

**De preventie van kindermishandeling:
kansen in de jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen
*J.M.A. Hermans***

J.M.A. Hermans
CoAct Consult, Woerden
Faculteit Opvoedkunde Universiteit van Amsterdam

April 2000
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn,
Utrecht
Maart 2001, 2^e druk

Voorwoord

Hoe kunnen we kindermishandeling beter voorkomen? Het Expertisecentrum Kindermishandeling van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn meent dat met name de Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen (Ouder- en KindZorg), een belangrijke rol kan spelen bij de preventie van kindermishandeling. Juist in deze tijd, waarin de Jeugdgezondheidszorg haar taken en functies herformuleert – onder andere met een nieuw Wettelijk Pakket - doen zich nieuwe mogelijkheden voor. Dit geldt zeker ook voor taken als opvoedingsondersteuning en het signaleren van kindermishandeling en –verwaarlozing.

Het Expertisecentrum Kindermishandeling wil bijdragen aan de discussie over de rol die de Ouder- en KindZorg (OKZ) op dit gebied kan spelen. Eén bijdrage is de deelname aan de landelijke werkgroep 'OKZ en primaire preventie van kindermishandeling', een gezamenlijk initiatief met het Landelijk Centrum OKZ. Deze werkgroep van betrokkenen uit het veld van de OKZ zal eind 2000 haar conclusies en aanbevelingen rapporteren.

Een tweede bijdrage vormt de nu voor u liggende notitie. Deze notitie heeft een geschiedenis. Enige tijd geleden organiseerde het Expertisecentrum een studiedag over primaire preventie van kindermishandeling. Eén van de inleiders was prof. dr. J.M.A. Hermanns, die onder meer als stelling poneerde: *'Met relatief eenvoudige maatregelen kan in de jeugdgezondheidszorg een systeem van opvoedingsondersteuning worden gecreëerd dat een aanzienlijk aantal gevallen van kindermishandeling in Nederland kan voorkomen'*. Een prikkelende stelling, en het Expertisecentrum heeft de heer Hermanns, in zijn hoedanigheid als partner bij CoAct Consult, daarom gevraagd deze nader uit te werken. Hierbij is hij uitgegaan van een scenario dat aansluit op bestaand beleid bij de jeugdgezondheidszorg en het omringende veld, en waarvoor weinig extra middelen op macroniveau nodig zullen zijn.

Het Expertisecentrum is van mening dat de resulterende notitie een zeer waardevolle analyse bevat, met duidelijke argumentaties en behartigenswaardige aanbevelingen. Wij brengen deze dan ook graag onder de aandacht van uitvoerenden, managers en beleidsverantwoordelijken in de Ouder- en KindZorg. Samen met het zojuist genoemde rapport van de landelijke werkgroep verschaft deze notitie materiaal voor gedachtevorming en beleidsontwikkeling.

Wij hopen dat de lezers de titel van de notitie als leidraad zullen nemen: het gaat immers om kansen voor de preventie van kindermishandeling en kansen voor de jeugdgezondheidszorg. Laten we die kansen benutten!

Klaas Kooijman
Expertisecentrum Kindermishandeling, NIZW

De Ouder- en KindZorg¹: een opvoedingsondersteunende voorziening

Jaarlijks bezoeken ruim 770.000 kinderen onder de vier jaar met hun ouders één van de 1500 consultatiebureaus van de Ouder- en KindZorg (OKZ). Daarnaast brengen de verpleegkundigen van de OKZ een aantal huisbezoeken. Dit systeem levert door de preventieve en systematische zorg een belangrijke bijdrage aan het gegeven dat de Nederlandse jeugd een der gezondste van de hele wereld is. Dat kost overigens niet veel: 0,5 procent van het gezondheidszorgbudget, ofwel 0,3 miljard (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en Landelijk Centrum voor Ouder- en KindZorg, 2000). Verreweg de meeste jeugdigen die uiteindelijk met ernstige opgroei- en opvoedproblemen in de jeugdzorg terechtkomen, vallen al vroeg in hun leven op door gedrags- en opvoedingsproblemen. In de dossiers kan men lezen dat de meeste ouders al vroeg in het leven van hun kind hun problemen voorgelegd hebben aan deskundigen. Deze problemen worden in de vorm van allerlei vragen over de ontwikkeling en opvoeding ook in de consultatiebureaus en met de verpleegkundigen besproken. Steeds meer begint men te ontdekken dat de mogelijkheden van de OKZ op het terrein van de preventie van gedrags- en opvoedingsproblemen op dit moment onderbenut worden. Met name door een beter inzicht in het ontstaan van ernstige jeugdproblematiek, waaraan kennis in de werking van risicofactoren en protectieve factoren heeft bijgedragen, realiseert men zich dat het huidige jeugdzorgsysteem te vaak pas in actie komt als het probleem nog maar moeilijk oplosbaar is. Mede geïnspireerd door de succesvolle bijdragen van de OKZ aan de lichamelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking, is de verwachting ontstaan dat de OKZ zal kunnen bijdragen aan preventief werkende opvoedingsondersteuning die ervoor zal kunnen zorgen dat de ernstige jeugdproblematiek substantieel verminderd wordt.

De OKZ wordt aldus steeds meer geconfronteerd met het thema opvoedingsondersteuning. In de eigen kring is er consensus dat de OKZ zich moet profileren als 'dé ondersteuner van ouders bij de opvoeding en verzorging van jonge kinderen' (Prinsen & Lim, 1999). In beleidsnota's van de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheid wordt voortdurend gewezen op de belangrijke positie van de OKZ in het beleid op het terrein van de opvoedingsondersteuning. Zo staat in de recente beleidsnotitie *Positionering Jeugdgezondheidszorg* (op 4 februari 2000 door Staatssecretaris Vliegthart aangeboden aan de Tweede Kamer) te lezen:

'Veel problemen kunnen door het consultatiebureau of de schoolgezondheidszorg worden gesignaleerd. Daardoor is vroegtijdige advisering en begeleiding mogelijk en kan een beroep op meer gespecialiseerde hulp voor een groot deel worden voorkomen of kan –wanneer nodig– die hulp tijdig worden ingeschakeld. Daarbij gaat het niet alleen om de gezondheid van jeugdigen, maar ook om hun sociaal-emotionele ontwikkeling en om het waar mogelijk voorkomen van (dreigende) problemen in de opvoedingssituatie, zoals kindermishandeling en verwaarlozing.' (p8).

Deze beleidsintenties worden op dit moment nog niet op grote schaal vertaald in concrete maatregelen. Zowel methodisch-inhoudelijk als wat betreft de financiering houdt men zich vooral met het uitspreken van wenselijkheden bezig.

Een van de thema's waaraan in de meeste nota's hoge prioriteit gegeven wordt, is het voorkómen van kindermishandeling. Als men kindermishandeling opvat als een zeer ernstig opvoedingsprobleem valt het voorkómen daarvan binnen het domein van de opvoedingsondersteuning. In deze notitie wordt geïnventariseerd welke condities er in de OKZ gerealiseerd moeten worden om effectief te werken aan het voorkomen van kindermishandeling. Daarbij komen zowel inhoudelijk-methodische thema's als samenwerkingsrelaties met andere voorzieningen aan de orde. Er wordt uitgegaan van een realistisch scenario. Dat wil zeggen dat de aanbevelingen die gedaan zullen worden geen of slechts weinig additionele middelen op macroniveau zullen vragen. Ook is zoveel mogelijk aangesloten op bestendig beleid in de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg en de opvoedingsondersteuning.

