



Ieder kind een kans

Stand van zaken betreffende de primaire preventie van kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen

LVT/LC OKZ
in samenwerking met het NIZW
maart 2002

Inhoud

	Bladzijde
1. Werkgroep Primaire preventie kindermishandeling	3
2. Definities en uitgangspunten	4
3. Activiteiten in de JGZ gericht op primaire preventie	7
4. Gedeelde zorg	11
5. Deskundigheidsbevordering	13
6. Aanbevelingen	15
 Afkortingen	 16
 Literatuuroverzicht	 17
 Bijlage	

1. Werkgroep primaire preventie kindermishandeling

Kindermishandeling is een ernstig, omvangrijk en kostbaar probleem. Mishandelde kinderen hebben als volwassene een grote kans op persoonlijk leed en antisociaal gedrag. Hulpverlening na kindermishandeling is vaak beperkt effectief.

Jaarlijks overlijden er in Nederland tussen de 40 tot 60 kinderen aan kindermishandeling. De meeste vallen in de leeftijdsgroep tot 2 jaar. Dat betekent gemiddeld één dodelijk slachtoffer per jaar per thuiszorgorganisatie!

Het aantal meldingen bij een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) bedroeg in 2000 5.801, waarbij bedacht moet worden dat slechts een fractie van de kindermishandeling gemeld wordt, veel blijft onopgemerkt. Daarnaast werd 15.549 maal contact opgenomen met een AMK voor consultatie en/of advies. Eén op de zes mensen vermoedt wel eens dat een kind uit de eigen omgeving mishandeld wordt, maar bijna niemand maakt zo'n vermoeden kenbaar bij een Advies en Meldpunt Kindermishandeling.

Veel OKZ/JGZ-afdelingen hebben protocollen ontwikkeld, waarin routes zijn aangegeven voor signaleren, toetsen van vermoedens, intern overleg en contacten met onder meer Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Uit een recente inventarisatie door TNO Preventie en Gezondheid bleek dat van de 66 OKZ/JGZ-afdelingen in Nederland er 39 een dergelijk protocol hebben (Landweer; 2000). De meeste aandacht bij deze protocollen gaat uit naar de vraag hoe kindermishandeling te signaleren en wat vervolgens de beste manier van handelen is (secundaire preventie). Echter, de *primaire* preventie (het voorkómen) van kindermishandeling is een onderwerp dat tot op heden binnen de JGZ 0-4 jaar minder aandacht heeft gekregen.

Algemeen wordt de opvatting gedeeld dat kindermishandeling het beste kan worden voorkomen door hulp en ondersteuning te bieden aan jonge gezinnen, direct na of zelfs nog vóór de geboorte. De jeugdgezondheidszorg spant zich in kindermishandeling te voorkómen dan wel te doen ophouden. Ouders worden ondersteund in hun ouderrol, de verzorging en opvoeding van hun kinderen. Het CB-team is alert om mogelijke dreigingen van verwaarlozing, mishandeling of misbruik tijdig te signaleren. Met ouders spreken over deze mogelijke signalen van kindermishandeling is één van de moeilijkste gespreksonderwerpen uit de jeugdgezondheidszorg. Het raakt aan de eigen emoties: twijfel (het zal toch niet waar zijn?), ongelof (doen ouders zoiets?), woede (hoe kunnen ze een onschuldig kind dat aandoen?), angst (ze zullen ontzettend boos worden als ik er over begin of actie onderneem). Het omgaan met gevoelens van twijfel, angst en ongelof, vraagt om een permanente ondersteuning en educatie van de professionals.

In 1999 hebben het Landelijk Centrum voor Ouder- en KindZorg (LC OKZ) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) samen de werkgroep 'Primaire preventie kindermishandeling' gestart. De taak van de werkgroep was om te verkennen welke ontwikkelingen gaande zijn op het terrein van de primaire preventie van kindermishandeling en aanbevelingen te doen voor een verdere uitbouw daarvan.

Specifieke vragen daarbij waren:

Welke activiteiten gericht op primaire preventie van kindermishandeling kan de JGZ 0-4 jaar uitvoeren?

Welke instrumenten en/of methodieken zijn geschikt voor de JGZ 0-4 jaar om risicovolle opvoedingssituaties in beeld te brengen?

Hoe kan de JGZ 0-4 jaar landelijk(e) beleid c.q. regie in de aanpak van primaire preventie van kindermishandeling ontwikkelen? Welke partijen dienen hierin een rol te spelen?

De werkgroep is in de periode oktober 1999 tot oktober 2000 zeven maal bijeen gekomen en bestond uit:

- Karin van de Akker, Thuiszorg Oost Veluwe, wijkverpleegkundige-JGZ
- Willemien Boland, Thuiszorg Amstelring, consultatiebureauarts
- Henny van Emmerik, Thuiszorg West Friesland, wijkverpleegkundige-JGZ
- Monique Goossens, Thuiszorg Kempenstreek, wijkverpleegkundige-JGZ
- Yvonne de Graaf, Kruiswerk Gezinszorg Breda, orthopedagoog en landelijke coördinatie MIM bij het NIZW
- Ank van den Heiligenberg, Thuiszorg Midden Brabant, wijkverpleegkundige-JGZ
- Peter Kooij, samenwerkende afdelingen-JGZ van de Thuiszorg in Twente, stafarts en vertrouwensarts bij het AMK Gelderland
- Lucie Meijer, Kruiswerk West Veluwe, stafarts-JGZ/OKZ
- Marieke Pauw, Thuiszorg Zaanstreek/ Waterland, rayonmanager-JGZ/OKZ
- Ellen Sluiter, Thuiszorg Groningen, orthopedagoog
- Willy Warffemius, Thuiszorg Rijn, Duin en Bollenstreek, wijkverpleegkundige-JGZ
- Klaas Kooijman, medewerker van het NIZW / Expertisecentrum kindermishandeling
- Jacqueline de Vries, stafmedewerker bij het LC OKZ
- Pieter Kousemaker, Universiteit Leiden, medewerker van de afdeling orthopedagogiek, als extern adviseur

De besprekingen in de werkgroep leidden in januari 2001 tot een advies aan de Raad van Advies van het LC OKZ. Dit advies werd uitgebreid becommentarieerd. Dit commentaar is verwerkt door het bureau van het LC OKZ in de thans voorliggende notitie.

2. Definities en uitgangspunten

Kindermishandeling

De overheid hanteert de volgende, door het LC OKZ overgenomen, definitie voor kindermishandeling: *‘Elke vorm van voor de 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 afhankelijkheidsrelatie staat, actief of passief, opdringen waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek letsel of psychische stoornis’.*

Commerciële seksuele uitbuiting is een bijzondere vorm van seksueel misbruik, die wordt in deze tekst niet besproken.

Primaire preventie van kindermishandeling

Onder primaire preventie van kindermishandeling verstaan we activiteiten die ten doel hebben kindermishandeling te voorkómen, of de incidentie ervan te verlagen.

Risicokind

Kind dat meer dan andere kinderen gevaar loopt op bepaalde schade of verlies van gezondheid.
(Definities Ouder- en KindZorg)

Rechten van het kind

1. Alle rechten gelden voor alle kinderen over de hele wereld
2. Het recht op een naam en een nationaliteit
3. Het recht op bescherming tegen kinderarbeid
4. Het recht om je mening te geven en informatie te verzamelen
5. Het recht om op te groeien bij familie
6. Het recht op een veilig en gezond leven
7. Het recht op bijzondere zorg voor gehandicapte kinderen
8. Het recht op onderwijs
9. Het recht op bescherming tegen mishandeling
10. Het recht op spel en ontspanning

Het ‘Verdrag voor de Rechten van het Kind’ van de Verenigde Naties (1989) is de opvolger van de Verklaring voor de Rechten van het kind uit 1959. Deze bovenstaande niet-verplichtende 10 punten-verklaring, is vervangen door een bindend 54 artikelen omvattend verdrag. Het verdrag geeft de rechten van het kind mondiaal een juridische basis en legt staten die het verdrag getekend hebben de plicht op om de rechten in eigen land wettelijk en beleidsmatig vast te leggen. Het verdrag biedt tevens de mogelijkheid van gerichte actie tegen schendingen van die rechten en legt een basis voor het bevorderen van hulp en bijstand aan kinderen die dat nodig hebben. Bijna alle landen hebben het verdrag binnen enkele jaren ondertekend, een absoluut record op het terrein van mensenrechten. De Nederlandse regering heeft het verdrag op 7 maart 1995 gearafeerd. De maatregelen die de regering genomen heeft zijn het stroomlijnen van de jeugdzorg, door een bundeling van de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en geestelijk gezondheidszorg voor jeugdigen en het regelen van de toegang tot de jeugdzorg via het Bureau Jeugdzorg en het inrichten van de Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK’s). Omdat voorheen niet altijd duidelijk was waar men met welke signalen terecht kon, is er besloten om per regio één meldpunt voor kindermishandeling in te richten. Deze Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) zijn er voor alle vermoedens van kindermishandeling. Iedereen kan in alle gevallen contact opnemen met een AMK, ook al is de vraag of het vermoeden nog niet helemaal duidelijk. Het doel van het AMK is om kindermishandeling zo snel mogelijk te doen stoppen. Op dit moment zijn nog niet overal in Nederland AMK’s in werking,

maar dat zal binnenkort wel zo zijn. Openheid, directheid en snelheid zijn de drie peilers van het AMK.

Het AMK gaat uit van de belangen van het kind en kijkt welke stappen noodzakelijk zijn. Het verleent zelf geen hulp, maar zorgt ervoor dat hulp op gang gebracht wordt. Wanneer dat niet lukt en de mogelijkheden van het AMK uitgeput zijn, meldt het AMK het kind aan bij de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad doet verder onderzoek en kan de kinderrechter vragen een justitiële maatregel op te leggen. Meestal is dat een ondertoezichtstelling(OTS). Verdergaande maatregelen zijn de inzet van Families First, of ontheffing en ontzetting uit de ouderlijke macht.

