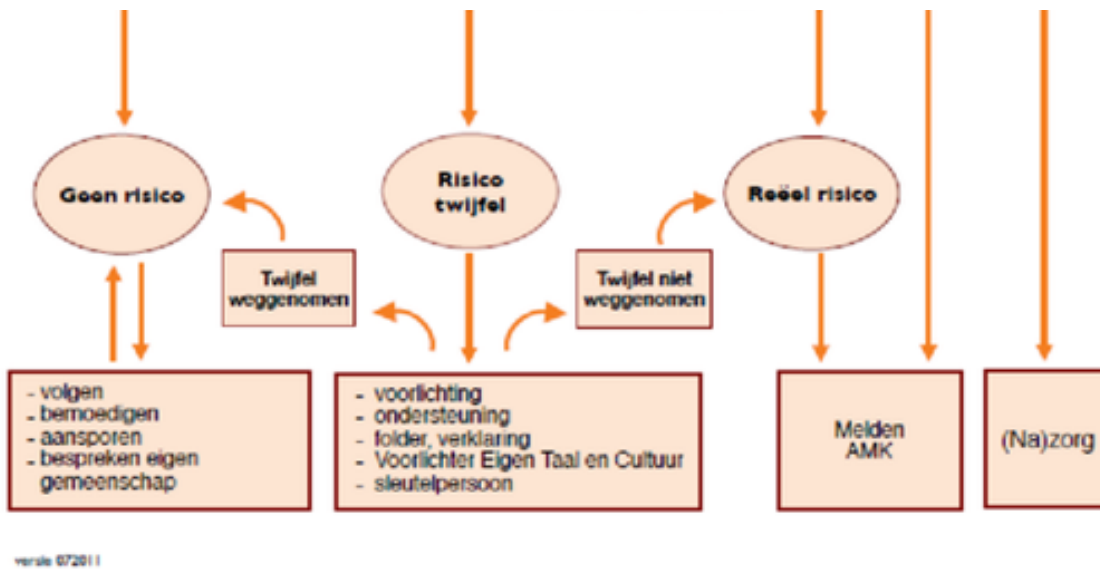
Melden van een vermoeden of een op handen zijnde VGV

Voor de specifieke problematiek van VGV bij minderjarigen (jonger dan 18 jaar) moet bij vermoedens altijd advies worden gevraagd bij Veilig Thuis (0800-2000) en eventueel ook aan een deskundig collega. Bij Veilig Thuis is een aandachtsfunctionaris VGV werkzaam (dit is meestal een vertrouwensarts); deze is deskundig op het gebied van de signalering en aanpak van gevallen van VGV. Bij een adviesvraag blijft het gezin per definitie anoniem voor Veilig Thuis. De adviesvrager blijft verantwoordelijk. Als men een melding doet, heeft Veilig Thuis de bevoegdheid om direct in contact te treden met het gezin en de betrokken professionals en het onderzoek te starten. De melder kan Veilig Thuis vragen zijn naam voor het gezin geheim te houden (anoniem melden). Dat kan als dat nodig is vanwege de veiligheid van de jeugdige of anderen, de vertrouwensrelatie van de melder met het gezin, of uit vrees voor de eigen veiligheid. Met anoniem melden wordt terughoudend omgegaan. Veilig Thuis werkt volgens een handelingsprotocol VGV (Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen, Pharos, 2013).

Er is een e-learning module beschikbaar op de site van VPVG/GGD NL: <http://vgv.ggd.nl>

Stroomdiagram Standpunt VGV





³ 'AMK' in dit schema heet nu Veilig Thuis

14.1 Beslisschema signalering VGV (AJN)

Figuur

Referenties

RIVM (2010). Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

NVOG (2010). Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV). Utrecht: NVOG.

Eerdenburg-Keuning, van I. A. (2005). Gesprekprotocol Meisjesbesnijdenis. Lisse: AJN.

KNOV (2012). KNOV-standpunt Vrouwelijke genitale verminking. Utrecht: KNOV.