¹ De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en het Landelijk Centrum voor Ouder- en KindZorg (2000) geven er de voorkeur aan te spreken over Jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jaar. In deze nota zal de meer gangbare term Ouder- en KindZorg gehanteerd worden.

Kindermishandeling: keuze voor verklaringsmodel

Om effectief aan preventie van een probleem te kunnen doen is het noodzakelijk een verklaringsmodel te hebben dat beschrijft waarom en hoe het probleem ontstaat. In dat model zijn onder nadere opgenomen de oorzaken van hetgeen men wil voorkomen, de condities die het ontstaan van het probleem bevorderen en de condities die het ontstaan ervan tegengaan. Nu is zo een model bij kindermishandeling niet eenvoudig op te stellen. Er zijn weliswaar vele variabelen en condities (bij kind, gezin of in de bredere context) die statistisch samenhangen met het vóórkomen van kindermishandeling (de zogenaamde risicofactoren), maar de voorspellende waarde van deze variabelen is te gering om individuele prognoses te kunnen doen, zelfs als men alle bekende risicofactoren bij de predictie betreft. In een recent lange termijn onderzoek legden de Amerikaanse onderzoekers Brown, Cohen, Johnson en Salzinger (1999) een relatie tussen een groot aantal risicofactoren² in de vroege jeugd aan de ene kant en kindermishandeling in de eerste 18 levensjaren aan de andere kant. De onderzochte risico's waren demografisch (zoals opleiding, inkomen en gezinssamenstelling), gezinsgebonden (bijvoorbeeld psychische problematiek bij de ouders, chronische ziekte van de ouders) en kindgebonden (zoals vroeggeboorte, moeilijk temperament).³ Bij het vaststellen van kindermishandeling keken ze zowel naar de officiële meldingen als naar achteraf door kinderen zelf gerapporteerde mishandeling. Zowel fysieke mishandeling, verwaarlozing als seksueel misbruik namen sterk toe naarmate het aantal risicofactoren steeg. Als er vier of meer risicofactoren waren (in welke combinatie dan ook) had 23 procent van de kinderen met een of meer vormen van mishandeling te maken. Als risico's en stressoren ontbraken, kwam mishandeling voor in 2 procent van de gevallen. Dit onderzoek maakt duidelijk dat kindermishandeling vaak te maken heeft met een opeenstapeling van allerlei risicofactoren en stressoren. Maar zelfs bij de maximale risicocumulatie was er in 77 procent van de gevallen nooit een melding van mishandeling geweest en rapporteerden ook de kinderen zelf nooit mishandeld te zijn. Dergelijke percentages 'vals positieven' treft men ook bij ander (prospectief) onderzoek aan (zie Baartman, 1996, voor een overzicht). De doorgaans in Nederland gebruikte verklaringmodellen voor het ontstaan van kindermishandeling sluiten overigens wel aan op het type onderzoek zoals dat van Brown en anderen. Men gaat uit van een multifactoriële bepaaldheid van kindermishandeling. Men gaat ervan uit dat een teveel aan stressoren en risico's in gezinnen leidt tot een overbelasting van het systeem. Men veronderstelt een onevenwichtigheid in de verhouding tussen draaglast en draagkracht (bijvoorbeeld Baartman, 1996). Met name als er geen steunend sociaal netwerk als protectieve factor aanwezig is, wordt de draagkracht uiteindelijk overschreden en er ontstaan ernstige opvoedingsproblemen (zie Hermanns, 1998, voor een overzicht van sociale netwerken als protectieve factor bij opvoedingsproblemen). Kindermishandeling is daarvan een van de mogelijke uitkomsten. De risicofactoren die samenhangen met kindermishandeling zijn overigens niet erg specifiek voor kindermishandeling. Het zijn doorgaans dezelfde factoren die samenhangen met andere opvoedings- en ontwikkelingsproblemen zoals gedragsproblemen, psychische problemen, schoolproblemen en delinquentie, verslaving enzovoorts.

² Er is in de wetenschappelijke literatuur nog al wat discussie over de definitie van een risicofactor. Hier wordt deze definitie gehanteerd: een risicofactor is een kenmerk van het kind, van het gezin of van de context waarin het gezin leeft, dan wel een gebeurtenis die kind en of gezin meemaken die in empirisch gecontroleerd onderzoek gebleken is boven kansniveau te correleren met ongunstige ontwikkelingsuitkomsten of ongewenste kenmerken van de opvoeding (bijvoorbeeld kindermishandeling). Aan risicofactoren worden (evenals aan protectieve factoren, zie Laucht, Esser & Schmidt, 1997) bepaalde aanvullende eisen gesteld om ze als zodanig te kunnen beschouwen. Zo moeten de risicofactoren er zijn, vóórdat het probleem zich begint te manifesteren, ze moeten niet gedefinieerd worden als het ontbreken van een positieve (protectieve) factor en ze moeten niet samenvallen met het probleem waarvoor ze een risico zouden zijn.

³ Van belang is vast te stellen dat men bij dit type onderzoek een goed onderscheid moet maken tussen risicofactoren en beginnende signalen van problemen. Zo worden 'een door professionals als zorgelijk beoordeelde opvoedingssituatie', 'hardhandige straffen door ouders', of 'het als moeilijk ervaren van de opvoeding' vaak ten onrechte als risicofactoren benoemd (zie voetnoot 2). Dit zijn echter de eerste signalen van een opvoedingssituatie die problematisch dreigt te worden. Voor deze invalshoek wordt verwezen naar de paragraaf 'Vroege interventie bij risicotrajecten'.

Dit model is overigens niet in strijd met de uitspraak dat mishandeling in 'alle sociale lagen kan voorkomen'. Ook in hoog opgeleide gezinnen met een riant inkomen kunnen de problemen zich opstapelen. Op basis van kansniveau komt zo een risicocumulatie in gezinnen met een zwakke sociaal-economische positie wel veel vaker voor. De relatie tussen risicofactoren en kindermishandeling wordt in systeemtheoretische begrippen zowel gekenmerkt door de equifinaliteit als door multifinaliteit. Equifinaliteit betekent dat hetzelfde resultaat kan ontstaan uit verschillende beginpunten. In het geval van kindermishandeling: verschillende typen risicofactoren kunnen met één en hetzelfde effect samenhangen, namelijk kindermishandeling. Zie bijvoorbeeld het eerder beschreven onderzoek van Brown e.a. (1999) waarin allerlei typen risicofactoren gerelateerd waren aan kindermishandeling. Multifinaliteit wil zeggen dat een bepaald beginpunt geheel verschillende uitkomsten kan opleveren: risicofactoren die samenhangen met kindermishandeling hangen vaak ook samen met andere problematische ontwikkelingsuitkomsten. Zo blijken dezelfde contextuele risicofactoren voor kindermishandeling ook sterk samen te hangen met druggebruik en met delinquentie (Coulton, Korbin, Su, & Chow, 1995). Daarbij is eveneens duidelijk dat de relatie tussen 'oorzaak' en 'gevolg' alleen maar op kansniveau kan worden uitgedrukt, waarbij men doorgaans over relatief kleine waarschijnlijkheden spreekt. Deze constatering hebben betekenis voor de wijze waarop men de preventie van kindermishandeling dient aan te pakken.

