

Jonge kinderen in de knel

Jonge kinderen in de knel

De aanpak van kindermishandeling bij
0- tot 4-jarigen onderzocht

Paul Baeten
Ingrid ten Berge
Edith Geurts
Klaas Kooijman

N I Z W

© 2001 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

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

Auteurs Paul Baeten
Ingrid ten Berge
Edith Geurts
Klaas Kooijman

Redactie Jolanda Keesom

Drukwerk PlantijnCasparie Heerhugowaard

ISBN 90-5050-922-3

NIZW-bestelnummer E 23227

Deze publicatie is te bestellen bij
NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail Bestel@nizw.nl

Woord vooraf

Dit rapport is het verslag van een verkennend onderzoek naar de ervaringen, opvattingen en ideeën van beroepsbeoefenaren met betrekking tot de preventie en de aanpak van verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. In dit onderzoek zijn beroepsbeoefenaren uit verschillende sectoren ondervraagd over het thema kindermishandeling op jonge leeftijd. Waar zitten volgens hen de knelpunten in de aanpak van kindermishandeling bij deze jonge kinderen? Wat gaat goed en verdient navolging? Het verzamelde materiaal biedt aanknopingspunten voor het verbeteren van de bestaande praktijk en is daarmee vooral interessant voor managers, leidinggevendenden en beleidsmakers in de sectoren lokaal jeugdbeleid, jeugdzorg, (jeugd)gezondheidszorg, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en politie.

Dit rapport wordt aangeboden aan het ministerie van Justitie, dat het onderzoek financieel mogelijk heeft gemaakt. Voor het NIZW / Expertisecentrum Kindermishandeling vormen de resultaten de basis voor beantwoording van de vraag of er mogelijkheden zijn – en zo ja welke – om, in samenwerking met anderen, een bijdrage te leveren aan de verbetering van de aanpak van verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar.

De auteurs

Inhoud

- 1 Naar een betere aanpak van kindermishandeling op jonge leeftijd 9**
 - Preventie 9
 - Signalering 9
 - Diagnostiek en hulpverlening 10
 - Doelstelling en opzet van het onderzoek 10
 - Opbouw van het rapport 12

- 2 Mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik bij jonge kinderen 13**
 - Kindermishandeling op jonge leeftijd 13
 - Adviesvragen en meldingen over 0- tot 4-jarigen 14
 - Sleutelfuncties in de aanpak van kindermishandeling 18
 - Betrokken werkvelden en beroepsgroepen 22
 - Knelpunten en behoeften 26

- 3 Signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling 27**
 - De stand van zaken op het gebied van signalering 27
 - Belemmeringen voor signalering 27
 - Goede voorbeelden van signalering 32
 - Instrumenten voor signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties 33
 - Instrumenten voor signalering van kindermishandeling 35
 - Behoeftte aan signaleringsinstrumenten 37
 - Knelpunten en behoeften op het vlak van signaleren en handelen 38

4 Diagnostiek 41

- Uitvoering van onderzoek 41
- Belemmeringen voor diagnostiek 43
- Diagnostische instrumenten 45
- Specialistische diagnostiek 46
- Een brede opvatting van diagnostiek 47
- Knelpunten en behoeften op het vlak van diagnostiek 48

5 Hulpverlening 51

- Het bieden of inschakelen van hulp 51
- Belemmeringen voor hulpverlening 52
- Knelpunten en behoeften op het vlak van hulpverlening 56

6 Samenwerking 59

- Deelname aan samenwerkingsverbanden 59
- Ervaringen met samenwerking 62
- Belemmeringen voor samenwerking 63
- Behoefte aan verbetering van de samenwerking 66
- Voorbeelden van goede samenwerking 68
- Knelpunten en behoeften op het vlak van samenwerking 70

7 Conclusies en aanbevelingen 71

- Scholing en training 71
- Signalering 71
- Diagnostiek 73
- Hulpverlening 73
- Samenwerking 74

Literatuur 75

1 Naar een betere aanpak van kindermishandeling op jonge leeftijd

Verschillende ontwikkelingen met betrekking tot 0- tot 4-jarigen waren voor het NIZW / Expertisecentrum Kindermishandeling aanleiding om te inventariseren welke knelpunten zich voordoen bij het voorkomen en aanpakken van kindermishandeling bij jonge kinderen. Onder kindermishandeling verstaan wij lichamelijke en psychische mishandeling en verwaarlozing en seksueel misbruik. De inventarisatie waarover hier wordt gerapporteerd vond plaats in het voorjaar van 2001.

PREVENTIE

In Nederland wordt al geruime tijd gediscussieerd over het belang en de mogelijkheden van primaire preventie van kindermishandeling. Kinderen hebben het recht op te groeien in een samenleving die zich maximaal inspant om situaties te voorkomen die schadelijk voor hen zijn. Algemeen wordt de opvatting gedeeld dat kindermishandeling het beste kan worden voorkomen door waar dat nodig is hulp en ondersteuning te bieden aan jonge gezinnen, direct na of zelfs nog voor de geboorte van een kind. Uit een onlangs afgeronde analyse (Kooijman en Zwikker 2001) van *home visitation*-programma's, die met name in de Verenigde Staten op dit terrein worden toegepast, blijkt dat dergelijke programma's voor primaire preventie succesvol kunnen zijn. De vraag is welke inzet op dit terrein in Nederland wordt gepleegd en of er behoefte is aan betere en meer systematische preventie.

SIGNALERING

Wanneer kindermishandeling feitelijk al plaatsvindt, hebben kinderen er belang bij dat anderen dat zo snel mogelijk opmerken. Het ontbreekt zulke jonge kinderen aan mogelijkheden om zelf aandacht te vragen voor hun benarde situatie. Vaak zijn zij zich er ook niet van bewust dat hun situatie niet normaal is. Zij zijn daarom volledig afhankelijk van vroegtijdige signalering door anderen, waardoor de schade voor henzelf en voor andere gezinsleden kan worden beperkt. Het belang van vroegtijdige signalering wordt algemeen erkend. Desondanks worden veel gevallen van kindermishandeling laat of helemaal niet opgemerkt.

DIAGNOSTIEK EN HULPVERLENING

Deskundigen en hulpverleners wijzen er regelmatig op dat er voor 0- tot 4-jarigen onvoldoende mogelijkheden bestaan voor diagnostiek en hulpverlening. Dat vergroot het risico dat de mishandeling, de verwaarlozing of het seksueel misbruik blijft bestaan en dat kinderen geen hulp krijgen. De tekorten op het gebied van diagnostiek en hulpverlening zouden weliswaar ook gelden voor andere leeftijdsgroepen, maar dan in mindere mate.

DOELSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Doel van deze inventarisatie was inzicht te krijgen in bestaande knelpunten en in succesvolle benaderingswijzen voor de preventie, signalering, diagnostiek, hulpverlening en samenwerking op het terrein van verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar.

Voor het onderzoek zijn verschillende deelvragen geformuleerd:

Vroegtijdige onderkenning en signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling

- Ervaren beroepsbeoefenaren knelpunten in het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties c.q. kindermishandeling en het daaropvolgend handelen? Zo ja, welke?
- Welke signaleringsinstrumenten voor risico's in problematische opvoedingssituaties c.q. kindermishandeling worden binnen diverse betrokken werkvelden gebruikt?
- Hoe tevreden zijn beroepsbeoefenaren over de bruikbaarheid van deze instrumenten?
- Hebben zij behoefte aan meer of betere instrumenten of werkwijzen?
- Welke instrumenten zijn geschikt om systematisch en op grotere schaal in te zetten?

In hoofdstuk 3 komen deze vragen aan de orde.

Diagnostiek en hulpverlening

- Ervaren beroepsbeoefenaren knelpunten in de diagnostiek van en hulpverlening bij kindermishandeling bij jonge kinderen? Zo ja, welke?
- In hoeverre is er behoefte aan – specialistische – diagnostiek en aan bijzondere hulpvormen bij de verschillende vormen van kindermishandeling en wat is er op dit terrein reeds ontwikkeld?
- Hoe staat het met de beschikbaarheid van diagnostiek en hulpverlening op regionaal niveau?

De hoofdstukken 4 en 5 behandelen deze vragen.

Samenwerking

- Welke vormen van samenwerking tussen jeugdzorg, Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en basisvoorzieningen bestaan er in Nederland?
- Hoe zijn de ervaringen met deze integrale samenwerking; waarover zijn de betrokkenen tevreden, en waarover niet?
- Hebben beroepsbeoefenaren behoefte aan meer of betere vormen van samenwerking?
- Zijn er *good practices* – succesvolle praktijkvoorbeelden – aan te wijzen, die voor verdere landelijke ontwikkeling in aanmerking komen?

Deze vragen komen aan bod in hoofdstuk 6.

Opzet van het onderzoek

Voor het verkrijgen van informatie over de knelpunten en mogelijkheden in de praktijk is gekozen voor een verkennend onderzoek. Dat wil zeggen dat niet gezocht is naar een groep respondenten die representatief is voor alle betrokken sectoren en beroepsgroepen. Gekozen is voor mensen die op basis van hun ervaring en positie kennis hebben van de knelpunten, die opvattingen en ideeën hebben over hoe het beter zou kunnen of zou moeten. Reden hiervoor is dat beroepsbeoefenaren die weinig ervaring hebben met de problematiek in de regel ook weinig te melden hebben over knelpunten en over succesvolle benaderingswijzen. De respondenten zijn telefonisch geïnterviewd in februari en maart 2001, aan de hand van een vragenlijst die varieerde per functie. Zo zijn peuterspeelzalen zelden betrokken bij diagnostiek en behandeling van kindermishandeling, maar wel bij preventie en signalering, terwijl zorgtoewijzingsorganen juist weinig te maken hebben met vroegtijdige onderkenning en signalering, maar weer wel met hulpverlening. De vragen zijn aan deze omstandigheden aangepast.

Selectie en verdeling van respondenten

In de inventarisatie stond de praktijk van het werken met jonge kinderen centraal: de ervaringen van beroepsbeoefenaren en daarmee samenhangende opvattingen en ideeën. De doelgroep van het onderzoek bestond dan ook uit beroepsbeoefenaren die met jonge kinderen werken. Voor het onderzoek zijn uit de betrokken werkvelden en beroepsgroepen vier of vijf respondenten geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- ruime kennis van de praktijk;
- zo mogelijk een combinatie van kennis van de praktijk met regionaal overzicht en kennis van ervaringen en opvattingen binnen de eigen sector of beroepsgroep;
- geografische spreiding over het land per beroepsgroep.

De definitieve onderzoeksgroep bestond in totaal uit 75 respondenten, afkomstig uit 15 werkvelden en beroepsgroepen (zie tabel 1.1). Per onderdeel – signalering, diagnostiek, hulpverlening en samenwerking – varieerde het aantal respondenten.

Tabel 1.1 Verdeling van respondenten over werkvelden en beroepsgroepen

Werkvelden en beroepsgroepen	Frequentie	Percentage
Lokale voorzieningen		29,3
Consultatiebureau (CB)	6	
Kinderdagverblijf (KDV)	6	
Peuterspeelzaal (PSZ)	5	
Buurtnetwerk (BNW)	5	
Medici		17,3
Huisarts (HA)	4	
Kinderarts (KA)	4	
Spoedeisende-hulparts (SEH-arts)	5	
Toegang		20,0
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)	5	
Bureau Jeugdzorg-jeugdhulpverlening (BJz-jhv)	5	
Politie	5	
Jeugdbescherming		13,3
Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming (BJz-jb)	5	
Raad voor de Kinderbescherming (RvdK)	5	
Geïndiceerde zorg/GGZ		20,0
Medisch kleuterdagverblijf (MKD)	6	
GGZ-instelling	4	
Zorgtoewijzingsorgaan (ZTO)	5	

OPBOUW VAN HET RAPPORT

In het volgende hoofdstuk – hoofdstuk 2 – komt eerst de context van het onderzoek aan de orde: de kenmerken van en gegevens over mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik bij jonge kinderen. Ook worden de belangrijkste functies geschetst die nodig zijn in het streven naar het voorkomen of stoppen van mishandeling en de werkvelden en beroepsgroepen die daarbij betrokken zijn. Hoofdstuk 3 gaat over de ervaringen met vroegtijdige signalering van risicofactoren en kindermishandeling. Vervolgens komen in hoofdstuk 4 de bevindingen met betrekking tot diagnostiek aan de orde. Hoofdstuk 5 betreft de ervaringen van beroepsbeoefenaren met de hulpverlening. In hoofdstuk 6 komen de knelpunten en de goede praktijkvoorbeelden of *good practices* op het gebied van samenwerking aan bod. Het rapport wordt in hoofdstuk 7 afgesloten met een aantal aanbevelingen voor het oplossen van de gesignaleerde knelpunten.

2 Mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik bij jonge kinderen

Kindermishandeling treft kinderen van alle leeftijden. De vorm en de gevolgen van de mishandeling verschillen echter per leeftijdsgroep. Om een beter beeld te krijgen van de problematiek en de bestrijding ervan, volgt hier eerst een schets van de stand van zaken in wetenschap en hulpverleningspraktijk. Wat zijn de bijzondere gevolgen van kindermishandeling op heel jonge leeftijd? Wat valt uit de registratiecijfers van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling op te maken over kindermishandeling bij jonge kinderen in Nederland? Hoe staat het met de verschillende functies die vervuld moeten worden om kindermishandeling te voorkomen of effectief aan te pakken? En welke beroepsgroepen zijn daarbij betrokken?

KINDERMISHANDELING OP JONGE LEEFTIJD

Mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik op jonge leeftijd vormt een ernstige bedreiging voor kinderen. Een gezonde ontwikkeling kan erdoor in de kiem worden gesmoord.

Verstoring van de ontwikkeling

Uit onderzoek is bekend dat kindermishandeling kan leiden tot uiteenlopende vormen van gedragsproblematiek en problemen in de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling (Buffing en Van der Zanden 1992; Cicchetti and Olson 1990; Youngblade and Belsky 1990).

Bij heel jonge mishandelde kinderen doen zich al problemen voor die een gezonde verdere ontwikkeling belemmeren. Als een baby zonder manifeste lichamelijke oorzaak niet gedijt, dat wil zeggen in vergelijking met leeftijdgenoten onvoldoende groeit en aankomt in gewicht, kan er sprake zijn van *non-organic failure to thrive*. Dit verschijnsel wordt in verband gebracht met ernstige opvoedingsproblemen, in het bijzonder emotionele mishandeling en verwaarlozing (Erickson, Egeland and Pianta 1989). Naast groeiproblemen kan het kind bij *non-organic failure to thrive* last hebben van overmatige prikkelbaarheid of passiviteit, en kan het niet gekalmeerd worden (Cicchetti, Toth and Bush 1988).

Belangrijke ontwikkelingsopgaven voor jonge kinderen zijn hechting, exploratie van de omgeving, verwerven van autonomie en taalontwikkeling (Ten Berge 1998). Mishandelde peuters kunnen op al deze ontwikkelingsopgaven problemen vertonen. Zo zijn zij vaker dan andere kinderen onveilig gehecht, zijn zij snel afgeleid of juist zeer passief in het verkennen van hun omgeving en ontwikkelen zelfbesef en taalgebruik zich minder goed (Cicchetti, Toth and Bush 1988; Crittenden 1988; Egeland, Sroufe and Erickson 1983). Wanneer een kind problemen heeft met een bepaalde ontwikkelingsopgave, is de kans groot dat hij of zij ook moeite krijgt met latere ontwikkelingsopgaven, zoals het leren omgaan met leeftijdgenootjes. Recent onderzoek geeft voorts sterke aanwijzingen dat kindermishandeling de ontwikkeling van de hersenen negatief beïnvloedt. De gevonden afwijkingen zijn prominenter naarmate het kind jonger is en de traumatische ervaringen waaraan het blootstaat ernstiger zijn en een chronisch karakter hebben (Perry 2001). Onderzoekers van het McLean Hospital in Massachusetts (USA) identificeerden vier soorten afwijkingen die zij in verband brengen met kindermishandeling (Wolzak 2001). Zij vonden onder meer dat de hersenbalk, die de verbinding vormt tussen de linker- en rechterhersenhelft, bij mishandelde kinderen 18 tot 42% kleiner was dan bij niet-mishandelde kinderen. Daarnaast bleek dat bij volwassenen die als kind mishandeld waren, de linkerhersenhelft onvolledig ontwikkeld was. Dergelijke afwijkingen kunnen leiden tot diverse cognitieve, sociaal-emotionele en gedragsmatige stoornissen.

Het belang van preventie

Bij kindermishandeling op jonge leeftijd is de kans op langdurige problemen relatief groot. Tegelijkertijd biedt ondersteuning van jonge risicogezinnen of vroegtijdige interventie in ontsprende gezinssituaties mogelijkheden voor het voorkomen van problemen en het beperken van schade.

In het VN-rapport *The state of the world's children 2001* wordt de winst van preventie en ingrijpen op jonge leeftijd zelfs uitgedrukt in financiële termen: 'Door een goede ontwikkeling in de eerste levensjaren hoeft later minder geld te worden uitgetrokken voor medicijnen, schoolgeld en sociale en psychische ondersteuning. Iedere gulden die in een klein kind tot drie jaar wordt geïnvesteerd, kan op latere leeftijd tot zeven gulden besparen.' (*de Volkskrant* 12-12-2000)

ADVIESVRAGEN EN MELDINGEN OVER 0- TOT 4-JARIGEN

Schattingen van het aantal Nederlandse kinderen dat slachtoffer is van kindermishandeling variëren van 50.000 tot 80.000 kinderen per jaar. Exacte cijfers zijn niet bekend, omdat er geen centrale instantie is waar vermoedens en signalen eenduidig geregistreerd worden. Bovendien meldt niet iedereen die een vermoeden van kindermishandeling heeft dat bij een hulpverlener of een instantie. De Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) voeren wel een landelijk uniforme registratie van zaken waarover iemand bij hen advies vraagt of een melding doet. Zij vormen daarmee de belangrijkste bron van gegevens over gesignaleerde gevallen van kindermishandeling

en over de aanpak die daarbij wordt gehanteerd. Aangezien ten tijde van het onderzoek de cijfers over 2000 nog niet bekend waren, zijn in de onderhavige analyse de registratiecijfers van de AMK's van 1999 gebruikt.

Aantal contacten

In 1999 is over 20.564 kinderen en jeugdigen contact opgenomen met de AMK's. Daarvan waren 2868 kinderen – 13,9% – jonger dan 4 jaar. Het betreft hier een ondergrens, omdat gevallen waarin het soort contact – advies of melding – niet geregistreerd is niet in de telling zijn meegenomen. Vergelijken we dit aantal met de demografische gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek, dan blijkt dat het ten opzichte van de totale populatie 0- tot 4-jarigen – 790.157 kinderen – over een zeer kleine groep – 0,36% – gaat.

Overigens zijn er opvallende regionale verschillen. De AMK's in Zuid-Holland/-Zeeland, Groningen en Amsterdam behandelen relatief veel zaken over jonge kinderen: respectievelijk 20,7%, 19,4% en 19,1% van het totaal aantal meldingen en adviezen. In Zuid-Holland/Zeeland en Amsterdam gaat het daarbij vooral om meldingen. In Drenthe, Breda en Friesland ontvangen de AMK's verhoudingsgewijs weinig meldingen en adviesvragen over 0- tot 4-jarigen: respectievelijk 9,1%, 9,2% en 10,5%. Over de achtergrond van deze regionale verschillen is weinig bekend.

Aard van de mishandeling

Tabel 2.1 geeft weer welke vormen van kindermishandeling bij 0- tot 4-jarigen aanleiding zijn om contact op te nemen met het AMK. Voor bijna een kwart – 24,0% – van de 0- tot 4-jarigen zijn vermoedens of signalen van lichamelijke mishandeling de belangrijkste aanleiding. Verwaarlozing, zowel affectief als lichamelijk, komt ook regelmatig voor: respectievelijk 19,6% en 16,9%. Ongeveer een tiende – 10,1% – van de kinderen is bij het AMK bekend in verband met psychisch geweld en eveneens bij een op de tien kinderen – 9,4% – is sprake van vermoedens van seksueel misbruik.

Tabel 2.1 Aard van de mishandeling uitgesplitst naar leeftijd van het kind

Aard mishandeling	Leeftijd				Totaal
	0	1	2	3	
Lichamelijke mishandeling	21.4%	23.9%	24.2%	24.8%	24.0%
Lichamelijke verwaarlozing	16.8%	20.7%	15.1%	15.9%	16.9%
Psychisch geweld	5.9%	8.8%	12.0%	11.1%	10.1%
Affectieve verwaarlozing	17.8%	20.7%	20.2%	18.9%	19.6%
Seksueel misbruik	5.7%	6.2%	9.6%	12.9%	9.4%
Anders	24.9%	12.8%	11.3%	9.3%	12.7%
Geen mishandeling	1.6%	1.9%	2.3%	2.2%	2.1%

NB Kolommen tellen niet op tot 100% i.v.m. de categorie 'onbekend'.

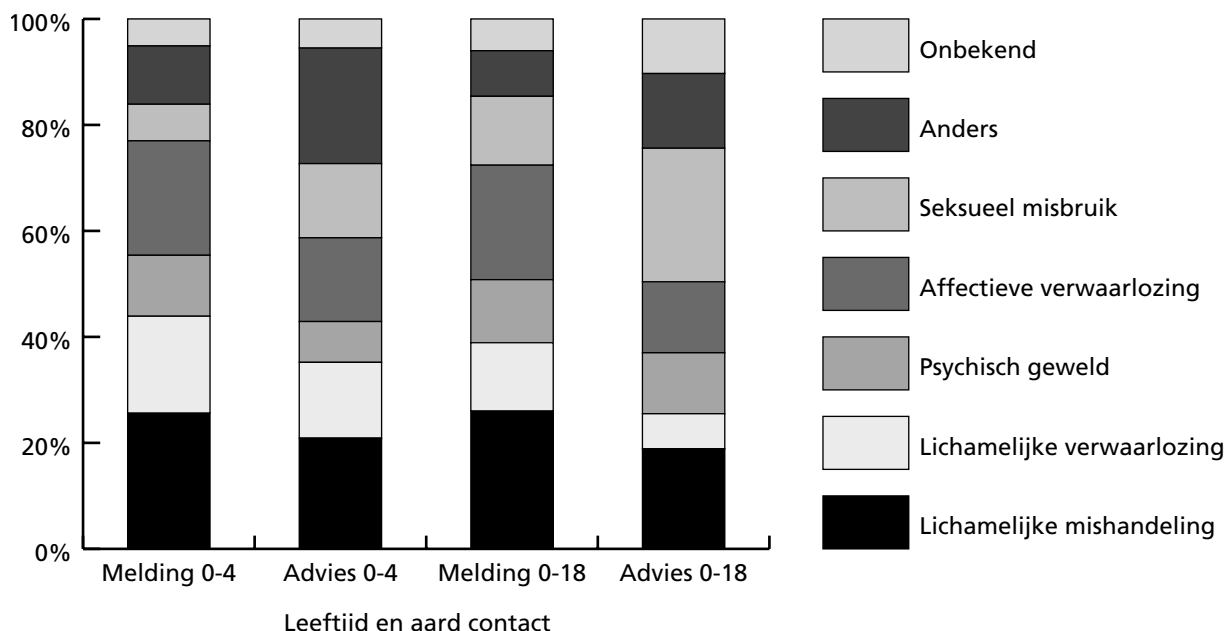
Bron: Registratiecijfers AMK's 1999

Wanneer we de problematiek uitsplitsen naar de leeftijd van het kind, zien we dat lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing en affectieve verwaarlozing op alle leeftijden in ongeveer gelijke mate voorkomen. Psychisch geweld is bij 2- en 3-jarigen iets vaker dan bij jongere kinderen de aanleiding om contact op te nemen met het AMK. Met het stijgen van de leeftijd nemen ook vermoedens van seksueel misbruik verhoudingsgewijs toe. De genoemde verschillen zijn echter niet groot. Het enige echt opvallende verschil is te zien bij de categorie 'anders'. Deze categorie heeft betrekking op uiteenlopende vormen van opvoedingsproblematiek, gezinsproblematiek en risicovolle opvoedingssituaties. Bij een kwart van de 0-jarigen was dergelijke problematiek de belangrijkste reden voor het contact met het AMK, terwijl dit bij oudere kinderen veel minder vaak het geval was. Mogelijk zijn de signalen en symptomen bij oudere kinderen duidelijker, waardoor vermoedens van kindermishandeling sneller een specifieke richting uitgaan. Een andere verklaring is dat over baby's vooral contact wordt opgenomen naar aanleiding van risicosituaties waarin – nog – geen mishandeling speelt.