Pharos (2013). Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen. Uitleg en handvatten bij aanpak VGV voor AMK, RvdK en Politie. Utrecht: Pharos.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). Bestrijding vrouwelijke genitale verminking. Beleidsadvies. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). Vrouwelijke genitale verminking in juridisch perspectief. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.

Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking (2005). Bestrijding vrouwelijke genitale verminking, Onderbouwing advies. Zoetermeer.

Assembly of the Union of African States (2003). Protocol to the African Charter on human and peoples' rights on the rights of women in Africa. Maputo: Union of African States.

Korfker, D., M. Snijder, & S. Detmar (2009). Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of (VGV) Vrouwelijke Genitale Verminking in de verloskundigenpraktijk in 2008. Leiden: TNO.

www.meisjesbesnijdenis.nl (Pharos)

www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl

<http://www.nvog.nl>

<http://vgv.ggd.nl>

Totstandkoming van de richtlijn

Werkwijze

De richtlijn is grotendeels ontwikkeld volgens de methode van evidence based richtlijnontwikkeling (EBRO) (CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2007). De basis voor de richtlijn is een samenvatting van het beschikbare bewijs in de wetenschappelijke literatuur. In vergelijking met andere JGZ-richtlijnen – zeker de meer medische getinte JGZ-richtlijnen – is het aantal literatuursearches en reviews echter relatief beperkt gebleven. De meeste uitgangsvragen leenden zich eerder voor een practice-based dan een evidence-based uitwerking. Ook was niet altijd een uitgebreide search nodig, omdat bijvoorbeeld alleen naar basiskennis werd gevraagd (bijvoorbeeld Thema 9). Bovendien is ten behoeve van het veld (om de richtlijn compleet te maken) een Algemeen deel toegevoegd waarvoor geen uitgangsvragen bestonden.

Op basis van de literatuursearches en de practice-based uitwerkingen zijn aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk. Voorafgaand aan het ontwikkeltraject is via een knelpuntenanalyse geïnventariseerd welke knelpunten JGZ-professionals in hun dagelijks werken ervaren. Op basis hiervan zijn uitgangsvragen geformuleerd.

Met een werkgroep van JGZ-professionals en wetenschappers van TNO, NJi en de Universiteit Twente zijn in vijf werkbijeenkomsten de uitgangsvragen beantwoord. In de eerste bijeenkomst zijn de uitgangsvragen aangescherpt en definitief vastgesteld. In de navolgende bijeenkomsten zijn de resultaten van de literatuursearches en de conceptteksten besproken.

Aan het eind van het ontwikkeltraject zijn de conceptteksten voorgelegd aan een klankbordgroep. Op basis van deze bijeenkomst zijn de teksten verder aangescherpt en is een versie vastgesteld voor het uittesten in de praktijk.

De praktijktest is uitgevoerd in twee JGZ-organisaties. Binnen deze organisaties hebben 40 JGZ-professionals gedurende een aantal maanden met de richtlijn gewerkt. Uit deze test zijn verbetersuggesties voor de inhoud van de richtlijn gekomen en zijn aanbevelingen opgesteld voor de landelijke implementatie van de richtlijn. De bevindingen van de praktijktest zijn in een rapportage beschreven (Nji, 2015).

Gedurende de praktijktest is deze versie via het NCJ in een landelijke commentaarronde voorgelegd aan relevante (beroeps)organisaties. Hiertoe is de concept richtlijn geplaatst op de website van het NCJ en op die van beroepsverenigingen in de JGZ; verenigingen Artsen

Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA).

Naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaarronde zijn is de definitieve tekst van de richtlijn vastgesteld.

Commentaarfase en autorisatie door beroepsgroepen

In april 2015 is de eerste concepttekst van de richtlijn voorgelegd aan de Richtlijnadviescommissie van het NCJ ter goedkeuring voor de praktijktest. Na afronding van de praktijktest en de landelijke commentaarronde is de richtlijn bijgesteld en nogmaals ter goedkeuring voorgelegd aan de Richtlijnadviescommissie.

Na beoordeling en verwerking van het commentaar is de richtlijn door de werkgroep vastgesteld, en ter autorisatie aan de RAC van het NCJ voorgelegd.