Het preventiecontinuüm

In de afgelopen jaren zijn discussies over de taak van de OKZ in de preventie van kindermishandeling, uitgaande van de noodzaak van vroegtijdige opvoedingsondersteuning, vaak gevoerd vanuit een aantal tegengestelde proposities. Voorbeelden van deze tegenstellingen: wel of niet dwang en/of drang, wel of niet gericht op risicogroepen, ondersteunend of juist directief. In deze nota wordt ervoor gekozen om een meer systematische en empirisch zo goed mogelijk onderbouwde analyse uit te voeren vanuit preventiestrategieën zoals die in de 'mental health' circuits gangbaar zijn. Pas na deze analyse is het mogelijk om keuzes te maken uit (soms schijnbare) tegenstellingen.

Bij het nagaan van de mogelijkheden van preventie en vroege interventie kan een continuüm van activiteiten onderscheiden worden. De onderstaande schaal van vijf stappen is gebaseerd op een indeling in vier stappen van de Group for the Advancement of Psychiatry (GAP), Committee on Preventive Psychiatry (1999) en Bennett e. a. (1998). De verschillende stappen kunnen beschouwd worden als keuzes om in te steken op een bepaald moment in de ontstaansgeschiedenis van een probleem. Bijvoorbeeld stap 1 steekt in als er nog helemaal geen probleem is en men ook niet weet waar het zich zou kunnen voordoen. Iedereen behoort dan tot de doelgroep. Bij de laatste stap is er sprake van een duidelijk geïndiceerde problematiek. In feite is men te laat voor preventie, maar wellicht kunnen de gevolgen nog beperkt worden. Er is aan de indeling van de GAP een stap toegevoegd, die met name voor de preventie van kindermishandeling van groot belang zou kunnen zijn: de vierde stap in de onderstaande reeks. Tussen haakjes staat de terminologie van de GAP.

1. Preventie, gericht op de gehele populatie van (jonge) kinderen ('universal prevention').
2. Preventie, gericht op demografisch of geografisch afgebakende doelgroepen, waarin een verhoogde prevalentie van het probleem aanwezig is ('selective preventive interventions').
3. Preventie, gericht op risico-individen die op grond van individuele kenmerken geselecteerd worden door middel van een screening ('indicated preventive interventions').
4. Vroege interventie gericht op individuen die risicotrajecten zijn ingegaan, dat wil zeggen, individuen die eerste signalen van beginnende problemen afgeven die gerelateerd zouden kunnen zijn aan de stoornis en daarmee als 'high risk' kunnen worden beschouwd (niet opgenomen in de gebruikte publicaties).
5. Vroege diagnostiek en interventie bij de eerste volledige manifestatie van het probleem ('clinical interventions').

Deze vijf stappen zullen nu besproken worden vanuit het perspectief van het voorkomen van kindermishandeling in en/of door de OKZ, rekening houdend met het verklingsmodel van de vorige paragraaf.

Hierbij moet bedacht worden dat de vijf stappen meer het karakter hebben van punten op een continuüm dan duidelijk af te grenzen strategieën.

Universal prevention

De populatie van de OKZ bestaat uit ouders met kinderen tot 4 jaar oud.

Men kan ervan uitgaan dat alle maatschappelijke activiteiten die gericht zijn op het vergroten van de competenties van deze ouders en andere opvoeders (met name in het onderwijs) indirect een effect hebben op het voorkomen of verminderen van kindermishandeling. Het terugdringen van autoritaire opvoedingsstijlen, het terugdringen van fysieke strafgewoonten, het voorkomen van een emotioneel negatieve spiraal in de interacties tussen opvoeders en kinderen, het bekend maken met mogelijkheden om laagdrempelige hulp te zoeken zal allemaal in beginsel kunnen bijdragen aan het voorkomen van kindermishandeling. Aldus levert

de OKZ waarschijnlijk reeds een substantiële bijdrage aan het voorkomen van kindermishandeling. De bijdrage van de OKZ zou verder kunnen bestaan uit voorlichting door middel van voorlichtingsmateriaal en persoonlijke voorlichting aan alle ouders. Men zou dit populatiegerichte psycho-educatie kunnen noemen. De OKZ kan hierbij voor een groot deel putten uit het werk van de VKM. Andere vormen van voorlichting en psycho-educatie zoals oudergroepen en inloopspreekuren vallen buiten de universele preventie omdat daarmee slechts een klein deel van de populatie bereikt wordt.

Gezien de bovenstaande analyse van kindermishandeling als een resultaat van een risicocumulatie moet echter de werkzaamheid van voorlichting niet overschat worden. Voorlichting is het meest effectief als het gaat om een eenvoudig gedrag. Kindermishandeling wordt echter gekenmerkt door complexiteit in oorzaken en in de feitelijke manifestatie.

Daarnaast zal voorlichting vooral op het veranderen van cognities, dus van inzicht gericht zijn.

Van ouders die hun kinderen mishandelen mag echter in verreweg de meeste gevallen verondersteld worden het inzicht te hebben dat fysiek geweld ongewenst is. Weliswaar is het zo dat tientallen procenten van de Nederlandse ouders (Peeters & Woldringh, 1993) fysieke straffen wel eens toepast. Tegelijkertijd blijkt uit een studie van Aussums en Zwaan (1991) naar het straffen en belonen in de gezinsopvoeding dat van alle vormen van straffen de fysieke straf het minst wenselijk gevonden wordt. Het inzicht is er meestal wel, maar de praktijk van de opvoeding kent meer en belangrijker gedragsdeterminanten dan inzicht.

Een zelfde redenering zal waarschijnlijk ten aanzien van verwaarlozing, psychische mishandeling en seksueel misbruik kunnen worden opgezet.

Ook mag verondersteld worden dat verreweg de meeste ouders elementaire opvoedingsvaardigheden bezitten om hun kinderen op te voeden. Het gaat waarschijnlijk minder om 'cognitions and skills', maar om het onvermogen om deze toe te passen. Wahler en Dumas (1989) veronderstellen bijvoorbeeld op basis van stress-theoretische inzichten dat chronische stress ouders in een disfunctioneel reactiepatroon brengen dat niet meer differentieert tussen verschillende personen zoals kinderen, de levenspartner, collega's en dergelijke. Het herstel van de differentiatie in functionele relaties zou het belangrijkste doel van de interventie moeten zijn. Vaardigheden en inzichten zijn volgens deze auteurs doorgaans al aanwezig.

Een ander nadeel van populatiegerichte psycho-educatie is dat men vaak (een deel van de) de doelgroep juist niet bereikt. Met name de ouders die in hun leven te maken krijgen met risicocumulatie zullen niet altijd openstaan voor eenvoudig voorlichtingsmateriaal.

De conclusie kan zijn dat specifieke acties van de OKZ, gericht op de volledige populatie, wellicht indirect wel een effect zullen hebben op het voorkomen van kindermishandeling, maar dat het vooralsnog onzeker is hoe groot dat effect zal zijn.