Verschillen in problematiek tussen adviesvragen en meldingen

Is de mishandeling die bij het AMK gemeld wordt anders dan de problematiek waarover advies wordt gevraagd? Van de gemelde kinderen is bekend dat het in de meeste gevallen ging over lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing en affectieve verwaarlozing (zie figuur 2.1). Dit geldt in iets mindere mate ook voor adviesvragen. Bij de adviesvragen gingen verhoudingsgewijs veel vragen over seksueel misbruik of over anderssoortige problematiek.

Figuur 2.1 Aard van de mishandeling per soort contact voor 0- tot 4-jarigen en 0- tot 18-jarigen



Bron: Registratiecijfers AMK's 1999

Bij vergelijking van deze cijfers over 0- tot 4-jarigen met de gegevens over de gehele groep 0- tot 18-jarigen, valt een aantal verschillen op (zie figuur 2.1). Zowel voor meldingen als voor adviesvragen geldt dat bij de 0- tot 4-jarigen de aanleiding voor het contact met het AMK relatief vaak lichamelijke verwaarlozing is en relatief weinig seksueel misbruik. Bij de totale groep 0- tot 18-jarigen is seksueel misbruik de meest voorkomende reden om advies te vragen, want 25,2% van de adviesvragen heeft daar betrekking op.

De belangrijkste melders en adviesvragers

Kinderen, zeker heel jonge kinderen, zijn voor het signaleren en melden van kindermishandeling sterk afhankelijk van hun omgeving. Deze omgeving is beperkter naar mate het kind jonger is. Het kind gaat nog niet naar school en niet elk kind bezoekt een peuterspeelzaal of een kinderdagverblijf. Door wie worden deze kinderen dan aangemeld bij een AMK?

Een groot aantal 0- tot 4-jarigen wordt door vrienden, kennissen en familie aangemeld. Van de meldingen komt 40,1% uit deze hoek en van de adviesvragen 27,4%. Ook ouders zelf nemen contact op met het AMK, meestal met een adviesvraag – 11,1% van het totale aantal adviesvragen – maar ook wel om te melden: 3,4% van het totale aantal meldingen. In de meeste gevallen wordt het advies gevraagd of de melding gedaan door de opvoedende ouder; meldingen en adviesvragen door de niet-opvoedende ouder komen in deze leeftijdsgroep weinig voor.

Het merendeel van de meldingen en adviesvragen komt echter van mensen die beroepshalve met kinderen in aanraking komen.

Professionele melders

De vijf belangrijkste professionele meldersgroepen zijn:

- politie: 9,2%
- onderwijs/dagopvang, waaronder peuterspeelzaal: 5,9%
- consultatiebureau/wijkverpleegkundige: 4,9%
- huisarts: 3,8%
- kinderarts: 3,7%

Andere meldersgroepen, die verantwoordelijk zijn voor minstens 1% van het totaal aantal meldingen, zijn ziekenhuizen (2,8%), AMW (1,7%), AMK (1,4%), CAD (1,3%), GGD (1,3%) en RIAGG (1,0%).

Professionele adviesvragers

De vijf belangrijkste groepen adviesvragers zijn:

- consultatiebureau/wijkverpleegkundige: 9,7%
- huisarts: 6,5%
- politie: 5,2%
- ziekenhuis: 4,0%
- onderwijs/dagopvang, waaronder peuterspeelzaal: 3,9%

Daarnaast wordt regelmatig advies gevraagd door kinderartsen (3,7%), AMW (2,2%), Raad voor de Kinderbescherming (1,4%), CAD (1,1%) en schoolartsen (1,0%).

SLEUTELFUNCTIES IN DE AANPAK VAN KINDERMISHANDELING

Kindermishandeling is een complex probleem, of beter gezegd een uiting van uiteenlopende en vaak complexe onderliggende problematieken. Beperkte pedagogische kwaliteiten van ouders kunnen een rol spelen, maar ook onverwerkte – traumatische – ervaringen uit hun jeugd. Ook sociaal-economische omstandigheden zijn van invloed op de interactie tussen ouders en kinderen. Het gegeven dat veel verschillende factoren kunnen bijdragen aan het ontstaan én het voorkomen van kindermishandeling, maakt dat eenvoudige ‘oplossingen’ niet voorhanden zijn. Een succesvolle aanpak vraagt om inzet op meerdere fronten; in de eerste plaats om het probleem te voorkomen; in de tweede plaats om daar waar mishandeling aan de orde is de schade te beperken en te werken aan herstel.

Meerdere partijen kunnen daarin een functie vervullen, maar de betrokkenheid van die verschillende partijen kan ook leiden tot knelpunten zoals onduidelijkheid in de verdeling van de verantwoordelijkheden en hiaten in het aanbod.

Het gaat daarbij om de volgende functies:

- vroegtijdige onderkenning van risicofactoren;
- vroegtijdige signalering;
- diagnostiek;
- hulpverlening;
- samenwerking.

Functies die uitsluitend worden uitgevoerd door een daarvoor aangewezen instelling of voorziening, zoals het in ontvangst nemen en onderzoeken van meldingen door het AMK, de justitiële bescherming door de Raad voor de Kinderbescherming of de strafvervolgning door politie en justitie, worden hier verder buiten beschouwing gelaten.

Vroegtijdige onderkenning van risicofactoren

Het spreekt vanzelf dat de meeste schade kan worden voorkomen door kindermishandeling volledig uit te bannen, ook al is het vanwege het grote aantal factoren dat in wisselende samenhang van invloed is op het ontstaan van kindermishandeling, niet mogelijk kindermishandeling in alle gevallen te voorkomen.

Programma's voor primaire preventie zijn er in het algemeen op gericht ouders bij hun opvoedkundige taak te ondersteunen en hun opvoedkundige kwaliteiten te versterken. In Nederland kennen we verschillende opvoedingsondersteunende programma's zoals *Home-Start* en *Moeders informeren moeders (MIM)*. De Nederlandse programma's zijn er echter niet – expliciet – op gericht kindermishandeling te voorkomen en het is dan ook onbekend of en in hoeverre deze programma's kindermishandeling helpen voorkomen.

In het buitenland – onder andere in de Verenigde Staten – is veel langer ervaring opgedaan met specifiek op kindermishandeling gerichte preventieprogramma's. Uit onderzoek blijkt dat deze programma's effectief kunnen zijn (Kooijman en Zwikker 2001). Hoewel er in Nederland nog nauwelijks sprake is van systematische preventie van kindermishandeling, bestaat op verschillende plaatsen wel degelijk aandacht voor problematische opvoedingssituaties, met als doel waar nodig ouders ondersteuning te bieden of te verwijzen naar de hulpverlening. In een aantal gevallen kan kindermishandeling daardoor worden voorkomen. Voor het vroegtijdig onderkennen van deze problematische opvoedingssituaties kan gebruik worden gemaakt van signaleringsinstrumenten.

Vroegtijdige signalering

Vooraf uit studies naar de gevolgen van seksueel misbruik blijkt dat die ernstiger zijn naarmate het misbruik langer duurt. Volgens Hoefnagels (2001) zijn er aanwijzingen dat ook bij fysieke mishandeling de ernst toeneemt met de duur van de mishandeling. Tevens vond hij dat bij ruim de helft van de kinderen die bij een AMK waren gemeld de mishandeling op het moment van de melding langer dan een jaar duurde. Daarnaast blijft bij een onbekend aantal kinderen de mishandeling onopgemerkt.

Meer nog dan oudere kinderen ontbreekt het mishandelde jonge kinderen aan mogelijkheden om zelf aandacht te vragen voor hun problemen. Zij zijn vrijwel volledig afhankelijk van de vraag of anderen in hun omgeving in staat en bereid zijn de mishandeling te signaleren en naar aanleiding daarvan adequate stappen te ondernemen.

Ondanks de bekendheid en erkenning die de kindermishandelingsproblematiek de afgelopen decennia heeft gekregen, blijft de signalering ervan om meerdere redenen bijzonder gecompliceerd. In de eerste plaats is een groot aantal signalen niet specifiek voor kindermishandeling. Zo vond Lamers-Winkelmann (1995) maar liefst 102 signalen van seksueel misbruik bij jonge kinderen. Signalen kunnen op meerdere manieren geïdentificeerd worden en de omgeving die deze signalen opvangt staat voor de moeilijke taak verschillende mogelijkheden tegen elkaar af te wegen en de juiste vervolgstappen te zetten.

De verbinding van signalen met een vermoeden van kindermishandeling stuit bovendien op psychologische en emotionele bezwaren. Mensen zijn veelal geneigd niet meteen aan het ergste te denken. Bij kinderen met blauwe plekken wordt al snel gezegd dat ze toch wel wild zijn in hun spel of dat ze een wat onhandige motoriek hebben. De erkenning dat mishandeling een mogelijke verklaring zou kunnen zijn voor de waargenomen signalen plaatst mensen bovendien voor het probleem hoe ze daarmee om moeten gaan. Hoe krijgen ze duidelijkheid en wat moeten ze doen op het moment dat daadwerkelijk sprake is van mishandeling?

Al deze problemen verhinderen niet dat op veel plaatsen pogingen worden ondernomen om kindermishandeling boven tafel te krijgen.

Diagnostiek

In het kader van kindermishandeling leidt de term diagnostiek vaak tot verwarring. De een denkt daarbij in de eerste plaats aan een manier om antwoord te krijgen op de vraag of er inderdaad sprake is van kindermishandeling. Voor de ander gaat het vooral om het krijgen van inzicht in individuele of gezinsproblemen die bijdragen aan het ontstaan en de instandhouding van de mishandeling.

In de regel gaat het er bij diagnostiek om inzicht te krijgen in de oorzaken van kindermishandeling, met daaraan gekoppeld de vraag welke hulp of behandeling geboden dient te worden. Kindermishandeling stopt niet vanzelf, ook niet wanneer het probleem met ouders besproken is en er afspraken met hen zijn gemaakt over de manier waarop zij met hun kind omgaan. Hoewel daarmee in een aantal gevallen kan worden volstaan, zijn er ook situaties waarin ouders niet over de gewenste gedragsalternatieven beschikken of om andere redenen niet in staat zijn hun gedrag tegenover hun kind te veranderen. Om inzicht te krijgen in de onderliggende problemen kan in principe gebruik worden gemaakt van reguliere diagnostische mogelijkheden zoals die bijvoorbeeld voorhanden zijn in de medische sector, in de jeugdzorg en in de GGZ. Naast de algemene diagnostiek bestaat er specialistische diagnostiek. Een voorbeeld van een instelling die zich daarmee bezighoudt is het Diagnostisch Centrum in Groningen dat gekoppeld is aan het academisch ziekenhuis. Deze specialistische vorm van multidisciplinaire diagnostiek is vooral ontstaan vanuit de bijzondere eisen die worden gesteld aan diagnostiek bij seksueel misbruik van kinderen. De betrokkenheid van justitie bij veel gevallen van seksueel misbruik heeft tot gevolg dat het moment en de wijze waarop met de betrokken gezinsleden over het misbruik wordt gesproken moet voldoen aan de eisen die justitie daaraan stelt. Bovendien wordt seksueel misbruik algemeen als een zodanig ernstige problematiek beschouwd dat onduidelijkheid over de vraag of er daadwerkelijk sprake is van seksueel misbruik onacceptabel wordt gevonden. Tegen die achtergrond wordt van verschillende kanten gepleit voor meer diagnostische centra in Nederland.

Hulpverlening

Kinderen die mishandeld worden en hun ouders zijn voor hulp in principe aangewezen op het reguliere hulpaanbod. Dat wil zeggen: op de jeugdzorg, de GGZ en op het lokaal jeugd- en welzijnswerk, zoals het algemeen maatschappelijk werk. Alleen wanneer het om seksueel misbruik gaat bestaan er op veel plaatsen bijzondere voorzieningen, zoals lotgenotengroepen voor slachtoffers in de jeugdzorg, soortgelijke groepen voor moeders van seksueel misbruikte kinderen bij de Fiomhuizen, en dadertherapie verzorgd door de GGZ of de reclassering. Het aanbod lijkt vaak weinig samenhangend en sterk afhankelijk van personen. Op enkele plaatsen is er een samenhangend aanbod voor alle gezinsleden. Voorbeelden hiervan zijn de zogenoemde CLAS-projecten in Noord-Limburg en in Leiden (Baeten, Zwikker e.a. 2000). Ook worden hier en daar, bijvoorbeeld in Drenthe en Flevoland, zorgprogramma's kindermishandeling voorbereid.

Het is niet bekend in hoeverre het bestaande hulpaanbod – zowel regulier als specifiek – voldoet aan de behoefte.

Samenwerking

Bij het voorkomen en aanpakken van kindermishandeling is een groot aantal partijen betrokken. Dat geldt vaak ook op het niveau van de individuele casus. Om tot een integrale aanpak te komen moeten alle functies in onderlinge samenhang worden uitgevoerd. Dat vereist samenwerking en afstemming tussen een groot aantal partijen. Afhankelijk van aard en ernst van de verwaarlozing, de mishandeling of het misbruik kunnen uiteenlopende aspecten een rol spelen die de betrokkenheid vragen van verschillende werkvelden of beroepsgroepen:

- medische vragen: kindermishandeling kan leiden tot meer of minder ernstige verwondingen of gezondheidsproblemen bij kinderen. Ook is het mogelijk dat gezondheidsproblemen bij andere gezinsleden aandacht behoeven in het kader van de aanpak van het probleem;
- (kinder)psychiatrische problematiek: mishandeling kan leiden tot of samenhangen met (kinder)psychiatrische problematiek binnen het gezin;
- sociaal-emotionele problematiek: hulpverlening en therapie kunnen noodzakelijk zijn voor het verwerken en voor het voorkomen van herhaling of voortzetting van de mishandeling;
- pedagogische vraagstukken: voor het ontwikkelen van gedragsalternatieven kunnen ouders behoefte hebben aan opvoedingsondersteuning;
- vraagstukken van bescherming en veiligheid: in een aantal gevallen is het noodzakelijk dat maatregelen worden getroffen die de veiligheid van het kind waarborgen;
- strafrechtelijke vraagstukken: naast veiligheid voor het kind is soms ook strafrechtelijke vervolging van de pleger aan de orde.

Deze en vele andere vragen en problemen leiden er vaak toe dat verschillende instellingen betrokken zijn bij één gezin. In het bijzonder is dat het geval wanneer sprake is van seksueel misbruik, omdat in relatief veel van die gevallen de Raad voor de Kinderbescherming en de politie betrokken zijn, naast vertegenwoordigers van verschillende andere instellingen.

Omdat beroepsbeoefenaren die bij de gezinnen betrokken zijn vanuit verschillende achtergronden werken, is onderlinge afstemming en samenwerking allesbehalve vanzelfsprekend. Zij hebben niet alleen ieder hun eigen taalgebruik en cultuur, zij streven ook andere doelen na. Wanneer de onderlinge communicatie over die verschillen pas op gang komt op het moment dat zij geconfronteerd worden met een geval van kindermishandeling, is de kans groot dat er in de samenwerking problemen of zelfs conflicten ontstaan.

De laatste vijftien jaar is in Nederland veel geïnvesteerd in het verbeteren van de samenwerking op het gebied van kindermishandeling. De complexiteit van de samenwerking bij de aanpak van seksuele kindermishandeling heeft de aanzet gegeven tot de oprichting van een groot aantal samenwerkingsverbanden. Uit een enquête onder de AMK's in 1999 (Baeten, Kooijman en Rovers 2000) blijkt dat in Nederland 55 samenwerkingsverbanden actief zijn, voornamelijk rond de problematiek van seksuele kindermishandeling. Veel van deze initiatieven zijn genomen door werkers die in hun dagelijkse praktijk geconfronteerd werden met samenwerkingsproblemen en met een ineffectieve aanpak van seksueel misbruik.

Bij de evaluatie van de *Beleidsbrief bestrijding van kindermishandeling* (Van Dijk, Van Soomeren en partners 1994) bleek dat de vertaling van deze initiatieven naar beleids- en bestuurlijk niveau in veel gevallen achterbleef bij deze ontwikkeling. Niettemin is een groot aantal samenwerkingsverbanden en -vormen tot stand gekomen. Vele daarvan vervullen ook nu nog een rol in de aanpak van de problematiek. Met name in Noord-Brabant en Gelderland (Baeten, Kooijman en Rovers 2000) is op een systematische manier gewerkt aan de verankering en de uitbouw van de onderlinge samenwerking. Ook in de rest van het land bestaan vormen van samenwerking. Daarmee is overigens nog niet gezegd dat daarin ook alle partijen participeren die bij de problematiek betrokken zijn.

BETROKKEN WERKVELDEN EN BEROEPSGROEPEN

Alle beroepsbeoefenaren die werken met jonge kinderen hebben een rol in het voorkomen en aanpakken van kindermishandeling. Het specifieke werkveld van beroepsbeoefenaren is echter van grote invloed op de bijdrage die zij – kunnen – leveren aan het vervullen van de genoemde sleutelfuncties. Voor de eerstelijnsopvang van jonge kinderen ligt een nauwe betrokkenheid bij het uitvoeren van diagnostiek en hulpverlening bijvoorbeeld niet voor de hand. Dat neemt niet weg dat een leidster van een peuterspeelzaal regelmatig overleg kan plegen met een hulpverlener die opvoedkundige hulp aan ouders biedt. Zo kan elke beroepsgroep op zijn eigen manier sleutelfuncties vervullen.

Peuterspeelzalen

Kinderen bezoeken de peuterspeelzaal vaak vier tot zes uur per week en doen dat wanneer zij tussen de 2 en 4 jaar oud zijn. Door dit regelmatig verblijf van de kinderen in de peuterspeelzaal kunnen de leidsters zicht krijgen op hun ontwikkeling en welbevinden. Omdat de meeste kinderen door een van de ouders worden gebracht en gehaald, kunnen de leidsters ook een beeld krijgen van de interactie tussen ouder en kind. Nederland telde in 1996 ruim 3800 peuterspeelzalen die werden bezocht door bijna 200.000 kinderen (Van Dam, Ploegmakers en Wiebes 2000).

Kinderdagverblijven

Kinderen kunnen kort na hun geboorte al op het kinderdagverblijf terecht en daar tot het begin van de basisschool blijven. De verblijfsduur varieert bij veel kinderdagverblijven van minimaal twee tot maximaal vijf dagen. De relatief lange verblijfsduur van de kinderen en het frequente contact met de ouders biedt de kinderdagverblijven de mogelijkheid vroegtijdig signalen van kindermishandeling op te vangen. In 1999 bezochten 137.145 kinderen een instelling voor hele- of halve-dagopvang en werden 23.557 kinderen in een gastouderproject opgevangen (CBS 2000). Dit betekent dat ongeveer 20% van de 0- tot 4-jarigen in 1999 een kinderdagverblijf bezocht.

Consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters

Vrijwel alle kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar bezoeken een consultatiebureau voor zuigelingen en peuters. De consultatiebureaus hebben onder andere tot taak problemen in de groei en ontwikkeling van kinderen te signaleren. Door de frequentie en aard van het contact dat zij hebben met kinderen en ouders kunnen zij een bijzondere rol spelen in de preventie en vroegtijdige signalering van kindermishandeling. In 2000 hadden de consultatiebureaus contact met ruim 92% van de 0- tot 4-jarigen (CBS 2001).

Buurtnetwerken

Aan de buurtnetwerken nemen vooral vertegenwoordigers deel van het lokaal jeugd-beleid, de jeugdzorg, de (jeugd)gezondheidszorg en de politie. Wanneer deze netwerken een actieve – zogenoemde outreachende – benadering hebben van gezinnen waarin de opvoeding dreigt te ontsporen, vervullen ze een rol in de preventie van kindermishandeling. De gezamenlijke casuïstiekbesprekingen dragen bovendien bij aan een vroegtijdige signalering en aan de hulpverlening die geboden wordt aan gezinnen waar mishandeling aan de orde is. De buurtnetwerken zien of behandelen zelf geen kinderen. Wanneer een beroep moet worden gedaan op het AMK, gebeurt dat vanuit een van de participerende instellingen.

Huisartsen

Huisartsen zien vrijwel alle kinderen meerdere malen voordat ze de leeftijd van 4 jaar bereiken. De hulp van de huisarts wordt ingeroepen bij uiteenlopende problemen, van veelvoorkomende eet- en slaapproblemen tot uitzonderlijke gevallen als het – niet-natuurlijk – overlijden van heel jonge kinderen. De klachten, in combinatie met zijn gedeeltelijke kennis van de gezinscontext, stellen de huisarts in een aantal gevallen in staat kindermishandeling vroegtijdig te signaleren.

Kinderartsen

Kinderen komen in de regel na verwijzing door de huisarts bij de kinderarts terecht. Het gaat dan om klachten die om een meer specialistische kijk en behandeling vragen. De kinderarts heeft de mogelijkheid om grondiger onderzoek te doen. Een aantal kinderen wordt voor kortere of langere tijd opgenomen in het ziekenhuis. Diagnostiek en observatie van het kind en van de interactie tussen ouder en kind bieden de kinderarts de gelegenheid kindermishandeling vroegtijdig te signaleren.