Indicatoren en implementatie

In samenwerking met de relevante beroepsgroepen zijn indicatoren opgesteld om de toepassing en de effecten van de richtlijn te kunnen monitoren. Dit is gedaan op basis van de kernaanbevelingen van de richtlijn en het registratieprotocol dat bij deze richtlijn is opgesteld (BDS-protocol).

In verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn. Daarbij werd expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Van groot belang hierbij was bijvoorbeeld een multidisciplinaire samenstelling van de werkgroep en klankbordgroep. Op deze manier is een richtlijn ontwikkeld die antwoord geeft op vragen die in het veld leven.

Werkgroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn werd een brede werkgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen in de JGZ en wetenschappelijk medewerkers van TNO, het Nederlands Jeugdinstituut en de Universiteit Twente.

Daarnaast werd een klankbordgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van aanpalende beroepsgroepen.

Werkgroep

- Mw. Mascha Kamphuis (voorzitter): jeugdarts KNMG, onderzoeker JGZ Zuid Holland West, adviseur TNO.
- Mw. Remy Vink: onderzoeker TNO.
- Mw. Marianne de Wolff; onderzoeker TNO.
- Dhr. Klaas Kooijman: onderzoeker, senior medewerker afdeling Zorg voor Jeugd Nji.
- Mw. Annemieke Konijnendijk, onderzoeker Universiteit Twente, Academische Werkplaats Jeugd Twente.
- Dhr. Ben Rensen, jeugdarts.
- Mw. Carla Jaartsveld, jeugdarts VO/MBO GGD Amsterdam, aandachtsfunctionaris Kindermishandeling/VGV, afgevaardigde AJN.
- Mw. Inge Tissen, stafarts ZuidZorg, aandachtsfunctionaris Huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Mw. Selma van der Harst, stafarts Jong Florence, lid AJN.
- Mw. Judith Groot, verpleegkundig specialist GGD Drenthe, aandachtsfunctionaris kindersmishandeling, afgevaardigde V&VN.
- Mw. Monique Lier, stafverpleegkundige ZuidZorg; aandachtsfunctionaris Huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Mw. Anneke Posthumus, jeugdverpleegkundige met staftaken, Jong Florence.
- Mw. Yvonne van Straten, assistente GGD Rotterdam, afgevaardigde NVDA.

Klankbordgroep

- Mw. Annelies Levink, jeugdarts KNMG, Hart voor Brabant en afgevaardigde AJN.
- Mw. Elise van de Putte, afgevaardigde NVK, voorzitter van Stichting LECK (Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling), deelname aan werkgroep ‘inzet forensisch medische expertise bij kinderen’, ontwikkelaar en instructeur/docent bij WOKK cursus (voor kinderartsen) en Masterclass Forensische Pediatrie (samen met NFI).
- Mw. Sylvie Lo Fo Wong, huisarts en UMC St Radboud, NHG.
- Mw. Edith Geurts, inhoudsdeskundig medewerker kindermishandeling / huiselijk geweld Augeo.
- Mw. Henrike Sachse, arts M&G en vertrouwensarts, Veilig Thuis Hollands Midden, afgevaardigde VVAK.
- Mw. Mariëlle Hornstra, gedragswetenschapper GGD Gelderland Zuid.
- Mw. Racquelle Bannink, cliëntvertegenwoordiger Stichting STUK.

Cliënten participatie

Bij de ontwikkeling van de richtlijn is rekening gehouden met het patiënten perspectief. Een vertegenwoordiger van Stichting STUK heeft deelgenomen aan de klankbordgroep.

Verantwoording

Wetenschappelijke bewijsvoering

De kernredactie heeft, met hulp van een informatiespecialist van TNO, literatuur gezocht bij de uitgangsvragen die evidence based zijn uitgewerkt. Dit is gedaan in de databases Pubmed, Psychinfo en Cochrane. De literatuursearch richtte zich op de periode van 1990 tot 2014. Per uitgangsvraag is vervolgens aan de hand van de sneeuwbalmethode en suggesties van werkgroepleden een aantal relevante artikelen toegevoegd.