Een op alle gezinnen gerichte individuele ondersteuning, die verder gaat dan voorlichting, met het expliciete doel om kindermishandeling te voorkomen moet in ieder geval om pragmatische redenen afgewezen worden: zo'n landelijk breed opvoedingsondersteuningsaanbod is onbetaalbaar. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of het zogenaamde groepsconsultatiebureau zoals ontwikkeld door Faddegon een goede tussenweg zou kunnen zijn. Met een dergelijke aanpak bereikt men in één sessie ongeveer tien ouders tegelijk. De relativering van de effecten van voorlichting hoeft echter niet te betekenen dat populatiegerichte voorlichting net zo goed achterwege zou kunnen blijven. Eén van de mogelijke effecten zal zijn dat het thema kindermishandeling duidelijker op de maatschappelijke agenda gezet wordt. Er kan aldus een draagvlak voor andere interventies gecreëerd worden. Daardoor kunnen bespreekbaarheid en meldbereidheid bijvoorbeeld toenemen.

Selective preventive interventions

Bij deze benadering kiest men voor een selectie van een complete subpopulatie uit de gehele populatie als doelgroep. Men baseert de selectie op evidentie over verhoogde prevalentie van het probleem dat men wil voorkomen. De gehele sub-populatie is dan doelgroep van de interventie. Zo kan men op grond van leeftijd, inkomen, wijk waarin men woont of andere meer inhoudelijke criteria, sub-populaties definiëren waarin er een verhoogde kans is op kindermishandeling.

In Nederland is, door de casuïstische publicaties van Ben Renssen, de Utrechtse wijk C bekend geworden als zo'n wijk. In het internationale onderzoek zijn de publicaties van Coulton bekend geworden. Hij en zijn collega's laten bijvoorbeeld zien dat wijken zeer sterk kunnen verschillen in de prevalentie van kindermishandeling. Zij onderzochten kindermishandeling in de stadswijken van Cleveland. Van 177 wijken van ongeveer 2000 inwoners per wijk werden de 'census-tracts' gebruikt om het welzijnsniveau van iedere wijk te schatten. Iedere wijk kreeg een score op drie indicatoren: 'verarming' (bijvoorbeeld aantal huishoudens onder de armoedegrens, aantal leegstaande woningen, aantal alleenstaande moeders, 'opvoedingslast' (onder andere de ratio kind-volwassenen, de ratio vrouwen-mannen) en 'instabiliteit' (bijvoorbeeld het aantal verhuizingen in de voorafgaande vijf jaar). De indicatoren waren goed in staat verschillen in gemelde kindermishandeling tussen wijken te voorspellen (een multiple correlatie van ruim 0,70). De beste voorspeller van mishandeling was het wijkenmerk 'verarming'. De twee andere indicatoren leverden echter ieder nog een onafhankelijke en significante bijdrage aan de voorspelling van mishandeling.

Ook vele andere studies laten zien dat er een duidelijk verband is tussen bepaalde demografische subpopulaties en kindermishandeling. Met name socio-economische kenmerken spelen hierbij een rol. Echter: ook criteria zoals een zeer laag geboortegewicht of teenage-moederschap kunnen gehanteerd worden.

De preventieve interventies, gericht op specifieke demografische en/of geografische afgebakende doelgroepen hebben enige traditie in de USA. De begrippen 'Head Start' wijk en 'group at risk' zijn daar eerder geaccepteerd dan de Nederlandse begrippen achterstandswijk en risicogroep. In Nederland is nogal wat bezwaar gemaakt tegen het definiëren van risicogroepen zoals de bekende ongehuwde jonge allochtone moeders.

De Amerikaanse benadering van interventies in de opvoedingssituatie die zich richten op risicovolle subpopulaties is succesvol gebleken. De family support programma's voor specifieke wijken dan wel specifieke doelgroepen hebben een aantal malen duidelijke effecten laten zien, waarvan sommige ook op de langere termijn aantoonbaar bleken (onder andere Seitz e.a., 1985; Cunningham e.a., 1995; Webster-Stratton, 1998).

Ook interventies in risicovolle subpopulaties, gericht op het voorkomen van kindermishandeling, blijken succesvol te kunnen zijn. Dit bleek onder andere uit een recent overzicht (een meta-analyse op 19 gecontroleerde effectstudies) van de effecten van zogenaamde home-visitor programma's voor ouders van zeer jonge kinderen in de USA door Guterman (1999). Er werd gekeken naar 'harde' indicatoren van kindermishandeling: meldingen, maar er werden ook vragenlijsten afgenomen en/of observaties verricht in gezinnen om ouderlijk gedrag te kunnen vaststellen dat nauw samenhangt met kindermishandeling (bepaalde vormen van straffen bijvoorbeeld). Het betrof programma's die aan

gezinnen in een sub-populatie werden aangeboden. Geselecteerd werd alleen op geografische kenmerken (wonen in een bepaalde wijk) en demografische kenmerken (leeftijd van de moeder bijvoorbeeld). Het individuele psychosociale risicoprofiel van het gezin speelde geen rol. De gemiddelde effectgrootte was overigens maar 3,72 procent als het ging om het terugdringen van meldingen. In een klein aantal projecten werd overigens op termijn van enkele jaren (tot en met de kleuterperiode) een effect van 10 tot 20 procent gehaald. De conclusie kan dus zijn dat selectieve preventieve interventie een merkbaar effect kan hebben bij het voorkomen van kindermishandeling. Waaruit bestond nu de inhoud van de werkzame programma's?

Het meest bekende is het 'prototype' van de home visitation van Olds en collega's: het Prenatal/Early Infancy project (1986). In dit project werden prenataal tweemaal per week en in de eerste twee levensjaren aanvankelijk wekelijks, later twee-, drie-, tot zeswekelijks door verpleegkundigen huisbezoeken gebracht.

Tijdens deze bezoeken werd:

1. informatie over de ontwikkeling van kinderen gegeven
2. het gebruik van het eigen sociale netwerk gestimuleerd
3. bemiddeld tussen professionele zorgvoorzieningen en de moeder.

De activiteiten van de verpleegkundige waren gebaseerd op een empowerment model: de sterke kanten van het gezin werden aangesproken en er werd zo weinig mogelijk geproblematiseerd.

Opgemerkt moet worden dat de beschreven programma's pilots zijn, die slechts een kleine groep gezinnen bereikten. (Olds en collega's bereikten zo'n 400 primipara).

Het zal duidelijk zijn dat het onmogelijk is thans van de OKZ een dergelijke tijdsinvestering te vragen voor complete subpopulaties. Toch ligt het voor de hand

de OKZ, gezien het grote bereik en de (ondanks kritische geluiden over de kwaliteit van de feitelijke dienstverlening) onbetwiste maatschappelijke positie in de ogen van ouders, centraal te stellen in het organiseren van dit aanbod.⁴

Een mogelijke oplossing is het uitbreiden van de staf met vrijwilligers (met eventueel een beperkte vergoeding) of paraprofessionals. In Nederlandse projecten als Home-Start, MIM en Opstap is het mogelijk gebleken op een effectieve manier paraprofessionals of vrijwillige medewerkers in te schakelen.

Het wordt dan een taak van de OKZ deze vrijwilligers te werven, ze op te leiden en ze te begeleiden. Het is van belang dat de vrijwillige medewerkers geïdentificeerd worden met de OKZ, en dat via de OKZ (zie onderdeel drie van het programma van Olds e.a.) de relaties met andere voorzieningen gelegd worden.