De rechten van kinderen worden veelvuldig geschonden. Met name de rechten volgens artikel 24: *'kinderen hebben recht op de hoogst mogelijke graad van gezondheid'* en artikel 19: *'kinderen hebben recht op bescherming tegen mishandeling door ouders of verzorgers'* zijn relevant voor de jeugdgezondheidszorg. De LVT en het LC OKZ hebben dan ook in de strategienota 'Voor nu en voor later' uit 1999, de rechten van het kind als uitgangspunt voor de jeugdgezondheidszorg genoemd.

Preventie

Preventie is te onderscheiden in primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Primaire preventie is het wegnemen van factoren die tot het ontstaan van kindermishandeling kunnen leiden. Deze vorm richt zich tot individuen, op groepen en/of op het grote publiek.

Secundaire preventie omvat het vroegtijdig signaleren van kindermishandeling en het doen stoppen en behandelen, zodat erger voorkomen wordt.

Tertiaire preventie heeft tot doel het verminderen van de negatieve gevolgen van bestaande kindermishandeling.

Op verzoek van het NIZW, Expertisecentrum kindermishandeling heeft J. Hermanns de indeling van primaire preventie zoals die in de jeugdzorg gangbaar is vertaald naar preventieniveaus voor de jeugdgezondheidszorg. (Hermanns 2000). Hij komt tot 5 niveaus van primaire preventie.

1. Universele preventieve interventies, gericht op de hele populatie, dus alle kinderen met hun ouders in Nederland.
2. Selectieve preventieve interventies, gericht op demografisch of geografisch afgebakende risicogroepen, waarbij sprake is van (biologische, psychologische of sociale) risicofactoren. Voorbeeld: alle eerste kinderen in een gezin, alle taalzwakke ouders, alle pre- of dysmature kinderen, alle kinderen wonend in een achterstandswijk.
3. Geïndiceerde preventieve interventies, gericht op (groepen van) ouders of kinderen binnen een bepaalde subpopulatie, waar sprake is van een verhoogd risico op het vóórkomen van probleemgedrag. Deze personen moeten geselecteerd worden door middel van screening. Voorbeeld ouders die zelf in hun jeugd mishandeld zijn, drugs of alcoholverslaafd, of met een psychiatrische stoornis.
4. Vroege interventies gericht op individuen die risicotrajecten zijn ingegaan, dat wil zeggen, ouders en kinderen die de eerste signalen van beginnende problemen afgeven.
5. Vroegsignalering en interventies bij de manifestatie van feitelijke kindermishandeling. Feitelijk is dat geen primaire preventie meer, maar secundaire preventie.

Veel Thuiszorgorganisaties hebben een protocol over het omgaan met signalen van kindermishandeling. Het er voor zorgen dat kindermishandeling in een zo vroeg mogelijk stadium stopt is geen primaire preventie en wordt in deze nota niet verder behandeld.

Hermanns stelt dat de preventieniveaus in feite een continuüm vormen. Naarmate bij selectieve interventies meer kenmerken van de subpopulatie worden gedefinieerd worden het geïndiceerde preventieve interventies voor kleine groepen. En bij geïndiceerde interventies wordt de overstap naar vroege interventies gemaakt wanneer de risicofactoren meer in de zin van 'beginnende problemen' worden beschreven. Het gaat dus om een 'doorgaande lijn' van universele preventie (versterken van *alle* competente ouders in hun ouderrol) via een aparte aanpak voor geselecteerde groepen onervaren of incompetent ouders en een uitgebreid aanbod voor individuele risicokinderen, naar een vroege opsporing en interventie gericht op ouders die signalen van beginnende problemen afgeven.

Kwetsbare groepen

In de internationale literatuur is veel geschreven over groepen of subpopulaties waarvan uit onderzoek bekend is dat zij een hogere kans hebben op ongezondheid, psychosociale problemen of op kindermishandeling.

Onder kwetsbare groepen rekent de werkgroep 'Primaire preventie kindermishandeling' groepen of subpopulaties waarvan uit onderzoek bekend is dat daar een hogere kans bestaat op ongezondheid of psychosociale problemen. Aan de hand van bepaalde kenmerken kunnen 'kwetsbare groepen' worden omschreven.

Risicosituaties zijn volgens Kijlstra, Prinsen en Schulpen (2001): pre- en dysmature kinderen, kinderen die chronisch ziek zijn, alleenstaand ouderschap, langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid bij de ouders, verslaafde ouders, ouders met psychiatrische problemen, allochtone kinderen, adoptie van kinderen uit het buitenland, kinderen op de vlucht, illegaal in Nederland.

Waar het gaat om meer *specifieke* indicatoren voor een verhoogde kans op kindermishandeling noemen Olds en Duggan: ouders die zelf als kind mishandeld zijn, een negatief zelfbeeld hebben, psychische problemen hebben, ouders met alcohol- of drugsmisbruik, ouders die hun kind ongewenst vinden, op harde wijze straffen. (Olds, Duggan 1999)

3. Activiteiten in de JGZ gericht op primaire preventie van kindermishandeling

De werkgroep 'Primaire preventie kindermishandeling' definieerde primaire preventie van kindermishandeling als activiteiten die ten doel hebben kindermishandeling te voorkómen of de incidentie ervan te verlagen.

Het gaat om het onderkennen van signalen van risicosituaties die kunnen uitmonden in kindermishandeling of verwaarlozing, bespreken van zorgen met ouders, bieden van ondersteuning aan risicogezinnen en hen begeleiden en verwijzen naar verdere hulp. Ouders ondersteunen bij de opvoeding is op zich al een vorm van preventie. Er voor zorgen dat ouders niet alleen staan dat ze een sociaal netwerk hebben, draagkracht en draaglast in evenwicht zijn, empowerment vergroten. Binnen en buiten de jeugdgezondheidszorg is een hele scala aan activiteiten daarop gericht.

Prenataal huisbezoek

Kindermishandeling wordt veroorzaakt door verschillende factoren op individueel, gezins-, sociaal en cultureel niveau. Er is een verstoring bij de ouder(s) in de balans tussen de draagkracht en draaglast. Wat deze verstoring veroorzaakt en of deze wel of niet tot kindermishandeling leidt, verschilt van geval tot geval. Dit maakt ook dat het in individuele gezinssituaties moeilijk te voorspellen is of daadwerkelijk mishandeling zal plaatsvinden. Het prenatale huisbezoek kan een belangrijk middel zijn om een vroegtijdige samenwerkingsrelatie op te bouwen met ouders die uit balans zijn en dienen als 'bodem' voor latere hulp. Vooral zaken als alcohol- en drugsverslaving, een crimineel milieu, psychische problematiek, moeilijkheden tijdens de zwangerschap zijn risicovolle startsituaties voor zuigelingen en hun ouders en kunnen een gezonde start belemmeren.

Prenatale huisbezoeken zijn bij diverse Thuiszorgorganisaties afgeschaft, maar er zijn enkele delen in Nederland waar ze gelukkig nog gangbaar zijn.

Huisbezoeken

Bij gesignaleerde problemen of achterstanden heeft de wijkverpleegkundige de mogelijkheid om 3 tot 5 huisbezoeken te maken. In de verpleegkundige praktijk betekent dat, dat de verpleegkundige thuis de opvoedingsproblemen verder verkent en probeert tot oplossingen te komen. De verpleegkundige zal de huisbezoeken benutten om de ouders te motiveren tot het accepteren van hulp en hen zo mogelijk stap voor stap toeleiden naar andere hulpverleners.

Hoewel kindermishandeling als ernstig probleem wordt beschouwd, met meerdere complicaties, is hiervoor geen specifiek primaire preventieprogramma structureel operationeel binnen de jeugdgezondheidszorg in Nederland.

In de Verenigde Staten zijn diverse huisbezoekprogramma's (home visitation) beschreven. De algemene indruk bestaat, dat deze huisbezoekprogramma's, mits gedurende ongeveer 2 jaar volgehouden, de incidentie van kindermishandeling kunnen verlagen. Onderzoek is gedaan naar het effect van huisbezoekprogramma's die gezinsondersteuning (family support) bieden. Een aantal daarvan is langdurig en volgens wetenschappelijk strenge criteria onderzocht. Van de langdurige (twee tot vijf jaar) en intensieve (25 tot 50 huisbezoeken, breed hulpaanbod) varianten heeft men inmiddels kunnen aantonen dat deze tot een vermindering van fysieke kindermishandeling en verwaarlozing leiden, naast andere positieve effecten op het gebied van ouder-kind interactie en welzijn van moeder en kind (Olds e.a. 1999, Daro & Harding, 1999)

De waardevolle programma's in Engeland en Ierland, waarbij huisbezoeken worden afgelegd door ofwel de wijkverpleegkundige (Child Development Program in Bristol, Engeland) of door een bezoekmoeder (Community Mothers Program, Ierland), zijn minder degelijk geëvalueerd dan de Amerikaanse programma's.

In Nederland loopt aan de Universiteit van Wageningen (Hanrahan) momenteel het onderzoek naar het effect van Moeders Informeren Moeders (MIM).

Een nieuw huisbezoekprogramma van wijkverpleegkundigen wordt wetenschappelijk onderzocht door de Universiteit van Leiden (Landsmeer). In samenwerking met Thuiszorg Groot Rijnland (Leiden en

omgeving) en Thuiszorg Rijn, Duin en Bollenstreek(Katwijk en omgeving), heeft Noor Landsmeer bij TNO-PG en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) een onderzoek geïnitieerd naar de effectiviteit van een specifiek huisbezoek programma ter voorkoming van kindermishandeling door wijkverpleegkundigen voor een geselecteerde groep risico-ouders.