Per uitgangsvraag zijn de abstracts door twee personen beoordeeld op relevantie voor het beantwoorden van de uitgangsvraag. Vervolgens is een overzichtstabel gemaakt met relevante onderzoeksresultaten. Alle studies zijn beoordeeld op hun methodologische kwaliteit volgens de EBRO-methode. Artikelen van matige of slechte kwaliteit zijn uitgesloten. Indien relevant, is de gevonden evidence samengevat in zogenaamde bewijsklassetabellen. Deze zijn beschreven bij de afzonderlijke thema's van de richtlijn.

Kennislacunes

Specifiek JGZ:

- De opvoedingsvaardigheden van ouders en ouderlijke stress zijn weliswaar onderwerpen van gesprek in de JGZ-contacten en in de algemene instrumenten zoals GIZ en SPARK, maar: is het niet wenselijk dat juist de JGZ diepgaander de opvoedingsvaardigheden in kaart weet te brengen? Er zijn diverse instrumenten, maar deze zijn niet specifiek (onderzocht) voor de JGZ.
- Er is geen screeningsinstrument specifiek gericht op kindermishandeling voor de JGZ. Is dit wenselijk of volstaan algemene instrumenten zoals DMO-protocol, GIZ en SPARK?
- Het is onbekend wat de status is van de mini-CARE.
- De rol van de JGZ in de zwangerschap is op dit moment nog onvoldoende duidelijk en het is wenselijk om op landelijk niveau hierover de discussie te voeren, ook over het opnemen van deze rol en activiteiten zoals Prenatale Huisbezoeken JGZ, prenataal Stevig Ouderschap en/of VoorZorg in het Basispakket JGZ. Evenals de overdracht van de verloskunde en kraamzorg naar de JGZ. Dit is nog steeds niet gestandaardiseerd en overwegend medisch georiënteerd.
- Het is wenselijk om op landelijk niveau de discussie te voeren over het moeten overleggen van de jeugdarts met Veilig Thuis onder andere in verband met de capaciteit bij Veilig Thuis.

Algemeen:

- Het is niet bekend hoeveel jeugdigen in Nederland overlijden ten gevolge van kindermishandeling.
- Er is weinig zicht op de pleger(s) van kindermishandeling: wie zijn zij, wat kenmerkt hen, waarom, welk gedrag, etc.?
- Het is onvoldoende bekend wat de langetermijengevolgen van kindermishandeling (en ACE's/vroegkinderlijke traumatisering in het algemeen) in Nederland zijn. Bijvoorbeeld: welk aandeel van volwassen GGZ-problematiek, werkloosheid, armoede etc. is toe te schrijven aan kindermishandeling? Wat is de maatschappelijke impact?
- De economische kosten van kindermishandeling zijn voor Nederland niet bekend: wat is de economische impact? (TNO en Universiteit Leiden zijn met een vooronderzoek bezig).

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op wetenschappelijke 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde cliënt/patiënt', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

Herziening

De richtlijnen zijn van de beroepsgroepen AJN, V&VN en NDVA. Hierbij ondersteunt het NCJ met landelijke regie op ontwikkeling, implementatie en borging van richtlijnen. In principe heeft de richtlijn een geldigheidsduur van vijf jaar. Uiterlijk in 2019 wordt bepaald of actualisering noodzakelijk is. De geldigheid van deze richtlijn verloopt eerder indien resultaten uit wetenschappelijk onderzoek of nieuwe ontwikkelingen een eerdere aanpassing vereisen.

Belangenverstrengeling

De werkgroepleden hebben verklaard in de laatste vijf jaar (tot op heden) geen relatie of bemoeienis te hebben gehad met bedrijven of organisaties die op enigerlei wijze zijn verbonden aan het onderwerp van de JGZ-richtlijn 'Kindermishandeling', waardoor een belangenconflict zou kunnen ontstaan met de werkzaamheden in de richtlijnwerkgroep en de belangen van AJN, V&VN of NDVA.

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is financiering verkregen van ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw).