De OKZ kan, mede door gebruik te maken van de ervaringen en expertise in projecten zoals Home-Start, de benadering van empowerment en family support in haar eigen organisatie verder uitbouwen. De Amerikaanse Home Visitation programma's zijn vrijwillig. Dat wil zeggen dat men gezinnen vraagt deel te nemen. Stigmatisering kan vermeden worden, omdat alle gezinnen die tot een bepaalde subpopulatie horen worden gevraagd. Dat zal zeker het geval zijn als men zich richt op geografische subpopulaties (wijken bijvoorbeeld).

Een eerste aanbeveling is derhalve dat de OKZ ten behoeve van bepaalde sub-populaties programma's ontwikkeld voor home visitation door paraprofessionals en/of vrijwilligers. Van de OKZ wordt een investering in een werkstructuur voor deze paraprofessionals/vrijwilligers gevraagd.

Indicated preventive interventions

Bij deze insteek wordt ervoor gekozen om individuele gezinnen (ouders en/of kinderen) op te sporen die een verhoogd risico lopen op het voorkomen van kindermishandeling. Dit gebeurt doorgaans door

⁴ Uiteraard kan de OKZ hierbij samenwerken met andere sectoren en voorzieningen. De huidige versnippering van het aanbod vraagt er echter om dat er een verantwoordelijke 'stakeholder' voor de opvoedingsondersteuning aan ouders van jonge kinderen wordt aangewezen en voorzien wordt van de middelen om deze taak uit te voeren. In deze notitie wordt er van uitgegaan dat de OKZ het meest voor deze positie in aanmerking komt.

een screening, die in een algemene populatie of in bepaalde subpopulaties wordt toegepast. Men richt zich niet meer op het omschrijven van een subpopulatie, maar op het detecteren van specifieke individuele casuïstiek⁵.

Preventieactiviteiten, gericht op (groepen van) risico-individen, zijn alleen mogelijk als de predictieve waarde van de risicofactoren voldoende groot is en men daarnaast een efficiënte screening weet te realiseren waardoor men de risico-individen met een zekere mate van betrouwbaarheid kan detecteren.

Gezien de bovenstaande analyse van het ontstaan van kindermishandeling, en bij een zuivere definitie van het begrip risicofactor, is een dergelijke screening niet erg valide uit te voeren. Als men op grond van risicofactoren probeert te voorspellen in welke gezinnen mishandeling in de toekomst zal plaatsvinden, zal in het grootste deel van de gedetecteerde gezinnen er geen mishandeling plaatsvinden⁶. Als men de gegevens van Brown en collega's interpreteert als prognostische gegevens, levert zo een voorspelling nog altijd 70 procent vals positieven op⁷. Uitgaande van 50 voorspelde gevallen van mishandeling per 1000 kinderen (uitgaande van een gelijke base-rate van 0,5%) levert dit 15 terecht gesignaleerde en 35 ten onrechte gesignaleerde gevallen op. Daarnaast blijkt dan dat 35 gezinnen niet de hulp krijgen die ze nodig zouden hebben. Bij een probleem met een dergelijke lage base-rate is screening een zeer hachelijke zaak. Om 15 gezinnen te kunnen helpen moet men 35 gezinnen overbodige (en stigmatiserende) hulp geven en mist men daarnaast het grootste gedeelte van de gezinnen die wel hulp nodig hebben. Dergelijke foutenmarges hoeven echter nog geen reden te zijn om af te zien van screening. Uiteindelijk gaat het om de kosteneffectiviteit. De voordelen (effectieve verwijzing en behandeling van de terecht geïdentificeerde casussen) moeten afgewogen worden tegen de nadelen: kosten van de screening, overbodige behandeling, het niet of minder investeren in andere vormen van preventie).

Het is daarom van belang te kijken naar de te verwachten effecten van interventies.

Een meta-analyse van de effecten van tien home-visitation programma's voor individueel geselecteerde gezinnen (Guterman, 1999) laat zien dat deze effecten te verwaarlozen zijn en in ieder geval duidelijk achter blijven bij de effecten van selectieve interventies⁸. Home visitation bij geïndiceerde gezinnen blijkt door de bank genomen niet te leiden tot een reductie van meldingen. Gemiddeld nam het aantal meldingen zelfs iets toe: 0,7 procent.

Het is, gezien de foutenmarges van de screening in verhouding tot de tot nu toe aangetoonde effecten van de interventies na screening, niet aan te bevelen om op dit moment in Nederland individuele gezinnen te screenen met een lijst risicofactoren met de bedoeling om geselecteerde gezinnen een preventief programma ter voorkoming van kindermishandeling aan te bieden.

⁵ Er is overigens een glijdende schaal tussen selectieve preventieve interventies en geïndiceerde interventies. Naarmate men meer kenmerken definieert waaraan een subpopulatie moet voldoen, nadert men het punt dat men bij enkele individuele gezinnen uitkomt. En aan de andere zijde: als men de indicatie met slechts enkele globale variabelen definieert, omschrijft men slechts subpopulaties.

⁶ Baartman (1996) noemt enkele studies die een veel betere voorspelling op grond van risicofactoren mogelijk zouden maken. Bij al deze studies bleek in de lijst van gebruikte risicofactoren signalen van reeds aanwezige problemen opgenomen te zijn. Zo werden bijvoorbeeld als risicofactoren genoemd: 'een ander kind is reeds slachtoffer van mishandeling', 'er is eerder sprake geweest van het vermoeden van kindermishandeling', 'verwaarlozing van prenatale zorg' en dergelijke. Deze gegevens vallen in deze notitie niet onder het label risicofactor, maar kunnen als eerste signalen van ernstige opvoedingsproblemen beschouwd worden.

⁷ In een overzicht van de validiteit van de individuele predictie op grond van risicofactoren komt Baartman bij zes empirische studies tot een gemiddeld percentage van 73% 'vals positieven'. Dit percentage ligt dicht tegen de 70% van Brown en collega's.

⁸ Uit het onderzoek van Guterman wordt overigens niet duidelijk waarom de effecten zo gering zijn. Waarschijnlijk speelt een complex van redenen een rol: te veel vals positieven in de interventiegroep, te veel weerstand bij de geselecteerde gezinnen, een te groot aantal zeer problematische en moeilijk veranderbare gezinnen in de geselecteerde groep.

Vroege interventie bij risicotrajecten

Kindermishandeling doemt zelden uit het niets op. Doorgaans is er eerder reeds sprake van opvoedingsproblemen in het gezin. Het is dus zinvol en effectief aandacht te besteden aan deze eerste signalen van risicotrajecten. Het gaat dan niet alleen om de eerste symptomen van verwaarlozing, mishandeling of misbruik, maar om signalen van stagnerende opvoedingssituaties. Dat betekent dat men aandacht moet hebben voor opvoedingsproblemen zoals die zich in een gezin voordoen. Voor een groot deel zullen deze problemen overigens nooit leiden tot kindermishandeling. Ook kunnen heel andere problemen dan kindermishandeling met deze vroege problemen samenhangen. Investeren in beginnende opvoedingsproblemen kan daarom niet alleen op het voorkomen van kindermishandeling gericht zijn, maar moet ingebed zijn in een algemeen aanbod van opvoedingsondersteuning.