Er wordt gewerkt met een steekproef van 480 gezinnen, verdeeld in een onderzoeksgroep en een controle-groep. De interventie begint bij 6 weken en duurt tot 18 maanden. De onderzoeksgroep zal in de eerste 18 maanden na de geboorte gevolgd worden met tenminste zes en maximaal 10 huisbezoeken, startend wanneer het kind 6 weken oud is, met daarop volgende huisbezoeken op de leeftijd van 3, 6, 9, 12, en 18 maanden. De controlegroep krijgt het gewone aanbod van minimaal 1 en maximaal 3 huisbezoeken. De wijkverpleegkundige worden speciaal getraind voor deze huisbezoeken.

Consulteren

Tijdens alle consulten, zowel van de arts als van de verpleegkundige, wordt aandacht besteed aan de verzorging en opvoeding van het kind. Tijdens de consulten vindt er een meer systematische check plaats van de opvoedingssituatie van de kinderen, de pedagogische competentie en de beleving van de ouders. De verpleegkundige vraagt zich methodisch af of het een gezin is waar ze zich zorgen over moet maken, zoals de arts de inschatting van pluis- niet pluis maakt.

Consulten zijn er op leeftijden waarop zich cruciale processen plaats vinden in de ontwikkeling van een kind. Kort na de geboorte gaat het om riskante startsituaties (alcohol en drugsverslaving, crimineel milieu, psychische en/of lichamelijke problematiek, moeilijkheden ontstaan tijdens de zwangerschap/bevalling), voor het eind van het eerste half jaar om de stabilisering van de gezinssituatie en hechting, rond de 1^e verjaardag speelt de ontwikkeling van de eigen wil en sensitieve responsiviteit, als het kind twee jaar oud wordt komt de eigen wil tot uiting op het terrein van eten, slapen en zindelijkheid, kort na de 3^e verjaardag gaat het om de toegenomen zelfredzaamheid en zelfstandigheid en vergrootte actieradius. Tijdens de consulten wordt de kinderen opgespoord, die opgroeien binnen een problematische opvoedingsstructuur. Deze kinderen met hun ouders krijgen specifieke aandacht en een intensiever traject van begeleiding en hulp.

Artsen maken voor het volgen van de psychosociale ontwikkeling gebruik van het Vernieuwde Van Wiechenschema. Daarnaast kunnen signalen van 'failure to thrive' en frequente infectieziekten duiden op een mogelijke verstoring van de ouder-kindrelatie. Doorvragen naar eventuele oorzaken en goed observeren kunnen risicofactoren zichtbaar maken.

Verpleegkundigen maken gebruik van het balansmodel (Bakker e.a., 1997) waarmee de verhouding tussen draagkracht en draaglast en de behoefte aan ondersteuning van de ouders geanalyseerd wordt (Prinsen, Lim 1999). Het balansmodel biedt aangrijpingspunten om de wisselwerking in beeld te brengen tussen beschermende factoren en risicofactoren. De notatie gebeurt vaak op lokaal ontworpen lijsten, bijvoorbeeld 'Klant in Beeld' van de Vierstroom. Een aantal organisaties gebruikt de KIPPPPI vragenlijsten. De KIPPPPI methode is een hulpmiddel om met ouders in gesprek te komen over opvoedingsvragen. Met het invullen van de KIPPPPI-oudervragenlijst bereiden de ouders zich voor op de punten die zij willen bespreken tijdens het consult, waardoor het consult soepel en gestructureerd verloopt. KIPPPPI biedt aanknopingspunten om op een systematisch manier aandacht te besteden aan psychosociale en pedagogisch aspecten van de gedragsontwikkeling en helpt de verpleegkundige om snel inzicht te krijgen welke onderwerpen problematisch zijn.

Dit hele traject vraagt nog om ontwikkeling en onderbouwing van geschikte instrumenten, die voor de diverse doeleinden kunnen worden ingezet.

Differentiatie van het aanbod

De Thuiszorgorganisaties Maatzorg en de Vierstroom volgen een innovatietraject met differentiatie van het aanbod. Deze differentiatie vertoont overeenkomsten met indeling van primaire preventie van Hermanns. Voor de hele populatie gezonde 0 tot 4 jarigen met ouders is er een beperkt aanbod, te vergelijken met Hermanns universele preventie. Voor de geselecteerde groep van onzekere, onervaren ouders en taalzwakke ouders is er een uitgebreider aanbod (selectieve preventie). Geselecteerde gezinnen die de eerste signalen van risico's vertonen krijgen zorg op maat aangeboden (geïndiceerde preventie). Tijdens het eerste huisbezoek worden risico- en beschermende factoren geïnventariseerd

met behulp van een eigen ontworpen formulier (klant in beeld) en krijgen ouders informatie over de werkwijze. Vervolgens wordt tijdens het eerste consult met de ouders doorgesproken welke zorg afgenomen wordt in de babytijd. De verpleegkundige peuterconsulten en standaard peuterhuisbezoeken zijn vervangen door een inventarisatie van opvoedvragen middels KIPPPI. De ingeleverde KIPPPI lijsten worden telefonisch met de ouders doorgenomen. Uit dit telefonische contact moet blijken of dat volstaat, dan wel of aan de ouders een consult of een huisbezoek aangeboden wordt. Het is duidelijk dat dit in de praktijk kan betekenen dat de wijkverpleegkundige ouders eerst trachten te motiveren tot het accepteren van hulp. Dit vraagt een, vaak verre van eenvoudige, combinatie van 'laten praten' van de ouders, openheid over de eigen observaties en eventuele zorgen, en nagaan bij ouders of zij die zorgen delen (Caris, 1997; Briër en Kooij, 1998). Óók Thuiszorg Opmaat (Dordrecht e.o.) kent een dergelijk gedifferentieerd aanbod. Veel medewerkers zullen dit model herkennen als het formaliseren van de in de praktijk gangbare werkwijze.

Outreaching

De bereikcijfers van de consultatiebureaus zijn hoog. Voor de peuters ligt het landelijk rond de 85%, voor de zuigelingen rond de 95%. Dat betekent dat nog altijd zo'n 5% van de zuigelingen en 15% van de peuters niet bereikt worden. Om de groep non-bereik op te sporen is het belangrijk te beschikken over de geboorteaangiften en verhuizingen van het Gemeentelijke Bevolking Administratiesysteem. Bij sommige thuiszorgorganisaties zijn die bestanden beschikbaar, maar lang niet alle gemeenten willen hun persoonsgegevens beschikbaar stellen aan de Thuiszorg. Het non-bereik bestaat uit kinderen die niet door hun ouders aangemeld zijn of 'kwijt raken'. Verschillende OKZ-zorgorganisaties hebben een protocol 'non gebruik', met daarin richtlijnen hoe de niet aangemelde kinderen opgespoord kunnen worden en hoe actief om te gaan met niet verschenen ouders. GG&GD Amsterdam heeft een speciaal coördinatieteam opgezet dat achter gezinnen aangaat die nooit op het consultatiebureau komen. Het zorgcoördinatieteam duikt in dossiers van de ouders die nooit komen opdagen en de deur niet opendoen voor de wijkverpleegkundige. De zaken waarmee het team te maken krijgt zijn meestal ernstig: kinderen die verwaarloosd of mishandeld worden, ouders die zich geen raad weten met de opvoeding, armoede, schulden, verslaving. Door duidelijk te maken dat het gaat om de zorg voor het kind lukt het de medewerkers bijna altijd om ouders te motiveren voor hulp, want uiteindelijk verwaarlozen ouders hun kind niet met opzet. In het kader van de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering is er meer ruimte dan voorheen om te investeren in het bereiken van risicokinderen. Was het tot voor kort zo dat na twee oproepen werd aangenomen dat de ouders niet op het consultatiebureau wilden komen, nu wordt nagegaan waarom dit zo is. Met name sommige kwetsbare kinderen maken zo meer kans de zorg te ontvangen die ze nodig hebben.

Paraprofessionals en vrijwilligers

Een voorbeeld van een succesvol programma met paraprofessionals/vrijwilligers is Moeders Informeren Moeders (MIM), dat op dit moment door 13 OKZ-afdelingen wordt uitgevoerd. Bij MIM worden vrouwen uit hetzelfde sociale milieu worden gekoppeld aan gezinnen die tijdelijk wat meer steun kunnen gebruiken. Dat zijn vaak mensen die geen sociaal netwerk hebben. Door dit bezoekprogramma krijgt de ouder een begin van een sociaal netwerk. Gedurende 18 maanden brengt een bezoekmoeder huisbezoeken om de onervaren moeder te helpen met meer zelfvertrouwen en (meer) zelfstandigheid haar kind op te voeden. Homestart, een vergelijkbaar initiatief vanuit Humanitas, biedt extra support in de vorm van praktische hulp en vriendschap. Thuiszorg Zaanstreek/Waterland (Purmerend en omgeving) en Thuiszorg Centraal Twente (Hengelo en omgeving) hebben beide programma's gecombineerd. Het 'MIM en Homestart programma' werd herschreven. MIM/Homestart voorziet in een opvoedingsondersteunend aanbod voor ouders die niet zelf met een vraag komen. De bezoekmoeder biedt vriendschap en steun en vergroot het zelfvertrouwen van onervaren moeders. Zo wordt geprobeerd te voorkomen dat er problemen ontstaan of dat kleine zaken uitgroeien tot serieuze, langdurige problemen. Deze programma's werken vooral isolementdoorbrekend.