Lijst met afkortingen

ACE - Adverse Childhood Experiences (vroegkinderlijke traumatisering)
ADHD - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
AJN - Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, beroepsvereniging van jeugdartsen
AHT - Abusive Head Trauma
ALTE - Apparent Life Threatening Event (schijnbaar levensbedreigende gebeurtenis)
ALPHA-NL - Nederlandse vertaling ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment).
AMK - Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (verouderde aanduiding voor Veilig Thuis)
AMHK - Advies- en meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (Veilig Thuis)
AMW - Algemeen Maatschappelijk Werk
ASP - Antisociale Persoonlijkheidsstoornis
BOBP - Baby's van Ouders met Bijzondere Problemen
BJZ - Bureau Jeugdzorg
BSN - Burger Service Nummer
CARE-NL - Child Abuse Risk Evaluation Nederlandse Vertaling
CBCL - Child Behaviour CheckList
CD - Conduct Disorder
4DKL - Vierdimensionale Klachten Lijst
DD - JGZ Digitale Dossier
DMO - Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (Gemeente Amsterdam)
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
EPDS - Edinburgh Postpartum Depression Scale
E-MOVO - Elektronische Monitoring Voortgezet Onderwijs
FPKM - Forensische Polikliniek Kindermishandeling
FTT - Failure To Thrive
GGZ - Geestelijke gezondheidszorg
GIZ - Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte
ITBI - Inflicted Traumatic Brain Injury
IGZ - Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ - Jeugd gezondheidszorg
KIVPA - Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten
KDV - Kinderdagverblijf
KNOV - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
KOPP - Kinderen van Ouders met Psychische Problemen
KOV - Kinderen van Ouders met Verslavingsproblemen
LECK - Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling
LHV - Landelijke Huisartsen Vereniging

LIRIK - Licht Instrument Risico-inschatting Kinderveiligheid
LESA - Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken
LSD - Luisteren, Samenvatten, Doorvragen
LVAK - Landelijke Vereniging Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling
LVB - Lichte Verstandelijke Beperking
MBPS - Munchhausen by proxy
MIM - Moeder informeren Moeders
MKD - Medisch Kleuter Dagverblijf
NCJ - Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NFI - Nederlands Forensisch Instituut
NICE - National Institute for Health and Care Excellence
NIP - Nederlands Instituut van Psychologen
NVDA - Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten
NVvP - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Nji - Nederlands Jeugdinstituut
NODO - Nader Onderzoek Doodsoorzaak
NPM - Nederlandse Prevalentiestudie Mishandeling
NVMB - Niet Verschijnen Met Bericht
NVZB - Niet Verschijnen Zonder Bericht
ODD - Oppositional Defiant Disorder
OMA - Oordelen, Moraliseren/Mening, Adviezen
OTS - Onder Toezichtstelling
PDD-NOS - Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified
PHB-JGZ - Prenatale Huisbezoeken JGZ
PSZ - Peuterspeelzaal
PTSS - Posttraumatische stress stoornis
RIVM - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBS - Shaken Baby Syndroom
SDQ - Strengths & Difficulties Questionnaire
SES - Sociaal Economische Status
SEH - Spoedeisende Hulp
SHG - Steunpunt Huiselijk Geweld (nu Veilig Thuis)
SOA - Seksueel Overdraagbare Aandoening
SPARK - Structured Problem Analysis of Raising Kids
SVG - Stichting Verslavingsreclassering GGZ
TKM - Tijdschrift Kindermishandeling
VGV - Vrouwelijke Genitale Verminking
PCF - Pediatric Condition Falsification (Munchhausen by proxy syndroom)
PND - Postnatale Depressie

POP-poli - Polikliniek voor Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie

VIR - Verwijsindex Risicjongeren

VNG - Vereniging van Nederlandse Gemeenten

(V)OTS - (Voorlopige) ondertoezichtstelling

V&VN - Verplegenden en Verzorgenden Nederland

VSV - Verloskundig SamenwerkingsVerband

VVAK - Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling

WBP - Wet Bescherming Persoonsgegevens

WGBO - Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst

WOKFA - Wetenschappelijk Onderwijs Kindermishandeling Forensisch Arts

ZAT - Zorgadviesteam

ZonMw - ZorgOnderzoekNederlandMedischeWetenschappen

ZRM - Zelfredzaamheidsmatrix