Ziekenhuizen, afdeling spoedeisende hulp

Soms kan kindermishandeling ernstig lichamelijk letsel tot gevolg hebben. Daardoor kunnen acute situaties ontstaan waarin een beroep wordt gedaan op de spoedeisende-hulpafdeling van een ziekenhuis. In die situaties wordt de oorzaak van het probleem

– de mishandeling – vaak verzwegen. De afgelopen jaren zijn er in veel ziekenhuizen kindermishandelingsteams opgericht en protocollen ingevoerd om kindermishandeling beter te kunnen signaleren.

Advies- en Meldpunten Kindermishandeling

Ons land kent een landelijk dekkend netwerk van veertien provinciale en grootstedelijke AMK's. In 1999 werd bijna 3000 keer de aandacht van een AMK gevraagd in verband met vermoedens van mishandeling van een kind in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. De registratiecijfers van de AMK's bevatten een groot aantal gegevens over mishandeling in deze leeftijdscategorie. Daarnaast zijn de AMK's nauw betrokken bij samenwerking op het gebied van kindermishandeling, bij diagnostiek en bij de hulpverlening waaraan zij gezinnen overdragen.

Bureaus Jeugdzorg, afdeling jeugdhulpverlening

Ongeveer veertig Bureaus Jeugdzorg vormen op dit moment de toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg en de door henzelf uitgevoerde kort ambulante hulp. De bureaus zijn nog sterk in ontwikkeling en het is daardoor onbekend hoeveel kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar hier worden aangemeld. Wat kindermishandeling betreft hebben de Bureaus Jeugdzorg tot taak te beoordelen welke vorm van hulp geïndiceerd is voor mishandelende gezinnen, bijvoorbeeld na overdracht vanuit een AMK.

Bureaus Jeugdzorg, afdeling jeugdbescherming

De afdelingen jeugdbescherming van de Bureaus Jeugdzorg zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen. De meest voorkomende maatregel, de ondertoezichtstelling, wordt uitgesproken voor de periode van één jaar. De maatregel kan jaarlijks worden verlengd. De gezinsvoogden die de ondertoezichtstelling uitvoeren ontwikkelen zich in toenemende mate tot casemanagers die ervoor zorgen dat kinderen en de betreffende gezinnen de juiste hulp krijgen. Volgens het registratiesysteem van het ministerie van Justitie was per 31 december 2000 een kinderbeschermingsmaatregel van kracht op 2240 kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Van deze kinderen waren er 1463 onder toezicht gesteld.

Zorgtoewijzingsorgaan

Op het moment van het onderzoek waren in de jeugdzorg indicatiestelling en zorgtoewijzing van elkaar gescheiden. Een apart zorgtoewijzingsorgaan (ZTO) is aangewezen om vraag en aanbod in de geïndiceerde jeugdzorg bij elkaar te brengen. Het aanbod bestaat uit – intensief – ambulante hulpvormen en uit (semi-)residentiële hulp. De ZTO's kunnen vanuit hun positie goed zicht hebben op het hulpaanbod en op de mate waarin dat aanbod aansluit op de vraag. Als gevolg van de recente invoering van de ZTO's is onbekend aan hoeveel 0- tot 4-jarigen zij een hulpaanbod doen.

Medisch kleuterdagverblijven (MKD's) en medisch kindertehuizen (MKT's)

De MKD's en MKT's zijn gespecialiseerde tweedelijnsvoorzieningen waarin kinderen voor een langere periode verblijven. De multidisciplinair samengestelde teams hebben zowel een diagnostische taak als een behandelopdracht. Zij kunnen zich een gedegen beeld vormen van de problemen van de geplaatste kinderen en van hun ouders. Zij vervullen zowel een rol in de signalering als in de diagnostiek en de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling.

GGZ-jeugd

De jeugdafdelingen in de geestelijke gezondheidszorg bieden tweedelijnsdiagnostiek en hulp aan kinderen en jongeren tot 21 jaar. Het gaat daarbij zowel om ambulante hulpvormen, bijvoorbeeld door de RIAGG, als om semi-murale en intramurale hulp, bijvoorbeeld in de kinderpsychiatrische instellingen. De GGZ-jeugd is bij kindermishandeling vooral gericht op diagnostiek en behandeling.

Raad voor de Kinderbescherming

De Bureaus Jeugdzorg en de AMK's kunnen de Raad voor de Kinderbescherming vragen een onderzoek in te stellen wanneer zij de indruk hebben dat kinderen in hun ontwikkeling worden bedreigd en dat hulpverlening op vrijwillige basis onvoldoende mogelijkheden biedt om verandering in die situatie te brengen. Het onderzoek van de Raad kan leiden tot een verzoek aan de kinderrechter om een kinderbeschermingsmaatregel uit te spreken. In 2000 stelde de Raad naar aanleiding van opvoedingsproblemen een onderzoek in bij 1.355 kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Bij 805 kinderen leidde dat tot een verzoek aan de kinderrechter, dat bijna altijd een ondertoezichtstelling betrof. Veel van deze kinderen zijn slachtoffer – geweest – van verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik in de thuissituatie.

Politie

Als het om kindermishandeling gaat wordt de politie vooral betrokken bij zeer ernstige gevallen die aanleiding kunnen geven tot strafrechtelijke vervolging, bijvoorbeeld bij aangiftes van seksueel misbruik en incest. Daarnaast wordt de politie regelmatig betrokken bij huiselijk geweld. Niet zelden blijkt in die situaties dat ook jonge kinderen daarvan getuige zijn of dat zij ook worden mishandeld en verwaarloosd. Met 'ogen en oren' die op veel plaatsen komen, kan de politie een belangrijk aandeel leveren in de vroegtijdige onderkenning van risicovolle opvoedingssituaties en in de signalering van kindermishandeling. De politie doet bovendien aan waarheidsvinding wanneer strafrechtelijke vervolging wordt ingesteld. Ook verwijzing voor verdere hulp naar verschillende instellingen hoort tot de taken van de politie. Het is niet bekend hoe vaak de politie geconfronteerd wordt met situaties waarin 0- tot 4-jarigen betrokken zijn.

KNELPUNTEN EN BEHOEFTE

Om ervoor te zorgen dat beroepsbeoefenaren op het gebied van zorg en welzijn het verschijnsel kindermishandeling bij 0- tot 4-jarigen beter in beeld krijgen, is het noodzakelijk belemmeringen en beperkingen in de beroepspraktijk weg te nemen en goede instrumenten beschikbaar te stellen. In de volgende hoofdstukken komt aan de orde welke knelpunten en behoeften in de verschillende werkvelden bestaan rond de sleutelfuncties voor de preventie en aanpak van kindermishandeling bij 0- tot 4-jarigen.

3 Signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling

Het voorkomen en zo vroeg mogelijk aanpakken van kindermishandeling heeft een hoge prioriteit, zeker als het gaat om 0- tot 4-jarigen. Maar wat komt er in de praktijk van terecht? Welke mogelijkheden en instrumenten hebben beroepsbeoefenaren om te signaleren? En maken ze daar ook daadwerkelijk gebruik van?

DE STAND VAN ZAKEN OP HET GEBIED VAN SIGNALERING

Hoewel beroepsbeoefenaren verantwoordelijk zijn voor het merendeel van de meldingen en adviesaanvragen bij de AMK's, krijgen individuele beroepsbeoefenaren over het algemeen niet vaak met kindermishandeling te maken. Aan de ene kant lijkt dat geruststellend, aan de andere kant beperkt dat ook hun mogelijkheden om ervaring op te doen met de problematiek en alert te zijn op signalen.

Tijdens het onderzoek is gevraagd of de respondenten wel eens vermoedens hebben van kindermishandeling en, zo ja, hoe vaak dit in het afgelopen jaar is voorgekomen. Zoals op grond van de selectie te verwachten was, heeft een meerderheid van de respondenten wel eens vermoedens van kindermishandeling, maar is het gemiddelde aantal vermoedens per jaar per beroepsbeoefenaar, zeker in de eerste lijn, beperkt tot een paar keer per jaar. Wel zien de meeste respondenten vrij veel opvoedingsproblemen.

Gegeven het feit dat de respondenten het meest ervaren deel van de betreffende beroepsgroepen vertegenwoordigen, is het opvallend dat zij zo weinig signalen opvangen van kindermishandeling op jonge leeftijd. Dat roept vragen op over de mate waarin hun werkwijzen signalering mogelijk maken.

BELEMMERINGEN VOOR SIGNALERING

De vragen over signalering zijn in telefonische interviews aan 57 respondenten uit diverse werkvelden en beroepsgroepen voorgelegd. Voor sommige werkvelden uit de totale onderzoeksgroep van 75 respondenten waren deze vragen niet van toepassing, zoals medewerkers van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling,

Zorgtoewijzingsorganen en de Raad voor de Kinderbescherming (gedeeltelijk). Deze instanties worden over het algemeen ingeschakeld nadat signalering van problematische opvoedingsituaties al heeft plaatsgevonden. Zij blijven wat dit onderwerp betreft buiten beschouwing.

Beperkingen en belemmeringen in het signaleren

Welke belemmeringen en beperkingen ervaren beroepsbeoefenaren in de praktijk als het gaat om het signaleren van – dreigende – kindermishandeling?

Op deze vraag hebben 53 respondenten een antwoord gegeven. Van hen geven 38 respondenten (72%) aan dat zij inderdaad beperkingen ervaren in hun signaleringsmogelijkheden. In totaal geven ze samen 58 beperkingen aan, waarbij sommige respondenten er meer dan een noemen.

Samengevat gaat het om zes typen belemmeringen:

- kennis en vaardigheden;
- tijd;
- onduidelijke signalen;
- instrumenten;
- persoonlijke betrokkenheid;
- organisatorische belemmeringen.

Kennis en vaardigheden

Sommige beroepsbeoefenaren vinden dat ze wat kennis en vaardigheden betreft niet goed zijn voorbereid op het signaleren van kindermishandeling. Een huisarts zegt: ‘Er is te weinig aandacht in de opleiding voor kennis en vaardigheden op het gebied van signalering. Dit moet landelijk worden opgepakt.’ En een leidinggevende van een peuterspeelzaal stelt: ‘We hebben weinig handvatten voor signaleren, daar is wel behoefte aan.’

Respondenten merken ook op dat een goede scholing in de basisopleiding van professionals belangrijk is, maar dat regelmatige bijscholing ook van belang is: ‘Als uitvoerenden niet voortdurend op dit onderwerp geschoold worden zakt het weg. Zeker bij vage vermoedens laat men het er dan bij zitten.’

De huidige praktijk is dat relatief weinig kindermishandeling wordt gesignaleerd (zie eerder in dit hoofdstuk). Soms kan dit ook een benoemingskwestie zijn. Zo merkt een huisarts op: ‘Vaak gaat het niet om duidelijke signalen van mishandeling maar om zaken die je in een wijk op grote schaal ziet gebeuren, bijvoorbeeld veel scheidingen en wisseling van partners, en kinderen die daardoor iets tekortkomen of worden verwaarloosd.’

Een andere huisarts vertelt: ‘Ik zie weinig kindermishandeling in mijn praktijk, maar wel veel opvoedingsproblemen.’

Ook blijft – naast kennis en vaardigheden – de eigen houding belangrijk. Zoals een respondent stelt: ‘Het blijft confronterend, en daardoor moeilijk te zien.’

Meerdere respondenten geven aan dat zij het signaleren van eventuele opvoedingsproblemen bij allochtone gezinnen extra moeilijk vinden: ‘Vaak kom je moeilijk binnen,

letterlijk en figuurlijk, en krijg je niet goed zicht op de situatie. Of je zit met je eigen vooroordelen: wat is gewoon?

Tijd

Veel respondenten uit verschillende werkvelden, zoals huisartsen, consultatiebureau-artsen en peuterspeelzaalleidsters, noemen gebrek aan tijd als probleem voor het signaleren van mishandeling. Zij vinden zelf dat ze de kinderen te weinig zien, of te weinig tijd hebben per kind of per ouder, waardoor het moeilijk is om door te vragen bij een vermoeden van problemen. Ook kan er te weinig tijd zijn voor overleg met bijvoorbeeld een buurtnetwerk. Daardoor hebben deze beroepsbeoefenaren het gevoel dat het zicht op risicovolle situaties hun als het ware ontglipt.

Onduidelijke signalen

Een aantal respondenten stelt dat het moeilijk is om bij kinderen van 0 tot 4 jaar duidelijkheid te krijgen over wat er nu precies in het gezin of met het kind aan de hand is. Als ouders alle problemen ontkennen, en het kind nog niet in staat is zelf de problemen te verwoorden – wat bij deze jonge kinderen bijna altijd het geval is – kunnen beroepsbeoefenaren moeilijk zicht krijgen op de situatie. Daarbij komt dat ze soms te maken hebben met ex-partners die elkaar beschuldigen, waardoor moeilijk uit te maken is wat het probleem is.

Deze onduidelijkheid kan het ook moeilijk maken om bij anderen een vermoeden aan te kaarten, en kan zelfs leiden tot onenigheid tussen beroepsbeoefenaren over de juistheid ervan.

Instrumenten

Respondenten geven aan dat er weinig systematiek en samenhang zit in het instrumentarium om zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling te signaleren. Daarnaast plaatsen zij diverse kritische noten bij bestaande instrumenten.

Een eerste punt van kritiek op signaleringsinstrumenten voor zorgwekkende opvoedingssituaties is samen te vatten als: te uitgebreid, te weinig afgestemd op jonge kinderen en te weinig flexibel. Wat de flexibiliteit betreft hebben respondenten kenmerkend behoefte aan een instrument waarvan ze, afhankelijk van de situatie, gedeeltes kunnen inzetten of weglaten. Ze willen niet altijd per se het hele instrument moeten gebruiken, omdat ze dan het gevoel hebben dat het instrument tussen zichzelf en de cliënt in komt te staan. Sommige respondenten lossen dit op door een versie van een instrument te gebruiken die ze op eigen houtje hebben ingekort, bijvoorbeeld gedeeltes uit het Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI). Dat dit ten koste kan gaan van de validiteit en betrouwbaarheid vinden ze dan minder belangrijk.

Een tweede punt van kritiek is dat respondenten – al dan niet terecht – de indruk hebben dat een signaleringsinstrument weliswaar – een deel van – de problemen in beeld kan brengen, maar dat daaruit nog niet direct duidelijk wordt hoe ze vervolgens moeten handelen. Op welk moment moeten ze bijvoorbeeld zeggen: ‘Nu ga ik een confrontatiegesprek aan met de ouders’?

Een derde kritische kanttekening is dat respondenten vinden dat signalering van

gezinsproblemen vaak een kwestie van lange duur is. Kindermishandeling is moeilijk op één moment meetbaar en elk instrument zal daarom moeten worden aangevuld met observaties op langere termijn. De vraag is dan welke omgeving zich het beste leent voor dit soort observaties. In hoeverre is een 'gewone' peuterspeelzaal hiervoor geschikt, en wanneer is plaatsing op bijvoorbeeld een MKD noodzakelijk? Een laatste punt, genoemd door een respondent van een Bureau Jeugdzorg, is dat de huidige screening van het Bureau Jeugdzorg te veel probleemgericht is. Deze zou meer vraaggericht moeten zijn.

Persoonlijke betrokkenheid

Respondenten merken op dat de term kindermishandeling hen afschrikt of hun angst inboezemt, of dat ze er emotioneel – te veel – bij betrokken raken. Zij zijn bang om ouders, al dan niet ten onrechte, te beschuldigen of over hen te oordelen. Daardoor vinden zij het ook moeilijk om hun zorgen bij ouders ter sprake te brengen.

Organisatorische belemmeringen

Meerdere respondenten uit diverse werkvelden geven aan dat er binnen hun instelling geen duidelijke wijze van registreren is van zorgen over of signalen van kindermishandeling. Daardoor dreigen deze uit beeld te verdwijnen en komt de overdracht naar collega's of naar andere instanties in het gedrang.

Enkele respondenten merken op dat er binnen hun organisatie weinig aandacht is voor dit onderwerp, of dat de verantwoordelijkheden en taakopvattingen van de organisatie ten aanzien van vermoede of gesignaleerde kindermishandeling onduidelijk zijn. Soms is de aandacht voor kindermishandeling sterk gebonden aan bepaalde personen binnen een organisatie, omdat de een hiervoor meer belangstelling of sensitiviteit heeft dan de ander. Op het moment dat deze persoon bij een organisatie vertrekt, loopt de aandacht van de hele organisatie terug.

Beperkingen en belemmeringen in handelen naar aanleiding van een vermoeden

Ondervinden respondenten beperkingen en belemmeringen in hun handelen naar aanleiding van een vermoeden van zorgwekkende opvoedingssituaties of kindermishandeling? En zo ja, welke?

Op deze vragen hebben 49 respondenten een antwoord gegeven. Van hen geven 37 respondenten (76%) aan dat zij inderdaad beperkingen ervaren in hun handelingsmogelijkheden. Zij noemen in totaal 68 beperkingen die kunnen worden gebundeld in vier typen belemmeringen:

- bespreekbaar maken;
- contact met ouders;
- verwijzen;
- advies vragen en melden bij een AMK.

Besprekbaar maken

Gegeven het feit dat zij vaak geen harde feiten hebben over de eventuele mishandeling, is het voor respondenten vaak moeilijk om zorgen of vermoedens tegenover ouders te benoemen, of ze zwart op wit te zetten. Ze kunnen alleen afgaan op eigen observaties en interpretaties en voelen zich daardoor onzeker.

Veel respondenten worstelen met het dilemma dat het ter sprake brengen van vermoedens enerzijds noodzakelijk is voor de veiligheid en de belangen van het kind, maar dat zij dat anderzijds als een impliciete of expliciete veroordeling van ouders ervaren. Met name binnen de kinderopvang en de ouder- en kindzorg – de consultatiebureaus – bestaat behoefte aan scholing op dit terrein.

Trainingen gespreksvoering lijken in geen enkel werkveld ‘standaard’ te zijn, maar afhankelijk van het eigen beleid van instellingen of nascholingsinstituten, bijvoorbeeld huisartseninstituten en thuiszorginstellingen. Landelijke registratie en evaluatie van deze nascholing ontbreekt.

Contact met ouders

Een specifiek probleem is dat het vaak moeilijk is om – letterlijk of figuurlijk – toegang tot ouders te krijgen en dat ouders niet altijd bereid zijn tot medewerking of zelfs agressief worden. Meerdere respondenten merken op dat ouders ‘meekrijgen’ in de hulpverlening vaak een probleem is. Juist voor de kwetsbare leeftijdscategorie 0- tot 4-jarigen zijn beroepsbeoefenaren sterk afhankelijk van de vrijwillige medewerking en de motivatie van ouders. Als ouders niets willen, de situatie niet acuut genoeg is en vermoedens niet hard te maken zijn, kan er verder weinig gedaan worden.

Respondenten wachten dan soms tot het kind op de basisschool zit, omdat er dan een structuur van toezicht op het kind bestaat, onder andere door de leerplicht.

Verwijzen

Meerdere malen noemen respondenten het gebrek aan goede mogelijkheden of voldoende capaciteit voor verdere hulpverlening. Met name de wachtlijstproblematiek – lange wachttijden voor diagnostiek, zorgtoewijzing en plaatsing – maakt dat voor het gevoel van beroepsbeoefenaren in de eerste lijn de geloofwaardigheid van de hulpverlening in het geding komt. Een tweede punt is dat er soms sprake is van onduidelijkheid over taken van organisaties, bijvoorbeeld welke organisatie verantwoordelijk is voor een bepaald hulp- of ondersteuningsaanbod aan het gezin.

Lokale basisvoorzieningen en meer gespecialiseerde vormen van jeugdzorg zijn over en weer afhankelijk van elkaar. De eerste zijn gebaat bij snelle doorverwijsmogelijkheden, de laatste bij tijdig signalerende en verwijzende eerstelijnsinstanties. Als gevolg van onvoldoende goede verwijzingsmogelijkheden of lange wachtlijsten bestaat echter het verschijnsel dat eerstelijnsinstellingen – met name op het gebied van de ouder- en kindzorg – hun eigen aanbod gaan ‘oprekken’. Ook hebben werkers in de eerste lijn soms de neiging de rol van hulpverlener op zich te nemen en kost het hun moeite zaken over te dragen aan anderen. Eerstelijnsvoorzieningen blijven daardoor soms te lang bezig met ‘pappen en nathouden’.

Advies vragen en melden bij een AMK

Enkele respondenten noemen als belemmering dat zij in principe niet – meer – anoniem kunnen melden bij een AMK. Dit kan ertoe leiden dat in eerstelijns-overleg-situaties niemand de verantwoordelijkheid wil nemen om te melden.

Daarnaast vinden sommige respondenten dat contact met het AMK onaantrekkelijker is geworden doordat het AMK een zaak naar hun idee eerder terugspeelt met een advies hoe zij zelf verder kunnen handelen, in plaats van deze als melding over te nemen. Daarnaast zien zij soms geen resultaat van een melding, of laat dit resultaat heel lang op zich wachten. Dit werkt voor hen demotiverend. Overigens zijn veel respondenten ook lovend over de consultatiemogelijkheden die het AMK biedt.

GOEDE VOORBEELDEN VAN SIGNALERING

Hoewel niet expliciet is gevraagd naar *good practices* op het gebied van signalering en handelen bij vermoedens of zorgen, hebben respondenten op een paar punten voorbeelden genoemd die het rapporteren waard zijn.

Contacten met gezinnen in achterstandssituaties

Het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties is gebaat bij laagdrempelige voorzieningen ter ondersteuning van gezinnen. Met name in wijken waar veel gezinnen in achterstandssituaties wonen zijn projecten met dit doel opgezet. Zo is onder andere in Maastricht in de zogenoemde Onderwijs Prioriteitengebieden voor de peuterspeelzalen een ondersteunend pedagoog actief, die samen met de peuterspeelzalen programma's opzet om contacten met de ouders te verstevigen, zowel preventief als om problematische zaken met ouders bespreekbaar te maken. Ook in peuterspeelzalen in andere gemeenten komt een consultatiebureau medewerker of een 'reizende pedagoog' van het Bureau Jeugdzorg regelmatig langs om contacten met de ouders te leggen en beschikbaar te zijn voor opvoedingsvragen. Voor complexere opvoedingsvragen van ouders kunnen peuterspeelzaal, jeugdgezondheidszorg en Bureau Jeugdzorg een zorgteam creëren, om zo nodig een snel aanbod aan de ouders te kunnen doen. Leidsters van peuterspeelzalen ervaren deze pedagogische ondersteuning van hun werk positief.

Een respondent uit de wens dat er meer gespecialiseerde peuterspeelzalen komen – vergelijkbaar met het speciaal onderwijs voor oudere kinderen – die het huidige gat naar de zwaardere hulpverlening van onder andere het MKD kunnen overbruggen. Deze 'peuterspeelzalen-plus' zouden intensievere begeleiding kunnen geven bij sociale problematiek in gezinnen en ontwikkelingsproblematiek bij kinderen.