In sommige gemeentes zijn nog weer andere buurtprojecten ontwikkeld, bijvoorbeeld Samenspel of Spel aan huis.

Voor allochtone ouders en kinderen zijn er de Opstap-programma's van Averroes: Instapje gericht op Surinaamse, Antilliaanse, Arubaanse, Ghanese en Kaapverdiaanse ouders van kinderen van 1 tot 2 jaar, Opstapje gericht op andere allochtone ouders van kinderen van 2 tot 4 jaar, en Zijstapje.

Er zijn Thuiszorgorganisaties, zoals Thuiszorg Midden Brabant, die zelf Voorlichters Eigen taal en Cultuur (VETC-ers) in dienst hebben voor huisbezoeken.

4. Gedeelde zorg

De meeste kinderen die slachtoffer worden van kindermishandeling of verwaarlozing vallen al vroeg in hun leven op. Achteraf kan men teruglezen in het Integraal Dossiers JGZ dat ouders al in een vroeg stadium veel vragen of klachten hadden, of andere signalen afgegeven hebben, zoals ontrouw zijn met afspraken of helemaal niet meer verschijnen. Elk consultatiebureau kent wel dergelijke ‘zorgwekkend opvoedingssituaties’. Het is van belang dat de JGZ-medewerkers in zorgwekkende opvoedingssituaties niet te lang ‘in zijn of haar eentje’ handelt. Zowel intern als extern overleg en coaching zijn dan belangrijk.

Voor en nabespreking

De wijkverpleegkundige en CB arts werken samen in teamverband. Ze hebben afwisselend consulten op verschillende leeftijdsmomenten. In de voor en nabespreking brengen ze elkaar op de hoogte van actuele ontwikkelingen van de kinderen die een afspraak hebben op het consultatiebureau. De nabespreking is essentieel voor het vaststellen van risicosituaties en het delen en bij elkaar toetsen van niet pluis gevoelens. Samen overleggen over het vervolgtraject is de volgende stap.

Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen (VTO)

Van oudsher meest bekende vorm van multidisciplinaire samenwerking en collegiale ondersteuning is het VTO-samenwerkingsverband, indertijd opgericht voor zorgwekkende complexe situaties, waarbij een multidisciplinaire benadering nodig is. In een VTO-team participeren deskundigen van verschillende disciplines: een jeugdarts, een verpleegkundige, een maatschappelijk werkende, een fysiotherapeut, een logopedist, een kinderarts, een orthopedagoog of psycholoog. Met het stopzetten van de subsidie voor de coördinatie van de VTO-teams zijn diverse VTO-samenwerkingsverbanden verloren gegaan. Op sommige plaatsen zijn ze echter gelukkig nog zeer actief aanwezig, zelfstandig of opgenomen in een breder samenwerkingsverband, zoals bijvoorbeeld ‘Vroeghulp’.

Buurtnetwerk

Een buurtnetwerk wordt gevormd door beroepskrachten in een buurt/wijk die een regelmatig overleg hebben over kinderen waarvan wordt vermoed dat er iets mis gaat of dreigt te gaan. In buurtnetwerken zoeken beroepskrachten door middel van intercollegiaal overleg over de grenzen van het eigen beroep heen naar oplossingen. Verspreid over alle provincies functioneren er ruim 300 buurtnetwerken.

BANS - sluitend netwerk 0 tot 6 jarigen

Door samenwerking en afstemming met peuterspeelzalen, kinderopvang, buurthuizen, jeugdzorg, speltheek en speeltuinen is het mogelijk om risicofactoren te beïnvloeden. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid al deze voorzieningen op elkaar af te stemmen. Zo ontstaat een sluitend netwerk van voorschoolse voorzieningen. De afspraken binnen het Bestuurlijk Akkoord Nieuwe Stijl (BANS) zullen de gemeenten hierbij faciliteren.

KIT

Om niet alleen te staan met twijfels over kindermishandeling hebben diverse thuiszorgorganisaties een Team Interne Consultatie Kindermishandeling (KIT) opgericht. Medewerkers kunnen dit team raadplegen wanneer zij zich zorgen maken over een gezin. Thuiszorg Zaanstreek/ Waterland en Thuiszorg Oost Veluwe zijn voorbeelden van organisaties met zo'n team.

KDO team In Amsterdam en Apeldoorn, misschien ook nog op meer plaatsen, kent men voor kinderen van drugverslaafde ouders een KDO-team. (Kinderen van Drugverslaafde Ouders) Dat team volgt hoe drugverslaafde ouders hun ouderrol vervullen en grijpt in wanneer het dreigt mis te gaan.

Coaching door pedagoog

In Rotterdam werken vijf orthopedagogen die voor de helft van hun dienstverband verbonden zijn aan een medisch orthopedagogisch centrum (voorheen medisch kleuterdagverblijf) voor de andere helft van hun tijd werken bij de Thuiszorg. Ze houden pedagogisch spreekuur in alle gebouwen van de consultatiebureaus in Rotterdam, doen kortdurende thuisbegeleiding, leiden intervisie groepen, bieden ondersteuning tijdens de case besprekingen en helpen wijkverpleegkundigen bij de voorbereiding op de indicatiehuisbezoeken. Het mes snijdt aan twee kanten: in de medisch orthopedagogische centra worden de pedagogen geconfronteerd met kinderen waar iets grondig mis mee is, terwijl ze op het consultatiebureau gezinnen zien waar met hun hulp erger kan worden voorkomen. Als het echt nodig is kunnen ze kinderen makkelijk verwijzen naar de jeugdzorg. De verkokering tussen de betrokken organisaties neemt er door af. Deze werkwijze komt overeen met het pleidooi van Hermans voor de een 'raad en daad' functie vanuit de jeugdzorg voor de jeugdgezondheidszorg, Ook in Twente en Groningen is de mogelijkheid gecreëerd tot coaching van consultatiebureauteams door een pedagoog.

Consultaanvraag bij AMK

Gelukkig schromen JGZ-medewerkers op veel plaatsen in Nederland niet om bij twijfels over zorgwekkende opvoedingsituaties in een vroegtijdig stadium advies of consult te vragen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Een advies en consult kunnen leiden tot een duidelijk beeld en hulp bij de aanpak.

5. Deskundigheidsbevordering

Bij het onderkennen van signalen die kunnen leiden tot kindermishandeling hebben de wijkverpleegkundige-JGZ en consultatiebureauarts te maken hebben met het dilemma: 'Zijn deze signalen inderdaad reden voor bezorgdheid, of verbeeld ik me het?'. Dat vraagt om een systematische aanpak, goed kijken en luisteren, ingaan op vragen van ouders, risico's inschatten in situaties waarin ouders klachten uiten over hun kind ('het huilt zoveel, ik kan er niet meer tegen') of non-verbale signalen afgeven zoals een bezorgd gezicht, druk of afhoudend gedrag. Hierbij moeten aandacht en gevoeligheid voor pedagogische aspecten gepaard gaan aan methodische vaardigheden. Daarbij gaat het enerzijds om het systematisch observeren, signaleren en onderkennen en anderzijds om het open bespreken van de gesignaleerde problemen.

De snel veranderende samenleving vraagt voortdurend om nieuwe instrumenten om signalen op te vangen die kunnen leiden tot kindermishandeling. Veel OKZ/JGZ afdelingen investeren in het vergroten van de deskundigheid van hun medewerkers om opvoedingsproblemen te onderkennen en daarbij te interveniëren. Er zijn diverse specifieke methodieken, instrumenten en vragenlijsten ingevoerd om een systematische aanpak te ondersteunen.

Stap voor stap

De meest gebruikte methodiek voor pedagogische advisering en ondersteuning bij opvoedingsproblemen is de Stap voor stap methode (Uittenbogaard 1996), deze is in gebruik bij 37,5% van de OKZ-organisaties. (Landweer e.a., TNO PG en NIZW 2001)

De Stap voor Stapmethode is een handzaam en informatief werkschema, waarin stap voor stap wordt toegewerkt naar het beter hanteerbaar maken van opvoedingssituaties, waarover ouders met jonge kinderen zich zorgen maken. De vier stappen zijn: een beeld schetsen van de specifieke opvoedingssituatie, samen met de ouder inzicht verwerven in de opvoedingssituatie, handelen en evalueren. Deze stappen worden toegepast op een zevental onderwerpen waar volgens onderzoek door ouders veel vragen over worden gesteld, te weten: huilen, eten, slapen, bewegen, spelen, drift en koppigheid, zindelijkheid. Er wordt uitgegaan van een multicausale benadering; problemen hebben zelden een aanwijsbare oorzaak, maar ontstaan door een samenspel van factoren. Daarnaast wordt uitgegaan van een transactionele benadering: men kan opvoedingsvragen niet geïsoleerd zien, maar in samenhang met de wisselwerking tussen kind, gezin, en invloeden buiten het gezin. Stap-voor-stap, een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden met opvoedingsproblemen, Buitenhuis, Schuurman, Uijtenboogaard, Wienke, SWP, 2000.

Video Interactie Begeleiding (VIB)

Video-interactiebegeleiding is een vorm van werkbegeleiding waarbij, door middel van videoregistratie en analyse van de basiscommunicatie tussen de CB-medewerker en de ouder, de medewerker zelf inzicht krijgt in de doelmatigheid en doeltreffendheid van de communicatie. VIB richt zich met name op de vaardigheid tot de methodiek van de basiscommunicatie, dan wel de gespreksvoering. Het gaat om een reflexie op het eigen handelen en de kwaliteit van zorg in een vorm van videofeedback.