In situaties waarin zich opvoedingsproblemen voordoen die verder gaan dan vragen en tijdelijke spanningen is er vrijwel altijd een probleemervaring van ouders en/of andere opvoeders, die ofwel spontaan geuit wordt ofwel in een vraaggesprek relatief snel op tafel kan komen. Ook de zogenaamd moeilijk bereikbare doelgroepen uiten deze vragen. Uit een onderzoek van Bertrand, Hermanns en Leseman (1998) onder honderden Nederlandse en allochtone ouders van jonge kinderen in achterstandssituaties bleek dat vrijwel 100 procent van de ouders vragen en problemen in de ontwikkeling en opvoeding van hun jonge kinderen onderkent en daar steun voor zoekt. Turkse ouders rapporteren vervolgens in 59 procent geen steun te kunnen vinden en Marokkaanse gezinnen in 62 procent. Nederlandse ouders (in achterstandssituaties) rapporteren in 34 procent geen steun te kunnen vinden als ze daar behoefte aan hebben. Dit wil overigens niet zeggen dat de vragen altijd als opvoedingsvragen in de OKZ terechtkomen. Zo kunnen de problemen vaak indirect geuit worden als huisvestingsproblemen, groeioproblemen, problemen van vrijetijdsbesteding en dergelijke. Het organiseren van een systeem van opvoedingsondersteuning waarin de mogelijkheid bestaat individuele opvoedingsvragen te bespreken, is daarom van groot belang. Zo een systeem moet naadloos aansluiten bij de mogelijkheden van diagnostiek en verwijzing naar meer specialistische zorg. Thans bestaan er voor ouders onvoldoende mogelijkheden om hun vragen te uiten en/of sluiten deze systemen van opvoedingsondersteuning onvoldoende aan op de 'achterliggende' voorzieningen. De OKZ is door het grote vertrouwen dat ze krijgt van de meeste ouders (Peeters & Hermanns, 1993) en door het grote bereik van de doelgroep bij uitstek geschikt om de eerste signalen van opvoedingsproblemen te onderkennen.

Op enkele punten dienen er dan wel aanpassingen plaats te vinden. Het eerste heeft te maken met het professionele paradigma van de OKZ. De OKZ heeft een praktische cultuur van snel zoeken naar het juiste antwoord. Gechargeerd gezegd, leidt het 'diagnose-recept' model eerder tot adviezen dan tot support en empowerment (Caris, 1996; Van der Zwaard & Pannebakker, 1997).

Het tweede punt betreft het normerende karakter van de OKZ. Het medisch model leidt tot het zoeken naar standaarden van wat 'pluis' en 'niet pluis' is in de opvoeding en daarmee ook tot een impliciete normatieve standaard ten opzichte van het opvoeden door ouders. Uitgedragen wordt dat er betere en slechtere manieren zijn om kinderen op te voeden. Deze constatering als zodanig is soms nog wel te verdedigen. Het expliciet uitdragen van deze boodschap kan echter een belemmering vormen voor de communicatie met ouders.

Een belangrijke bijdrage aan de 'VTO-kracht' van de OKZ is derhalve gelegen in gesprekstrainingen en open communicatie gericht op het verhelderen van problemen van ouders, zoals ouders die ervaren. Er is inmiddels voldoende expertise op het terrein van de opvoedingsondersteuning om deze trainingen efficiënt en effectief te organiseren (bijvoorbeeld Blokland, 1997).

Een derde noodzaak van aanpassingen is gelegen in de beschikbaarheid van pedagogische deskundigheid in de OKZ voor die gezinnen waar daadwerkelijk opvoedingsondersteuning nodig is. Al sinds de jaren 70 worden er constructies gezocht om pedagogische spreekuren aan de consultatiebureaus OKZ te koppelen. In een aantal plaatsen (bijvoorbeeld Rotterdam en Maastricht) worden op alle consultatiebureaus pedagogische spreekuren gehouden (Thuiszorg Rotterdam, 1998; Zwiép, 1998). De evaluatieonderzoeken wijzen er op dat vooral ouders in achterstandssituaties gebruik maken van dit aanbod en dat er duidelijke effecten in de opvoedingssituatie gerapporteerd

worden. Tussen de één en twee procent van alle ouders blijkt gebruik te maken van dergelijke spreekuren. Thans lijkt de tijd rijp om hier een structurele voorziening van te maken. Het overheidsbeleid, gericht op de zogenaamde Brede Bureaus Jeugdzorg, voorziet in een verschuiving van Jeugdzorgmiddelen naar het lokale niveau. De uitdaging voor de OKZ is structurele samenwerking met dit Bureau Jeugdzorg aan te gaan⁹. Hierdoor komt individuele opvoedingsondersteuning direct (dat wil zeggen binnen een week en zonder tweede beoordeling) ter plaatse (dat wil zeggen in het CB of thuis) beschikbaar, als er opvoedingsproblemen gesignaleerd worden. De ervaring leert dat gemiddeld twee tot vier contacten toereikend zijn. Als deze contacten niet voldoende zijn of wanneer vooraf ingeschat wordt dat een andere aanpak meer effect zal hebben, staan er, afhankelijk van de specifieke situatie, twee opties open. De ene is het doorgeleiden naar opvoedingsondersteuning in het vrij toegankelijke deel van de jeugdzorg. De andere is verwijzing naar het Bureau Jeugdzorg voor geïndiceerde jeugdzorg. Wat betreft het vrij toegankelijke deel van de jeugdzorg kan gedacht worden aan lichte ambulante hulp, kortdurende Video Home Training, Kinderopvang+ en dergelijke. Helaas is het zo dat de in de USA zo succesvolle 'Parent Groups' (Webster-Stratton, 1998; Cunningham, 1995, en het in Nederland bekende 'Opvoeden Zó') nog niet algemeen beschikbaar is. In het bijzonder bedoeld voor gezinnen waarin de risico's op verwaarlozing en mishandeling hoog worden ingeschat én effectief in het verbeteren van de opvoedingssituatie in het gezin is de oudergroep van Wolfe e.a. (1988), besproken in Barnett (1996). In de evaluatie van dit programma werd geconcludeerd dat de effectiviteit voor een groot deel toe te schrijven was aan het feit dat het programma flexibel was en zich richtte op de problemen die de moeders zelf ervoeren. Naast het beschikbaar maken van deze ondersteuning voor individuele ouders, is het aan te bevelen de staf van de OKZ (eventueel inclusief de paraprofessionals/ vrijwilligers) vanuit het Bureau Jeugdzorg consultatief te ondersteunen. Dat kan het best gebeuren door dezelfde opvoedingsdeskundigen die ook de spreekuren verzorgen. In kwantitatieve zin kan voor de genoemde spreekuren, doorgeleiding en consultatie gedacht worden aan een investering van een Bureau Jeugdzorg van één dagdeel per week per consultatiebureau. Recentelijk beval de Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg (2000) in haar eindrapport aan het Bureau Jeugdzorg een 'raad en daad' functie te laten vervullen voor de lokaal werkende jeugdvoorzieningen. De 'raad' functie verwijst daarbij naar de consultatieve functie en de 'daad' functie naar de feitelijke ondersteuning van ouders en kinderen. Aanbevolen kan dus worden dat de OKZ op landelijk, maar vooral op lokaal niveau zo snel mogelijk een samenwerking aangaat met het Bureau Jeugdzorg om de beschreven 'raad en daad' functie op het gebied van de opvoedingsondersteuning aan gezinnen met beginnende opvoedingsproblemen te realiseren.