In het Oude Noorden in Rotterdam zijn gezinscoördinatoren voor Marokkaanse gezinnen aangesteld, die huisbezoeken afleggen en brede ondersteuning bieden op het gebied van opvoeding, schuldsanering, culturele aangelegenheden en geloofszaken. Vanuit de ouder- en kindzorg in Rotterdam wordt het project *Voorkomende ouders* uitgevoerd in samenwerking met de GGD. Daarnaast komt er een project *Voorkomende ouders migranten* waarin migrantenwerkers direct naar gezinnen toe gaan.

Als deze projecten leiden tot een beter contact met deze gezinnen, kan in principe meer preventief gewerkt worden, vroeger gesignaleerd worden, en is er een betere toegang tot gezinnen op het moment dat er echt problemen ontstaan.

Naast lokaal ontwikkelde initiatieven noemen respondenten ook de landelijk ontwikkelde en ondersteunde programma's *MIM* en *Home-Start*, of een combinatie van beide, als voorbeelden van goede vormen van gezinsondersteuning. Beide programma's worden inmiddels op enkele tientallen locaties in Nederland uitgevoerd.

Overigens merkt een respondent op dat dit aanbod van vroegtijdige ondersteuning niet alleen oudergericht moet zijn, maar ook kindgericht. Daarmee wordt bedoeld: met een duidelijk oog voor de ontwikkeling en veiligheid van het kind.

INSTRUMENTEN VOOR SIGNALERING VAN ZORGWEKKENDE OPVOEDINGSSITUATIES

Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties heeft betrekking op het onderkennen van risicofactoren in gezinnen die op den duur tot kindermishandeling zouden kunnen leiden.

Allereerst is de respondenten gevraagd of zij gebruikmaken van instrumenten voor het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties, als er nog geen sprake is van kindermishandeling. De antwoorden staan in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Gebruik van instrumenten voor signaleren zorgwekkende opvoedingssituaties

Werkveld	Ja	Nee
Consultatiebureau (CB)	2	4
Kinderdagverblijf (KDV)	3	2
Peuterspeelzaal (PSZ)	2	3
Buurtnetwerk (BNW)	1	4
Huisarts (HA)		3
Kinderarts (KA)		3
Spoedeisende hulp (SEH)		5
Bureau Jeugdzorg-jeugdhulpverlening (BJz-jhv)	2	3
Politie	1	2
Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming (BJz-jb)	5	
Raad voor de Kinderbescherming (RvdK)	1	1
Medisch kleuterdagverblijf (MKD)	2	4
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		4
Totaal	19	38

Van de 57 respondenten geven er 19 (33%) aan dat zij binnen hun instelling een instrument gebruiken voor het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties. Aan deze respondenten is vervolgens gevraagd om welk instrument het gaat. De resultaten hiervan leveren een rijk geschakeerd beeld op. In het volgende overzicht wordt aangegeven in welk werkveld de genoemde instrumenten worden gebruikt. In alle gevallen zijn zij steeds door één respondent uit dat werkveld genoemd, tenzij anders vermeld.

<i>Instrument</i>	<i>Werkveld</i>
• Stap-voor-stapmethode	CB
• Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI)	CB
• Lijst in het kader van het programma <i>Kaleidoscoop</i> en <i>Piramide</i>	PSZ
• Observatielijst welbevinden kinderen en ouders	KDV (2x)
• Screenings-/intakelijst	BJz-jhv
• Vragenlijst Sociaal Pedagogische Situatie (VSPS)	BJz-jb (2x)
• Child Behavior Checklist (CBCL)	BJz-jb
• Meldingsformulier	Politie
• Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI)	MKD

Naast voornoemde meer of minder gestandaardiseerde instrumenten noemen 7 respondenten ook een eigen vragenlijst of checklist.

Situaties waarin de instrumenten gebruikt worden

Ten aanzien van de genoemde instrumenten is aan respondenten gevraagd of zij deze standaard gebruiken, op een vast moment in elk contact met ouders en kinderen, of alleen in specifieke situaties. Deze vraag hebben 16 respondenten beantwoord. Van hen gebruikte de ene helft het instrument altijd, en deed de andere helft dat alleen in specifieke situaties. Bij deze specifieke situaties gaat het vooral om gevallen waarin er zorgen zijn over problemen in een opvoedingssituatie, niet alleen bij de hulpverlener, maar ook bij anderen. Zo gebruikt een respondent – van een Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming – het instrument – in dit geval de CBCL – wanneer ouders of verwijzers gedragsproblemen bij het kind ter sprake brengen.

De aanwezigheid van items voor herkenning en signalering

Vervolgens is aan de 19 respondenten die een signaleringsinstrument gebruiken gevraagd of zij vinden dat deze instrumenten ook items bevatten die gericht zijn op het herkennen van risicosituaties of signalen van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik. Deze vraag is beantwoord door 12 respondenten. De resultaten staan in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Items voor herkennen van risicosituaties of signalen van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik

	Ja	Nee	Onbekend	Totaal
Mishandeling	8	3	1	12
Verwaarlozing	8	3	1	12
Seksueel misbruik	9	2	1	12

Het merendeel van deze respondenten vindt dat de door hen gebruikte lijsten ook items bevatten die bruikbaar zijn voor het herkennen van – risicosituaties voor – mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik.

Bruikbaarheid

De vraag naar de bruikbaarheid van de genoemde signaleringsinstrumenten is door 15 van de 19 respondenten beantwoord. Over het geheel genomen beoordelen 9 respondenten – 60% – de bruikbaarheid als goed, 5 als matig en 1 als slecht.

INSTRUMENTEN VOOR SIGNALERING VAN KINDERMISHANDELING

Bij het signaleren van kindermishandeling gaat het om het opvangen en verwerken van aanwijzingen dat er in een gezin sprake is van concrete vormen van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik. De vraag is of de respondenten naast instrumenten voor het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties ook gebruikmaken van instrumenten die specifiek gericht zijn op het signaleren van kindermishandeling.

Tabel 3.3 Gebruik van instrumenten voor signaleren van kindermishandeling

Werkveld	Ja	Nee
Consultatiebureau (CB)	2	4
Kinderdagverblijf (KDV)	2	3
Peuterspeelzaal (PSZ)	1	2
Buurtnetwerk (BNW)		4
Huisarts (HA)	1	2
Kinderarts (KA)	2	1
Spoedeisende hulp (SEH)	3	2
Bureau Jeugdzorg-jeugdhulpverlening (BJz-jhv)	1	4
Politie	1	2
Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming (BJz-jb)	1	4
Raad voor de Kinderbescherming (RvdK)		2
Medisch kleuterdagverblijf (MKD)	2	4
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	1	3
Totaal	17	37

In totaal hebben 54 respondenten deze vraag beantwoord. Van hen geven 17 respondenten – 31% – aan dat zij binnen hun instelling een instrument gebruiken specifiek voor het signaleren van kindermishandeling. Aan deze respondenten is vervolgens gevraagd om welk instrument het gaat. De resultaten hiervan zijn weergegeven in het volgende overzicht. In alle gevallen zijn alle instrumenten steeds door één respondent genoemd, tenzij anders vermeld.

<i>Instrument</i>	<i>Werkveld</i>
• SPUTOVAMO*	SEH en KA (5x)
• Checklist voor signalen en symptomen in het instellingsprotocol kindermishandeling	CB
• Signalenlijst van de Rutgers Stichting	PSZ
• Een instrument voor signalering van seksueel misbruik	KDV
• Een standaardprotocol ontwikkeld in overleg met o.m. GGD	KDV
• Stappenplan Thuiszorg Amsterdam	HA
• Signalenlijst AMK	BJz-jhv
• Meldingsformulier	Politie
• Signalenlijst Lamers	BJz-jb
• Signalenlijst Lamers en Woelinga	MKD
• Checklist signalen	GGZ
• Eigen vragenlijst	GGZ en CB

* De SPUTOVAMO-lijst is ontwikkeld door de afdeling SEH van het VU-Ziekenhuis, als onderdeel van een uitvoeriger handelingsprotocol. De naamgeving is afgeleid van de negen onderwerpen die in de signalering aan de orde komen met betrekking tot de bij kinderen waargenomen letsels: Soort, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd, Oorzaak (en welke verklaring geven de ouders/verzorgers), Veroorzaker, Andere getuigen/signaleerders, Maatregelen (wat is er al gedaan door ouders, opvoeders en anderen), Oude letsels. Deze lijst wordt bij alle kinderen met een letsel afgenomen. Het nagaan van deze items leidt tot een uitspraak of al dan niet sprake is van een vermoeden van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik. Indien er sprake is van een vermoeden, helpt het protocol bij het vaststellen en registreren welke actie er verder wordt ondernomen, zoals intern overleg en contact met het AMK (Compernelle 1996).

Situaties waarin de instrumenten gebruikt worden

Aan de respondenten is gevraagd of zij het instrument dat zij gebruiken standaard of alleen in specifieke situaties inzetten. Van de 14 respondenten die deze vraag hebben beantwoord, gebruiken 9 het instrument alleen in specifieke situaties, dat wil zeggen bij signalen van of zorgen over kindermishandeling.

Bruikbaarheid van de instrumenten

Wat de bruikbaarheid van de genoemde signaleringsinstrumenten voor kindermishandeling betreft, beoordelen 10 van de 14 respondenten – 70% – die deze vraag hebben beantwoord die als goed en 4 als matig.

Opvallend is dat twee derde van de respondenten die instrumenten voor signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties gebruiken van mening zijn dat deze instrumenten ook bruikbaar zijn voor het signaleren van – risicosituaties van – kindermishandeling. Het consultatiebureau gedeelte van de KIPPPPI voor 1- tot 4-jarigen bevat bijvoorbeeld items die kunnen dienen als indicatie voor mogelijke kindermishandeling of -verwaarlozing, zoals bij *Algemene indruk van het kind*: ‘Veel blauwe plekken / littekens’, ‘Onverzorgd uiterlijk / niet schoon’, ‘Moeite met lichamelijke aanraking’, en bij *Ouder-kindrelatie*: ‘Overbeschermend’, ‘Weinig gevoel voor behoeften kind’, ‘Lacunes in zorg en stimulering’ en ‘Tekortschietende pedagogische aanpak’. Het door ouders in te vullen gedeelte van het Baby-KIPPPPI – voor kinderen van 0 tot 1 jaar –

bevat eveneens vragen die relevant zijn voor verhoogde risico's van kindermishandeling, bijvoorbeeld over de beleving van de zwangerschap en de opvoedingspraktijk. Antwoordmogelijkheden zijn bijvoorbeeld: 'Ik ervaar de verantwoordelijkheid voor mijn baby als een last', 'Ik ervaar mijn baby als een gewenst kind'. Daarnaast hebben vragen ook betrekking op ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de ouder, bijvoorbeeld: 'Conflicten of ruzies binnen het gezin' en 'Psychische problemen van uzelf of uw partner'.

BEHOEFTE AAN SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

Hebben de respondenten behoefte aan meer of betere signaleringsinstrumenten? Deze vraag hebben 41 respondenten beantwoord. Van hen geven er 28 – 68% – aan dat zij inderdaad behoefte hebben aan meer of betere instrumenten. Deze respondenten zijn tamelijk evenredig verdeeld over alle werkvelden. Aan deze respondenten is vervolgens gevraagd op welk onderwerp deze behoefte betrekking heeft: opvoedingsproblemen, psychosociale problemen of kindermishandeling. Van de respondenten die deze vraag beantwoord hebben heeft 79% behoefte aan een signaleringsinstrument voor kindermishandeling, terwijl bijna een derde behoefte heeft aan een instrument voor het signaleren van opvoedingsproblemen en minder dan een kwart behoefte heeft aan een signaleringsinstrument voor psychosociale problemen.

Opvallend is dat het merendeel van de respondenten aangeeft geen behoefte te hebben aan meer of betere signaleringsinstrumenten voor opvoedingsproblemen of psychosociale problemen, maar dat deze behoefte duidelijk wel bestaat voor instrumenten ter signalering van kindermishandeling.

Het nut van protocollen en andere hulpmiddelen

Een protocol met signalenlijsten en duidelijke richtlijnen voor wie in welke situatie hoe moet handelen, bevordert volgens een aantal respondenten de bereidheid van medewerkers om stappen te ondernemen als dat nodig is. Een dergelijk protocol moet vergezeld gaan van regelmatige bijscholing van medewerkers op essentiële onderdelen zoals signalering, gespreksvoering met ouders en eventueel met het kind, en samenwerking met andere instanties. In de sectoren spoedeisende hulp en kindergeneeskunde voorziet bijvoorbeeld de SPUTOVAMO of het registratieformulier *Letsel bij kinderen* duidelijk in een behoefte.

In de sector kinderopvang bestaat de VOG-certificering en het landelijke kwaliteitsbeleid in de vorm van het project *Klein kapitaal*. Dit heeft volgens een van de respondenten onder meer geleid tot het algemeen bekend raken van het observatie-instrument *Welbevinden van kinderen* en het gebruik ervan bij 60 tot 70% van de kinderdagverblijven. Bij peuterspeelzalen blijft dit gebruik helaas achter. Daarnaast zijn er binnen de sector kinderopvang voorbeeldprotocollen voor handelen bij kindermishandeling en seksueel misbruik.

Bij de politie en binnen de jeugdbescherming worden meldingsformulieren gebruikt als hulpmiddel om zaken duidelijk op papier te zetten en de interne begeleiding van medewerkers richting te geven.

KNELPUNTEN EN BEHOEFTE EN OP HET VLAKE VAN SIGNALEREN EN HANDELEN

Samenvattend kan gesteld worden dat het merendeel van de respondenten beperkingen ervaart in hun signalerings- en handelingsmogelijkheden. Ten aanzien van het signaleren worden met name gebrek aan kennis en vaardigheden en gebrek aan tijd genoemd. Ook blijkt het moeilijk om duidelijkheid over de situatie te krijgen in verband met de jonge leeftijd van het kind. Daarnaast kunnen de eigen emotionele reacties ten aanzien van kindermishandeling een probleem vormen. Tot slot zijn er organisatorische belemmeringen zoals weinig aandacht voor het onderwerp kindermishandeling, onduidelijke taakstellingen en gebrekkige registratie.

Bij de beperkingen op het gebied van het handelen is met name het bij ouders bespreekbaar maken van zorgen of vermoedens veelvuldig als knelpunt genoemd. Soms is contact leggen met ouders – toegang krijgen – en hen zo nodig kunnen motiveren voor verdergaande hulp in algemene zin een knelpunt. Een volgend probleem zit in de doorgeleiding naar andere instanties: wachtlijsten, onduidelijkheden over de taakverdeling en ‘oprekken’ van het eigen aanbod kunnen hier problemen opleveren.

Visie en vaardigheden

Het is belangrijk dat uitvoerend werkers enerzijds alert zijn op zorgwekkende signalen, maar anderzijds deze zorgen ook op een niet-veroordelende, maar ondersteunende manier met ouders kunnen bespreken. Een werkwijze die daarbij volgens een aantal respondenten goed aanslaat is: ouders aandacht geven, tijd nemen om te luisteren, begrip tonen, duidelijkheid geven over de eigen mogelijkheden en open kaart spelen in geval van een advies of melding bij een AMK. Zij wijzen erop dat werkers het begrip kindermishandeling niet als een apart verschijnsel moeten beschouwen. In de meeste situaties van mishandeling of verwaarlozing gaat het om ‘gewone’ onmacht van de ouders, die ondersteuning nodig hebben bij de opvoeding zelf, of in het verbeteren van de omstandigheden waarin de opvoeding plaatsvindt. Door de strafrechtelijke lading van het begrip kindermishandeling af te halen kan worden voorkomen dat werkers denken dat ze met bewijzen moeten komen, of dat ze bang zijn ouders te beschuldigen, waardoor ze vaak heel lang wachten voor ze iets doen.

Tegelijkertijd moeten werkers ook de vaardigheden en de moed hebben om de belangen van ouders ter discussie te stellen als de belangen van het kind in de knel lijken te komen. Ook moeten zij weten wat te doen met ontkennende of bagatelliserende ouders. Een concrete leidraad voor het voeren van gesprekken met ouders kan daarbij behulpzaam zijn. Enkele respondenten vinden het stellen van concrete vragen een goede manier om helderheid over de gezinssituatie te krijgen. Zulke vragen zijn bijvoorbeeld: ‘Heb je wel eens de neiging om te gaan slaan?’ of ‘Loopt een straf wel eens uit de hand?’

Trainingen in gesprekstechnieken voorzien op dit punt in een behoefte, vaak in combinatie met bredere cursussen waarin de nodige vakkennis op het gebied van signaleren en handelen wordt overgedragen. Als voorbeeld wordt genoemd de cursus voor huisartsen *Geweld in het gezin* van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Handelingsverlegenheid

De bevinding dat respondenten op het gebied van kennis en vaardigheden veel beperkingen ervaren wordt bevestigd door een recent onderzoek van Van den Akker, Mol en anderen (2001), waaruit blijkt dat 42% van de huisartsen vindt dat ze te weinig weten over signalen en symptomen van (verschillende vormen van) kindermishandeling en 48% vindt dat ze signalen die wijzen op acuut gevaar onvoldoende kennen.

Ook de genoemde beperkingen in handelen worden bevestigd door dit onderzoek. Hieruit blijkt dat 30% van de huisartsen vindt dat ze onvoldoende vaardigheid hebben om het onderwerp aan de orde te stellen, en dat 52% vindt dat ze onvoldoende vaardigheid hebben om ouders met een vermoeden te confronteren. Daarbij is voor 37% van de betreffende huisartsen een overweging dat zij bang zijn voor de gevolgen die de confrontatie voor het kind kan hebben.

Dit laatste punt verwijst naar het gegeven dat de term kindermishandeling beroepsbeoefenaren afschrikt of angst inboezemt. Het risico bestaat dat de term daarmee een drempel opwerpt voor handelen en verlamdend werkt, in plaats van te stimuleren tot het ondernemen van actie. Een vermoeden van kindermishandeling en -verwaarlozing wordt vaak beleefd als slecht nieuws, niet alleen voor de ouder, maar ook voor de werker zelf. Het ter sprake brengen van het onderwerp staat dan voor het gevoel al gauw op één lijn met het beschuldigen van ouders. Dit geldt des te meer wanneer beroepsbeoefenaren zien dat ouders handelen uit onmacht. Kindermishandeling is een begrip dat in een aantal gevallen blijkt te leiden tot zogenoemde handelingsverlegenheid.

Gebruik van signaleringsinstrumenten

Bestaande signaleringsinstrumenten blijken beroepsbeoefenaren maar in beperkte mate houvast te bieden bij het vaststellen van risico's en het opvangen van signalen van kindermishandeling. Een derde van de respondenten gebruikt instrumenten voor signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties. De helft van hen gebruikt deze instrumenten standaard en de helft alleen in situaties waarin er zorgen over of signalen van problemen in de opvoedingssituatie zijn. Over het algemeen worden min of meer gestandaardiseerde instrumenten gebruikt, zoals observatielijsten *Welbevinden van kinderen* – in te vullen door leidsters met name binnen de kinderopvang –, het KIPPPPI en de Stap-voor-stapmethode, die onder meer gebruikt wordt binnen de ouder- en kindzorg, om samen met ouders bepaalde probleemgebieden in kaart te brengen en over mogelijke oplossingen te praten. Binnen de jeugdzorg wordt de NOSI(K), VSPS en CBCL gebruikt. Deze categorie instrumenten is het meest onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit.

Twee derde van de respondenten die de genoemde instrumenten gebruiken is van mening dat deze ook items bevatten die gericht zijn op het herkennen van risicosituaties of signalen van kindermishandeling. Van de overige respondenten gebruikt ongeveer twee derde deze instrumenten alleen in specifieke situaties, dat wil zeggen bij signalen van of zorgen over kindermishandeling. In de meeste gevallen gaat het hier om diverse soorten zogenoemde signalenlijsten. Dat zijn lijsten met een meer of minder uitvoerige opsomming van signalen, die als checklist worden gebruikt op het

moment dat bepaalde kenmerken bij een kind of ouders worden waargenomen. Het instrument dat het meest in de buurt komt van gestandaardiseerd gebruik is de SPUTOVAMO, die wordt toegepast binnen de setting van ziekenhuizen, binnen afdelingen spoedeisende hulp en kindergeneeskunde.

Weinig standaardisering

Afgaande op de diversiteit van het huidige instrumentarium is er geen consensus in het veld over de geschiktheid van bepaalde signaleringsinstrumenten voor landelijke verspreiding. Gezien de behoeften in de diverse werkvelden, de tevredenheid over huidige instrumenten en de wetenschappelijke eisen ten aanzien van validiteit en betrouwbaarheid, moet worden geconstateerd dat er geen sprake is van instrumenten die zich duidelijk lenen voor systematische en grootschalige implementatie. Het is moeilijk te zeggen of de mate van het huidige gebruik van al dan niet gestandaardiseerde signaleringsinstrumenten – ongeveer een derde van de respondenten, waarvan de helft tot twee derde alleen in specifieke situaties – nu veel of weinig te noemen is. Dat heeft niet alleen met de beperkte representativiteit van dit onderzoek te maken, want ook los daarvan bestaat het beeld dat het gebruik van instrumenten tamelijk vrijgelaten wordt in de werkvelden die zich met de zorg voor 0- tot 4-jarigen bezighouden. Het gebruik van instrumenten lijkt daarmee soms een instellingsgebonden of zelfs persoonsgebonden keuze. In een tijd van standaardisering en protocolering van zorg en welzijn is dat verbazingwekkend, zeker omdat dit onderzoek laat zien dat er een vrij grote behoefte bestaat aan meer of betere signaleringsinstrumenten, vooral op het gebied van kindermishandeling.

4 Diagnostiek

Diagnostiek vervult een sleutelfunctie als het erom gaat inzicht te krijgen in de oorzaken van kindermishandeling en een antwoord te krijgen op de vraag welke hulp of behandeling op zijn plaats is. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van diagnostische instrumenten. Maar hoe gaat het in de praktijk? Wie houden zich bezig met diagnostiek en wie laten het aan anderen over? Welke knelpunten ervaren beroepsbeoefenaren in de diagnostiek van kindermishandeling bij 0- tot 4-jarigen? Hoe groot is de behoefte aan specialistische diagnostiek? Welk aanbod bestaat er op dit gebied? En hoe staat het met de beschikbaarheid van diagnostiek in de verschillende regio's?

UITVOERING VAN ONDERZOEK

Aan respondenten is gevraagd of zij zelf onderzoek doen naar de achterliggende problematiek bij een vermoeden van mishandeling van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Van de 56 respondenten die deze vraag beantwoord hebben, geven 29 personen aan dat zij of hun instelling zelf aan diagnostiek doen.