De Associatie Intensieve Thuisbegeleiding (AIT) verzorgt trainingen. Meestal wordt een stafverpleegkundige getraind, die na het behalen van het certificaat opnames maakt van gesprekken tussen een CB-medewerker en de ouders en ze nabespreekt aan de hand van de communicatietheorie. Gekeken wordt naar de fases in een gesprek en op welk moment er contact is, of juist niet. Voor het ontwikkelen van de video-interactiebegeleiding zijn de principes van video-hometraining van SPIN gebruikt. De accenten liggen net als bij de VHT op geslaagde interacties en de basiscommunicatie die de professional hanteert. De VIB ontwikkelde zich tot een middel ter signalering van beginnende problematiek of onuitgesproken hulpvragen bij de ouders.

Video-training-on-the-job

In het bijscholingsprogramma wordt de bejegening van ouders en kinderen op het consultatiebureau uiteengezet in een introductiedag, waarna in drie dagdelen medewerkers getraind worden in een effectieve communicatie en bejegeningstijl, om de samenwerking met de ouders als partner te optimaliseren. Dit opdat de taken van het consultatiebureau, zoals voegsignalering op de meest adequate wijze uitgevoerd kunnen worden, afgestemd op de individuele cliënt en de werkstijl van de desbetreffende CB medewerker.

Deelnemers worden in hun dagelijks professioneel handelen gevolgd met een videocamera en krijgen met behulp van deze videobeelden op directe wijze feedback op eigen handelen. Bij het analyseren van de videobeelden wordt op gestructureerde wijze gefocust op het versterken van de effectieve interacties tussen CB medewerker en cliënt, het creëren van een klantvriendelijke sfeer en het stimuleren van cliënt tot een actieve participatie. De video-on-the-job training wordt verzorgd door het Centrum voor Advies en Training in Tilburg.

Wilde Kastanje

De trainersgroep van de Wilde Kastanje geeft trainingen in gespreksvoering bij emotioneel beladen onderwerpen. Er wordt gebruik gemaakt van acteurs, waardoor de oefensituatie levensecht wordt. Hoe voer je een gesprek dat met taboes omgeven is, hoe breng je vermoedens van mishandelen ter sprake. De deelnemers leren actief door zelf te oefenen in de praktijk.

De Wilde Kastanje heeft specifieke deskundigheid op het gebied van kindermishandeling, seksualiteit, seksuele intimidatie, seksueel geweld, ontsporing van de zorg voor afhankelijke ouderen, pesten en discriminatie. Alle medewerkers van de Wilde Kastanje zijn zowel trainer als acteur. De Wilde Kastanje werkt landelijk.

Voorkoming van Kindermishandeling (VKM)

Specifiek voor het met ouders bespreken van zorgen over mishandeling of verwaarlozing zijn er trainingen en cursussen vanuit de regionale bureaus Voorkoming van Kindermishandeling (VKM) respectievelijk de afdelingen preventie van de AMK's

Excellente zorg

Ouders hebben vaak meer behoefte aan een vraaggerichte houding en echt contact dan aan een oplossingsgerichte benadering en louter adviezen. Voor CB-medewerkers betekent dat meer 'zijn' en minder 'doen', luisteren en een eigen oordeel opschorten, ook in situaties waar sprake is van mishandeling of verwaarlozing. Als CB-medewerker probeer je er achter komen wie deze ouder echt is, wat hij of zij nodig heeft om voor het kind te kunnen zorgen en wat je daar als professional aan kan bijdragen. En wat je zelf als professional nodig hebt om in dit soort situaties sterk te staan en er gezond bij te blijven.

Excellente zorg is zorg waarbij de zorgverlener zich met hart en ziel en op professionele wijze inzet voor de autonome ontwikkeling van het kind en zijn ouders. Excellente zorg is erop gericht om professionals in de OKZ te leren omgaan met eigen belemmeringen, twijfels en angsten, die een professionele, kwalitatieve en effectieve benadering in de weg staan en de vitaliteit in het werk benadelen. Zorgverleners oefenen om zich autonoom, professioneel en met hart en ziel in te zetten voor het kind en zijn ouders.

6. Aanbevelingen

1. De link in het beleid van de jeugdgezondheidszorg met de ‘rechten van het kind’ vormt een legitimatie, maar ook een verplichting om je professioneel te bemoeien met kinderen waar geen zicht op is en waarmee het misschien niet goed gaat. Als een kind in gevaar is, wegen de belangen van het kind zwaarder dan de privacy van de ouder. Dat vraagt om een nieuwe benadering van het vraaggericht denken, met het kind als de primaire klant van de JGZ. De ouder moeten wij daarbij leren zien als onze samenwerkingspartner.
2. Om opvoedingsondersteuning aan te kunnen bieden aan geselecteerde risicogezinnen moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Om de kinderen fysiek te kunnen bereiken is het noodzakelijk dat de JGZ de namen en adressen van de kinderen in het werkgebied kent (aansluiting op GBA-bestanden). Wil het CB-team de ouders ook relationeel kunnen bereiken dan is permanent scholing in contactuele vaardigheden van belang. Een derde voorwaarde is het kunnen hanteren van effectieve interventie-programma’s.
3. Er zijn diverse succesvolle preventie programma’s gebaseerd op één of andere vorm van hulp aan huis. Van belang is dat de huisbezoeken vroegtijdig, meervoudig en langdurig van aard zijn. JGZ-medewerkers zouden in de gelegenheid gesteld moeten worden te kunnen werken met een programma dat goed toepasbaar is in het desbetreffende werkgebied.
4. Waar het node aan ontbreekt is een bruikbare methode voor het opsporen van kinderen die het risico lopen mishandeld te worden. Ook is er geen methodiek voor het leggen van een relatie met sociaal onaangepaste en zogenaamde ‘ongemotiveerde’ ouders. Zelfs voor de uitvoering van indicatiewhuisbezoeken bij mogelijk risico op kindermishandeling is nooit een methode beschreven. Het wordt tijd hier aan te gaan werken, waarbij aansluiting op de hulpverlening realiseerbaar moet zijn.
5. Naast het Vernieuwde van Wiechen schema voor artsen, moet er een op de signalering van opvoedingsproblemen gericht instrument komen voor wijkverpleegkundigen, waar landelijke overeenstemming over is.
6. De specifieke indicatoren voor een verhoogde kans op kindermishandeling: zelf als kind mishandeld, asociaal gedrag als jongere, negatief zelfbeeld, psychische problemen, verslaving of ongewenst kind, zouden als items aan het Integraal dossier-JGZ toegevoegd moeten worden, en vroegtijdig, voordat er problemen zijn geïnventariseerd. Zij passen in item 6, zwangerschap, in het rijtje: roken, alcohol, drugs, als kind mishandeld, misbruikt, psychische problematiek, gewenst/ongewenst kind.
7. Het is wenselijk om in het nieuw te bouwen registratiesysteem items rondom de preventie van kindermishandeling op te nemen, zodat de activiteiten van de JGZ in het voorkomen van het escaleren van kindermishandeling gekwantificeerd worden, hiermee kan de registratie van de AMK’s gecompleteerd worden.
8. Alleen JGZ-medewerkers die zichzelf veilig voelen kunnen effectief hulp bieden; aandacht voor de sociale en fysieke veiligheid van de medewerkers(weerbaarheid, telefoon, politiebegeleiding) is een absolute voorwaarde om kindermishandeling succesvol te kunnen bestrijden.
9. Een buurtprofiel inzake de risico’s op kindermishandeling gemaakt samen met het buurtnetwerk kan een belangrijke bijdrage leveren vanuit de monitoring voor de zorg op maat.

Afkortingen

AIV	Associatie Intensieve Thuisbegeleiding
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
BANS	Bestuur Akkoord Nieuwe Stijl
BJZ	Bureau Jeugd Zorg
CAPI	Child Abuse Potential Inventory
GGD	Gemeentelijk Gezondheid Dienst
GBA	Gemeentelijke Bevolkings Administratie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIPPPI	Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie
LC OKZ	Landelijk Centrum Ouder en Kindzorg
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MIM	Moeders Informeren Moeders
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NVMB	Niet verschenen met bericht
NVZB	Niet verschenen zonder bericht
OKC	Ouder Kindcentrum
OKZ	Ouder- en Kindzorg
TNO-PG	TNO preventie en gezondheid
TRV	Tijdelijke regeling Vroegsignalering
VETC	Voorlichtster Eigen Taal en Cultuur
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Literatuur

- Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg, *Van antwoord naar vraag: een nieuw zicht op de Jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS, 1999
- Baartman H, *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP, 1996
- Baartman, H. *Kindermishandeling is een politieke kwestie*. Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg, 4, 3, 31-39, 2000
- VWS, *Beleidsnotitie positionering jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000
- MBZ, *Bestuursakkoord Nieuwe Stijl (BANS). Jeugdbeleid in Ba(la)ns*. Afspraken van rijk, provincies en gemeenten voor een gezamenlijk jeugdbeleid. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1999
- Blokland, G. *Over opvoeden gesproken. Methodiekboek pedagogisch adviseren*. Utrecht: NIZW, 1996
- Briër, H. en Kooij, P. *Openheid (1)*. Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 30, 3-5. 1998
- Brown, J. e.a. *A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect*. Child Abuse and Neglect, 22, 1065-1078. 1998
- Brugman, E. et al. *Peilingen in de jeugdgezondheidszorg 1997/1998*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999
- Caris, G.J. *Laten praten. Een onderzoek naar opvoedingsondersteuning op het consultatiebureau*. Utrecht: SWP, 1997
- Coulton, e.a. *Community level factors and child maltreatment rates*. Child Development, 66, 1262-1276, 1995
- Daro, D. A. *Confronting child abuse: Research for effective program design*. New York: The Free Press, 1988
- Duggan, A.K. e.a. *Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program*. The Future of Children, 9, 66-90, 1999.
- Hermanns, J. *De preventie van kindermishandeling: kansen in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen*. Utrecht: NIZW, 2000
- Grietens, H. e.a. *Rationale and development of a screening instrument for social nurses to identify risks on child abuse and neglect*. International Journal Child and Family Welfare, 1999, 4, 24-41, 1999
- Inspectie voor de Gezondheidszorg / TNO-PG *Toegang verboden? Onderzoek naar de kwaliteit en beschikbaarheid van de ouder- en kindzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS, 1999
- Irazuzta, J. e.a. *Outcome and cost of child abuse*. Child Abuse and Neglect, 8, 751-757, 1997

Kooijman, K. *Kindermishandeling kost te veel. Het financiële voordeel van preventie*. VKMagazine, 14, 3, 12-13, 2000

Kousemaker, N.P.J. *KIPPPI, Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie*. Assen: Van Gorcum, 1997

Kousemaker, N.P.J. *Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen*. Assen: Van Gorcum, 1997

Kijlstra, Prinsen en Schulpen. *Kwetsbaar jong. Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Utrecht: NIZW, 2001

Landweer, M. *Van handelingsprotocol naar standaard. Onderzoek uitgevoerd in het kader van systematische review kindermishandeling*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, (interne publicatie), 2000

Landweer, M., F.Öry, K.Kooyman, F.van Leerdam. *Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling. Deel 2. Inventarisatie van werkwijzen in het veld van de jeugdgezondheidszorg op het gebied van kindermishandeling*. Leiden: TNO PG en Utrecht: NIZW, 2001

Leseman, P.P.M. *Opvoedingsondersteuning: vraag en aanbod*. In P.P.M. Leseman e.a. (red): *De experimenten opvoedingsondersteuning: leermomenten en toekomstperspectieven*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1998.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg. *Voor nu en later. Strategische positionering Jeugdgezondheidszorg*. Bunnik: LVT, 2000

Milner, J.S. *Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory*. Clinical Psychology Review, 14, 547-583, 1994

OKZ Perspectief. *OKZ en primaire preventie van kindermishandeling*. Bunnik: OKZ Perspectief, 9, 5, 1999

Olds e.a. *Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings*. The Future of Children, 9, 44-65, 1999

Oosterhof, M. *Opvoedingsproblemen 0-4 jarigen; handleiding voor opvoedingsondersteuners*. Assen: Van Gorcum, 1999

Prinsen, B. *'Een goede start'; innovatie en ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW, 1999

Prinsen, B. en J. Lim. *Partners in verzorgen en opvoeden. Opvoedingsondersteuning door de ouders en kindzorg*. Utrecht: NIZW, 1999

Project Activum. *Projectplan Activum*. Stichting voor Jeugdbescherming en Jeugdhulpverlening in Limburg, Roermond: 1999

Roelofs, M. *Kindermishandeling en hulpverlening. De aanpak van lichamelijke kindermishandeling door het Bureau Vertrouwensarts*. Amsterdam: VU-Uitgeverij, 1996

Sectie Jeugdgezondheidszorg. *Jeugdgezondheidszorg Actieplan / Visiedocument*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000

Uittenbogaard, B en M. Buitenhuis e.a. *Stap voor stap. Een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen*. Utrecht: SWP 1996

Taskforce Wet op de Jeugdzorg. *Beleidskader Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie, 2000

Vink, A. *Consultatiebureaus verliezen terrein*, 0/25 Tijdschrift over Jeugd, 8 12-17, 1999

World Health Organization. *Report of the consultation on child abuse prevention*. Genève, 29-31 maart 1999.

Willems, J. *Structurele preventieve aanpak van opvoedingsproblemen*. VKMagazine, 13, 4, 12-13, 1999

Werkgroep jeugdgezondheidszorg. *Project basistaken collectieve preventie; jeugdgezondheidszorg*. Maarssen: KNMG management consulting, 1998

Bijlage

uit: OKZ Perspectief, themanummer kindermishandeling, mei 2001

Advies en Meldpunt Kindermishandeling

Het AMK is er voor (vermoedens van) kindermishandeling binnen het gezin, inclusief situaties waar verzorgers niet opkomen voor hun kinderen. Het doel is vroegtijdig doen stoppen van kindermishandeling, door het starten van hulpverlening. De mogelijkheid bestaat al in een vroeg stadium een vraag anoniem voor te leggen, zodat preventieve mogelijkheden vroegtijdig kunnen worden benut. Voor ieder vermoeden van kindermishandeling kan men terecht bij het AMK. Het gaat immers bijna altijd om vermoedens, slechts zelden zullen de bevindingen 100% zeker zijn. Er is veelal sprake van twijfel, onzekerheid en professionele diagnostische afwegingen en dilemma's. De werkwijze van het AMK is om zo spoedig mogelijk vermoedens van kindermishandeling met de ouders te bespreken en daarna verder onderzoek te doen door bij beroepsbeoefenaren informatie te verzamelen (en actief uit te vragen) Het gaat erom kindermishandeling al of niet bevestigd te krijgen en zo nodig vrijwillige hulpverlening op gang te brengen, ouders te motiveren om hulp te aanvaarden, maar daarin vooral ook de grenzen te bewaken. Soms is vrijwillige hulp niet toereikend en is gedwongen hulp noodzakelijk! In die gevallen schakelt het AMK de Raad voor de Kinderbescherming in.

Rollen van de CB arts en de verpleegkundige-JGZ

Een JGZ-medewerker kan met het AMK te maken krijgen als adviesvrager, consultvrager, melder of informant.

Adviesvrager

Het is geenszins noodzakelijk van tevoren helemaal duidelijk te hebben waarvoor men het AMK belt. Veelal zal gaandeweg het gesprek duidelijk worden of het gaat om een eenmalig advies of dat er tot een melding moet worden besloten. Bij adviesvragen zijn de personalia van het betreffende gezin niet van belang; deze gegevens worden niet geregistreerd. Ook de adviesvrager hoeft zijn of haar naam niet te noemen. Advies vragen aan het AMK gebeurt dus anoniem. Er wordt van gedachten gewisseld over stappen welke men zelf nog kan zetten of wat verwijsmogelijkheden zijn.

De adviesvrager blijft verantwoordelijk. Vanuit het AMK volgt geen verdere actie. Er wordt geen dossier aangelegd. Uiteraard is het AMK verantwoordelijk voor (de kwaliteit) van het advies.

Consultvrager

Herhaald anoniem overleg met het AMK over een situatie behoort tot de mogelijkheden. Als er sprake is van meerdere contacten tussen de adviesvrager en het AMK, vaak op basis van een afgesproken stappenplan, dan spreekt het AMK van een consult. Ook hierbij zijn de personalia van het gezin niet van belang. De gegevens worden, met toestemming van de adviesvrager, op diens naam voor een afgesproken periode bewaard. Gezamenlijk wordt gekeken naar mogelijke interventies, die in een volgend contact worden geëvalueerd. Het AMK maakt een verslag op naam van de consultvrager. De vrager blijft verantwoordelijk: de naam van het gezin wordt niet genoemd. Het AMK kan geen actie naar het gezin ondernemen. Bij deze gedeelde procesbewaking wordt telkens gewogen of de veiligheid van het kind voldoende gegarandeerd blijft.

Melder

Bij een melding wordt actie gevraagd van het AMK, omdat andere hulpverleningsmogelijkheden zijn uitgeput of het effect voor de kinderen uitblijft. De melder vraagt het AMK om onderzoek te doen en draagt daarbij de verantwoordelijkheid over. Na een melding horen ouders binnen vier of bij uitzondering zes weken van het AMK dat zij zijn gemeld. Dit gebeurt vaak in een gesprek. Indien mogelijk wordt aangesloten bij reeds bestaande hulpverlening aan het gezin. Het AMK regelt dat er gericht hulp komt in het gezin en draagt het over aan de betreffende instantie en sluit af. Bij het ontbreken van medewerking van ouders of uitblijven van effect kan het AMK de Raad voor de Kinderbescherming vragen om onderzoek. Terugkoppeling aan professionele melders en informanten vindt plaats, tenzij anders is afgesproken. Inzage in een AMK-dossier is mogelijk voor de ouders. Alleen wanneer inzage het belang van het kind of anderen schaadt, wordt het geweigerd. Zo blijft een anonieme melder voor het gezin altijd anoniem.

Informant

Na een melding benadert het AMK beroepsmatig alle betrokkenen rond het gezin om zicht te krijgen op de problematiek en voor de strategiebepaling. Sommige AMK's hebben voorafgaand hieraan contact met het gezin.

Informanten kunnen tegenover het gezin hun rol niet ontkennen: naam, functie en verstrekte informatie komen in het AMK-dossier. Bij een open werkwijze van de medewerkers van de consultatiebureauteams hebben ouders weet van de bevindingen en hun eventuele zorgen over de situatie. Daardoor is, achteraf, naar ouders te verantwoorden dat informatie met het AMK wordt gedeeld. Een vereiste voor de informant en AMK is een afspraak over wat, wanneer en door wie wordt benoemd voor de ouders. Soms kiest een consultatiebureaumedewerker na een benadering door het AMK ervoor eerst zelf met de ouders in gesprek te gaan.

Kort samengevat kan het AMK omschreven worden als:
regionaal advies- en meldpunt
voor alle vermoedens van kindermishandeling
toegankelijk voor iedereen
gericht op zo spoedig mogelijke openheid naar het gemelde gezin
gericht op vrijwillige hulpverlening

Relatie AMK en de Raad

De Raad voor de Kinderbescherming is een tweedelijns instantie geworden. Verzoeken tot Raadsonderzoek lopen enerzijds via het AMK en anderzijds via de Bureaus Jeugdzorg. De deskundigheid van de Raad voor de Kinderbescherming, met name betreffende de inschatting van de haalbaarheid voor vrijwillige hulpverlening, is in de AMK's ingebouwd. Ook acute vermoedens van kindermishandeling kunnen bij het AMK gemeld worden: zo nodig leidend tot directe actie vanuit het AMK. Soms zullen de gegevens in een melding zodanig zijn dat er sprake is van een ernstige (levens)bedreigende situatie voor het kind; in die gevallen vraagt het AMK (in overleg en met toestemming van de melder) direct een onderzoek van de Raad. Ook als duidelijk is gebleken dat hulp in het vrijwillige kader niet haalbaar of toereikend is vraagt het AMK de Raad om onderzoek. In beide bovenstaande situaties worden de ouders op de hoogte gebracht.

Openheid en anonimiteit

Het AMK is gericht op een zo groot mogelijke openheid naar het betreffende gezin. Vanzelfsprekend moeten daarbij afwegingen worden gemaakt. Mogelijk is er gevaar voor de kinderen wanneer het AMK met ouders gaat praten. Of levert 'openheid' gevaar op wanneer de naam van de melder door het AMK genoemd wordt aan het gemelde gezin. Soms kiest een melder om die reden voor anonimiteit. Het AMK garandeert de melder dan dat diens naam niet bekend zal worden gemaakt aan het gezin.

De anonimiteit is aan regels gebonden: particulieren, zoals bureaus of familie hebben het recht om een beroep te doen op anonimiteit. Professionele hulpverleners, zoals medewerkers van de RIAGG, Jeugdbescherming en Jeugdhulpverlening, die een behandelingsrelatie met het gezin hebben mede gericht op opvoeding kunnen niet anoniem melden (tenzij in uitzonderlijke situaties). Andere beroepsbeoefenaren zoals politie, leerkrachten, huisartsen, consultatiebureaumedewerkers etc kunnen dat wel.

In alle situaties zullen de voors en tegens van open dan wel anoniem besproken worden met de melder. Hoewel consultatiebureaumedewerkers anoniem ten opzichte van het gezin kunnen melden, wordt dit niet gestimuleerd. De verslaglegging in het AMK-dossier mag bij een anonieme melding niet herleidbaar zijn naar de melder, zodat belangrijke JGZ-informatie dan niet vastgelegd kan worden. Daarmee verdwijnen ook aanknopingspunten voor interventies door het AMK. Daarentegen bouwt een niet-anonieme melding voort op reeds verricht werk, ouders zijn dan meegenomen in het proces voorafgaand aan de melding. Wanneer een consultatiebureaumedewerker, bij uitzondering, toch anoniem meldt (waardoor dus slechts een deel van de informatie beschikbaar is), is daaraan onlosmakelijk gekoppeld dat de JGZ-medewerker daarna in de rol van informant gevraagd wordt specifieke JGZ-gegevens te verstrekken. De dusdanig verstrekte gegevens zijn niet anoniem en overschrijven de anonieme zorgen.

Het uitspreken naar ouders van concrete bevindingen en observaties hoort bij professioneel handelen, ook als de handelwijze van ouders zelf verandering behoeft. Er ontstaat dan duidelijkheid over een vermoeden van niet-goed-handelen. Het legt de basis voor de aanpak en samenwerking die bij kindermishandeling nodig is. De werkwijze en taakstelling van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) zijn daarop gebaseerd. Een open werkwijze vergemakkelijkt de verslaglegging in het JGZ-dossier. Openheid voorkomt mogelijk erger, doordat in een vroeg stadium over ondersteuning bij de opvoeding wordt gesproken.

Bij een open werkwijze past dat het CB team in het JGZ-dossier een notitie maakt over een overleg met het AMK, zowel bij een melding als bij een informantcontact.

Een benadering als informant door het AMK geeft het CB team de mogelijkheid zich actief op te stellen naar het gezin.

Bij anonieme meldingen bestaat altijd het gevaar dat in gesprek met ouders de melding toch herleidbaar is naar de identiteit van de melder.

Deskundigheidsbevordering

Bij het AMK is de laatste jaren gewerkt aan de bevordering van de deskundigheid. Onderwerpen zijn: de signaalgevoeligheid (wie doet wat op welk moment en met welke gegevens), de gespreksvaardigheden (hoe maak ik zorgen bespreekbaar met ouders; welk plan kan ik opstellen) en de juridische kennis (wanneer mag/ kan ik melden; hoe verhoudt zich ouder- en kindbelang?).

Caseload

De afhandeling van kindermishandelingszaken laat te wensen over. De caseload is te hoog. Vorig najaar trokken honderden gezinsvoogden naar het binnenhof om te protesteren tegen de hoge werkdruk. Uit een enquête die is gehouden onder alle AMK's en Bureaus JeugdZorg (BJZ) blijkt dat de afhandelingen weken tot maanden op zich laat wachten. Van de AMK's zegt 93% de wachttijden 'onaanvaardbaar of alarmerend' te vinden alvorens iemand kan worden doorgestuurd naar hulpverleners.

De Raad voor de Kinderbescherming

De Raad voor de Kinderbescherming stamt uit het begin van de geïndustrialiseerde samenleving. Voor die tijd was de vader het hoofd van gezin, en kwam ingrijpen in een gezin niet aan de orde. Toch zetten ook toen al mensen zich in voor kinderen, bijvoorbeeld in burgerweeshuizen. Mensen uit de betere klassen maakten zich zorgen om kinderen die, soms al vanaf hun zesde jaar hele dagen in de fabriek werkten, maar wilden zich tegelijkertijd uit eigenbelang beschermen tegen zwervende, opstandige en criminele kinderen. De beroemde kindervetten uit het begin van de twintigste eeuw verboden niet alleen de kinderarbeid, maar regelden ook bescherming van kinderen en het jeugdstrafrecht. Kinderrecht was in eerste instantie heel beperkt, de rechtbank kon kiezen tussen 'niets doen' of 'de kinderen bij de ouders weg halen'.

In 1922 werd de ondertoezichtstelling als nieuwe maatregel ingevoerd, zodat kinderen thuis konden blijven wonen onder toezicht van een vrijwillige gezinsvoogd. Tegelijkertijd werd de kinderrechter ingesteld, een revolutionaire stap, omdat deze verantwoordelijk was voor het uitspreken van de maatregel en het toezicht op de uitvoering ervan. Voortdurende veranderingen hebben de Kinderbescherming gemaakt tot de Raad van nu. Tot 1956 bestonden de raden uit vrijwillige voogden, daarna uit professionele maatschappelijk werkers. In de jaren '69 en '70 brak er een storm van kritiek uit, voortvloeiend uit de maatschappelijke beweging voor meer democratisering en alternatieve hulpverlening. Ouders voelden zich van hun kind beroofd. Een koude sanering was het gevolg, veel kinderhuizen moesten hun deuren sluiten. Eind jaren tachtig was er opnieuw kritiek. Men vond nu dat de deskundigheid groter moest worden. Dat heeft geleid tot weer een reorganisatie van de Raad.

Op dit moment is er één Raad voor de Kinderbescherming met een landelijk bureau in Utrecht, vijf regionale directiebureau's en 21 lokale vestigingen.

De Raad heeft drie kerntaken:

Bescherming van het kind

Gezag en bescherming na echtscheiding

Stafzaken tegen minderjarigen

De Raad beschermt het kind wanneer het in de ontwikkeling wordt bedreigd.

Bij echtscheiding staat de Raad in voor de rechten van het kind wanneer ouders ruziën over het ouderlijk gezag. Bij strafzaken let de Raad erop dat kinderen zo verantwoord mogelijk worden gestraft.

Niet vrijwillig en ongevraagd

Iedereen vindt jeugdbescherming een goede zaak; waar een kind in de knel dreigt te komen, moet er iemand klaar staan om voor dat kind op te komen. Anders ligt dat op het moment dat een opvoeder geconfronteerd wordt met een instantie die zich bemoeit met zijn gezin. Dan wordt jeugdbescherming als een bedreiging ervaren. Het grote dilemma van de jeugdbescherming is dat de belangen van het kind vaak niet parallel lopen met die van de ouders. Daarbij komt dat volwassen beter in staat zijn hun klachten en frustraties te uiten en medestanders te vinden dan het kind. De stem van kind is zwak. Incidenten waarin de jeugdbescherming te voorbarig geoordeeld heeft, te snel ingegrepen, of juist ten onrechte gemeend heeft dat ingrijpen niet nodig was worden breed uitgemeten in het nieuws. Helaas zullen zulke incidenten altijd blijven bestaan. Voor opvoeden bestaan geen diploma's en zijn er geen verkeersregels. Ouders realiseren zich lang niet altijd van te voren dat ze minstens achttien jaar lang, dag in dag uit, in de dagelijks praktijk, invulling moeten geven aan het vage begrip 'het begeleiden van een kind naar zelfstandigheid'. Opvoeden is mensenwerk, soms gaat dat mis.

De formele erkenning van het recht dat ouders van nature toekomt om hun kinderen naar eigen inzichten en binnen hun eigen vermogen groot te brengen is geregeld binnen het ouderlijk gezag. Dat is een constructie die de rechtspositie van ouders en kinderen regelt. De activiteiten van de jeugdbescherming zijn gebaseerd op wetten, regels en procedures. Die houden in dat de jeugdbescherming zich niet willekeurig kan mengen in het ouderlijk gezag. Pas op het moment dat er sprake is van een (vermoedelijke) ernstige bedreiging van de fundamentele rechten van het kind, heeft de overheid de verantwoordelijkheid om in te grijpen in de gezagssituatie. Hieraan ontleent de jeugdbescherming haar legitimatie. Men komt in de praktijk in actie in de volgende situaties: Als ouders om wat voor reden dan ook niet of onvoldoende in staat of bereid zijn om de zorg voor en de opvoeding van hun kind op een goede manier vorm te geven, ook niet met de bestaande voorzieningen voor hulpverlening. Het gaat om fysieke geestelijke mishandeling of lichamelijk of emotionele verwaarlozing.

Als zich voor het kind ernstige bedreigende omstandigheden voordoen, bijvoorbeeld als het kind in conflict is met zijn naaste omgeving en zich, bijvoorbeeld door weg te lopen, onttrekt aan het ouderlijk gezag.

Bij ernstige of herhaalde wetsovertreding door minderjarigen.

Als het ouderlijk gezag ontbreekt, bijvoorbeeld als de ouders in het buitenland verblijven, in de gevangenis zitten of overleden zijn en er in de eigen omgeving geen adequate opvang is.

Wanneer een vermoeden van een ernstige bedreigende situatie voor het kind niet door feiten of omstandigheden kan worden bevestigd, zal de jeugdbescherming van verdere inmenging afzien. Het verschil tussen jeugdhulpverlening en jeugdbescherming is dat jeugdbescherming ongevraagd en onvrijwillig is. Binnen de jeugdbescherming wordt hulp opgelegd en zijn ouders en kind verplicht om verder mee te werken. Dat wordt nogal eens onderschat. Bemoeienis van een buitenstaander wordt door ouders gevoeld als een persoonlijke aanval, als kritiek op hun functioneren als opvoeder.

Maatregelen van de kindbescherming.

Wanneer andere pogingen niet geslaagd zijn, vraagt de Raad, als overheidsinstantie aan de rechter om de bescherming van het kind te waarborgen. De rechter heeft daartoe de middelen: ondertoezichtstelling, ontheffing en ontzetting (uit de ouderlijke macht).

Ondertoezichtstelling

Ondertoezichtstelling, kortweg OTS, is de bekendste maatregel. De ouders houden het gezag over het kind, maar dit gezag wordt beperkt. De kinderrechtser benoemt een gezinsvoogd die het kind begeleidt en de ouders helpt met de opvoeding. Dat is niet vrijblijvend, ouders moeten belangrijke beslissingen overleggen met de voogd en zijn aanwijzingen opvolgen. Als de gezinssituatie zodanig is dat het kind

niet thuis kan blijven wonen, kan de gezinsvoogd een machtiging voor uithuisplaatsing aan de rechter vragen en een geschikte plaats zoeken voor het kind in een pleeggezin of kindertehuis. Een ondertoezichtstelling kan maximaal voor een jaar uitgesproken worden. Na verloop kan de kinderrechter op verzoek de OTS steeds weer voor een jaar verlengen, wanneer de gezinsvoogd dat nodig acht. Zodra de situatie dat toelaat, wordt de OTS beëindigd. Soms wordt er in crisissituaties een voorlopige OTS gevraagd, deze is drie maanden geldig.

Ontheffing en ontzetting

Verder strekkende maatregelen zijn de ontheffing en de ontzetting, hierbij verliezen de ouders de ouderlijke macht.

De rechtbank benoemt een voogd (een particulier of voogdij-instelling), die verder verantwoordelijk is voor de opvoeding van het kind. Ontheffing wordt uitgesproken wanneer ouders niet in staat zijn om voor hun kind te zorgen en zich niet verzetten tegen de uitspraak. Bij ontzetting is er sprake van verwijtbaar gedrag. Dat is de zwaarste maatregel, toegepast bij grove verwaarlozing en ernstige mistanden.

Overigens zal de rechter op verzoek de ouders in het gezag herstellen, indien hij ervan overtuigd is dat het gezag weer aan de ouders kan worden toevertrouwd.

Voorlopige voogdij is mogelijk in situaties wanneer er een gezagsvacuüm ontstaat, bijvoorbeeld tijdens een ontheffing en ontzettingprocedure, overlijden, opname in een psychiatrisch ziekenhuis of vanwege een verblijf in het buitenland.

Scheiding en omgangszaken

In 1998 is bij wet besloten dat ouders na scheiding samen het gezag over hun kinderen houden. Wanneer scheidende ouders in hevige conflicten gewikkeld zijn, lukt het niet om zelf afspraken te maken over verblijf en omgang. Wanneer bemiddeling niet werkt kan de Raad aan de rechtbank vragen een uitspraak te doen. Kinderen vanaf twaalf jaar kunnen zelf aan de rechter laten weten wat hun voorkeur is, wat niet betekent dat hun wensen altijd doorslaggevend zijn.

Strafzaken

Wanneer een jongere een strafbaar feit gepleegd heeft doet de politie een melding bij de Raad. Het jeugdstrafrecht is van toepassing op kinderen van twaalf tot achttien. Jongeren onder de twaalf worden niet strafrechtelijk vervolgd. De Raad doet onderzoek en houdt toezicht op de taakstraffen.

Crisishulp aan huis, een maatregel

Families First is een nieuwe vorm van crisishulp bij gezinnen thuis, wanneer één of meer kinderen uit huis geplaatst dreigen te worden. Families First draait in de Verenigde Staten al ruim vijftien jaar met succes. De methodiek is in opdracht van de ministeries van VWS en Justitie door het NIZW aangepast aan de Nederlandse situatie aan de hand van vier projecten in Amsterdam, Rotterdam, Gelderland en Friesland. Voorwaarde voor de inzet van Families First is dat er sprake moet zijn van een crisissituatie. Zo'n crisis kan verschillende oorzaken hebben: verwaarlozing, mishandeling, opvoedingsproblemen, gedragsproblemen, verslaving of sociaal economische problemen. Binnen 24 uur staat een gezinsmedewerker van Families First op de stoep. Minimaal vier en maximaal zes weken komt de gezinsmedewerker dagelijks bij het gezin over de vloer om praktische en therapeutische hulp te bieden en de situatie in overleg met de gezinsleden zo te veranderen dat de kinderen thuis kunnen blijven wonen. De hulp is heel concreet.

De gezinsmedewerkers van Families First hebben minimaal een Hbo-opleiding. Daarnaast hebben ze een aanvullende training gevolgd bij het Paedologisch Instituut. De teamleider, iemand die zelf ervaring heeft als gezinsmedewerker, geeft supervisie en zorgt voor inbedding van het project in de regio.

De gezinsmedewerkers vinden het een uitdaging om een gezin wat allang in de problemen zit, zo'n omslag te laten maken dat een kind thuis kan blijven wonen. Het uitgangspunt is dan ook dat een kind het best kan opgroeien in het eigen gezin, ook al lijkt het op dat moment niet de meest ideale omgeving. De veiligheid van het kind staat wel steeds voorop.

Uithuisplaatsing lost problemen meestal niet op. In ieder gezin zijn wel aanknopingspunten voor een verandering. Een crisis biedt extra mogelijkheden, omdat gezinsleden dan meestal maar al te bereid zijn

om daadwerkelijk iets te veranderen. Minimaal één van de ouders moet minstens gemotiveerd zijn. Vaak beginnen de gezinsmedewerkers met praktische hulp. Dat kan van alles zijn: rommel opruimen, inkopen doen, op een kind passen, zodat de ouders eindelijk het huis kunnen opknappen. Door de handen uit de mouwen te steken en mee te draaien in het gezin, wint men vertrouwen en is al snel geen buitenstaander meer. Na twee of drie dagen is het gezin meestal aan ze gewend en krijgt men de echte situatie te zien. Dan inventariseert de gezinsmedewerker wat de problemen zijn en wat de gezinsleden daar aan willen doen. Zij bepalen wat er gebeurt. Er worden concrete doelenlijstjes gemaakt: bijvoorbeeld niet meer schelden en slaan, regels opstellen, tijd besteden aan elkaar.

Voorheen waren ouders vaak vooral gefixeerd op wat fout gaat. Nu doet moeder een spelletje als beloning. Kinderen leren dat snel, als de een geprezen wordt, wil de ander dat ook. De gezinsmedewerker probeert het sociale netwerk te vergroten en kijkt hoe er vanuit de omgeving meer steun kan komen. Kennissen en familie haken nog al eens af. Oppassen op onhandelbare kinderen willen ze liever niet. Wanneer de situatie verandert komen ze weer in beeld.

Het bijzondere van Families First is dat de gezinsmedewerker in een korte periode zo veel tijd doorbrengt in een gezin. Ze loopt bij nacht en ontij rond in het gezin en ziet hoe die mensen met elkaar omgaan, wat er mis gaat, maar ook welke mogelijkheden er zijn. De gezinsmedewerker ziet meer aanknopingspunten dan alle andere hulpverleners waar het gezin mee te maken gehad heeft bij elkaar. Bovendien wil in een crisis iedereen zo veel en zo snel mogelijk veranderen. Natuurlijk is het de vraag of het goed blijft gaan in zo'n gezin. Daarom hebben de gezinsmedewerkers drie, zes en twaalf maanden na afsluiting een follow-up gesprek met het gezin.

Het Paedologisch Instituut Duivendrecht deed onderzoek naar de bereikte doelgroep, geboden hulp en resultaten: meer dan een kwart van de geholpen gezinnen is allochtoon, ruim de helft woont in een eenoudergezin, de meeste aanmeldingen komen van de gezinsvoogdij en Raad voor de Kinderbescherming, bij 15% kwam de hulp niet op gang, maar bij 90% van de behandelde gezinnen woont het kind na drie maanden nog thuis. Er zijn ook ouders die helemaal geen Families First hulp willen, omdat ze vinden dat het kind het huis uit moet.

Mensen die meer informatie willen ontvangen over Families First kunnen contact opnemen met de Collegio Kennispraktijk voor jeugdzorg, telefoon 030-2303070. Het Collegio houdt zich sinds eind 1998 bezig met de ondersteuning en implementatie van Families First. Collegio kan desgewenst doorverwijzen naar een concreet Families First project.