Klinische interventies

Een sluitstuk van het preventiecontinuüm is het signaleren en doorverwijzen van manifeste vormen van het te voorkomen probleem. In klassieke termen spreekt men over secundaire preventie: het streven naar het terugdringen van de gevolgen van een probleem door zo snel mogelijk adequate maatregelen te nemen.

Bij manifeste kindermishandeling is het in een aantal gevallen mogelijk dat de staf van de OKZ zelf snel kan doorverwijzen naar hulpverlening. In alle andere gevallen is de eerste stap contactname met het AMK. Indien dit contact het karakter van een melding heeft of krijgt, ligt de verantwoordelijkheid verder bij het AMK. Om het achterblijvende aantal meldingen vanuit de OKZ te doen toenemen zou het overigens goed zijn een meldcode voor de OKZ op te stellen.

⁹ Er zijn op lokaal niveau wellicht meer partners waarmee de OKZ individuele opvoedingsondersteuning kan realiseren. Als landelijke structurele oplossing voor de langere termijn, waarbij de huidige versnippering een halt wordt toegeroepen, wordt hier voorgesteld aan te sluiten op de 'vermaatschappelijking van de jeugdzorg' en te kiezen voor het Bureau Jeugdzorg als de belangrijkste partner.

In een groot aantal gevallen zal de contactname met het AMK het karakter van een adviesvraag hebben. Vaak gaat het om de zogenaamde 'not serious enough' cases. Een onderzoek van Gracia (1995) laat zien dat de kinderen in deze groep vaak in een chronisch problematische opvoedingssituatie verkeren. Investeren in deze groep is vanuit secundair preventief oogpunt daarom alleszins de moeite waard.

De adviesvraag leidt echter doorgaans tot een voortgezette verantwoordelijkheid van de 'melder'. De 'melding' wordt teruggegeven met een advies hoe verder met de signalen om te gaan. Daarom dient de staf van de OKZ de beschikking te hebben over of toegang te hebben tot middelen om met de casus verder te gaan.

Voor een deel kan de oplossing gezocht worden in de family-support programma's die de OKZ organiseert (zie boven). Voor een deel kan de oplossing gezocht worden in het pedagogische spreekuur in de OKZ.

Voor een ander deel betreft het gezinnen die niet erg gemotiveerd zijn voor hulpverlening. In deze gevallen kan 'opvoedingsondersteuning met overtuiging' (een project dat thans in Limburg in samenwerking van Bureau Jeugdzorg en AMK wordt uitgevoerd) wellicht oplossingen bieden. In dit project wordt een samenwerking tussen AMK, adviesvrager en Bureau Jeugdzorg voorgesteld die als volgt verloopt:

De melder wordt gevraagd of er bezwaar tegen is dat een medewerker van het Bureau Jeugdzorg voor verdere ondersteuning contact met hem of haar opneemt (een uitvoerende jeugdhulpverlener). In dit gesprek wordt het aanbod gedaan om een gezamenlijk gesprek met de ouders in het gemelde gezin te hebben. Als de melder daar niet toe te motiveren is, wordt dit onmiddellijk teruggekoppeld naar het AMK. Het AMK handelt naar bevind van zaken. Als de melder wel daartoe te motiveren is, wordt de melder gevraagd om zijn zorgen over het gemelde kind met de ouder(s) in het gemelde gezin te bespreken en te vertellen dat hij steun heeft gezocht bij deskundigen. Hij stelt het gezin voor een gezamenlijk gesprek te hebben (ouders, eventuele andere gezinsleden, melder, medewerker project). De ouders worden vervolgens op de hoogte gesteld van het doel van het gesprek en van de gesprekspartners. De ouders dienen met dit gesprek akkoord te gaan. In dit gesprek worden de zorgen van de melder besproken met het doel de ouders te motiveren gebruik te maken van een der vormen van opvoedingsondersteuning die in het Bureau Jeugdzorg (of mogelijk daarbuiten) beschikbaar zijn. De projectmedewerker kan ter plaatse afspraken maken voor een eerste contact van de ouders met de gekozen vorm van opvoedingsondersteuning.

Indien tijdens de contacten er signalen zijn van een ernstigere vorm van kindermishandeling dan eerder vermoed, dan wordt door de projectmedewerker aan het AMK gevraagd alsnog een andere optie dan opvoedingsondersteuning te kiezen. In dat geval staan er voor de projectmedewerkers twee opties open. De ene is een formele melding die leidt tot een contactname van het AMK met het gezin. De andere is, in het geval van evidente noodzaak van jeugdbescherming, een rechtstreekse melding bij de Raad voor de Kinderbescherming, dan wel, indien strafrechtelijke vervolgbare feiten geconstateerd zijn, een melding bij de politie. Het AMK mag ervan uitgaan dat de professionele hulpverleners in het project in staat zijn zelfstandig uit deze opties te kiezen.

Aanbevolen kan dus worden om meldcodes voor de staf in de OKZ te introduceren en de samenwerking tussen OKZ, AMK en Bureau Jeugdzorg zo vorm te geven dat er adequaat gereageerd kan worden op signalen van kindermishandeling, ook in die gevallen waarin er geïnvesteerd moet worden in de motivatie van ouders om hulp te zoeken.

Een geïntegreerde aanpak

In het bovenstaande werd preventie in vijf stappen uiteengelegd. De werkelijkheid is echter diffuser en minder goed in stappen in te delen. Specifieke problemen van ouders en kinderen vragen meer hulp op maat. Per individueel geval zou een (in jeugdzorgtermen) 'zorgprogramma' moeten worden opgesteld waarbij de genoemde preventieactiviteiten modulen zijn, die in onderlinge samenhang geschakeld kunnen worden.

Om bovenstaande plannen te realiseren en onderlinge afstemming en integratie mogelijk te maken dient een beleidsoverleg gecreëerd te worden tussen de inhoudelijk verantwoordelijke

managementfunctionaris, de staffunctionaris die verantwoordelijk is voor de family support activiteiten, en een vertegenwoordiger van het Bureau Jeugdzorg die beleidsmatig verantwoordelijk is voor de pedagogische spreekuren en opvoedingsondersteuning met overtuiging.

Om 'zorgprogrammering op cliëntniveau' mogelijk te maken dient een vorm gevonden te worden voor casuïstiekbesprekingen van de staf van een CB, de staffunctionaris family support, de pedagogisch spreekuurhouder en de hulpverlener (met overtuiging) van het Bureau Jeugdzorg.

Partners

Het is populair om in de zorg om de jeugd al snel aan netwerken te denken. Vaak levert dat een uitgebreid overleg van voorzieningen en projecten uit verschillende maatschappelijke sectoren op. De vraag is of dit type netwerken wel effectief is. In een onderzoek naar de wijze waarop samenwerking tussen voorzieningen op het terrein van opvoedingsondersteuning georganiseerd wordt, blijken verschillende modellen voor te komen: het netwerkmodel, het loketmodel en het voorportaalmodel. In het netwerkmodel wordt een netwerk gecreëerd van verschillende instellingen (peuterspeelzalen, consultatiebureaus enzovoorts) om in onderling overleg te kijken welke ouders problemen hebben en hoe deze het best te begeleiden zijn naar een plaats waar ze ondersteuning kunnen krijgen. In het loketmodel wordt er één duidelijk herkenbaar punt gecreëerd waar ouders terecht kunnen voor advies, ondersteuning of doorverwijzing naar andere hulp. De derde vorm, het voorportaalmodel, is het meest 'outreaching' en wordt het aanbod aan ouders gedaan in die voorzieningen waar ouders gewoonlijk toch al komen: het consultatiebureau, de school enzovoorts. De conclusie van de onderzoekers zal niet verrassen: een effectief aanbod is pas goed mogelijk als de drie modellen gecombineerd worden in een systeem waarin instellingen zo goed samenwerken dat ze op allerlei plaatsen waar ouders komen een voorportaal kunnen inrichten, van waaruit ouders zonodig naar een meer centraal 'loket' worden verwezen, terwijl ze in hun netwerkoverleg speciaal letten op gezinnen die desondanks nog tussen wal en schip dreigen te raken.