Tabel 4.1 Instellingen die zelf onderzoek doen naar aanleiding van een vermoeden van kindermishandeling bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar

Doet u zelf of de instelling onderzoek?	Ja	Nee
Consultatiebureau	4	2
Kinderopvang		4
Peuterspeelzaal		1
Buurtnetwerk		3
Huisarts	2	
Kinderarts	4	
Spoedeisende hulp	1	
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	1	4
Bureau Jeugdzorg-jeugdhulpverlening	1	4
Politie	1	2
Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming	1	3
Raad voor de Kinderbescherming	5	
Medisch kleuterdagverblijf	5	1
Geestelijke gezondheidszorg	3	
Zorgtoewijzingsorgaan	1	3
Totaal	29	27

De antwoorden laten verschillen van inzicht zien tussen respondenten die uit dezelfde werkvelden afkomstig zijn. Zo zijn er 4 respondenten die werkzaam zijn bij een consultatiebureau die zeggen zelf aan diagnostiek te doen, terwijl 2 van hun collega's zeggen dat niet te doen. Het gegeven dat respondenten van een politiekorps en van een zorgtoewijzingsorgaan zeggen zelf aan diagnostiek te doen, wijst op een ruime interpretatie van het begrip.

Niettemin kan uit tabel 4.1 worden opgemaakt dat vooral respondenten uit de medische sector en uit de tweedelijnszorg de diagnostiek tot hun verantwoordelijkheid rekenen. Het zwaartepunt ligt bij het consultatiebureau, de Raad voor de Kinderbescherming, de huisarts, de kinderarts, het medisch kleuterdagverblijf en de GGZ.

Van de 29 respondenten die zelf onderzoek doen werken 23 daarbij samen met anderen en ze verwijzen hun patiënten of cliënten door naar andere instellingen. Daarnaast zijn er 27 respondenten die niet zelf onderzoek doen, maar anderen inschakelen voor nadere diagnostiek. Een aantal respondenten maakt gebruik van meerdere verwijzingsmogelijkheden. Tabel 4.2 geeft een overzicht van het aantal keren dat de verschillende beroepsgroepen door anderen worden ingeschakeld voor diagnostiek.

Tabel 4.2 Instellingen en beroepsgroepen waar respondenten voor diagnostiek naar verwijzen of mee samenwerken

Ingeschakeld voor diagnostiek	Aantal respondenten
Kinderarts	13
Bureau Jeugdzorg	12
Advies- en Meldpunt	
Kindermishandeling	10
Geestelijke gezondheidszorg	7
Onderzoeksbureau*	7
Huisarts	5
Diagnostisch Centrum	
Groningen	5
Anders	15

* Een aantal gespecialiseerde bureaus kan voor nader onderzoek en diagnostiek worden ingeschakeld, bijvoorbeeld het Ambulant Bureau Jeugdwelelijnszorg (ABJ), het Pedagogisch Psychologisch Psychiatrisch Adviesbureau Randstad (PPPAR) en het Eindhovens Psychologisch Instituut (EPI).

Uit tabel 4.2 blijkt dat de respondenten van drie verschillende circuits gebruikmaken. In hoofdzaak verwijzen zij naar de jeugdzorg: het Bureau Jeugdzorg en het AMK dat deel uitmaakt van de jeugdzorg. Voor de meer medische diagnostiek doen zij regelmatig een beroep op de kinderarts en de huisarts. Als derde mogelijkheid noemen zij specialisten in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg: gespecialiseerde onderzoeksbureaus – zoals Ambulant Bureau Jeugdwelelijnszorg (ABJ), het Pedagogisch Psychologisch Psychiatrisch Adviesbureau Randstad (PPPAR) en het Eindhovens Psychologisch Instituut (EPI).

BELEMMERINGEN VOOR DIAGNOSTIEK

Van de respondenten die zeggen zelf aan diagnostiek te doen, geeft bijna de helft aan daarin geen belemmeringen te ervaren. Het meest eensgezind hierover zijn de respondenten van de MKD's. De reacties van de respondenten van andere beroepsgroepen en instellingen verschillen over het algemeen wat meer van elkaar. Zo zien we bijvoorbeeld dat 2 respondenten van de Raad voor de Kinderbescherming geen belemmeringen zien in hun eigen mogelijkheden om diagnostiek te plegen, terwijl 3 van hun collega's wel belemmeringen zien. De meerderheid – 15 – van de respondenten die deze vraag hebben beantwoord noemt belemmeringen met betrekking tot de eigen mogelijkheden voor diagnostiek.

Van de respondenten die ten behoeve van diagnostiek anderen of andere instellingen inschakelen loopt een groot aantal – 31 – tegen problemen aan. Slechts 12 respondenten zien helemaal geen problemen bij hun doorverwijzingen voor diagnostiek. Hoewel het zwaartepunt anders ligt, komen de problemen die genoemd worden in belangrijke mate overeen met de problemen van respondenten die zelf de diagnostiek doen.

De belemmeringen liggen op de volgende gebieden:

- aan kindermishandeling gerelateerde belemmeringen;
- kennis en vaardigheden;
- capaciteitsproblemen en procedurele problemen.

Aan kindermishandeling gerelateerde belemmeringen

Verscheidene respondenten – 5 – die zelf aan diagnostiek doen zien een belangrijke belemmering in de combinatie van de aard van de problematiek en de leeftijd van de kinderen. Van de kant van de Raad voor de Kinderbescherming wordt opgemerkt dat bij kinderen die jonger zijn dan 2 jaar de mogelijkheden beperkt zijn tot observatie en dat er vaak weinig andere informatiebronnen beschikbaar zijn. Genoemd wordt dat veel van de betrokken gezinnen geïsoleerd leven en dat de kinderen vaak nog niet naar de peuterspeelzaal gaan. De Raad kan daardoor alleen informatie opvragen bij de ouder- en kindzorg en bij de huisarts. Verder noemen respondenten kindermishandeling en in het bijzonder seksuele kindermishandeling een lastige problematiek die moeilijk helder te krijgen is. De moeite die het kost om deze problematiek bespreekbaar te maken met ouders vormt voor een aantal respondenten – 5 – ook een belemmering bij de diagnostiek. Zolang het gaat om vermoedens zien zij zich aangewezen op onderzoek in een vrijwillig kader. Niet altijd geven ouders toestemming voor diagnostisch onderzoek of voor een opname van het kind.

Ook bij het verwijzen voor diagnostiek noemen enkele respondenten problemen die samenhangen met de specifieke kenmerken van kindermishandeling. Zo stelt een kinderarts: 'Collega-artsen zijn bang voor de juridische consequenties van het aanpakken van vermoedens. Die angst hangt samen met de onzekerheid bij veel artsen over de vraag wat zij volgens de wet wel of niet mogen.'

Een ander probleem dat wordt genoemd is dat voor diagnostiek toestemming van de ouders nodig is. Er wordt een gebrek aan durf gesignaleerd in het bespreken van

vermoedens met ouders waardoor het niet mogelijk is verdere onderzoekstrajecten op te zetten. Een van de respondenten, die bij een AMK werkt waar de vermoedens wel met de ouders worden besproken, constateert dat het niet altijd eenvoudig is om ouders te overtuigen van de noodzaak om verder onderzoek te doen.

Kennis en vaardigheden

Gebrek aan kennis en vaardigheden zien enkele respondenten – 4 – die zelf aan diagnostiek doen als een belemmering. Vanuit de GGZ merkt een respondent op dat er angst bestaat om te suggestief te zijn in de onderzoeksmethode en zo met de diagnostiek ook een oordeel te vellen. Regelmatige bijscholing zou hier volgens de respondent uitkomst kunnen bieden. Een andere respondent zou een gedragsdeskundige willen toevoegen aan het AMK om daarmee voldoende deskundigheid in huis te halen voor het onderzoeken van met name meldingen van seksueel misbruik door ex-partners.

Een gebrek aan vaardigheden en kennis wordt door een relatief groot aantal respondenten die doorverwijzen – 13 – genoemd als een belangrijk probleem bij het inschakelen van anderen bij de diagnostiek. Vooral respondenten die werkzaam zijn bij een AMK signaleren een gebrek aan expertise waarvan zij vanuit het AMK gebruik zouden kunnen maken. Een van deze respondenten stelt: ‘De noodzakelijke kennis met betrekking tot deze leeftijdsgroep ontbreekt vrijwel volledig.’

Vanuit de Raad voor de Kinderbescherming wordt opgemerkt dat de RIAGG’s niet gewend zijn forensisch onderzoek te doen. De beschikbaarheid van artsen en jeugdpsychiaters wordt door sommige respondenten gemist.

Volgens een respondent zijn de mogelijkheden van het Bureau Jeugdzorg voor diagnostiek beperkt: ‘Een maatschappelijk werker inventariseert de problemen bij een gezin. De mate waarin helderheid over die problemen ontstaat hangt in belangrijke mate af van de persoonlijke kwaliteiten van de maatschappelijk werker. De onervarenheid van veel medewerkers in de jeugdzorg vormt daarbij een extra knelpunt. Echte diagnostiek moet door het Bureau Jeugdzorg worden ingekocht.’

Capaciteitsproblemen en procedurele problemen

Sommige respondenten – 3 – zien tijdgebrek, zowel bij hun eigen instelling als bij andere, als een belemmering om te komen tot goede diagnostiek. Een respondent zegt hierover vanuit een Bureau Jeugdzorg: ‘Het regionaal diagnostisch team heeft een wachtlijst van vier tot acht weken. Vanwege de beperkte eigen mogelijkheden op het gebied van diagnostiek adviseert dit team vaak een plaatsing in het MKD dat een wachtlijst van acht tot negen maanden heeft. En dan volgt nog eens de tijd die de diagnostiek zelf in beslag neemt. Al met al kan het eindresultaat heel lang op zich laten wachten.’

Ongeveer een kwart van de respondenten die knelpunten ervaren in de mogelijkheden van anderen voor het doen van onderzoek, noemt capaciteitsproblemen. Het gaat daarbij om wachttijden van meer dan een jaar, maar ook om procedurele problemen die van invloed zijn op de lengte van de wachttijd. Het blijkt soms moeilijk om een

observatieplaats te vinden. Lijnen en procedures worden ingewikkeld genoemd. De oorzaak ligt volgens respondenten onder andere in een gebrekkige onderlinge samenwerking. Zo wordt door een medewerker van een medisch kindertehuis een gebrek aan afstemming met de Raad voor de Kinderbescherming als knelpunt genoemd: 'Bij de overdracht van zaken stuit wij op door de Raad gehanteerde criteria die niet altijd bekend of helder zijn. Daardoor raken zaken tussen wal en schip.'

DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTEN

Om inzicht te krijgen in de hulpmiddelen die worden ingezet ten behoeve van de diagnostiek, is aan respondenten gevraagd of zij gebruikmaken van diagnostische instrumenten. Van de 29 respondenten die zelf onderzoek doen zijn er 10 die zeggen gebruik te maken van een of meer instrumenten. Met uitzondering van een respondent van de spoedeisende-hulpafdeling van een ziekenhuis, zijn al deze respondenten tevreden over de bruikbaarheid van de instrumenten die zij inzetten. Er is geen sprake van een standaard diagnostisch instrument dat door alle respondenten wordt gebruikt. Alleen de 4 respondenten van de Raad voor de Kinderbescherming die zeggen dat de Raad aan diagnostiek doet, noemen hetzelfde instrument: het standaard onderzoeksmodel van de Raad. Alle overige respondenten noemen uiteenlopende instrumenten, mede afhankelijk van hun discipline. Zo noemt een respondent vanuit een MKD speltherapie als een hulpmiddel bij het in kaart brengen van de ontwikkelingsachterstand van een kind, en noemt een kinderarts röntgendiagnostiek. Daarnaast worden screenings-, signalerings- en observatielijsten genoemd.

Andere methoden en middelen

De respondenten die aan diagnostiek doen maar zeggen geen gebruik te maken van specifieke diagnostische instrumenten, noemen wel andere manieren of hulpmiddelen die kunnen bijdragen aan het vergroten van inzicht in de – onderliggende – problematiek. Veelal wordt gezocht naar aanwijzingen die een bestaand vermoeden kunnen bevestigen of weerleggen. De consultatiebureaus en de kinderartsen maken gebruik van hun mogelijkheid lichamelijk onderzoek te doen bij de kinderen. Andere respondenten geven aan dat extra (spel)observaties worden gedaan of dat gezocht wordt naar mogelijkheden voor multidisciplinair overleg. Verschillende respondenten noemen het aangaan van het gesprek met de ouders over of naar aanleiding van het vermoeden als een belangrijke stap op weg naar meer inzicht.

Tevredenheid

De respondenten wier instellingen aan diagnostiek doen geven aan dat uiteenlopende hulpmiddelen en strategieën worden gebruikt om inzicht te krijgen in de problematiek van vermoedelijk mishandelde kinderen en de betreffende gezinnen. Instellingen die gebruikmaken van diagnostische instrumenten zijn daar over het algemeen tevreden

over, maar duidelijk is dat daarbij verschillende wegen worden bewandeld. In het kader van dit onderzoek is geen inzicht verkregen in de mate van betrouwbaarheid van de genoemde instrumenten.

SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK

Van verschillende kanten is er de laatste jaren op aangedrongen (boven)regionale diagnostische centra op te richten naar het voorbeeld van het Diagnostisch Centrum in Groningen. Dit centrum is verbonden aan een universiteitskliniek en verzorgt multidisciplinaire diagnostiek, vooral bij seksuele kindermishandeling. In het kader van dit onderzoek is aan respondenten gevraagd of zij vinden dat een dergelijke specialistische voorziening noodzakelijk is. Tabel 4.3 laat zien dat van de 49 respondenten die deze vraag hebben beantwoord er 43 zijn die aangeven dat zij een dergelijke voorziening noodzakelijk achten.

Tabel 4.3 Noodzaak van voorziening voor specialistische diagnostiek

Is specialistische diagnostiek noodzakelijk?	Aantal
Ja	43
Nee	4
Soms	1
Geen mening	1
Totaal	49

Om een indruk te krijgen van de kwaliteiten die respondenten aan specialistische diagnostiek willen verbinden is hun gevraagd aan te geven welke disciplines daarbij betrokken zouden moeten worden (zie tabel 4.4). Uit de beantwoording van deze vraag blijkt dat de betrokkenen veel belang hechten aan een multidisciplinaire benadering. Beroepsbeoefenaren uit de medische en sociale wetenschap worden daarbij het meest genoemd. Onder de categorie 'anders' vallen vooral therapeuten die gespecialiseerd zijn in bijvoorbeeld spelobservatie, gezinsdiagnostiek of gedragsobservatie. Daarnaast wordt in deze categorie ook een gynaecoloog genoemd.

Tabel 4.4 Disciplines die bij specialistische diagnostiek betrokken zouden moeten zijn

Disciplines betrokken bij specialistische diagnostiek	Aantal
Kinderarts	26
Kinderpsychiater	15
Orthopedagoog	17
Maatschappelijk werker	12
Psycholoog	18
Anders	23

Respondenten zoeken hun eigen weg als het gaat om het vervullen van hun behoefte aan diagnostiek. Uit tabel 4.5 valt af te leiden dat de meerderheid van de respondenten wel een weg weet te vinden naar het specialisme waarnaar zij op zoek zijn.

Tabel 4.5 Beschikbaarheid specialistische diagnostiek

Is specialistische diagnostiek beschikbaar?	Aantal
Ja	28
Nee	10
Totaal	38

Tegelijkertijd blijkt uit tabel 4.6 dat veel respondenten van mening zijn dat specialistische diagnostiek in onvoldoende mate voor hen beschikbaar is. Vaak vinden zij de weg naar de diagnostiek te lang.

Tabel 4.6 Voldoende capaciteit beschikbare diagnostiek

Voldoende capaciteit?	Aantal
Ja	8
Nee	17
Totaal	25

EEN BREDE OPVATTING VAN DIAGNOSTIEK

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat respondenten verschillende invullingen geven aan het begrip diagnostiek. In hoofdzaak gaat het om twee verschillende benaderingen.

In de eerste plaats blijkt dat onder diagnostiek kan worden verstaan: de beantwoording van de vraag of kindermishandeling kan worden vastgesteld. Diagnostiek heeft binnen deze context betrekking op het proces van het verzamelen van gegevens die een eerder geformuleerd vermoeden van kindermishandeling kunnen bevestigen of weerleggen. De vaststelling dat een kind mishandeld wordt kan van belang zijn met het oog op de hulp of de bescherming die een kind geboden moet worden en kan tevens onderdeel vormen van een strafrechtelijke procedure.

In de tweede plaats bestaat de opvatting dat kindermishandeling een symptoom is en dat diagnostiek vooral inzicht moet bieden in de onderliggende problemen. Op dat inzicht kan vervolgens verdergaande behandeling worden gebaseerd. Zo stelt een van de respondenten dat de Raad voor de Kinderbescherming kindermishandeling ziet als een symptoom van een problematische opvoedingssituatie: 'In het raadsonderzoek wordt de hele situatie meegenomen, en is kindermishandeling slechts een onderdeel.' Deze brede interpretatie van het begrip diagnostiek verklaart ten dele een aantal ogenschijnlijke tegenstrijdigheden in de resultaten van de interviews, zoals het gegeven dat respondenten afkomstig uit dezelfde instellingen of beroepsgroepen vragen over diagnostiek verschillend beantwoorden. Ook verklaart het dat respondenten zeggen dat ze voor diagnostiek verwijzen naar instellingen die zelf zeggen dat zij niet aan diagnostiek doen. Zo zegt de meerderheid van de respondenten van de AMK's bijvoorbeeld dat zij niet aan diagnostiek doen, terwijl respondenten van andere instellingen en beroepsgroepen voor diagnostiek naar een AMK verwijzen. De AMK's hebben de

opdracht vast te stellen of er sprake is van kindermishandeling maar op hun beurt doen zij een beroep op anderen voor onderzoek naar de onderliggende problemen. Op grond van een brede omschrijving van diagnostiek die beide hiervoor genoemde benaderingen omvat, valt te concluderen dat daarin voor de respondenten verschillende partijen een rol spelen. De volgende vier sectoren leveren ieder hun eigen aandeel:

- *Jeugdzorg*
Centraal hierin staan de Bureaus Jeugdzorg die de functie diagnostiek uitvoeren. Daarnaast zijn er de AMK's die meldingen van kindermishandeling onderzoeken en beoordelen. Hoewel respondenten vanuit de Bureaus Jeugdzorg en de AMK's in meerderheid aangeven zelf niet aan diagnostiek te doen, zegt een grote groep respondenten afkomstig uit andere instellingen of beroepsgroepen dat zij voor diagnostiek wel verwijzen naar Bureau Jeugdzorg of AMK.
- *(Para)medische sector*
In de meer medisch georiënteerde diagnostiek spelen de kinderarts, de huisarts, de MKD's en de consultatiebureaus een rol. De meerderheid van de respondenten uit de (para)medische sector zegt zelf aan diagnostiek te doen en veel respondenten verwijzen voor dit doel ook naar deze sector.
- *Geestelijke gezondheidszorg*
Naast de specialisten die werkzaam zijn binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg leveren ook gespecialiseerde bureaus en voorzieningen hierin een aandeel: Foda (Forensisch Diagnostiek Arrangement), EPI (Eindhovens Psychologisch Instituut) en Diagnostisch Centrum Groningen. Veel respondenten zeggen voor diagnostiek naar deze gespecialiseerde bureaus en voorzieningen te verwijzen. Respondenten uit de GGZ bevestigen dat de GGZ aan diagnostiek doet als het gaat om kindermishandeling.
- *Justitie*
De Raad voor de Kinderbescherming heeft tot taak te beoordelen of een situatie bedreigend is voor de ontwikkeling van een kind en of beschermende maatregelen nodig zijn. Het zijn de respondenten vanuit de Raad voor de Kinderbescherming die zeggen dat de Raad aan diagnostiek doet, met daarbij de kanttekening dat kindermishandeling gezien wordt als een symptoom van opvoedingsproblematiek. Andere respondenten denken als het gaat om diagnostiek niet aan de Raad en al evenmin aan de politie.

KNELPUNTEN EN BEHOEFTEEN OP HET VLAKE VAN DIAGNOSTIEK

Meer dan de helft van de respondenten die afkomstig zijn uit instellingen of beroepsgroepen die zelf aan diagnostiek doen, geeft aan daarbij op problemen te stuiten. Van de respondenten die zeggen dat hun instelling voor diagnostiek verwijst naar of samenwerkt met andere instellingen signaleert niet minder dan 75% een of meer problemen.

Een belangrijk knelpunt dat zich voordoet is een gebrek aan kennis en vaardigheden. Een relatief groot aantal respondenten ontbeert binnen de eigen regio deskundigheid

op het gebied van diagnostiek van – vermoedelijk – mishandelde kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar.

Een tweede probleem dat wordt genoemd zijn capaciteitsproblemen op het moment dat iemand wil verwijzen naar anderen waarvan hij denkt dat zij in staat zijn om een aantal belangrijke vragen over een bepaalde casus te beantwoorden. Daarbij worden wachttijden genoemd die kunnen oplopen tot meer dan een jaar, voor onderzoek naar situaties waarin wel een vermoeden maar nog geen duidelijkheid bestaat over de vraag of een kind wordt verwaarloosd, mishandeld of misbruikt.

Procedurele problemen blijken een rol te spelen in de lengte van de wachttijd omdat onderlinge afstemming niet altijd goed is geregeld. Ook worden aan kindermishandeling gerelateerde problemen genoemd, zoals de moeite die het kost om de medewerking van ouders voor diagnostisch onderzoek te krijgen. Instellingen die zich in hun werk sterk baseren op de expliciete hulpvraag van de cliënt kunnen volgens sommige respondenten minder goed uit de voeten met vragen om diagnostiek van minder gemotiveerde cliënten.

Het gebruik van diagnostische instrumenten is onder respondenten zeker geen gemeengoed. Over de betrouwbaarheid van de gebruikte instrumenten heeft dit onderzoek geen gegevens opgeleverd. Wel is duidelijk dat er geen sprake is van één diagnostisch instrument dat door meerdere instellingen of beroepsgroepen wordt gehanteerd.

Tot slot geven bijna alle respondenten te kennen dat zij behoefte hebben aan vormen van specialistische diagnostiek. In de meeste gevallen zijn die wel beschikbaar, maar niet in voldoende mate. Op een aantal plaatsen is dat specialisme volgens respondenten helemaal niet beschikbaar.

5 Hulpverlening

Om mishandeling te stoppen en de schade te herstellen wordt in veel gevallen professionele hulp ingezet. Welke knelpunten ervaren beroepsbeoefenaren bij het realiseren van die hulpverlening? In hoeverre bestaat er behoefte aan specifieke vormen van hulpverlening voor 0- tot 4-jarigen en hun ouders? En is er wel voldoende hulpverlening beschikbaar?

HET BIEDEN OF INSCHAKELEN VAN HULP

Aan de respondenten is gevraagd of zij zelf hulpverlening bieden aan jonge mishandelde kinderen of aan gezinsleden die bij deze kinderen betrokken zijn. Van de 59 respondenten die deze vraag beantwoord hebben, geven 25 personen aan dat zij of hun instellingen inderdaad zelf hulp bieden. Deze respondenten zijn werkzaam bij:

- consultatiebureaus;
- afdelingen jeugdhulpverlening van Bureaus Jeugdzorg;
- afdelingen jeugdbescherming van Bureaus Jeugdzorg;
- medisch kleuterdagverblijven en medisch kindertehuizen;
- jeugdafdelingen van GGZ-instellingen.

Respondenten uit hetzelfde werkveld zijn het bij de beantwoording van deze vraag niet altijd met elkaar eens. Zo zeggen 2 respondenten die werkzaam zijn bij een consultatiebureau dat zij geen hulpverlening bieden, terwijl 4 van hun collega's zeggen dat wel te doen. En van de 3 geïnterviewde kinderartsen zegt er 1 wel hulp te bieden en de 2 andere zeggen dat zij dat niet doen. Mogelijk speelt de interpretatie van het begrip hulpverlening hierbij een rol. Wanneer hulpverlening wordt opgevat als een vorm van psychosociale hulp, ligt het bieden van hulpverlening door consultatiebureaus en kinderartsen minder direct voor de hand. Opvallend in dit verband is dat ook een respondent van de jeugdafdeling van een GGZ-instelling zegt dat deze instelling geen hulpverlening biedt aan jonge mishandelde kinderen.

Volgens 34 respondenten bieden hun instellingen zelf geen hulp aan jonge kinderen. Van hen schakelen 31 respondenten daarvoor andere instellingen in. Onder de 25 respondenten die zeggen dat hun instelling wel zelf hulp biedt, zijn er 19 die aangeven daarnaast ook nog anderen bij die hulpverlening in te schakelen.

De meeste respondenten noemen meerdere doorverwijzingsmogelijkheden.

Voor het op gang brengen van hulpverlening wordt veelal gebruikgemaakt van het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming. Een groot aantal instellingen blijkt daadwerkelijke hulp te bieden. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de frequentie waarmee verschillende instellingen worden genoemd.

Tabel 5.1 Instellingen die voor hulpverlening worden ingeschakeld

Instelling	Frequentie
Jeugdzorg	62
GGZ	21
Consultatiebureau	9
Huisarts	9
Thuiszorg	8
Kinderarts	7
Gespecialiseerde gezinsverzorging	7
Algemeen maatschappelijk werk	5
Sociaal Pedagogische Dienst	5

Veruit de meeste verwijzingen gaan naar de jeugdzorg die hier zowel de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming vanuit Bureau Jeugdzorg als de geïndiceerde jeugdzorg omvat. Verwijzing naar een MKD wordt door 16 respondenten genoemd. Andere hulpvormen in de geïndiceerde jeugdzorg waarnaar respondenten vaker verwijzen zijn bijvoorbeeld de pleegzorg, *Families first*, videohometraining, dagbehandeling, speltherapie en internaatplaatsingen.

BELEMMERINGEN VOOR HULPVERLENING

Van de 25 respondenten die aangeven dat zij zelf of hun instelling hulpverlening bieden aan jonge mishandelde kinderen zeggen er 4 dat zij bij het bieden van die hulp geen belemmeringen ondervinden in de mogelijkheden die hun ter beschikking staan. De overgrote meerderheid kampt wel met problemen.

Uit tabel 5.2 blijkt dat tijdgebrek vaak als een belangrijke belemmering wordt genoemd, vooral door respondenten die werkzaam zijn in de jeugdhulpverlening en in de jeugdbescherming. Een van de respondenten zegt hierover: ‘De jeugdzorg wordt gekenmerkt door veel bureaucratie en papierwerk. Er moeten eindeloos formulieren ingevuld worden.’

Gebrek aan kennis en vaardigheden wordt als een belangrijk knelpunt genoemd. Een respondent die werkzaam is binnen de GGZ merkt op: ‘Weinig hulpverleners kunnen goed met heel jonge kinderen werken en er is meer deskundigheid nodig in het bieden van een goede ouder-kindtraining.’

Tabel 5.2 Belemmeringen in de eigen mogelijkheden bij het bieden van hulp

Werkveld/ Beroepsgroep	Belemmeringen					Totaal
	Geen belemmeringen	Onvoldoende vaardigheden	Onvoldoende kennis	Onvoldoende tijd	Andere belemmeringen	
Kinderarts	1	-	-	-	-	1
BJz-jhv	-	1	1	2	-	4
BJz-jb	-	-	-	4	1	5
MKD	2	3	3	1	-	9
GGZ	1	1	1	1	-	4
Huisarts	-	1	1	-	-	2
Totaal	4	6	6	8	1	25

Onvoldoende kennis en vaardigheden

Aan de hulp die wordt geboden aan jonge mishandelde kinderen en de betreffende gezinnen mag de eis worden gesteld dat de betrokken hulpverleners over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om op een adequate manier met deze problematiek om te gaan. Verschillende respondenten zetten echter vraagtekens bij de kwaliteiten van sommige hulpverleners als het gaat om hun kennis van en hun vaardigheden in het omgaan met kindermishandelingsproblematiek bij 0- tot 4-jarigen.

Onervarenheid

Vanuit de GGZ merkt een respondent op: 'Het Bureau Jeugdzorg is weinig gespecialiseerd in het werken met jonge kinderen.' Volgens een respondent uit de jeugdbescherming speelt daarbij onervarenheid een rol: 'Daardoor wordt soms te snel en te zeer vanuit emotie op situaties gereageerd. Een op zichzelf terecht voorstel tot uithuisplaatsing kan dan om procedurele redenen door de kinderrechter worden teruggefloten.' Door onervarenheid kan in de jeugdbescherming ook de angst voor agressie bij ouders een grotere rol spelen dan noodzakelijk en wenselijk is. Ook een huisarts en een jeugdarts noemen de onervarenheid van hulpverleners in de jeugdzorg als een punt van zorg: 'Er zijn veel jonge, onervaren hulpverleners werkzaam binnen de jeugdzorg die vaak al snel weer vertrokken blijken te zijn', merken zij op.

Bij de RIAGG is volgens een respondent wel sprake van deskundigheid en continuïteit van medewerkers, maar deze instelling is zich steeds meer aan het beperken tot psychiatrische problematiek.

Voorzichtigheid

Problemen met de onderbouwing van een vermoeden en daardoor terughoudendheid bij het benoemen ervan worden vooral genoemd door respondenten van de jeugdbescherming, de Raad voor de Kinderbescherming en de politie. Dit zijn instanties waarvoor de legitimering van hun handelen niet in de eerste plaats gebaseerd is op de vraag van een cliënt, maar op een door de overheid toegekende bevoegdheid die gekoppeld is aan wettelijke eisen. 'Wij zijn daarom voorzichtig met het benoemen en aanpakken van kindermishandeling', zegt een respondent van de Raad voor de Kinderbescherming.

Onwetendheid

Een heel ander punt wordt aangeroerd door een respondent van een AMK die stelt: 'Hulpverleners weten soms te weinig van de nadelige effecten van het handelen van ouders op jonge kinderen. Daarom durven zij ouders ook niet op hun gedrag aan te spreken.'

Belemmeringen bij het inschakelen van hulp

Aan de 51 respondenten die aangeven dat zij anderen inschakelen voor de hulpverlening aan jonge kinderen is gevraagd welke knelpunten zij daarbij tegenkomen. Van de respondenten ervaren er 5 geen knelpunten in de hulpverleningsmogelijkheden van andere instellingen. De overige respondenten noemen een of meer knelpunten die vooral betrekking hebben op de toegankelijkheid, de directe beschikbaarheid en de mate van specialisatie.

Het gaat daarbij om:

- de toegankelijkheid van het hulpaanbod;
- de directe beschikbaarheid van de hulp;
- de beschikbaarheid van een specialistisch aanbod.

Toegankelijkheid van het hulpaanbod

De respondenten benadrukken de behoefte aan laagdrempeligheid van het aanbod. Zo pleit een respondent uit de kinderopvang bijvoorbeeld voor hulpverlening die wordt geboden via of in het kinderdagverblijf: 'Kindermishandeling is een beladen begrip en de problematiek gaat vaak samen met gevoelens van onmacht, schuld en schaamte bij ouders die niet altijd geneigd zijn hulp te zoeken of te accepteren. Een laagdrempelig aanbod veronderstelt dus een daarbij passende houding van de hulpverlener.' Een respondent van een buurtnetwerk zegt: 'De hulpverlening is juist te weinig "out-reachend", terwijl dat wel noodzakelijk is om ouders te kunnen bereiken en vast te houden.'

Directe beschikbaarheid van de hulp

De wachtlijsten, met name in de jeugdzorg, worden als een belangrijk knelpunt genoemd. Een medewerker van een zorgtoewijzingsorgaan is van mening dat de wachtlijsten extra knellen als het om heel jonge kinderen gaat, omdat juist in die leeftijdsgroep vaak acute hulp nodig zou zijn. Bij opname van kinderen van 3 jaar en ouder wordt verder genoemd dat plaatsingen gebonden zijn aan schooljaren. Door de zomervakanties kunnen de wachttijden daarom nog veel langer worden. Een respondent noemt wachtlijsten voor jonge mishandelde kinderen 'schandalig' vanwege de kwetsbaarheid van deze kinderen.

Vanuit een AMK wordt opgemerkt dat het volgen van procedures soms onnodig tijdverlies met zich meebrengt: 'Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer uit onze bemoeienis met een gezin duidelijk is welke hulp geboden moet worden. Toch is dan nog de gang via het Bureau Jeugdzorg nodig voordat die hulp kan worden toegewezen.'

Volgens andere respondenten is er in principe voldoende goed aanbod, maar zit het probleem in de wachtlijsten. Uit onderzoek (Van den Akker, Mol e.a. 2001) blijkt dat

29% van de huisartsen vindt dat er weliswaar voldoende hulpverleners zijn naar wie ze kunnen verwijzen, maar dat deze onvoldoende capaciteit hebben waardoor wachtlijsten ontstaan. Nog eens 29% vindt dat er onvoldoende verwijzingsmogelijkheden zijn. Volgens de huisartsen hebben vooral RIAGG en AMW wachtlijsten.

De gevolgen van wachtlijsten

Sommige respondenten stellen dat de wachtlijsten een vloeiende overgang tussen de verschillende hulpvormen in de weg staan waardoor vaak steeds dezelfde gesprekken met gezinnen worden gevoerd. Ook leiden wachtlijsten bij andere instanties tot het ‘oprekken’ van het eigen aanbod. Zo ziet een MKD zich gedwongen ouders te verwijzen naar de particuliere praktijk van de eigen pedagogen.

Volgens verschillende respondenten haken ouders af vanwege de lange wachttijden. Een respondent die verbonden is aan de Raad voor de Kinderbescherming zegt hierover: ‘Soms moeten wij kinderen bij de ouders terugplaatsen omdat geen goed alternatief voorhanden is.’

Beschikbaarheid van een specialistisch hulpaanbod

Als het gaat om het benoemen van knelpunten in het bestaande aanbod leggen de respondenten verschillende accenten. Sommigen benadrukken de behoefte aan meer intensieve vormen van hulpverlening, anderen pleiten voor een gevarieerder aanbod van lichtere vormen van hulp.

Meerdere respondenten uit de eerste lijn stellen dat ouders – met name met een lage sociaal-economische status – behoefte hebben aan laagdrempelige en langer durende ondersteuning op maat en dicht bij huis, die snel inzetbaar is. Volgens enkele respondenten zou de gespecialiseerde gezinsverzorging daarin een belangrijke rol kunnen spelen.

Het huidige ambulante aanbod vanuit de jeugdzorg schiet ten aanzien van deze doelgroep in hun ogen vaak tekort, omdat de hulp die geboden wordt te licht of te kort is.

Vormen van intensieve hulp

Respondenten signaleren verschillende knelpunten in het bestaande aanbod. Zo is een respondent van de jeugd- en zedenpolitie van mening: ‘Het aanbod van de RIAGG in mijn regio verschaalt doordat die uitsluitend werkt met generalisten die in principe met elke problematiek moeten kunnen werken. Het ontbreken van specialisten gaat ten koste van de kwaliteit van het hulpaanbod aan seksueel misbruikte kinderen en hun gezinnen.’

Een respondent uit de ouder- en kindzorg stelt: ‘De RIAGG in mijn regio doet bijna niets met de leeftijdsgroep van nul tot vier jaar.’

Vanuit een buurtnetwerk merkt een respondent op: ‘In mijn regio is er helemaal geen specifiek hulpaanbod voor kinderen jonger dan 12 jaar. Het Bureau Jeugdzorg is vooral bezig de organisatie rond te krijgen; de inhoud vinden ze van later zorg.’

Een van de respondenten van de Raad voor de Kinderbescherming mist opvangmogelijkheden voor het hele gezin die bijvoorbeeld voor zwakbegaafde ouders soms wel nodig zijn.

Enkele respondenten noemen het hulpaanbod te weinig flexibel en te weinig op maat. Met name voor hulpverlening bij seksueel misbruik pleiten zij voor de beschikbaarheid van specifieke hulpvormen. Sommige respondenten stellen dat er in hun regio helemaal geen dadertherapie voorhanden is. Ook voor de grote groep allochtonen is volgens sommigen nauwelijks een passend hulpaanbod te vinden. Volgens een respondent van een zorgtoewijzingsorgaan bestaat er behoefte aan meerdere vormen van dagbehandeling.

Een medewerker uit de GGZ heeft behoefte aan meer mogelijkheden voor intensieve interactietraining en ook aan de mogelijkheid van opname van kind en ouders.

‘Laten we – vergelijkbaar met het speciaal onderwijs – gespecialiseerde peuterspeelzalen oprichten die ouders en kinderen intensievere begeleiding kunnen bieden bij sociale en ontwikkelingsproblematiek’, stelt een andere respondent voor.

Vormen van licht ambulante hulp

Soms wordt volgens een medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming de hulp juist te zwaar aangezet en is er behoefte aan lichtere vormen van hulpverlening, in de sfeer van opvoedingsondersteuning. Ook vanuit een zorgtoewijzingsorgaan wordt gesignaleerd dat bij gebrek aan een laagdrempelig en langdurig aanbod te snel gegrepen wordt naar het middel van de uithuisplaatsing. Aansluitend op het eerdergenoemde belang van flexibiliteit in het aanbod pleit een respondent van een buurtnetwerk voor lichtere hulpvormen gericht op ‘empowerment’ van ouders en ook meer gericht op de vraag van ouders.

KNELPUNTEN EN BEHOEFTE OP HET VLAKE VAN HULPVERLENING

De hulpverlening aan jonge mishandelde kinderen en de betreffende gezinnen wordt vanuit verschillende werkvelden geboden en er zijn meerdere beroepsgroepen en disciplines bij betrokken. Het leeuwendeel van de hulp lijkt voor rekening te komen van de jeugdzorg, wat gezien haar opdracht ook voor de hand ligt. Toch is het niet zo dat deze hulpverlening uitsluitend tot de verantwoordelijkheid van de jeugdzorg gerekend kan worden. De gevarieerdheid van de problematiek maakt een breed hulpaanbod van gezinszorg tot kinderpsychiatrie noodzakelijk. Andere werkvelden die een bijdrage aan de hulp leveren zijn onder andere de ouder- en kindzorg, huis- en kinderartsen, de thuiszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal-pedagogische diensten. Gezien het grote aandeel van de jeugdzorg in de hulpverlening, hebben veel knelpunten die respondenten noemen ook betrekking op dit werkveld. Deels gaat het daarbij om problemen die direct samenhangen met de problematiek van 0- tot 4-jarigen die mishandeld worden, maar deels ook om problemen met een algemener karakter.

Het hulpaanbod en de kwaliteit ervan vertoont regionale verschillen. Voor verbetering van de hulpverlening zal de situatie daarom op regionaal niveau in kaart gebracht moeten worden.

Wachlijsten

De wachlijsten frustreren, in het bijzonder in de jeugdzorg, de instroom van kinderen en jongeren, ongeacht hun leeftijd of de problemen waarmee zij kampen. Ook uit het rapport *Wachlijsten in de jeugdzorg* (Landelijk Platform Jeugdzorg 2001) blijkt dat velen de problemen met de doorstroming in de jeugdzorg als onaanvaardbaar bestempelen.

De respondenten noemen de wachlijsten extra knellend voor jonge mishandelde kinderen, in verband met hun kwetsbaarheid. Bovendien kan bij mishandelende ouders die vaak niet sterk gemotiveerd zijn voor het zoeken en aanvaarden van hulp, een lange wachttijd bijdragen aan hun besluit maar helemaal van verdere hulp af te zien.

Behoeftte aan specifieke hulpvormen

Op regionaal niveau is het van belang tot een volledig en samenhangend aanbod te komen. Uit de interviews met respondenten blijkt dat er behoefte is aan een meer uitgebreid en gevarieerd aanbod van intensieve vormen van hulpverlening, specifiek gericht op jonge mishandelde kinderen en hun gezinnen. Voorbeelden die in dit verband genoemd worden zijn residentiële plaatsen voor opname van ouders en kind, een aanbod dat is toegesneden op allochtonen, verschillende vormen van dagbehandeling en dadertherapie.

Daarnaast wordt gevraagd om meerdere vormen van licht ambulante hulp.

Kindermishandeling wordt door de respondenten niet gezien als een problematiek die per se intensieve en langdurige hulpverlening vereist. Soms kan met heel praktische ondersteuning of een duwtje in de rug in de opvoedkundige sfeer worden volstaan om gezinnen weer op de rails te krijgen. Zowel de intensieve als de licht ambulante hulpvormen vragen om flexibiliteit in het aanbod en om vraaggericht werken.

Gebrek aan kennis en vaardigheden

Uit de interviews komt het beeld naar voren van Bureaus Jeugdzorg die weinig kennis en ervaring hebben met het werken met 0- tot 4-jarigen in het algemeen en met mishandelde 0- tot 4-jarigen in het bijzonder. Medewerkers zijn vaak jong en onervaren en lijken maar korte tijd op dezelfde plek te blijven.

De medewerkers van de jeugdafdelingen van de RIAGG's die volgens sommige respondenten wel deskundig zijn, leggen zich in hoofdzaak toe op psychiatrische problematiek. Op basis van de hier beschikbare gegevens kan echter niet worden bepaald of dit beeld algemeen geldt of dat het juist sterk per regio verschilt.

6 Samenwerking

De aanpak van kindermishandeling vraagt samenhangende activiteiten van verschillende instellingen op het gebied van jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijn en jeugdzorg. Dat geldt met name wanneer problematische opvoedingssituaties wel aanleiding geven voor zorgen over de risico's voor jonge kinderen, maar er nog geen sprake is van mishandeling.

Goede preventie staat of valt met integrale samenwerking. Dat vereist werken over de instellingsgrenzen heen, waarbij de jeugdzorg, het AMK en de lokale basisvoorzieningen een netwerk vormen dat risicogezinnen een aanbod op maat kan doen. Maar welke vormen van samenwerking tussen basisvoorzieningen, AMK en jeugdzorg bestaan er op dit moment in Nederland? Welke ervaringen hebben de betrokkenen met deze integrale samenwerking? En zijn er geslaagde praktijkvoorbeelden aan te wijzen, die voor verdere landelijke ontwikkeling in aanmerking komen?

DEELNAME AAN SAMENWERKINGSVERBANDEN

Structurele samenwerking rond zorgwekkende opvoedingssituaties heeft in Nederland op verschillende manieren vorm gekregen. Aan de respondenten is gevraagd of zij, of de instelling waarvoor zij werken, deelnemen aan structurele vormen van samenwerking op dit gebied. Van de respondenten geven er 51 aan structureel samen te werken met een of meer andere instellingen, 13 respondenten doen dat niet. In tabel 6.1 is dit uitgesplitst naar werkveld.

Tabel 6.1 Structurele samenwerking per werkveld over zorgwekkende opvoedingssituaties per werkveld

Werkveld	Ja	Nee
Consultatiebureau	5	1
Kinderdagverblijf	5	
Peuterspeelzaal	4	1
Buurtnetwerk	5	
Huisarts	3	
Kinderarts	3	1
Spoedeisende hulp	1	
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	5	
Bureau Jeugdzorg-jeugdhulpverlening	4	1
Politie	5	
Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming	3	2
Raad voor de Kinderbescherming	5	
Medisch kleuterdagverblijf	1	5
GGZ	2	2
Totaal	51	13

Uit tabel 6.1 blijkt dat vooral de lokale voorzieningen structureel samenwerken. Het merendeel van de respondenten die werken voor een consultatiebureau, een kinderdagverblijf, een peuterspeelzaal en de huisartsen geven aan structureel samen te werken met andere instellingen. Dat de respondenten die aan een buurtnetwerk verbonden zijn structureel samenwerken spreekt voor zich. Daarnaast blijkt dat de meeste respondenten uit de tweedelijns hulpverleningsinstellingen, de MKD's en de GGZ, niet structureel overleggen met anderen.

Samenwerkingsvormen

In welke vorm vindt de samenwerking plaats? In totaal noemen de respondenten die structureel samenwerken 75 samenwerkingsverbanden. De verschillende vormen zijn weergegeven in tabel 6.2.

Tabel 6.2 Vormen van structurele samenwerking

Vormen van overleg	Frequentie
Buurtnetwerk	22
Consultatie- en adviesteams	10
Eerstelijns overleg	9
Structureel overleg met AMK	9
Anders	25
Totaal	75

Het buurtnetwerk wordt het meest genoemd als samenwerkingsverband. De respondenten die deze vorm van overleg noemen zijn veelal werkzaam voor lokale voorzieningen. Dit geldt ook voor de eerstelijns overleggen. Respondenten die samenwerken in een consultatie- en adviesteam zijn vooral werkzaam bij de Bureaus Jeugdzorg, in de

jeugdbescherming en in de jeugdhulpverlening. De 9 respondenten die aangeven structureel met het AMK te overleggen, zijn in uiteenlopende werkvelden werkzaam. Zo geeft bijvoorbeeld zowel een medewerker van een kinderdagverblijf als een respondent die werkzaam is bij de Raad voor de Kinderbescherming aan dat hij structureel overleg heeft met het AMK.

Naast deze vormen noemen de respondenten nog andere samenwerkingsverbanden. Een aantal respondenten afkomstig uit verschillende werkvelden geeft bijvoorbeeld aan deel te nemen aan een casus- of screeningsoverleg. Anderen zijn betrokken bij een scenarioteam, een Integrale Vroeghulp-team of een Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingstoornissen-team (VTO-team).

Nadruk op casuïstiek

Globaal bestrijken de genoemde samenwerkingsverbanden twee niveaus: het niveau van de casus en een algemener niveau, ook wel 'bovencasuïstisch' genoemd.

In het overgrote deel van de genoemde netwerken staat de behandeling van casuïstiek centraal. Op het niveau van individuele casussen bespreken betrokken partijen de zorgen omtrent een kind, de noodzakelijke vervolgstappen en welke instellingen daar het beste zorg voor kunnen dragen. De eerstelijns-overleggen en de buurtnetwerken richten zich daarbij met name op zorgwekkende opvoedingssituaties. Bij andere netwerken ligt het accent specifiek op – vermoedens van – kindermishandeling, zoals de consultatie- en adviesteams en de scenarioteams.

Daarnaast geven 4 respondenten aan deel te nemen aan overleggen met ketenpartners of aan een regio-overleg op hoofdlijnen of op bestuurlijk niveau. Het voorkomen en aanpakken van zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling vereist ook op dit niveau afstemming van betrokken partijen. In dergelijke overleggen staat het maken van afspraken over bijvoorbeeld omlooptijden, wachtlijsten en rapportages centraal. Een voorbeeld van een dergelijk afstemmingsoverleg is overleg tussen het AMK, het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming.

Weinig specifieke aandacht voor 0- tot 4-jarigen

Ten slotte blijkt uit deze inventarisatie dat het merendeel van de genoemde overleggen niet specifiek over kinderen in de leeftijdscategorie van 0 tot 4 jaar gaat, met uitzondering van de Integrale Vroeghulp. De VTO-teams houden zich bezig met kinderen van 0 tot 7 jaar. De overige netwerken die de respondenten hebben genoemd gaan over alle kinderen en jongeren tot 18 of 23 jaar.

Samenwerkingspartners

Welke instellingen nemen deel aan de genoemde samenwerkingsverbanden?

Tabel 6.3 laat zien welke instellingen genoemd zijn.

Tabel 6.3 Instellingen die als structurele samenwerkingspartner zijn genoemd

Instelling	Aantal keren genoemd als partner	Genoemd door aantal werkvelden
Politie	24	11
Algemeen maatschappelijk werk	24	8
AMK	23	10
Bureau Jeugdzorg*	21	8
Basisschool	17	8
Consultatiebureau	16	9
GGD	16	9
GGZ	13	8
Raad voor de Kinderbescherming	11	5
Kinderdagverblijf	7	4
Kinderarts	6	4
Huisarts	5	3
Medisch kleuterdagverblijf	2	2

* Hierin is geen onderscheid gemaakt tussen jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.

De politie blijkt voor het overgrote deel van de werkvelden een structurele samenwerkingspartner te zijn. Ook noemen de respondenten het AMK, het AMW en Bureau Jeugdzorg vaak. De medische disciplines zijn relatief weinig als samenwerkingspartner genoemd.

Van een standaardsamenstelling van de samenwerkingsverbanden lijkt geen sprake. Geen enkel samenwerkingsverband bestaat uit exact dezelfde instellingen. Hoewel de eerstelijns-overleggen, de buurtnetwerken en de casusoverleggen uit de categorie 'anders' qua samenstelling sterk op elkaar lijken en voornamelijk bestaan uit instellingen uit de basisvoorzieningen, is bij deze netwerken altijd wel een instelling meer of minder betrokken. Ook blijkt dat bij een aantal van deze samenwerkingsverbanden een tweedelijnsorganisatie betrokken is, zoals de GGZ-jeugd of het Bureau Jeugdzorg. Bij de consultatie- en adviesteams zijn zowel eerste- als tweedelijnsorganisaties betrokken, maar ook deze hebben in geen enkel geval exact dezelfde samenstelling. Het aantal deelnemende instellingen dat de respondenten noemen varieert per samenwerkingsverband, namelijk van twee tot twaalf.

ERVARINGEN MET SAMENWERKING

De tevredenheid over de bestaande samenwerkingsverbanden is groot. De respondenten hebben aan 55 van de 75 samenwerkingsverbanden een cijfer toegekend. De gemiddelde waardering is een 7. Van de samenwerkingsverbanden zijn er 21 als zeer goed gewaardeerd. Zij kregen een 8 of hoger. Met name over de structurele overleggen met het AMK zijn de respondenten tevreden; de cijfers liggen tussen de 7 en de 8,5. Ook de eerstelijns-overleggen zijn positief gewaardeerd; respondenten geven deze overleggen cijfers tussen de 6,5 en de 8. Zeven netwerken zijn onvoldoende bevonden en kregen daarom een 5 of lager. Onvoldoendes zijn gegeven aan twee buurtnetwerken, vier consultatie- en adviesteams

en aan een bovencasuïstisch overleg. De respondenten die deze cijfers hebben gegeven, zijn werkzaam voor het AMK, de politie en de Raad voor de Kinderbescherming. Met name de waardering van de buurtnetwerken en de consultatie- en adviesteams loopt uiteen. Deze netwerken krijgen respectievelijk cijfers tussen de 4 en de 8 en tussen de 3 en de 9,5. De spreiding in de waardering is vooral afkomstig van respondenten die in meerdere regio's aan overleggen deelnemen. Een AMK-medewerker die in drie regio's deelneemt aan een consultatie- en adviesteam geeft bijvoorbeeld aan dat zij de netwerken een 5, een 6 en een 9,5 geeft, omdat de samenwerking in ene team aanzienlijk beter verloopt dan in het andere.

BELEMMERINGEN VOOR SAMENWERKING

Van de respondenten die structureel samenwerken, ervaart 80% knelpunten in de samenwerking met andere instellingen. In totaal noemen zij 76 belemmeringen. De meeste respondenten noemen meer dan een knelpunt. Van de respondenten zeggen er 12 geen noemenswaardige knelpunten te ervaren in de samenwerking met andere instellingen. In tabel 6.4 zijn de knelpunten weergegeven die respondenten in de samenwerking ervaren.

Tabel 6.4 Belemmeringen in de samenwerking met andere instellingen

Belemmeringen	Frequentie
Wachttijden	13
Privacy	12
Tijd	11
Visie/doelstellingen	9
Onduidelijkheid taken en verantwoordelijkheden	6
'Bureaucratie'	5
Vrijblijvendheid	4
Gebrek aan coördinatie/afstemming	4
Deskundigheid	2
Anders	10
Totaal	76

De belemmeringen die de respondenten noemen, zijn onder te verdelen in drie clusters:

- belemmeringen op organisatieniveau;
- belemmeringen die samenhangen met de samenwerkingsvorm;
- belemmeringen die te maken hebben met persoonlijke factoren.

Knelpunten op organisatorisch niveau

Bij bijna driekwart van de genoemde knelpunten ligt het accent op organisatorische punten.

Wachttijden

Het meest genoemde knelpunt betreft de wachtlijsten bij de verschillende instellingen. De wachtlijsten zijn een belemmering in de samenwerking, omdat hierdoor de doorstroom van zaken in gevaar komt.

Privacy

Privacy wordt eveneens vaak als knelpunt genoemd. Respondenten uit verschillende werkvelden melden dat de vrees voor het schenden van de privacy van gezinnen vaak leidt tot gebrekkige informatieverstrekking en problemen met melden. Vooral medewerkers in de kinderopvang ervaren het als belemmerend dat zij eerst toestemming aan ouders moeten vragen voordat zij hun zorgen in een overleg met derden ter sprake kunnen brengen.

Tijd

De respondenten ervaren vooral de tijd die het kost om te overleggen als knelpunt. Door de hoge werkdruk is het soms moeilijk tijd vrij te maken voor overleg.

Vershil in visie en doelstellingen

Een ander knelpunt betreft een verschil in visie en doelstellingen tussen organisaties. Een GGZ-medewerker zegt hierover: 'We voeren veel domeindiscussies, terwijl iedereen het belang van samenwerking op het gebied van deze problematiek inziet.' Daarnaast is het voor een aantal respondenten lastig dat er onduidelijkheid bestaat over de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende instellingen. Een gevolg daarvan kan zijn dat zaken te lang blijven liggen bij de instantie die gesignaleerd heeft.

'Bureaucratie'

Met name huisartsen en medewerkers uit de jeugdgezondheidszorg noemen als knelpunt de 'bureaucratische rompslomp' die gepaard gaat met verwijzingen via de regionale loketten zoals het Regionaal Indicatie Orgaan. Een kinderarts vertelt: 'Je moet volledige vragenlijsten invullen; lijsten met allerlei detailvragen waarop die je soms het antwoord niet weet en dat je ook niet altijd kunt achterhalen. Hierdoor krijg ik wel eens het idee dat ik de hele diagnostiek van Bureau Jeugdzorg overneem.'

Continuïteit

Enkele respondenten uit de ouder- en kindzorg en de huisartsenpraktijk noemen als knelpunt dat er veel wisselingen zijn bij het AMW en Bureau Jeugdzorg, en dat men te maken heeft met jonge, onervaren hulpverleners. Dit komt de continuïteit in het hulpaanbod niet ten goede. Ook de continuïteit in enkele buurtnetwerken laat te wensen over als gevolg van verschillen in prioriteit van de betrokken instellingen. Daarentegen ervaren respondenten bij de gezinsvoogdij zoveel continuïteit dat ze spreken van een langdurig vangnet.

Samenstelling

Volgens sommige respondenten hebben buurtnetwerken voor de jeugdhulpverlening vooral deelnemers uit de eerstelijnsvoorzieningen en kan dat belemmerend werken voor vervolgstappen. De deelnemers weten soms te weinig ingangen te vinden naar de tweede lijn.

Toerusting

Enkele respondenten merken op dat het veld van de kinderopvang, en met name de peuterspeelzalen, vanuit gemeenten te veel signalerende en verwijzende taken naar zich toegeschoven krijgt, zonder de bijbehorende toerusting. De lokale samenwerking tussen de kinderopvang enerzijds en de GGD's, Bureaus Jeugdzorg en RIAGG's anderzijds kan verbeterd worden. Deze zou vergelijkbaar moeten zijn met de mogelijkheden die voor het basisonderwijs.

Informatieverstrekking

Opvallend is verder dat vanuit de eerste lijn de samenwerking met de instellingen voor jeugdbescherming enkele malen negatief genoemd wordt, omdat de jeugdbescherming geen informatie geeft over maatregelen of uithuisplaatsing. Op hun beurt zeggen medewerkers uit de jeugdbescherming echter dat andere instellingen alle informatie en medewerking krijgen die ze nodig hebben.

Knelpunten op het niveau van de samenwerkingsvorm

Het tweede cluster van knelpunten, ruim een tiende van het totaal aantal knelpunten, is gerelateerd aan de samenwerkingsvorm. Een aantal respondenten ervaart de vrijblijvendheid van met name de buurtnetwerken als een belemmering. Daarnaast vindt een aantal respondenten het gebrek aan afstemming of coördinatie een knelpunt in de samenwerking. Een huisarts pleit in dit kader voor een coördinerende rol van het AMK.

Knelpunten op persoonlijk niveau

Bijna een zesde van de genoemde knelpunten hangt samen met persoonlijke factoren. Van de respondenten twijfelen er 2 aan de deskundigheid van anderen, met name van de lokaal beschikbare voorzieningen, wat belemmerend werkt in de samenwerking. Daarnaast heeft het merendeel van de knelpunten uit de categorie 'anders' betrekking op persoonlijke factoren, zoals de angst van anderen om de nek uit te steken, angst om de kinderen kwijt te raken en het moeilijk kunnen overdragen van verantwoordelijkheid en daarom zaken te lang bij zich houden. Deze knelpunten hebben vooral betrekking op de basisvoorzieningen.

BEHOEFTE AAN VERBETERING VAN DE SAMENWERKING

Van de respondenten geven er 40 aan dat ze behoefte hebben aan meer of betere samenwerking. Voor 23 respondenten is de bestaande samenwerking goed genoeg. In tabel 6.5 zijn de resultaten uitgesplitst naar werkveld.

Tabel 6.5 Behoeftte aan meer of betere vormen van samenwerking per werkveld

Werkveld	Ja	Nee
Consultatiebureau	4	1
Kinderopvang	4	1
Peuterspeelzaal	4	1
Buurtnetwerk	5	
Huisarts	2	
Kinderarts	3	1
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	3	2
Bureau Jeugdzorg-jeugdhulpverlening	2	3
Politie, afdeling Jeugd- en zeden	3	1
Bureau Jeugdzorg-jeugdbescherming	2	3
Raad voor de Kinderbescherming	1	4
Medisch kleuterdagverblijf	2	4
GGZ-jeugd	3	1
Zorgtoewijzingsorgaan	2	1
Totaal	40	23

Uit de tabel blijkt dat de respondenten uit de verschillende werkvelden uiteenlopende antwoorden geven op deze vraag, op de buurtnetwerken en de huisartsen na. Bijna twee derde van de respondenten, verspreid over de verschillende werkvelden, geeft aan behoefte te hebben aan een verbetering van de bestaande samenwerking.

Op de vraag welke wensen de respondenten hebben ten aanzien van de samenwerking zijn 58 antwoorden verzameld. Deze wensen zijn in drie clusters van thema's onder te verdelen:

- een betere samenwerking met een bepaalde instelling;
- een inhoudelijke verbetering van de samenwerking;
- meer of betere onderlinge afstemming.

Beter samenwerken met een bepaalde instelling

De helft van het totaal aantal genoemde wensen gaat over het verbeteren van de samenwerking met een bepaalde instelling. Sommige respondenten willen een of meer instellingen betrekken bij bestaande netwerken. Respondenten die deelnemen aan een buurtnetwerk geven bijvoorbeeld aan behoefte te hebben aan de officiële aanwezigheid van het AMK, Bureau Jeugdzorg of de GGZ.

Een coördinator van buurtnetwerken vindt dat peuterspeelzalen een belangrijkere rol in de buurtnetwerken zouden kunnen spelen, omdat 'peuterspeelzalen veel signaleren, maar weinig vermoedens inbrengen'. Dit komt volgens haar doordat peuterspeelzaalleidsters het als een belemmering ervaren dat 'zij eerst ouders toestemming moeten vragen om zorgen in het netwerk in te brengen, ten tweede twijfelen aan hun eigen

capaciteit en daarnaast ook nog bang zijn om de kinderen kwijt te raken.’

Andere respondenten hebben behoefte aan een verbetering van de samenwerking met een of meer instellingen afzonderlijk. De instellingen die hierbij met name genoemd worden, zijn de Raad voor de Kinderbescherming, het Bureau Jeugdzorg, het AMK en de GGZ. Een functionaris van de Jeugd- en Zedenpolitie geeft bijvoorbeeld aan dat de samenwerking met Bureau Jeugdzorg en de RIAGG op zich goed verloopt, maar dat deze instellingen ‘niet goed inspelen op acute situaties en ’s nachts niet bereikbaar zijn’. Dit bemoeilijkt volgens hem de samenwerking. Ook geeft een aantal respondenten aan dat de feedback van deze instellingen te wensen overlaat. Een respondent werkzaam voor een buurtnetwerk zegt: ‘De samenwerking met het AMK is goed, maar het duurt te lang voordat je iets terughooort over een zaak die behandeld wordt.’ Dit laatste geldt ook voor de Raad voor de Kinderbescherming. Een medewerker van een consultatiebureau verwoordt het als volgt: ‘Het probleem met de Raad is dat hij ons niet op de hoogte stelt van uitspraken en maatregelen.’

Inhoudelijke verbetering van de samenwerking

Bijna een derde van het totaal aantal wensen betreft de inhoudelijke verbetering van bestaande netwerken. Respondenten die deze wensen uiten, willen een verdieping van bestaande samenwerkingsverbanden en vinden dat het overleg intensiever en structureler moet plaatsvinden. Een medewerker van de GGZ vindt dat de betrokken partijen eerder met elkaar om de tafel moeten, ‘met name in buurten met veel risicogezinnen’. Specifiek voor 0- tot 4-jarige kinderen pleit een medewerker van de jeugdbescherming voor ‘meer samenwerking in bepaalde wijken of subregio’s met instellingen die laagdrempelig en vindplaatsgericht werken’ vanwege de kwetsbaarheid van deze leeftijdsgroep. Een andere respondent uit de jeugdbescherming is van mening dat het noodzakelijk is om ‘ten behoeve van de preventie van kindermishandeling de boven-casuïstische overleggen beter uit te werken.’

In dit kader noemen relatief veel respondenten de buurtnetwerken als voorbeeld. Met name de slagvaardigheid van buurtnetwerken is volgens hen voor verbetering vatbaar. Een medewerker van de kinderdagverblijven zegt daarover: ‘Het buurtnetwerk is een goed initiatief; het is alleen heel moeilijk om daadwerkelijk actie te ondernemen.’ Respondenten wijten het gebrek aan daadkracht aan het feit dat kinderen anoniem of met toestemming van ouders ingebracht moeten worden. Om de samenwerking in de buurtnetwerken te verbeteren, doet een respondent uit de kinderopvang een oproep aan de gemeente: ‘De samenwerking is nu te vrijblijvend. Daarom zou de gemeente meer op dit gebied moeten regelen. Ik vind dat we veel meer gebruik moeten maken van elkaar en dat de gemeente daarin een duidelijke taak heeft.’

Betere onderlinge afstemming

Een vijfde van alle wensen voor een betere samenwerking heeft betrekking op de afstemming tussen betrokken partijen. Een aantal respondenten wil een directere afstemming tussen de eerste en de tweede lijn, bijvoorbeeld door de officiële aanwezigheid van een tweedelijnsinstelling bij een buurtnetwerk. Volgens een coördinator van

buurtnetwerken is het verkorten van de lijnen van belang, omdat ‘eerste en tweede lijn dan samen een vervolgtraject kunnen uitstippelen en zodoende de daadkracht kan worden vergroot.’ Voor andere respondenten betekent een verbetering van onderlinge afstemming, verwoord door een medewerker van de jeugdbescherming, het ‘formuleren van een gezamenlijke visie met meerdere instellingen en de daarbijbehorende afspraken, met daarbij respect voor elkaars deskundigheid’. Een medewerker van de GGZ pleit voor het ontwikkelen van een ‘stroomschema waarin is opgenomen hoe te handelen in een bepaalde situatie, met daarbij informatie over wie wanneer welke stappen onderneemt, het hoe en waarom van deze stappen en natuurlijk ook hoe de weg naar de verschillende betrokken instellingen verloopt. Dan zou het balletje niet steeds doorgespeeld hoeven te worden.’ Volgens respondenten is een belangrijk voordeel van een gezamenlijke visie en afspraken dat er niet alleen duidelijkheid bestaat over ieders taken en verantwoordelijkheden, maar ook dat ‘zaken eerder en sneller aangenomen en doorgevoerd kunnen worden.’ Ten slotte uit een aantal respondenten de wens om directer af te stemmen met Bureau Jeugdzorg, Raad voor de Kinderbescherming of AMK.

VOORBEELDEN VAN GOEDE SAMENWERKING

Van de respondenten kennen er 40 zogenoemde *good practices*: praktijkvoorbeelden uit hun eigen regio die zij in aanmerking vinden komen voor landelijke invoering, ook al zijn ze niet wetenschappelijk onderbouwd. Deze goede voorbeelden hebben zowel betrekking op de kwaliteit van de onderlinge contacten tussen signalerende instanties als op hun contacten met instellingen die zorgen voor een vervolgaanbod.

Samenwerking tussen signalerende instanties onderling

Op verschillende manieren wordt eraan gewerkt de contacten tussen instanties met een signalerende functie te verbeteren.

In de zogeheten *zorgnetwerken* die onder andere in Maastricht en Wageningen bestaan, participeren peuterspeelzalen, ouder- en kindzorg, Bureau Jeugdzorg, AMW en soms ook andere instellingen. Deze netwerken overleggen frequent – bijvoorbeeld eens per vier tot zes weken – over casuïstiek. Dit kan anoniem, maar gebeurt bij voorkeur met medeweten van de ouders.

Deze netwerken kunnen een belangrijke rol spelen in het stroomlijnen van het handelen bij vermoedens van kindermishandeling. De aanpak lijkt veel op die van de *buurtnetwerken jeugdhulpverlening*, hoewel die in een aantal gemeenten breder van opzet zijn en meer aandacht geven aan beleidszaken en minder aan casuïstiek. Uit tussentijdse evaluaties blijkt dat iedereen enthousiast is over de zorgnetwerken: ze zijn laagdrempelig en leveren maatwerk. Door dit soort netwerken is het signalerend vermogen van instellingen toegenomen.

Een intensieve buurtgerichte aanpak kenmerkt ook het *Plan van herstel* in het Oude Noorden van Rotterdam. Een onafhankelijke coördinator roept instellingen bij elkaar en gezamenlijk wordt een concreet aanbod aan gezinnen geformuleerd dat wordt uitgevoerd door een gezinscoördinator.

Met het oog op betere preventie is ook de toegenomen samenwerking binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen (OKZ) en 4- tot 19-jarigen (GGD) een goede ontwikkeling. Hierdoor wordt de continuïteit van het aanbod bevorderd.

Samenwerking tussen signalerende instanties en vervolgaanbod

Een aanpak die goed lijkt te werken is die van de brede school zoals de *vensterschool* in Groningen, waarin sprake is van een nauwe samenwerking tussen voorschoolse educatie, school, jeugdgezondheidszorg, andere basisvoorzieningen en jeugdhulpverlening.

Andere voorbeelden betreffen de samenwerking tussen twee of drie instanties onderling, zoals de *opvoedspreekuren* van een consultatiebureau medewerker op een peuterspeelzaal of kinderdagverblijf, of van een medewerker van een Bureau Jeugdzorg op een consultatiebureau. Het gaat hierbij om vormen van outreachend of vindplaatsgericht werken, waarbij medewerkers achter hun eigen bureau vandaan komen.

Een variant hierop zijn de pedagogen van medisch kleuterdagverblijven die binnen de ouder- en kindzorg in Rotterdam werkzaam zijn en consult geven aan OKZ-verpleegkundigen of zelf direct ouders begeleiden of verwijzen.

Een ander voorbeeld is dat van de *zorgteams* in Maastricht, waarbij een peuterspeelzaal de gesignaleerde kind- of gezinsproblemen kan voorleggen aan een medewerker van de jeugdgezondheidszorg of van het steunpunt opvoeding. Dit team kan snel adviseren over een verwijzing of een concreet aanbod doen voor een aantal huisbezoeken.

Wat ook goed blijkt te werken is het organiseren van korte lijnen tussen huisartsen, consultatiebureau en maatschappelijk werk of gespecialiseerde gezinsverzorging. Hierdoor zijn bijvoorbeeld snel huisbezoeken te regelen aan gezinnen waarin acute ondersteuning gewenst is.

Interessant is in dit verband ook het *volgsysteem* dat in Hengelo wordt gebruikt. Daarin wordt elektronisch opgeslagen welke instelling bij welk gezin betrokken is of is geweest. Zeker wanneer meerdere instanties langdurig werken met een gezin, heeft deze registratie als voordeel dat op een centrale plek kan worden nagegaan wie er met het gezin bezig is of is geweest.

Specifieke problemen van gezinnen kunnen vragen om een specifieke samenwerking en aangepaste afspraken tussen instanties. Voorbeelden hiervan zijn een drugsmoederprotocol, een draaiboek rond echtscheidingszaken, en projecten voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP).

Multidisciplinaire teams voor 0- tot 4-jarigen

Omdat samenwerkingsvormen die specifiek gericht zijn op 0- tot 4-jarigen schaars zijn, verdienen de multidisciplinaire teams voor deze doelgroep speciale aandacht. In Dordrecht bestaan al enkele jaren multidisciplinaire teams voor 0- tot 4-jarigen die zijn gekoppeld aan de consultatiebureaus. De teams bestaan uit een wijkverpleegkundige, een consultatiebureau-arts, een pedagogisch medewerker en een maatschappelijk werker uit de jeugdhulpverlening. Bij zwaardere problematiek is via deze maatschappelijk werker de link naar de jeugdhulpverlening snel gelegd. Aanmeldingen van het kind bij het multidisciplinaire team kunnen komen van een peuterspeelzaal, kinder-

dagverblijf, consultatiebureau, huisarts of politie, met medeweten en toestemming van de ouders. Binnen een week geeft het team een schriftelijk advies over aanpak of doorverwijzing, dat ook met de ouders wordt besproken. Het concrete aanbod bestaat onder meer uit het kind extra dagen te laten spelen op de peuterspeelzaal, gecombineerd met pedagogisch advies aan de ouders. Op de speelzaal is een zogenoemde plusleidster aanwezig die extra begeleiding aan het kind kan geven. Door deze combinatie van opvang, begeleiding en pedagogisch advies blijken minder verwijzingen naar de jeugdzorg nodig te zijn. De ervaring met de multidisciplinaire teams leert ook dat er weinig gespecialiseerde diagnostiek en hulpverlening voor de groep 0- tot 4-jarigen voorhanden is.

KNELPUNTEN EN BEHOEFTE N OP HET VLA K VAN SAMENWERKING

Uit de inventarisatie komt naar voren dat de verschillende werkvelden veel investeren in de samenwerking betreffende zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling en daarbij vaak over de grenzen van de eigen instelling werken. De samenstelling van de samenwerkingsverbanden verschilt per regio of gemeente. Verder valt op dat weinig overleggen specifiek gericht zijn op kinderen in de leeftijdscategorie van 0 tot 4 jaar.

Op een enkel netwerk na houden de overleggen zich bezig met kinderen van alle leeftijden.

Trage doorstroom

Gebrek aan continuïteit vormt een belangrijk knelpunt in de samenwerking. Door wachtlijsten, verschillen in visie en doelstellingen en een gebrek aan coördinatie verloopt de doorstroom van zaken vaak traag. Het lijkt erop dat met name in buurt-netwerken heldere kaders voor de samenwerking ontbreken, waardoor onduidelijkheid bestaat over de opdracht, de taakstelling en de verdeling van de verantwoordelijkheid. Gesuggereerd wordt dat gemeenten een rol zouden kunnen spelen in het doorbreken van de vrijblijvendheid van deze netwerken.

Betere aansluiting eerste en tweede lijn

De meerderheid van de respondenten heeft behoefte aan een verbetering van bestaande samenwerkingsverbanden. Deze behoefte lijkt het grootst bij de eerstelijnsinstellingen. Hun wens bestaat vooral uit het eerder en directer betrekken van de tweede lijn bij de netwerken waaraan zij deelnemen. De aansluiting tussen de beide lijnen is van belang voor het garanderen van de noodzakelijke deskundigheid in de samenwerkingsverbanden en daarnaast voor de continuïteit in de zorg. Nieuwe vormen van samenwerking zoals zorgteams en multidisciplinaire teams, waarin basisvoorzieningen en jeugdzorg nauw samenwerken, lijken veelbelovend. Het is echter de vraag in hoeverre deze vormen ook effectief gezinnen met jonge kinderen kunnen bereiken waarvan de ouders in eerste instantie afwijzend staan tegenover het vrijwillig ontvangen van hulp.

7 Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek heeft een groot aantal aanwijzingen opgeleverd voor de punten waarop de aanpak van kindermishandeling van 0- tot 4-jarigen kan worden verbeterd. Hoewel veel constatering ook gelden voor de aanpak van kindermishandeling van oudere kinderen, beperken de volgende conclusies en aanbevelingen zich tot de zorg voor 0- tot 4-jarigen.

Juist wanneer het gaat om de zorg voor jonge kinderen biedt de informatie van de respondenten een groot aantal aanknopingspunten voor verbetering van de bestaande praktijk.

SCHOLING EN TRAINING

Het ontbreken van kennis en vaardigheden blijkt de achilleshiel van de aanpak van kindermishandeling van 0- tot 4-jarigen. Dat is op alle fronten – van de signalering, de diagnostiek en de hulpverlening tot de samenwerking – duidelijk geworden.

Hoewel de neiging bestaat om het probleem bij andere beroepsgroepen te leggen, is tegelijkertijd duidelijk dat in alle werkvelden behoefte bestaat aan kennis over kindermishandeling bij jonge kinderen en vaardigheden om daarmee aan de slag te gaan.

Aanbeveling 1: Systematische scholing en training van beroepskrachten

Rond kindermishandeling op jonge leeftijd dient een scholing- en trainingsaanbod ontwikkeld te worden dat zowel – als module – in opleidingen kan worden ingepast als ingezet kan worden voor bijscholing. Om zo'n scholings- en trainingsaanbod te ontwikkelen kan aangesloten worden op de overige aanbevelingen in dit rapport. De verantwoordelijkheid voor het realiseren van een dergelijk aanbod ligt bij een groot aantal partijen. De rijksoverheid zou het initiatief kunnen nemen een landelijke werkgroep in te stellen die de ontwikkeling en uitvoering van een scholingstraject aanstuurt en bewaakt.

SIGNALERING

In veruit de meeste gevallen vragen ouders die hun kinderen – dreigen te – mishandelen niet om hulp om deze problemen te voorkomen of op te lossen. Van 0- tot 4-jarigen kan niet verwacht worden dat zij rechtstreeks vragen om aandacht voor hun

problemen. Hooguit doen zij dat indirect in de vorm van problemen in hun gedrag of ontwikkeling. Een deskundig en goed functionerend signaleringsapparaat is daarom onmisbaar bij preventie en aanpak. Uit de inventarisatie blijkt dat er bij verschillende beroepsgroepen ‘handelingsverlegenheid’ bestaat met betrekking tot deze problematiek. Beroepskrachten beschikken veelal over onvoldoende kennis en vaardigheden. Zij hebben behoefte aan betere signaleringsinstrumenten en aan concrete adviezen over vervolgstappen die zij naar aanleiding van signalen kunnen of moeten nemen. Ook hebben zij bij het nemen van vervolgstappen problemen bij het doorgeleiden van ouders en kinderen naar andere instanties.

Het eedergenoemde scholings- en trainingsaanbod zal moeten voorzien in de behoefte aan kennis van kenmerken van verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik van 0- tot 4-jarigen en zal beroepskrachten vaardigheden moeten bijbrengen in het bespreekbaar maken van signalen met ouders. Verder kunnen de volgende aanbevelingen een oplossing bieden voor de ‘handelingsverlegenheid’ van beroepskrachten.

Aanbeveling 2: Ontwikkeling en implementatie van een signaleringsinstrument

De landelijke ontwikkeling van een instrument voor vroegtijdige signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling dat is toegesneden op de leeftijdscategorie van 0- tot 4-jarigen dient met kracht ter hand te worden genomen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de verschillende werkvelden die betrokken zijn bij de zorg voor 0- tot 4-jarigen en bij landelijke instellingen voor werk- en methodiekontwikkeling. Ten behoeve van de toepasbaarheid binnen de verschillende werkvelden zullen meerdere varianten van een dergelijk signaleringsinstrument moeten worden ontwikkeld. Bij de ontwikkeling zal aandacht moeten worden besteed aan twee verschillende functies die de huidige instrumenten blijken te vervullen:

- *die van ‘signalenlijst/observatielijst’, bedoeld voor het verzamelen van informatie voor de beroepskracht zelf;*
- *die van ‘vragenlijst’, bedoeld voor het ter sprake brengen van bepaalde – lastige – onderwerpen in het contact met ouders.*

Aanbeveling 3: Gedragscodes en protocollen

Heldere richtlijnen voor het handelen kunnen in belangrijke mate een oplossing bieden voor de ‘handelingsverlegenheid’ van beroepskrachten. Elke instelling die zorg of diensten verleent aan kinderen van 0 tot 4 jaar of hun ouders of verzorgers dient te beschikken over goede protocollen kindermishandeling. Daarin dient onder andere het gebruik van signaleringsinstrumenten te worden geregeld. De protocollen zullen richtlijnen moeten bevatten voor signalering, intern en extern overleg, ouder- en kindbegeleiding, registratie en dossiervorming, contact met het AMK – voor advies, consult of melding – en follow-up. De uitvoering van het protocol moet worden ondersteund en gestimuleerd door de aanpassing van gedragscodes voor beroepsgroepen. Door afstemming van de verschillende richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten kan onzekerheid over wat wel en niet mag worden weggenomen.

Het NIZW / Expertisecentrum Kindermishandeling is in overleg met de ministeries van VWS en Justitie bezig met het ontwikkelen van een voorstel voor een landelijke, uniforme invoering van protocollen voor alle sectoren en beroepsgroepen die met kinderen werken (Baeten [nog te verschijnen]). Verantwoordelijke overheden, beroepsgroepen en werkge-

vers dienen zich in te zetten voor het gestandaardiseerd aanbieden en invoeren van deze richtlijnen in de verschillende werkvelden. In dit verband zijn ook activiteiten van de VOG voor het veld van de kinderopvang, van TNO-PG voor het veld van de jeugdgezondheidszorg, en van het VU-Ziekenhuis in Amsterdam en Ziekenhuis Enschede voor spoedeisende-hulpafdelingen als goede voorbeelden aan te merken.

Om tot eenduidige invoering en toepassing van richtlijnen te komen is landelijke regie door de rijksoverheid noodzakelijk. Tegelijkertijd ligt hierin ook een verantwoordelijkheid bij de werkvelden, de beroepsgroepen, de instellingen en – last but not least – bij de individuele beroepsbeoefenaar.

DIAGNOSTIEK

Met de mogelijkheden voor diagnostiek bij 0- tot 4-jarigen blijkt het slecht gesteld. Het ontbreken van deskundigen in de regio en capaciteitsproblemen bij bestaande voorzieningen leiden tot onacceptabele situaties. Het gebruik van diagnostische instrumenten door de geïnterviewde beroepsbeoefenaren zelf is beperkt en de gebruikte instrumenten verschillen per respondent. Een specifiek knelpunt dat respondenten signaleren is dat op een aantal plaatsen de Bureaus Jeugdzorg over weinig of geen deskundigheid beschikken als het gaat om 0- tot 4-jarigen in het algemeen en om mishandeling bij deze jonge kinderen in het bijzonder.

Aanbeveling 4: Onderzoek naar mogelijkheden voor specialistische diagnostiek

Gezien de grote behoefte aan specialistische diagnostiek zou op initiatief van de rijksoverheid onderzocht moeten worden op welke manier hieraan het beste tegemoet kan worden gekomen. Welke rol kunnen diagnostische centra spelen als het gaat om 0- tot 4-jarigen? Zijn er ook andere oplossingen denkbaar om de mogelijkheden voor diagnostiek uit te breiden? En zo ja, hoe kunnen die worden ontwikkeld en geïntroduceerd?

Aanbeveling 5: Versterking van de diagnostische mogelijkheden van de Bureaus Jeugdzorg

De Bureaus Jeugdzorg vormen de toegangspoort tot de – geïndiceerde – jeugdzorg. Zij dienen te beschikken over ruime ervaring in en kennis van (mishandelings)problematiek bij 0- tot 4-jarigen. Het is de verantwoordelijkheid van provincies en van de Bureaus Jeugdzorg zelf om de mogelijkheden van deze bureaus op dit terrein te versterken door deskundigen te betrekken bij de bestaande diagnostische teams. Daarnaast kan door middel van gerichte scholing en training de kennis van de doelgroep binnen de diagnostische teams worden vergroot.

HULPVERLENING

Voor de hulpverlening aan 0- tot 4-jarigen en hun ouders blijken nauwelijks geëigende vormen beschikbaar te zijn, nog afgezien van de wachtlijstproblematiek die algemeen in de jeugdzorg speelt. Er blijkt een grote behoefte te bestaan aan specifieke vormen van hulpverlening. Enerzijds gaat het daarbij om licht ambulante en praktische hulp,

bijvoorbeeld in de vorm van opvoedingsondersteuning, anderzijds is er behoefte aan intensieve en langdurige vormen van behandeling en therapie.

Aanbeveling 6: Ontwikkeling en landelijke verspreiding van specifieke hulpvormen

Voor de hulpverlening aan 0- tot 4-jarigen die het slachtoffer zijn van kindermishandeling en hun ouders dienen nieuwe vormen ontwikkeld te worden en dienen reeds beschikbare succesvolle hulpvormen landelijk te worden verspreid. De rijksoverheid en landelijke organisaties voor werk- en methodieontwikkeling hebben hierin een verantwoordelijkheid. Voor de vormen van licht ambulante hulp kan aansluiting worden gezocht bij bestaande vormen van opvoedingsondersteuning. Van cruciaal belang is dat een volledig hulpaanbod – van licht ambulant tot langdurig en intensief – beschikbaar is voor alle regio's. Op initiatief van de provinciale overheid kunnen zorgprogramma's worden ontwikkeld voor mishandelde kinderen van 0 tot 4 jaar. Daardoor kunnen hiaten in het hulpaanbod worden onderkend en kan een samenhangend en volledig aanbod worden gerealiseerd.

SAMENWERKING

Hoewel veel tijd en energie wordt gestoken in samenwerkingsverbanden, heerst onder beroepsbeoefenaren ontevredenheid over de effectiviteit en de continuïteit ervan, en bestaat behoefte om de samenwerking te verbeteren. De aansluiting tussen de eerste en de tweede lijn is in veel gevallen niet optimaal. Bovendien blijken bestaande samenwerkingsverbanden zich nauwelijks specifiek op 0- tot 4-jarigen te richten.

Aanbeveling 7: Eisen stellen aan samenwerking

In veel samenwerkingsverbanden is een gedegen advies omtrent het functioneren op zijn plaats. Gemeenten en provincies die deze samenwerkingsverbanden financieel ondersteunen zouden duidelijkere eisen moeten stellen aan de vorm, de samenstelling en de agenda van het samenwerkingsverband. Op landelijk niveau kan het streven naar verbetering van samenwerkingsverbanden ondersteund worden door middel van het verzamelen, analyseren en overdragen van succesvolle vormen van samenwerking. Daarbij zou specifieke aandacht besteed moeten worden aan samenwerking betreffende 0- tot 4-jarigen.

Literatuur

- Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg
Van antwoord naar vraag. Een nieuw zicht op jeugdzorg. Eindrapport. Den Haag: Ministerie van VWS en ministerie van Justitie, 1999
- Akker, M. van den, S.S.L. Mol e.a.
Zorg voor traumaslachtoffers. Huisartsen moeten helpen, maar kunnen niet altijd.
Medisch contact, jrg. 56, nr. 35, p. 1235-1238, 2001
- Baartman, H.
Kindermishandeling is een politieke kwestie. *Nederlands tijdschrift voor jeugdzorg*, jrg. 4, nr. 3, p. 31-39, 2000
- Baeten, P.
Niet bij melden alleen. Voorstellen voor het melden van kindermishandeling door beroepsgroepen (werktitel). Utrecht: NIZW, [nog te verschijnen]
- Baeten, P., K. Kooijman en P. Rovers
Meersporenbeleid in beweging. Ontwikkelingen in de aanpak van seksuele kindermishandeling. Utrecht: NIZW, 2000
- Baeten, P.A.C.M., M.C. Zwikker e.a.
Verder met CLAS. Resultaten en overdraagbaarheid van contextuele hulpverlening na seksueel misbruik. Utrecht: NIZW, 2000
- Bakker, I. en N. de Bruyn
Jeugd en samenwerking. Aansluiting tussen lokaal jeugdbeleid en jeugdzorgbeleid: acht voorbeelden uit de praktijk. Utrecht: NIZW, 1999
- Bartelds, A.I.M.
Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1999. Utrecht: NIVEL, 2000
- Berge, I.J. ten
Besluitvorming in de kinderbescherming. De ontwikkeling en evaluatie van een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Delft: Eburon, 1998

- Brugman, E., S.A. Reijneveld e.a.
Peilingen in de jeugdgezondheidszorg 1997/1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999
- Buffing, F.A.L. en A.P. van der Zanden
 Signalen en symptomen van kindermishandeling. Baartman, H. en A. van Montfoort (red.), *Kindermishandeling: resultaten van multidisciplinair onderzoek*. Utrecht: Data Medica, 1992
- Burauen, G.
Protocollering binnen de jeugdgezondheidszorg: kindermishandeling. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000
- CBS / Centraal Bureau voor de Statistiek
Gebruik medische voorzieningen. Voorburg/Heerlen: CBS, 2001
- CBS / Centraal Bureau voor de Statistiek
Kindercentra. Voorburg/Heerlen: CBS, 2000
- Cicchetti, D. and K. Olson
 The developmental psychopathology of child maltreatment. Lewis, M. and S.M. Miller (eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York/London: Plenum, 1990
- Cicchetti, D., S. Toth and M. Bush
 Developmental psychopathology and incompetence in childhood: suggestions for intervention. Lahey, B.B. and A.E. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol. 11. New York: Plenum Press, 1988
- Compernelle, T.
 Eerste hulp bij kindermishandeling en het Struisarts-syndroom. *Tijdschrift kindergeneeskunde*, jrg. 64, nr. 4, p. 168-179, 1996
- Crittenden, P.M.
 Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. Browne, K., C. Davies and P. Stratton (eds.), *Early prediction and prevention of child abuse*. Chicester: John Wiley, 1988
- Dam, C. van, M. Ploegmakers en P. Wiebes
Zicht op zorg en welzijn: beleid en voorzieningen. Utrecht: NIZW, 2000
- Dijk, Van Soomeren en partners, Van
Evaluatie Beleidsbrief bestrijding van kindermishandeling. Amsterdam: DSP, 1994

- Egeland, B., L.A. Sroufe and M. Erickson
The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse & neglect*, 7, 4, p. 459-469, 1983
- Erickson, M.F., B. Egeland and R. Pianta
The effects of maltreatment on the development of young children. Cicchetti, D. and V. Carlson (eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989
- Fossen, D.
Hulpverlening aan seksueel misbruikte kinderen. Doctoraalscriptie. Amsterdam: VU, 1997
- Grietens, H., W. Hellinckx e.a.
Rationale and development of a screening instrument for social nurses to identify risks on child abuse and neglect. *International journal of child & family welfare*, 4, 1, p. 24-41, 1999
- Hermanns, J.
De preventie van kindermishandeling. Kansen in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. Utrecht: NIZW, 2000
- Hoefnagels, C.J.
Met recht van spreken. Enkele theoretische en empirische bijdragen ten behoeve van de secundaire preventie van kindermishandeling. Amsterdam: SWP, 2001
- Hoeven, M. van der
Vroegtijdige onderkenning van dreigende en manifeste psychosociale problematiek bij baby's. Doctoraalscriptie Orthopedagogiek. Leiden: Universiteit Leiden, 1999
- Konings, A., C. van Egten e.a.
De allerjongsten. Handreiking 'Sluitende aanpak voor 0-6 jarigen'. Den Haag: VNG, 2001
- Kooijman, K. en M. Zwikker
Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen. Een beschrijving en analyse van home visitation-programma's ter preventie van kindermishandeling en -verwaarlozing. Utrecht: NIZW, 2001
- Kousemaker, N.P.J.
Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen. Assen: Van Gorcum, 1997

Lamers-Winkelmann, F.

Seksueel misbruik van jonge kinderen – een onderzoek naar signalen en signaleren, en naar ondervragen en vertellen inzake seksueel misbruik. Amsterdam: VU, 1995

Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugdzorg

Multidisciplinaire teams in Dordrecht. Laagdrempelige hulp in de voorschoolse periode. *Nieuwsbrief LCOJ*, nr. 2, juni 2001

Landelijk Platform Jeugdzorg

Wachlijsten in de jeugdzorg. Den Haag: LPJ, 2001

Landweer, M.

Van handelingsprotocol naar standaard: preventie van kindermishandeling. Eindscriptie Orthopedagogiek. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2000

Linden, P. van der, K. Kooijman and F. Lamers

Health effects and health measures associated with child abuse in the Netherlands. Report for the concerted action on the prevention of child abuse for the European Commission. Utrecht: NIZW, 1997

Lutke Schipholt, I.

Het kind van de rekening. Preventie van kindermishandeling verdient meer aandacht. *Medisch contact*, jrg. 56, nr. 6, p. 209-211, 2001

Milner, J.S.

Assessing physical child abuse risk: the Child Abuse Potential Inventory. *Clinical psychology review*, 14, 4, p. 547-583, 1994

Ministerie van Justitie, directie Preventie, Jeugd en Sanctiebeleid

Justitie en jeugd in Nederland. Bundel 1, Jeugdbescherming. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2001

Murphy, S., B. Orkow and R.M. Nicola

Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child abuse and neglect*, 9, p. 225-235, 1985

Nederlandse Gezinsraad

Als vrijwillig te vrijblijvend is. Een studie naar de mogelijkheden van een lichtere rechtsgrond voor pedagogische interventie. Den Haag: Nederlandse Gezinsraad, 2001

Perry, B.D.

The neurodevelopmental impact of violence in childhood. Schetky, D. and E. Benedek (eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry.* Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 2001

Sedlak, A.J. and D.D. Broadhurst

Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect.

Washington D.C.: U.S. Department of Health and Social Services, 1996

Stichting Jeugdbescherming en Jeugdhulpverlening Limburg

Evaluatie Activum. Venlo: SJJL, 2000

Stichting Jeugdbescherming en Jeugdhulpverlening Limburg

Projectplan Activum. Venlo: SJJL, 1999

Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling

Het melden van vermoedens van kindermishandeling. Samenvatting van een onderzoek naar ervaringen en wensen van potentiële melders. Roermond, 1996

Werkgroep Primaire Preventie Kindermishandeling

Ieder kind een kans. Primaire preventie van kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. Bunnik/Utrecht: LCOKZ/NIZW, 2001

Wolzak, A.

Persbericht McLean Hospital: hersenbeschadiging als gevolg van kindermishandeling.

Tijdschrift over kindermishandeling, jrg. 15, nr. 1, p. 13-14, 2001

Wolzak, A.

Verpleegkundige in de hoofdrol. VU Ziekenhuis stimuleert herkenning van kindermishandeling op de spoedeisende hulp. *VKMagazine*, jrg. 13, nr. 2, p. 11-12, 1999

Youngblade, L.M. and J. Belsky

Social and emotional consequences of child maltreatment. Ammerman, R.T. and M. Hersen (eds.), *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect.* New York: Plenum, 1990

HET NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ZORG EN WELZIJN / NIZW

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich door middel van informatie, innovatie en ondersteuning richt op vernieuwing en verbetering van de sector zorg en welzijn. In deze sector werken ruim 400.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningbouwcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW.

De werkzaamheden van het NIZW zijn geclusterd rond de thema's *informatie en infrastructuur, jeugdzorg en -welzijn, zorgen en verplegen, organisatie van zorg en lokaal sociaal beleid*. Binnen deze kaders houden de medewerkers van het NIZW zich bezig met de ontwikkeling en implementatie van nieuwe methodieken en informatieproducten, met afstemmingsvraagstukken en expertiseontwikkeling. Dat resulteert onder meer in congressen, trainingen, boeken, brochures, almanakken, databestanden, websites, cd-rom's, video's en een informatielijn.