In deze notitie kan het Bureau Jeugdzorg het 'centrale loket' zijn en de OKZ een der voorportalen. Het AMK vormt, als het om kindermishandeling gaat een onmisbaar 'tweede loket', dat overigens meestal inhoudelijk en organisatorisch dicht tegen het Bureau Jeugdzorg zal aanzitten.

Aanbevolen wordt daarom het Bureau Jeugdzorg en het AMK als de belangrijkste partners voor de OKZ te zien bij het opzetten van een systeem van preventie van kindermishandeling.

Speerpunten

Uit het bovenstaande volgt dat prioriteiten in de bijdrage van de OKZ aan het voorkomen van kindermishandeling liggen in:

- ❑ Het opzetten van een systeem van laagdrempelige opvoedingsondersteuning, bij voorkeur in de vorm van Home Visitation, voor subpopulaties uit de gehele doelgroep waarin op grond van geografische of demografische kenmerken een verhoogde prevalentie van opvoedingsproblemen en derhalve ook van kindermishandeling aanwezig zal zijn. Deze opvoedingsondersteuning dient aan alle ouders uit de doelgroep te worden aangeboden. Het aanbod moet niet specifiek op het voorkomen van kindermishandeling gericht zijn, maar moet algemeen opvoedingsondersteunend en vraaggestuurd zijn.
- ❑ Het samen met het Bureau Jeugdzorg realiseren van pedagogische spreekuren in de OKZ.
- ❑ Het samen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en Bureau Jeugdzorg realiseren van een systeem van opvoedingsondersteuning (zo nodig 'met overtuiging') voor die gezinnen waarbij de eerste signalen van kindermishandeling zich voordoen.

- Het opstellen van een meldcode bij het ontstaan van vermoedens van kindermishandeling of bij het in aanraking komen met evidente kindermishandeling.
- Het met het Bureau Jeugdzorg organiseren van een 'zorgprogrammatisch overleg'.

Tot slot

De inhoud, vormgeving, bestuurlijke positionering en financiering van de OKZ zijn op dit moment onderwerp van discussie binnen en buiten de jeugdgezondheidszorg. Te verwachten is dat een periode van ingrijpende veranderingen in beleid en organisatie binnenkort zal aanbreken. Men kan ervoor kiezen in dergelijke turbulente tijden wat minder aandacht te besteden aan inhoudelijke ontwikkelingen. Men kan er ook voor kiezen de kansen voor inhoudelijke innovatie op te zoeken die zich voordoen op momenten dat bestaande structuren en systemen in beweging komen. Zoals in de inleiding werd gesteld, worden de preventieve mogelijkheden van de OKZ op het terrein van de opvoedingsondersteuning (en daarmee ook de mogelijkheden van het voorkomen van kindermishandeling) momenteel onvoldoende benut. In deze notitie wordt een aantal aanbevelingen gedaan om deze mogelijkheden beter te benutten. Als er binnen de OKZ voldoende draagvlak bestaat voor deze aanbevelingen zal de volgende stap moeten zijn dat een strategie wordt ontworpen om de gewenste veranderingen een kans te geven in de huidige beleidstrajecten. Het spreekt vanzelf dat het implementeren van deze of andere voorstellen vergezeld moet gaan van een gedegen evaluatieonderzoek.

Literatuur

Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg (2000). *Van antwoord naar vraag. Een nieuw zicht op jeugdzorg. Eindrapport*. Den Haag: Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie.

Aussums, A. & Zwaan, EJ (1991). *Straffen in de opvoeding*. Amersfoort: Acco.

Baartman, H. (1996). *Opvoeden kan zeer doen*. Utrecht: SWP.

Barnett, W. (1996). The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In: M. Guralnick, *The effectiveness of early intervention*. New York: Paul H. Brooks Pub. Co.

Bennet, K., Lipman, E., Racine, Y. & Offord, D. (1998). Annotation: Do measures of externalising behaviour in normal populations predict later outcome?: Implications for targeted interventions to prevent conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (8), 1059-1070.

Bertrand, R., Hermanns, J. & Leseman, P. (1998). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14, 50-71.

Blokland, G. (1997). *Over opvoeden gesproken. Methodiekboek pedagogisch adviseren*. Utrecht: NIZW.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065-1078.

Caris, G. (1996). *Laten praten*. Utrecht: SWP.

Coulton, C., Korbin, J., Su, M. & Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 66, 1262-1276.

Cunningham, C., Bremner, R. & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (7), 1141-1159.

Group for the Advancement of Psychiatry, committee on preventive psychiatry (1999). Violent behavior in children and youth: Preventive intervention from a psychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 235-241.

Gracia, E. (1995). Visible but unreported: A case for the 'not serious enough' cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 9, 1083-1093.

Guterman, N. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the 'universal versus targeted' debate: A meta-analysis of population based and screening based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-890.

Hermanns, J. (1998). Family risks and family support: An analysis of concepts. In J. Hermanns & H. Leu (eds.), *Family risks and family support. Theory, research and practice in Germany and in the Netherlands* (pp. 9-37). Delft: Eburon.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en Landelijk Centrum voor Ouder- en KindZorg (2000). *Voor nu en later. Strategische positionering jeugdgezondheidszorg. Strategienota*. Bunnik: LVT en LCOKZ.

- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. (1997). Wovor schützen schützfaktoren. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19 (3), 260-270.
- Olds, D., Henderson, C., Chamberlin, R. & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78 (1), 65-78.
- Peeters, M. & Hermanns, J. (1993). *Opvoedingsvoorlichting in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: SWP.
- Peeters, J. & Woldringh, C. (1993). *Leefsituatie van kinderen tot 12 jaar in Nederland*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Prinsen, B. & Lim, J. (1999). *Partners in het opvoeden en verzorgen. Opvoedingsondersteuning door de ouder- en kindzorg*. Utrecht: NIZW/LCOKZ.
- Seitz, V., Rosenbaum, L. & Apfel, N. (1985). Effects of family support intervention: A ten-year follow up. *Child Development*, 56, 376-391.
- Wahler, R., & Dumas, J. (1989). Attentional problems in dysfunctional mother-child interactions: An interbehavioral model. *Psychological Bulletin*, 105, 116-130.
- Webster-Stratton, C., (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Wolfe, D., Edwards, B., Manion, I. & Koverola, C. (1988). Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 56, 40-47.
- Zwaard, J. van der & Pannebakker, M. (1997). *Drempels en kansen. Pedagogische advisering aan Marokkaanse ouders*. Utrecht: NIZW.
- Zwiep, C. (1998). *De steunpunten voor opvoeding: Van beleid naar praktijk*. Amsterdam: Faculteit der Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen.