

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck
met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg**

Dr. Evelien Coppens
Dr. Kathleen De Cuyper
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2018/09

SWVG-Rapport 13

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens en dr. Kathleen De Cuyper

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
KU Leuven <ul style="list-style-type: none">· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy· Instituut voor Sociaal Recht· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent <ul style="list-style-type: none">· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen <ul style="list-style-type: none">· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt <ul style="list-style-type: none">· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool <ul style="list-style-type: none">· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool <ul style="list-style-type: none">· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg <ul style="list-style-type: none">· Groep Gezondheid en Welzijn	

Rapport 13

De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens, dr. Kathleen De Cuyper

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Samenvatting

1 Situering van het onderzoeksproject

Vlaanderen telt op jaarbasis naar schatting 350.000 KOPP-kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychisch of een verslavingsprobleem wat nadelige gevolgen kan hebben op de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen. Onderzoek toont aan dat minstens een derde van de KOPP-kinderen later zelf een ernstig en langdurig psychisch probleem ontwikkelt. Hoewel verschillende factoren een invloed hebben op de overdracht van psychische problemen van ouders op kinderen, is de manier waarop ouders met een psychisch probleem met hun kind interageren een belangrijke mediërende factor. Tegelijk kan het ouderschap voor cliënten met psychische problemen een doorslaggevende rol spelen in het herstelproces. Hulpverleners uit de GGZ staan echter weinig stil bij de kinderen en het ouderschap van hun cliënt. Zo blijkt uit een recente Nederlandse bevraging dat cliënten met kinderen zich in de GGZ niet altijd ondersteund voelen in hun rol als ouder.

Slachtoffer zijn van kindermishandeling heeft nog grotere gevolgen op zowel de fysieke gezondheid als het welbevinden van kinderen – gevolgen die in de latere volwassenheid blijven nazinderen. Onderzoek toont aan dat verontrusting niet één oorzaak kent, maar veroorzaakt wordt door een combinatie van risicofactoren op het niveau van het gezin, het kind en de omgeving. Het risico op verontrusting is hoger dan gemiddeld wanneer een van de ouders een psychisch probleem heeft. In Vlaanderen ontvangen de twee gemandateerde voorzieningen op jaarbasis circa 6000 meldingen van verontrusting waarbij een onderzoek naar maatschappelijke noodzaak volgt. Voor iets meer dan de helft van deze kinderen blijkt het nodig om vanuit overheidswege in te grijpen. Beide voorzieningen beantwoorden jaarlijks nog eens 7500 bijkomende vragen naar ondersteuning inzake verontrusting zonder dat het maatschappelijk noodzakelijk is om in te grijpen. Daarenboven ontvangt de Hulplijn 1712 voor burgers elk jaar circa 3000 meldingen van verontrusting. Verondersteld wordt dat dit slechts het topje van de ijsberg is aangezien veel gevallen van verontrusting onopgemerkt blijven en/of niet gemeld worden. Meldingen van verontrusting zijn vooral afkomstig van hulpverleners die contact hebben met de kinderen zelf en gebeuren vrijwel nooit door hulpverleners die enkel in aanraking komen met de ouders. Dit is een gemiste kans. Een verhoogde alertheid bij (GGZ-)hulpverleners die zorg verstrekken aan volwassenen kan er immers voor zorgen dat verontrusting sneller in beeld komt.

In Nederland zijn hulpverleners werkzaam in de sectoren gezondheid, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp die met volwassenen werken sinds 1 juli 2013 verplicht om een Kindcheck uit te voeren. Hulpverleners gaan tijdens cliëntcontacten na of hun cliënt zorgdraagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig bij hen kunnen opgroeien. Dankzij dit initiatief ontving het meldpunt kindermishandeling 60 keer meer meldingen van kindermishandeling, waarvan het merendeel achteraf terecht bleek.

Tijdens de Kind en Gezin conferentie 'de toekomst is jong' (2016) benadrukte experts dat aandacht hebben voor de veiligheid, het welzijn en de ontwikkeling van kinderen tot de verantwoordelijkheid van alle professionals behoort – ook van professionals die zorg verstrekken aan ouders of nabije zorgfiguren. De Nederlandse Kindcheck werd tijdens de conferentie naar voor geschoven als een goede praktijk om hulpverleners te ondersteunen in deze verantwoordelijkheid.

In navolging van de conferentie 'de toekomst is jong' neemt de Vlaamse overheid het initiatief om een Vlaamse versie van de Nederlandse Kindcheck te ontwikkelen en vervolgens te implementeren in de verschillende deelsectoren van de GGZ. Gezien de Vlaamse variant geen exacte kopie is van de Nederlandse Kindcheck, draagt het Vlaamse initiatief een andere naam – namelijk de Kindreflex.

2 Onderzoeksopdracht

Het doel van dit onderzoeksproject is vierledig:

- vertrekkend van het Nederlandse model een basisversie van de Kindreflex met het oog op toepassing in de GGZ ontwikkelen die tegemoetkomt aan de Vlaamse manier van werken en gedragen wordt door alle belanghebbenden;
- een eerste aanzet voor de tools ontwikkelen die noodzakelijk zijn voor de implementatie van de Kindreflex (website, brochure, vorming, richtlijn, etc.);
- een implementatieplan uitwerken, met aandacht voor een informatiecampagne, een vorming, de monitoring en de evaluatie;
- beleidsaanbevelingen formuleren inzake de implementatie, de monitoring en de evaluatie van de Kindreflex in Vlaanderen.

3 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode bestaat uit vier onderdelen om deze doelstellingen te realiseren:

- een **documentanalyse** van wetenschappelijke, praktijkgerichte en beleidsgerichte informatie relevant voor de ontwikkeling en de toepassing van de Kindreflex;
- **vier focusgroepen** met professionelen uit de verschillende deelsectoren van de GGZ en ervaringsdeskundigen om zicht te krijgen op:
 - wat er vandaag reeds in de GGZ gebeurt met betrekking tot de veiligheid van kinderen van volwassenen met psychische problemen of verslavingsproblemen;
 - hoe de Vlaamse Kindreflex er inhoudelijk dient uit te zien;
 - welke extra tools nodig zijn om professionals te ondersteunen bij het uitvoeren van de Kindreflex in Vlaanderen.

- **twee expertgroepen** met vertegenwoordiging van stakeholders uit de verschillende deelsectoren van de GGZ om te peilen naar hun mening betreffende de uitwerking van de Vlaamse Kindreflex;
- **overleg met de leden van de stuurgroep** om af te stemmen over de tussentijdse resultaten van het onderzoek, de inhoud van het rapport en de concrete uitwerking van de Kindreflex en de ondersteunende tools.

4 Conclusies en aanbevelingen

Voor een volledige beschrijving van de onderzoeksresultaten, de basisversie van de Vlaamse Kindreflex, de eerste aanzet voor de tools, het implementatieplan en de conclusies en aanbevelingen verwijzen we naar het onderzoeksrapport. Deze samenvatting is een bondige synthese van de kernbevindingen en gaat achtereenvolgens dieper in op:

- de attitudes van stakeholders ten aanzien van het initiatief om een Kindreflex uit te werken;
- de mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten;
- de basisversie van de Vlaamse Kindreflex;
- de Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck;
- goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex;
- de mening van stakeholders over de basisversie van de Kindreflex;
- de haalbaarheid van de Kindreflex;
- de knelpunten van de Kindreflex;
- het implementatieplan;
- het evaluatieplan;
- aanbevelingen voor het beleid en de praktijk.

4.1 De attitudes van stakeholders ten aanzien van het initiatief om een Kindreflex uit te werken

De bevroegde stakeholders staan zeer positief ten aanzien van het initiatief om een Vlaamse versie van de Nederlandse Kindcheck uit te werken. Men is van mening dat het een broodnodig initiatief is om te voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen later eenzelfde problematiek ontwikkelen. Daarnaast sensibiliseert het hulpverleners om oog te hebben voor de ruimere context van de cliënt in plaats van enkel te focussen op die ene problematiek bij die ene persoon. Een Kindreflex wijst hulpverleners ook op hun verantwoordelijkheid om zorgwekkende signalen niet zomaar te negeren maar hier preventief mee om te gaan zodat crisissituaties vermeden kunnen worden. We benadrukken evenwel dat vooral de koplopers – die de Kindreflex een belangrijk initiatief vinden – deelnamen aan dit voortraject, waardoor er voorlopig weinig zicht is op de mogelijke bezwaren die er bij anderen zijn. Tijdens de focusgroepen en expertgroepen werd tot slot snel duidelijk dat een integrale copy-paste van de Nederlandse Kindcheck voor Vlaanderen niet wenselijk is.

4.2 De mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten

Tussen GGZ-voorzieningen en hulpverleners bestaan er grote verschillen in de mate waarin men vandaag reeds aandacht schenkt aan de kinderen en de ouderrol van cliënten. Sommige voorzieningen en hulpverleners zien het als een evidentie om hier stil bij te staan – anderen vinden dit helemaal niet vanzelfsprekend. Ook tussen deelsectoren van de GGZ bestaan er verschillen. Bij hulpverleners uit de mobiele teams behoort aandacht hebben voor de kinderen en de ouderrol tot de standaard manier van werken. Hulpverleners uit de mobiele teams komen aan huis waardoor de kinderen automatisch in beeld komen en het voor de hand ligt dat zij hierop inspelen. Ook binnen de verslaafdenzorg zijn de kinderen en de gezinssituatie meestal een vast onderdeel van de behandeling. Hulpverleners uit de ambulante en de residentiële reguliere zorg hebben echter niet altijd de reflex om naar de kinderen en het ouderschap te vragen. Deze hulpverleners vertrekken meer vanuit de hulpvraag van de cliënt en zijn niet geneigd om ongevraagd over de kinderen en het ouderschap te beginnen.

4.3 De basisversie van de Kindreflex

Op basis van de input van de documentanalyse, de focusgroepen en de expertgroepen werkten we een variant van de Nederlandse Kindcheck uit die zo goed mogelijk tegemoetkomt aan de Vlaamse manier van werken en gedragen wordt door belanghebbenden.

In een notendop: de Vlaamse Kindreflex spoort hulpverleners en voorzieningen binnen de GGZ aan om bij elke volwassen cliënt de Kindreflex te doen. Dit houdt twee zaken in:

- Een hulpverlener voert met zijn cliënt een gesprek over het thema ouderschap, geeft hem de kans om in alle vrijheid over de kinderen en zijn bezorgdheden daaromtrent te praten en ondersteunt hem waar nodig in zijn rol als moeder of vader.
- Een hulpverlener tracht tijdens cliëntcontacten verontrustende gezinssituaties te signaleren en de veiligheid in de mate van het mogelijke te herstellen.

De essentie van de Kindreflex is dat hulpverleners via de volwassen cliënt proberen in te spelen op het welzijn van de kinderen van ouders met een psychisch probleem zonder het kind zelf te zien.

Qua opzet is de Kindreflex een stappenplan dat uit zes stappen bestaat:



Bij het toepassen van de Kindreflex gelden drie bijzonderheden:

- De eerste drie stappen van het stappenplan zijn op elke cliënt uit de GGZ van toepassing. De drie vervolgstappen zijn situatie-gebonden en dus niet bij elke cliënt aan de orde.
- Hulpverleners hoeven het hele stappenplan niet alleen te doorlopen. Elke hulpverlener heeft immers zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Wel wordt verwacht dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste twee stappen zelf te zetten. De vier vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen de voorziening of het ruimere netwerk.
- Het stappenplan is bedoeld als generiek basismodel. Iedere voorziening is vrij om in lijn met dit basismodel een gepersonaliseerde versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.

4.4 De Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck

De Vlaamse Kindreflex verschilt substantieel van de Nederlandse Kindcheck qua (1) doelstelling, (2) wijze van toepassing, (3) opzet, (4) vervolgtraject en (5) beslissingsvrijheid om al dan niet te melden. Onderstaand zetten we de belangrijkste verschillen op een rij:

- **Doelstelling:** De Nederlandse Kindcheck heeft eenzijdig tot doel om verontrustende situaties te detecteren. De Vlaamse variant is daarentegen breder qua scope en heeft tot doel om enerzijds ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar te maken en anderzijds verontrustende situaties te detecteren.
- **Wijze van toepassing:** De Nederlandse Kindcheck wordt door hulpverleners selectief toegepast bij cliënten die in een risicovolle situatie verkeren. In Vlaanderen wordt geopteerd voor een universele toepassing waarbij hulpverleners de Kindreflex standaard bij elke cliënt doen ongeacht de situatie. De beweegredenen hierachter zijn dat een selectieve toepassing stigmatisering in de hand werkt, kansen onbenut laat om cliënten op preventieve wijze te ondersteunen in hun rol als ouder en kinderen die ongemerkt in een verontrustende situatie opgroeien onder de radar houdt.
- **Opzet:** De Nederlandse Kindcheck bestaat uit enkele afvinkitems die hulpverleners dienen in te vullen, terwijl de Vlaamse Kindreflex een stappenplan is dat hulpverleners tijdens het behandelen van hun cliënt in het achterhoofd moeten houden.
- **Vervolgtraject:** In Nederland is de Kindcheck onderdeel van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en wordt er enkel een vervolgtraject voorzien voor ouders met kinderen die in een onveilige situatie verkeren. De Vlaamse Kindreflex is ruimer qua focus en voorziet een vervolgtraject voor alle ouders. Dus zowel voor ouders met kinderen die in een onveilige thuissituatie verkeren als voor ouders met kinderen die in een veilige thuissituatie verkeren. Veel ouders die tot de tweede groep behoren, zitten immers met vragen en zorgen omtrent hun rol als ouder en hebben baat bij extra steun. Wanneer de thuissituatie veilig is, bestaat het vervolgtraject uit acties die het welzijn van de ouders en hun kinderen versterken, zoals de kinderen informeren over de ouderproblematiek, cliënten handvatten aanreiken om hun rol als ouders met meer voldoening te vervullen en de context van het kind en de ouder sterker te betrekken. Wanneer de thuissituatie onveilig is, bestaat het vervolgtraject uit verder nagaan of

er sprake is van verontrusting, de veiligheid herstellen en wanneer nodig een gemandateerde voorziening betrekken.

- **Beslissingsvrijheid om al dan niet te melden:** In Nederland zijn hulpverleners vanaf januari 2019 verplicht om alle gevallen van acute en structurele onveiligheid te melden – ongeacht of men zelf in staat is om hulp te verstrekken of te organiseren. De Vlaamse Kindreflex is minder sterk gelinkt aan het doen van een melding. Melden is slechts een laatste redmiddel dat enkel in gevaarlijke situaties aan de orde is of wanneer de cliënt niet bereid of niet in staat is om de veiligheid thuis binnen afzienbare tijd te herstellen.

4.5 Goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex

Zowel de documentanalyse als de resultaten van de focusgroepen laten zien dat er in Vlaanderen al enkele goede praktijken en instrumenten in gebruik zijn om in de klinische praktijk rond het thema ouderschap te werken. Het KOPP-preventiegesprek, de Lijst voor Screening en Interventiekeuze (de SIK-lijst) en het Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (de LIRIK) zijn binnen de Vlaamse GGZ vertrouwde praktijken en kregen daarom een plaats in de gedetailleerde uitwerking van het stappenplan van de Kindreflex.

4.6 De mening van stakeholders over de basisversie van de Kindreflex

Hulpverleners en experts vinden de format van de Vlaamse Kindreflex beter dan die van de Nederlandse Kindcheck. De Nederlandse Kindcheck is exclusief gericht op het detecteren van kinderen die door hun ouders mishandeld worden en daardoor eenzijdig qua focus. De Vlaamse Kindreflex is breder qua scope en positiever qua insteek. Het wil in de eerste plaats ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar maken. Het stappenplan legt daarbij de nadruk op de sterktes van de cliënt en sensibiliseert hulpverleners om diens context maximaal te betrekken om zo het welzijn van de kinderen te verbeteren. Dit aspect wordt door zowel hulpverleners als ervaringsdeskundigen sterk geapprecieerd. Beiden geven immers aan dat veel cliënten het waarderen wanneer de hulpverlening aandacht schenkt aan de kinderen en het ouderschap. Pas in de tweede plaats wil de Kindreflex verontrustende situaties signaleren. Het stappenplan biedt daarbij concrete handvatten om op gestructureerde wijze rond verontrusting te werken en geeft hulpverleners het mandaat om wanneer nodig in te grijpen.

We houden er evenwel rekening mee dat niet iedereen de Kindreflex van in het begin met evenveel enthousiasme zal onthalen. Zoals vaak bij innoverende projecten het geval is, participeerden vooral de koplopers in dit voorbereidend traject. De evaluatie zal moeten uitwijzen hoe positief andere hulpverleners en leidinggevenden tegenover de basisversie van de Kindreflex staan. Alleszins vereist de Kindreflex een ommezwaai in de mentaliteit van GGZ-hulpverleners waarvan een grote groep het vandaag niet vanzelfsprekend vindt om in de dagelijkse praktijk naar de kinderen en het ouderschap te vragen. Volgens experts zal het een goeie 20 à 30 jaar duren vooraleer deze mentaliteitswijziging helemaal volbracht is en alle hulpverleners op dezelfde lijn zitten.

4.7 De haalbaarheid van de Kindreflex

Hulpverleners en experts geven aan dat de Kindreflex behoorlijk omvangrijk is. De eerste twee stappen van het plan zijn haalbaar en vormen niet zozeer een probleem. Met de cliënt een gesprek aanknopen over de kinderen en stilstaan bij de bezorgdheid hieromtrent kost weinig tijd en moeite. De stappen die daarna volgen vragen echter veel meer inspanningen. De vraag alleen al om een KOPP-preventiegesprek met de cliënt te voeren is niet vanzelfsprekend en gebeurt vandaag ondanks de jarenlange inzet van KOPP-Vlaanderen nog steeds niet standaard binnen voorzieningen. De stappen 4 tot 6 zijn zeer belastend maar zullen slechts in uitzonderlijke gevallen aan de orde zijn. De evaluatie zal moeten uitwijzen hoe uitzonderlijk deze stappen zijn.

Sowieso is het niet realistisch om te verwachten dat één hulpverlener het hele stappenplan alleen doorloopt. Men is het erover eens dat de stappen 1 en 2 tot de verantwoordelijkheid en de kunde van elke hulpverlener dienen te behoren. De stappen 3 tot 6 vragen een bijzondere expertise en moeten een gedeelde verantwoordelijkheid binnen de voorziening of het ruimere netwerk zijn. Niet iedere hulpverlener hoeft deze stappen in de vingers te hebben en hier tijd voor vrij te maken.

4.8 De knelpunten van de Kindreflex

Tijdens de focusgroepen en de expertgroepen wezen stakeholders veelvuldig op vier knelpunten die een succesvolle implementatie van de Kindreflex kunnen verstoren:

- **Het capaciteitsstekort binnen de jeugdhulp.** Dit is volgens stakeholders het belangrijkste knelpunt. Wanneer hulpverleners op grote schaal de Kindreflex doen, zal dit leiden tot een toename van consultvragen en meldingen bij de twee gemandateerde voorzieningen. Zijn zij hierop voorbereid? Daarnaast bestaat de vrees dat de Kindreflex een toenemende vraag naar zorg bij andere jeugdhulpvoorzieningen met zich mee zal brengen, terwijl de jeugdhulp nu reeds met lange wachttijden kampt. Stakeholders waarschuwen dat hulpverleners die de stappen van de Kindreflex doorlopen en er uiteindelijk niet in slagen om extra ondersteuning voor hun cliënt en zijn gezin te regelen, de Kindreflex in de toekomst links zullen laten liggen. Wanneer er wordt ingezet op detectie en signalering, moet er garantie zijn op zorg.
- **Tussen de GGZ voor kinderen en jongeren en de GGZ voor volwassenen gaapt er een grote kloof.** Het tekort aan communicatie tussen beide sectoren van de GGZ viel op tijdens de focusgroepen en de expertgroepen. Veel hulpverleners en leidinggevenden uit de volwassen-GGZ zijn niet vertrouwd met de grote variëteit aan deelsectoren, voorzieningen en werkvormen binnen de jeugdhulp. Velen zijn zelfs niet bekend met het hulpaanbod van de twee gemandateerde voorzieningen. De complexiteit van de jeugdhulp schrikt hulpverleners uit de volwassen-GGZ ook af. Met de komst van de Kindreflex zullen beide sectoren meer met elkaar moeten communiceren en samenwerken. Op zich is dit een goede zaak, maar het zal tijd en inspanningen vragen.
- **Extra belasting voor voorzieningen en hulpverleners.** Het toepassen van de Kindreflex brengt voor voorzieningen en hulpverleners onvermijdelijk extra werk met zich mee terwijl de GGZ-sector al overbevestigd is. Deelnemen aan studiedagen en vormingsmomenten, een eigen versie van het stappenplan uitwerken, tijdens de behandeling extra tijd vrijmaken om de stappen van de Kindreflex te doorlopen, overleggen met collega's binnen of buiten de eigen voorziening, deelnemen aan casusoverleg, etc. – het zijn allemaal taken die tijd vragen.

- **Minder vanzelfsprekend voor zelfstandige hulpverleners.** Voor zelfstandigen psychologen – die zich bij het doorlopen van het stappenplan niet op een team of andere organisatie kunnen beroepen – zal het toepassen van de Kindreflex minder evident zijn. In Nederland bevestigen recente cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de implementatie van de Kindcheck bij zelfstandige hulpverleners moeizamer verloopt.

4.9 Het implementatieplan

Na uitvoerig overleg met de experts en de leden van de stuurgroep werd beslist om voor de implementatie niet te werken met pilootregio's maar om de Kindreflex meteen grootschalig uit te rollen – dit om de reikwijdte van de Kindreflex van meet af aan te maximaliseren.

Een succesvolle implementatie van de Kindreflex in de GGZ vereist dat er op drie domeinen wordt ingespeeld:

- op de individuele capaciteiten van de hulpverlener zodat zij de nodige kennis en vaardigheden hebben om de Kindreflex te kunnen toepassen;
- op de interpersoonlijke relaties tussen hulpverleners zowel binnen de volwassen-GGZ als tussen de volwassen-GGZ en de GGZ voor kinderen en jongeren, zodat teamwerking, intercollegiaal overleg binnen voorzieningen en casusgebonden samenwerking met externe diensten vaker plaatshebben;
- op de organisatiecontext zodat de cultuur en de structuur van de organisatie compatibel zijn met de doelstellingen van de Kindreflex.

Om veranderingen op deze drie domeinen mogelijk te maken is het noodzakelijk om in te zetten op diverse implementatiestrategieën. In overleg met het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling, de expertgroep en de leden van de stuurgroep werd beslist om voor de uitrol van de Kindreflex gebruik te maken van volgende vier strategieën:

- **Het opzetten van een infocampagne** om ervoor te zorgen dat de Kindreflex gekend en raadpleegbaar is door alle betrokkenen in de volwassen-GGZ. Het campagnemateriaal bestaat uit volgende elementen:
 - een overzichtelijke website gericht op hulpverleners waarop alle ondersteunende materialen te vinden zijn (folders, affiches, steekkaart met het stappenplan, rapport, informatie over de vormingen, presentaties, etc.);
 - een flyer gericht op hulpverleners;
 - een infomercial gericht op hulpverleners;
 - een poster om in wachtzalen op te hangen en gericht op cliënten.
- **Het organiseren van vormingsmomenten.** Concreet worden in het voorjaar van 2019 twee à drie **regionale studiedagen** georganiseerd **voor directies en leidinggevenden**. Hierbij wordt gestreefd naar een groot bereik (circa 200 deelnemers per studiedag) opdat de Kindreflex zo breed mogelijk geïntroduceerd geraakt. De studiedag zoomt in op het belang, de inhoud en de opzet van de Kindreflex evenals op de uitwerking van een eigen gepersonaliseerd stappenplan. Nadien volgen er in elk van de 13 GGZ-netwerken voor volwassenen **vormingsmomenten voor praktijkwerkers** die met de Kindreflex aan de slag moeten gaan. Per netwerk wordt een volledige dag vorming

uitgewerkt en herhaaldelijk aangeboden aan telkens een groep van 20 à 30 deelnemers zodat zoveel mogelijk professionals kunnen deelnemen. Inhoudelijk speelt de vorming in op volgende onderwerpen: gespreksvaardigheden om op gepaste wijze met de cliënt over ouderschap en verontrusting te praten, vaardigheden om met ouders een KOPP-preventiegesprek te voeren, kennis en vaardigheden om in te schatten of een situatie verontrustend is, kennis over de wetgeving inzake het beroepsgeheim en de meldplicht, kennis over het bestaande hulpverleningsaanbod, en vaardigheden om op gepaste wijze in gesprek te gaan met cliënten van een andere cultuur. Daarnaast bevat de vorming een aantal goed uitgewerkte casussen en de mogelijkheid om eigen casusmateriaal in te brengen.

- **Het aanstellen van een aantal Kindreflex ambassadeurs** om het gebruik van de Kindreflex regionaal te bepleiten en om vragen die voorzieningen hebben omtrent het gebruik van de Kindreflex te beantwoorden. Dit is een rol die medewerkers van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling, de Ondersteuningscentra Jeugdzorg of de netwerken GGZ kunnen opnemen.
- **Het installeren van praktijkreferentiegroepen** met vertegenwoordiging van de GGZ-netwerken (Artikel 107 en Psy-0-18), de gemandateerde voorzieningen en het Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp om aansluiting met de klinische praktijk te faciliteren. Dit houdt in dat zij op volgende vlakken een bijdrage leveren:
 - aftoetsen in welke mate er binnen voorzieningen en bij hulpverleners voldoende draagvlak is voor de Kindreflex en waar nodig het engagement versterken;
 - advies verstrekken bij de uitwerking van de informatiecampagne en de vormingsmomenten zodat deze voldoende aansluiten bij de noden en verwachtingen van hulpverleners en organisaties;
 - advies verstrekken over de evaluatie van de Kindreflex;
 - de samenwerking tussen de volwassen-GGZ en de jeugdhulp op gang brengen;
 - na afloop van de implementatie als lerend netwerken blijven verder bestaan.

4.10 Het evaluatieplan

Het Steunpunt WVG raadt aan om aan de grootschalige uitrol van de Kindreflex op korte termijn een procesevaluatie te koppelen om zicht te krijgen op vier centrale vragen:

- Wat is het bereik van de Kindreflex bij de doelgroepen?
- Wat is de impact van de Kindreflex op de hulpverlening en de hulpverleners?
- Wat is de waardering van hulpverleners en cliënten met kinderen ten aanzien van de Kindreflex?
- Wat zijn succesfactoren en knelpunten m.b.t. de implementatie van de Kindreflex?

Om de nodige gegevens met betrekking tot deze centrale vragen te verzamelen, is onderzoek bij aanvang van de implementatie, na één jaar implementatie en op middellange termijn wenselijk.

Bij aanvang van de implementatie is het relevant om te peilen naar de initiële attitude van hulpverleners en leidinggevendenden ten aanzien van de Kindreflex evenals naar de mate waarin men in de dagelijkse praktijk reeds stilstaat bij de ouderrol die de cliënt vervult. In dit voortraject participeerden vooral de koplopers die de Kindreflex een belangrijk initiatief vinden waardoor er voorlopig weinig zicht is op de mogelijke bezwaren die er bij anderen zijn. Een **korte online attitudemeting** afgenomen van deelnemers aan de studiedagen en vormingsmomenten zal meer licht werpen op de meningen, attitudes en ervaringen binnen het ruimere veld.

Na één jaar implementatie is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd bij verschillende doelgroepen aangewezen:

- een **online enquête** die breed verspreid wordt onder hulpverleners, leidinggevendenden en cliënten van diverse deelsectoren van de GGZ en peilt naar zowel de waardering ten aanzien van de Kindreflex als het bereik en de impact van de interventie;
- **focusgroepen** met hulpverleners, leidinggevendenden, Kindreflex-ambassadeur, leden van de praktijkreferentiegroepen en cliënten en waarbij wordt ingezoomd op de ervaren succesfactoren en knelpunten;
- **registratiegegevens** verzameld door de gemandateerde voorzieningen over het aantal meldingen van verontrusting dat afkomstig is van GGZ-partners die de Kindreflex toepassen en het aantal keer dat er effectief sprake is van maatschappelijke noodzaak.

Op middellange termijn – wanneer de Kindreflex voldoende is ingeburgerd – is een effectevaluatie aan te bevelen om na te gaan of de Kindreflex op langere termijn leidt tot:

- een grotere tevredenheid bij volwassen cliënten over de ontvangen behandeling doordat het thema ouderschap hierin een centrale plaats krijgt;
- meer verontrustende situaties die vroegtijdig worden opgespoord door hulpverleners die enkel in contact komen met de ouders;
- meer meldingen bij de gemandateerde voorzieningen van hulpverleners uit de volwassen-GGZ.

4.11 Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

- De visie en de cultuur van een organisatie zijn zeer bepalend voor de attitude van hulpverleners. Om binnen de organisatie draagvlak te creëren, is het belangrijk dat leidinggevendenden de doelstellingen van de Kindreflex opnemen in de visietekst en de implementatie ervan binnen de organisatie actief ondersteunen en stimuleren.
- Elke organisatie stelt idealiter enkele medewerkers verantwoordelijk die collega-hulpverleners aansporen om de Kindreflex te doen, hen bijstaan met advies over moeilijke cases en erop toezien dat de Kindreflex geregeld op de agenda van teamvergaderingen staat. Hulpverleners moeten hiervoor een expliciet mandaat krijgen dat ondersteund wordt door de directie van de voorziening.
- Het is belangrijk dat organisaties het generieke stappenplan op een doordachte manier naar de eigen context vertalen zonder belangrijke aandachtspunten over boord te gooien. Het stappenplan is best zo concreet mogelijk (bv., Wanneer moeten hulpverleners de Kindreflex afnemen? Om de hoeveel tijd wordt de Kindreflex op het teamoverleg besproken? Bij welke dienst, afdeling, persoon kunnen hulpverleners terecht voor advies of verdere ondersteuning? Etc.). Goede richtlijnen of coaching hierbij zijn aangewezen. Eventueel kunnen een aantal goede voorbeelden van gepersonaliseerde stappenplannen een plaats krijgen op de website van de Kindreflex.
- Bepaalde groepen verdienen bij de implementatie van de Kindreflex bijzondere aandacht:
 - hulpverleners uit de volwassen-GGZ die geneigd zijn om hun eigen klinische expertise secundaire te maken aan de hulpvragen van de zorggebruiker;
 - oudere hulpverleners die nog niet de gewoonte hebben om met hun volwassen cliënten te spreken over de kinderen en het ouderschap en soms minder bereid zijn om hun manier van werken te wijzigen;
 - psychiaters omdat zij binnen een GGZ-voorziening vaak een leidinggevende rol vervullen en in het voorbereidend traject moeilijk te bereiken waren.
- Het valt te overwegen om de Kindreflex te integreren in de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren enerzijds en de GGZ-netwerken voor volwassenen anderzijds. De brede scope van de Kindreflex sluit inhoudelijk goed aan bij de strategische doelstellingen van beide netwerken. Door in beide netwerken een persoon mee verantwoordelijk te stellen voor de implementatie van de Kindreflex, kunnen de eerste stappen gezet worden om de kloof tussen de jeugdhulp en de volwassen-GGZ te dichten.
- De vormingsmomenten haken best in op vormingsinitiatieven die binnen de GGZ-netwerken Artikel 107 reeds plaatsvinden. Op deze manier hebben hulpverleners minder het gevoel dat ze met iets nieuws aan de slag moeten gaan. De netwerken organiseren geregeld twee- of driedaagse vormingen waar de Kindreflex als thema aan bod kan komen.
- Bestending van de Kindreflex na afloop van het implementatietraject is nodig. Volgende maatregelen kunnen hiertoe bijdragen:
 - beeldopnames van de vormingsmomenten en ander ondersteunend materiaal op de website plaatsen;

- voorzieningen de kans geven om het vormingspakket in te kopen;
 - de vormingsmomenten jaarlijks opnieuw organiseren om een groter aandeel hulpverleners te bereiken;
 - terugkommomenten organiseren om de kennis en de vaardigheden van hulpverleners up to date te houden en hen een nieuwe dosis inspiratie te geven;
 - delen van de vorming integreren in het curriculum van de therapieopleidingen en de basisopleidingen psychologie, psychiatrie, verpleegkunde, maatschappelijk werk, orthopedagogie, etc.;
 - binnen de GGZ-netwerken iemand aanstellen om de Kindreflex lokaal te verspreiden;
 - regionale platforms of intervisiemomenten organiseren voor casusoverleg;
 - een online leerpakket ontwikkelen.
- Voorzieningen en hulpverleners moeten extra gestimuleerd worden om de Kindreflex te doen. Dit kan door het toepassen van de Kindreflex als kwaliteitsindicator op te nemen. Aan voorzieningen een label toekennen kan eveneens helpen om het gebruik van de Kindreflex te promoten.
 - Het is aan te raden dat voorzieningen gegevens m.b.t. de Kindreflex standaard opnemen in de cliëntdossiers of zelfs inbouwen in het elektronisch registratiesysteem. Dit kan hulpverleners helpen om de Kindreflex niet uit het oog te verliezen en laat toe om cliëntgegevens nadien (indien nodig) met andere hulpverleners te delen.
 - Een versterking van de capaciteit is noodzakelijk wanneer de Kindreflex tot een overrompeling van de gemandateerde voorzieningen en andere jeugdhulpverleners leidt.
 - De Kindreflex moet op termijn uitgebreid worden naar andere sectoren binnen de gezondheidszorg zoals huisartspraktijken en spoedafdelingen. Dit is zeker nodig opdat de exclusieve invoering van de Kindreflex in de GGZ geen stigmatiserend effect zou hebben. Het is evenwel de vraag of de brede scope van de Kindreflex voor deze sectoren wenselijk is.
 - Om zicht te krijgen op het bereik, de impact, de waardering, de knelpunten en de succesfactoren van de Kindreflex is er nood aan een uitgebreide procesevaluatie die kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden combineert. De Kindreflex en de implementatiestrategieën dienen nadien op basis van deze resultaten herbekeken en bijgesteld te worden.
 - Op langere termijn is wetenschappelijk onderzoek nodig om de effecten van de Kindreflex na te gaan.

Inhoud

1	Situering van het onderzoeksproject	3
2	Onderzoeksopdracht	4
3	Onderzoeksmethode	4
4	Conclusies en aanbevelingen	5
4.1	De attituden van stakeholders ten aanzien van het initiatief om een Kindreflex uit te werken	5
4.2	De mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten	6
4.3	De basisversie van de Kindreflex	6
4.4	De Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck	7
4.5	Goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex	8
4.6	De mening van stakeholders over de basisversie van de Kindreflex	8
4.7	De haalbaarheid van de Kindreflex	9
4.8	De knelpunten van de Kindreflex	9
4.9	Het implementatieplan	10
4.10	Het evaluatieplan	12
4.11	Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk	13

Dankwoord **23**

Inleiding **25**

1.	Achtergrond	25
2.	Opbouw rapport	26

Hoofdstuk 1 Onderzoeksdoelstellingen en -methode **27**

1	Onderzoeksdoelstellingen	27
2	Onderzoeksvragen	27
3	Onderzoeksmethode	28

Hoofdstuk 2 Goed genoeg ouderschap **31**

1	Onderscheid tussen ouderschap en opvoederschap	31
2	Goed genoeg ouderschap	31
3	Goed genoeg ouderschap inschatten	32
3.1	Framework for the assessment of children in need and their families	32
3.2	Instrumenten om het functioneren van het gezin te beoordelen	35
3.3	Veertien voorwaarden voor “goed genoeg” ouderschap	35
3.4	Drie basisaannames om als hulpverlener met ouders verbinding te maken	37
4	Conclusie	37

Hoofdstuk 3	Verontrusting en kindermishandeling	39
1	Verontrusting als continuüm	39
2	Kindermishandeling	39
	2.1 Definitie van kindermishandeling	39
	2.2 Vormen van kindermishandeling	40
	2.3 Risicofactoren voor kindermishandeling	41
	2.4 Gevolgen van kindermishandeling	42
	2.5 Signalen van kindermishandeling	42
3	Prevalentie van verontrusting in Vlaanderen	44
	3.1 Cijfers van de Ondersteuningscentra Jeugdhulp	45
	3.2 Cijfers van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling	46
	3.3 Cijfers van de Sociale Dienst Jeugdrechtbank	49
	3.4 Cijfers van Hulplijn 1712	49
	3.5 Cijfers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	50
4	Prevalentie van kindermishandeling in Nederland	51
5	De veiligheid thuis en het risico op kindermishandeling inschatten	51
	5.1 Risicotaxatie	51
	5.2 Beperkingen van risicotaxatie-instrumenten	52
	5.3 Andere aandachtspunten bij het maken van een inschatting	52
6	Conclusie	53
Hoofdstuk 4	Kinderen van ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen	55
1	Kinderen van ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen	55
2	Veelvoorkomende opvoedingsproblemen bij ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen	56
3	De gevolgen van de ouderproblematiek op het welzijn van het kind	56
4	De risico- en beschermende factoren die medebepalend zijn voor de gevolgen van de ouderproblematiek op het welzijn van het kind	58
5	De prevalentie van KOPP-kinderen	59
6	Mood and Resilience Offspring (MARIO) project (2016-2017)	59
7	Conclusie	61
Hoofdstuk 5	Hulpverleningslandschap in Vlaanderen inzake opvoedingsondersteuning, verontrusting en kindermishandeling	63
1	Rechtstreeks toegankelijke hulp voor kinderen, jongeren en hun gezin	64
	1.1 Lokale teams Kind en Gezin	64
	1.2 Inloopteams	65
	1.3 Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)	66
	1.4 Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)	67
	1.5 Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)	68
	1.6 Centra voor Integrale Gezinszorg (CIG)	69

1.7	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)	69
1.8	Voorzieningen Jongerenwelzijn	70
1.9	Crisishulp aan huis (CaH)	70
2	Hulpverlening in Vlaanderen inzake verontrusting	71
2.1	Vertrouwenscentra Kindermishandeling	71
2.2	De gemandateerde voorzieningen	72
2.3	De sociale dienst voor gerechtelijke jeugdhulp	73
3	Conclusie	74
Hoofdstuk 6 Het Vlaamse beleid voor hulpverleners inzake verontrusting en kindermishandeling		75
1	Geen meldplicht omwille van het beroepsgeheim (artikel 458 van het strafwetboek)	75
2	Uitzonderingen op het beroepsgeheim (artikel 458 bis van het strafwetboek)	75
3	De noodtoestand	77
4	Het delen van informatie met andere hulpverleners	77
5	Het delen van informatie in het kader van een casuoverleg (artikel 458 ter van het strafwetboek)	78
6	Het delen van informatie met de politie	78
7	Gegevens over een minderjarige uitwisselen met de ouders	79
8	Schuldig verzuim	79
9	Wanneer schendt een hulpverlener zijn beroepsgeheim?	79
10	Het decreet integrale jeugdhulp over de uitwisseling van persoonsgegevens tussen jeugdhulpverleners	80
11	Decreet GGZ in aantocht	81
12	Conclusie	81
Hoofdstuk 7 Goede praktijken in de GGZ in Vlaanderen		83
1	De Lijst voor Screening en Interventiekeuze (SIK-lijst)	83
2	Het KOPP-preventiegesprek	84
3	Materialen voor KOAP	87
4	Signs of Safety	88
5	Eigen Kracht conferenties	91
6	Conclusie	92
Hoofdstuk 8 De Nederlandse Kindcheck: de detectie van verontrustende gezinssituaties en kindermishandeling op basis van contact met de ouders		93
1	Ontstaansgeschiedenis	93
2	Manier van toepassing	94
2.1	De Kindcheck als onderdeel van de meldcode in Nederland	94
2.2	Herziening van de meldcode vanaf januari 2019	95

2.3	De rol van Veilig Thuis	95
2.4	De Kindcheck: Wat? Wie? Waarom?	96
3	Materialen van de Kindcheck	97
3.1	Een handleiding	97
3.2	Stappenplan	101
3.3	Poster	102
3.4	Impactrapport	102
3.5	e-learning	102
3.6	Online magazine	103
4	Onderzoek met betrekking tot de implementatie van de Kindcheck	103
5	Conclusie	108
Hoofdstuk 9 Focusgroepen met hulpverleners uit de verschillende deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg		109
1	Deelnemers van de focusgroepen	109
2	Resultaten van de focusgroepen	110
2.1	In welke mate besteden hulpverleners uit de volwassen GGZ nu reeds aandacht aan de ouderrol van cliënten?	110
2.2	Wat vinden de deelnemers van de focusgroepen van de Nederlandse Kindcheck?	117
2.3	Wat vinden de deelnemers van de focusgroepen van het idee om een Vlaamse Kindreflex uit te werken?	118
2.4	Hoe moet de Vlaamse Kindreflex er volgens de deelnemers van de focusgroepen uitzien?	119
2.5	Welke materialen moeten er volgens de deelnemers van de focusgroepen ontwikkeld worden ter ondersteuning van de implementatie van de Kindreflex?	121
2.6	Wat zijn volgens de deelnemers van de focusgroepen noodzakelijke voorwaarden voor een succesvolle implementatie van een Vlaamse Kindreflex?	124
3	Synthese van de focusgroepen	128
Hoofdstuk 10 Expertgroepen		133
1	Eerste expertgroep	133
1.1	Aanpak en deelnemers	133
1.2	Resultaten	134
2	Tweede expertgroep	143
2.1	Aanpak en deelnemers	143
2.2	Resultaten	144
3	Synthese van de expertgroepen	153
Hoofdstuk 11 Stappenplan Vlaamse Kindreflex		157
1	Wat? Hoe? Wie? Wanneer?	157
2	Uitgangsprincipes	158
3	Het stappenplan	159

Hoofdstuk 12	Eerste aanzet voor de ondersteunende tools	163
1	Website	163
	1.1 Wat? Hoe? Wie? Wanneer?	165
	1.2 Relevantie	165
	1.3 Uitgangsprincipes	167
	1.4 Stappenplan	167
	1.5 Beroepsgeheim	176
	1.6 Cases	178
	1.7 Hulpaanbod	178
	1.8 Vorming & materiaal	180
2	Steekkaart stappenplan	181
3	Vorming	184
4	Brochure voor hulpverleners werkzaam in de GGZ	184
5	Poster voor in de wachtzaal	186
Hoofdstuk 13	Conclusie en beleidsaanbevelingen	187
1	Conclusies	187
	1.1 De relevantie van de Kindreflex	187
	1.2 De Kindreflex in een notendop	188
	1.3 De Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck	189
	1.4 De naamgeving	190
	1.1 De mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten	191
	1.5 Goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex	191
	1.6 De attitudes van stakeholders ten aanzien van de Kindreflex	191
	1.7 De haalbaarheid van de Kindreflex	192
	1.8 De knelpunten van de Kindreflex	193
	1.9 Het implementatieplan	194
	1.10 Het evaluatieplan	198
2	Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk	201
Referenties		203
Bijlagen - zie apart document		

Lijst Tabellen

Tabel 1	Veelvoorkomende risicofactoren voor mishandeling (Dekkers et al., 2013; Desair et al., 2010; Stith et al., 2009).	41
Tabel 2	Signalen van lichamelijke mishandeling en verwaarlozing (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard).	43
Tabel 3	Signalen van emotionele mishandeling en verwaarlozing (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard).	43
Tabel 4	Signalen van seksueel misbruik (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard).	44
Tabel 5	Cijfers OCJ: aantal consultvragen en aantal meldingen voor MANO-onderzoek inzake verontrusting.	45
Tabel 6	Cijfers VK: aantal opgestarte MANO-procedures inzake verontrusting.	47
Tabel 7	Cijfers VK: aantal meldingen verontrusting bij de rechtstreeks toegankelijke werking.	48
Tabel 8	Cijfers SDJ: aantal vorderingen door de jeugdrechter.	49
Tabel 9	Cijfers CGG: aantal zorgperiodes kindermishandeling.	50
Tabel 10	Risico- en beschermende factoren KOPP-kinderen (Claes et al., 2016).	58
Tabel 11	Het drie-kolommenmodel van Signs of Safety.	89
Tabel 12	Aantal verwijzingen naar Veilig Thuis vanuit de spoedeisende hulp in de interventieregio en de controleregio's voor en na de introductie van de Kindcheck.	104
Tabel 13	Algemene kenmerken met betrekking tot de meldingen: het geslacht en de etniciteit van de gemelde ouder en het aantal kinderen in het gezin.	104
Tabel 14	Reden van verwijzing naar Veilig Thuis.	105
Tabel 15	Type mishandeling na onderzoek door Veilig Thuis.	106

Lijst Figuren

Figuur 1	Onderzoeksmethode.	28
Figuur 2	Framework for the assessment of children in need and their families (Department of Health, 2000; Gray, 2001).	32
Figuur 3	Stappenplan Nederlandse Kindcheck en meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	101
Figuur 4	Poster over de Nederlandse Kindcheck.	102
Figuur 5	Percentage respondenten per sector dat de meldcode toepast.	106
Figuur 6	Percentage respondenten per sector dat het afgelopen jaar signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling detecteerde.	107
Figuur 7	Percentage respondenten bij wie de Kindcheck onderdeel van de risico-inventarisatie is.	107
Figuur 8	Deelnemers focusgroepen.	110
Figuur 9	De Kindreflex in zes stappen.	159
Figuur 10	Structuur website Kindreflex.	164

Dankwoord

De auteurs danken de leden van de stuurgroep voor de constructieve en vruchtbare samenwerking tijdens de zoektocht naar een Vlaamse variant van de Nederlandse Kindcheck. Ook de hulpverleners, coördinatoren en directies van de GGZ-organisaties en de GGZ-netwerken en de ervaringsdeskundigen danken we uitvoerig voor hun deelname aan de reeks van focusgroepen. Hetzelfde geldt voor de beleidsmedewerkers en de experts die zich engageerden voor de expertgroepen. Dank ook aan Manuela Schröder die voor alle administratieve ondersteuning zorgde.

Inleiding

1. Achtergrond

Er bestaat sterke wetenschappelijke evidentie dat kinderen van ouders met een psychisch probleem een verhoogd risico lopen om later zelf een psychisch probleem te ontwikkelen. Volgens longitudinale studies ontwikkelt 41 tot 77% van deze kinderen later zelf een psychisch probleem (Hosman et al., 2009). Verschillende mechanismen liggen aan de basis van deze transgenerationale transmissie: genetische transmissie, prenatale invloeden (stress, angst, ongezond gedrag tijdens de zwangerschap), ouder-kind interacties, familieprocessen en -condities, en sociale invloeden van buiten de familie. De manier waarop ouders met hun kind interageren en de soms beperkte opvoedingsvaardigheden van ouders met een psychisch probleem zijn een belangrijke mediërende factor voor de overdracht van psychische problemen van ouders op kinderen (Hosman et al., 2009).

Tegelijk kan ouderschap voor cliënten met psychische problemen een doorslaggevende rol spelen in het herstelproces (Van Audenhove, 2015). De liefde en de verantwoordelijkheid voor kinderen zijn voor veel mensen met een psychische kwetsbaarheid van onschatbare waarde. De kinderen en de rol die men als ouder vervult, geeft zin aan het leven en is voor velen een motor om te veranderen en vooruitgang te boeken (Van Audenhove, 2015). Hulpverleners moeten zich bewust zijn van het ouderschap van hun cliënt en stil staan bij zowel de risico's als de kracht die het vader- of moederschap met zich mee kan brengen.

In Nederland zijn hulpverleners werkzaam in de sectoren gezondheid, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp die met volwassenen werken sinds 1 juli 2013 verplicht om een Kindcheck uit te voeren (Handleiding Kindcheck: Augeo, 2013a, 2013b). Het doel van de Kindcheck is om tijdens contacten met volwassen cliënten preventief te vragen of er in het gezin kinderen aanwezig zijn (of op komst zijn) en na te gaan of de kinderen veilig zijn. Het gaat hier om veiligheid in de brede zin van het woord: fysieke veiligheid, welzijn, ontwikkeling en gezondheid. Wanneer een professional vermoedt dat zijn cliënt in een situatie verkeert die mogelijke risico's oplevert voor de kinderen die van hem afhankelijk zijn, is het de plicht van de hulpverlener om hierover in gesprek te gaan met zijn cliënt. Aan de hand van dit gesprek schat de hulpverlener in of de problemen van de volwassene schadelijke gevolgen hebben voor de kinderen. Wanneer er reden is tot zorg, is het zaak om de situatie waarin de kinderen zich bevinden nader te onderzoeken en indien nodig gepaste hulp te regelen.

De Kindcheck is in Nederland onderdeel van een verplicht beleid rond huiselijk geweld en kindermishandeling en gekoppeld aan een registratie in het cliëntdossier. De Kindcheck is te beschouwen als een soort van handelingsprotocol - het bevat een geheel van afspraken over de stappen die een hulpverlener dient te zetten. Daarnaast bestaan er diverse hulpmiddelen voor professionals om het uitvoeren van de Kindcheck te faciliteren: een stappenplan, een poster, een opleidingsaanbod en een gratis online leerpakket.

De Kind en Gezin conferentie 'De toekomst is jong' (2016) stelde dat het thema verontrusting en zorg voor de gezondheid, de veiligheid, het welzijn en de ontwikkeling van kinderen een gedeelde zorg in de samenleving moet zijn. Eén van de beleidsaanbevelingen van de conferentie betrof het uitwerken van **ondersteuning voor professionals die niet rechtstreeks werken met kinderen waarover de (mogelijke)**

verontrusting gaat, maar die zorg verstrekken aan de ouders of nabije zorgfiguren. Het gaat hier bv. om hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), medewerkers van justitie en politie, sociaal werkers, spoed- en huisartsen, etc. De Kindcheck uit Nederland werd naar voor geschoven als een goede praktijk om professionals te ondersteunen aangezien deze benadering wetenschappelijk onderbouwd is, uitgewerkt is voor diverse sectoren en onderdeel is van de regelgeving.

De Vlaamse overheid beoogt om een Vlaamse versie van de Kindcheck – met name een Kindreflex – met bijbehorende tools uit te werken en vervolgens te implementeren in de gehele GGZ-sector in Vlaanderen. Het huidig onderzoek kadert in dit bredere implementatieproject dat uit 5 stappen bestaat:

- stap 1: een basisversie van de Kindreflex voor toepassing in de GGZ ontwikkelen, inclusief een eerste aanzet voor de ondersteunende tools;
- stap 2: een plan van aanpak uitwerken voor de implementatie van de Kindreflex in de gehele GGZ-sector in Vlaanderen;
- stap 3: de eerste aanzet voor de ondersteunende tools voor professionals zoals voorbereid in stap 1 uitwerken tot finale tools;
- stap 4: de Kindreflex en de tools implementeren in de gehele GGZ-sector in Vlaanderen;
- stap 5: de implementatie van de Vlaamse Kindreflex evalueren en aanbevelingen formuleren voor het beleid en de praktijk.

Het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (WVG) voert in het kader van dit onderzoek de eerste twee stappen van het implementatieproject uit. De drie volgende stappen zijn onderdeel van een vervolgtraject en worden uitgevoerd door het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling.

2. Opbouw rapport

Het onderzoeksrapport is als volgt opgebouwd. **Hoofdstuk 1** beschrijft de onderzoeksdoelstellingen en de gebruikte onderzoeksmethoden. De hoofdstukken 2 tot 8 geven een overzicht van de wetenschappelijke, praktijkgerichte en beleidsgerichte literatuur relevant voor de toepassing van de Kindreflex in Vlaanderen. **Hoofdstuk 2** handelt daarbij over goed genoeg ouderschap; **hoofdstuk 3** over verontrusting en kindermishandeling; **hoofdstuk 4** over kinderen van ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen; **hoofdstuk 5** over het hulpverleningslandschap in Vlaanderen inzake opvoedingsondersteuning, verontrusting en kindermishandeling; **hoofdstuk 6** over het Vlaamse beleid voor hulpverleners inzake verontrusting en kindermishandeling; **hoofdstuk 7** over goede praktijken gehanteerd binnen de Vlaamse GGZ en **hoofdstuk 8** over de Nederlandse Kindcheck. De **hoofdstukken 9 en 10** bevatten de neerslag van respectievelijk de vier focusgroepen en de twee expertgroepen die we in het kader van dit project organiseerden. In **Hoofdstuk 11** beschrijven we de Vlaamse Kindreflex en in **hoofdstuk 12** doen we een eerste aanzet voor de ondersteunende tools die nodig zijn om de Kindreflex binnen de Vlaamse GGZ te implementeren. In **hoofdstuk 13** zetten we tot slot de belangrijkste conclusies van dit voorbereidend traject op een rij en formuleren we aanbevelingen voor het beleid en de praktijk met betrekking tot de verdere implementatie en evaluatie van de Kindreflex.

Hoofdstuk 1

Onderzoeksdoelstellingen en -methode

1 Onderzoeksdoelstellingen

Het voorliggend onderzoek heeft volgende doelstellingen:

- de Kindreflex wetenschappelijk onderbouwen met het oog op toepassing in de Vlaamse GGZ;
- een basisversie van de Kindreflex (handelingsprotocol) met toepassing in de GGZ ontwikkelen, afgestemd op het Vlaamse hulpverleningslandschap (indien één generieke versie niet zou volstaan, kunnen varianten voor verschillende deelsectoren voorgesteld worden);
- een eerste aanzet voor de tools ontwikkelen die noodzakelijk zijn voor de implementatie van de Kindreflex (website, brochure, vorming, richtlijn, etc.);
- een plan van aanpak voor de implementatie van de Kindreflex uitwerken, met aandacht voor een informatiecampagne, een vorming, de monitoring en de evaluatie.

De concrete uitwerking en de toepassing van de Kindreflex moeten vorm krijgen vanuit een Vlaamse context. Dit betekent dat de Kindreflex beschrijft welke actoren op welke momenten moeten ingeschakeld worden ingeval er sprake is van onveiligheid voor kinderen en wat de rol van de gemandateerde voorzieningen (Ondersteuningscentra Jeugdzorg en Vertrouwenscentra Kindermishandeling) hierin is. De Kindreflex moet eveneens verduidelijken waar professionals terecht kunnen voor ondersteuning van het kind en zijn ouder(s). Aansluiting met het hulpverleningsaanbod in diverse settings van de GGZ (psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen, centra voor drugshulpverlening, centra voor psychosociale revalidatie voor volwassenen, Artikel 107 netwerken, etc.) is daartoe noodzakelijk.

2 Onderzoeksvragen

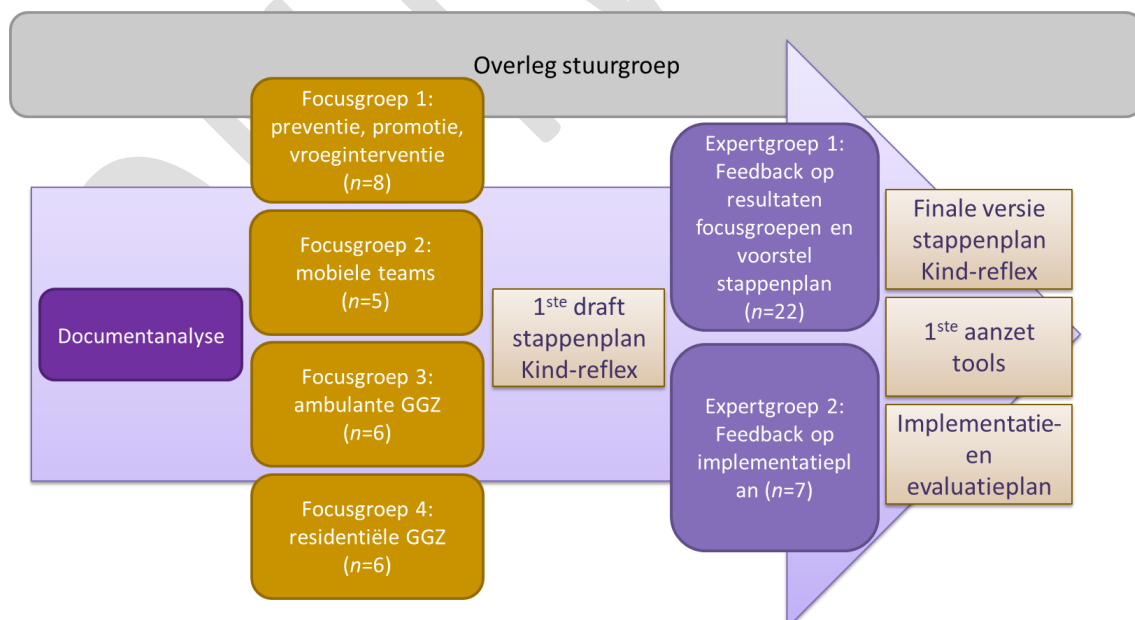
Volgende onderzoeksvragen komen aan bod in dit onderzoek:

- Welke wetenschappelijke onderbouwing van de Kindreflex is van toepassing en hoe verhoudt deze zich t.o.v. van de Vlaamse GGZ-context?
- Welke bijsturing is nodig om een basisversie van de Kindreflex te realiseren en welke ondersteunende tools voor professionelen zijn nodig?
- Hoe moet de Kindreflex geïmplementeerd worden, inclusief monitoring en evaluatie?

3 Onderzoeksmethode

Voorliggend onderzoek bestaat uit vijf onderdelen om de onderzoeksdoelstellingen te realiseren en de onderzoeksvragen te beantwoorden (Figuur 1):

- Een **documentanalyse** om zicht te krijgen op wetenschappelijke, praktijkgerichte en beleidsgerichte informatie relevant voor de toepassing van de Kindreflex in Vlaanderen. De documentanalyse betreft geen allesomvattende state-of-the-art literatuurstudie, maar speelt in op thema's en bronnen cruciaal voor de ontwikkeling van Kindreflex. Praktijken, definities, concepten en instrumenten gehanteerd door GGZ-hulpverleners uit Vlaanderen en Nederland vormen de hoofdfocus van deze documentanalyse.
- **Focusgroepen** met professionelen uit de verschillende deelsectoren van de GGZ om: (1) zicht te krijgen op wat er reeds gebeurt met betrekking tot de veiligheid van kinderen van volwassenen met ernstige psychische problemen of verslavingsproblemen, (2) af te stemmen over de inhoud van de Kindreflex en (3) te bepalen welke extra tools nodig zijn om hulpverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van de Kindreflex.
- **Expertgroepen** met vertegenwoordiging van stakeholders uit de verschillende deelsectoren van de GGZ om terug te koppelen over de tussentijdse onderzoeksresultaten en het implementatieplan.
- De **uitwerking van de basisversie** van de Kindreflex en de eerste aanzet voor de tools op basis van de inbreng van hulpverleners en vertegenwoordigers.
- **Formulering van beleidsaanbevelingen** inzake de implementatie, de monitoring en de evaluatie van de Kindreflex in Vlaanderen.



Figuur 1 Onderzoeksmethode.

Dit rapport en de ondersteunende materialen kwamen tot stand in nauwe samenspraak met de stuurgroep van het project. De stuurgroep kwam gedurende de looptijd van dit project vijf keer samen en werd voorgezeten door Kind en Gezin. Van elke stuurgroepvergadering is een verslag voorhanden.

De leden van de stuurgroep bestonden uit vertegenwoordigers van het Kabinet Welzijn Volksgezondheid en Gezin (WVG), Zorg en Gezondheid, Jongerenwelzijn, Departement WVG, Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling, Zorgnet-Icuro, Federatie van Diensten voor GGZ, Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenczorg, Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg vzw, Vlaams Patiëntenplatform en Cachet VZW. Het was hun taak om advies te geven, de uitvoering van het project indien nodig bij te sturen en het rapport en de ondersteunende materialen goed te keuren.

Hoofdstuk 2

Goed genoeg ouderschap

1 Onderscheid tussen ouderschap en opvoederschap

In de literatuur maakt men een onderscheid tussen ouderschap en opvoederschap (Van der Pas, 2005; Weille, 2017). Ouderschap is geen rol die iemand op zich neemt, maar vormt de levenslange biologische relatie tussen een kind en een ouder, ongeacht de omstandigheden. Deze relatie geldt ten alle tijden, ook als de biologische ouder niet de dagelijkse zorg voor het kind opneemt. Voor ouderschap maakt het aldus niet uit of het kind eenmalig ergens logeert of permanent uit huis is geplaatst.

Opvoederschap is wel een rol die wordt opgenomen door degene die de dagelijkse zorg voor het kind draagt. In veel gevallen vallen ouderschap en opvoederschap samen. Er zijn echter ook situaties waarin ouderschap en opvoederschap gescheiden plaatsvinden, bv. wanneer een kind opgroeit bij pleegouders of grootouders. De biologische ouder blijft in deze situatie de wettelijke ouder, terwijl het opvoederschap bij de pleegouders of de grootouder ligt. Opvoederschap is zodoende te beschouwen als een rol die iemand ook tijdelijk op zich kan nemen.

2 Goed genoeg ouderschap

Geen enkele ouder is perfect. Er bestaan ook geen vaste regels over hoe je kinderen goed opvoedt. Elke ouder, elk kind en elke situatie is immers anders. Er is met andere woorden geen juiste manier van opvoeden, maar de opvoeding moet wel goed genoeg zijn. Dit roept de vraag op, wanneer de opvoedingssituatie goed genoeg is. Wat moeten ouders hun kind minimaal kunnen bieden?

De Vries en collega's (2005) definiëren goed genoeg ouderschap als ouderschap dat kinderen voldoende ondersteunt in hun ontwikkeling. Ouderschap speelt zich volgens De Vries et al. (2005) niet af in een vacuüm, maar wordt voortdurend beïnvloed door talloze factoren. Of er sprake is van goed genoeg ouderschap waarbij een minderjarige zich goed kan ontwikkelen, hangt aldus af van een ingewikkeld samenspel van deze factoren. Als vuistregel geldt dat de draaglast en de draagkracht binnen een gezin in evenwicht moet zijn. Wanneer er meer risicofactoren in het gezin aanwezig zijn, moeten er ook meer beschermende factoren aanwezig zijn om het ouderschap in balans te houden. Deze risico- en beschermende factoren kunnen zich op verschillende terreinen situeren: bij de ouders zelf, bij de jeugdige, binnen het gezin, binnen het ruimere sociale netwerk van de ouders of het kind evenals binnen de professionele hulpverlening en de maatschappelijke context.

In de wetenschap is er geen normering van goed ouderschap voorhanden – er bestaan ook geen meetinstrumenten die door middel van bepaalde scores kunnen verduidelijken of ouders hun kind wel of niet voldoende ondersteunen. Hulpverleners beantwoorden deze vraag veelal op basis van persoonlijke en professionele intuïtie. Er zijn echter wel aspecten van de opvoeding en omgeving waarvan is aangetoond dat deze een invloed hebben op de ontwikkeling van een jeugdige, en waar de hulpverlener zich op kan enten.

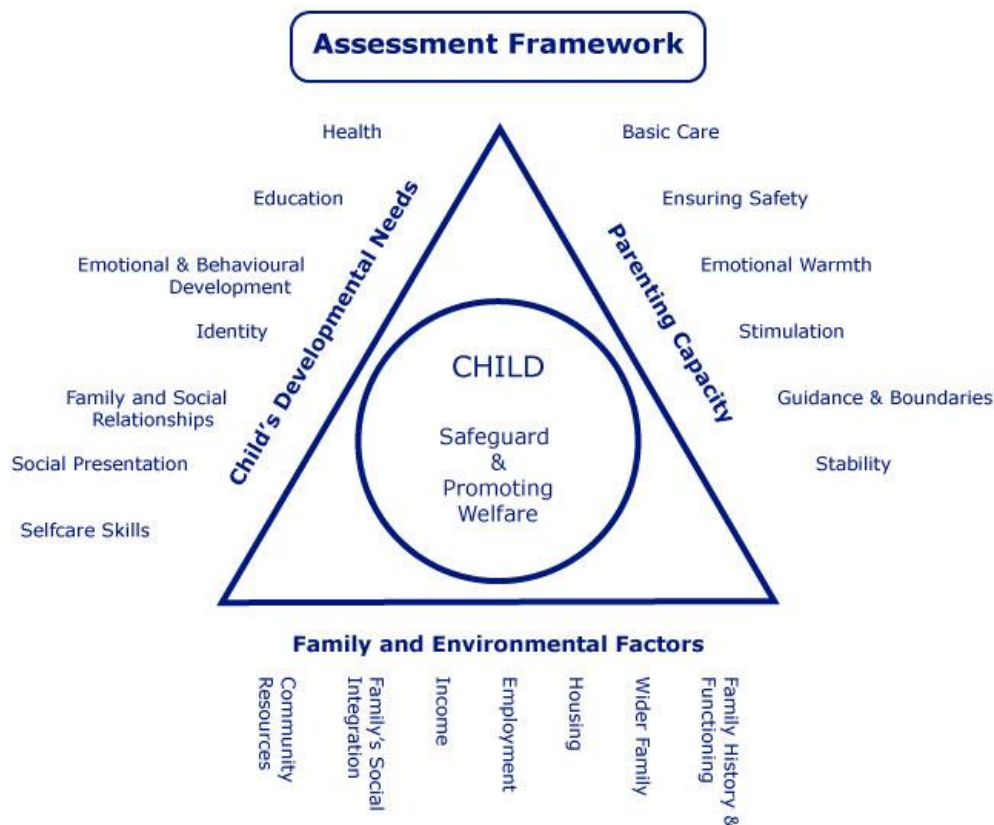
3 Goed genoeg ouderschap inschatten

3.1 Framework for the assessment of children in need and their families

Het Framework for the assessment of children in need and their families biedt een kapstok om de ontwikkeling en de veiligheid van een minderjarige in kaart te brengen en te bepalen of er nood is aan bijkomende ondersteuning (Gray, 2001). Het framework biedt houvast om een compleet beeld te krijgen van de opvoedingssituatie zonder belangrijke zaken over het hoofd te zien.

Het kader stelt dat het welzijn en de ontwikkeling van een kind of jongere bepaald wordt door de interactie van factoren op de volgende drie gebieden (zie Figuur 2):

- de ontwikkelingsnoden van het kind of de jongere;
- de capaciteiten van de ouders om gepast op deze noden te reageren;
- de impact van de bredere gezins- en omgevingsfactoren op de opvoedcapaciteiten van ouders en de ontwikkelingsnoden van de kinderen.



Figuur 2 Framework for the assessment of children in need and their families (Department of Health, 2000; Gray, 2001).

Elk van deze drie gebieden wordt verder getypeerd aan de hand van een reeks dimensies. Zo wordt het eerste domein – de ontwikkelingsnoden van het kind of de jongere – gekenmerkt door volgende zeven dimensies (Gray, 2001):

- **Gezondheid.** Deze dimensie omvat de groei en de ontwikkeling van kinderen evenals hun fysiek en mentaal welzijn. Het gaat onder meer over volgende aspecten: speciale behoeften omwille

van ziekte of een beperking, de aanwezigheid van een letsel (mogelijk als gevolg van kindermishandeling), uiterlijke verschijning zoals bv. gepaste kledij dragen of uitgerust ogen en voldoende lichaamsbeweging en goede eetgewoonten hebben.

- **Cognitieve ontwikkeling.** Deze dimensie verwijst naar alle facetten van de cognitieve ontwikkeling van een kind te beginnen vanaf de geboorte. Dit omvat de kansen die kinderen krijgen om taal te ontwikkelen, naar school te gaan, succes- en faalervaringen te beleven, met andere kinderen te spelen en te interageren, toegang te hebben tot boeken, een reeks vaardigheden en interesses te verwerven.
- **Emotionele en gedragsontwikkeling.** Deze dimensie verwijst naar het gepast kunnen reageren op emoties en het kunnen uitdrukken van eigen gevoelens ten aanzien van ouders en anderen uit de ruimere leefomgeving. Het gaat hier onder meer over de aard en de kwaliteit van hechting, het temperament, aanpassing aan nieuwe situaties, reactie op stress, mate van zelfcontrole, gedrag en spelgedrag thuis, op school en in de omgeving.
- **Identiteit.** Deze dimensie verwijst naar de mate waarin het kind zichzelf ziet als een zelfstandig en gewaardeerd individu. Het gaat hier om aspecten zoals: zelfredzaamheid, zelfbeeld en zelfvertrouwen, het hebben van een positief gevoel van eigenwaarde, gender en/of seksuele identiteit, gevoelens van onderscheiding en acceptatie door de familie, de leeftijdsgroep en de bredere omgeving (inclusief andere culturele groepen), keuzes kunnen maken en initiatief nemen.
- **Gezins- en sociale relaties.** Deze dimensie verwijst naar de ontwikkeling van een empathisch vermogen waardoor het kind in staat is om stabiele relaties aan te gaan met gezinsleden (ouders, broers/zussen), leeftijdsgenoten, andere volwassen personen (bv. oogcontact maken, mate van openheid of afweer, mate van weerbaarheid of afhankelijkheid).
- **Sociale presentatie.** Deze dimensie verwijst naar het groeiende besef van kinderen dat verschijning en gedrag (bv. passende kleding, passend gedrag, netheid en persoonlijke hygiëne) bepalend zijn voor de indruk die de buitenwereld zich over hen vormt. Belangrijke aspecten zijn: aanpassing aan en houding ten aanzien van beperkingen en discriminatie door anderen, respect voor gezins-, culturele en religieuze waarden en diversiteit.
- **Zelfredzaamheid.** Deze dimensie betreft het verwerven van praktische, emotionele en communicatieve vaardigheden die nodig zijn om de onafhankelijkheid te vergroten. Dit omvat het kunnen bedenken van oplossingen voor problemen, het kunnen inschatten van de eigen beperkingen, kwetsbaarheden en sociale omstandigheden die de zelfredzaamheid beïnvloeden.

Het tweede domein – de capaciteiten van de ouders om gepast op de ontwikkelingsnoden van kinderen te reageren – wordt getypeerd door zes dimensies (Gray, 2001):

- **Basale verzorging.** Deze dimensie verwijst naar het kunnen voorzien in de fysieke behoeften van het kind (voeding, hygiëne, onderdak). Het kunnen zorgdragen voor goede gezondheidszorg (bv. bezoek aan huisarts en tandarts, deelname aan vaccinatieprogramma, specialistische hulp bieden).
- **Veiligheid garanderen.** Deze dimensie verwijst naar het bieden van een veilige leefomgeving, het bieden van bescherming tegen schade, gevaar of mensen die mogelijk gevaar opleveren, voldoende toezicht houden, het kind weerbaar maken over hoe om te gaan met risicovolle situaties.

- **Emotionele warmte.** Deze dimensie verwijst naar het kunnen tegemoetkomen aan de emotionele behoeften van het kind door waardering, respect empathie en begrip te tonen voor het kind, sensitief en responsief te reageren op de behoeften van het kind, betrokken, ondersteunend en geïnteresseerd te reageren bij activiteiten van en met het kind, op gepaste wijze fysieke affectie te tonen (knuffelen), het kind te prijzen en te complimenteren.
- **Stimuleren.** Deze dimensie verwijst naar het faciliteren van de intellectuele ontwikkeling van het kind door aanmoediging, communicatie en cognitieve stimulering. Het gaat hier in het bijzonder om: interactie, reageren op de taal en vragen van het kind, het kind aanmoedigen om te spelen en zelf ook meespelen, kansen om te leren creëren (bv. het kind naar school laten gaan, successen laten ervaren).
- **Regels en grenzen.** Deze dimensie verwijst naar ouderlijk gezag zodat het kind zijn eigen emoties en gedrag kan reguleren. Belangrijke ouderlijke taken zijn: het voordoen van passend gedrag, het stellen van heldere, realistische grenzen, regels en verwachtingen, het reguleren van gedrag en emoties van het kind, het kind leren omgaan met woede, frustraties en conflicten, en het kind passende verantwoordelijkheden geven. Het doel is dat kinderen op basis hiervan eigen morele waarden en een geweten ontwikkelen.
- **Stabiliteit.** Deze dimensie verwijst naar het kunnen bieden van een voldoende stabiele gezinsomgeving zodat het kind zich veilig kan hechten. Het gaat hier om structuur, stabiliteit en continuïteit in de opvoeding bieden, op een voorspelbare en consequente manier op gedrag reageren, fysiek en psychisch beschikbaar zijn, ervoor zorgen dat het kind contact houdt met belangrijke familieleden en anderen.

Het derde domein – de impact van de bredere gezins- en omgevingsfactoren op de opvoedcapaciteiten van ouders en de ontwikkelingsnoden van kinderen – bestaat uit zeven dimensies (Gray, 2001):

- **Familiegeschiedenis en functioneren van het gezin.** Deze dimensie heeft betrekking op wie er deel uitmaakt van het gezin en hoe hun relatie met het kind is. Zijn er significante veranderingen in de samenstelling van het gezin? Hebben zich belangrijke gebeurtenissen voorgedaan? Welke ervaringen uit de kindertijd dragen de ouders met zich mee? Hoe functioneert het gezin? Wat zijn sterke en minder sterke eigenschappen van de ouders? Hoe is de relatie tussen (gescheiden) ouders?
- **Familie.** Deze dimensie verwijst naar wie er al dan niet deel uitmaakt van de familie. Hoe zijn de relaties met de bredere familie? Zijn er bepaalde relaties die ontbreken? Welke impact heeft de familie op de jongere en het gezin?
- **Woning.** Deze dimensie verwijst naar de aanwezigheid van basisfaciliteiten en voorzieningen die passen bij de leeftijd en de ontwikkeling van het kind en andere huisgenoten, zoals de aanwezigheid van gas, water, elektriciteit, kookfaciliteiten, slaapruijme, netheid, hygiëne en veiligheid.
- **Werk.** Deze dimensie verwijst naar de werkstatus van de gezinsleden. Wie werkt er in het gezin en volgens welk werkpatroon? Zijn er belangrijke veranderingen met betrekking tot werk (bv. werkloosheid van de kostwinner)? Wat is die invloed van het al dan niet hebben van werk op het kind?

- **Inkomsten.** Deze dimensie verwijst naar het inkomen van het gezin. Zijn er voldoende inkomsten voorhanden om in de behoeften van de kinderen en het gezin te voorzien? Worden de beschikbare financiële middelen op een goede manier gebruikt? Zijn er financiële moeilijkheden die een impact hebben op het kind?
- **Sociale integratie van het gezin.** Deze dimensie verwijst naar de mate waarin het gezin geïntegreerd of geïsoleerd leeft. Hoe zien de peer-group, de vriendschappen en het sociale netwerk van zowel de kinderen als de ouders eruit? Welk belang hechten ze eraan?
- **Gemeenschapsbronnen.** Deze dimensie verwijst naar de beschikbaarheid van voorzieningen en diensten in de wijk, zoals de aanwezigheid van eerstelijnsgezondheidszorg, dagopvang en scholen, transport, winkels, vrijetijdsactiviteiten en gebedshuizen. Zowel de beschikbaarheid als het niveau van de voorzieningen en de invloed daarvan op het gezin zijn van belang.

3.2 Instrumenten om het functioneren van het gezin te beoordelen

In de wetenschappelijke literatuur zijn er diverse vragenlijsten en instrumenten beschikbaar om het functioneren van een gezin op de verschillende dimensies van opvoedingscapaciteiten en gezins- en omgevingsfactoren in kaart te brengen en te beoordelen. Voorbeelden hiervan zijn:

- de vragenlijst gezinsfunctioneren voor ouders (Janssen & Veerman, 2005) (vrij beschikbaar);
- de vragenlijsten voor gezin en opvoeding (Vermulst et al., 2011) (vrij beschikbaar);
- de gezinsvragenlijst (Van der Ploeg en Scholte, 2008) (betalend);
- de pedagogische variabelenlijst (Bakker, 2008) (betalend);
- de vragenlijst voor gezinsproblemen (Koot, 1997);
- de Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedsituatie (Wels & Robbroeckx, 1996);
- de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (Brock et al., 1992);
- de zelfredzaamheidsmatrix (Lauriks et al., 2013).

3.3 Veertien voorwaarden voor “goed genoeg” ouderschap

Volgens Heiner en Bartels (1989) en Zijlstra (2012) zijn er veertien condities die aangeven wat een kind of een jongere nodig heeft voor een optimale ontwikkeling:

- **Adequate verzorging.** De ouders dragen zorg voor de gezondheid en het fysieke welbevinden van de minderjarige. Ze zorgen voor onderdak, kleding, voeding en persoonlijke spulletjes. Er is een inkomen om hierin te voorzien. De ouders hebben geen zorgen over de manier waarop zij voorzien in de verzorging van hun kind.
- **Veilige fysieke directe omgeving.** Dit impliceert de afwezigheid van fysiek gevaar in de woning of buurt waar de jeugdige woont. Er zijn geen bedreigende toxische invloeden in de woning of buurt. De jeugdige wordt niet bedreigd door een vorm van kindermishandeling.
- **Affectief klimaat.** De ouders geven hun kind emotionele bescherming, steun en begrip. Er is sprake van een veilige hechting tussen ouder en kind. Er is sprake van wederzijdse genegenheid.

- **Ondersteunende flexibele opvoedingsstructuur.** Dit verwijst naar aspecten zoals:
 - voldoende regelmaat brengen in het leven van alledag;
 - aanmoedigen, stimuleren en instructies geven;
 - grenzen en regels stellen en beargumenteren waarom deze gelden;
 - controle uitoefenen over het gedrag van de jeugdige;
 - voldoende ruimte schenken aan de wensen van de jeugdige, hem de vrijheid geven om initiatief te nemen, te experimenteren en te onderhandelen over wat voor hem belangrijk is;
 - niet meer verantwoordelijkheid geven dan de jeugdige aankan.
- **Adequaat voorbeeldgedrag door ouders.** De ouders laten gedrag, normen en waarden zien die voor de jongere later waarschijnlijk van belang zijn en die hij kan overnemen.
- **Interesse.** Ouders hebben interesse in hun kind, in zijn leefwereld en persoon.
- **Continuïteit in opvoeding en verzorging, toekomstperspectief.** De ouders zorgen zodanig voor hun kind dat een veilige hechting optreedt. De jeugdige heeft vertrouwen in de aanwezigheid van de ouders en ervaart een toekomstperspectief.
- **Veilige fysieke wijdere omgeving.** Zowel de buurt waarin de jeugdige opgroeit als de samenleving is veilig. Criminaliteit, oorlog, natuurrampen, ziekten etc. bedreigen de ontwikkeling van de jeugdige niet.
- **Respect.** De behoeften, wensen, gevoelens en verlangens van de jeugdige worden serieus genomen door de omgeving en de samenleving waarin de jeugdige leeft. Er is geen sprake van discriminatie wegens achtergrond, etniciteit of religie.
- **Sociaal netwerk.** De jeugdige en zijn familie hebben een sociaal netwerk waar ze op kunnen terugvallen.
- **Educatie.** De jeugdige krijgt scholing en opleiding en de gelegenheid om zijn persoonlijkheid en talenten te ontplooien (bv. via sport of muziek).
- **Omgang met leeftijdsgenoten.** De jeugdige heeft de mogelijkheid om met leeftijdsgenoten om te gaan in gevarieerde situaties, geschikt voor zijn leeftijd.
- **Adequaat voorbeeldgedrag in de samenleving.** De jeugdige heeft contact met andere jeugdigen en volwassenen die een voorbeeld zijn voor huidig en toekomstig gedrag en die belangrijke normen en waarden kunnen overbrengen.
- **Stabiliteit in levensomstandigheden, toekomstperspectief.** De omgeving waarin de jeugdige leeft, verandert niet onvoorzien en onverwachts. Veranderingen komen aangekondigd en er wordt rekening gehouden met de jeugdige. Personen met wie de jeugdige zich identificeert en die ondersteuning bieden, zijn continu beschikbaar. De samenleving biedt mogelijkheden en een toekomstperspectief.

Deze 14 voorwaarden bieden een normatief kader om informatie over de opvoedingssituatie te verzamelen en te beoordelen of deze veilig is en aan de ontwikkelingsnoden van de kinderen

beantwoordt. Wanneer er in grote mate van deze voorwaarden wordt afgeweken, kan men spreken over een bedreiging van de ontwikkeling van het kind of de jongere (Zijlstra, 2012).

3.4 Drie basisaannames om als hulpverlener met ouders verbinding te maken

Werken volgens de ouderschapstheorie van Van der Pas (2009) biedt professionals een ingang om met ouders verbinding te maken. De theorie is gebaseerd op volgende drie aannames:

- **Alle ouders willen het beste voor hun kind.** Ook al staat het gedrag van ouders haaks op de waarden van de professional, toch moet elke hulpverlener ervan uitgaan dat iedere ouder het beste wil voor zijn of haar kind. Ouders willen bij professionals het gevoel krijgen dat ze het juiste doen. Een hulpverlener die ouders dat gevoel niet kan geven, komt tegenover de ouders te staan en verliest de verbinding.
- **Ouderschap maakt kwetsbaar.** Aangezien iedere ouder het goed wil doen voor zijn kind, leeft er per definitie schuld en schaamte bij elke ouder. Het is namelijk niet haalbaar en realistisch om altijd alles goed te doen. Dit maakt het ouderschap bij voorbaat kwetsbaar wat kan leiden tot specifiek gedrag bij de ouder of bepaalde reacties bij de professional.
- **Ouders zijn eindverantwoordelijk.** De ouder is eigenaar van de situatie en opdrachtgever voor de professional. Dat betekent dat een professional altijd aansluit bij wat de ouder belangrijk vindt voor zijn kind. Een professional kan in het proces dat de ouder doormaakt een toegevoegde waarde zijn door hem in het ouderschap gerust te stellen waardoor de ouder terug grip krijgt op de situatie.

4 Conclusie

Dit tweede hoofdstuk gaat dieper in op de vraag wanneer ouderschap goed genoeg is. Er bestaan in de wetenschappelijke literatuur geen vaste regels over wat een goede opvoeding precies is. Elke ouder, elk kind en elke situatie is immers anders. Er bestaan ook geen meetinstrumenten die door middel van bepaalde scores kunnen verduidelijken of ouders hun kind wel of niet goed opvoeden. Niettemin bestaan er twee theoretische kaders die als kapstok kunnen dienen om in te schatten of ouderschap goed genoeg is: het framework for the assessment of children in need and their families van Gray (2001) en het kader van Heiner en Bartels (1989) dat later werd aangevuld door Zijlstra (2012). Beide kaders beschrijven een aantal voorwaarden die voldaan moeten zijn om te kunnen spreken van goed genoeg ouderschap. Wanneer er in grote mate van de voorwaarden wordt afgeweken, zijn de ontwikkeling en het welzijn van de kinderen mogelijk bedreigd.

Hoofdstuk 3

Verontrusting en kindermishandeling

1 Verontrusting als continuüm

Verontrusting en mishandeling zijn geen alles of niets kwesties. Ze bevinden zich op een continuüm met aan de ene kant goed genoeg ouderschap en aan de andere kant de zeer verontrustende situaties waarbij er vaak één of andere vorm van kindermishandeling in het spel is (Stas & Raets, 2011). Tussen beide uitersten liggen heel wat gradaties van verontrusting. Er bestaan geen regels of instrumenten om te bepalen waar op het continuüm een gezinssituatie zich bevindt – het is veeleer een subjectief aanvoelen. Wat voor de ene hulpverlener verontrustend is, beschouwt een andere hulpverlener mogelijk als aanvaardbaar (Stas & Raets, 2011; Serrien, 2016; Benbenishty et al., 2015). Bovendien wordt de notie “verontrusting” sterk beïnvloed door de tijdsgeest. Hetgeen men vandaag als verontrustend percipieert, vond men een aantal jaren geleden misschien wel heel normaal (Serrien, 2016). Hoewel verontrusting geen objectief meetbaar begrip is, bestaat er wel een zekere eensgezindheid over wat bedoeld wordt met kindermishandeling en goed genoeg ouderschap. In de volgende paragrafen gaan we hier dieper op in.

2 Kindermishandeling

2.1 Definitie van kindermishandeling

De definitie van kindermishandeling van de **Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK)** wordt in Vlaanderen het meest gebruikt en luidt als volgt:

Kindermishandeling en -verwaarlozing is iedere situatie waarin het kind slachtoffer is van geweld van fysieke, psychische of seksuele aard en dit passief of actief.

De definitie maakt een onderscheid tussen mishandeling (een actieve handeling) enerzijds en verwaarlozing (een passieve handeling) anderzijds. Zowel bij mishandeling als bij verwaarlozing kan het toegebrachte letsel van lichamelijke, psychische of seksuele aard zijn. De VK geven aan dat kindermishandeling zelden in een geïsoleerde vorm optreedt. Mengvormen zijn eerder regel dan uitzondering. Zo is er bij seksueel misbruik vaak tegelijk sprake van lichamelijk, emotioneel én seksueel geweld. Verder verwijst deze definitie niet naar de context of de relatie tot de plegers waardoor ook vormen van geweld buiten de familiale context onder de noemer van kindermishandeling kunnen vallen.

Het **decreet integrale jeugdhulp** definieert kindermishandeling als volgt:

Elke vorm van lichamelijk, psychisch of seksueel geweld waarvan een minderjarige het slachtoffer is, actief door het schadelijk optreden of passief door een ernstige nalatigheid van zijn ouders of van iedere andere persoon ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid staat.

Kind en Gezin hanteert de definitie van de WHO (Butchart, 2006; website Kind en Gezin):

Alle vormen van fysieke en/of emotionele mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing, nalatigheid en commerciële of andere vormen van uitbuiting, wat resulteert in daadwerkelijke of potentiële schade

aan de gezondheid, de overlevingskansen, de ontwikkeling of de waardigheid van het kind, in relatie met een opvoedingsverantwoordelijke, in een vertrouwelijke relatie of in een machtsrelatie met een volwassene. Blootstelling aan partnergeweld wordt ook beschouwd als een vorm van kindermishandeling.

In Nederland tot slot wordt de laatste jaren frequent verwezen naar de definitie van Baartman (2009): *Kindermishandeling is het doen of laten van ouders, of anderen in een vergelijkbare relatie met een kind, dat een ernstige aantasting of bedreiging vormt voor de veiligheid en het welzijn van het kind.*

2.2 Vormen van kindermishandeling

In de literatuur onderscheidt men vijf vormen van kindermishandeling (Butchart, 2006; Wagenaar-Fischer, 2009): (1) lichamelijke mishandeling, (2) lichamelijk verwaarlozing, (3) emotionele mishandeling, (4) emotionele verwaarlozing en (5) seksueel misbruik.

Lichamelijke mishandeling verwijst naar het toebrengen van een letsel aan een kind door ouders, verwanten, opvoeders, derden en eventueel onbekenden in de vorm van slaan, schudden, schoppen, bijten, knijpen, branden, gooien, snijden, bevriezen, verwringen van ledematen, toebrengen van brandwonden, vergiftigen, etc. Bij lichamelijke kindermishandeling kunnen volgende soorten van letsels voorkomen: blauwe plekken en kneuzingen, brandwonden, breuken, letsels van inwendige organen en hoofdletsels (Michiels, 2003). Bijzondere vormen van lichamelijke mishandeling zijn het Münchhausen by proxy syndroom (het opzettelijk ziek maken van een kind) en het shaken infant syndrome (het door elkaar schudden van een baby).

Lichamelijk verwaarlozing wil zeggen dat ouders onvoldoende oog hebben voor het lichamelijk welzijn van een kind en onvoldoende ingaan op de basisbehoeften van een kind (kleding, voeding, hygiëne, medische verzorging, slaap). Mogelijke uitingsvormen van lichamelijke verwaarlozing zijn: een geringe toename of zelfs stilstand van de groei door een tekort aan noodzakelijke voedingsstoffen, ziekten die steeds weerkeren door onvoldoende hygiëne, herhaalde ongevallen door gebrek aan toezicht, traag herstel na ziekte door onvoldoende zorg en het niet toedienen van medicatie en sociaal isolement doordat anderen in de school of de buurt het kind afstoten.

Emotionele mishandeling verwijst naar het inadequaat reageren op de emotionele behoeften van een kind – met name de behoefte aan steun, veiligheid en geborgenheid. Voorbeelden van emotionele mishandeling zijn: een kind pesten, treiteren, kleineren, vernederen, bespotten, uitschelden, afsnauwen, opsluiten, met de dood bedreigen, bang maken, opzettelijk in gevaar brengen, terroriseren, nodeloos bestraffen, achterstellen bij andere kinderen of te hoge eisen stellen die een kind niet kan waarmaken. Het klimaat waarin het kind moet opgroeien is uiterst vijandig, afwijzend en onvoorspelbaar, waardoor het kind in angst en onzekerheid leeft en het gevoel krijgt ongewenst te zijn.

Bij **emotionele verwaarlozing** schiet de ouder tekort in het geven van aandacht, liefde, warmte en bescherming. De relatie tussen ouder en kind kenmerkt zich door koelheid, liefdeloosheid en afwijzing. Voorbeelden van emotionele verwaarlozing zijn: een kind achterlaten, onthouden van pleziertjes of opsluiten, geen toezicht houden, uitnodigingen van het kind om te spelen of te praten negeren. Ook cognitieve verwaarlozing, zoals een kind onthouden van onderwijs, valt onder psychische verwaarlozing.

Seksueel misbruik refereert naar het betrekken van een kind of een jongere in seksuele intimiteiten en activiteiten die de grenzen van zijn ontwikkeling en leeftijd overschrijdt. Dit kan gaan om ongewenste

seksuele aanrakingen, seksueel getinte spelletjes, een kind verplichten om te kijken naar geslachtsgemeenschap, een kind onderwerpen aan seksuele handelingen met derden, etc.

2.3 Risicofactoren voor kindermishandeling

Meestal ligt er niet één oorzaak aan de basis van kindermishandeling maar gaat het om een wisselwerking tussen verschillende risicofactoren op het niveau van het gezin, het kind en de omgeving. Risicofactoren zijn factoren waarvan uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat deze de kans op het ontstaan en in standhouden van kindermishandeling vergroten. Gegevens over risicofactoren zijn afkomstig van studies die zeer divers zijn qua opzet met een eerder lage graad van evidentie (Dekkers et al., 2013). Niettemin zijn er een aantal risicofactoren die regelmatig terugkomen. Onderstaande tabel is gebaseerd op de medische richtlijn van Domus Medica (Dekkers et al., 2013), een metareview van Stith et al. (2009) en een literatuurstudie uitgevoerd door Desair et al. (2010).

Tabel 1 Veelvoorkomende risicofactoren voor mishandeling (Dekkers et al., 2013; Desair et al., 2010; Stith et al., 2009).

RISICOFACTOREN VOOR MISHANDELING

Risicofactoren met betrekking tot de ouder en het gezin:

- Ouder met een verleden van mishandeling
- Ouder jonger dan 20 jaar
- Ouder met een lage scholing of beperkt cognitief vermogen
- Ouder met een verslaving, psychisch probleem of persoonlijkheidsstoornis
- Ouder met een gebrek aan empathie voor het kind
- Ouder die het kind als een probleem ervaart
- Ouder met woedeaanvallen en hyperreactiviteit
- Ouder met een lage weerbaarheid
- Ouder met hoge en onrealistische verwachtingen ten aanzien van het kind
- Ouder die op een destructieve manier met anderen omgaat
- Ouder met rigide en gebrekkige communicatiepatronen
- Ouder die uiterst gevoelig is voor wat 'men' denkt
- Gezinnen waarbij er weinig afgrenzing is tussen de gezinsleden
- Gezinnen met partnergeweld
- Gezinnen met veel conflicten en weinig cohesie
- Relatieproblemen bij de ouders waaronder echt- en vechtscheidingen
- Grote gezinnen met meer dan 3 kinderen
- Alleenstaande ouder
- Nieuw samengesteld gezin
- Gezinnen van allochtone origine

Risicofactoren met betrekking tot het kind:

- Ongewenst kind
- Kind met een ziekte of handicap
- Huilbaby
- Kind met een lastige persoonlijkheid, gedrags- of ontwikkelingsprobleem
- Stief-, pleeg- of adoptiekind
- Prematuur geboren kind (hebben een verhoogd risico op hechtingsproblemen)
- Kind tussen 0 en 3 jaar (zijn meer kwetsbaar, afhankelijk, eisend en egocentrisch)

Risicofactoren met betrekking tot de omgeving:

- Werkloosheid
- Armoede
- Zwak sociaal netwerk
- Criminaliteit
- Geweld in de leefomgeving
- Gebrek aan adequate kinderopvang

2.4 Gevolgen van kindermishandeling

Kinderen zijn voor hun lichamelijke en psychische ontwikkeling afhankelijk van hun ouders en andere volwassenen. Wanneer kinderen mishandeld worden, heeft dit zowel op lichamelijk als op emotioneel vlak grote gevolgen. Lichamelijke gevolgen kunnen variëren van blauwe plekken, schaafwonden, verwondingen aan organen, kneuzingen, brandwonden, breuken, gebrek aan hygiëne, letsels aan de hersenen, seksueel overdraagbare aandoeningen, zwangerschap, handicap, etc. In extreme gevallen kan het kind zelfs aan de lichamelijke gevolgen overlijden. Daarnaast remt kindermishandeling de ontwikkeling af en kan het leiden tot neurologische problemen en groeistoornissen doordat de mishandeling de vorming van neurale verbindingen in bepaalde delen van de hersenen verstoort. Op emotioneel vlak schaadt kindermishandeling het vertrouwen van het kind in de buitenwereld wat de sociale omgang met anderen verstoort. Wantrouwen ten aanzien van anderen en relationele problemen komen heel vaak voor. Het kind zoekt de schuld voor het gedrag van de mishandelende ouder bij zichzelf en krijgt hierdoor een verwrongen, negatief beeld van zichzelf en een beschadigd zelfvertrouwen. Kindermishandeling brengt veel stress met zich mee wat resulteert in een overactief stress-systeem en allerlei psychische problemen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, een posttraumatische stressstoornis, slaapproblemen, etc.

Kindermishandeling heeft daarnaast grote gevolgen op het welbevinden in de volwassenheid. In the Adverse Childhood Experience Study (ACE Study) – een retrospectief cohortonderzoek waaraan ruim 17.000 personen van middelbare leeftijd participeerden – onderzochten Felitti et al. (1998) het voorkomen van negatieve ervaringen in de kindertijd (Adverse Childhood Experiences, ACE's) en de relatie met psychische, lichamelijke en sociale problemen op volwassen leeftijd. De studie peilden naar volgende categorieën van negatieve ervaringen: fysieke mishandeling, emotionele mishandeling, seksuele mishandeling, getuige zijn van partnergeweld, opgroeien in een gezin met een probleemdrinker, alcoholist of drugsgebruiker, samenleven met een psychiatrisch ziek of suïcidaal gezinslid, het meemaken van detentie van een gezinslid, emotionele verwaarlozing of fysieke verwaarlozing. Bijna 40% van de 17.000 personen rapporteerde twee of meer negatieve jeugdervaringen, een op de acht rapporteerde vier of meer negatieve jeugdervaringen. Voor ruim 17.000 volwassenen koppelde men de uitkomst van de bevraging nadien aan hun gezondheidsgegevens. Men constateerden dat de kans op lichamelijke en psychische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, overgewicht, diabetes, depressie en verslavingen tientallen jaren later rechtstreeks verband hield met het aantal negatieve ervaringen in de kindertijd. Ervaringen van mishandeling in de jeugd zijn aldus zeer bepalend voor de latere gezondheid en het welbevinden van volwassenen en betekenen een grote gezondheidskost voor de samenleving.

2.5 Signalen van kindermishandeling

Het opsporen van kindermishandeling door een professional gebeurt doorgaans tijdens een moment van contact met ouder en kind. Dit is echter geen eenvoudige opdracht omdat mishandelde kinderen vaak een grote verscheidenheid van symptomen vertonen. De tabellen 2 en 3 beschrijven veel voorkomende signalen die kunnen wijzen op lichamelijke mishandeling of verwaarlozing en emotionele mishandeling of verwaarlozing. Voor seksueel misbruik geldt dat dit zelden op te sporen is aan de hand van lichamelijke afwijkingen. Zelfs wanneer er letsels zijn, gelden deze zelden als bewijs voor seksueel misbruik. Meestal kan men enkel afgaan op psychosomatische en/of psychiatrische klachten en gedragingen (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard) (tabel 4).

Tabel 2 Signalen van lichamelijke mishandeling en verwaarlozing (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard).

SIGNALEN VAN LICHAAMELIJKE MISHANDELING EN VERWAARLOZING

- Een tegenstrijdige, verwarde of wisselende uitleg over het ontstaan van de verwondingen of het ontbreken van enige verklaring
- Een groot tijdsverschil tussen het ontstaan van het letsel en het invoeren van medische hulp
- Meervoudige letsels, vooral als ze in combinatie voorkomen (brandwonden, blauwe plekken en een armbreuk tegelijkertijd) en/of als ze in verschillende stadia van genezing zijn
- Een geschiedenis van herhaalde ongevallen of van vroegere opnamen voor 'accidentele' verwondingen of intoxicaties of de 'accidentele' dood van een babybroertje of zusje
- Verwondingen waarin men duidelijk de afdruk van een voorwerp of hand kan herkennen
- Uitwendige verwondingen met bijkomende tekens van verwaarlozing of slechte verzorging (ondervoeding, uitgesproken luieruitslag, ongewassen oksels en lichaamsplekken, etc.)
- Vaak veranderen van huisarts of ziekenhuis om te vermijden dat het repetitiepatroon van de verwondingen opvalt
- Verdachte kwetsuren die steeds bij hetzelfde kind uit een gezin worden waargenomen
- Verwondingen die na opname in het ziekenhuis snel genezen, maar na terugkeer naar huis, telkens weer opduiken
- Abnormaal gedrag van de ouders (bv. agressief, vijandig, defensief gedrag tegenover de hulpverlener; buitengewoon kritische en veeleisende houding tegenover het kind; geen enkele vorm van ondersteuning van het kind, geen oogcontact, geen spontaan lichamenlijk contact; onder invloed zijn van drugs/alcohol; klagen over allerlei irrelevante problemen)
- Abnormaal gedrag van het kind (bv. apathisch, teruggetrokken of angstig zijn, extreem braaf of stout reageren, te afhankelijk of afwerend zijn, doodstil liggen of geen krik geven tijdens pijnlijke onderzoeken)

Tabel 3 Signalen van emotionele mishandeling en verwaarlozing (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard).

SIGNALEN VAN PSYCHISCHE MISHANDELING EN VERWAARLOZING

- Het kind stelt afwijkend gedrag (steelt, loopt weg, onderneemt een suicidepoging, reageert uiterst agressief, isoleert zich, verwondt zichzelf, etc.)
- Het kind heeft een negatieve zelfbeleving (voelt zich niet geliefd, ongewenst of minderwaardig)
- Het kind is emotioneel uitgeblust en neerslachtig en ervan overtuigd dat het niet deugt
- Het kind is tegenover alles en iedereen onverschillig
- Het kind vertoont een versterkte oplettendheid (is steeds alert om straf of moeilijkheden te voorkomen of probeert steeds een goede indruk te maken)
- Het kind speelt of glimlacht zelden spontaan
- Het kind maakt vrijwel geen oogcontact (de ogen zijn voortdurend op zoek naar gevaar)
- Het kind vertrouwt mensen en zeker vreemden moeilijk of niet (het houdt de buitenwereld op afstand om zich veilig te voelen)
- Het kind heeft meestal moeilijkheden op school (vooral communicatievakken zoals lezen en schrijven verlopen moeilijk)
- Het kind beschikt over weinig sociale vaardigheden (gaat inadequaat om met leeftijdgenoten en volwassenen, weet geen raad met goedkeuring en sociale ondersteuning van de omgeving)
- Het kind is bijzonder gevoelig voor stress (faalangst) en negatieve invloeden (zoals kritiek)

Tabel 4 Signalen van seksueel misbruik (Dekkers et al., 2013; Brochure Kindermishandeling Meldenswaard).

SIGNALEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK

Psychosomatisch:

- Vage klachten (hoofdpijn, buikpijn, braken)
- Slaapproblemen
- Hyperventilatie
- Niet zindelijk zijn, zowel voor urine als ontlasting (bij kinderen > 6 jaar)

Gedragmatig:

- Extreem (provocerend) seksueel gedrag stellen
- Te grote seksuele kennis
- Angst voor lichamelijk contact of net excessief zoeken naar lichamelijk contact
- Achteruitgang van schoolresultaten
- Geheugen- en concentratiestoornissen
- Ongegronde schuldgevoelens
- Laag zelfbeeld
- Angst om zich uit te kleden of op de rug te liggen
- Regressief gedrag
- Weinig of geen contact met leeftijdsgenoten
- Vroegrijp en pseudo-volwassen gedrag
- Verslaving aan drugs alcohol, gokken, etc.
- Weglopen en spijbelen
- Crimineel gedrag
- Prostitutie

Psychiatrisch:

- Depressief gedrag
- Eetstoornissen
- Automutilatie
- Suïcidaal gedrag
- Fobieën
- Hysterische of pseudo-epileptische aanvallen
- Dissociatie

3 Prevalentie van verontrusting in Vlaanderen

Een onderzoek dat het KCE recent uitvoerde, toont aan dat er weinig zicht is op de prevalentie van verontrustende gezinssituaties in België (Vinck et al., 2017). Verschillende sectoren (politie, justitie, hulpverlening) registreren op niet-uniforme wijze over verontrusting, waardoor de beschikbare cijfers geen helder beeld schetsen van de realiteit. Het gebrek aan uniforme gegevens geldt vooral voor de sectoren justitie en politie. Binnen de hulpverlening bestaan er wel betrouwbare gegevens over het aantal meldingen van verontrusting.

In Vlaanderen nemen de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK), de Ondersteuningscentra Jeugdhulp (OCJ), de Sociale Dienst Jeugdrechtbank (SDJ) en de Hulplijn 1712 een centrale plaats in om meldingen over (vermoedens van) kindermishandeling of verontrusting op te vangen. Naast deze vier instanties, registreren ook de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) stelselmatig gegevens over kindermishandeling in hun elektronisch patiëntendossier. Onderstaand overlopen we per instantie de cijfers die omtrent verontrusting beschikbaar zijn.

3.1 Cijfers van de Ondersteuningscentra Jeugdhulp

Hulpverleners kunnen rechtstreeks contact nemen met de OCJ om concrete situaties van kindermishandeling of verontrusting aan te melden. De OCJ vervullen daarbij volgende taken:

- consult aanbieden aan hulpverleners die vastlopen in een verontrustende situatie maar hierin zelf nog verder aan de slag willen gaan;
- onderzoeken of het maatschappelijk noodzaak is om van overheidswege tussen te komen om de verontrusting weg te nemen en de ontplooiingskansen van de minderjarige te waarborgen;
- opvolgen van een verontrustende situatie in geval van maatschappelijke noodzaak (MANO) en hulpverlening installeren (casemanagement);
- indien nodig doorverwijzen naar het Openbaar Ministerie voor gerechtelijke jeugdhulp.

In 2017 ontvingen de OCJ 1673 consultvragen van hulpverleners en 4943 meldingen met het oog op een onderzoek MANO (Jaarverslag Jeugdhulp, 2017). Het aantal unieke minderjarigen dat bij de OCJ werd aangemeld voor een onderzoek MANO bedroeg 4889. Wat de leeftijdsverdeling betreft was 56% van de minderjarigen op het moment van de melding jonger dan 12 jaar en een kwart jonger dan 6 jaar. De helft van de meldingen voor een onderzoek MANO was afkomstig van het Parket. Na het Parket zijn de Centra voor Leerlingenbegeleiding de belangrijkste melders. De meldingen die via de OCJ en de SDJ binnenkomen gaan meestal over dossiers waarbij broers of zussen zich ook in een verontrustende situatie bevinden en men voor hen eveneens beslist om een MANO-procedure op te starten. Voor 56,8% van de meldingen is het maatschappelijk noodzakelijk om in te grijpen en wordt er bijgevolg casemanagement opgestart. Voor 14,9% van de meldingen is het eveneens maatschappelijk nodig om in te grijpen maar wordt de zaak rechtstreeks doorverwezen naar het Openbaar Ministerie (zie tabel 5).

Tabel 5 Cijfers OCJ: aantal consultvragen en aantal meldingen voor MANO-onderzoek inzake verontrusting.

CIJFERS ONDERSTEUNINGSCENTRA JEUGDHULP	
Algemene cijfers	
Aantal consultvragen van hulpverleners	1673
Aantal meldingen voor een onderzoek MANO	4943
Aantal unieke meldingen voor een onderzoek MANO	4889
Percentage meldingen per leeftijd	
Tussen 0 en 5 jaar	26,4
Tussen 6 en 11 jaar	29,5
Tussen 12 en 17 jaar	44
Tussen 18 en 21 jaar	0,1
Percentage meldingen naar meldende instantie	
Centra voor Algemeen Welzijnswerk	1,1
Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	1,4
Centra voor Leerlingenbegeleiding	14,7
Multidisciplinair team van de CLB	7,9

Ander multidisciplinair team	1,7
Voorzieningen van Jongerenwelzijn	7,1
Kind en Gezin	3,3
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	1,6
Ondersteuningscentra Jeugdhulp	3,2
Vertrouwenscentra Kindermishandeling	0,1
Sociale Dienst Jeugdrechtbank	1,0
Parket	49,5
Persoon uit de omgeving van de minderjarige	2,6
Andere	4,8
Percentage meldingen naar uitkomst van het MANO-onderzoek	
Niet noodzakelijk om in te grijpen	28,3
Maatschappelijk noodzakelijk om in te grijpen: opstart case management	56,8
Maatschappelijk noodzakelijk om in te grijpen: doorverwijzing naar het openbaar ministerie	14,9

3.2 Cijfers van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling

De VK zijn net als de OCJ een gemandateerde voorziening die onderzoek voeren inzake maatschappelijke noodzaak. Naast hun opdracht als gemandateerde voorziening hebben de VK ook een rechtstreeks toegankelijke werking die professionelen ondersteunt bij het omgaan met kindermishandeling. Deze ondersteuning bestaat enerzijds uit het geven van advies, consult, coaching of begeleiding aan hulpverleners en anderzijds uit rechtstreekse tussenkomst (eenmalig of langdurig) in de betrokken gezinnen. De cijfers van de VK bevatten dus zowel aanmeldingen voor een MANO-onderzoek als meldingen van verontrusting waarbij het VK een hulpverlener adviseert of zelf een actieve rol opneemt in de hulpverlening zonder dat er een MANO-procedure volgt. We behandelen beide cijfers apart.

Cijfers onderzoek maatschappelijke noodzaak

In 2017 startten de VK 1121 MANO-procedures op voor 1101 unieke kinderen. Zeven op de tien lopende MANO-procedures hadden betrekking op kinderen jonger dan 12 jaar (Jaarverslag Jeugdhulp, 2017). In meer dan de helft van de gevallen (52,8%) werd de MANO-procedure opgestart na een aanmelding vanuit het jeugdparket. Voor 15,8% van de gevallen werd de verontrustende situatie initieel bij de rechtstreeks toegankelijke werking van het VK aangemeld waarna er een interne doorverwijzing voor een MANO-onderzoek plaatsvond. De categorie 'andere' bevat actoren uit de gezondheidszorg, het OCMW, kinderdagverblijven, etc. Wat de aard van de problematiek betreft heeft 49% van de opgestarte MANO-procedures te maken met emotioneel geweld (emotionele mishandeling of verwaarlozing) en 20% met lichamelijk geweld (lichamelijke mishandeling of verwaarlozing). Voor 72% van de aanmeldingen blijkt de tussenkomst van het VK maatschappelijk noodzakelijk en wordt er ofwel casemanagement opgestart (49,4%) of doorverwezen naar het Openbaar Ministerie (34,1%) (zie tabel 6).

Tabel 6 Cijfers VK: aantal opgestarte MANO-procedures inzake verontrusting.

CIJFERS VERTROUWENSCENTRA KINDERMISHANDELING	
Algemene cijfers	
Aantal opgestarte MANO-procedures	1121
Aantal unieke kinderen met een MANO-procedure	1101
Percentage opgestarte MANO-procedures per leeftijd	
Tussen 0 en 5 jaar	29,5
Tussen 6 en 11 jaar	40,6
Tussen 12 en 17 jaar	28,9
Tussen 18 en 25 jaar	1
Percentage opgestarte MANO-procedures naar problematiek	
Emotionele mishandeling	33,3
Emotionele verwaarlozing	16
Risicosituatie	16,2
Lichamelijke mishandeling	12,8
Lichamelijke verwaarlozing	6,7
Onbekend/ander	6,9
Seksueel misbruik	3
Grensoverschrijdend gedrag minderjarige	1,9
Andere	3,2
Percentage opgestarte MANO-procedures per meldende instantie	
Parket	52,8
Interne doorverwijzing door VK	15,8
Kind en Gezin	5,7
Centra voor Algemeen Welzijnswerk	0,9
Centra voor Leerlingenbegeleiding	11,4
Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	1,1
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	0,9
Voorzieningen van Jongerenwelzijn	3,9
Andere	7,5
Resultaten van het MANO-onderzoek	
Niet noodzakelijk om in te grijpen	16,6
Maatschappelijk noodzakelijk om in te grijpen: opstart case management	49,4
Maatschappelijk noodzakelijk om in te grijpen: doorverwijzing naar het openbaar ministerie	34,1

Cijfers rechtstreeks toegankelijke werking VK

Naast het voeren van MANO-onderzoek, bieden de VK advies, consult, coaching of begeleiding aan professionals of komen zij rechtstreeks tussen in gezinnen. Bijkomend baten de VK de chatbox 'nupraatikerover.be' uit waarmee ze zich richten tot minderjarigen met vragen rond kindermishandeling, seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Elke vorm van ondersteuning start vanuit een melding waaraan een bepaald gevolg gegeven wordt.

In 2017 ontvingen de VK in het totaal 6790 meldingen en dit met betrekking tot 9056 unieke kinderen en jongeren (Jaarverslag Jeugdhulp, 2017; website Kind en Gezin). Het gaat hier om meldingen over zowel minder- als meerderjarigen. Onder de gemelde minderjarigen worden alle kinderen onder de 18 jaar verstaan, alsook de ongeboren kinderen en de verlengd minderjarigen. De groep van meerderjarigen zijn jongeren van 18 jaar en ouder. Zes op de tien meldingen bij het VK leidden tot het geven van een advies (59,6%) en voor 27,7% van de meldingen namen de VK een actieve rol op in de hulpverlening. Voor 10,4% van de meldingen die binnenkomen via de rechtstreeks toegankelijke werking werd uiteindelijk een MANO-procedure opgestart. Bijna 80% van alle meldingen gebeurde door professionals die beroepshalve in contact kwamen met de kinderen. Een kwart van alle meldingen was afkomstig van schoolse, buitenschoolse of voorschoolse voorzieningen met de CLB als belangrijkste melder. Welzijnsorganisaties en hulpverleners uit de gezondheidszorg waren samen goed voor 38,8% van de meldingen (zie tabel 7).

Tabel 7 Cijfers VK: aantal meldingen verontrusting bij de rechtstreeks toegankelijke werking.

CIJFERS VERTROUWENSCENTRA KINDERMISHANDELING	
Algemene cijfers	
Totaal aantal meldingen	6790
Totaal aantal betrokken unieke kinderen	9056
Percentage aanmeldingen naar type melding	
Advies	59,6
Dossier	27,7
Chat 'nu praat ik erover'	2,3
MANO-aanmelding	10,4
Percentage aanmeldingen per aanmelder	
Schoolse, buitenschoolse of voorschoolse voorziening (CLB, leerkrachten, etc.)	26
Welijnsorganisaties (CAW, VAPH, preventieve zorg Kind en Gezin)	16,1
Hulplijn 1712	7,6
Gezondheidszorg (huisartsen, pediaters, psychologen, etc.)	22,7
Voorzieningen jongerenwelzijn (incl. OCJ en SDJ)	7,6
Justitiële instanties (politie, magistraten, etc.)	6,7
Primaire omgeving van het kind (moeder, vader, grootouder, etc.)	11,9
Ketenaanpak (Family Justice Center)	0,1
Onbekend	0,9
Niet ingevuld	0,4

3.3 Cijfers van de Sociale Dienst Jeugdrechtbank

De cijfers van de SDJ gaan over gedwongen hulpverlening die door de jeugdrechter wordt opgelegd. Dit komt voor wanneer:

- een minderjarige een strafbaar feit pleegt;
- een minderjarige zich in een problematische opvoedingssituatie bevindt en hulp op vrijwillige basis niet mogelijk is;
- er zich een hoogdringende crisissituatie voordoet waarbij de jeugdrechter meteen ingrijpt en pas nadien laat onderzoeken of vrijwillige hulp mogelijk is;
- ouder(s) niet doen wat van hen verwacht wordt.

In opdracht van de jeugdrechter onderzoekt de SDJ de leefsituatie, de aanwezige zorgen en krachten in de omgeving van de cliënt en de ontplooiingskansen en de veiligheid van de minderjarige. Op basis van dit onderzoek formuleert de SDJ een advies voor de jeugdrechter waarna deze laatste beslist of er nood is aan een gerechtelijke maatregel.

In 2017 stroomden er via de jeugdrechtbank 4855 jongeren bij de SDJ in (Jaarverslag Jeugdhulp, 2017). Ongeveer 60% van de minderjarigen was ouder dan 12 jaar. Meer dan de helft van de vorderingen ging om minderjarigen die in een verontrustende opvoedingssituatie verkeerden en via de gemandateerde voorzieningen werden aangemeld. In 13% van de gevallen ging het om een opvoedingssituatie die hoogdringend was (zie tabel 8).

Tabel 8 Cijfers SDJ: aantal vorderingen door de jeugdrechter.

CIJFERS SOCIALE DIENST JEUGDRECHTBANK	
Algemene cijfers	
Totaal aantal vorderingen	4855
Percentage vorderingen per leeftijd	
Tussen 0 en 5 jaar	22,1
Tussen 6 en 11 jaar	19,2
Tussen 12 en 17 jaar	57,7
Tussen 18 en 25 jaar	1
Percentage vorderingen per vorderingsgrond	
Als misdrijf omschreven feit	30,7
Verontrustende opvoedingssituatie aangemeld via de gemandateerde voorzieningen	56,7
Verontrustende opvoedingssituatie hoogdringend	12,6

3.4 Cijfers van Hulplijn 1712

Burgers met een vraag over geweld, misbruik en kindermishandeling kunnen de Hulplijn 1712 contacteren die in elke provincie georganiseerd wordt door de VK en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk. Veel van deze contactmomenten gaan echter over andere problemen dan kindermishandeling.

In 2017 registreerde de Hulplijn 4812 contacten met betrekking tot 6792 unieke personen. Het merendeel van de contacten (62%) handelde over kindermishandeling (Jaarrapport Hulplijn 1712, 2017).

In 14% van de gevallen ging het contact over partnergeweld. Het overige kwart van de contacten ging over andere problemen waaronder geweld tegen volwassenen, oudermishandeling, verwerkingsproblemen, scheidingsproblematiek, etc.

3.5 Cijfers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Andere gegevens met betrekking tot kindermishandeling waarnaar we graag verwijzen zijn deze van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zij registreren in het EPD stelselmatig de variabele kindermishandeling. In 2017, behandelden de CGG 1801 zorgperiodes kindermishandeling (Agentschap Zorg en Gezondheid: jaarrapport zorg rond kindermishandeling, 2017). Bij 28,7% van de zorgperiodes kindermishandeling was er emotioneel geweld in het spel, bij een kwart seksueel misbruik en bij 20,4% ging het om lichamelijk geweld. Qua leeftijdsverdeling had 74% van de zorgperiodes kindermishandeling betrekking op kinderen tussen 10 en 19 jaar; in 22% van de zorgperiodes was het kind jonger dan 10 jaar (zie tabel 9).

Tabel 9 Cijfers CGG: aantal zorgperiodes kindermishandeling.

Aantal zorgperiodes	Alle lopende dossiers in 2017	Nieuw opgestarte dossiers in 2017
Aard mishandeling		
Alle zorgperiodes kindermishandeling	1801	774
Emotionele mishandeling	248 (13,8%)	92
Emotionele verwaarlozing	268 (14,9%)	102
Lichamelijke mishandeling	303 (16,8%)	138
Lichamelijke verwaarlozing	65 (3,6%)	32
Münchhausen Syndrome by Proxy	4 (0,2%)	3
Onduidelijke diagnose, vermoeden, risicosituatie	316 (17,5%)	132
Seksueel misbruik: ander	250 (13,9%)	105
Seksueel misbruik: incest	209 (11,6%)	82
Niet ingevuld	138 (7,7%)	88
Leeftijdsgroep		
Tussen 0 en 4 jaar	39 (2,2%)	24
Tussen 5 en 9 jaar	357 (19,8%)	209
Tussen 10 en 14 jaar	656 (36,4%)	277
Tussen 15 en 19 jaar	679 (37,7%)	264
20+	70 (3,9%)	0

4 Prevalentie van kindermishandeling in Nederland

In tegenstelling tot België beschikt Nederland wel over betrouwbare prevalentiecijfers. In 2010 telde Nederland 118.836 kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar die te maken hadden met een vorm van kindermishandeling. Dit komt overeen met 3% van alle kinderen en met 34 per 1000 minderjarigen. In de meerderheid van de gevallen gaat de mishandeling over emotionele en fysieke verwaarlozing, in respectievelijk 36% en 24% van de gevallen. Seksueel misbruik wordt met 4% het minst gemeld (Alink et al., 2011).

Een zelfrapportage onderzoek bij basisschoolleerlingen toont dat bijna 27% van de leerlingen uit groep 7 en 8 (i.e. leerjaar 5 en 6 in Vlaanderen) ooit met één of meerdere vormen van kindermishandeling te maken had. Ook in dit onderzoek komt verwaarlozing het meeste voor (Vink et al., 2016). Uit het Scholierenonderzoek Kindermishandeling dat in 2016 plaatsvond, blijkt dat bijna 25% van de leerlingen van het middelbaar onderwijs ooit in het leven slachtoffer was van kindermishandeling (Schellingerhout en Ramakers, 2017).

5 De veiligheid thuis en het risico op kindermishandeling inschatten

5.1 Risicotaxatie

Een risicotaxatie is de inschatting hoe waarschijnlijk het is dat een kind in de toekomst (opnieuw) mishandeld, verwaarloosd of misbruikt zal worden. Risicotaxatie-instrumenten kunnen een hulpmiddel zijn om kindermishandeling en onveilige thuissituaties te signaleren en eventuele blinde vlekken in beeld te krijgen. Er zijn heel wat instrumenten in het Nederlands voorhanden, waaronder:

- het Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ) (van der Put et al., 2015);
- the California Family Risk Assessment (CFRA-NL) (van der Put et al., 2016);
- het Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK) (Berge & Eijgenraam, 2009);
- het risicotaxatie-instrument Seksueel Grensoverschrijdend gedrag (RIS) (Eijgenraam et al., 2014);
- de SPUTAVUMO (KNMG, 2015);
- het Triage-instrument Veilig Thuis (Vogtländer et al., 2014);
- the Child Abuse Risk Evaluation-Nederland (CARE-NL) (De Ruiter & De Jong, 2005);
- de delta veiligheidslijst (Heinrich & Van den Braak, 2007).

Op de vraag ‘Welk instrument nu het beste is?’ valt voorlopig geen bevredigend antwoord te geven. De betrouwbaarheid en/of validiteit van de meeste instrumenten zijn tot op zekere hoogte onderzocht, maar geen van de studies vergelijkt de instrumenten onderling met elkaar (Desair et al., 2010; NJI, 2017). Uit de onderzoeksresultaten blijkt evenwel dat de meeste instrumenten een lage validiteit kennen.

Niettemin zijn dergelijke instrumenten helpend om:

- de blik van hulpverleners te verbreden door de aandacht te vestigen op relevante signalen en beschermende factoren;

- systematisch naar zowel de veiligheid als de risico's te kijken wat toelaat om tot een evenwichtige mening te komen;
- een niet-pluisgevoel expliciet te maken;
- de expliciete inschatting van veiligheid en risico's te bespreken met de cliënt en collega's.

5.2 Beperkingen van risicotaxatie-instrumenten

Hoewel risicotaxatie-instrumenten helpen om een niet-pluisgevoel expliciet te maken en de verontrusting op een systematische manier in beeld te brengen, wijzen het Nederlands Jeugdinstituut en Desair et al. (2010) op enkele beperkingen om rekening mee te houden:

- **Risicotaxatie-instrumenten zijn niet bedoeld om standaard bij iedereen in te zetten**, maar om in situaties te gebruiken waar er een vermoeden van kindermishandeling is of heel wat risicofactoren aanwezig zijn.
- Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten vraagt een specifieke kennis over opvoeding en ontwikkeling van kinderen en over kindermishandeling. **Ze zijn dus vooral bedoeld voor professionals uit gespecialiseerde settings** (de gespecialiseerde jeugdhulp, jeugdbescherming en voorzieningen gespecialiseerd in kindermishandeling zoals de Vertrouwenscentra Kindermishandeling) (NJI, 2017).
- Risicotaxatie-instrumenten leveren geen foutloze inschattingen op of leiden niet tot een objectief oordeel over de veiligheid thuis (Desair, 2010; NJI, 2017). **Het gebruik ervan dient steeds gecombineerd te worden met het klinisch oordeel van professionals.**

5.3 Belangrijke aandachtspunten bij het maken van een inschatting

Het Nederlands Jeugdinstituut (2017) formuleerde nog een aantal bijkomende aanbevelingen voor professionals met betrekking tot het inschatten van de veiligheid thuis en het risico op kindermishandeling. We zetten de belangrijkste aanbevelingen op een rij:

- **School hulpverleners bij.** Zorg ervoor dat zij een goede kennis hebben van de signalen van kindermishandeling en de risico- en beschermende factoren die van invloed zijn op het ontstaan ervan. Train ook de gespreksvaardigheden om zorgen of vermoedens met ouders en kinderen te bespreken zonder de vertrouwensband te schaden.
- **Vraag raad aan anderen wanneer je het zelf niet weet.** Het is belangrijk dat hulpverleners hun professionele en persoonlijke grenzen niet overschrijden en meer doen dan datgene waarvoor ze zich bekwaam voelen. Bij twijfel, is het aangewezen om collega's te betrekken.
- **Het is niet omdat er bepaalde risicofactoren bij de ouders aanwezig zijn** (bv. middelenmisbruik, psychische problemen, verstandelijke beperking, geweld tussen ouders, etc.), **dat een ouder zijn kind daadwerkelijk slecht behandelt.** Wanneer een hulpverlener een aantal risicofactoren signaleert, is het belangrijk om na te gaan of deze factoren een invloed hebben op de wijze waarop een ouder zijn kind opvoedt en op de veiligheid en de ontwikkelmogelijkheden van het kind. Pas wanneer er reden is tot zorg, is het aangewezen om met de ouder en/of het kind een gesprek over de opvoeding aan te gaan of om een melding bij een externe organisatie te doen, zodat de opvoedingssituatie nader onderzocht kan worden.

- **Het is niet omdat er geen kindsignalen zijn, dat er geen reden tot actie is.** Wanneer een kind weinig zorgwekkende zaken vertelt, wil dit niet noodzakelijk zeggen dat er thuis niets aan de hand is. Met sommige kinderen lijkt het – ondanks de bezorgdheden omtrent het gedrag en het functioneren van de ouders – goed te gaan. Zij ontwikkelen coping strategieën om met de situatie om te gaan, zijn meester in het verbergen van de eigen gevoelens of spreken zich niet uit over hun thuissituatie uit angst of loyaliteit ten aanzien van de ouders. Wees hier als hulpverlener alert voor en laat kinderen merken dat ze bij jou terecht kunnen.
- **De persoonlijke normen en waarden van hulpverleners en hun ervaringen als kind en ouder hebben een invloed** op de manier waarop zij de situatie interpreteren. Een hulpverlener die in de overtuiging leeft dat kindermishandeling weinig voorkomt, zal signalen van kindermishandeling niet als dusdanig interpreteren, maar er eerder alternatieve verklaringen aan geven. Het is daarom aangewezen dat hulpverleners een veiligheids- en risico-inschatting niet alleen maken maar hun conclusies afoetsen bij een collega of andere expert.
- **Ga er als hulpverlener van uit dat je het mis kan hebben** en dat er mogelijk andere verklaringen voor de situatie bestaan. Ga daarom altijd in gesprek met de ouders en de jeugdigen over de conclusies die je trekt en sta open voor nieuwe informatie die jouw interpretatie tegenspreekt.

6 Conclusie

Hoewel er weinig zicht is op de prevalentie van verontrustende gezinssituaties in Vlaanderen en België (Vinck et al., 2017) beschikken de VK, de OCJ, de SDJ, de Hulplijn 1712 en de CGG toch over registratiegegevens die enig licht werpen op de omvang van de problematiek. De OCJ startten in 2017 voor 4889 kinderen die in een verontrustende situatie verkeren een onderzoek op naar maatschappelijke noodzaak waarbij het voor 3505 kinderen nodig bleek om van overheidswege in te grijpen. Daarnaast beantwoordden de OCJ 1673 consultvragen van hulpverleners m.b.t. verontrusting. De VK startten voor 1101 kinderen een MANO-procedure op waarbij het voor circa 792 kinderen nodig was om in te grijpen. Bijkomend ontvingen de VK ongeveer 6000 meldingen van verontrusting zonder dat het maatschappelijk noodzakelijk was om in te grijpen. Bij de SDJ stroomden er in 2017 via de jeugdrechtbank 4855 minderjarigen binnen voor een maatschappelijk onderzoek naar het al dan niet opleggen van een gerechtelijke maatregel. Voor 3365 van deze minderjarigen bleek de opvoedingssituatie verontrustend waarbij voor 611 minderjarigen de situatie hoogdringend was. De Hulplijn 1712 registreerde in hetzelfde jaar 4812 contacten met betrekking tot 6792 unieke personen. Voor circa 4200 van de uniek aangemelde personen ging de melding over kindermishandeling/verontrusting. De CGG tot slot behandelden vorig jaar 1801 zorgperiodes kindermishandeling. Deze cijfers schetsen uiteraard geen duidelijk beeld van de situatie. Enerzijds zijn er kinderen en jongeren die wellicht in de registratiesystemen van meerdere voorzieningen opduiken terwijl er anderzijds veel gevallen van verontrusting onder de radar blijven omdat er geen aangifte gebeurt. In overleg met de beleidsdomeinen onderwijs, jeugd en sport startte het departement WVG recent met een kwantitatief onderzoek naar de incidentie en prevalentie van geweld op kinderen en jongeren tussen 10 en 18 jaar binnen het gezin, de school- en de vrije tijdscontext (Vinck et al., 2016). De eerste resultaten van dit onderzoek worden in het najaar van 2018 bekend gemaakt.

Los van deze cijfers laat dit hoofdstuk zien dat het opgroeien in een verontrustende gezinssituatie verreikende gevolgen heeft op zowel de gezondheid als het welbevinden in de kindertijd en de

volwassenheid. Het hoofdstuk reikt een aantal handvatten aan die hulpverleners alerter kunnen maken voor deze problematiek en die aangewend kunnen worden bij het beoordelen of een opvoedingssituatie problematisch of verontrustend is. Zo bespreken we de signalen van kindermishandeling en de risico- en beschermende factoren die de kans op het ontstaan en in standhouden van kindermishandeling vergroten of net verkleinen. Daarnaast stellen we een aantal risicotaxatie-instrumenten voor die hulpverleners kunnen gebruiken om een niet-pluisgevoel expliciet te maken en verontrusting op een systematische wijze in kaart te brengen. Het is evenwel aangewezen om risicotaxatie-instrumenten niet bij iedereen in te zetten maar enkel te gebruiken in situaties waar er een vermoeden van kindermishandeling is of er heel wat risicofactoren aanwezig zijn. Sowieso is het aan te raden om de bevindingen steeds kritisch te benaderen en beslissingen omtrent verontrusting af te toetsen bij een collega of expert en grondig te bespreken met de cliënt zelf.

Hoofdstuk 4

Kinderen van ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen

1 Kinderen van ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat een psychisch probleem en een verslavingsprobleem bij een ouder negatieve gevolgen kan hebben op de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van de kinderen (Hosman et al., 2009). Kinderen van ouders met een psychisch probleem (KOPP-kinderen) ontwikkelen zich minder goed dan andere kinderen: een derde van hen kampt later zelf met een ernstig en langdurig probleem en nog eens een derde ervaart problemen van voorbijgaande aard (Rutter & Quinton, 1984). Andere cijfers laten zien dat KOPP-kinderen vijf keer vaker in contact komen met de geestelijke gezondheidszorg dan andere kinderen. Verschillende mechanismen liggen aan de basis van deze transgenerationale transmissie: genetische transmissie, prenatale invloeden, ouder-kind interacties, familieprocessen en -condities, en sociale invloeden van buiten de familie. De manier waarop ouders met hun kind interageren en de soms ontoereikende opvoedingsvaardigheden van ouders met een psychisch probleem zijn een belangrijke mediërende factor voor de transgenerationale transmissie van psychische problemen (Hosman et al., 2009). Psychopathologie bij de ouders verhoogt de kans op ongevoelige reacties, lage betrokkenheid, onvoldoende regelmaat, toezicht en voorspelbaarheid, of zelfs vijandigheid, afwijzing of mishandeling van het kind (Bifulco et al., 2002; Elgar et al., 2007; Harnish et al., 1995; Murray et al., 2003). Ouders met een psychisch probleem stellen daarnaast vaker pathologisch voorbeeldgedrag en hanteren ongepaste coping stijlen die later door de kinderen worden overgenomen (bv. emotioneel eten, alcoholgebruik of gewelddadig gedrag om gevoelens te verwerken). Familiale condities zoals familieruzies, huiselijk geweld, armoede, werkloosheid kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van de ouderlijke psychopathologie maar mediëren niettemin de impact van de ouderproblematiek op het welbevinden van de kinderen (Ashman et al., 2008; Avenevoli et al., 2006; Cicchetti et al., 1998). De ernst van de gevolgen verschilt van kind tot kind en wordt bepaald door een combinatie van risico- en beschermende factoren.

In de volgende paragrafen behandelen we achtereenvolgens:

- veelvoorkomende opvoedingsproblemen bij ouders met psychische problemen;
- de gevolgen van de ouderproblematiek op het welzijn van het kind;
- de risico- en beschermende factoren die medebepalend zijn voor de gevolgen van de ouderproblematiek op het welzijn van het kind;
- de prevalentie van KOPP-kinderen.

2 Veelvoorkomende opvoedingsproblemen bij ouders met psychische problemen en/of afhankelijkheidsproblemen

Volgende opvoedingsproblemen zijn veelvoorkomend bij ouders met psychische problemen (Bifulco et al., 2002; De Dekker et al., 2014; Elgar et al., 2007; Harnish et al., 1995; Murray et al., 2003; Van der Maas, 2010):

- emotioneel niet beschikbaar zijn voor het kind en lage betrokkenheid;
- niet of gespannen reageren;
- een chaotische onvoorspelbare opvoedingsstijl hanteren;
- onvoldoende regelmaat en toezicht houden;
- moeilijkheden hebben met het regelen van het huishouden;
- minder adequaat voorbeeldgedrag stellen;
- ongepaste coping stijlen hanteren die later door de kinderen zelf overgenomen kunnen worden (bv. emotioneel eten, alcoholgebruik of gewelddadig gedrag als uitlaatklep);
- beschikken over beperkte opvoedkennis en -vaardigheden;
- moeilijkheden hebben om opvoedkundige taken ter harte te nemen;
- tekortschieten bij administratieve taken;
- soms zelfs vijandig of afwijzend gedrag stellen ten aanzien van het kind.

3 De gevolgen van de ouderproblematiek op het welzijn van het kind

Opgroeien bij een ouder met een psychisch probleem kan een heleboel negatieve gevolgen hebben op het welbevinden van KOPP-kinderen (Claes et al. 2016):

- **overbelast** zijn doordat er op emotioneel maar ook op praktisch vlak veel beroep op hen gedaan wordt. Zo nemen KOPP-kinderen heel wat huishoudelijke taken op zich, wat in combinatie met naar school gaan en hobby's uitoefenen tot stress leidt;
- **schuldgevoelens** hebben omdat ze het gedrag van de ouder niet goed begrijpen, zelf op zoek gaan naar verklaringen en de oorzaak onterecht bij zichzelf leggen;
- het **gevoel hebben te kort te schieten** doordat ze de ouder proberen te helpen maar telkens weer ondervinden dat hun inspanningen niets opleveren;
- **angst** ervaren omdat het gedrag van de ouder onvoorspelbaar is wat leidt tot onzekerheid over wat komen gaat. KOPP-kinderen zijn vaak bang om dezelfde problemen te krijgen;
- gevoelens van **rouw** hebben wanneer ze beseffen dat het er in andere gezinnen anders aan toe gaat;
- **te vroeg zelfstandig** zijn omdat ze praktische taken opnemen en zich emotioneel en intellectueel vroeg als een volwassene gedragen;

- gevoelens van **schaamte** hebben over het vreemde gedrag van hun ouder. KOPP-kinderen worden soms ook gepest omwille van de problemen van hun ouder;
- gevoelens van **woede** hebben omdat ze niet begrijpen waarom hun ouder er niet voor hen kan zijn;
- gevoelens van **verdriet** en gemis ervaren omwille van de situatie thuis;
- **zich geïsoleerd voelen** doordat de ouder omwille van zijn problematiek en het taboe dat daarmee gepaard gaat zich sociaal afzondert. KOPP-kinderen durven vaak niet over hun thuissituatie praten;
- **gevoelens en noden** die onbeantwoord blijven omdat de problemen van de ouder centraal staan.

De problematiek van de ouder kan tegelijk een aantal positieve gevolgen hebben op de persoonlijkheid en de vaardigheden van het kind (Claes et al., 2016). KOPP-kinderen ontwikkelen omwille van hun situatie vaak een heleboel positieve eigenschappen zoals:

- goed zorg kunnen dragen voor anderen;
- goed kunnen omgaan met heftige emoties bij anderen;
- goed kunnen omgaan met crisissituaties;
- een groot reflectief vermogen hebben;
- een sterk ontwikkeld intuïtief vermogen hebben;
- een grote creativiteit hebben in het vinden van oplossingen.

De manier waarop de psychische problematiek van de ouder bij een KOPP-kind tot uiting komt, is leeftijdsgebonden en verschilt van kind tot kind (Claes et al., 2016).

In de **eerste twee levensjaren**, wanneer een veilige hechtingsrelatie van cruciaal belang is, kan de ouderproblematiek ervoor zorgen dat de ouder niet in staat is om adequaat te reageren op de signalen van het kind met hechtingsproblemen tot gevolg. Het ontbreken van een goede hechting gaat gepaard met volgende signalen: weinig reactie op separatie van ouders, geen angst voor vreemden, weinig verbaal gedrag (weinig brabbelen, lachen, kirren, etc.), vertraagde motorische ontwikkeling (laat kunnen zitten, bewegen en vertraagde groei), voedingsproblemen, slecht slapen, opvallend veel of weinig huilen.

In de **peutertijd en kleutertijd** kan een ouder met psychische problemen het moeilijk hebben met de separatie van de ouders en de ego-ontwikkeling van het kind wat typisch is voor deze leeftijdsfase. De ouder kan afwijzend reageren of zich net vastklampen aan het kind wat volgende signalen met zich mee kan brengen: spraakachterstand, taalproblemen, cognitieve achterstand, concentratieproblemen, gebrekkige ego-ontwikkeling en minder sociaal en spontaan gedrag, sociale onhandigheid en weinig zelfvertrouwen en spelgedrag.

Tijdens de jaren op de basisschool nemen sociale contacten een centrale plaats in en springt de problematiek van de ouder voor het kind ook meer in het oog. De problemen van de ouder leiden bij het kind tot een grotere zin voor verantwoordelijkheid met een achteruitschuiven van de eigen gevoelens en behoeften tot gevolg. Angst, schuld en schaamtegevoelens treden op. Omwille van de thuissituatie hebben deze kinderen minder sociale contacten wat leidt tot weinig sociaal vertrouwen,

minder sociale vaardigheden, weinig zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld, stemmingsproblemen en soms psychosomatische klachten.

Tijdens de tienerjaren tot slot kan een ouder met een psychisch probleem niet altijd de nodige emotionele steun bieden of grenzen stellen, waardoor gewoon pubergedrag uit de hand dreigt te lopen. Vaak vertoont de tiener in zichzelf gekeerd gedrag, weggelooptgedrag en delinquent gedrag. Het extreme gevoel van verantwoordelijkheid ten opzichte van de ouder zorgt ervoor dat de eigen gevoelens en wensen naar de achtergrond verschuiven en de jongere zich sociaal isoleert. Het aangaan van intieme relaties en het leren omgaan met de eigen gevoelens en emoties worden hierdoor bemoeilijkt. Deze jongeren ontwikkelen vaker identiteitsproblemen en een aanzienlijk percentage van de adolescenten met een depressieve ouder maakt zelf een depressieve episode door voor de leeftijd van 18 jaar.

4 De risico- en beschermende factoren die medebepalend zijn voor de gevolgen van de ouderproblematiek op het welzijn van het kind

Hoewel de ouderproblematiek heel wat negatieve gevolgen kan hebben op het kind, ontwikkelen niet alle KOPP-kinderen problemen. Of deze kinderen zelf problemen krijgen en hoe ernstig de gevolgen zijn, hangt af van een complex samenspel van beschermende en risicofactoren op het niveau van het kind, de ouder, het gezin en de ruimere sociale context (Claes et al., 2016). Zo biedt de aanwezigheid van een gezonde partner in combinatie met een groot probleemoplossend vermogen bij het kind tegenkanting tegen de psychische problematiek van de ouder waardoor de impact ervan verkleint. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meest bepalende risico- en beschermende factoren.

Tabel 10 Risico- en beschermende factoren KOPP-kinderen (Claes et al., 2016).

KIND	
Risicofactoren	Beschermende factoren
	Creativiteit
Moelijk temperament dat niet goed bij de ouder past	Temperament dat goed bij de ouder past
Lagere intelligentie	Hogere intelligentie
Moeite met sociale vaardigheden	Sociale competentie
Passiviteit	Gedrevenheid
Weinig probleemoplossend vermogen	Groot probleemoplossend vermogen
Weinig begrip en inzicht in zichzelf en anderen	Groot begrip en inzicht in zichzelf en anderen
Negatieve schoolervaringen	Positieve schoolervaringen
Laagzelfbeeld en gevoel van zelfwaarde	Groot gevoel van zelfwaarde
Weinig contact met beschermende volwassenen	Goede band met beschermende volwassenen
Slechte ervaringen met leeftijdsgenoten	Positieve ervaringen met leeftijdsgenoten
Weinig ontspannende activiteiten	Veel ontspannende activiteiten
Jonge leeftijd bij confrontatie met psychisch probleem van de ouder	

OUDERS	
Risicofactoren	Beschermende factoren
Ernstige, langdurige problematiek	
Verwarrende en angstaanjagende symptomen	
Onvoldoende beschikbaarheid van de andere ouder	Beschikbaarheid in stabiele periodes
Primaire verzorger heeft psychische problemen	Sociale competenties
Alleenstaande ouder	Beschermende andere ouder

GEZIN	
Risicofactoren	Beschermende factoren
Negatieve ouder-kind interactie	Positieve ouder-kind interactie
Relatieproblemen tussen de ouders en echtscheiding	Goede relatie tussen de ouders
	Gezonde en beschikbare andere ouder
Instabiliteit (financieel, emotioneel, organisatorisch)	Voldoende stabiliteit (financieel, emotioneel, organisatorisch)
Ingrijpende veranderingen in het gezinsfunctioneren	Behoud van structuur en belangrijke dagen niet uit het oog verliezen
Separatie van de ouders of plaatsing van het kind	Behoud van contact met ouders
Een groot gezin	Een klein gezin
	Steun van broers en zussen
	Warme thuis

RUIMERE CONTEXT	
Risicofactoren	Beschermende factoren
Negatieve maatschappelijke visie	Positieve maatschappelijke visie
Negatieve visie van hulpverleningsinstanties	Positieve visie van hulpverleningsinstanties
Weinig ondersteuning van omgeving	Ondersteuning van omgeving

5 De prevalentie van KOPP-kinderen

Exacte cijfers over de prevalentie van KOPP-kinderen in Vlaanderen zijn niet voorhanden. Wel krijgen we op basis van andere cijfers enig zicht op de omvang van de problematiek.

De ESEMeD-studie (European Study on Epidemiology of Mental Disorders) omvat epidemiologische gegevens over de geestelijke gezondheid van de bevolking in een aantal Europese landen, waaronder België (Bruffaerts et al., 2004). De dataverzameling vond in 2001-2002 plaats waardoor de oorspronkelijke ESEMeD-gegevens enigszins gedateerd zijn. In het kader van een recenter behoefteonderzoek, werden de ESEMeD-data geëxtrapoleerd naar de Vlaamse bevolking (18+) anno 2011 en 2012, rekening houdend met recente bevolkingsstatistieken en evidence-based veranderingen van emotionele problematieken in de epidemiologie (Vanclouster et al., 2013). Uit deze extrapolatie blijkt dat 9% van de Vlaamse bevolking (18+) in het afgelopen jaar een psychisch probleem doormaakte en 25% gedurende de ganse levensloop. Gegeven dat Vlaanderen in 2018 5.251.535 volwassen inwoners telt (Statbel), kunnen we op basis van deze cijfers concluderen dat ongeveer 1.312.883 volwassen Vlamingen ooit in hun leven een psychisch probleem meemaakten en 472.638 volwassen Vlamingen het afgelopen jaar een psychisch probleem had.

Een grote groep van deze Vlamingen is eveneens ouder. Hoe groot dit aandeel precies is, weten we niet. Hierdoor weten we niet hoeveel Vlaamse kinderen opgroeien met een ouder die een psychisch probleem heeft. De Nederlandse NEMESIS-2 studie bevat wel gegevens omtrent het aandeel cliënten met een psychische aandoening dat kinderen heeft. De cijfers tonen dat 48% van de mensen met een psychische aandoening tussen de 18 en 64 jaar kinderen heeft. Dat is bijna de helft van de patiënten (Van der Ende et al., 2011). Nederland telt op jaarbasis 405.000 mensen met een psychische aandoening en/of verslaving en met kinderen. In totaal hebben deze ouders 577.000 kinderen onder de 18 jaar. Daarvan zijn 423.000 kinderen 12 jaar of jonger (De Graaf et al., 2010; Trimbos-instituut, 2012). Kortom, in Nederland heeft een ouder met een psychische problematiek gemiddeld genomen 1,4 kinderen.

Als we aannemen dat het aandeel cliënten met een psychische problematiek én kinderen in Vlaanderen en Nederland gelijkaardig is (m.n. 48% heeft kinderen), **telt Vlaanderen op jaarbasis ongeveer 240.182 KOPP-kinderen**. Deze berekening kwam als volgt tot stand:

- In 2018 telt Vlaanderen 3.971.264 inwoners tussen de 18 en 64 jaar (Stabel).
- Daarvan had 9% het afgelopen jaar een psychisch probleem, wat overeenkomt met 357.413 Vlamingen.
- Van de 357.413 Vlamingen met een psychisch probleem heeft 48% kinderen, wat overeenkomt met 171.558 Vlamingen met een psychische aandoening die ook ouder zijn.
- Gegeven dat net als in Nederland, een ouder met een psychische problematiek gemiddeld 1,4 kinderen heeft, **telt Vlaanderen op jaarbasis 240.182 KOPP-kinderen**.

Onlangs maakte de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) op basis van gegevens van de European Council For Alcohol Research Rehabilitation and Education een schatting van het aantal kinderen dat in België opgroeit in een gezin met een ouder die problematisch drinkt. Ongeveer 1 op de 10 kinderen onder de 15 jaar zou in een dergelijke situatie opgroeien. Vlaanderen telde in 2018 volgens Statbel 1.066.477 kinderen onder de 15 jaar. Dat betekent dat er in Vlaanderen **106.648 kinderen en jongeren** zijn die **opgroeien bij een ouder met een alcoholverslaving**. Over illegaal druggebruik in gezinnen zijn onvoldoende cijfers voorhanden om een vergelijkbare inschatting te maken (Geeraerts, 2013). Wanneer we de optelsom maken **telt Vlaanderen 346.830 kinderen die opgroeien bij een ouder met psychische problemen of een alcoholverslaving**.

6 Mood and Resilience Offspring (MARIO) project (2016-2017)

In het kader van een nieuw Nederlands onderzoek over KOPP-kinderen en hun ouders namen GGZ in Geest, VUmc Amsterdam en het Erasmus medisch centrum Rotterdam een vragenlijst af van ouders met stemmingsstoornissen (depressie of bipolaire stoornis) ($n=129$) en hun kinderen (tussen 12-30 jaar) ($n=41$) (Maciejewski et al., 2017). Infographic zorgen en behoeftes van kinderen van ouders met stemmingsstoornissen.

De vragenlijst had tot doel om meer te weten te komen over:

- wat kinderen van de stemmingsstoornis van hun ouders weten;
- of ouders met een stemmingsstoornis en hun kinderen zich zorgen maken over de ontwikkeling van de kinderen;
- of er aandacht is voor kinderen in het behandeltraject van de ouders;

- of er behoefte is aan screening, informatie over stemmingsstoornissen en preventieve training.

De resultaten laten zien dat er veel zorgen zijn onder ouders met stemmingsproblemen en hun kinderen:

- 80% van de ouders geeft aan dat hun kinderen weet hebben van hun stemmingsstoornis;
- kinderen komen gemiddeld genomen op 12-jarige leeftijd te weten dat hun ouder een stemmingsstoornis heeft;
- 73% van de ouders maakt zich zorgen over de ontwikkeling van hun kinderen vanwege hun stemmingsstoornis en 63% van de kinderen maakt zich zorgen;
- 58% van de ouders geeft aan dat er tijdens hun behandeltraject onvoldoende aandacht aan hun kinderen besteed wordt. 72% van deze ouders wil meer rechtstreekse aandacht voor hun kinderen;
- 91% van de kinderen kan met iemand over de problematiek van de ouder praten;
- twee op de drie ouders zou toestemming geven om hun kinderen te laten screenen op mogelijke psychische problemen;
- 79% van de ouders en 55% van de kinderen vindt een informatieprogramma met meer uitleg over stemmingsstoornissen voor de kinderen interessant. 59% van deze kinderen volgt zo een programma het liefst online, 29% via een lotgenotengroep en 29% individueel bij een behandelaar (meerdere antwoorden waren hier mogelijk);
- 72% van de ouders en 50% van de kinderen vindt een preventieve training voor kinderen om hun weerbaarheid te vergroten interessant. 50% van deze kinderen ontvangt deze training graag online, 50% via een lotgenotengroep en eveneens 50% individueel bij een behandelaar (meerdere antwoorden waren hier mogelijk).

7 Conclusie

Hoewel er geen exacte cijfers zijn over de prevalentie van KOPP-kinderen in Vlaanderen, mogen we aan de hand van een eigen inschatting aannemen dat dit aantal relatief hoog is. Zo zou Vlaanderen op jaarbasis circa 350.000 KOPP-kinderen tellen. Minstens een derde van de KOPP-kinderen ontwikkelt later zelf ernstige en langdurige psychische problemen. Verschillende mechanismen liggen aan de basis van deze transgenerationale transmissie (genetische transmissie, prenatale invloeden, ouder-kind interacties, familieprocessen en -condities, en sociale invloeden van buiten de familie). De manier waarop ouders met een psychisch probleem met hun kind interageren en hun soms ontoereikende opvoedingsvaardigheden zijn een significante mediërende factor. Belangrijk is evenwel dat niet alle KOPP-kinderen later zelf een psychisch probleem ontwikkelen. Een complex samenspel van beschermende en risicofactoren op het niveau van het kind, de ouder, het gezin en de ruimere sociale context is bepalend voor de gevolgen van de psychische problemen bij de ouder op het welbevinden van kinderen (Claes et al., 2016). Recent onderzoek laat tot slot zien dat veel ouders met psychische problemen zich zorgen maken over de ontwikkeling van de kinderen vanwege de eigen problematiek en zich tijdens hun behandeling in de GGZ onvoldoende ondersteund voelen in hun ouderrol (Maciejewski et al., 2017). Er is dus een belangrijke taak weggelegd voor GGZ-hulpverleners om met hun cliënten over de kinderen en het ouderschap te praten.

Hoofdstuk 5

Hulpverleningslandschap in Vlaanderen inzake opvoedingsondersteuning, verontrusting en kindermishandeling

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het Vlaamse hulpverleningslandschap relevant voor gezinnen die nood hebben aan bijkomende ondersteuning al dan niet omwille van verontrusting en kindermishandeling. Het is niet de bedoeling om de jeugdhulp in al haar facetten te bespreken, maar wel om een overzicht te geven van de belangrijkste voorzieningen binnen jeugdhulp die GGZ-hulpverleners kunnen inschakelen wanneer een cliënt aanvullende ondersteuning nodig heeft in zijn rol als ouder.

De jeugdhulp in Vlaanderen wordt vormgegeven door zes verschillende sectoren, met name door: het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), Jongerenwelzijn (JW), Kind en Gezin (K&G), het Algemeen Welzijnswerk (AWW), de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB). Het hulpaanbod van deze sectoren is uiteenlopend van aard en gaat van laagdrempelige kortdurende hulp tot gespecialiseerde intensieve hulp en tenslotte zelfs tot hervulpreventie en herstel. Dit aanbod is bewust complementair opgezet vanuit een netwerk- en trajectgedachte. Iedere sector heeft zijn eigen voorzieningen met elk hun eigen missie, opdracht en werkingsprincipes. Deze bewust geïnstalleerde meervoudigheid en complementariteit maakt dat buitenstaanders soms moeilijk wegwijs geraken in het complexe jeugdhulpverleningslandschap.

Belangrijk om weten is dat de jeugdhulpverlening binnen het toepassingsgebied van de integrale jeugdhulp uit twee grote luiken bestaat: er is jeugdhulp die vrij toegankelijk is voor minderjarigen en hun ouders (rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, RTJ) en er is hulpverlening die meer ingrijpend en niet rechtstreeks toegankelijk is (niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, NRTJ). De RTJ bestaat uit een waaier aan voorzieningen waar kinderen, jongeren en hun ouders rechtstreeks een beroep op kunnen doen zonder de nood aan een “toegangsticket” van de intersectorale toegangspoort. De hulp wordt georganiseerd vanuit de zes sectoren en omvat allerlei vormen van ondersteuning gaande van algemene raadpleging tot gespecialiseerde jeugdhulpverlening. Ook al kunnen jongeren en hun ouders rechtstreeks een beroep doen op deze hulp, toch weten velen onder hen niet meteen waarnaartoe. Daarom werd binnen de RTJ nog eens een apart deelluik voorzien, namelijk de brede instap. Diensten die onder de ‘brede instap’ vallen worden georganiseerd door de CLB, Kind en Gezin (bv. lokale teams en inloopteams) en de CAW (bv. de jongerenadviescentra, JAC). Het is de bedoeling dat kinderen, jongeren en hun ouders bij deze voorzieningen terecht kunnen met al hun vragen, los van de kenmerken van hun probleem. Voorzieningen uit de brede instap bieden onthaal, vraagverheldering, aanbodverheldering en kortdurende hulpverlening aan en doen indien nodig een gerichte verwijzing. NRTJ tot slot is ingrijpend en langdurig van aard en dient eerst voorgelegd en beoordeeld te worden door de intersectorale toegangspoort vooraleer kinderen, jongeren en ouders hier beroep op kunnen doen. Het zijn vooral de sectoren Jongerenwelzijn en het VAPH die de NRTJ vormgeven.

Daarnaast is er ook een specifiek aanbod crisisjeugdhulp voor de dringende hulpnoden wanneer alles misloopt. De meeste crisissituaties worden opgevangen in de dagelijkse werking van hulporganisaties. Maar soms lukt het niet, is de hulpverlener ten einde raad of is er meer nodig dan wat hij kan bieden. Voor situaties waarop de reguliere hulp geen antwoord biedt, is er een programma crisisjeugdhulp (centraal aanmeldpunt georganiseerd per regio, ambulante en/of mobiele crisisinterventie, ambulante

en/of mobiele crisisbegeleiding en crisisopvang). Als een hulpverlener een crisissituatie wil aanmelden of meer informatie wenst in de omgang met een crisissituatie, kan hij telefonisch terecht bij de regionale crisismeldpunten. Daarbij gelden een aantal belangrijke spelregels:

- de aanmelder is een erg belangrijke partner voor het crisisnetwerk: er wordt gevraagd dat hij mee aanwezig blijft en mee naar oplossingen zoekt (steeds binnen de grenzen van de eigen werkopdracht);
- de aanmelder informeert de kinderen en jongeren, ouders en/of opvoedingsverantwoordelijken over de aard van de crisishulp;
- het crisisnetwerk kan enkel ingeschakeld worden indien het cliëntsysteem bereid is om in gesprek te gaan;
- jongeren die reeds in een residentiële setting verblijven, kunnen geen beroep doen op het crisisnetwerk.

In een eerste paragraaf focussen we op een selectie van relevante voorzieningen waar kinderen, jongeren en gezinnen rechtstreeks en op vrij korte termijn terecht kunnen voor opvoedingsondersteuning. Een tweede paragraaf focust op voorzieningen die verontrusting en kindermishandeling als specialisatie hebben. We bespreken voor alle voorzieningen de doelgroep, hun opdracht en spreiding in Vlaanderen. Een volledig overzicht en meer informatie is te vinden via jeugdhulp.be, de sectorale websites en de sociale kaart.

1 Rechtstreeks toegankelijke hulp voor kinderen, jongeren en hun gezin

1.1 Lokale teams Kind en Gezin

Voor wie?

Kind en Gezin maakt er werk van om gezinstrajecten te ondersteunen van -9 maanden tot de jongvolwassenheid. Van bij de zwangerschap worden vooral digitale informatie aangeboden en gezinnen zo doorheen de zwangerschap gegidst. Extra inspanningen gaan naar de meest kwetsbare gezinnen. Van bij de geboorte tot een kind naar school gaat, bieden lokale teams een preventief en ondersteunend programma aan, vormgegeven samen met het gezin. Vanaf de schoolgaande leeftijd is de rol van Kind en Gezin opnieuw digitaal gidsend en informatief, via de Huizen van het Kind en Groeimee.be.

Binnen integrale jeugdhulp nemen de teams van Kind en Gezin de functie van brede instap op (met als focus 0-3-jarigen). Ouders kunnen contact opnemen bij vragen of behoefte aan ondersteuning. Het team maakt hiervoor graag tijd vrij en verwijst indien nodig door naar gespecialiseerde diensten, zowel binnen als buiten de jeugdhulp. De lokale teams verwijzen door naar een breed scala aan zorgverleners en diensten, bv. de behandelende arts, de opvoedingswinkel, initiatieven rond ontmoeting, het OCMW, sociale organisaties, kinderopvangvoorzieningen, diensten voor gezinszorg, etc. Ook naar voorzieningen binnen integrale jeugdhulp wordt doorverwezen.

Voor wat?

Er gaat aandacht naar het kind, zijn gezin (ouders) en de brede leefomgeving van het kind en zijn gezin. Dit gebeurt door een mix van:

- programmatorische contacten (opgehangen aan de leeftijd en ontwikkeling van een kind);
- een ganse reeks andere momenten en contacten (huisbezoeken, consultaten, telefonische contacten, ondersteuning per e-mail of chat, etc.) op maat van elk gezin en geïntegreerd.

De lokale teams van Kind en Gezin werken – samen met heel wat andere organisaties – een aanbod uit voor ouders met jonge kinderen, bv. via de Huizen van het Kind.

Waar?

De lokale teams van Kind en Gezin zijn gebiedsdekkend aanwezig in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Hun werkingsgebieden zijn sterk geënt op de eerstelijnszones. De contactgegevens zijn te vinden via www.kindengezin.be of via de Kind en Gezin-lijn.

1.2 Inloopteams

Voor wie?

De inloopteams – gesubsidieerd door Kind en Gezin en ingebed in de Huizen van het Kind – bieden ondersteuning aan aanstaande gezinnen en gezinnen met jonge kinderen (voor- en vroegschool) in een moeilijke leefsituatie. Het gaat om gezinnen die omwille van een meervoudige problematiek in een kwetsbare positie leven en bij wie de ontwikkelingskansen van de kinderen bedreigd worden (kansarme gezinnen, vluchtelingen, mensen zonder papieren, personen met een handicap, etc.).

Voor wat?

De inloopteams bieden een veilige haven waar mensen terecht kunnen met hun vragen, verhalen en problemen rond de opvoeding van de kinderen. Het aanbod van de inloopteams is gevarieerd en bestaat uit onthaal, groepsgerichte activiteiten, individuele gezins- en opvoedingsondersteuning, en rondetafelgesprekken om de zorg af te stemmen.

Tijdens het **onthaal** kunnen ouders vrijblijvend bij een medewerker terecht met al hun kleine zorgen en vragen over de opvoeding van hun kinderen. Een medewerker luistert naar het verhaal van ouders en zoekt mee naar een gepast antwoord.

De inloopteams organiseren **groepsgesprekken** waar ouders hun verhaal over de opvoeding van de kinderen kwijt kunnen. Tijdens deze gesprekken worden praktische handvatten aangereikt om op een goede manier met de kinderen om te gaan. De groepswerking zorgt ervoor dat ouders zich gesteund voelen door de andere ouders en van elkaars ervaringen kunnen leren. Sommige inloopteams organiseren regelmatig een groepsuitstap of andere leuke activiteiten voor ouders en kinderen.

Ouders kunnen naar een inloopteam gaan om met hun kind te spelen. Er zijn gezellige **ontmoetingsruimtes** waar een ouder andere ouders kan ontmoeten en kinderen met leeftijdsgenootjes kunnen spelen. In sommige inloopteams kunnen ouders ook speelgoed ontlenen of kinderkleding ruilen.

Er is ook mogelijkheid voor **individuele gezins- en opvoedingsondersteuning**. Wanneer een probleem te moeilijk is om in groep te bespreken, kunnen ouders een apart gesprek met een medewerker

aanvragen. Er wordt geluisterd naar het verhaal van de ouder en indien nodig gezocht naar gepaste ondersteuning voor het gezin.

Inloopteams organiseren tot slot **rondetafelgesprekken** voor ouders met een ingewikkelde problematiek die ondersteuning van verschillen instanties krijgen en door het bos de bomen niet meer zien. Tijdens zo een gesprek probeert men om samen met de ouders en de andere hulpverleners de hulpvragen duidelijk te krijgen en de zorg beter op elkaar af te stemmen.

Waar?

Vlaanderen telt zeven inloopteams en dit in volgende regio's: Antwerpen, Brussel, Gent, Mechelen, Menen, Oostende en Ronse. Hun contactgegevens zijn te vinden op volgende websites: www.kindengezin.be/gezinsondersteuning/dienstverlening-door-partners/opvoeding/inloopteams/ of www.kindenpreventie.be/onze-werking/inloopteams/

1.3 Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)

Voor wie?

De CKG richten zich tot gezinnen met kinderen van 0 tot 12 jaar (zolang ze basisonderwijs volgen, met bijzondere aandacht voor 0- tot 6-jarigen) waarbij het opvoedingsgebeuren voor ouder en/of kind dreigt vast te lopen. De situatie in het gezin moet van dien aard zijn dat er mits tijdelijke ondersteuning verbetering mogelijk is. De hulpverlening is rechtstreeks toegankelijk en vertrekt vanuit de bereidheid van het gezin om hieraan mee te werken.

Voor wat?

De kernopdracht van de CKG bestaat uit het aanbieden van mobiele begeleidingen, ambulante trainingen, ambulante begeleidingen, crisisopvang en korte residentiële opvang. Daarnaast bieden de CKG ook lange residentiële opvang aan. Dit laatste aanbod richt zich tot gezinnen met multifactoriële problemen en is niet rechtstreeks toegankelijk. De intersectorale toegangspoort moet hier eerst haar goedkeuring voor geven.

De hulpverlening start steeds met een kennismakingsgesprek waarbij het CKG de hulpvraag verkent samen met de cliënt en eventueel de hulpverlener die de cliënt doorverwees. Tijdens dit gesprek gaat het CKG na welk hulpaanbod het meest gepast is. Wanneer het aanbod van het CKG ontoereikend is, doet het CKG een gepaste verwijzing.

Onderstaand overlopen we kort het aanbod van de CKG:

- **Mobiele begeleiding.** Een begeleider van het CKG komt aan huis om samen met het gezin uit te zoeken hoe de situatie weer hanteerbaar wordt. De begeleider bespreekt met de gezinsleden de problemen die zij ervaren en zoekt samen met hen naar manieren om de zorg voor de kinderen of de moeilijke situatie anders aan te pakken. Er wordt ook gekeken naar datgene wat thuis wél goed loopt en men tracht deze elementen verder te versterken.
- **Ambulante pedagogische training.** Tijdens dit aanbod oefenen ouders in groep bepaalde pedagogische vaardigheden. Voorbeelden van trainingen zijn stop 4-7 en Triple P.
- **Ambulante opvang.** Ouders kunnen voor korte tijd overdag of 's nachts in de huiselijke sfeer van een CKG verblijven. Tijdens zo een verblijf wordt er intensief met het kind gewerkt en zoeken medewerkers samen met de ouders naar manieren om de thuissituatie en de opvoeding van de

kinderen anders aan te pakken. Ambulante opvang verloopt steeds in combinatie met een ambulante pedagogische training of een mobiele begeleiding.

- **Residentiële opvang.** Indien nodig vangt het CKG een tijdje de kinderen op in een leefgroep om van daaruit samen met de ouder aan de gezinssituatie te werken. De opvang kan van korte of lange duur zijn en verloopt steeds in combinatie met een mobiele begeleiding.

Waar?

Vlaanderen telt 21 erkende en gesubsidieerde CKG die elke dag van het jaar, 24 uur op 24, bereikbaar zijn. Om een CKG in de buurt te vinden, kunnen mensen terecht op de website: www.ckg.be. Wanneer je doorklikt op het CKG van jouw keuze, vind je de nodige contactgegevens. Mensen met een hulpvraag kunnen bellen, schrijven of overdag gewoon langskomen.

1.4 Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)

Voor wie?

Mensen kunnen bij het CAW terecht met al hun vragen en problemen die te maken hebben met welzijn. Het CAW biedt mensen in moeilijkheden de nodige steun aan zodat ze verder kunnen met hun leven. Het doet dit door rust te bieden, de mogelijkheden van mensen te versterken en hen bij te staan in het benutten van hun basisrechten. Het CAW begeleidt mensen van alle leeftijden – ook jongeren. Deze laatste groep kan met al zijn vragen en problemen terecht in het JAC, een specifieke deelwerking voor jongeren.

Voor wat?

Het CAW biedt onthaal, begeleiding, crisishulp en opvang. Onderstaand gaan we hier dieper op in:

- **Onthaal.** Iedereen met een vraag of probleem kan terecht op het onthaal van een CAW. Een hulpverlener beluistert en verheldert de hulpvraag, weegt mogelijke oplossingen af en geeft waar nodig informatie, advies en hulp. Mensen kunnen persoonlijk op het onthaal langskomen, maar mogen ook bellen, mailen of chatten al dan niet anoniem. Indien nodig komen hulpverleners aan huis.
- **Begeleiding.** Mensen die nood hebben aan enkele gesprekken krijgen begeleiding. Het CAW biedt onder andere woonbegeleiding en begeleiding bij gezins- en relatieproblemen, opvoedingsproblemen, persoonlijke problemen, financiële problemen en administratieve problemen. Het CAW begeleidt ook slachtoffers van geweld en misbruik, mensen die betrokkenen zijn bij verkeersongevallen en misdrijven, en (ex-) gedetineerden en hun naasten. Daarnaast biedt het CAW gerechtelijk opgelegde hulp aan. Dit kan bv. gaan om een beslissing van een rechter om het contact tussen ouder en kind te herstellen. Het CAW beschikt hiervoor over aparte bezoekerimtes waar ouder en kind elkaar met ondersteuning van een hulpverlener kunnen ontmoeten.
- **Crisishulp.** Het CAW fungeert als crisismeldpunt en vangt situaties op waarop de reguliere hulpverlening geen antwoord weet. Een crisis valt te begrijpen als een acute situatie waarin er nood is aan onmiddellijke hulp. Professionelen en dienstverleners maar ook cliënten kunnen contact nemen met het crisismeldpunt dat 7 dagen op 7 en de klok rond bereikbaar is. Bij aanmelding door een hulp- of dienstverlener is er wel steeds toestemming van de minderjarige en/of de ouders vereist. Binnen de 24 uur tracht het CAW een gepast antwoord te zoeken voor

de crisis zodat meer ingrijpende hulp vermeden kan worden. Het CAW doet dit door de meest gepaste hulp in te schakelen met maximale garantie van de veiligheid. Hiervoor werkt het CAW samen met tal van hulpverleningsvoorzieningen uit de regio. De crisishulp kan bestaan uit: (1) een crisisinterventie (m.n. onmiddellijke, korte, intensieve stress verlagende hulp die maximaal 3 dagen duurt), (2) crisisbegeleiding (m.n. intensieve begeleiding die maximaal 28 dagen duurt) en (3) crisisopvang (m.n. opvang in een crisisopvanggezin of residentiële voorziening in combinatie met een interventie of begeleiding).

- **Opvang.** Het CAW biedt verschillende vormen van opvang aan (crisisopvang, mannenopvang, vrouwenopvang, jongerenopvang, gezinsopvang en vluchthuizen), waar mensen afhankelijk van de aard van hun probleem terecht kunnen.

Waar?

Binnen elke provincie zijn er meerdere CAW. In het totaal tellen Vlaanderen en Brussel elf erkende CAW. Elk van hen biedt onthaal en begeleiding, maar niet alle CAW hebben een crisismeldpunt en bieden alle vormen van opvang aan. Een overzicht van alle CAW en hun aanbod is te vinden op de website: www.caw.be/zoek-je-hulp.

1.5 Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)

Voor wie?

Leerlingen, ouders, leerkrachten en schooldirecties kunnen beroep doen op het CLB voor informatie, hulp en begeleiding rond volgende vier domeinen: (1) leren en studeren, (2) schoolloopbaanbegeleiding, (3) preventieve gezondheidszorg en (4) psychosociaal functioneren. Wat het probleem ook is, het CLB luistert en zoekt mee naar mogelijke oplossingen.

Voor wat?

In het CLB staat een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen, psychologen, psychologisch assistenten, pedagogen en maatschappelijk werkers klaar om kinderen, jongeren en hun ouders te helpen. De hulp en begeleiding zijn kosteloos, vertrouwelijk en onafhankelijk van de school. Begeleiding bij psychosociaal functioneren is meestal gericht op gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, sociale problemen, psychische problemen, emotionele problemen of verwerking bij rouw en verlies. Het CLB biedt daarbij volgende kernactiviteiten aan:

- **onthaal en vraagverheldering:** problemen systematisch in kaart brengen en oplossingsalternatieven verkennen;
- **informatie en advies:** algemene wegwijsinformatie en advies geven zonder dat dit gekoppeld is aan een begeleidingstraject;
- **diagnose:** op systematische wijze een diagnose stellen om te bepalen wat het meest aangewezen en haalbare hulpverleningstraject voor het kind, de jongere of zijn ouders is;
- **kortdurende begeleiding:** kortdurende ondersteuning aanbieden aan de minderjarige, de ouders, de opvoedingsverantwoordelijke en/of de school;
- **samenwerken met netwerk:** samenwerken met relevante netwerkpartners in functie van de ondersteuning van de minderjarige, de ouders, de school of personen uit de leefomgeving.

Het CLB heeft een belangrijke verwijzende rol. CLB-medewerkers kennen het hulpverleningsaanbod voor minderjarigen en hun ouders zeer goed, waardoor zij heel gericht kunnen verwijzen. Ze zijn bovendien gemachtigd om bij de intersectorale toegangspoort een aanvraag in te dienen voor NRTJ.

Waar?

Elke erkende school in Vlaanderen werkt samen met een CLB. Leerlingen en ouders die een vraag hebben, kunnen die ofwel via de school of rechtstreeks aan het CLB stellen. De contactgegevens van de CLB-medewerker zijn te vinden in de schoolbrochure of op de website van de school. Vaak hebben de CLB-medewerkers ook een spreekuur op school waar leerlingen en ouders terecht kunnen, maar het is ook mogelijk om naar het CLB-centrum zelf te gaan. Een CLB is elke schooldag open en tijdens de schoolvakanties zijn er op bepaalde dagen medewerkers bereikbaar.

1.6 Centra voor Integrale Gezinszorg (CIG)

Voor wie?

De CIG bieden hulp aan gezinnen en (aanstaande) ouders met ernstige opvoedingsproblemen zoals: verwaarlozing van kinderen, intrafamiliaal geweld, incest, pedagogisch onvermogen, relatieproblemen, hechtingsproblemen, ernstige financiële en materiële problemen, etc.

Voor wat?

De begeleiding richt zich op het gezin als geheel. De hulpverlening bestaat uit intensieve opvoedingshulp en gezinszorg en grijpt in op dieperliggende problemen dan gezinsondersteuning en opvoedingsondersteuning doen. De CIG bieden gezinsondersteuning in de vorm van mobiele begeleiding, maar de mogelijkheid bestaat ook om een geheel gezin residentieel op te vangen. De CIG hebben daarnaast een specifiek begeleidingsaanbod voor tienerouders. Zowel ambulante ondersteuning aan huis als het verblijf voor meerderjarigen is rechtstreeks toegankelijk. Residentiële opvang voor minderjarigen is niet rechtstreeks toegankelijk.

Waar?

Elke provincie telt een aantal CIG. Een overzicht van alle CIG en hun aanbod is te vinden op de website: www.cigvlaanderen.org.

1.7 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Voor wie?

Een CGG biedt medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen. Elk CGG heeft een aparte werking voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouders. Het aanbod voor kinderen valt onder de integrale jeugdhulp.

Voor wat?

Een CGG is georganiseerd in meerdere teams op verschillende vestigingsplaatsen. Elk team bestaat uit één of meerdere psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. De hulpverlening in een CGG gebeurt tijdens consultaties. Er is geen opname of verblijf. Daarnaast kan een CGG ook:

- specifieke vormen van zorg aanbieden (bv. alcohol-, drugs- en suïcidepreventie, forensische hulpverlening, verslavingszorg, hulpverlening aan personen met een handicap en bijkomende psychische problemen, etc.);
- samen met andere partners meewerken aan projecten, gericht op specifieke doelgroepen of thema's (bv. psychiatrische zorg in de thuissituatie, vroegdetectie van psychiatrische stoornissen, Buddywerking Vlaanderen, projecten rond familiaal geweld of kindermishandeling, projecten rond de invoering van een eerstelijnspsychologische functie, alternatieve gerechtelijke maatregelen, arbeidszorg, etc.);
- ondersteuning en consulten bieden aan andere organisaties in de zorg en hulpverlening zoals voorzieningen bijzondere jeugdzorg, gevangenissen, woonzorgcentra en verzorgingstehuizen, CAW, etc.

Waar?

Er zijn 20 CGG in Vlaanderen en Brussel. Een overzicht van alle CGG en hun aanbod is te vinden op de website: www.zorg-en-gezondheid.be/centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg.

1.8 Voorzieningen Jongerenwelzijn

Voor wie?

Jongerenwelzijn kent een heel aantal voorzieningen voor een brede waaier aan minderjarigen en gezinnen met jeugdhulpnoden. Deze voorzieningen richten zich op minderjarigen van 0 tot 25 jaar, hun gezin en omgevingsnetwerk. Een belangrijk aandeel van het aanbod in deze voorzieningen is niet rechtstreeks toegankelijk. Het gaat o.a. om organisaties voor bijzondere jeugdzorg, onthaal-, oriëntatie en observatiecentra en diensten voor pleegzorg.

Voor wat?

Het aanbod varieert naar gelang de subsectoren. Het kan gaan om begeleiding, dagopvang, diagnostiek of verblijf met verschillende intensiteiten en doeleinden.

Waar?

Elke provincie telt meerdere voorzieningen Jongerenwelzijn. Een overzicht van alle voorzieningen en hun aanbod is te vinden op de website: jongerenwelzijn.be/contact/voorzieningen/.

1.9 Crisishulp aan huis (CaH)

Voor wie?

CaH richt zich tot kinderen van 0 tot 18 jaar en hun gezinnen die in een acute crisissituatie verkeren. De situatie dreigt zodanig uit de hand te lopen dat er hulp nodig is om een uithuisplaatsing van één of van meerdere kinderen te voorkomen.

Voor wat?

De hulp is kortdurend, mobiel en intensief van aard, en vindt plaats bij het gezin thuis. Het doel is om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen door het

crisisgehalte te verkleinen en het perspectief van de gezinsleden te vergroten. De veiligheid van de kinderen staat hierbij voorop.

De geboden hulp is gericht op het versterken van datgene wat goed gaat. De basisfilosofie van CaH is dat elk gezin in staat is om de eigen problemen op te lossen als de competenties van het gezin vergroot worden. Zowel voor het gezin als geheel als voor de gezinsleden afzonderlijk analyseert men hoe het komt dat de balans tussen taken en vaardigheden verstoord is. Men brengt daarvoor de risicofactoren en de beschermende factoren in kaart. Vervolgens leert men ouders nieuwe vaardigheden aan om de verstoorde balans tussen taken en vaardigheden te herstellen.

Waar?

In elke provincie is er minstens één voorziening die CaH aanbiedt. Hun contactgegevens zijn te vinden op de website van Jongerenwelzijn: www.jongerenwelzijn.be/contact/voorzieningen/

2 Hulpverlening in Vlaanderen inzake verontrusting

2.1 Vertrouwenscentra Kindermishandeling

Voor wie?

Het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) is een centrum waar iedereen (kinderen, jongeren, volwassenen, hulpverleners en gewone burgers) die ongerust is over een kind of een gezin terecht kan. Deze ongerustheid kan gaan over geweld, mishandeling, verwaarlozing en/of misbruik.

Voor wat?

De VK hebben sedert 25 jaar een bijzondere expertise inzake kindermishandeling en vervullen volgende kernopdrachten:

- het onderzoeken van meldingen van vermoedens van kindermishandeling op verzoek van om het even welke persoon of instelling (jeugdhulpverleners, minderjarigen, ouders, opvoedingsverantwoordelijken, vertrouwenspersonen of andere dienstverleners);
- het verstrekken van gepaste jeugdhulpverlening aan minderjarige slachtoffers van kindermishandeling en hun gezin;
- het organiseren van het meldpunt 1712 (Geweld, Misbruik en Kindermishandeling) samen met de CAW;
- het ondersteunen en begeleiden van jeugdhulpaanbieders en voorzieningen in het omgaan met situaties van kindermishandeling als ze het VK daarom verzoeken;
- het organiseren van een Chat-lijn voor minderjarigen die vragen hebben over misbruik en hierover met een gespecialiseerde medewerker in gesprek willen gaan (zie www.nupraatikerover.be).

Waar?

De provincies Limburg en Oost-Vlaanderen tellen elk één VK; Antwerpen telt één VK en twee antennepunten; West-Vlaanderen telt één VK en één antennepunt; Vlaams-Brabant heeft zowel in het

Vlaamse als in het Brusselse gewest een VK. Alle contactgegevens zijn te vinden op volgende website: www.vertrouwenscentrum-kindermishandeling.be

2.2 De gemandateerde voorzieningen

Vlaanderen telt twee voorzieningen die door de overheid gemandateerd zijn om in verontrustende situaties maatschappelijk in te grijpen: **de Ondersteuningscentra Jeugdhulp (OCJ)** en **de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK)**. Beide voorzieningen hebben een gelijkaardige opdracht inzake maatschappelijke noodzaak, met name:

- **Consult** verlenen aan jeugdhulpaanbieders in verontrustende situaties waar er een vermoeden is dat het aanbieden van jeugdhulpverlening maatschappelijk noodzakelijk is. De consultfunctie is erop gericht om de verontrusting helder te krijgen en samen na te gaan welke stappen er gezet kunnen worden. Het consult bevat geen formeel oordeel over de maatschappelijke noodzaak maar kan wel adviseren om een aanmelding te doen bij een gemandateerde voorziening. De opvolging van de cliënt en het al dan niet nemen van vervolgstappen blijft steeds bij de betrokken professional die het consult vraagt.
- Bij een aanmelding door jeugdhulpaanbieders de verontrustende situatie **onderzoeken** om te bepalen of het nodig is om hulpverlening op te leggen vanuit een maatschappelijke noodzaak. Beide voorzieningen hanteren een aantal ontvankelijkheidscriteria vooraleer zij een onderzoek maatschappelijke noodzaak opstarten:
 - de aanmelder heeft reeds een proces doorlopen met het cliëntensysteem maar blijft geconfronteerd worden met verontrusting en kan zelf niet de noodzakelijke hulp garanderen;
 - ouders zijn geïnformeerd (of men heeft een poging gedaan om hen te informeren) over de aanmelding bij de gemandateerde voorziening;
 - de aanmelding moet gedragen worden door het team van de aanmelder;
 - het M-doc bevat de nodige gegevens van het kind/de jongere en zijn gezin.

Tijdens het onderzoek naar maatschappelijke noodzaak voert de gemandateerde voorziening gesprekken met de betrokken partijen (het cliëntensysteem, de eventueel al betrokken hulpverlening) om onder andere zicht te krijgen op de leefsituatie, de aanwezige zorgen en krachten in het cliëntensysteem, en de ontplooiingskansen en de veiligheid van de minderjarige. Het onderzoek resulteert in een gemotiveerde beslissing over het al dan niet aanwezig zijn van de maatschappelijke noodzaak.

- Indien nodig **hulpverlening opstarten** of de **al lopende hulpverlening mee opvolgen**. De gemandateerde voorziening evalueert samen met de betrokkenen op regelmatige tijdstippen of en welke evoluties er zijn, en bespreekt of hun tussenkomst nog steeds noodzakelijk is.
- De minderjarige **doorverwijzen naar het Openbaar Ministerie** wanneer de minderjarige, zijn ouders, zijn opvoedingsverantwoordelijken of andere betrokkenen weigeren mee te werken aan het onderzoek naar maatschappelijke noodzaak en/of de voorgestelde jeugdhulpverlening niet aanvaarden. Een doorverwijzing naar het Openbaar Ministerie wordt voorafgegaan door een uitnodiging van het cliëntensysteem voor een tegensprekelijk debat met de gemandateerde voorziening. Dit debat dient enerzijds om aan de cliënt te verduidelijken welke hulp de

gemandateerde voorziening noodzakelijk acht en waarom, en anderzijds om vast te stellen of de voorgestelde hulpverlening mogelijk is dan wel of een doorverwijzing naar het Openbaar Ministerie noodzakelijk is.

- Aan magistraten die belast zijn met jeugdzaken de waarborg verlenen dat er in verontrustende situaties daadwerkelijk jeugdhulpverlening wordt verleend aan de minderjarige, zijn ouders of zijn opvoedingsverantwoordelijken.

Hoewel beide gemandateerde voorzieningen eenzelfde decretaal vastgelegde opdracht hebben, is er toch een belangrijk verschil tussen beide voorzieningen. De opdracht van de OCJ situeert zich louter binnen de formele procedure van maatschappelijke noodzaak. De VK bieden ook buiten de procedure van maatschappelijke noodzaak hulpverlening bij kindermishandeling.

2.3 De sociale dienst voor gerechtelijke jeugdhulp

Daarnaast is de jeugdrechter in staat om gedwongen gerechtelijke hulpverlening op te leggen. Dit komt voor wanneer:

- een minderjarige een strafbaar feit pleegt;
- een minderjarige zich in een problematische opvoedingssituatie bevindt en hulp op vrijwillige basis niet mogelijk is;
- er zich een hoogdringende crisissituatie voordoet waarbij de jeugdrechter meteen ingrijpt en pas nadien laat onderzoeken of vrijwillige hulp mogelijk is;
- ouder(s) niet doen wat van hen verwacht wordt.

Deze situaties komen via de politie en het parket bij de jeugdrechter terecht. Veel van de verontrustende opvoedingssituaties die de jeugdrechter behandelt zijn doorverwijzingen vanuit een gemandateerde voorziening. Het gaat dan om situaties waarbij er sprake is van maatschappelijke noodzaak maar er geen medewerking is vanuit het cliëntsysteem. Men spreekt in dat geval van een VOS-vordering (een vordering in geval van een verontrustende opvoedingssituatie).

De jeugdrechter werkt voor het opstellen van de gerechtelijke maatregel of vordering nauw samen met **de sociale dienst voor gerechtelijke jeugdhulp** (SDJ). Elk gerechtelijk arrondissement heeft een SDJ dat bestaat uit consultants en belast is met volgende opdrachten:

- een maatschappelijk onderzoek voeren en de jeugdrechter advies geven over het meest wenselijke traject binnen de jeugdhulp;
- wanneer de jeugdrechter een gerechtelijke maatregel heeft genomen, de mogelijkheden verkennen om vrijwillige jeugdhulpverlening te organiseren en indien nodig een aanvraag indienen bij de intersectorale toegangspoort;
- erover waken dat de uitvoering van de gerechtelijke maatregelen verloopt volgens een handelingsplan dat, in samenspraak met de betrokken partijen en de jeugdhulpaanbieders, op aanvraag van de sociale dienst wordt opgesteld;
- in opdracht van de jeugdrechter of op aanvraag van de minderjarige, zijn ouders of in voorkomend geval, zijn opvoedingsverantwoordelijken regelmatig en ten minste om de zes maanden een bezoek brengen aan iedere persoon die door de jeugdrechtbank of jeugdrechter

aan een hulpvoorziening is toevertrouwd en daarover schriftelijk verslag uitbrengen bij de jeugdrechtbank of jeugdrechter.

De SDJ is niet rechtstreeks toegankelijk – enkel het parket en de jeugdrechter kunnen een dossier voor onderzoek en opvolging aan de SDJ toevertrouwen.

3 Conclusie

Dit hoofdstuk toont dat Vlaanderen over een divers en omvangrijk jeugdhulpverleningsaanbod beschikt dat in principe aangewend kan worden voor gezinnen die nood hebben aan extra ondersteuning al dan niet omwille van verontrusting en kindermishandeling. Ondanks het rijke hulpaanbod zijn er drie belangrijke punten van aandacht. Ten eerste, veel GGZ-hulpverleners zijn niet vertrouwd met de grote variëteit aan sectoren, voorzieningen en werkvormen binnen de jeugdhulp waardoor bijkomende gezins- of contextondersteuning voor cliënten vaak niet tot stand komt. Ten tweede, veel voorzieningen binnen de jeugdhulp kampen met een capaciteitstekort met wachtlijsten tot gevolg (intersectoraal jaarverslag jeugdhulp, 2016). De NRTJ kampt al jaren met wachttijden waarvan de duur varieert afhankelijk van de periode, de regio en het soort hulp. Voor voorzieningen van Jongerenwelzijn bedraagt de gemiddelde wachttijd 198 dagen; voor de CKG 122 dagen. De laatste jaren neemt ook de druk op de RTJ toe. De wachttijden voor RTJ stijgen, het aantal crisismeldingen bij de CAW neemt aanzienlijk toe en ook de gemandateerde voorzieningen zien een toename in het aantal aanmeldingen. Ten derde, de jeugdhulp in Vlaanderen is op dit moment volop in ontwikkeling. Onder meer via het huidige uitbreidingsbeleid van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden momenteel 15 samenwerkingsverbanden rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp gevormd (roepnaam: één gezin één plan) met als specifiek doel om via het versterken van de capaciteit en de samenwerking in de jeugdhulp de toegankelijkheid gevoelig te verbeteren (zie ook www.jeugdhulp.be/uitbreidingsbeleid-jeugdhulp).

Binnen het jeugdhulpverleningslandschap is een bijzondere rol weggelegd voor de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en de Ondersteuningscentra Jeugdhulp. Beide voorzieningen zijn gemandateerd om meldingen van verontrusting te onderzoeken op maatschappelijke noodzaak. De VK bieden advies en ondersteuning aan slachtoffers, daders, gezinsleden, omstanders en hulpverleners, nemen meldingen van verontrusting en kindermishandeling in ontvangst en onderzoeken meldingen om te komen tot een besluit over de nodige vervolgstappen. Daarnaast bieden de VK hulpverlening aan. Ze geven advies consult, coaching en begeleiding aan hulpverleners over hoe om te gaan met kindermishandeling en komen indien nodig rechtstreeks tussen in gezinnen. De OCJ's nemen eveneens meldingen van verontrusting en kindermishandeling in ontvangst en onderzoeken deze om te komen tot een besluit over de noodzakelijke vervolgstappen. Net als de VK bieden de OCJ ook hulpverlening – zo voeren zij gesprekken met cliënten, doen zij huisbezoeken en organiseren zij netwerktafels. Wanneer nodig doen de OCJ een aanmelding voor bijkomende ondersteuning bij de rechtstreeks toegankelijke en de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp waarna ze de hulpverlening mee opvolgen.

Hoofdstuk 6

Het Vlaamse beleid voor hulpverleners inzake verontrusting en kindermishandeling

Op 30 maart 2010 tekenden de Federale minister van Justitie en de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin op de veiligheidsconferentie 'intrafamiliaal geweld, met een focus op kinderen', het Protocol Kindermishandeling (De Craim & Traets, 2010). Het protocol bevat een stappenplan voor professionelen uit de hulpverleningssectoren en de justitiële sector over hoe men kindermishandeling op een kwaliteitsvolle wijze kan aanpakken. Binnen de hulpverlening hebben zich sedert 2010 echter heel wat vernieuwingen voorgedaan – zo deden het decreet integrale jeugdhulp en de hulplijn 1712 hun intrede – waardoor het protocol vandaag niet meer actueel is. Om deze reden beslisten we om het protocol niet op te nemen in dit rapport. We gaan in dit hoofdstuk dieper in op het beroepsgeheim en de voorwaarden omtrent het delen van informatie over een cliënt met anderen. We baseren ons voor dit overzicht op volgende bronnen: de recent ontwikkelde wegwijzers met betrekking tot het beroepsgeheim (Versweyvelt & Put, 2018), het Mozaïekdecreet Integrale Jeugdhulp (Kennisplein, 2016) en de gids voor professionele hulpverleners van de Family Justice Centers Limburg.

1 Geen meldplicht omwille van het beroepsgeheim (artikel 458 van het strafwetboek)

In België zijn hulpverleners niet verplicht om melding te maken van een situatie van kindermishandeling aan gerechtelijke instanties. Het achterliggende idee hierbij is dat een meldplicht slachtoffers en plegers ervan kan weerhouden om beroep te doen op hulpverlening. Bovendien valt een meldplicht moeilijk te rijmen met het beroepsgeheim waaraan alle hulpverleners in België (dokters, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, etc.) onderhevig zijn (artikel 458 van het strafwetboek). De geheimhoudingsplicht stelt een hulpvrager in staat om in alle vertrouwen en zonder angst of schroom zijn verhaal aan een professional te doen. Dit is noodzakelijk opdat de hulpverlener zich een goed beeld van de situatie kan vormen en vervolgens gepaste hulp kan verstrekken.

2 Uitzonderingen op het beroepsgeheim (artikel 458 bis van het strafwetboek)

Hulpverleners die gebonden zijn door het beroepsgeheim mogen niet zomaar informatie doorgeven aan politionele of gerechtelijke instanties. Niettemin bevat de regelgeving enkele uitzonderingen die hulpverleners in staat stellen om te spreken en informatie te delen. Zo stelt artikel 458 bis van het strafwetboek dat hulpverleners onder volgende cumulatieve voorwaarden informatie over hun cliënt mogen delen met justitie (maar niet met de politie):

- Voorwaarde 1: de hulpverlener heeft kennis van een misdrijf. Het is niet vereist dat de hulpverlener rechtstreeks via het slachtoffer op de hoogte is van het misdrijf of door hem in vertrouwen genomen wordt. Hij kan de informatie bv. ook van een derde of de dader vernomen hebben.

- Voorwaarde 2: het gaat om één van de misdrijven die in de wettekst zijn opgenomen. Meer in het bijzonder gaat het om een misdrijf uit deze lijst:
 - voyeurisme en de verspreiding van beelden ervan;
 - aanranding van de eerbaarheid (bv. het betasten van iemand in intieme zones, het vragen van naaktfoto's, het hebben van zwaar seksueel getinte gesprekken met minderjarigen, etc.);
 - verkrachting;
 - grooming (een minus 16-jarige via telecommunicatie overhalen tot een ontmoeting met als doel seksuele handelingen te stellen);
 - minderjarigen aanzetten tot ontucht of prostitutie of dit bijwonen;
 - het exploiteren van prostitutie (het verschaffen van een ruimte en mogelijkheid tot prostitutie, inclusief ook actief pooierschap);
 - bezit van of handel in kinderporno;
 - doodslag, moord en kindermoord;
 - opzettelijke slagen of verwondingen;
 - het toedienen van stoffen die de dood kunnen veroorzaken of de gezondheid zwaar kunnen schaden;
 - het uitvoeren, vergemakkelijken of bevorderen van genitale verminking bij vrouwen, inclusief wanneer dit in het buitenland gebeurde;
 - het achterlaten van een minderjarige of kwetsbare persoon, zonder te voorzien in opvang;
 - het onthouden van voedsel of verzorging aan een minderjarige of kwetsbare persoon die niet in zijn eigen onderhoud kan voorzien, door iemand die hiertoe verplicht is (de ouders, instelling, verzorger), waardoor diens gezondheid gevaar loopt;
 - door nalatigheid de gezondheid in gevaar brengen van een minderjarige of kwetsbare persoon die niet in zijn eigen onderhoud kan voorzien, door iemand die het slachtoffer onder zijn bewaring had;
 - mensenhandel.
- Voorwaarde 3: het slachtoffer is een minderjarige of een persoon die kwetsbaar is door zijn leeftijd, zwangerschap, partnergeweld, ziekte of lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid. Het slachtoffer moet minderjarig of kwetsbaar zijn op het moment van de feiten, niet op het moment van de melding.
- Voorwaarde 4: er is een ernstig en dreigend gevaar voor de fysieke of psychische integriteit van deze persoon OF er zijn aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar dat deze persoon of andere personen het slachtoffer zullen worden van deze misdrijven. Het misdrijf moet dus niet effectief al plaats hebben gevonden.
- Voorwaarde 5: de hulpverlener is niet in staat om zelf of met hulp van anderen deze integriteit te beschermen. Een melding kan dus slechts wanneer het inschakelen van andere hulpverlening (op

basis van gedeeld beroepsgeheim) reeds gebeurde en ook deze andere hulpverlening de veiligheid van het slachtoffer (of andere potentiële slachtoffers) niet kan garanderen.

3 De noodtoestand

Naast dit wettelijk verankerd meldingsrecht is er ook de noodtoestand. Dit is een rechtvaardigingsgrond die een hulpverlener toelaat om te spreken met politie, parket of een andere hulpverlener in geval er een dreigend en ernstig gevaar voor een persoon bestaat en waarbij het respecteren van het beroepsgeheim niet opweegt tegen het gevaar dat de betrokkene loopt (de keuze voor het minste kwaad). De noodtoestand kan voor alle burgers ingeroepen worden en dus niet enkel voor minderjarige en kwetsbare personen.

4 Het delen van informatie met andere hulpverleners

Onder bepaalde voorwaarden mogen hulpverleners die gebonden zijn aan het beroepsgeheim en die dezelfde hulpvrager behandelen informatie met elkaar uitwisselen. Het gaat hier om **een gedeeld beroepsgeheim**. Volgende voorwaarden zijn in dit geval van tel:

- Een hulpverlener mag enkel informatie doorgeven aan een persoon die ook door het beroepsgeheim gebonden is. De andere hulpverlener moet daarbij optreden met dezelfde finaliteit. Dit betekent dat hulpverleners werkzaam in buitengerechtelijke context en hulpverleners in gerechtelijke context enkel informatie mogen delen mits uitdrukkelijke toestemming van de desbetreffende persoon.
- Het uitwisselen van cliëntinformatie kan enkel tussen personen betrokken in de hulpverlening en in functie van de lopende hulpverlening.
- De gegevensuitwisseling is noodzakelijk voor de hulpverlening van de desbetreffende persoon en omvat enkel gegevens die noodzakelijk en in het belang van de cliënt zijn.
- De cliënt moet minstens op de hoogte worden gebracht van welke gegevens men aan wie doorgeeft. Indien mogelijk gebeurt het doorgeven van gegevens met toestemming en bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt.

Hulpverleners uit eenzelfde team zijn niet onderhevig aan de strikte regels van het gedeeld beroepsgeheim maar dienen zich bij informatie-uitwisseling te houden aan het gezamenlijk beroepsgeheim.

Wanneer de cliënt zijn toestemming geeft om informatie door te geven, mag een hulpverlener dit ook effectief doen. Het is evenwel belangrijk dat de cliënt weet:

- dat de hulpverlener informatie gaat doorgeven;
- welke informatie de hulpverlener gaat doorgeven;
- aan wie deze informatie wordt doorgegeven;
- waarom deze informatie wordt doorgegeven.

Als de cliënt minderjarig is, moet hij over voldoende onderscheidingsvermogen beschikken alvorens hij werkelijk toestemming kan geven. Het is bovendien aan te raden om enkel informatie door te geven ter

bescherming van de minderjarige en om zich te beperken tot het doorgeven van uitsluitend noodzakelijke informatie.

5 Het delen van informatie in het kader van een casusoverleg (artikel 458 ter van het strafwetboek)

In juli 2017 werd artikel 458 ter aan het strafwetboek toegevoegd. Dit artikel laat toe dat personen die samen overleggen over een casus informatie kunnen uitwisselen zonder dat ze hun beroepsgeheim schenden. Dit kan bv. het geval zijn bij een casusoverleg tussen hulpverleners, politie en parket bij intrafamiliaal geweld. Deze nieuwe regeling moet de informatie-uitwisseling tussen hulpverleners, politie en bestuur in het LIVC (Lokale Integrale Veiligheidscel) bij de aanpak van radicalisering ook mogelijk maken zonder dat ze hun beroepsgeheim schenden. Er gelden wel een aantal voorwaarden bij het casusoverleg:

- zo moet het overleg een wettelijke basis hebben of georganiseerd worden met toestemming van de Procureur des Konings;
- vooraf moet ook bepaald worden wie aan het overleg kan deelnemen, waarom ze overleggen en wat de modaliteiten zijn;
- daarnaast moet het overleg de bescherming van de fysieke en psychische integriteit van personen tot doel hebben of dient het overleg om bepaalde misdrijven te voorkomen;
- de deelnemers aan het overleg moeten de inhoud van het overleg geheimhouden.

6 Het delen van informatie met de politie

Hulpverleners worden soms aangesproken door de politie om informatie te delen over een cliënt, gezin of kind dat mogelijk met kindermishandeling geconfronteerd wordt. Politiefunctionarissen hebben zowel een zwijgplicht als een meldingsplicht. Net omwille van deze meldingsplicht mogen hulpverleners informatie niet zomaar delen met politieagenten. Naast de politiefunctionaris werken er bij de politie ook maatschappelijk assistenten. Sommige daarvan zijn tegelijk politieagent en maatschappelijk assistent en daarom ook onderhevig aan de meldingsplicht waardoor het uitwisselen van informatie met hen niet zomaar is toegestaan. Maar er zijn ook maatschappelijk assistenten die geen politieambtenaar zijn. Zij kunnen zowel dienstverlenende taken (bv. opstarten van hulpverlening) opnemen als taken in opdracht van een jeugdmagistraat of de jeugdrechtbank (bv. een maatschappelijk onderzoek uitvoeren bij een situatie van kindermishandeling). Wanneer zij een dienstverlenende opdracht vervullen, hebben zij wel beroepsgeheim maar geen meldingsplicht. Het uitwisselen van informatie binnen het gedeeld beroepsgeheim is in dit geval mogelijk. Wanneer zij in opdracht van een jeugdmagistraat of de jeugdrechtbank werken, is dit echter niet mogelijk. Hulpverleners die werken met maatschappelijk assistenten van de politie vragen best na vanuit welke positie zij werken.

7 Gegevens over een minderjarige uitwisselen met de ouders

Hulpverleners hebben in principe beroepsgeheim ten aanzien van de ouders van minderjarige cliënten. Een minderjarige kan de vraag stellen om bepaalde informatie niet door te geven aan de ouders. Volgens het Decreet Rechtspositie Minderjarige is dit niet gebonden aan een bepaalde leeftijd: ook jonge kinderen kunnen vragen om bepaalde informatie niet aan de ouders te verschaffen. Als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige hebben ouders echter wel het recht op vertrouwelijke informatie binnen het kader van de uitoefening van hun ouderlijk gezag. Ouders moeten over alle nodige informatie beschikken om beslissingen te kunnen nemen over de opvoeding van hun kind. Daarbij is het steeds belangrijk om het kind minstens op de hoogte te brengen van de informatieoverdracht en het waarom van deze overdracht. Een belangrijk detail: het ouderlijk gezag heeft een uitdovend karakter. Naarmate de minderjarige meer onderscheidingsvermogen verwerft, moeten ouders steeds minder tussenkomen en wordt het ook minder noodzakelijk om aan hen bepaalde informatie door te geven. Hulpverleners gaan zelf na of de minderjarige over voldoende onderscheidingsvermogen beschikt en/of een uitwisseling van informatie de veiligheid van de minderjarige in het gedrang brengt.

8 Schuldig verzuim

Volgens de Belgische wetgeving hebben alle burgers – inclusief hulpverleners – de plicht om hulp te verlenen op het moment dat iemand in een toestand van groot gevaar verkeert. Het gaat hier om een ernstig gevaar voor de gezondheid, de integriteit, de vrijheid of de eerbaarheid van andere mensen. Burgers kunnen dit gevaar zelf vaststellen of vaststellen doordat iemand hulp inroept. Mensen die het in deze omstandigheden bewust nalaten om de nodige hulp te verlenen, begaan het misdrijf ‘schuldig verzuim’ wat strafrechtelijk gesanctioneerd kan worden. Er is geen sprake van schuldig verzuim indien een burger door te helpen zichzelf of anderen in gevaar brengt. Wanneer een hulpverlener geconfronteerd wordt met kindermishandeling, is het zijn plicht om zelf of samen met anderen hulp te verlenen. Lukt het niet om de nodige hulp te verstrekken, doet hij een aangifte bij politie of parket om zo veiligheid te creëren voor een kind in nood. Het beroepsgeheim mag geen excuus zijn om kinderen in nood niet te helpen. Het negeren van dergelijke situatie staat gelijk aan schuldig verzuim.

9 Wanneer schendt een hulpverlener zijn beroepsgeheim?

Er is sprake van een schending van het beroepsgeheim als een hulpverlener geheimen die hem werden toevertrouwd opzettelijk en bewust bekend maakt aan derden. Een effectieve schending van het beroepsgeheim heeft strafrechtelijke gevolgen en kan leiden tot een vordering tot schadevergoeding of een arbeidsrechtelijke sanctie zoals een ontslag. Er is evenwel geen sprake van een schending wanneer een van de eerder besproken uitzonderingen van tel is. Het is daarom raadzaam dat hulpverleners bij het doorbreken van hun beroepsgeheim nagaan of ze kunnen terugvallen op een van de uitzonderingsgronden. Hulpverleners die twijfelen of het al dan niet noodzakelijk is om het beroepsgeheim te doorbreken en gewrongen zitten tussen het schenden van het beroepsgeheim enerzijds en het plegen van schuldig verzuim anderzijds, kunnen steeds informatie inwinnen bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling zonder namen of identiteiten bekend te maken.

10 Het decreet integrale jeugdhulp over de uitwisseling van persoonsgegevens tussen jeugdhulpverleners

In het decreet integrale jeugdhulp handelen artikel 72 tot en met artikel 76 over de uitwisseling van persoonsgegevens tussen volgende actoren: hulpverleners van de toegangspoort, de gemandateerde voorzieningen, de sociale diensten, jeugdhulpverleners en andere personen en voorzieningen die jeugdhulpverlening aanbieden.

Artikel 73 van het decreet stelt dat verschillende personeelsleden van de toegangspoort die belast zijn met de indicatiestelling, onderling persoonsgegevens mogen uitwisselen die nuttig zijn bij het uitvoeren van hun taken. Hetzelfde geldt voor personeelsleden van de toegangspoort die belast zijn met de jeugdhulpregie, personen van een gemandateerde voorziening die betrokken zijn bij een dossier en consulenten van de sociale dienst die betrokken zijn bij een dossier.

Artikel 74 stelt dat de gegevensuitwisseling tussen hulpverleners van de toegangspoort, de gemandateerde voorzieningen, de sociale diensten, jeugdhulpverleners en andere personen en voorzieningen die jeugdhulpverlening aanbieden, onderworpen is aan volgende voorwaarden:

- de gegevensuitwisseling heeft alleen betrekking op gegevens die noodzakelijk zijn voor de jeugdhulpverlening;
- de gegevens worden alleen uitgewisseld in het belang van de personen tot wie de jeugdhulpverlening zich richt;
- bovenvermelde actoren proberen, zo veel mogelijk, de instemming met de gegevensuitwisseling te verkrijgen van de persoon op wie de gegevens betrekking hebben.

Artikel 75 bepaalt dat elke vorm van gegevensoverdracht tussen enerzijds de gemandateerde voorzieningen en anderzijds de magistraten belast met jeugdzaken en de sociale diensten verboden is, behalve in de gevallen die bij of krachtens het decreet zijn bepaald. Het verbod geldt niet als de betrokken minderjarige minstens twaalf jaar is of als hij jonger is, tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat is, en zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken op een geïnformeerde en schriftelijke wijze instemmen met de overdracht van gegevens. Het verbod geldt evenmin voor de basisgegevens met betrekking tot de identificatie van de betrokken partijen en de jeugdhulpverlening die verleend wordt of die al verleend is aan de minderjarige en, in voorkomend geval, aan zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken.

Artikel 75/1 werd in 2016 aan het decreet toegevoegd en bepaalt dat elke vorm van gegevensoverdracht tussen enerzijds de jeugdhulpaanbieders die geen gemandateerde voorziening zijn en anderzijds de magistraten belast met jeugdzaken en de sociale diensten verboden is, behalve in de gevallen die bij of krachtens het decreet bepaald zijn. Het verbod geldt niet als de betrokken minderjarige minstens twaalf jaar is of, wanneer hij jonger is, tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat is, en zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken op een geïnformeerde en schriftelijke wijze instemmen met de overdracht van gegevens. Het verbod geldt evenmin voor de basisgegevens met betrekking tot de identificatie van de betrokken partijen en het feit of er jeugdhulpverlening ten aanzien van de minderjarige en, in voorkomend geval, aan zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken is aangevat, wordt voortgezet of is beëindigd. De gegevensuitwisseling met betrekking tot de aangeboden jeugdhulpverlening mag alleen plaatsvinden na een schriftelijke

vraag van magistraten, belast met jeugdzaken, of van de sociale diensten met het oog op het bieden van de gepaste jeugdhulpverlening aan de minderjarige, aan zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken.

Artikel 76 stelt dat de ondersteuningscentra jeugdhulp en de vertrouwenscentra kindermishandeling persoonsgegevens mogen uitwisselen zonder dat de betrokken minderjarige, zijn ouders of, in voorkomend geval, zijn opvoedingsverantwoordelijken daarvan onmiddellijk op de hoogte worden gebracht en dit onder volgende voorwaarden:

- de gegevensuitwisseling is noodzakelijk om een verontrustende situatie te onderzoeken;
- de gegevensuitwisseling is beperkt tot die gegevens die moeten uitgewisseld worden om een verontrustende situatie te onderzoeken;
- de gegevensuitwisseling wordt zo snel mogelijk meegedeeld aan de betrokken minderjarige, zijn ouders en, in voorkomend geval zijn opvoedingsverantwoordelijken, uiterlijk binnen een termijn van dertig werkdagen vanaf het moment dat de gegevens worden verkregen, tenzij dat strijdig is met het belang van de betrokken minderjarige.

Iedereen die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht, kan in de volgende gevallen aan een gemandateerde voorziening inlichtingen verstrekken zonder instemming van de betrokkene, als dat noodzakelijk kan worden geacht om een verontrustende situatie te onderzoeken:

- in geval van een verontrustende situatie met een vermoeden van maatschappelijke noodzaak tot jeugdhulpverlening;
- in het kader van een onderzoek uitgevoerd door het ondersteuningscentrum en de vertrouwenscentra kindermishandeling.

11 Decreet GGZ in aantocht

Het huidige kaderdecreet GGZ dateert van 1999, is beperkt qua opzet en beperkt zich in de concrete invulling hoofdzakelijk tot de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG). De GGZ in Vlaanderen omvat ondertussen veel meer zorgvormen. Het is vandaag een zeer diverse sector met vele actoren en sectoren, elk met een specifieke maar vaak ook gedeelde rol. De Vlaamse overheid werkt momenteel aan een nieuw decretaal kader. Ook daarin zullen vermoedelijk een aantal artikels gewijd zijn aan de gegevensdeling tussen hulpverleners.

12 Conclusie

In Vlaanderen is er geen protocol voor hulpverleners voorhanden dat voorschrijft wat te doen wanneer men in de klinische praktijk geconfronteerd wordt met kindermishandeling. Er bestaat enkel een verouderd protocol kindermishandeling dat dateert van 2010 en sedert de recente vernieuwingen in de jeugdhulp niet meer actueel is. Er is daarom nood aan een nieuw handelingskader dat verduidelijkt welke stappen een hulpverlener dient te zetten om verontrusting en kindermishandeling op een kwaliteitsvolle wijze aan te pakken. Ondanks het feit dat Vlaanderen geen stappenplan inzake verontrusting en kindermishandeling heeft, is er wel een uitgebreide wetgeving voorhanden die beschrijft wanneer en onder welke voorwaarden een hulpverlener zijn beroepsgeheim mag doorbreken

om de veiligheid van zijn cliënt te garanderen. De laatste jaren werden een aantal nieuwe artikels aan het strafwetboek toegevoegd die gegevensuitwisseling tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners, politie en parket mogelijk maar niet afdwingbaar maakt. Deze artikels ten spijt, vraagt elke beslissing omtrent het al dan niet schenden van het beroepsgeheim om een grondige belangenafweging. Nieuwe evoluties zijn bovendien nodig om afstemming tussen de jeugdhulp en de volwassenhulp te faciliteren.

Hoofdstuk 7

Goede praktijken in de GGZ in Vlaanderen

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de praktijken die hulpverleners, werkzaam in de GGZ-sector in Vlaanderen, frequent gebruiken bij cliënten met kinderen. De selectie van goede praktijken is grotendeels gebaseerd op de output van de focusgroepen met hulpverleners (hoofdstuk 9). We bespreken achtereenvolgens:

- de Lijst voor Screening en Interventiekeuze (SIK-lijst);
- het KOPP-preventiegesprek;
- materialen voor kinderen van ouders met een afhankelijkheidsprobleem (KOAP);
- de Signs of Safety benadering;
- de Eigen Kracht Conferenties.

1 De Lijst voor Screening en Interventiekeuze (SIK-lijst)

In Vlaanderen wordt de Lijst voor Screening en Interventiekeuze (SIK-lijst) geregeld door hulpverleners gebruikt om een risico-inschatting te maken in gezinnen waar één of beide ouders een psychiatrisch en/of verslavingsprobleem hebben (Beijers et al., 2010). De lijst bevat alle onderwerpen die relevant zijn om tijdens een gesprek met de cliënt en de kinderen nader te bevragen om te kunnen komen tot een goede risico-inschatting aangaande de kinderen. De SIK-lijst levert geen genormeerde scores; het is een theoretisch gefundeerd hulpmiddel voor de praktijk en bestaat uit twee delen.

Een eerste deel heeft betrekking op de ouder en focust op volgende onderwerpen:

- het ziekte-inzicht van de ouder;
- de invloed van de problemen van de ouder op de kinderen;
- de interacties binnen het gezin: gezamenlijke activiteiten, gespreksonderwerpen, relatie tussen de ouders, mate van stabiliteit in de gezinssituatie, toegankelijkheid voor derden binnen het gezin;
- de ouderrol van de cliënt: emotionele betrokkenheid, liefdevolle bejegening, invoelend vermogen, geduld, structuur binnen het gezin, leidinggeven, rekening houden met de leeftijdsgebonden mogelijkheden van het kind, goed voorbeeld zijn voor de kinderen, continuïteit in de zorg voor de kinderen, voorspelbaarheid;
- de ouderrol van de andere ouder: mate van welbevinden andere ouder, beschikbaarheid voor de kinderen, mogelijkheid om structuur te bieden, goed voorbeeld voor de kinderen zijn, continuïteit in zorg bieden, compenserende activiteiten aanbieden.

Een tweede deel gaat over de kinderen en omvat volgende onderwerpen:

- algemene indruk over het functioneren van de kinderen;
- zicht van het kind op de problemen van de ouder;

- mate waarin het kind op anderen kan steunen;
- coping vaardigheden van het kind: gevoelens kunnen uiten, aandacht, hulp en informatie kunnen vragen, grenzen durven stellen, afstand kunnen nemen, compenserende activiteiten ondernemen;
- specifieke reacties van het kind: schuldgevoelens, schaamtegevoelens, negatief zelfbeeld, sterke verantwoordelijkheidsgevoelens;
- non-specifieke reacties van het kind: slaapproblemen, eetproblemen, gedragsproblemen, angsten, depressiviteit, gespannenheid, concentratieproblemen, lichamelijke klachten, slechte schoolresultaten, bedplassen.

Voor elk onderwerp kan de hulpverlener uit drie antwoordmogelijkheden kiezen: (1) aanwezig, (2) niet aanwezig of (3) niet van toepassing. Veel negatieve scores vereisen een (preventieve) interventie.

De bijlagen van de SIK-lijst bevatten voorbeeldvragen, tips en suggesties die de hulpverlener kan gebruiken tijdens het gesprek met de ouders en de kinderen.

2 Het KOPP-preventiegesprek

Het is belangrijk dat hulpverleners erkennen dat opvoederschap een wezenlijk onderdeel is van het dagelijks leven van hun cliënt. Door het onderwerp bespreekbaar te maken, begrip en ondersteuning te bieden, risicosituaties vroegtijdig te herkennen en de nodige hulpbronnen in te schakelen, kunnen hulpverleners het opvoederschap van hun cliënt beïnvloeden en voor KOPP-kinderen een verschil maken. Hulpverleners kunnen in de dagelijkse praktijk een aantal concrete interventies toepassen om met de KOPP-thematiek aan de slag te gaan. We overlopen de belangrijkste zaken (Claes et al., 2016):

Besteed aandacht aan de kinderen en familieleden die bij de cliënt op bezoek komen:

- zorg voor een kindvriendelijk onthaal;
- vraag hoe het met hen gaat en informeer of zij met bepaalde vragen zitten;
- luister aandachtig en let op non-verbaal gedrag;
- speel een spelletje met het kind of maak een wandeling – stap uit de rol van hulpverlener;
- geef een rondleiding op de afdeling;
- spreek op een open en eerlijke manier.

Stimuleer de interactie tussen ouder en kind (zeker bij opname in een residentiële voorziening):

- moedig bezoek van de kinderen en familieleden aan;
- vraag de kinderen om brieven te schrijven of tekeningen te maken;
- zorg ervoor dat belangrijke familiedagen niet uit het oog worden verloren (verjaardagen, familiefeesten, moeder- en vaderdag, etc.);
- zorg ervoor dat ouders en kinderen voldoende privacy hebben om tijdens een bezoek met elkaar te praten.

Ondersteun de andere ouder:

- vraag naar het welzijn van de andere ouder;
- bekijk of iemand anders uit het sociale netwerk mee ingeschakeld kan worden voor het uitvoeren van de opvoedingstaken;
- informeer de andere ouder over ondersteuningsmogelijkheden die voorhanden zijn en motiveer hem om indien nodig stappen te zetten.

Ga in gesprek met de kinderen:

- breng ouders op de hoogte van een gesprek met de kinderen en maak afspraken over welke informatie de hulpverlener al dan niet met de kinderen deelt;
- stel de kinderen gerust;
- durf eerlijk en open met de kinderen over de ouderproblematiek spreken;
- geef de kinderen duidelijke informatie over de problematiek van de ouder, de mogelijke gevolgen ervan voor het gezin en wat de behandelende voorziening juist doet;
- laat de kinderen het tempo evenals de thema's van het gesprek bepalen;
- laat de kinderen weten dat ze niet de enige zijn met een KOPP-ouder, maar dat er nog kinderen zijn die zich zorgen maken over hun ouders;
- motiveer het kind om met een vertrouwenspersoon (een familielid, vriend, buur, klasgenoot, leerkracht, etc.) over de eigen zorgen en vragen te praten.

Bouw een ondersteunend netwerk rondom het kind uit:

- licht sleutelfiguren in en informeer hen over de situatie zodat ze extra aandacht kunnen besteden aan het kind en steun kunnen bieden tijdens moeilijke momenten.

Besteed bijzondere aandacht aan weekendbezoek en ontslag uit de afdeling:

- maak deze momenten voor het kind voorspelbaar door een kalender te gebruiken, waarop je aangeeft wanneer de ouder naar huis komt;
- bespreek met de ouders het verloop en de impact van het weekendbezoek en ontslag;
- sta open voor vragen van het kind;
- maak goede afspraken bij verlof en ontslag van de cliënt.

Breng het KOPP-thema al tijdens de intakefase ter sprake:

- Vraag de cliënt of er kinderen in het gezin zijn en noteer hun namen en geboortedata.
- Vraag tijdens de eerste kennismaking ook al naar het ruimere familiale netwerk.
- Op deze manier maak je op een niet bedreigende manier aan de cliënt duidelijk dat het vanzelfsprekend is om de kinderen en familieleden tijdens de behandeling te informeren.
- Stel aan de cliënt een gesprek over de kinderen voor. Let erop dat je de cliënt niet het gevoel geeft een slechte ouder te zijn. Leg uit wat het doel van dit gesprek is en benadruk dat dit aanbod voor alle cliënten geldt. Dring het gesprek ook niet op.

- Wanneer de cliënt instemt met een gesprek, leg dan zo snel mogelijk een afspraak vast.
- Wanneer de cliënt een gesprek weigert, breng dan het preventiegesprek later nog eens opnieuw ter sprake.
- Vergeet bij een crisisopname niet na te vragen of er opvang voor de kinderen geregeld is.
- Wanneer de cliënt zich in een crisis bevindt, bied je in een later stadium een gesprek over de kinderen aan.

Versterk tijdens het KOPP-preventiegesprek met de ouders de veerkracht van de kinderen door te focussen op vier pijlers:

- Het gesprek dient in de eerste plaats om de ouders te versterken in hun ouderrol. Spreek hen op een positieve en bekrachtigende manier aan over de kinderen.
- Wanneer er geen 'gezonde ouder' is om de cliënt te vergezellen bij het KOPP-preventiegesprek, is het belangrijk om een vertrouwenspersoon van het kind te betrekken.
- Vertel de ouders dat het belangrijk is om hun kinderen goed te informeren over wat er aan de hand is (pijler 1). Leg hen uit dat het de kinderen helpt om zich niet onnodig zorgen te maken en de dingen voorspelbaar te maken. Motiveer ouders om hun kinderen zelf te informeren over de psychische problemen en de behandeling. Geef aan dat er allerlei boekjes, brochures en websites over KOPP bestaan, die helpend kunnen zijn voor de kinderen.
- Wanneer de ouders het niet zien zitten om de kinderen zelf te informeren, stel hen dan voor om het gesprek met de kinderen samen te doen.
- Wanneer ouders weigerachtig staan tegenover het informeren van hun kinderen, probeer dan naar een andere – voor de ouders aanvaardbare – manier te zoeken om de kinderen te informeren.
- Leg ouders uit dat het voor de kinderen belangrijk is om kindgerichte activiteiten te kunnen doen (pijler 2). Ook sociale contacten zijn voor de kinderen van groot belang. Stimuleer ouders om iets leuk met de kinderen te doen (bv. een gezelschapsspel spelen), de kinderen toestemming te geven om bij een vriendje te gaan spelen of de kinderen in te schrijven in een sportclub.
- Leg ouders uit dat het voor de kinderen belangrijk is dat ze met hun verhaal, hun zorgen en hun vragen bij iemand buiten het gezin terecht kunnen (pijler 3). Kinderen verplichten om met niemand over de ouderproblematiek te praten, zorgt ervoor dat ze zich alleen voelen. Ga samen met de ouder na of er al steunfiguren zijn in het leven van de kinderen. Bekijk wie deze rol kan vervullen indien dit nog niet het geval is. Dit kan gelijk wie zijn: een familielid, leerkracht, iemand van de jeugdbeweging, een buur, etc.
- Wijs ouders erop dat het belangrijk is om stil te staan bij de emoties van hun kinderen (pijler 4). Nodig hen uit om geregeld aan de kinderen te vragen hoe het met hen gaat, om interesse te tonen voor hun leefwereld, hobby's, ervaringen op school, vrienden, etc. De kinderen krijgen hierdoor het gevoel dat ze hun emoties mogen uiten wat ondersteunend werkt.
- Wijs ouders erop dat er praatgroepen bestaan waar de kinderen bij kunnen aansluiten.
- De volgorde waarin je de vier pijlers ter sprake brengt doet er niet toe. Het is ook mogelijk dat de vier pijlers niet evenwaardig aan bod komen of dat de ouders weigerachtig staan tegenover een

van de pijlers. Bruskeer in dat geval niet, maar wees tevreden met dat wat de ouders wel weten te realiseren.

Let als hulpverlener op je houding tijdens het KOPP-preventiegesprek

- **Problematiseer niet.** Ga op zoek naar dingen die goed lopen en geef hier erkenning aan. Zoek naar initiatieven die voor de ouders haalbaar zijn.
- **Stigmatiseer niet.** Ga ervan uit dat iedere ouder het beste voor zijn kinderen wil. Ouders voelen vooroordelen aan, wat de ruchtbaarheid van het gesprek kan ondermijnen.
- **Veroordeel niet.** Wees mild tegenover de ouders. Bedenk dat de problemen eerder een gevolg zijn van 'niet kunnen' en plaats van 'niet willen'.
- **Controleer niet.** Zorg ervoor dat het gesprek niet op een ondervraging van de ouders over hun opvoedcapaciteiten lijkt.
- **Dwing niet.** Het gesprek dient om de ouders te informeren en handvatten aan te reiken om de veerkracht van de kinderen te versterken. Verplicht hen niet om alle tips te gebruiken, maar wees tevreden met datgene wat de ouders oppikken en mogelijk achten.
- **Wees transparant.** Leg ouders uit dat het niet de bedoeling is om de informatie verkregen tijdens het gesprek door te spelen aan derden. Wanneer een verwijzing naar een andere instantie nodig blijkt, wees hierover dan eerlijk tegen de ouders en ondersteun hen hierin.

3 Materialen voor KOAP

Het KOPP-preventiegesprek is eveneens van toepassing op kinderen van ouders met een alcoholverslaving (KOAP). Bijkomend werden er in Vlaanderen een aantal interessante materialen rond alcohol- en drugverslaving voor diverse doelgroepen ontwikkeld. We overlopen deze kort:

- **Boekjes voor kinderen:** als je ouder drinkt (voor kinderen onder 14 jaar), als je ouder drinkt (voor jongeren ouder dan 14 jaar) en als je ouder drugs gebruikt. De boekjes voor jongeren bevatten concrete tips, doe-opdrachten en antwoorden op vaak gestelde vragen.
- **De MaPa-box** – ontwikkeld door het opvoedingsondersteuningsproject van het MSOC Vlaams-Brabant. Via de box wordt er op een speelse manier met de emotionele beleving van het kind gewerkt omtrent de problematiek van hun ouders en noodzakelijke informatie over de problematiek meegegeven zodat schuldgevoelens ontkracht worden.
- **De Expertisegroep Ouders onder Invloed en het Huis van het Kind Leuven** ontwikkelden in 2016 een reeks filmpjes gericht naar ouders en kinderen die opgroeien met een alcohol- of drugafhankelijke ouder. De filmpjes belichten de problematiek van "opgroeien in een gezin onder invloed" vanuit verschillende perspectieven en laten de stem van lotgenoten weerklinken. Kinderen delen hun ervaring via korte quotes, een ouder vertelt haar verhaal en het geheel wordt toegelicht door een aantal deskundigen. Het doel van de filmpjes is het thema ouderschap en druggebruik bespreekbaar maken en de veerkracht van deze kinderen vergroten. De filmpjes reiken de betrokken hulpverleners handvatten aan om met deze ouders en hun kinderen aan het werk te gaan. De filmpjes zijn te vinden op volgende webpagina: oudersonderinvloed.info/

4 Signs of Safety

Signs of Safety is geen risicotaxatie-instrument, hulpverleningsmethodiek of therapie, maar wel een benadering die hulpverleners kunnen toepassen tijdens hun contact met cliënten waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico's hierop groot zijn (Turnell & Edwards, 1999). De werkwijze is geschikt voor hulpverleners uit diverse sectoren zoals de jeugdhulp, GGZ en jeugdbescherming.

Het doel van Signs of Safety is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling om zo veiligheid voor het kind te creëren.

Om een goede samenwerking met gezinnen uit te bouwen, is het belangrijk dat hulpverleners volgende basisprincipes in acht nemen (Turnell & Edwards, 1999):

- beschouw elke cliënt als iemand die de moeite waard is om mee te werken;
- werk samen met de persoon, niet met het misbruik;
- herken dat samenwerking mogelijk is, ook daar waar dwang vereist is;
- herken dat elk gezin ook signalen van veiligheid vertoont;
- focus op veiligheid;
- leer de wensen van het gezin kennen;
- ga op zoek naar details;
- richt je op kleine veranderingen;
- bied keuzes aan.

Het is voor ouders een opsteker wanneer een hulpverlener met hen wil samenwerken en hen ziet als mensen die (samen met anderen) een betere toekomst voor hun kind willen waarmaken ook al zijn er in het verleden serieuze zaken fout gelopen. Met deze aanpak schiet een hulpverlener veel meer op dan wanneer hij zich in het belang van de veiligheid van het kind tegen de ouders kant (Tibo, 2014).

De methode heeft tot doel een veilige gezinssituatie voor de kinderen te creëren door samen met de gezinsleden, het sociale netwerk en de betrokken instanties de situatie in kaart te brengen en een veiligheidsplan op te stellen. Bij het in kaart brengen van de situatie heeft de hulpverlener niet alleen aandacht voor de problemen en risico's in het gezin, maar brengt hij ook de veiligheid in beeld. Onderstaand drie-kolommenmodel is helpend om belangrijke bevindingen met betrekking tot de situatie en afspraken in te noteren. Belangrijk daarbij is dat de hulpverlener het model invult in een taal die voor iedereen in het gezin begrijpelijk is.

Tabel 11 Het drie-kolommenmodel van Signs of Safety.

Wat zijn de zorgen?	Wat gaat er goed?	Wat moet er gebeuren?
<i>Welke mensen binnen het gezin hebben welke zorgen?</i>	<i>Welke goede dingen gebeuren er al in het gezin? Wat zijn sterke kanten en hulpbronnen? Wat zijn uitzonderingen op de mishandeling?</i>	<i>Welke doelen heeft het gezin voor ogen? Welke afspraken moeten er worden gemaakt en met wie? Wie volgt deze afspraken op? Hoe wordt er bijgestuurd wanneer de afspraken niet worden nageleefd?</i>

Een uitgangspunt bij het opstellen van het veiligheidsplan is dat de hulpverlener het gezin actief betreft in dit proces. Op deze manier wordt er draagvlak gecreëerd wat de kans op slagen vergroot. Oplossingen die vanuit de familie zelf komen, hebben een grotere kans om te blijven plakken dan oplossingen die de hulpverlener oplegt (Tibo, 2014). Het sociale netwerk van het gezin wordt ook ingeschakeld bij de uitvoering van het plan. Alle betrokkenen krijgen aldus een taak om de veiligheid van het kind te waarborgen. Het veiligheidsplan is geen statisch geheel, maar kan na verloop van tijd – wanneer de situatie veranderd is – aangepast worden.

De hulpverlener gaat tijdens zijn gesprek met het gezin als volgt te werk (Bartelink, 2010):

- **Hij onderzoekt de positie van elk gezinslid ten opzichte van het probleem en de oplossing.** Op deze manier tracht hij inzicht te krijgen in hoe de gezinsleden denken over wat het probleem is, hoe dat ontstaan is en hoe het opgelost kan worden. Centraal staan de overtuigingen en waarden van de gezinsleden. Voorbeeldvragen die de hulpverlener aan de ouders kan stellen, zijn:
 - *“Uit de melding kun je opmaken hoe anderen tegen jullie als gezin en de problemen aankijken. Wat is jullie perspectief op deze situatie?”*
 - *“Wat maakt dat je denkt dat dit idee een goed plan is dat helpt om de problemen op te lossen?”*
- **Hij zoekt naar uitzonderingen op de mishandeling.** Dit geeft hoop bij zowel de hulpverlener als het gezin en is een mogelijke eerste stap in de richting van een oplossing. Bovendien geeft de hulpverlener zo de boodschap met het gezin te willen samenwerken in plaats van de verzorging en de bescherming van het kind uit handen te nemen. Een voorbeeldvraag die de hulpverlener aan de ouders kan stellen, is:
 - *“Wanneer was de laatste keer dat dit probleem zich voordeed? Hoe is het je gelukt om dit sindsdien te vermijden?”*
- **Hij gaat na wat de sterke kanten en hulpbronnen in het gezin zijn.** De hulpverlener bekijkt welke capaciteiten de ouders of kinderen hebben om veiligheid te creëren of welke mogelijkheden er in het netwerk van het gezin zijn om hulp in te schakelen om de veiligheid van het kind te garanderen. Voorbeeldvragen die de hulpverlener aan de ouders kan stellen, zijn:
 - *“Wat doe je gewoonlijk om met stress om te gaan?”*
 - *“Wat is er goed aan de relatie met je kind/vader/moeder/broer/zus?”*
- **Hij richt zich op doelen.** De overkoepelende doelstelling is veiligheid voor het kind creëren. De hulpverlener tracht uitspraken bij de ouders uit te lokken over hoe zij hun kind (weer) veiligheid

kunnen bieden. De bedoeling is dat de ouders hierbij uitspraken doen over concrete, uitvoerbare ideeën. Voorbeeldvragen die de hulpverlener aan de ouders kan stellen, zijn:

- *“We zien beide de noodzaak om ervoor te zorgen dat het kind veilig is. Wat zijn jouw ideeën hoe we daarvoor kunnen zorgen?”*
- *“Wat denk je dat jij of je partner, kind of andere familieleden eraan kunnen doen om de veiligheid te vergroten?”*
- **Hij meet de veiligheid en vooruitgang en maakt die zichtbaar voor het gezin.** Schaalvragen waarbij ouders of kinderen op een schaal van 1 tot 10 beoordelen hoe de zaken ervoor staan, zijn hiervoor een waardevol instrument. Voorbeeldvragen die de hulpverlener aan het kind kan stellen, zijn:
 - *“Op een schaal van 1 tot 10, hoe veilig voel je je als je thuis bent?”*
 - *“Wat zou er moeten gebeuren om ervoor te zorgen dat dat beter wordt?”*
- **Hij beoordeelt de bereidheid, het vertrouwen en de capaciteiten van het gezin** om de plannen uit te voeren. Ook hier kan een schaal van 1 tot 10 een nuttig instrument zijn. Bijvoorbeeld:
 - *“Op een schaal van 1 tot 10, hoeveel vertrouwen heb je erin dat dit de problemen verbetert?”*

Het plan beschrijft welke maatregelen genomen moeten worden om de veiligheid van het kind of de jongere in het dagelijkse leven te waarborgen. In situaties van lichamelijke mishandeling of seksueel misbruik **bevat een veiligheidsplan idealiter volgende elementen** (Turnell & Essex, 2010):

- de namen van de belangrijkste veiligheidsmensen met wie het kind of de jongere contact kan opnemen in geval van problemen;
- de namen van degenen die de ouders bijstaan en met wie is afgesproken dat zij toezicht houden op de veiligheid van de kinderen;
- de namen van de mensen die zullen bijspringen wanneer de primaire verzorger ziek, te gespannen of anderszins niet beschikbaar is;
- afspraken voor situaties zoals verjaardagen, feestjes of wanneer de ouders alcohol of drugs willen gebruiken;
- afspraken met het kind of de jongere over wanneer familieleden of vrienden op bezoek komen of komen oppassen;
- de leeftijd waarop het veiligheidsplan aan kleine kinderen moet worden uitgelegd en wie daarvoor verantwoordelijk is;
- de ontwikkeling van jeugdigen en hoe het plan moet worden aangepast naarmate de jeugdigen opgroeien;
- een voorwerp dat de veiligheid in het gezin symboliseert;
- een uitspraak over de vraag hoe lang het veiligheidsplan van toepassing is.

Signs of Safety is tot slot een **oplossingsgerichte benadering**. Dat betekent dat de hulpverlener tijdens zijn contacten met het gezin met volgende aannames werkt:

- Als iets niet werkt, doe dan iets anders; als iets werkt, doe dan meer van dat.
- Cliënten hebben sterke kanten en hulpbronnen om te veranderen.
- Problemen worden beschouwd als wegversperringen als gevolg van beperkte herkenning van alternatieven en niet als symptomen van onderliggende pathologie.
- Een kleine verandering in een aspect van een probleem kan het begin zijn van een oplossing.
- Samenwerking en de focus op toekomstige mogelijkheden en oplossingen versterken verandering.

5 Eigen Kracht conferenties

Vzw EKC organiseert Eigen Kracht conferenties voor personen of gezinnen die belangrijke beslissingen dienen te nemen in het leven. In principe kan over gelijk welk levensdomein een conferentie georganiseerd worden (bv. over globale ondersteuningsvragen, gezondheidsproblemen, ondersteuning bij zelfstandig wonen, opvoedingsproblematiek, schooluitval, uithuisplaatsing, eenzaamheid, tewerkstelling, echtscheidingen, burenruzies, re-integratie in de maatschappij, etc.). Personen en gezinnen kunnen zich rechtstreeks bij de vzw EKC aanmelden voor een Eigen Kracht conferentie, maar ook hulpverleners kunnen een cliënt aanmelden.

Tijdens zo een conferentie worden alle belangrijke personen rond iemand samengebracht om een plan uit te werken. Het gaat om familie, vrienden, burens, etc. Hulpverleners voor kinderen, jongeren en gezinnen werken vaak enkel met ouders en de school omdat het voor individuele hulpverleners arbeidsintensief is om zicht te krijgen op het volledige sociale netwerk van iemand. Hierdoor worden mogelijke hulpbronnen binnen de brede context niet aangesproken.

De conferentie zelf verloopt in vijf fasen:

- **De voorbereiding.** Een onafhankelijke coördinator helpt de familie bij alle stappen tijdens de organisatie van een eigen kracht conferentie. Deze coördinator is zelf geen hulpverlener, maar een vrijwilliger die hiervoor een training volgde en bij elk traject de nodige supervisie krijgt van de vzw EKC. De voorbereiding bestaat uit een activeringsperiode van 6 tot 8 weken. In die periode wordt eerst bekeken waarover mensen willen nadenken en een plan maken. Vervolgens wordt er uitgezocht wie aanwezig kan zijn, wat er nodig is om samen te kunnen komen, op welke datum de conferentie kan plaats vinden en welke informatie er eventueel nodig is van professionals om tot een goed plan te kunnen komen.
- **De dag van de conferentie: informatieronde.** De aanwezigen op de conferentie ontvangen in begrijpelijke taal alle informatie die ze willen en die nodig is om een goed plan te kunnen maken. Op dat ogenblik kunnen betrokken hulpverleners, indien gewenst, hun visie op de situatie toelichten. Daarnaast kunnen organisaties en hulpdiensten hun aanbod voorstellen. Alle deelnemers krijgen hier ook de kans om vragen te stellen.
- **De dag van de conferentie: besloten gedeelte.** De coördinator en de eventuele aanwezige hulpverleners verlaten de zaal. Vervolgens overleggen de deelnemers die behoren tot het sociaal netwerk met elkaar tot er overeenstemming bestaat over een concreet plan.
- **De dag van de conferentie: voorstelling en acceptatie van het plan.** Het plan wordt gepresenteerd aan de coördinator, deze overloopt met de familie of het plan voldoende concreet

is en of alle praktische details werden genoteerd. Elk plan dat veilig en wettelijk is, wordt onvoorwaardelijk geaccepteerd.

- **Na de conferentie.** De onafhankelijk coördinator typt het plan uit en bezorgt dit aan alle betrokkenen. Hierbij eindigt de taak van de coördinator. Familie en hulpverleners kunnen dan beginnen met de uitvoering van het plan. In het plan wordt ook opgenomen wanneer de familie samenkomt voor een evaluatie en wie er initiatief neemt om terug samen te komen wanneer blijkt dat het plan bijsturing nodig heeft.

Eigen Kracht conferenties geven families de kans om zelf tot oplossingen te komen wat geregeld leidt tot verrassende en creatieve oplossingen die binnen een hulpverleningskader niet haalbaar zijn of waartoe hulpverleners nooit komen. De werkwijze activeert verborgen krachten binnen de context en zorgt ervoor dat mensen maximaal de regie over hun eigen leven behouden.

Aangezien het plan eigen oplossingen bevat, is de kans op weerstand bij de uitvoering veel kleiner dan bij een plan opgesteld door hulpverleners. Met dergelijke conferenties is het niet bedoeling om hulpverleners buiten spel te zetten. Het netwerk streeft naar een goede afstemming en samenwerking met hulpverlenende instanties. De meeste plannen bevatten zaken die de familie zelf doet (eigen krachten) evenals zaken waarvoor men de professionele hulp inschakelt. De professionele hulp wordt aldus vraaggericht ingezet.

6 Conclusie

Hoofdstuk 7 laat zien dat er in Vlaanderen al heel wat goede praktijken en instrumenten bestaan om het welbevinden van kinderen te vrijwaren. Het KOPP-preventiegesprek, de SIK-lijst en de Signs of Safety benadering zijn binnen de Vlaamse GGZ vertrouwde methodieken. Dat betekent dat de uitwerking van de Vlaamse Kindreflex niet van nul hoeft te beginnen, maar kan voortbouwen op praktijken die reeds operationeel zijn. Dat er in Vlaanderen al heel wat goede praktijken bestaan en dat diverse publicaties, vormingen, lezingen en webpagina's hier melding van maken, betekent natuurlijk niet dat de meeste hulpverleners deze praktijken ook daadwerkelijk hanteren. We vermoeden dat er tussen zorgvoorzieningen een grote diversiteit bestaat in de mate waarin men gebruik maakt van bv. het KOPP-preventiegesprek of de Signs of Safety benadering. Door de Kindreflex aan deze praktijken te koppelen, is het mogelijk om hun draagvlak onder hulpverleners te vergroten.

Hoofdstuk 8

De Nederlandse Kindcheck: de detectie van verontrustende gezinssituaties en kindermishandeling op basis van contact met de ouders

De detectie van verontrustende gezinssituaties en kindermishandeling gebeurt doorgaans door organisaties en hulpverleners die in contact komen met kinderen. Dat betekent dat een groot aantal kinderen dat in een verontrustende gezinssituatie opgroeit buiten beeld blijft. In Nederland zijn hulpverleners die werken met volwassen cliënten sinds 2013 verplicht om een Kindcheck uit te voeren. Zij gaan tijdens de behandeling die ze verstrekken na of de cliënt zorg draagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig kunnen opgroeien. Met de invoering van de Kindcheck komen in Nederland meer gevallen van verontrusting en kindermishandeling aan het licht. Tijdens onze literatuurstudie kwamen we in geen enkel ander land een vergelijkbaar concept tegen. Wel werd er in Noorwegen een projectvoorstel ingediend om de Nederlandse Kindcheck lokaal te implementeren en te evalueren. Hoe ver het met dit project staat is echter niet duidelijk. Gezien de Nederlandse Kindcheck enig is in zijn soort en de basis vormt voor de uitwerking van een Vlaamse Kindcheck, staan we in de volgende paragraaf uitgebreid stil bij de ontstaansgeschiedenis van de Kindcheck, de manier van toepassing, de beschikbare materialen en de onderzoeksbevindingen.

1 Ontstaansgeschiedenis

Het idee voor de uitwerking van een Kindcheck ontstond in 2007 in de spoedeisende hulp van het Medisch Centrum (MC) Haaglanden in Nederland. Een moeder met een alcoholintoxicatie en een ernstige hoofdwonde werd binnen gebracht op de spoedafdeling. Ze was vergezeld door haar achtjarige zoon omdat niemand in de nabije omgeving van de moeder het kind tijdelijk kon opvangen. De jongen zat uren naast het ziekbed van de moeder terwijl verpleegkundigen haar wonde en alcoholintoxicatie verzorgden. Eens de verzorging was afgerond en de moeder het ziekenhuis kon verlaten, smeekte de jongen bij het verzorgend personeel om in het ziekenhuis te mogen blijven. Hij wilde niet mee met zijn moeder naar huis. Gezien de jongen geen medische zorgen nodig had en het ziekenhuis niet over richtlijnen beschikte over wat te doen in dergelijke situaties, werd de jongen tegen wil en dank met zijn moeder naar huis gestuurd.

Niet veel later werkte de spoedeisende hulp van het MC Haaglanden in overleg met Veilig Thuis Haaglanden een richtlijn uit over wat te doen in situaties waarin er op basis van ouderkenmerken twijfel bestaat over de veiligheid van de kinderen. Veel hulpverleners die met volwassen cliënten werken, hebben immers regelmatig een niet-pluisgevoel maar twifelen soms aan hun buikgevoel of weten niet welke stappen te zetten.

Eind 2007 voerde de spoedeisende hulp van het MC Haaglanden een soort van Kindcheck in waarbij verpleegkundigen en artsen in bepaalde omstandigheden tijdens hun contact met volwassen patiënten navragen of er kinderen in het gezin aanwezig zijn en inschatten of deze veilig zijn. Het gaat hier over situaties die risicovol kunnen zijn voor de veiligheid van kinderen, zoals wanneer een ouder slachtoffer is van partnergeweld of kampt met een bepaalde psychische problematiek, drugs- of alcoholverslaving.

De invoering van deze Kindcheck bleek een succes: zo nam het aantal meldingen bij Veilig Thuis (voorheen het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling) toe van 1 op 100 000 spoedbezoekers tot 64 op 100 000 spoedbezoekers (Diderich et al., 2013). Het merendeel van de meldingen – met name 91% – bleek achteraf terecht. Bovendien was driekwart van de kinderen die werden aangemeld door het MC nog niet eerder bekend bij Veilig Thuis. De meeste ouders waren overigens niet boos, maar juist opgelucht: ze kregen eindelijk hulp bij de opvoeding van hun kind.

2 Manier van toepassing

2.1 De Kindcheck als onderdeel van de meldcode in Nederland

In Nederland verplicht de Wet verplichte meldcode inzake Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (kortweg de meldcode) organisaties werkzaam in de sectoren gezondheid, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp om een meldcode te hebben en adequaat te gebruiken bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld ten aanzien van een volwassene in het gezin. Hoewel iedere organisatie vrij is om een eigen stappenplan op te stellen aangepast aan de specifieke werkcontext, stelde het ministerie een basismodel op bestaande uit vijf stappen die over het algemeen in elke meldcode van toepassing zijn:

- **Stap 1:** In kaart brengen van signalen. Wanneer een beroepskracht signalen opvangt van huiselijk geweld of kindermishandeling, legt hij de signalen vast, evenals de uitkomsten van de gesprekken die hij over deze signalen voert, de stappen die hij zet en de besluiten die hij neemt.
- **Stap 2:** Collega's consulteren en zo nodig Veilig Thuis of een deskundige op het gebied van letselduiding raadplegen.
- **Stap 3:** Een gesprek voeren met de betrokken cliënt. De professional legt het doel van het gesprek uit, bespreekt de signalen die hij heeft vastgesteld, nodigt de patiënt uit om daarop te reageren en komt daarna pas tot een interpretatie van de feiten. Het kan een optie zijn om geen gesprek met de patiënt aan te gaan, bv. wanneer hierdoor de kans bestaat dat de veiligheid van een van de betrokkenen in het geding komt of de cliënt het contact met de professional verbreekt.
- **Stap 4:** Wegen van het geweld of de kindermishandeling. De professional maakt een inschatting van het risico op huiselijk geweld of kindermishandeling evenals de aard en de ernst van dit geweld. In geval van twijfel is de professional verplicht om Veilig Thuis te raadplegen.
- **Stap 5:** Beslissen om een melding te maken bij Veilig Thuis of om hulp te bieden of organiseren. De beroepskracht beoordeelt of hij over de nodige competenties beschikt om in voldoende mate effectieve hulp te bieden of te organiseren. Wanneer dit niet of maar gedeeltelijk het geval is, doet hij een melding bij Veilig Thuis.

De meldcode helpt hulpverleners om goed te reageren op signalen van mishandeling of verwaarlozing. Het is te beschouwen als een professionele norm – een soort van afwegingskader – voor het doen van een melding bij een vermoeden van geweld. De verplichte meldcode valt niet te begrijpen als een meldplicht. Bij een meldplicht moet de professional zijn vermoeden van geweld altijd melden bij een andere instantie, terwijl hij bij de meldcode zelf kan afwegen om een melding te doen of zelf zorg aan te bieden opdat het geweld zou stoppen.

De positieve resultaten van de implementatie van de Kindcheck door het MC Haaglanden waren voor de Nederlandse overheid aanleiding om de Kindcheck in 2013 op te nemen in stap 1 van de meldcode. De Nederlandse overheid hoopt op deze manier meer kinderen die risico lopen op mishandeling of verwaarlozing in beeld te brengen. Stap 1, het signaleren, omvat met de toevoeging van de Kindcheck het in kaart brengen van zowel kindsignalen als oudersignalen. Wanneer de situatie of conditie van een volwassen patiënt kan leiden tot risico's voor de kinderen aanwezig in het gezin, moet de professional een Kindcheck uitvoeren. Dit betekent dat hij nagaat of er minderjarigen onder de zorg van de patiënt staan en inschat of ze veilig zijn.

2.2 Herziening van de meldcode vanaf januari 2019

Vanaf 1 januari 2019 wordt stap 5 van de meldcode herzien. Hulpverleners zijn vanaf dan verplicht om in plaats van een óf-óf beslissing te nemen (óf melden óf hulp bieden/organiseren) twee beslissingen te nemen: beslissen om een melding te maken bij Veilig Thuis (5a) en beslissen of het zelf aanbieden of organiseren van hulp (ook) mogelijk is (5b).

Met de herziening van de meldcode, wordt het doen van een melding in volgende drie gevallen verplicht:

- In alle gevallen van acute en/of structurele onveiligheid. Acute onveiligheid verwijst naar situaties waarin een persoon in direct fysiek gevaar verkeert waardoor diens veiligheid de komende dagen niet gegarandeerd is en directe bescherming vereist is. Structurele onveiligheid verwijst naar gevallen waarin er sprake is van zich herhalende of voortdurende onveilige gebeurtenissen en situaties.
- In alle andere gevallen waarin de hulpverlener meent dat hij in onvoldoende mate effectieve hulp kan bieden of organiseren.
- Wanneer de hulpverlener die hulp biedt of organiseert constateert dat de onveiligheid niet stopt of zich herhaalt.

Concreet wil dit zeggen dat alle situaties van acute en structurele onveiligheid worden gemeld, ook wanneer beroepskrachten mogelijkheden zien tot het zelf bieden of organiseren van hulp. Het doen van een melding bij Veilig Thuis betekent niet dat een beroepskracht per definitie de regie of uitvoering van hulpverlening overdraagt. Het betekent wel dat een beroepskracht ernstige acute en/of structurele onveiligheid vermoedt en dat de kans op herhaald slachtofferschap dermate realistisch is, dat het uit oogpunt van professioneel handelen noodzakelijk is om te melden bij Veilig Thuis. Dit stelt Veilig Thuis in staat om het zicht op veiligheid te verrijken. Ook kan Veilig Thuis de informatie bij toekomstige signalen uit andere bronnen betrekken en combineren.

2.3 De rol van Veilig Thuis

Veilig Thuis fungeert in Nederland als advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Elke regio heeft zijn eigen Veilig Thuis organisatie (Nederland telt in het totaal 26 vestigingen) waar slachtoffers, daders en omstanders terecht kunnen voor deskundige hulp en advies. De taken van Veilig Thuis zijn: advies geven, meldingen in ontvangst nemen, meldingen onderzoeken, beoordelen of er nood is aan vervolgstappen en betrokkenen toe leiden naar gepaste hulp.

Professionelen kunnen bij een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling beroep doen op Veilig Thuis om advies te vragen of een melding te doen. In geval van advies, geeft Veilig Thuis de hulpverlener advies over de te zetten stappen en het voeren van een gesprek met de cliënt over de verontrustende situatie. Adviesgesprekken gebeuren op basis van anonieme cliëntgegevens zodat de professional zijn beroepsgeheim niet hoeft te schenden. Veilig Thuis richt zich bij een adviesgesprek uitsluitend tot de professional en zet zelf geen stappen in de richting van de cliënt. Als de professional uiteindelijk beslist om een melding te doen, is het verstrekken van cliëntgegevens wel noodzakelijk opdat Veilig Thuis de nodige stappen kan zetten. Veilig Thuis neemt in geval van een melding de zaak volledig over. De organisatie is wettelijk bevoegd om onderzoek te voeren naar het huiselijk geweld of de kindermishandeling en informatie op te vragen bij andere instanties. De hulpverlener die de melding doet, wordt doorgaans op de hoogte gehouden over de uitkomsten van het onderzoek en de acties die daaruit volgen.

2.4 De Kindcheck: Wat? Wie? Waarom?

Wat?

De Kindcheck houdt in dat professionelen in hun contact met volwassen patiënten nagaan of er kinderen in het gezin zijn en inschatten of zij veilig zijn. Ze doen dit vooral bij volwassen cliënten die in een conditie verkeren die mogelijk risicovol is voor de veiligheid van kinderen, zoals wanneer een ouder slachtoffer is van partnergeweld of kampt met een bepaalde psychische problematiek, drugs- of alcoholverslaving. Terwijl professionelen werkzaam in de jeugdzorg of het onderwijs voornamelijk afgaan op kindsignalen om een vermoeden van onveiligheid en mogelijke kindermishandeling te detecteren, ligt de focus hier op oudersignalen die aanleiding geven tot twijfels over de veiligheid van de kinderen. In geval van twijfel of wanneer de hulpverlener vaststelt dat de kinderen onveilig zijn, doorloopt hij de stappen van de meldcode zodat verder onderzoek naar de feitelijke situatie van de kinderen plaatsvindt en indien nodig passende hulp georganiseerd wordt.

Wie?

In Nederland geldt de Kindcheck in principe voor iedereen die vanuit zijn werk onder de Wet verplichte meldcode valt. In de praktijk is de Kindcheck vooral van toepassing op professionelen die werken met volwassenen en dus zorgwekkende situaties enkel kunnen signaleren zonder de kinderen zelf te zien. Het gaat hier bv. om hulpverleners in de GGZ voor volwassenen of verslavingszorg, (huis)artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychiaters of psychologen.

Waarom?

Onderzoek toont aan dat kinderen van ouders met ernstige psychische of verslavingsproblemen vaker slachtoffer zijn van kindermishandeling (Todd et al. 2002). Hoewel niet alle ouders met ernstige psychische of verslavingsproblemen hun kinderen mishandelen of verwaarlozen, lopen deze kinderen wel een groter risico. De Kindcheck helpt professionelen om oudersignalen zorgvuldig in kaart te brengen en vergroot daarmee de mogelijkheid om kinderen die zich in een onveilige situatie bevinden eerder in beeld te brengen en hun ouders in een vroegtijdig stadium te helpen.

3 Materialen van de Kindcheck

In Nederland ontwikkelde de organisatie Augeo in samenwerking met het MC en Veilig Thuis Haaglanden heel wat materialen die professionelen ondersteunen om de Kindcheck op een verantwoorde en zorgvuldige manier uit te voeren. Zo is er een handleiding, een stappenplan, een poster, een impactrapport, een e-learning tool en een online magazine. In de volgende paragrafen bespreken we de handleiding in detail en overlopen we kort de overige materialen.

3.1 Een handleiding

Augeo ontwikkelde twee handleidingen voor professionelen: (1) een generieke handleiding voor alle professionelen die onder de Wet verplichte meldcode vallen en contact hebben met volwassen cliënten en (2) een handleiding specifiek voor professionelen in de GGZ of verslavingszorg. Gezien dit project de ontwikkeling van een Vlaamse versie van de Kindcheck voor toepassing in de GGZ beoogt, bespreken we hier de belangrijkste elementen van de handleiding specifiek voor toepassing in de GGZ. De handleiding vormt het vertrekpunt voor de uitwerking van de Kindreflex en bevat onder meer volgende rubrieken:

- Hoe de Kindcheck uitvoeren?
- Wat te doen bij eenmalige contacten?
- Wanneer de stappen van de meldcode doorlopen?
- In welke situaties is de Kindcheck aan de orde?
- Hoe een gesprek voeren met een cliënt over de kinderen?

We overlopen de punten uit de handleiding die van belang zijn om mee te nemen voor de uitwerking van een Vlaamse versie van de Kindcheck.

Hoe de Kindcheck uitvoeren?

Professionelen die vermoeden dat de situatie van hun cliënt een mogelijk risico oplevert voor kinderen die van hem afhankelijk zijn, doorlopen volgende stappen van de Kindcheck en leggen hun bevindingen vast in het cliëntdossier:

- Nagaan of de cliënt problemen heeft die het uitvoeren van de zorgtaken voor kinderen in ernstige mate kunnen belemmeren.
- In gesprek gaan met de cliënt en navragen:
 - of de cliënt minderjarige kinderen in huis heeft;
 - met wie de cliënt de zorg voor de kinderen deelt;
 - of de cliënt er ondanks zijn situatie in slaagt om de kinderen voldoende verzorging, zorg en veiligheid te bieden en/of hij hulp heeft en/of meer hulp wenst;
 - of de cliënt een (ex)partner heeft met kinderen waarmee hij geregeld contact heeft;
 - of de cliënt zwanger is.
- Op basis van dit gesprek vaststellen of er reden is tot zorg.
- Indien er reden is tot zorg, de stappen van de meldcode doorlopen.

In iedere fase van de Kindcheck en van de meldcode kan de hulpverlener op basis van anonieme cliëntgegevens advies vragen aan Veilig Thuis.

Wat te doen bij eenmalige contacten?

Wanneer een hulpverlener enkel eenmalige en/of vluchtige contacten met cliënten heeft, vraagt hij in eerste instantie of er minderjarige kinderen in het gezin aanwezig zijn en/of er kinderen bij een (ex)partner wonen. Wanneer er kinderen in het gezin aanwezig zijn en er reden is tot zorg, laat de professional aan zijn cliënt weten dat hij Veilig Thuis zal vragen om de situatie van de kinderen te beoordelen en indien nodig gepaste hulp te regelen.

Wanneer de stappen van de meldcode doorlopen?

De Kindcheck valt onder stap 1 van de meldcode en omvat alert zijn voor oudersignalen die mogelijk een risico vormen op ernstige schade voor de kinderen. Het is evenwel niet altijd nodig dat de professional na het toepassen van de Kindcheck hulp op gang brengt of een melding doet bij Veilig Thuis. Mogelijk wordt de ongerustheid door het gesprek met de cliënt volledig weggenomen of lukt het om met de cliënt goede afspraken te maken over de inschakeling van passende hulp voor de kinderen.

Als de professional beslist om geen melding bij Veilig Thuis te doen, volgt hij de situatie van de cliënt op en blijft hij alert voor mogelijke risico's op ernstige schade of bedreiging van de veiligheid en het welzijn van de kinderen. Dit betekent dat hij tijdens de gehele behandeling regelmatig aan de patiënt vraagt hoe het met de kinderen gaat. Indien er toch risico's blijven bestaan, doet de hulpverlener alsnog een melding bij Veilig Thuis.

Wanneer passende hulp wordt opgestart, blijft de professional verantwoordelijk tot de hulp van start gaat. Als de cliënt uiteindelijk niet meewerkt aan de hulp, neemt de professional contact op met Veilig Thuis om de situatie van de kinderen te onderzoeken.

In welke situaties is de Kindcheck aan de orde?

De Kindcheck is aan de orde wanneer er omwille van de toestand van de cliënt risico's zijn op ernstige schade voor de kinderen of een bedreiging van de veiligheid van de kinderen die afhankelijk zijn van de zorg van de cliënt.

De Kindcheck kan bv. aan de orde zijn wanneer de volwassen cliënt:

- een chronische of acute psychiatrische stoornis doormaakt (bv. de cliënt bevindt zich in een psychose, een manische stemming of in een verwarde toestand waardoor een crisisinterventie noodzakelijk is);
- ernstige suïcidale gedachten heeft of suïcidaal gedrag vertoont (bv. de cliënt ondernam een suïcidepoging of zegt dat hij er een eind aan wil maken);
- structureel agressief gedrag vertoont (bv. de cliënt zegt dat hij thuis de boel kort en klein gaat slaan of zijn partner of kinderen iets gaat aandoen);
- slachtoffer is van huiselijk geweld (bv. de cliënt meldt dat hij door de partner in elkaar werd geslagen en dat de partner dreigde om ook de kinderen iets aan te doen);
- ernstig verslaafd is aan alcohol, drugs of andere middelen (bv., de cliënt kan door overmatig gebruik of een overdosis van middelen geen coherent en duidelijk verhaal meer vertellen over zijn (thuis)situatie of eigen gedrag);

- in een crisissituatie verkeert (bv. wanneer de cliënt problematische schulden heeft of er een huisuitzetting of afsluiting van gas, water en elektriciteit dreigt);
- ernstige chronische lichamelijke problemen heeft;
- verstandelijk beperkt is op het gebied van sociale interactie waarbij opvoeden een probleem is;
- extreem onhygiënisch, onveilig of zeer slecht gehuisvest is;
- gewelddadig gedrag stelt en in het bezit is van wapens;
- familiale problemen heeft (bv. de cliënt is bang voor familieleden in verband met eerschendingen, er zijn aanwijzingen voor huwelijksdwang, er dreigt een echtscheiding met intrekking van verblijfstatus tot gevolg, er zijn aanwijzingen voor vrouwelijke genitale verminking);
- getroffen wordt door een combinatie van factoren die ieder afzonderlijk niet ernstig zijn, maar in combinatie met elkaar een risicovolle situatie voor de kinderen kunnen vormen (bv. een licht depressieve cliënt, met financiële problemen en een relatiecrisis).

De Kindcheck is eveneens van toepassing op cliënten die zwanger zijn en adolescente cliënten die jongere broertjes of zusjes in het gezin hebben. De leeftijd van de kinderen in het gezin speelt een belangrijke rol bij de afweging van de ernst van de situatie. Zo roept de situatie van een moeder met een ernstige verslaving en een baby grotere zorgen op dan een moeder met een ernstige verslaving en een kind van zestien.

Hoe een gesprek voeren met een cliënt over de kinderen?

Wanneer de hulpverlener oordeelt dat de situatie van de volwassen cliënt een risico inhoudt voor het welzijn van diens kinderen, voert hij een gesprek met de cliënt over de kinderen. Het doel van dit gesprek is beslissen of het organiseren van verdere hulp of het doen van een melding nodig is. Het gesprek dient nota bene niet om de ernst op schade bij de kinderen vast te stellen. Onderstaande tips zijn helpend om het gesprek te sturen:

- De houding van de hulpverlener en de wijze waarop deze de vragen stelt zijn van essentieel belang. De hulpverlener maakt de cliënt duidelijk dat hij dit gesprek aangaat uit oprechte zorg voor de kinderen en dat hij de cliënt en zijn kinderen zo goed mogelijk wil helpen. Het is belangrijk om goed door te vragen naar de feiten, interesse en begrip voor de situatie van de cliënt te tonen en niet te snel een oordeel te vellen.
- De hulpverlener start met enkele algemene vragen over de zorg voor de kinderen.
Voorbeeldvragen zijn:
 - Wonen er minderjarige kinderen bij u in huis? Zo ja, hoeveel kinderen heeft u en wat is hun leeftijd?
 - Wonen ze de hele week bij u of slechts een deel van de week?
 - Zijn er nog volwassenen die bij u in huis wonen en mee voor de kinderen zorgen? Zo ja, wie zijn dat en welk aandeel hebben zij in de zorg voor de kinderen?
 - Zijn er ook volwassenen die niet bij u in huis wonen maar wel een deel van de zorg voor de kinderen opnemen? Zo ja, wie zijn dat en waaruit bestaat hun aandeel in de zorg?
 - Waar zijn de kinderen overdag?

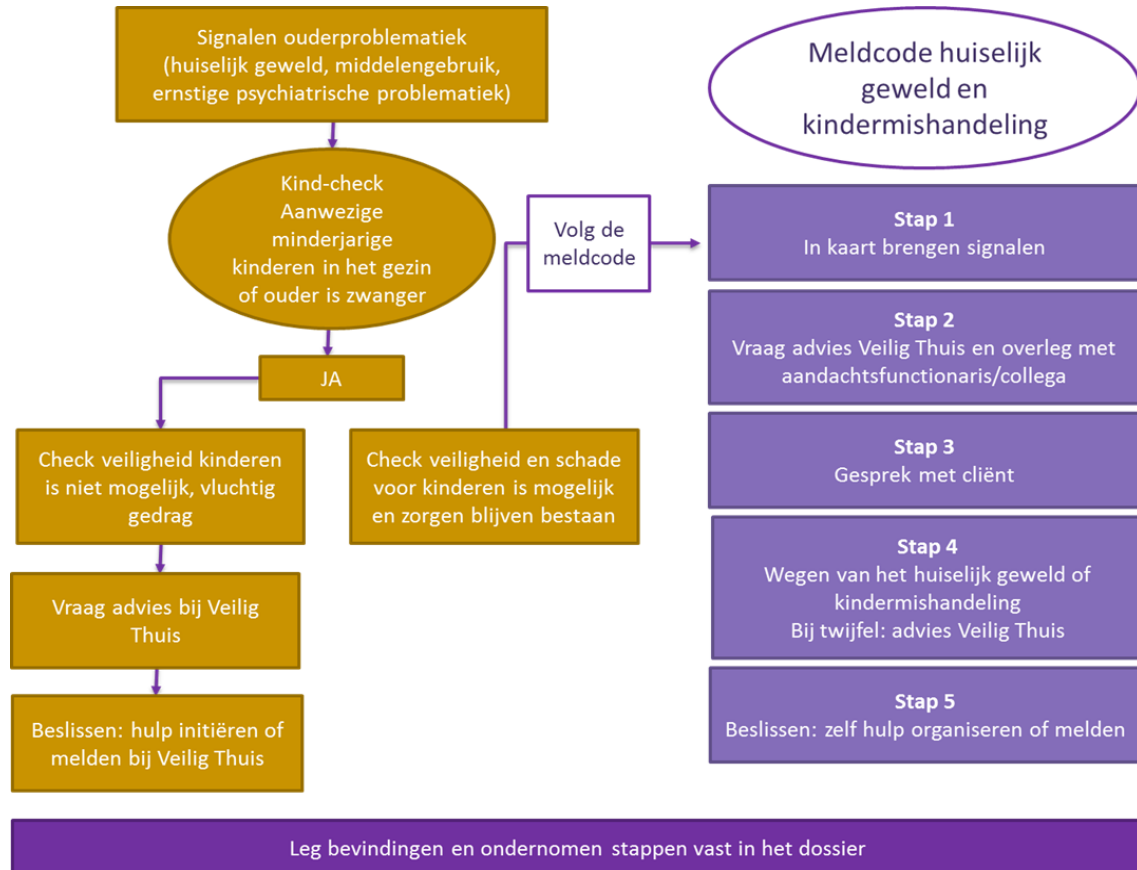
- Als uw kinderen niet bij u wonen maar ergens anders, hoe vaak ziet u hen?
- Hebt u een partner die kinderen heeft en hoe vaak bent u bij uw partner als de kinderen er ook zijn?
- Vervolgens stelt de hulpverlener vragen over de zorg voor de kinderen in relatie tot de situatie van de cliënt. Voorbeeldvragen zijn:
 - Hoe lukt het u, ondanks uw situatie, om uw kinderen voldoende zorg te bieden? Wie brengt de kinderen naar school of naar de opvang? Wie kookt er, en wie brengt de kinderen naar bed?
 - Vindt u dat u hen voldoende verzorging en veiligheid kunt bieden en kunt u voldoende toezicht op uw (kleine) kinderen houden? Zo ja, hoe doet u dit?
 - Op wie kunt u een beroep doen als de zorg voor uw kinderen u, vanwege uw situatie, te veel wordt? Wat kunnen zij voor u en uw kinderen doen?
 - Wat denkt u dat de kinderen merken van uw situatie? Hebt u enig idee wat uw situatie voor hen betekent? Bespreekt u dit weleens met hen?
 - Maakt u zich zorgen over uw kinderen vanwege uw situatie?
 - Heeft u of hebben uw kinderen professionele hulp? Zo ja, vindt u het goed dat we samen met de andere hulpverleners overleggen of we iets extra voor u en uw kinderen kunnen doen?
- Wanneer de antwoorden van de cliënt de zorgen over de kinderen niet helemaal hebben weggenomen, roept de hulpverlener de hulp in van de aandachtsfunctionaris huiselijk geweld en kindermishandeling, een psychiater of Veilig Thuis om mee over de situatie na te denken.
- Wanneer de zorgen blijven bestaan, organiseert de hulpverlener ondersteunende hulp of doet hij een melding bij Veilig Thuis. Indien de hulpverlener een melding doet, legt hij duidelijk aan de cliënt uit dat hij Veilig Thuis zal vragen om een onderzoek te doen naar de situatie van de kinderen om op basis daarvan de nodig extra hulp op te starten.
- Wanneer de cliënt de vragen ontwijkt door alleen maar algemene antwoorden te geven of wanneer de cliënt omwille van zijn situatie niet in staat is om feitelijk juiste informatie door te geven, doet de hulpverlener een melding bij Veilig Thuis en legt hij dit ook duidelijk uit aan de cliënt.
- Wanneer het voeren van een gesprek over de kinderen mogelijke risico's voor de hulpverlener, de kinderen of anderen met zich meebrengt, doet de hulpverlener een melding bij Veilig Thuis zonder vooraf een gesprek met de cliënt te voeren over de zorgen voor de kinderen. Indien mogelijk licht de hulpverlener de cliënt alsnog in over zijn vermoedens en een eventueel gedane melding.

Wat met het beroepsgeheim?

Het melden van kindermishandeling bij Veilig Thuis is in Nederland in principe een schending van het beroepsgeheim die rechtvaardiging vereist. Volgens de Wet op de Jeugdzorg hebben hulpverleners evenwel het recht om hun beroepsgeheim te schenden als zij een vermoeden van kindermishandeling hebben. In deze gevallen mogen zij een melding doen bij Veilig Thuis, ook wanneer ze hiervoor niet de uitdrukkelijke toestemming van de betrokkenen hebben.

3.2 Stappenplan

De handleiding bevat ook een schematische voorstelling van de verschillende stappen die een hulpverlener dient te zetten ingeval zijn cliënt slachtoffer is van partnergeweld of kampt met een bepaalde psychische problematiek, drugs- of alcoholverslaving (Figuur 3).



Figuur 3 Stappenplan Nederlandse Kindcheck en meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

3.3 Poster

Naast de handleiding is er een poster voorhanden die hulpverleners kunnen ophangen in hun voorziening en hen erop attendeert om de Kindcheck uit te voeren (Figuur 4).



Figuur 4 Poster over de Nederlandse Kindcheck.

3.4 Impactrapport

Voor hulpverleners uit de gezondheidszorg is er een impactrapport voorhanden dat alle relevante achtergrondinformatie voor een zorgvuldige uitvoering van de Kindcheck op een rij zet. Het rapport gaat dieper in op:

- de kernfuncties van ouderschap en opvoederschap;
- de invloed van psychische problemen en verslaving op het gedrag en de opvoedingsvaardigheden van ouders;
- de gevolgen voor het kind;
- hoe de Kindcheck uit te voeren;
- de hulpmiddelen en het hulpaanbod dat voorhanden zijn.

3.5 e-learning

Augeo ontwikkelde drie onlinecursussen met betrekking tot de Kindcheck:

- Een korte algemene introductie die 30 minuten duurt en gratis is. Aan de hand van videofragmenten en vragen leren hulpverleners wat de Kindcheck inhoudt, waarom het belangrijk is om hem uit te voeren en hoe je dat doet.
- Een betalende cursus van één uur voor professionals uit de GGZ en verslavingszorg. In deze cursus leren hulpverleners hoe ze oudersignalen kunnen herkennen en worden alle stappen van de

Kindcheck doorlopen. Op het einde van de cursus is er een toets en hulpverleners zijn in de mogelijkheid om een accreditatie aan te vragen voor deelname aan de cursus.

- Een betalende cursus van één uur voor artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis met mogelijkheid om accreditatie aan te vragen voor deelname.

3.6 Online magazine

Het online magazine van Augeo wijdde twee themanummers aan de Kindcheck die de achtergronden, feiten en cijfers, praktijkverhalen en tips met betrekking tot het uitvoeren van de Kindcheck op een kernachtige en overzichtelijke manier bespreekt.

4 Onderzoek met betrekking tot de implementatie van de Kindcheck

In het kader van haar doctoraatsstudie onderzocht Hester Diderich (2015) in welke mate de Nederlandse Kindcheck geschikt is om via de screening van oudersignalen op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen kinderen met een verhoogd risico op kindermishandeling te identificeren. In negen spoedeisende diensten gespreid over drie regio's in Nederland vond een voor- en na-onderzoek plaats. In één regio (Haaglanden) werd de Kindcheck geïntroduceerd (interventieregio); de overige twee regio's (Flevoland en Limburg Zuid) deden dienst als controleregio. In de interventieregio participeerde de spoedafdeling van vijf ziekenhuizen aan de studie. In de controleregio's Flevoland en Limburg Zuid namen telkens twee spoedeisende diensten deel aan het onderzoek. Voor de dataverzameling werden alle meldingen bij Veilig Thuis en alle patiëntdossiers van de spoedeisende diensten van de interventie- en controleregio's opgesteld tussen 1 januari 2006 en 31 december 2011 in acht genomen. De interventie zelf vond plaats op 7 december 2007. De voormeting omvat alle dossiers en meldingen die dateren van voor 7 december 2007; de nameting bevat alle dossiers en meldingen van na 7 december 2007. De afhankelijke variabele was het aantal meldingen van de spoedeisende diensten bij Veilig Thuis.

Tabel 12 geeft een overzicht van het aantal meldingen van kindermishandeling bij Veilig Thuis door de negen spoedeisende diensten van de interventieregio en de twee controleregio's in de periode voorafgaand aan en volgend op de introductie van de Kindcheck.

Tabel 12 Aantal verwijzingen naar Veilig Thuis vanuit de spoedeisende hulp in de interventieregio en de controleregio's voor en na de introductie van de Kindcheck.

Aantal wijzingen naar Veilig Thuis	Voormeting	Nameting
Interventieregio		
Aantal verwijzingen naar Veilig Thuis vanuit de spoedafdeling	4	565
Aantal bezoeken aan de spoedafdeling	385 626	885 301
Aantal verwijzingen per 100 000 bezoeken aan de spoedafdeling	1	63,8
Controleregio's		
Aantal verwijzingen naar Veilig Thuis vanuit de spoedafdeling	2	10
Aantal bezoeken aan de spoedafdeling	163 628	371 616
Aantal verwijzingen per 100 000 bezoeken aan de spoedafdeling	1,2	2,7

In de periode voorafgaand aan de implementatie van de Kindcheck vonden er in de interventieregio op een totaal van 385 626 bezoeken aan de spoedafdeling slechts vier meldingen bij Veilig Thuis plaats. Dit komt neer op 1 melding per 100 000 bezoeken aan de spoedafdeling. Na de introductie van de Kindcheck nam het aantal meldingen in de interventieregio toe tot 565 op een totaal van 885 301 bezoeken aan de spoedafdeling wat overeenkomt met 64 meldingen per 100 000 bezoeken. In de controleregio's bleef het aantal meldingen bij Veilig Thuis vanuit de spoedafdeling gedurende de hele onderzoeksperiode quasi gelijk. Voor de implementatie van de Kindcheck vond er één melding op 100 000 bezoeken plaats; na de implementatie waren dit drie meldingen op 100 000 spoedbezoeken. Deze resultaten tonen dat er dankzij de introductie van de Kindcheck 60 keer meer meldingen van kindermishandeling gebeurden door de spoedeisende hulp.

Tabel 13 geeft een overzicht van het geslacht en de etniciteit van de 565 ouders die door de spoedafdelingen van de interventieregio in de periode na de invoering van de Kindcheck werden aangemeld evenals van het aantal kinderen in het gezin. In de meeste gevallen gebeurde de melding omwille van zorgwekkende signalen vastgesteld bij de moeder (84%). De helft van de verwezen ouders was van buitenlandse origine en 42% was van Nederlandse afkomst. Het merendeel van de verwezen ouders zorgde voor één (45%) of twee (43%) kinderen.

Tabel 13 Algemene kenmerken met betrekking tot de meldingen: het geslacht en de etniciteit van de gemelde ouder en het aantal kinderen in het gezin.

Algemene kenmerken m.b.t. de meldingen	% (n)
Geslacht van de verwezen ouder	
Man	14 (80)
Vrouw	84 (476)
Beide ouders	2 (9)
Etniciteit	

De Nederlandse Kindcheck: de detectie van verontrustende gezinssituaties en kindermishandeling
op basis van contact met de ouders

Nederlands	42 (238)
Turks	11 (59)
Marokkaans	6 (35)
Surinaams/Caraïbisch	14 (79)
Ander	19 (108)
Onbekend	8 (46)
Aantal kinderen in het gezin	
1	45 (256)
2	43 (244)
3 of meer	12 (65)

Tabel 14 vermeldt de voornaamste redenen op basis waarvan de spoedeisende hulp een melding deed bij Veilig Thuis. Bijna de helft van de gemelde ouders was slachtoffer van huiselijk geweld en iets meer dan een kwart van de ouders werd aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging.

Tabel 14 Reden van verwijzing naar Veilig Thuis.

Reden van verwijzing ouder	% (n)
Middelenmisbruik	14 (78)
Suïcidepoging	28 (161)
Partnergeweld	48 (269)
Combinatie van redenen	3 (17)
Andere	7 (40)

Een van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek was dat er in 91% van de meldingen effectief sprake was van kindermishandeling. In 7% van de gevallen kon er geen kindermishandeling meer worden vastgesteld. Er waren in deze gevallen oorspronkelijk wel tekenen van kindermishandeling, maar het probleem was reeds verholpen ten tijde van het Veilig Thuis onderzoek of hulpverleners hadden de nodige hulp ingeschakeld om een herhaling van het probleem te voorkomen (bv. ouders leven gescheiden, ouder volgt een afkickprogramma). Slechts in 2% van de gevallen was er geen kindermishandeling in het spel en bleek de melding onterecht.

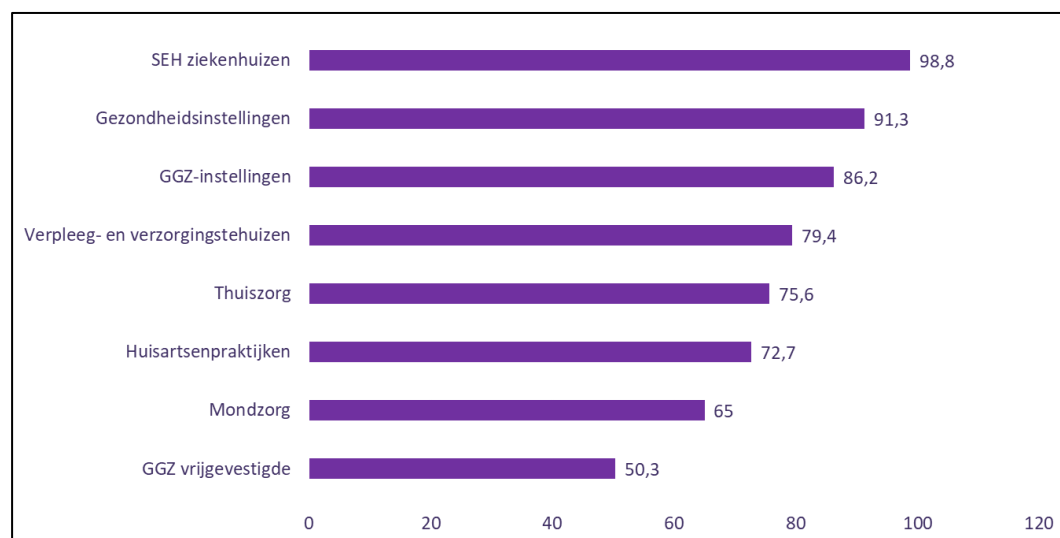
Een andere belangrijke bevinding: van de 565 meldingen ging het in 73% van de gevallen om een nieuwe melding die nog niet eerder bekend was bij Veilig Thuis. De overige 27% van de meldingen stonden reeds geregistreerd bij Veilig Thuis.

Tabel 15 beschrijft tot slot welk type van kindermishandeling er bij de 565 meldingen het vaakst door Veilig Thuis werd vastgesteld. In 40% van de gevallen was het kind getuige van partnergeweld en in 27% van de gevallen was het kind slachtoffer van meerdere vormen van kindermishandeling. Een combinatie van educatieve verwaarlozing, emotionele verwaarlozing en getuige zijn van partnergeweld was het meest voorkomend.

Tabel 15 Type mishandeling na onderzoek door Veilig Thuis.

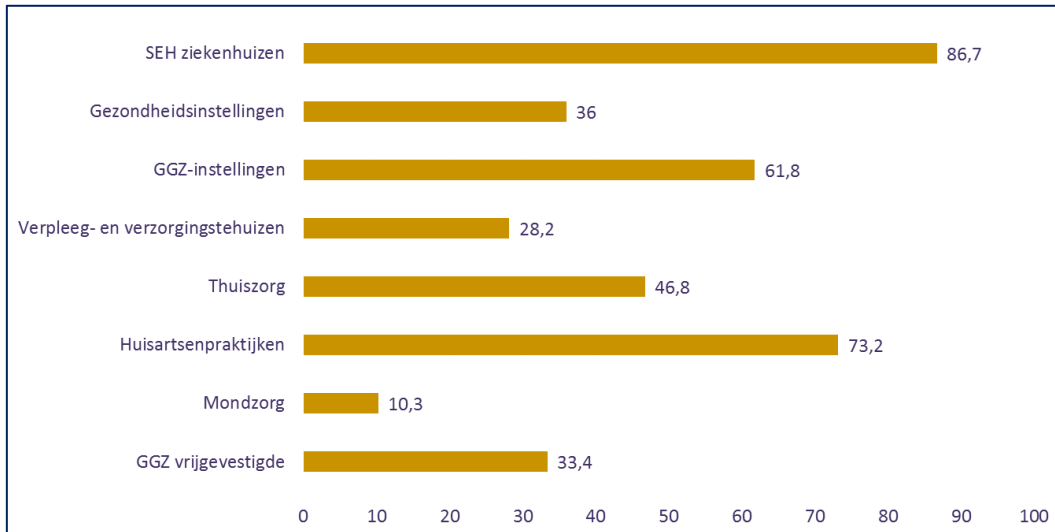
Type mishandeling	% (n)
Educatieve verwaarlozing	17,3 (98/565)
Getuige van partnergeweld	39,8 (225/565)
Emotionele verwaarlozing	8 (45/565)
Psychologisch geweld	4,4 (25/565)
Fysiek misbruik	0,4 (2/565)
Fysieke verwaarlozing	0,5 (3/565)
Combinatie	26,9 (152/565)
Geen mishandeling	2,7 (15/565)

In 2016 tot slot onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van Nederland in welke mate de verschillende sectoren in de gezondheidszorg de meldcode in de praktijk implementeert (Factsheet IGZ, 2017). Het onderzoek werd uitgevoerd in acht sectoren: de spoedeisende hulp van ziekenhuizen, gezondheidsinstellingen, verpleeg- en verzorgingstehuizen, thuiszorginstellingen, huisartsenpraktijken, mondzorg, GGZ-instellingen en de vrijgevestigde GGZ. In het totaal werden 2319 hulpverleners bevestigd waarvan 275 hulverleners werkzaam in GGZ-instellingen en 362 vrijgevestigde GGZ-hulpverleners. Uit de resultaten bleek dat van alle sectoren de vrijgevestigde hulpverleners de meldcode het minst gebruikten. Slechts de helft van de bevestigde vrijgevestigde GGZ-hulpverleners versus 99% van de zorgverleners uit de spoedeisende hulp van ziekenhuizen pasten de meldcode toe (Figuur 5). Het lage gebruik van de meldcode bij de vrijgevestigde GGZ-hulpverleners is opmerkelijk gezien de kans om geconfronteerd te worden met situaties waarin de meldcode aan de orde is, in de GGZ beduidend hoger ligt dan in de andere sectoren.



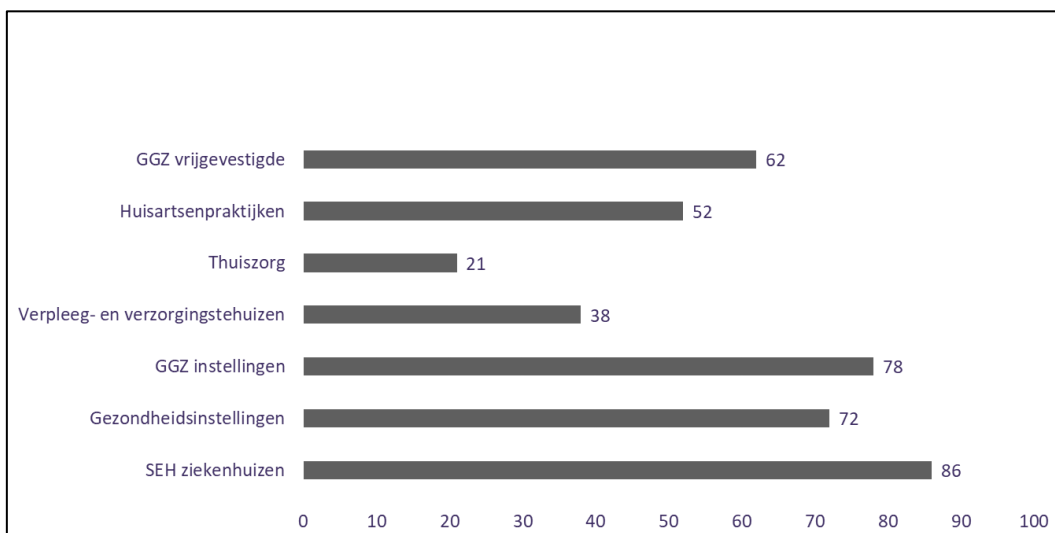
Figuur 5 Percentage respondenten per sector dat de meldcode toepast.

Een andere opvallende bevinding was dat 62% van de hulpverleners in GGZ-instellingen versus 33% van de vrijgevestigde GGZ-hulpverleners het afgelopen jaar signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling had opgevangen (Figuur 6). Dit grote verschil tussen beide sectoren komt wellicht omdat vrijgevestigde hulpverleners de meldcode minder frequent toepassen waardoor signalen onopgemerkt blijven.



Figuur 6 Percentage respondenten per sector dat het afgelopen jaar signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling detecteerde.

Aan respondenten die zorg verstrekken aan volwassen cliënten met kinderen vroeg men vervolgens in welke mate de Kindcheck onderdeel is van de risico-inventarisatie (Figuur 7). Voor 78% van de hulpverleners in GGZ-instellingen versus voor 62% van de vrijgevestigde GGZ-hulpverleners bleek dit het geval te zijn. Deze resultaten tonen dat er nog heel wat groeimarge is met betrekking tot het toepassen van de Kindcheck.



Figuur 7 Percentage respondenten bij wie de Kindcheck onderdeel van de risico-inventarisatie is.

Vervolgens stelde men aan de GGZ-respondenten nog een aantal bijkomende verdiepvragen met betrekking tot de toepassing van de Kindcheck in de praktijk. Uit deze resultaten bleek dat slechts 21%

van de bevrageden de Kindcheck periodiek herhaalde. In crisissituaties herhaalde 41% van de GGZ-hulpverleners de Kindcheck periodiek. Deze resultaten doen vermoeden dat hulpverleners uit de GGZ-sector de Kindcheck te veel zien als een afvink-item dat men verplicht aan het begin van een behandeling moet doen.

5 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat de ontwikkeling en invoering van de Kindcheck in de spoedeisende hulp in Nederland succesvol bleek om kinderen die in een verontrustende gezinssituatie verkeren vroegtijdig in beeld te brengen zodat in een vroeg stadium hulp ingeschakeld kan worden. Zo zorgde de introductie van de Kindcheck ervoor dat er 60 keer meer meldingen van kindermishandeling vanuit de spoedeisende hulp gebeurden. Het merendeel van de meldingen (91%) bleek achteraf terecht en driekwart van de kinderen was nog niet eerder bekend bij Veilig Thuis. Deze positieve resultaten leidden ertoe dat de Nederlandse overheid de Kindcheck in 2013 opnam in stap 1 van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Men hoopt zo meer kinderen die risico lopen op mishandeling of verwaarlozing in beeld te brengen.

Concreet houdt de Nederlandse Kindcheck in dat alle professionelen werkzaam in de sectoren gezondheid, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp tijdens hun contact met volwassen patiënten nagaan of er kinderen in het gezin zijn en inschatten of zij veilig zijn. Ze doen dit vooral bij volwassen cliënten die in een conditie verkeren die mogelijk risicovol is voor de veiligheid van kinderen. Wanneer dit laatste het geval is, doorlopen hulpverleners de vijf stappen van de meldcode:

- stap 1: signalen die wijzen op verontrusting en huiselijk geweld systematisch in kaart brengen;
- stap 2: overleggen met een collega of expert om de signalen te interpreteren;
- stap 3: de zorgen over de veiligheid met de cliënt bespreken;
- stap 4: de verzamelde informatie wegen en het risico op kindermishandeling inschatten;
- stap 5: beslissen of melden noodzakelijk is en beslissen of het mogelijk is om zelf hulp aan te bieden of te organiseren.

Recent onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van Nederland in welke mate hulpverleners uit verschillende sectoren de Meldcode in de praktijk implementeren. De resultaten tonen dat 99% van de respondenten uit de spoedeisende hulp, 86% van de respondenten uit GGZ-instellingen en slechts 50% van de bevragede vrijgevestigde GGZ-hulpverleners de meldcode toepaste. Voor 14% van de hulpverleners in de spoedeisende hulp, 22% van de hulpverleners in GGZ-instellingen en 38% van de vrijgevestigde GGZ-hulpverleners was de Kindcheck overigens geen onderdeel van de risico-inventarisatie. Deze resultaten tonen dat de implementatie van de Kindcheck in de GGZ moeizamer verloopt dan in de spoedeisende hulp het geval is. Vooral bij de zelfstandige hulpverleners is er nog heel wat groeimarge.

Hoofdstuk 9

Focusgroepen met hulpverleners uit de verschillende deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg

Het Steunpunt WVG organiseerde in het kader van dit project vier focusgroepen met professionelen uit diverse settings binnen de geestelijke gezondheidszorg:

- hulpverleners die werken rond preventie, promotie en vroeginterventie;
- hulpverleners uit de mobiele teams;
- hulpverleners uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- hulpverleners uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

Hulpverleners uit verschillende regio's en disciplines (psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychiaters en kwaliteitscoördinatoren) werden uitgenodigd voor deelname.

Met de focusgroepen wilden we beter zicht krijgen op:

- wat er reeds in de deelsectoren gebeurt met betrekking tot de veiligheid van kinderen van volwassenen met ernstige psychische problemen of verslavingsproblemen;
- hoe de Vlaamse Kindreflex er inhoudelijk dient uit te zien: situaties waarin de Kindreflex aan de orde is, vragen die een hulpverlener aan de cliënt moet stellen, de stappen die een professional moet zetten ingeval van verontrusting, bij welke actoren en voorzieningen de professional en de ouder terecht kunnen, etc.;
- welke extra tools nodig zijn om professionelen te ondersteunen bij het uitvoeren van de Kindreflex in Vlaanderen.

De eerste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft kort de deelnemende hulpverleners per focusgroep. In de tweede paragraaf overlopen we de belangrijkste bevindingen van de vier focusgroepen.

1 Deelnemers van de focusgroepen

De uitnodiging voor deelname aan de focusgroepen werd breed uitgestuurd om te komen tot een goede samenstelling van de focusgroepen. Ongeveer 150 personen ontvingen de uitnodiging en kregen de vraag om hetzij zelf aan een van de vier focusgroepen te participeren hetzij een collega-hulpverlener in te schrijven. Ondanks de brede verspreiding van de uitnodiging, bleef het aantal inschrijvingen beperkt. De lage opkomst was echter niet te wijten aan desinteresse of aan het feit dat de sector de Kindreflex een irrelevant initiatief vindt. We kregen van heel wat genodigden de reactie dat ze het initiatief genegen waren, maar dat ze zich omwille van een hoge werkbelasting geen halve dag konden vrijmaken voor deelname aan de focusgroepen.

In het totaal namen 25 hulpverleners deel aan de vier focusgroepen. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de deelnemende organisaties, de positie van de deelnemers en de geografische spreiding. We merken op dat sommige hulpverleners meerdere posities binnen een organisatie bekleden. Hierdoor is de somfrequentie voor de variabele 'positie van de deelnemers' voor sommige focusgroepen

groter dan het totale aantal deelnemers. De 25 deelnemers vertegenwoordigen diverse deelsectoren en disciplines binnen de GGZ. Ondanks de heterogene samenstelling van de focusgroepen ontbrak de vertegenwoordiging van twee belangrijke doelgroepen: de psychiaters en hulpverleners uit de outreachende mobiele crisisteamen. We trachten deze twee groepen van stakeholders daarom maximaal te betrekken tijdens de expertgroepen die later volgen.

Focusgroep 1: Preventie, promotie en vroeginterventie	Focusgroep 2: Mobiele teams	Focusgroep 3: Ambulante GGZ	Focusgroep 4: Residentiele GGZ
<p>•Totaal aantal deelnemers: 8</p> <p>•Deelnemende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 laagdrempelige voorzieningen voor verslavingszorg • 1 OCMW • 1 organisatie van Familiehulp • 1 team van Kind & Gezin • 1 CAW • 1 netwerkorganisatie zorg <p>•Positie van de deelnemers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 hulpverleners • 2 teamcoördinatoren • 1 ervaringsdeskundige <p>•Geografische spreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 organisaties uit Antwerpen • 3 organisaties uit Vlaams-Brabant • 2 organisaties uit West-Vlaanderen 	<p>•Totaal aantal deelnemers: 5</p> <p>•Deelnemende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 mobiele 2b-teams • 1 netwerk artikel 107 <p>•Positie van de deelnemers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 hulpverleners • 1 directeur • 1 teamcoördinator <p>•Geografische spreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 organisatie uit Antwerpen • 2 organisaties uit Limburg • 2 organisaties uit Vlaams-Brabant 	<p>•Totaal aantal deelnemers: 6</p> <p>•Deelnemende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 CGG • 1 psychosociaal revalidatiecentrum • 1 forensisch ziekenhuis • 1 psychiatrisch centrum dat ambulante zorg aanbiedt • 1 centrum voor ambulante revalidatie (CAR) <p>•Positie van de deelnemers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 hulpverleners • 1 directeur • 1 teamcoördinator <p>•Geografische spreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 organisatie uit Antwerpen • 2 organisaties uit Oost-Vlaanderen • 3 organisaties uit Vlaams-Brabant 	<p>•Totaal aantal deelnemers: 6</p> <p>•Deelnemende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 medisch centrum • 1 psychiatrisch ziekenhuis • 2 residentiele voorzieningen die verslavingszorg aanbieden • 1 voorziening uit de bijzondere jeugdzorg <p>•Positie van de deelnemers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 hulpverleners • 1 directeur • 1 diensthoofd • 1 teamcoördinator • 1 ervaringsdeskundige • 1 trainer <p>•Geografische spreiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 organisaties uit Limburg • 1 organisatie uit Vlaams-Brabant • 2 organisaties uit West-Vlaanderen

Figuur 8 Deelnemers focusgroepen.

2 Resultaten van de focusgroepen

In het overzicht bespreken we achtereenvolgens:

- in welke mate hulpverleners uit de GGZ nu reeds aandacht hebben voor de ouderrol van hun cliënten;
- de opinie van hulpverleners ten aanzien van de Kindreflex;
- hoe de Vlaamse Kindreflex er volgens hulpverleners dient uit te zien;
- welke materialen ontwikkeld moeten worden in het kader van de implementatie van de Kindreflex;
- belangrijke randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie.

2.1 In welke mate besteden hulpverleners uit de volwassen GGZ nu reeds aandacht aan de ouderrol van cliënten?

2.1.1 Hulpverleners die werken rond preventie, promotie en vroeginterventie

Kind en Gezin heeft een stappenplan kindermishandeling dat verpleegkundigen doorlopen wanneer ze te maken krijgen met een verontrustende situatie. Sommige verpleegkundigen gebruiken de POS-schaal (schaal die problematische opvoedingssituaties in beeld brengt) om extra informatie te verzamelen over de context en bespreken de resultaten vervolgens tijdens teamvergaderingen. Wanneer men niet zeker is over de noodzakelijke vervolgstappen, vraagt men anoniem advies aan het VK. Daarna bespreekt men de signalen verder met het gezin en schakelt men indien nodig het VK of het OCJ in.

Verzorgers die aan huis komen voor huishoudelijke ondersteuning zijn goed geplaatst om verontrustende opvoedingssituaties op te merken, maar hebben niet de nodige handvatten om hierover met de cliënt in gesprek te gaan. Hulpverleners spelen de zaak het liefst zo snel mogelijk door naar een andere voorziening – ze zien het niet als hun opdracht en beschikken ook niet over de juiste knowhow om met dergelijke situaties om te gaan. Men stelt ook grote verschillen tussen hulpverleners onderling vast: sommige verpleegkundigen weten van nature hoe ze met dergelijke situaties moeten omgaan; anderen weten dit helemaal niet. De organisatie probeert hulpverleners hierin zo goed mogelijk te ondersteunen. Zo werkte men een signaalkaart uit die een overzicht biedt van signalen van kindermishandeling bij kinderen en ouders en ontwikkelt men momenteel een stappenplan. Het stappenplan is gebaseerd op de meldcode van Nederland en bedoeld als leidraad voor verpleegkundigen over wat te doen in verontrustende situaties. Verpleegkundigen kunnen ook coachingsmomenten volgen over hoe ze met de cliënt een gesprek over verontrusting kunnen aangaan. Tot slot vraagt de organisatie geregeld een consult aan de VK om de manier van aanpak af te toetsen.

Hulpverleners van het **OCMW** vragen meestal niet naar de kinderen van cliënten omdat hierdoor het risico ontstaat dat de hulpverlening wordt stopgezet. Cliënten praten niet graag over dit onderwerp uit angst dat men de kinderen zal weghalen.

Hulpverleners van de **opvoedingswinkels** focussen natuurlijk sterk op de ouderrol van de cliënt en zijn daarin ook getraind. Een melding doen bij het VK ingeval van verontrusting doet men zo goed als nooit. Als ouders weten dat de opvoedingswinkel soms meldingen doet, zullen kwetsbare ouders niet meer willen komen.

Bij de **medisch sociale opvangcentra** die laagdrempelige ambulante zorg bieden aan volwassenen met een drugsverslaving verschilt de aanpak van centrum tot centrum. Zo is er een centrum waar men sinds een aantal jaren standaard tijdens de intake naar de kinderen van de cliënt en de opvoedingssituatie vraagt. Deze organisatie vindt het belangrijk om de cliënt in zijn geheel te benaderen – zijnde als iemand met een drugproblematiek die ook ouder is. Cliënten met kinderen krijgen in het centrum een KOPP-preventiegesprek aangeboden over hoe zij als ouder de veerkracht van hun kinderen kunnen versterken. Het centrum geeft aan dat de meeste cliënten deze proactieve aanpak appreciëren. Ze zijn naderhand blij dat hun probleem serieus genomen werd en men niet alleen aandacht schonk aan de verslavingsproblematiek maar ook aan de cliënt als ouder. Men heeft dus niet de ervaring dat cliënten wegblijven door naar de kinderen te vragen. Bij vrouwelijke cliënten polst men naar een mogelijke zwangerschap – een thema dat veel gevoeliger ligt en vaak wordt afgeketst. In samenwerking met een aantal andere voorzieningen uit de regio werkt het centrum voor toekomstige moeders een gepast zorgplan uit om te voorkomen dat het kind van de radar verdwijnt. De zwangere cliënt evenals iemand uit haar entourage wordt vervolgens uitgenodigd voor een overleg om het zorgplan te bespreken. Het centrum laat tot slot weten dat er in het begin bij de hulpverleners veel weerstand was om standaard naar de kinderen te vragen. Het was een proces van lange adem om alle hulpverleners deze attitude switch te laten maken.

Binnen een ander medisch sociaal opvangcentrum voor cliënten met een drugsproblematiek behandelt men het thema ouderschap in veel mindere mate. Tijdens de intake vraagt men standaard of de cliënt kinderen heeft die nog thuis wonen, maar verder doet men weinig. Pas wanneer men merkt dat de situatie echt verontrustend is, zet men verdere stappen. Meestal schakelt men in deze gevallen een deelwerking van de organisatie in die gespecialiseerd is in het ondersteunen van ouders met een drugprobleem. In heel ernstige gevallen doet het centrum een melding bij de Jeugdbrigade of een VK. Deze reactieve manier van aanpak komt deels voort uit het laagdrempelige karakter van de organisatie

en is ten dele toe te schrijven aan het moeilijke cliënteel waarmee de organisatie te maken krijgt. Veel cliënten zijn uitbehandeld, spreken geen Nederlands, hebben geen papieren, zijn dakloos en tonen een grote weerstand om rond ouderschap te werken. Ze reageren angstig wanneer de kinderen ter sprake komen; sommige cliënten zijn zelfs geneigd om de hulpverlening stop te zetten. Hulpverleners moeten zich erg inspannen om het vertrouwen van cliënten te winnen en zijn daarom voorzichtig met het inschakelen van andere hulpvoorzieningen. In het verleden deed de organisatie ooit een melding van ernstige verwaarlozing bij de Jeugdbrigade, waarna het kind geplaatst werd en men de ouders jarenlang niet meer zag. Tussen de hulpverleners onderling heerst er een tweestrijd over wat te doen ingeval van verontrusting: sommige hulpverleners ondernemen niets uit vrees om het vertrouwen en daarmee ook de cliënt kwijt te spelen; andere hulpverleners vinden het noodzakelijk om in te grijpen.

De deelwerking die zich expliciet richt tot ouders met een drugsverslaving beaamt dat het niet eenvoudig is om bij dit type van cliënten het thema ouderschap op tafel te krijgen. Men doet dit uiteraard standaard en voert met alle cliënten het KOPP-preventiegesprek om via de ouders de veerkracht van de kinderen te versterken.

2.1.2 Hulpverleners uit de mobiele teams

Hulpverleners uit vier **mobiele teams** gericht op langdurige psychiatrische problemen namen deel aan de focusgroepen.

Eén mobiel team is werkzaam binnen een grootstedelijke context en begeleidt weinig cliënten met kinderen. Cliënten die wel kinderen hebben, zijn meestal alleenstaand of gescheiden, waarbij de kinderen bij de ex-partner verblijven of geplaatst zijn. Vragen naar de kinderen is weinig of niet aan de orde.

Hulpverleners uit de andere mobiele teams komen geregeld in contact met cliënten die ouder zijn. Men besteedt veel aandacht aan de kinderen en probeert de cliënt te benaderen in zijn rol als ouder. Aan het begin van de hulpverlening krijgt de cliënt meteen de boodschap dat de organisatie het belangrijk vindt om het hele netwerk van de cliënt – inclusief de kinderen – bij de hulpverlening te betrekken en gaat men systematisch na hoe het met de kinderen gaat. Informatie met betrekking tot de kinderen neemt men op in het cliëntendossier en in de verslagen van de huisbezoeken. Ook op teamvergaderingen spreekt men geregeld over de kinderen van patiënten. In een later stadium volgt een gesprek met de kinderen om hen te informeren over de problematiek van de ouder en de hulpverlening. Hulpverleners doen het gesprek met de kinderen niet eigenhandig, maar bereiden de cliënt voor om zelf met hun kinderen in dialoog te treden. Deze voorbereiding vergt heel wat tijd waardoor het gesprek meestal niet aan het begin van het hulpverleningstraject kan plaatsvinden. Veel ouders beschikken pas na een tweetal jaar over voldoende ziekte-inzicht en de nodige communicatievaardigheden om met hun kinderen een gesprek te voeren. Binnen de mobiele teams is er één hulpverlener aangesteld als KOPP-referentiepersoon. Deze persoon kijkt erop toe dat het KOPP-preventiegesprek door hulpverleners wordt toegepast. Men geeft aan dat het voor deze persoon erg zoeken is om de KOPP-preventiewerking in het team gelanceerd te krijgen.

Cliënten krijgen binnen de mobiele teams alle kansen om het welzijn van hun kinderen te verbeteren en de meeste ouders benutten deze kansen ten volle. Hulpverleners proberen ouders zo goed mogelijk te ondersteunen in hun ouderrol. Men doet dit veelal door externe partners in te schakelen. Vaak betreft men in eerste instantie het CLB en bekijkt men samen welke voorzieningen uit de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp men kan inschakelen om de zorg voor de kinderen op te nemen. Wanneer de

opvoedingssituatie verontrustend is en men niet goed weet wat gedaan, consulteert men het OCJ of het VK of bespreekt men de case met andere hulpverleners tijdens een regionaal overlegplatform. Slechts in heel uitzonderlijke gevallen doet men een melding.

De mobiele teams geven tot slot aan dat veel ouders het appreciëren als je de kinderen bij de hulpverlening betreft. Cliënten die omwille van een gesprek over de kinderen de hulpverlening stopzetten, zijn vaak niet gemotiveerd om aan de eigen problemen te werken. Het aantal mensen dat geen hulp wil, wordt de laatste jaren wel steeds groter.

2.1.3 Hulpverleners uit de ambulante GGZ

In één **CGG** biedt men aan elke volwassen cliënt tijdens de intake een KOPP-preventiegesprek aan. Het aanbod bevat zowel een individueel ouder-kind-traject als een groepstraject voor kinderen. Bij het individuele traject voert iemand van de KOPP-werking samen met de ouder een gesprek met het kind. Het gesprek legt de nadruk op beschermende factoren om de veerkracht van de kinderen te versterken. Veel ouders gaan op dit aanbod in. Bij het groepstraject ligt de focus op het ontmoeten van lotgenoten en het delen van ervaringen. Voor geen van beide trajecten is er een wachtlijst. Hoewel het CGG al jaren een KOPP-werking heeft, blijft het voor hen een opgave om KOPP-kinderen via de ouders in voldoende mate te bereiken.

In een ander **CGG** heeft men medewerkers met een brugfunctie om de kloof tussen de kinder- en volwassenteams te dichten. Deze medewerkers nemen deel aan de vergadermomenten van beide teams en geven advies en supervisie over de kinderen van cliënten. Men probeert ook de verwijzing tussen de kinder- en de volwassenteams te vergemakkelijken. Het CGG heeft een protocol dat beschrijft hoe hulpverleners moeten omgaan met verontrusting, zowel op preventief vlak als tijdens noodsituaties. Wat de toepassing van het protocol betreft zijn er grote verschillen tussen hulpverleners onderling: sommige volwassentherapeuten vinden het normaal om aandacht te schenken aan de kinderen van cliënten; anderen hebben schroom om het thema aan de man te brengen wat heel wat spanningen met zich meebrengt. Het CGG stelt standaard aan al haar cliënten met kinderen het KOPP-preventiegesprek voor, maar slechts weinigen gaan op dit aanbod in.

In één **centrum voor ambulante revalidatie** richt men zich in hoofdzaak tot kinderen met ontwikkelings- of gedragsproblemen. Ook ouders krijgen soms ondersteuning – het CAR geeft in deze gevallen zelf psychische begeleiding of schakelt een externe organisatie in. Wanneer men geconfronteerd wordt met een verontrustende situatie contacteert men het VK hetzij voor een consult hetzij voor een melding. Dat gebeurt een paar keer per jaar.

In één **psychosociaal revalidatiecentrum** begeleidt men ambulante volwassen cliënten die zich opnieuw willen integreren in verschillende levensdomeinen (wonen, werk, vrijetijd). Hulpverleners hebben in de regel veel aandacht voor de kinderen van cliënten. Als een cliënt kinderen heeft, polst men naar de thuissituatie en probeert men de cliënt te overreden om ook met de kinderen te mogen werken. Men vraagt aan de cliënt toestemming om een gesprek met de kinderen te hebben op het centrum of thuis. Wanneer ouders geen toestemming geven, weet men dat de thuissituatie niet helemaal zuiver is maar dringt men niet verder aan. Men probeert dan wel via de ouder aan het welzijn van de kinderen te werken. In extreme gevallen vraagt men een consult aan het VK.

In één **polikliniek van een psychiatrische voorziening** schenkt men stevast aandacht aan het thema ouderschap. Men vraagt aan cliënten om de kinderen een keer mee te nemen naar de afdeling, zodat zij een correct beeld van de psychiatrie krijgen. Het is algemeen geweten dat KOPP-kinderen een grotere

kans lopen om later zelf in moeilijkheden te geraken. Men vindt het daarom belangrijk dat zij een correct beeld hebben van de GGZ, zodat ze later sneller de stap naar hulp zetten. Daarnaast biedt men cliënten standaard enkele gesprekken aan waarin men stil staat bij het welzijn van de kinderen en de cliënt als ouder. Nagenoeg alle ouders gaan op dit aanbod in. Tijdens deze sessies gaat het aanvankelijk over gewone opvoedingsvragen wat een opening creëert om dieper door te gaan op de rol van de cliënt als ouder. Hulpverleners proberen ouders zo goed mogelijk te ondersteunen bij het ouderschap – eventueel door extra hulp in te schakelen. De voorziening heeft geen mandaat om zelf met de kinderen van de cliënt aan de slag te gaan. Hulpverleners mogen dus geen KOPP-preventiegesprek aan de kinderen aanbieden. Men voert in de plaats een KOPP-preventiegesprek met de ouders en bereidt hen voor om zelf een gesprek met de kinderen te voeren. Dit vraagt wel wat extra gesprekken, want de meeste ouders beschikken niet over de nodige gespreksvaardigheden. Als ouders echt ongerust zijn over hun kind, ziet men het kind soms eenmalig om een inschatting van de situatie te maken. Wanneer de opvoedingssituatie echt niet oké is, regelt men ondersteuning voor de kinderen.

Een **forensisch psychiatrisch centrum** werkt met mensen met een seksuele problematiek. Een deel van de cliënten heeft een contactverbod of mag de kinderen enkel onder toezicht zien. Deze cliënten vervullen niet de rol van opvoeder waardoor het minder relevant is om met hen rond de kinderen en ouderschap te werken. Bij de andere cliënten vraagt men wel steeds naar de kinderen en gaat men ook na of er geen nieuwe kinderen binnen het gezin op komst zijn (bv. als de cliënt een nieuwe relatie aangaat en de nieuwe partner kinderen uit een vorige relatie heeft). Wanneer er kinderen in het spel zijn, probeert men de situatie zo goed mogelijk te bevragen en reikt men de cliënt handvatten aan om met de situatie om te gaan (bv. de cliënt aanraden om de kinderen zoveel mogelijk te mijden). De meeste cliënten schermen hun gezin goed af – ze staan er niet helemaal achter om rond het gezin te werken, maar gaan er uiteindelijk mee akkoord om dit toch te doen. Soms ziet het centrum cliënten die met een pedofiele geaardheid kampen en binnen een schoolcontext werken. In deze gevallen probeert men aan te sturen op een professionele heroriëntatie. Wanneer het centrum de indruk heeft dat de cliënt weer de verkeerde richting uitgaat, werkt men zoveel mogelijk samen met het VK. Men doet beroep op hen voor consultvragen, verwijst cliënten door en doet ook meldingen. Cliënten reageren zeer wisselend op een melding. Diegenen die inzicht hebben in de eigen problematiek, staan doorgaans achter de melding. Het gebeurt zelden of nooit dat men door het doen van een melding een cliënt verliest. Het forensisch centrum is sterk gebonden aan het beroepsgeheim. Men mag niet zomaar aan andere hulpverleners laten weten dat de patiënt in dadertherapie is. Tijdens de intake vragen hulpverleners expliciet de toestemming van de patiënt om de informatie te mogen delen met de huisarts. Het is een meerwaarde als men die toestemming krijgt, want de huisarts staat vaak in contact met het hele gezin en kan zo verontrustende thuisituaties vroegtijdig herkennen. Als patiënten die toestemming niet geven, hebben hulpverleners minder het mandaat om een andere hulpverlener te betrekken.

2.1.4 Hulpverleners uit de residentiële GGZ

In een **residentiële voorziening voor personen met een verslavingsproblematiek**, besteden hulpverleners extra aandacht aan de kinderen van de cliënt om te voorkomen dat zij later dezelfde problemen ontwikkelen. Men probeert de veerkracht van de kinderen te versterken en kijkt erop toe dat zij een eigen identiteit ontwikkelen en zichzelf niet zien als “een kind van een mama met een verslaving”. Kinderen moeten leren dat ze meer zijn dan dat. Bij jonge kinderen versterkt men de veerkracht onrechtstreeks door via de ouders en het ruimere netwerk te werken. Men focust op de samenwerking tussen de twee ouders met betrekking tot de opvoeding van het kind. Wanneer de ouders gescheiden zijn, probeert men in dialoog te treden met de ex-partner. Met de oudere kinderen,

voert men gesprekken over het verleden van de ouder. Men biedt ook familietherapie aan, maar weinig kinderen en ouders gaan in op dit aanbod.

Een andere **voorziening voor personen met een verslavingsproblematiek** heeft zowel een ambulante als een residentiële afdeling. Men merkt op dat er vandaag opvallend meer druggebruikende ouders zijn dan vroeger: zo is 20% van het cliënteel zwanger of heeft kinderen van 0 tot 6 jaar. De directie van de voorziening vindt het een evidentie om aandacht te schenken aan de kinderen van cliënten. Voor ouders die in de residentiële afdeling verblijven, geldt dat het merendeel van de kinderen in een veilige setting geplaatst is. Wanneer de kinderen niet geplaatst zijn, focust men in een latere fase van het programma nadrukkelijk op het creëren van een veilige thuissituatie voor de kinderen. Men probeert afspraken met de cliënt te maken om het druggebruik af te stemmen op de veiligheid van het kind. Daarnaast creëert men een netwerk van hulpverleners rond de cliënt (gynaecoloog, vroedvrouw, verpleegkundige van Kind en Gezin) die men vervolgens ondersteunt in het omgaan met de verslavingsproblematiek van de cliënt. Hulpverleners uit de ambulante afdeling zijn veel minder geneigd om aandacht te schenken aan de kinderen: velen vinden dit een te gevoelig onderwerp. Hooguit een derde van de hulpverleners vraagt na of er kinderen zijn en checkt of er voldoende omkadering aanwezig is om de veiligheid van de kinderen te garanderen.

Een van de deelnemende **psychiatrische ziekenhuizen** vindt het belangrijk om aandacht te schenken aan de kinderen van patiënten en draagt het label kindvriendelijk ziekenhuis. Wanneer kinderen op bezoek komen, probeert men hier via kleine demarches een aangenaam moment van te maken: er zijn kindvriendelijke ruimten, er is een speeltuin, het personeel groet altijd de kinderen, etc. Men observeert tijdens deze bezoeken ook de omgang tussen de ouder en het kind. Daarnaast beschikt het ziekenhuis over een uitgebreide KOPP-werking. Hetzelfde geldt overigens voor de andere twee psychiatrische ziekenhuizen uit de provincie. Elke zorgeenheid binnen het ziekenhuis (zowel binnen de volwassendiensten als binnen de kinderdiensten) heeft één referentiemedewerker KOPP. Die is verantwoordelijk voor de interne KOPP-werking op de eenheid en bewaakt dat medewerkers aandacht hebben voor de kinderen. Bij cliënten met kinderen registreert men in het cliëntdossier de naam en de leeftijd van de kinderen en tracht men het preventiegesprek toe te passen. De voorziening is vragende partij voor de uitwerking van een uniform stappenplan over wat te doen ingeval van terechte verontrusting.

Een ander **psychiatrisch ziekenhuis** werkt vooral met mensen met een verslavingsproblematiek, een psychotische kwetsbaarheid of stemmings- of persoonlijkheidsstoornissen. Voor elke doelgroep is er mogelijkheid tot opname en dagbehandeling. Men bespreekt het thema ouderschap vooral met ouders uit de dagbehandeling, omdat zij hun ouderrol meer actief opnemen. Ongeveer 60% van de patiënten uit de dagbehandeling is ouder en men bespreekt tijdens de anamnese met elk van hen het thema ouderschap. Daarna biedt men standaard aan de kinderen van de ouders het KOPP-preventiegesprek aan. Ongeveer 10% van de kinderen komt effectief op gesprek; 90% stroomt dus niet door. Het zijn vooral de maatschappelijk werkers die het KOPP-preventiegesprek met de kinderen doen. Zij kunnen tijdens dit gesprek gebruik maken van een regionale verwijsgids rond KOPP. Deze gids bevat de vier pijlers van het KOPP-preventiegesprek, concrete vragen die de hulpverlener kan stellen en een uitgebreide literatuurlijst. Niet alle hulpverleners in het ziekenhuis hebben de juiste vaardigheden om een KOPP-preventiegesprek te voeren. Het vraagt bijzondere vaardigheden om aan een 8-jarige uit te leggen dat zijn ouder depressief is. Alle hulpverleners opleiden en inschakelen om een KOPP-preventiegesprek te voeren, vindt men geen goed idee. Wanneer uit het KOPP-gesprek blijkt dat er nood is aan bijkomende ondersteuning biedt men dit zelf, verwijst men het kind naar een doe-praat-groep,

biedt men de ouder een groepsgesprek rond ouderschap aan of schakelt men het VK in. De doe-praat-groepen voor kinderen focussen eveneens op de vier pijlers van het KOPP-preventiegesprek en worden georganiseerd door een lokale werkgroep van actoren (hulpverleners van de psychiatrische ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen en het CGG). Elk jaar probeert men twee doe-praat-groepen te organiseren: één voor kinderen van 8 tot 12 jaar en één voor jongeren van 13 tot 16 jaar. Men zou dit aanbod graag uitbreiden, maar heeft hiervoor niet de nodige middelen. De gespreksgroepen voor ouders worden door het psychiatrisch ziekenhuis zelf georganiseerd en focussen op wat de ouder zelf kan doen om zo goed mogelijk voor de kinderen te zorgen. Hoewel men tijdens deze gesprekken op een constructieve wijze rond ouderschap werkt, hebben sommige ouders het gevoel ervan beschuldigd te worden een slechte ouder te zijn. Men steekt veel energie in het doorbreken van deze weerstand. Tot slot is er een regionale intervisiegroep met partners uit de jeugdhulp (OCJ, CKG en een aantal thuisbegeleidingsdiensten) om concrete casussen te bespreken, elkaars werking te leren kennen, ervaringen uit te wisselen en een bepaalde thematiek vanuit het perspectief van de jeugdhulp en de volwassenpsychiatrie te bekijken. Deelname aan de intervisiegroepen is facultatief en kent een wisselend verloop.

2.1.5 Goede praktijken die door de deelnemers van de focusgroepen frequent worden toegepast

Het **KOPP-preventiegesprek** is de praktijk die het vaakst door hulpverleners uit de vier deelsectoren van de GGZ gebruikt wordt. Het gesprek focust op volgende vier pijlers: (1) het kind informeren over de problematiek, (2) stil staan bij de emotionele beleving van het kind, (3) een volwassen steunfiguur voor het kind zoeken en (4) ervoor zorgen dat het kind voldoende kinderactiviteiten kan doen. Het KOPP-preventiegesprek wordt op drie verschillende manieren toegepast. Sommige voorzieningen schakelen een collega-hulpverlener uit de GGZ voor kinderen en jongeren in om het KOPP-gesprek met de kinderen te voeren. Andere voorzieningen voeren het KOPP-gesprek met de ouders en trachten zo aan de veerkracht van de kinderen te werken. En derde groep van hulpverleners bereidt ouders voor om zelf een KOPP-preventiegesprek met hun kinderen te voeren. Hoewel hulpverleners uit de volwassenzorg evengoed geplaatst zijn om zelf een KOPP-preventiegesprek met de kinderen te voeren, gebeurt dit in de praktijk weinig.

De provinciale KOPP-werking van Limburg ontwikkelde recent met goedkeuring van het Familieplatform Geestelijke Gezondheid een **KOPP-werkkoffer**. De koffer bevat laagdrempelig materiaal (spelletjes, boeken) over verschillende thema's (psychose, depressie, etc.) voor hulpverleners die op een preventieve manier met de kinderen van hun cliënt aan de slag willen gaan.

Er zijn twee **filmpjes rond KOPP-kinderen** in omloop: eentje van Ketnet (Karrewiet) en eentje dat een psychiatrische voorziening uit Brugge maakte. De filmpjes zijn handig in gebruik tijdens een KOPP-preventiegesprek met kinderen.

Een voorziening die ouders met een drugsprobleem begeleidt, gebruikt tijdens cliëntgesprekken de **SIK-vragenlijst** als leidraad om een risico-inschatting te maken. Een andere voorziening maakt gebruik van de **KOPP-signalenkaart** die per leeftijdsgroep verontrustende signalen beschrijft. Sommige verpleegkundigen van Kind en Gezin doen beroep op de **POS-schaal** (schaal die problematische opvoedingssituaties in beeld brengt) om bij een niet-pluis-gevoel extra informatie te verzamelen over de opvoedcontext.

Sommige voorzieningen die ondersteuning aanbieden aan ouders met een drugsprobleem maken gebruik van een **vlaggensysteem** om het grensoverschrijdend gedrag van de cliënt te duiden. Het vlaggensysteem is een methodiek die in oorsprong gebruikt wordt om seksueel grensoverschrijdend gedrag bij kinderen en jongeren in te schatten, bespreekbaar te maken en daarop adequaat te reageren. Er wordt gewerkt met vier vlaggen om het gedrag te typeren: een groene vlag staat voor gedrag dat acceptabel is, een gele vlag voor licht grensoverschrijdend gedrag, een rode vlag voor ernstig grensoverschrijdend gedrag en een zwarte vlag voor zeer ernstig grensoverschrijdend gedrag. Een dergelijke methodiek helpt om de cliënt duidelijk te maken dat de situatie verontrustend is en biedt tegelijk perspectief. Je kan als hulpverlener aangeven dat het mogelijk is om van een rode vlag naar een groene vlag te gaan mits de nodige ondersteuning. Het systeem maakt de situatie voor de cliënt begrijpelijk en creëert tegelijk openheid om samen aan de slag te gaan.

De **MaPa-koffer** is een methode die geregeld gebruikt wordt door voorzieningen voor personen met een drugverslaving. De box is voor kleuters en kinderen uit de lagere school en gebaseerd op het prentboek “Als alles op zijn kop staat” van Evelien De Vlieger – een boek om het druggebruik van de ouder met het kind bespreekbaar te maken. De box zelf bestaat uit een verteltheater met handpop dat hulpverleners kunnen gebruiken om het verhaal uit het prentboek op een niet bedreigende manier aan kinderen te vertellen. Doorheen het verhaal kan het kind via kleine doe-opdrachten en verschillende attributen (poppetjes, kaartjes, etc.) zijn eigen verhaal maken en vertellen.

Heel wat organisaties in Vlaanderen beschikken voorts over een **stappenplan** over wat te doen in verontrustende situaties.

2.2 Wat vinden de deelnemers van de focusgroepen van de Nederlandse Kindcheck?

Volgens de hulpverleners die deelnamen aan de focusgroepen focust de Nederlandse Kindcheck te sterk op het detecteren van kinderen die door hun ouders mishandeld worden. De handleiding van Nederland komt soms te taxerend over en is daarom niet altijd even constructief. Men kijkt in Nederland erg vanuit een controlerende bril en de klemtoon ligt te sterk op het doen van een melding bij Veilig Thuis (de evenknie van de VK). Dit heeft deels te maken met de setting waarin de Nederlandse Kindcheck ontwikkeld werd: de spoedafdeling voor ouders in crisissituaties. Deze sector komt vaak in contact met extreme situaties en heeft naast het doen van een melding weinig andere ondersteuningsmogelijkheden.

Uit de Nederlandse onderzoekscijfers blijkt bovendien dat ouders niet afknappen op een verwijzing naar Veilig Thuis. De deelnemers van de focusgroepen wijzen er echter op dat Vlaamse cliënten een heel andere ingesteldheid hebben dan Nederlandse cliënten. Werken met Vlaamse cliënten vraagt meer diplomatie en een voorzichtige manier van aanpak. Het integraal overnemen van de Nederlandse Kindcheck is daarom geen goed idee.

2.3 Wat vinden de deelnemers van de focusgroepen van het idee om een Vlaamse Kindreflex uit te werken?

2.3.1 Opinie van deelnemers over een Vlaamse Kindreflex

De hulpverleners die deelnamen aan de focusgroepen staan zeer positief tegenover een Vlaamse Kindreflex. Men vindt het een evidentie dat hulpverleners uit de volwassenzorg ouderschap bespreekbaar maken. Het is een waardevolle benadering om te voorkomen dat psychische problemen van generatie op generatie worden doorgegeven. Het is echter niet duidelijk in welke mate de andere hulpverleners ook “believers” zijn. Het feit dat er voor de focusgroepen slechts een beperkte opkomst was, doet vermoeden dat niet alle voorzieningen even enthousiast zijn. Vandaag schenkt men op een aantal plaatsen in de GGZ voor volwassenen reeds aandacht aan de kinderen en de ouderrol van de cliënt – maar een verdere uitbreiding is noodzakelijk. Ook binnen voorzieningen verschilt de mate waarin men het thema ouderschap op tafel legt van individu tot individu. We zullen in het begin bij hulpverleners op heel wat weerstand tegen de invoering van de Kindreflex stuiten. Het zal dus veel energie vergen om alle hulpverleners op dezelfde lijn te krijgen en er zullen hoe dan ook hulpverleners bij zijn met een onwrikbare weerstand.

De insteek moet evenwel anders dan in Nederland. Men moet met de Vlaamse Kindreflex afstappen van een eenzijdige koppeling met kindermishandeling – zo niet zal de Kindreflex een negatief effect hebben op de cliëntrelatie. De Vlaamse Kindreflex richt zich best tot een bredere groep van cliënten en heeft oog voor het welzijn van de kinderen in de ruime zin. De Kindreflex houdt met andere woorden in dat hulpverleners met de cliënt in gesprek gaan over ouderschap en de kinderen, en de cliënt zo goed mogelijk ondersteunen in zijn rol als ouder. Men vertrekt daarbij vanuit een herstelgerichte visie waarin empowerment en het versterken van de veerkracht van ouders een centrale plaats hebben.

De meeste ouders zullen positief tegenover de Kindreflex staan en de extra ondersteuning die ze krijgen in hun rol als ouder omarmen. Veel ouders stellen zich vragen over hun rol als ouder en zijn bezorgd over de impact van hun eigen problematiek op het welbevinden van de kinderen. Ze hebben nood aan een gesprek over hun ouderschap, maar durven het thema zelf niet aan te dragen. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners hierin zelf het initiatief nemen en ouderschap ter sprake brengen. Cliënten die minder stilstaan bij het welzijn van de kinderen, zullen zich dankzij de Kindreflex bewuster worden van hun rol als ouder. Slechts weinig ouders zullen de hulpverlening omwille van de Kindreflex stopzetten. Meer nog, het zal heel wat ouders motiveren om met de hulpverlening door te gaan. Ouders beseffen immers dat ze door het stop zetten van de hulpverlening het welzijn van de kinderen in het gedrang brengen. Een kleine groep van ouders zal negatief staan tegenover de Kindreflex en liever niet over de kinderen praten. Het zal voor hulpverleners moeilijk zijn om bij deze groep een doorbraak te forceren.

2.3.2 Opinie van deelnemers over de naam “Kind-check”

Bij de opstart van dit project hielden we in eerste instantie de Nederlandse benaming aan, omdat er nog geen passend alternatief was. Wat de opinie van hulpverleners over de naam “de Kindcheck” betreft zijn er twee standpunten. Een deel van de hulpverleners vindt de naam Kindcheck goed gekozen en stelt voor om deze te behouden. Het is volgens hen duidelijk waarvoor de naam staat – namelijk checken of de cliënt kinderen heeft en hoe het met de kinderen gaat.

Volgens een ander deel van de hulpverleners verwijst de naam “de Kindcheck” te veel naar controle en “met het vingertje wijzen”. De term schrik mensen af. Het is beter om te kiezen voor een naam met een positieve connotatie, zoals: Kind in de kijker; Kind in-zicht; Aandacht voor het kind; de Kindreflex; Hoe gaat het met de kinderen? Een bijkomend argument om voor een andere naam te kiezen, is dat hulpverleners bij het googelen van de naam “Kindcheck” wellicht op de Nederlandse pagina terecht zullen komen. In overleg met de leden van de stuurgroep werd finaal voor de Kindreflex gekozen.

Ook de naam “Vertrouwenscentra Kindermishandeling” ligt gevoelig. De naam komt voor ouders bedreigend, stigmatiserend en veroordelend over. De naam “Veilig Thuis” vindt men veel neutraler. De organisatie geeft zelf aan dat de naam VK al jaren onder vuur ligt. Men koos indertijd voor de naam omdat deze goed weergeeft waarvoor de organisatie staat, namelijk zich inzetten voor kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling.

2.4 Hoe moet de Vlaamse Kindreflex er volgens de deelnemers van de focusgroepen uitzien?

2.4.1 Wat moet de Kindreflex volgens de deelnemers wel en niet zijn?

Wat het niet moet zijn

De Kindreflex mag geen checklist of vragenlijst worden die men verplicht moet afnemen om in orde te zijn met de zorginspectie. Deze aanpak werkt contraproductief en zal heel wat cliënten afschrikken. Als je met ouders rond het kind wil werken, moet je een veilig klimaat scheppen en dat doe je niet door de cliënt tijdens de intake met een vragenlijst te confronteren. Een vragenlijst komt controlerend over. Je zal op deze manier niet de nodige informatie uit de ouder krijgen.

Wat het wel moet zijn

De Kindreflex moet volgens de deelnemers een manier worden om het thema ouderschap bespreekbaar te maken en het bewustzijn van ouders te vergroten. Het moet hulpverleners ertoe brengen om niet enkel de specifieke hulpvraag van de cliënt te behandelen, maar om ook aandacht te hebben voor de kinderen van de cliënt en de cliënt waar nodig te ondersteunen in zijn rol als ouder. De Kindreflex moet eerder een stappenplan, leidraad of richtlijn zijn die hulpverleners tijdens het behandelen van cliënten in het achterhoofd houden.

Volgende stappen moeten volgens de hulpverleners in het stappenplan aan bod komen:

Een eerste stap is met de cliënt een gesprek over de kinderen en de rol als ouder aanknopen. Je legt de cliënt uit dat het hebben van een psychisch probleem een impact kan hebben op het ouderschap en probeert zicht te krijgen op de veiligheid en het welzijn van de kinderen in de brede zin. Dat betekent dat hulpverleners eveneens nagaan of het kind hobby's heeft en voldoende in contact komt met anderen.

In een tweede stap proberen hulpverleners versterkend te werken door zelf met de ouders aan de slag te gaan. Tijdens de begeleiding is de visie van empowerment heel belangrijk: ouders moeten de boodschap krijgen dat ze zelf iets voor hun kinderen kunnen doen. Het versterken van de veerkracht is een tweede belangrijk onderdeel van de begeleiding. Hulpverleners proberen cliënten en hun kinderen te versterken om er gegeven de situatie het beste van te maken. Het voeren van een KOPP-preventiegesprek met de ouder en/of het kind kan een standaard onderdeel van de begeleiding worden.

Hulpverleners benadrukken dat het weinig zin heeft om snel te problematiseren en niet altijd nodig is om bijkomende hulp in te schakelen. Voor veel ouders is het voldoende om geregeld stil te staan bij de rol van de cliënt als ouder.

Wanneer er nood is aan extra ondersteuning, zorgt de hulpverlener voor de juiste verwijzing en een nauwgezette opvolging. De hulpverlener blijft verantwoordelijk voor de cliënt tot de bijkomende ondersteuning opstart. Dat betekent dat de hulpverlener overbruggingshulp aanbiedt wanneer er bij de verwezen voorziening een wachtlijst is. Voor cliënten met een verslavingsproblematiek is casemanagement van groot belang. Mensen met een verslaving hebben vaak weinig of geen vertrouwen in anderen en haken snel af. Het is daarom aangewezen om als hulpverlener aanklampend en directief te werken: je regelt de nodige hulp, brengt de betrokken hulpverleners samen rond de tafel en volgt de eerste gesprekken mee op.

Wanneer de situatie onveilig is en je als hulpverlener niet goed weet wat gedaan is, is het aan te bevelen om anoniem een consult te vragen aan het VK of het OCJ. Op basis van dit consult probeert de hulpverlener de cliënt verder op te volgen.

Het is niet de bedoeling om met de Kindreflex bij het kleinste teken van verontrusting een melding te doen. Wanneer ouders in begeleiding zijn en werken aan hun situatie, is het doen van een melding niet meteen aan de orde. Het is beter om de cliënt zo lang mogelijk zelf op te volgen om de vertrouwensrelatie niet te schaden.

In gevaarlijke situaties – wanneer er sprake is van ernstige verwaarlozing van het kind – heeft verder opvolgen geen zin en is het doen van een melding noodzakelijk. Ook wanneer je als hulpverlener niet bij de cliënt kan doordringen, ga je best over tot een melding zodat een andere hulpverlener contact kan maken met de kinderen. Bij het doen van een melding is het belangrijk dat de hulpverlener hierover een gesprek met de cliënt heeft en deze goed informeert over wat hem te wachten staat. Wanneer het VK de zaak overneemt, houden zij de meldende voorziening op de hoogte over het verdere verloop.

Er is een groot verschil tussen de ondersteuning die de diverse deelsectoren van de GGZ kunnen aanbieden. Niet elke deelsector is namelijk in de mogelijkheid om de cliënt zelf intensief op te volgen. Voor elke deelsector een apart stappenplan uitwerken is niet opportuun. Het is wel een optie dat de onderzoekers twee versies uittekenen: een versie voor voorzieningen die een lang traject met de cliënt afleggen en een versie voor voorzieningen die hun cliënt kortdurend of slechts éénmaal zien. De eerste groep van voorzieningen heeft de nodige capaciteit en bagage om zelf ondersteuning aan hun cliënt aan te bieden. De tweede groep van voorzieningen heeft deze mogelijkheden niet; zij zijn sneller aangewezen op het doen van een melding. Een andere optie is om net als in Nederland een generiek stappenplan te ontwikkelen dat organisaties als basismodel kunnen gebruiken bij de uitwerking van een eigen stappenplan afgestemd op de werkcontext.

2.4.2 Wie moet volgens de deelnemers de Kindreflex doen?

Tijdens de focusgroepen kwam duidelijk naar voor dat het afnemen van de Kindreflex een taak is voor alle deelsectoren en voor gelijk welke functie binnen de GGZ.

Daarnaast moet de Kindreflex een intersectoraal verhaal worden waarbij ook hulpverleners buiten de GGZ overgaan tot het afnemen van de Kindreflex. Belangrijke groepen om te includeren zijn huisartsen, urgentieartsen of -verpleegkundigen, gynaecologen, psychiaters, internisten, en hulpverleners die aan huis komen en dus goed zicht hebben op de thuissituatie van cliënten (bv. maaltijdbezorgers, familiehelp). De Kindreflex standaard in alle situaties afnemen, is in de andere sectoren echter minder

aangewezen. Zo is het weinig zinvol dat een gynaecoloog bij elke cliënt nagaat of de gezinssituatie veilig is. Enkel in verontrustende situaties of wanneer de cliënt een van de drie problematieken heeft, is het uitvoeren van de Kindreflex nodig.

Het stappenplan moet er voor hulpverleners buiten de GGZ ook anders uitzien. Een huisarts, een spoedarts of een verpleegkundige op een spoedafdeling heeft niet altijd de ruimte en de nodige bagage om patiënten te ondersteunen in hun rol als ouder. Een verwijzing of een melding doen is voor deze beroepsgroepen veel sneller aan de orde.

2.4.3 Wanneer moet men volgens de deelnemers de Kindreflex doen?

Binnen de GGZ moeten hulpverleners de Kindreflex in alle situaties afnemen en dus niet enkel in crisis- of verontrustende situaties. Bij het selectief toepassen van de Kindreflex bestaat anders het risico dat kinderen die opgroeien in een verdoken verontrustende situatie buiten beeld blijven tot wanneer er een crisis uitbreekt. Er zijn immers heel wat gezinnen die er op het eerste zicht oké uitzien, maar waarbij er na verdere bevraging toch meer aan de hand blijkt te zijn. Bovendien kan elk KOPP-kind – ongeacht of het in een veilige of onveilige situatie opgroeit – vanuit preventief oogpunt baat hebben bij een KOPP-preventiegesprek of een andere vorm van ondersteuning.

Hulpverleners laten de cliënt best al van bij het eerste contact weten dat ze ook aandacht besteden aan de kinderen en de ouderrol van de cliënt. Het komt voor cliënten minder bedreigend over als hulpverleners van in het begin duidelijk meegeven dat dit de standaardaanpak van de voorziening is. Het laat ook toe om in een vroeg stadium hulp aan te bieden waardoor escalaties in het gezin vermeden kunnen worden. Wanneer je als hulpverlener wacht met het afnemen van de Kindreflex tot zich een verontrustende situatie aandient, zal de cliënt zich bedreigd voelen en weerstand vertonen.

2.4.4 Hoe moet men volgens de deelnemers de Kindreflex doen?

Bij het afnemen van de Kindreflex is de houding van de hulpverlener van groot belang. Volwassen patiënten zijn heel kwetsbaar als je hen aanspreekt op hun ouderrol. Je mag als hulpverlener niet bedreigend overkomen en ouders het gevoel geven dat ze een slechte ouder zijn. Je voert het gesprek vanuit een eerlijke en zorgende houding en niet vanuit een controlerende en repressieve houding. Je bent er als hulpverlener om te helpen en niet om te beschuldigen. Als hulpverlener moet je ervan uitgaan dat iedereen een goede ouder wil zijn en het beste voor heeft met zijn kind. Als je deze houding aanneemt, zal er bij ouders een grotere bereidheid zijn om ondersteuning bij de opvoeding van de kinderen te aanvaarden.

2.5 Welke materialen moeten er volgens de deelnemers van de focusgroepen ontwikkeld worden ter ondersteuning van de implementatie van de Kindreflex?

2.5.1 Ondersteunende materialen die volgens de deelnemers nodig zijn

Het aanbod van materialen moet voldoende ruim zijn, zodat organisaties kunnen kiezen met welke materialen zij aan de slag gaan. Volgende materialen vinden hulpverleners het meest werkbaar:

- een steekkaart of korte richtlijn met een duidelijk stappenplan;
- een training, eventueel met een train-the-trainer formule;
- een online tool met verdiepingsmodules.

De steekkaart met essentiële informatie en een duidelijk stappenplan biedt houvast en kan tijdens een consultatie door hulpverleners makkelijk ter hand genomen worden. Een dergelijk instrument is zinvol en wordt in de praktijk het meest gebruikt.

Hulpverleners die graag meer informatie wensen, kunnen daarvoor op de online tool terecht. De tool is eveneens interessant voor hulpverleners die niet aan de opleiding konden deelnemen of voor hulpverleners die de training een tijd geleden volgden en hun kennis graag willen opfrissen.

De materialen moeten bovendien laagdrempelig, behapbaar, kernachtig en gratis zijn zodat ze alle GGZ-hulpverleners aanspreken. Een uitgebreide handleiding werkt drempelverhogend. Het is ook belangrijk om in de materialen eenvoudige bewoording te gebruiken. Het moet in de hulpverlening – zeker in verontrustende situaties – allemaal heel snel gaan. Een lange tekst met veel moeilijke woorden wordt snel opzijgeschoven.

Een goede opleiding is onmisbaar. Veel hulpverleners zijn sneller geneigd om een workshop of cursus te volgen dan om een handleiding door te nemen.

Er worden best aparte materialen voorzien voor hulpverleners binnen en buiten de GGZ. De eerste groep kan meerdere pistes bewandelen en is dus gebaat bij materialen die meer in de diepte gaan. Voor de tweede groep moet de boodschap kort en krachtig zijn.

2.5.2 De suïcidepreventiewerking van de CGG als goed voorbeeld

Tijdens de focusgroepen schoven verschillende hulpverleners de suïcidepreventiewerking van de CGG naar voor als een goede manier van aanpak. De werking richt zich tot alle belangrijke intermediairs inzake suïcidepreventie en organiseert op regelmatige basis een open vormingsaanbod voor verschillende doelgroepen. Daarnaast geeft de werking vorming op maat, aangepast aan de individuele noden en behoeften van een organisatie. Organisaties zijn in principe verplicht om hun hulpverleners een opleiding rond suïcidepreventie te laten volgen. Dit is namelijk een evaluatiecriterium van zorginspectie wat er tevens voor gezorgd heeft dat men op korte termijn veel vooruitgang kon boeken.

De suïcidepreventiewerking voorziet een multidisciplinaire richtlijn voor voorzieningen over wat te doen bij een vermoeden van suïcidaliteit of suïcidale ideatie. Daarnaast kunnen organisaties coaching vragen bij het opmaken van een suïcidepreventiebeleid op maat van de eigen werking. Doordat de preventiewerkers ondersteuning aanbieden, hebben hulpverleners niet het gevoel overladen te worden met werk.

Er is ook een e-learning tool die hulpverleners kunnen gebruiken voor verdere ondersteuning. De e-learning tool is volgens hulpverleners handig in gebruik en goed opgebouwd. De tool bevat verschillende modules en speelt in op diverse groepen van hulpverleners (psychologen, dokters, etc.). Op het einde van de tool krijgen hulpverleners een getuigschrift.

Tot slot vindt men de website rond suïcidepreventie (www.zelfmoord1813.be) zeer helpend en wordt deze door hulpverleners vaak gebruikt. De website is inhoudelijk veelzijdig, goed onderbouwd, to the point, legt uit waarom het als hulpverlener belangrijk is om met de cliënt een gesprek rond suïcide aan te gaan en reikt concrete handvatten aan over hoe dit gesprek te voeren. Het is tevens een sterkte dat alles met betrekking tot suïcide op één plek te vinden is.

2.5.3 Topics die volgens de deelnemers in de materialen aan bod moeten komen

De training en de online tool moeten inspelen op volgende thema's:

- **Gespreksvaardigheden.** Concrete handvatten aanreiken om een gesprek over de kinderen en ouderschap aan te gaan. Dit is vooral belangrijk voor hulpverleners die minder thuis zijn in dit thema; voor hen kan het intimiderend zijn om het thema bij de patiënt aan te snijden. Het is belangrijk om voor hen een concrete voorzet te geven: Wat zijn goede openingsvragen? Welke context geef je mee om het thema op een niet bedreigende manier te introduceren? Wat is een goed moment om dit te doen? Een filmpje om de juiste toon en houding van de hulpverlener te illustreren, kan een meerwaarde zijn. KOPP-Vlaanderen maakte indertijd een filmpje waarin het KOPP-preventiegesprek werd nagespeeld en fungeert als goed voorbeeld. De dienst intrafamiliaal geweld van het CAW is expert in het voeren van dergelijke confronterende gesprekken. Ook daar valt inspiratie te halen.
- De vier basisprincipes van het KOPP-preventiegesprek of een ander achterliggend veerkrachtmodel.
- **Signalen en risicotaxatie-instrumenten.** Het zou handig zijn indien de materialen een lijst van beschermende en risicofactoren bevatten waarop je als hulpverlener moet letten. Eveneens helpend is een goed instrument om de ernst van de situatie in te schatten.
- **De wetgeving met betrekking tot het beroepsgeheim en de meldplicht.** Het is belangrijk om dit thema helder en beknopt te behandelen. Hoe breng je verschillende actoren samen tijdens een casuoverleg? Mag je open over een cliënt spreken? Wat mag je tijdens zo een gesprek bespreken? Hoe maak je een afweging tussen je plichten en rechten als hulpverlener? Wanneer kies je best voor het beroepsgeheim? Wanneer pleeg je schuldig verzuim?
- **Verantwoordelijkheden.** Welke verantwoordelijkheden heeft de hulpverlener die de Kindreflex uitvoert?
- **Opvoeding.** Wat is een goede opvoeding? Elke persoon verstaat hier iets anders onder. Wat zijn terechte bezorgdheden? Wat is het verschil tussen ouderschap en opvoederschap? Een goede opvoeding wordt best ook gedefinieerd in functie van de leeftijd van het kind. In het impactrapport van Augeo wordt dit thema ook besproken, maar de criteria die men daar hanteert zijn zeer streng.
- **Hulpverleningsaanbod.** Het hele hulpverleningsaanbod in kaart brengen is weinig evident: het landschap is omvangrijk, regionaal verschillend en continu in beweging. Het zou wel goed zijn om per provincie een overzicht te geven van de belangrijkste spelers in de jeugdhulp (CLB, VK, OCJ, CKG, etc.). Hulpverleners uit de volwassenzorg zijn immers weinig vertrouwd met deze sector. We geven hierbij best aan wie hulpverleners kunnen contacteren voor een consult (OCJ, VK, regionale overlegmomenten of overlegtafels etc.), welke jeugdhulp rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijk is, wie anonieme en vrijwillige hulp aanbiedt en hoe men niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp kan inschakelen. Het overzicht moet bovendien pragmatisch zijn: waar kan je als hulpverlener rechtstreeks en op korte termijn terecht? Hoe lang zijn de wachtlijsten?

- **Cultuursensitieve zorg.** Hoe de Kindreflex toepassen bij cliënten van een andere cultuur? Dit is een belangrijk thema. Er zijn grote cultuurverschillen in de manier waarop men ouderschap invult. Westerse hulpverleners dringen de Westerse manier van opvoeden sterk op, terwijl slechts een kwart van de wereldbevolking een Westers idee over opvoeding heeft. Ook mensen die in een kansarm gezin opgroeien hebben vaak andere ideeën over opvoeden.
- **Stappenplan.** Er moet een duidelijk stappenplan uitgewerkt worden dat beschrijft wat je als hulpverlener kan doen nadat je de kinderen en de ouderrol bespreekbaar hebt gemaakt. Wat kan je als hulpverlener zelf doen alvorens een melding te doen? In welke situaties ondersteun je de cliënt in zijn rol als ouder en in welke situaties doe je beter een melding? Wat doe je wanneer zich plots een crisis voordoet en de thuissituatie niet langer houdbaar is? Deze keuzes mogen niet gevoelsmatig gebeuren. Er moet een objectieve richtlijn zijn over wat wanneer aan de orde is. Het stappenplan moet ook duidelijk aangeven welke stappen men moet zetten als er mishandeling in het spel is.
- **Casussen.** Het zou goed zijn om een aantal cases in de materialen te behandelen. Hoe voer je het gesprek in geval er geen verontrusting is? Hoe ga je het gesprek aan in geval de situatie erg zorgwekkend lijkt en je de kinderen niet te zien krijgt?

2.6 Wat zijn volgens de deelnemers van de focusgroepen noodzakelijke voorwaarden voor een succesvolle implementatie van een Vlaamse Kindreflex?

2.6.1 Attitude switch bij hulpverleners

Vragen naar de kinderen wordt door hulpverleners nog te weinig als een evidentie gezien. Veel hulpverleners beschouwen de kinderen niet als hun verantwoordelijkheid. Er moet een sensibilisering bij hulpverleners komen zodat het afnemen van de Kindreflex iets vanzelfsprekend wordt. De kernboodschap moet zijn: als je met mensen werkt, moet je met het volledige plaatje werken en dus ook vragen over de kinderen stellen. Ouderschap is namelijk een belangrijk onderdeel van iemands identiteit. De hulpverlener moet de ouder mee ondersteunen in zijn rol als ouder en hier preventief te werk gaan. Dat betekent standaard ondersteuning aanbieden en niet wachten tot een crisissituatie zich aandient.

Hulpverleners uit de ambulante sector verdienen volgens deelnemers tijdens de implementatie bijzondere aandacht aangezien cliënten uit de ambulante GGZ hun rol als ouders actiever opnemen dan cliënten uit de residentiële GGZ. Voorts leert de ervaring met KOPP dat het minder evident is om bij oudere hulpverleners een attitude switch te realiseren.

2.6.2 Training met opvolgmomenten

Idealiter volgen alle hulpverleners binnen een organisatie de opleiding over de Kindreflex. Maar is dit realistisch? De CGG-sector telt meer dan 400 VTE en een psychiatrisch ziekenhuis heeft ongeveer 160 VTE. Hen allemaal opleiden wordt een kostelijke zaak.

Het is daarom een optie om met een **train-the-trainer formule** te werken waarbij men **referentiepersonen opleidt die de Kindreflex daarna verder uitdragen naar de eigen organisatie**. Om binnen een organisatie tot voldoende draagkracht te komen, is het aan te bevelen om per voorziening meer dan één referentiepersoon op te leiden. De opleidingen worden best regionaal georganiseerd, zodat hulpverleners kennis kunnen maken met andere hulpverleners uit hun regio. De VK zouden goed

geplaatst zijn om het opleidingsaanbod lokaal te organiseren en voor referentiepersonen als aanspreekpunt te fungeren. Zij werken vaak samen met actoren uit zowel de hulpverlening voor volwassenen als de jeugdhulp. Bovendien kunnen hulpverleners tijdens de opleiding meteen kennismaken met het VK en een goede samenwerking met hen opbouwen.

Naast de opleiding, is **opvolging en herhaling** nodig opdat de Kindreflex een manier van denken wordt. Het zou een meerwaarde zijn om een aantal terugkomdagen of om de twee jaar een vervolgcursus voor de referentiepersonen te voorzien, zodat de kennis geregeld wordt opgefrist en hulpverleners tijdig een nieuwe dosis inspiratie krijgen. Eventueel kunnen er regionale platforms of intervisiemomenten georganiseerd worden waarbij de referentiepersonen binnen een regio op geregelde basis samenkomen voor casuoverleg. Hiervoor moet men wel de nodige middelen voorzien.

Voorzieningen kunnen de Kindreflex aan bod laten komen in de basisopleiding die ze zelf voor nieuwe medewerkers organiseren. Het is eveneens een mogelijkheid om het volgen van de training op te nemen in het kwaliteitsbeleid van voorzieningen. Voor ziekenhuizen kan men het volgen van de opleiding bv. integreren in de kwaliteitslabels die de Joint Commission International (JCI) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de zorg (NIAZ) toekennen. Daarnaast moet de Kindreflex ook geïntegreerd worden in de master- en bacheloropleiding van hulpverleners.

2.6.3 Referentiepersonen

Elke voorziening stelt best een aantal ambassadeurs of referentiepersonen aan die ervoor zorgen dat de Kindreflex ook bij de andere hulpverleners in de organisatie een automatische reflex wordt. Het valt aan te bevelen om in de organisatie met meerdere referentiepersonen te werken, zodat de implementatie niet op de schouders van één persoon rust. Wanneer een referentiepersoon uit de organisatie vertrekt, moet men een opvolger aanduiden zodat de Kindreflex niet van de radar verdwijnt. De ambassadeur ziet erop toe dat hulpverleners die werken vanuit verschillende disciplines de Kindreflex toepassen, geeft advies over moeilijke casussen en brengt de Kindreflex geregeld op de agenda van teamvergaderingen.

2.6.4 Wettelijk kader

In Nederland is er met de wet verplichte meldcode een wettelijk kader dat hulpverleners verplicht om de Kindreflex uit te voeren. De meldcode verplicht hen echter niet om een melding te doen. Net als in België hebben Nederlandse hulpverleners een meldrecht en dus geen meldplicht. Dit wil zeggen dat hulpverleners de vrijheid behouden om geen melding te doen wanneer ze van oordeel zijn dat ze de cliënt zelf voldoende ondersteuning kunnen bieden.

Het zou goed zijn als er ook in België een wettelijk kader komt over wat te doen ingeval van verontrusting met de Kindreflex als verplicht onderdeel. Op deze manier geeft de overheid duidelijk te kennen dat de Kindreflex voor haar een prioriteit is en krijgen hulpverleners een officieel mandaat om zaken op tafel te leggen. Het systematisch uitvoeren van de Kindreflex kan men bovendien opnemen in de kwaliteitscriteria van voorzieningen. Voorzieningen die de Kindreflex niet systematisch uitvoeren kan men sanctioneren en voorzieningen die dit wel consequent doen belonen door hen een label van kindvriendelijke voorziening toe te kennen. Hoe dan ook, zonder verplichting, wordt de implementatie van de Kindreflex een werk van lange adem.

Bij de uitwerking van een wettelijk kader dient men het beroepsgeheim mee in ogenschouw te nemen. Het beroepsgeheim is in principe federale materie, maar in Vlaanderen lopen er diverse projecten die de grenzen van het beroepsgeheim aftasten.

2.6.5 Registratie

Enkele hulpverleners opperen dat het zinvol kan zijn om de Kindreflex in te bouwen in de registratiesystemen van organisaties, zodat men dit niet uit het oog verliest. Sommige hulpverleners registreren nu reeds gegevens over de kinderen in het cliëntdossier. Het helpt hen om meer aandacht te hebben voor de kinderen en de rol van de ouder en men ervaart dit niet als een extra registratieballast.

Andere hulpverleners staan zeer afkerig tegenover dit idee. Men moet volgens hen vermijden dat de Kindreflex een afvinkitem wordt waar extra registratielast aan verbonden is. Men besteedt vandaag al zeer veel tijd aan registreren. Vragen naar de kinderen moet vanuit het hart komen en niet gebeuren omdat het een verplicht item in een registratiesysteem is.

Heel laagdrempelige voorzieningen, zoals de opvoedingswinkels of de OCMW, waarschuwen echter voor een te sterke formalisering. Dergelijke voorzieningen hebben geen cliëntdossiers en doen geen intakes om de hulpverlening laagdrempelig te houden voor kwetsbare groepen die zeer wantrouwig staan ten aanzien van de hulpverlening. Binnen de GGZ moet er ruimte blijven voor vrijblijvende anonieme hulpverlening. Het is geen goed idee om hulpverleners uit deze settings te verplichten om gegevens met betrekking tot de Kindreflex te registreren. Hoe meer men formaliseert, hoe meer het laagdrempelige karakter van de hulpverlening verdwijnt en hoe meer men de kwetsbare groep van wantrouwige patiënten kwijt speelt.

2.6.6 Versterking van het hulpverleningsaanbod

De implementatie van de Kindreflex zal leiden tot een gigantische toename van consultvragen en meldingen bij het VK en de OCJ. De VK en de OCJ moeten sterker bemand worden om de grotere vraag op te vangen. Daarnaast zal de Kindreflex veel nieuwe verontrustende situaties aan het licht brengen. Zijn de jeugdhulp en de hulpverlening voor volwassenen hier klaar voor? De jeugdhulp kampt nu reeds met grote wachtlijsten. Het heeft geen zin om een Kindreflex te installeren als er geen adequate opvolging voorzien kan worden. De Kindreflex mag geen kinderen in beeld brengen om ze nadien in de kou te laten staan. Een succesvolle implementatie van de Kindreflex is enkel mogelijk als men de VK, de OCJ en de jeugdhulp versterkt.

2.6.7 Een goede vertaling van het generieke stappenplan naar de eigen context

Een concreet stappenplan is belangrijk om hulpverleners de nodige houvast te bieden. Het is evenwel een onbegonnen zaak om voor elke sub-sector binnen de GGZ een apart stappenplan uit te tekenen. Het valt aan te bevelen om een generiek stappenplan of een standaardrichtlijn uit te tekenen die organisaties vervolgens kunnen aanpassen aan de eigen werkcontext. Deze vertaal oefening zorgt bovendien voor een sterkere affiniteit met de Kindreflex.

Het uitwerken van een eigen stappenplan is een taak die de referentiepersoon op zich zou kunnen nemen. Het stappenplan is best zo concreet mogelijk. Wanneer de Kindreflex afnemen? Om de hoeveel tijd de Kindreflex op het teamoverleg bespreken? Bij welke dienst, afdeling, persoon kunnen hulpverleners terecht voor advies of verdere ondersteuning?

2.6.8 De Kindreflex opnemen in de visie van de organisatie

De visie en de cultuur van een organisatie zijn zeer bepalend voor de attitude van haar hulpverleners. Het is daarom belangrijk om de directies van organisaties mee te hebben en ervoor te zorgen dat aandacht hebben voor de kinderen en de ouderrol van de cliënt deel uitmaakt van de visie van de organisatie. Dan is het voor hulpverleners meteen duidelijk dat dit van hen wordt verwacht. Het is voor organisaties eveneens aan te bevelen om van de Kindreflex een vast agendapunt tijdens teamvergaderingen te maken. Op deze manier creëer je gedragenheid in de organisatie en blijft het niet hangen bij enkele individuen.

2.6.9 Voldoende middelen voor de implementatie

Het is belangrijk om voldoende middelen voor de implementatie te voorzien, anders wordt het volgens stakeholders een maat voor niets. In het eerste werkjaar zijn er per provincie minstens vijf FTE nodig om een goede implementatie binnen de verschillende organisaties te realiseren.

Daarnaast moeten organisaties zelf de nodige financiële ondersteuning krijgen om de vorming te volgen, een eigen stappenplan uit te werken, deel te nemen aan intervisiemomenten en tijdens hun praktijkvoering intensief met de Kindreflex bezig te kunnen zijn. Hulpverleners mogen niet het gevoel krijgen dat er met de Kindreflex weer iets extra aan hun takenpakket wordt toegevoegd zonder dat er iets tegenover staat. Zonder financiële vergoeding zal de implementatie van de Kindreflex afhankelijk zijn van de goeie wil en de intrinsieke motivatie van hulpverleners en is de kans reëel dat veel hulpverleners de Kindreflex niet zullen doen. Er wordt vandaag zodanig veel van hulpverleners verwacht, dat men genoodzaakt is om prioriteiten te stellen. Men kan niet aan alles tegemoetkomen.

2.6.10 De kloof tussen jeugdhulp en hulpverlening voor volwassenen overbruggen

Er is vandaag weinig samenwerking tussen de jeugd- en de hulpverlening voor volwassenen: beide sectoren kennen elkaar onvoldoende en doen weinig beroep op elkaar. Hulpverleners uit de volwassenzorg hebben niet de reflex om de jeugdhulp te contacteren voor een advies over een moeilijke situatie waarover men zelf weinig kennis heeft. Een telefoontje is nochtans snel gebeurd en werkt inspirerend. Bovendien kan je de situatie anoniem voorleggen. Wanneer men toch beroep doet op elkaar, verloopt de samenwerking niet altijd even vlot. Wanneer hulpverleners voor volwassenen naar de jeugdhulp verwijzen, wordt men vaak niet op de hoogte gebracht van de aangeboden hulp of de stopzetting van de hulp. Het versterken van de samenwerking en de communicatie tussen de hulpverlening voor volwassenen en de jeugdhulp is aldus een belangrijk punt van aandacht.

Daarnaast is het belangrijk om de opsplitsing tussen jeugdhulp en hulpverlening voor volwassenen weg te werken. Beide sectoren moeten meer in elkaar schuiven. Hulpverleners die in de volwassenzorg werken, moeten ook een stuk rond de kinderen werken en omgekeerd. De Kindreflex kan hier mogelijk verbindend werken.

Binnen de netwerken GGZ voor kinderen en jongeren die recent van start zijn gegaan, wordt er geïnvesteerd in een intersectorale consult- en liaisonfunctie voor kinderen van ouders met psychische problemen. De functie is gericht op het versterken van de samenwerking tussen enerzijds de GGZ voor kinderen en jongeren en anderzijds de hulpverlening aan volwassenen in het algemeen en de GGZ voor volwassenen in het bijzonder. Het is belangrijk om te bekijken welke rol deze liaisonfunctie kan spelen bij de implementatie van de Kindreflex.

Als laatste merkten verschillende hulpverleners op dat ook in de masteropleiding de kloof tussen hulpverlening voor kinderen en jongeren versus hulpverlening voor volwassenen te prominent aanwezig is. Studenten die voor hulpverlening voor volwassenen kiezen, leren bijna niets over kinderen en omgekeerd, terwijl de klinische praktijk minder afgegrensd is. Het is niet logisch om van hulpverleners die met volwassenen werken te verwachten dat ze aandacht hebben voor de kinderen van cliënten wanneer de opleiding beide disciplines volledig uiteen trekt. In andere landen is die opsplitsing in de opleiding minder uitgesproken.

2.6.11 Een plan in evolutie

Het is goed om vooraf focusgroepen en expertgroepen met de sectoren te organiseren om te bevragen hoe de Kindreflex er precies moet uitzien. Echter, van zodra het werkveld met de Kindreflex aan de slag gaat, zullen bijkomende vragen en bedenkingen zich aandienen. Het valt daarom aan te bevelen om tijdens het implementatietraject de mogelijkheid te voorzien om de aanpak en de materialen verder bij te schaven.

3 Synthese van de focusgroepen

De resultaten van de focusgroepen laten zien dat de Vlaamse **GGZ-organisaties en hulpverleners vandaag al heel wat inspanningen leveren** om het welzijn van kinderen van ouders met psychische problemen te waarborgen. Dit geldt in het bijzonder voor hulpverleners uit de verslavingszorg en de residentiële zorg. In verschillende organisaties vraagt men tijdens de intake of de cliënt kinderen heeft, probeert men de cliënt te steunen in zijn rol als ouder (door het KOPP-preventiegesprek aan te bieden of externe hulp in te schakelen) en consulteert men in geval van verontrusting de VK, de OCJ of een regionaal overlegplatform. Meldingen van verontrusting gebeuren eveneens – maar enkel in uitzonderlijke situaties. Sommige voorzieningen hebben ook een eigen stappenplan kindermishandeling om hulpverleners die te maken krijgen met verontrusting te ondersteunen. Daarnaast passen hulpverleners in hun dagelijkse praktijk diverse wetenschappelijk onderbouwde praktijken toe die nauw aanleunen bij de Kindreflex. Instrumenten zoals de SIK-vragenlijst worden frequent aangewend om de mate van verontrusting in te schatten. Het KOPP-preventiegesprek is de praktijk die het vaakst ter sprake kwam. Veel hulpverleners gebruiken deze methodiek om ouderschap met hun cliënt te bespreken en hen de nodige handvatten aan te reiken. Al deze bevindingen tonen dat de implementatie van een Vlaamse Kindreflex voor veel hulpverleners geen nieuw gegeven zal zijn, maar nauw aansluit bij de huidige manier van werken.

Een belangrijke nuance om rekening mee te houden is dat er **onder de hulpverleners en wellicht ook tussen de voorzieningen een grote diversiteit** heerst in de mate waarin men aandacht schenkt aan de kinderen en de ouderrol van cliënten. Sommige hulpverleners doen dit van nature, andere doen dit niet maar zijn wel bereid om dit te doen, en nog anderen zullen zich hiertegen verzetten. Oudere hulpverleners, zelfstandigen en hulpverleners uit de ambulante sector verdienen volgens de deelnemers van de focusgroepen tijdens de implementatie van de Kindreflex bijzondere aandacht.

De focusgroepen wierpen ook een licht op **de attitudes van ouders** zelf – weliswaar vanuit het perspectief van de hulpverlener. Veel ouders appreciëren het volgens professionelen wanneer de hulpverlening aandacht schenkt aan de kinderen en het ouderschap. Ouders stellen zich vragen over hun rol als ouder, zijn bezorgd over de impact van de eigen problematiek op het welbevinden van de kinderen en hebben nood aan meer ondersteuning op het vlak van ouderschap. Het MARIO-project in

Nederland leidde tot gelijkaardige conclusies. Enkel bij heel kwetsbare groepen – met name bij mensen met een zeer ernstige en langdurige verslavingsproblematiek – heerst er soms een moeilijk te doorbreken weerstand om rond ouderschap te werken.

De **hulpverleners** die deelnamen aan de focusgroepen stonden **zeer positief tegenover de introductie van een Kindreflex in Vlaanderen**. Meer nog, men vond de Kindreflex en het bespreekbaar maken van ouderschap een evidentie. Het is volgens hulpverleners een van de meest waardevolle interventies om te voorkomen dat de kinderen van ouders met psychische problemen later eenzelfde problematiek ontwikkelen. Ook hier houden we er rekening mee dat niet alle hulpverleners enthousiast zullen zijn over de komst van de Kindreflex, aangezien het vooral de “believers” waren die voor de focusgroepen present tekenden.

Hoewel het idee van een Vlaamse Kindreflex door GGZ-hulpverleners gesteund wordt, lijkt **een kopie van de Nederlandse aanpak voor Vlaanderen niet wenselijk**. De Vlaamse Kindreflex moet duidelijk anders. Het is volgens hulpverleners aangewezen om de Kindreflex in Vlaanderen ruimer op te vatten dan in Nederland het geval is en af te stappen van de eenzijdige focus op verontrusting en kindermishandeling. De Kindreflex standaard bij alle cliënten afnemen in plaats van enkel bij cliënten die in een risicovolle situatie verkeren, lijkt meer opportuun. Een selectieve toepassing van de Kindreflex werkt stigmatisering in de hand, houdt kinderen die ongemerkt opgroeien in een verontrustende situatie onder de radar en laat kansen onbenut om op preventieve wijze ouders met psychische problemen te ondersteunen.

Een ander verschil met Nederland is dat de Vlaamse Kindreflex volgens hulpverleners **geen afvinkitem** mag worden. Het moet **een stappenplan** zijn dat hulpverleners tijdens het behandelen van al hun cliënten in het achterhoofd kunnen houden. Bovendien moet de Kindreflex **zich richten tot alle ouders** – en niet enkel tot zij die in een verontrustende situatie verkeren. Elke ouder met een psychisch probleem zit namelijk met vragen en zorgen omtrent zijn rol als ouder en heeft baat bij dat beetje extra steun. Volgens hulpverleners moet het stappenplan er in Vlaanderen als volgt uitzien:

- Stap 1: hulpverleners bespreken het thema ouderschap standaard met hun cliënt om zo beter zicht te krijgen op de veiligheid en het welzijn van de kinderen en de bezorgdheden van de cliënt omtrent zijn rol als ouder. Belangrijk is dat hulpverleners dit gesprek voeren vanuit een oprechte bezorgdheid en niet vanuit een controlerende houding.
- Stap 2: hulpverleners ondersteunen hun cliënt waar nodig zodat deze zijn rol als ouder zo goed mogelijk kan vervullen. Herstelgericht werken en het versterken van de veerkracht van ouders nemen hier een centrale plaats in. Herhaaldelijk werd geopperd om het KOPP-preventiegesprek als standaard onderdeel toe te voegen aan het handelingskader.
- Stap 3: wanneer blijkt dat de thuissituatie onveilig is, kunnen hulpverleners zelf met de cliënt aan de slag gaan, een gepaste verwijzing doen of beroep doen op de consultfunctie van de VK of de OCJ.
- Stap 4: in gevaarlijke situaties, wanneer de onveiligheid aanhoudt of wanneer de hulpverlener niet bij de cliënt kan doordringen, is het doen van een melding noodzakelijk.

We merken overigens op dat **de Kindcheck in Nederland meer en meer in de richting van het Vlaamse voorstel evolueert**. In oorsprong was de Nederlandse Kindcheck een afvinkitem dat hulpverleners dienden in te vullen (Heeft de cliënt kinderen? En zijn de kinderen veilig?). Sedert 2013 is de Kindcheck

officieel onderdeel van de meldcode en wordt er van hulpverleners verwacht om in onveilige situaties de vijf stappen van de meldcode te doorlopen:

- stap 1: signalen die wijzen op verontrusting en huiselijk geweld systematisch in kaart brengen;
- stap 2: overleggen met een collega of expert om de signalen te interpreteren;
- stap 3: de zorgen over de veiligheid met de cliënt bespreken;
- stap 4: de verzamelde informatie wegen en het risico op kindermishandeling inschatten;
- stap 5: beslissen of melden noodzakelijk is en of het mogelijk is om zelf hulp aan te bieden of te organiseren.

De Kindcheck is in Nederland aldus onderdeel van een stappenplan dat een vervolgtraject voorziet, maar dit vervolgtraject geldt enkel voor verontrustende situaties. Er is in Nederland geen vervolgtraject voor situaties waarin ouders voldoende goed voor hun kinderen zorgen, maar niettemin baat kunnen hebben bij wat extra steun. Het Vlaamse stappenplan dient volgens hulpverleners ook **vervolgstappen** te bevatten **voor ouders met kinderen die niet in een onveilige thuissituatie verkeren**. Heel wat Nederlandse GGZ-hulpverleners zijn overigens dezelfde mening toegedaan. Recent organiseerde het Trimbos Instituut in Nederland een congres rond psychische problemen en ouderschap (Trimbos, 2018). In verschillende lezingen kwam aan bod dat het toepassen van de Kindcheck zou moeten leiden tot een aantal vervolgacties om het welzijn van ouders en hun kinderen te verbeteren, zoals het informeren van ouders en hen de nodige handvatten aanreiken om hun rol als ouders beter te vervullen. Hoewel dergelijke vervolgacties wenselijk zijn, gebeuren ze in de praktijk weinig of niet.

Een ander belangrijk verschil met Nederland is **het afwegingskader voor het doen van een melding**. Met de recente aanpassingen van de meldcode zijn hulpverleners in Nederland vanaf januari 2019 verplicht om alle gevallen van acute en structurele onveiligheid te melden – ongeacht of men in staat is om hulp te verstrekken of te organiseren. Volgens Vlaamse hulpverleners is het doen van een melding een laatste redmiddel dat enkel in gevaarlijke situaties aan de orde is of wanneer cliënten niet bereid of niet in staat zijn om de veiligheid thuis binnen afzienbare tijd te herstellen.

In Nederland zijn de meldcode en dus ook **de Kindcheck een intersectoraal verhaal**: alle hulpverleners werkzaam in de sectoren gezondheid, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp zijn verplicht om een meldcode te hebben en adequaat te gebruiken bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld. Tijdens de focusgroepen werd geopperd om de Kindreflex in Vlaanderen op termijn ook in andere sectoren uit te rollen. Een herwerking van het stappenplan is voor de andere sectoren evenwel noodzakelijk.

We peilden tijdens de focusgroepen naar de **ondersteunende materialen** die nodig zijn om de Kindreflex in Vlaanderen te implementeren. Een **steekkaart met een duidelijk stappenplan, een training met train-the-trainer formule en een online tool met verdiepingsmodules** zijn volgens hulpverleners de meest aangewezen hulpmiddelen. De materialen zijn bij voorkeur laagdrempelig, kernachtig en gratis zodat ze alle GGZ-hulpverleners aanspreken. Meermaals verwezen hulpverleners naar de materialen en de aanpak van de suicidepreventiewerking van de CGG als goed voorbeeld. De training en de online tool dienen in te spelen op diverse topics, zoals gespreksvaardigheden, het KOPP-preventiegesprek, risicotaxatie-instrumenten, de wetgeving met betrekking tot het beroepsgeheim en de meldplicht, het hulpverleningsaanbod, cultuursensitieve zorg en een aantal goed uitgewerkte casussen.

Wat de implementatie van de training betreft werd aanbevolen om in elke organisatie **niet één maar enkele referentiepersonen** op te leiden die de Kindreflex vervolgens uitdragen naar de eigen werking. Referentiepersonen sporen collega-hulpverleners aan om de Kindreflex af te nemen, staan hen bij met advies over moeilijke cases en brengen de Kindreflex geregeld op de agenda van teamvergaderingen. De trainingen worden het best regionaal georganiseerd, vergezeld van een aantal terugkomdagen en een regionaal overlegplatform dat mogelijkheid biedt tot intervisie. De VK vormen de uitgelezen partner om de opleidingen te organiseren. Het volgen van de training opnemen als evaluatiecriterium van zorginspectie, kan voor veel organisaties dat extra duwtje in de rug betekenen.

Om een succesvolle implementatie van de Kindreflex te garanderen zijn tot slot volgende **randvoorwaarden** belangrijk:

- Een wettelijk kader (cf. de verplichte meldcode in Nederland) dat hulpverleners het mandaat geeft om het ouderschap met hun cliënt te bespreken.
- Een versterking van de capaciteit van de VK en de OCJ om tegemoet te komen aan de extra consultvragen en meldingen die de Kindreflex met zich mee zal brengen.
- Een versterking van de capaciteit van de jeugdhulp en de hulpverlening voor volwassenen om de toenemende vraag naar ondersteuning te beantwoorden.
- Meer toenadering tussen de hulpverlening voor volwassenen en de jeugdhulp – zowel in de klinische praktijk als in de masteropleidingen.
- Een integratie van de Kindreflex in de missie en visie van voorzieningen.
- Een persoonlijke uitwerking van het stappenplan op maat van de werkcontext en de expertise van voorzieningen.
- Voldoende middelen om deelname aan opleidingen, terugkomdagen, intervisiemomenten, etc. te vergoeden.
- Een beperkte bijkomende registratielast voor hulpverleners.

Hoofdstuk 10

Expertgroepen

Binnen dit onderzoeksproject vonden twee expertgroepen plaats met vertegenwoordiging van stakeholders uit de verschillende deelsectoren van de GGZ. Beide expertgroepen hadden tot doel om (1) stakeholders op de hoogte te brengen van het verloop van het onderzoek en (2) te peilen naar hun mening en advies betreffende de uitwerking van de Vlaamse Kindreflex. We wilden in de eerste plaats weten hoe het stappenplan van de Kindreflex er inhoudelijk dient uit te zien om haalbaar te zijn, welke materialen nodig zijn om professionelen te ondersteunen bij de implementatie en hoe de implementatie en evaluatie dient te verlopen. Onderstaand bespreken we per expertgroep de aanpak, de deelnemers en de resultaten. We eindigen het hoofdstuk met een samenvattende conclusie.

1 Eerste expertgroep

1.1 Aanpak en deelnemers

De eerste expertgroep vond plaats op 2 mei 2018 en telde 22 deelnemers die volgende organisaties vertegenwoordigden: drie academische onderzoekscentra (KU Leuven, UGent, VUB), het Agentschap Jongerenwelzijn, de Centra voor Integrale Jeugd- en Gezinszorg, Cachet VZW, de Koepels van de CLB, Domus Medica, de Federatie van Sociale Ondernemingen, de Huizen van het kind, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de Netwerken GGZ, de Ondersteuningscentra Jongerenwelzijn en de Sociale Dienst Gerechtelijke Jeugdhulp, de Vertrouwenscentra Kindermishandeling, het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, het Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, de Vlaamse Vereniging van Kindergeneeskunde en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

De expertgroep ging van start met een introductie van de Kindreflex waarbij volgende zaken aan bod kwamen: enkele cijfers om het belang van de Kindreflex te duiden, de ontstaansgeschiedenis van en relevante bevindingen met betrekking tot de Nederlandse Kindcheck, het huidige onderzoeksproject, de resultaten van de vier focusgroepen en een eerste versie van het stappenplan dat te vinden is in bijlage 1. Daarna volgde een discussie in drie kleine groepjes rond drie stellingen welke als volgt luiden:

- het is een evidentie dat GGZ-hulpverleners aandacht hebben voor de kinderen van hun cliënt en het thema ouderschap bespreekbaar maken;
- het voorgestelde stappenplan voor een Vlaamse Kindreflex vraagt extra inspanningen maar is voor GGZ-hulpverleners haalbaar;
- er is nood aan een verkorte versie van het stappenplan voor hulpverleners die slechts één of enkele malen in contact komen met cliënten.

De drie groepsdiscussies werden opgenomen, volledig uitgetypt en verwerkt tot een overzichtelijk geheel.

1.2 Resultaten

Het overzicht van de resultaten is onderverdeeld in zeven rubrieken:

- de mate waarin men vandaag al naar de kinderen en het ouderschap vraagt;
- de bereidheid bij voorzieningen om de Kindreflex toe te passen;
- algemene bedenkingen met betrekking tot het stappenplan;
- bedenkingen per stap;
- een verkorte versie van het stappenplan;
- de implementatie van de Kindreflex;
- belangrijke randvoorwaarden.

1.2.1 Mate waarin men vandaag al naar de kinderen en het ouderschap vraagt

Net als uit de focusgroepen, blijkt uit de eerste expertgroep dat GGZ-actoren het lang niet allemaal een evidentie vinden om tijdens een cliëntcontact naar de kinderen en het ouderschap te vragen. In sommige deelsectoren van de GGZ doen hulpverleners dit standaard. Dit geldt bv. voor de mobiele teams en de verslaafdenzorg. Hulpverleners uit de mobiele teams komen aan huis waardoor de kinderen automatisch in beeld komen – het spreekt dan ook voor zich dat zij hierop inspelen. Men doet dit gewoonlijk door aan cliënten met kinderen het KOPP-preventiegesprek aan te bieden. Wanneer de cliënt hiervoor openstaat, gaat er een KOPP-expert mee op huisbezoek om met de ouder (en eventueel de gezonde partner) het KOPP-preventiegesprek te voeren. Men gaat dan ook na of er nood is aan verdere ondersteuning en schakelt indien nodig iemand uit de jeugdhulp in. Binnen de verslaafdenzorg zijn de kinderen en de gezinssituatie een vast onderdeel van de behandeling: hulpverleners peilen steeds naar het gezin van de cliënt, gaan na wie er voor de kinderen zorgt tijdens de opname van de ouder in de voorziening en vragen na wat het voor de kinderen betekent om de ouder op de afdeling te bezoeken. Vaak is er een aanbod voor kinderen beschikbaar om hen aan de hand van een boekje of filmpje uit te leggen wat een alcoholprobleem precies is en wat er met de ouder mogelijk kan gebeuren.

Hulpverleners binnen de residentiële en de ambulante zorg hebben niet de reflex om naar de kinderen en het ouderschap te vragen. De hulpvraag van de patiënt staat in veel voorzieningen centraal en het kind komt quasi niet aan bod. Een verplichte Kindreflex staat volgens enkele vertegenwoordigers haaks op het vraaggericht werken. Men heeft nu al vaak onvoldoende tijd om de hulpvraag volledig te beantwoorden. Door te focussen op de kinderen en de thuissituatie, bestaat het gevaar dat er nog minder tijd overblijft voor de eigenlijke zorgvraag van de cliënt. De kans is daarom reëel dat heel wat hulpverleners uit de ambulante en de residentiële GGZ weinig bereid zullen zijn om de Kindreflex toe te passen.

Ook in de CAW en de CGG blijven kinderen vaak buiten beeld. Binnen de CAW werkt men zo laagdrempelig mogelijk en richten hulpverleners zich op de hulpvraag van de cliënt. Veel hulpverleners hebben niet de intentie om te focussen op de kinderen en het ouderschap, wanneer deze aspecten niet tot de zorgvraag van de cliënt behoren. Dit heeft vooral te maken met handelingsverlegenheid. Ongevraagd over de kinderen en het ouderschap beginnen, is confronterend en in strijd met de laagdrempelige manier van werken. Natuurlijk, wanneer het CAW rond partnergeweld werkt, komen de

kinderen automatisch aan bod. Men geeft wel aan dat er zowel binnen de CAW als binnen de CGG grote verschillen bestaan tussen hulpverleners onderling.

1.2.2 De bereidheid bij voorzieningen om de Kindreflex toe te passen

De bereidheid om de Kindreflex toe te passen, zal afhangen van de cultuur en de gewoonten van een afdeling of voorziening. Organisaties die standaard kijken naar hoe de cliënt is ingebed in zijn context, zullen het vanzelfsprekend vinden om de Kindreflex erbij te nemen. Sommige voorzieningen zitten zelfs te wachten op een stappenplan dat verduidelijkt wat te doen in geval van verontrusting. De Kindreflex met het bijbehorend stappenplan zal in deze voorzieningen omarmd worden.

Daarnaast geeft de Kindreflex hulpverleners het mandaat om in te grijpen wanneer nodig. Nu blijven dingen soms onnodig lang aanslepen: hulpverleners weten dat een kind mishandeld of verwaarloosd wordt, maar doen niets omdat ze geen werkrelatie met de ouder hebben opgebouwd. Een recente bevraging van cliënten van de gemandateerde voorzieningen in Limburg toont dat veel cliënten zelf vinden dat hulpverleners soms te lang wachten vooraleer ze actie ondernemen. De Kindreflex geeft hulpverleners de rechtvaardiging om tijdig de nodige stappen te zetten.

Organisaties die zich concentreren op die ene persoon en die ene problematiek zullen zich onwennig voelen bij het toepassen van de Kindreflex en minder bereid zijn om dit te doen. Binnen deze teams heerst er mogelijk koudwatervrees omdat hulpverleners (nog) niet over de nodige competenties beschikken om de Kindreflex uit te voeren en een traject rond het herstellen van de veiligheid aan te gaan.

Niettemin moet het afnemen van de Kindreflex en oog hebben voor de context van de cliënt op termijn voor alle GGZ-actoren een evidentie worden. In de jeugdhulp hanteert men die contextgerichte blik al langer. Het is daar gebruikelijk om te kijken of de context van de jongere niet geïnfecteerd is. Met de vermaatschappelijking van de zorg wordt het contextgebeuren mettertijd ook een vaste waarde in de GGZ voor volwassenen. Hulpverleners zijn zich er steeds meer van bewust dat het betrekken van de context van de cliënt (de partner en de kinderen) een belangrijk element is in de zorg. Deze evolutie is volop gaande. De Kindreflex speelt in op deze trend doordat het hulpverleners sensibiliseert om verder te kijken dan de individuele hulpvraag van de cliënt. Desondanks zal het heel wat inspanningen vergen om alle hulpverleners mee te krijgen in dit verhaal.

1.2.3 Algemene bedenkingen met betrekking tot het stappenplan

Eenduidige en brede definitie van verontrusting

Het is volgens een van de deelnemers raadzaam om zowel in het stappenplan als in alle communicatie met betrekking tot de Kindreflex de term “verontrusting” te hanteren in plaats van te verwijzen naar “kinder mishandeling” of “onveiligheid”. Deze term wordt al jaren in de jeugdhulp gebruikt. Het is geen goed idee om nieuwe termen te introduceren.

Een andere vertegenwoordiger benadrukt het belang om voor een brede definitie van kindermishandeling of verontrusting te kiezen die ook partnergeweld als een vorm van kindermishandeling beschouwt.

Nood aan een bondig stappenplan en ondersteunende tools met veel handvatten

Het stappenplan is nu heel uitgebreid – het bevat veel acties wat voor organisaties overweldigend is. Het zou goed zijn om een kort stappenplan te voorzien dat op één A4-tje past zodat dit voor

hulpverleners behapbaar is. Tegelijk is er nood aan meer handvatten. De opleiding en de ondersteunende tools moeten duidelijke handvatten en richtlijnen aanreiken die hulpverleners tijdens het doorlopen van het stappenplan kunnen toepassen.

De sterktes en de context van de cliënt

Vertegenwoordigers vinden het over het algemeen een goed stappenplan omdat de eerste twee stappen vrijblijvend en open zijn. Hulpverleners gaan in de eerste plaats op zoek naar de krachten, sterktes en beschermende factoren van hun cliënt. Pas wanneer de situatie verontrustend is, komen hulpverleners in een ander traject terecht. Volgens hulpverleners moeten stap 1 en 2 tot de standaardanamnese behoren zoals ook voor suïcide het geval is.

De uitgangspunten in het stappenplan zijn goed gekozen, maar mogen nog meer focussen op het belang van een niet-controlerende attitude.

Het gebruik van de context is heel belangrijk en mag in alle stappen nog prominenter aanwezig zijn.

Voor hulpverleners moet het duidelijk zijn dat de Kindreflex niet altijd tot een doe-reflex hoeft te leiden – in veel gevallen is het niet nodig om iets te doen. Het volstaat soms om zaken gewoon te beluisteren en in het dossier te noteren.

De haalbaarheid van het stappenplan

Veel hulpverleners peilen vandaag al naar de gezinssituatie en het welzijn van de kinderen – alleen doen ze dit nu niet op een gestructureerde wijze. De Kindreflex zal hen de nodige houvast bieden.

Een algemene bedenking met betrekking tot het stappenplan is dat er veel van een hulpverlener verwacht wordt. Het zal extra inspanningen vragen. Niet elke hulpverlener voelt zich capabel om rond ouderschap te werken, een uitspraak te doen over de veiligheid thuis en indien nodig een heel traject met de cliënt af te leggen om de veiligheid in de thuissituatie te herstellen. Bovendien is niet elke hulpverlener in de mogelijkheid om alle stappen van het plan zelf te doorlopen. Een mobiel crisisteam dat aan huis komt, kan enkel de eerste twee stappen uitvoeren. Het is dan nodig om te kijken wie binnen de organisatie of het GGZ-netwerk de volgende stappen kan opnemen, want als men iets detecteert moet er wel degelijk iets mee gebeuren. Kortom, het kan niet de bedoeling zijn dat één persoon het hele stappenplan alleen doorloopt. Hulpverleners moeten doen waar ze goed in zijn en geen zaken opnemen waarover men geen expertise heeft. Binnen een voorziening of binnen het ruimere GGZ-netwerk kan afgesproken worden wie er rond de Kindreflex zal werken en verantwoordelijk is voor welke stap. Het is wel nodig dat één hulpverlener de volledige opvolging doet.

Voor private hulpverleners die niet in een team werken, wordt het doorlopen van het stappenplan minder eenvoudig. Om met iemand te kunnen overleggen, kunnen zij eventueel beroep doen op de anonieme consultfunctie van het VK. Een andere optie is dat zij zich aansluiten bij de lokale psychologenkringen die momenteel in het kader van de formatie van de eerstelijnszones her en der ontstaan.

Tot slot zou het krachtiger zijn wanneer voorzieningen meer op maat kunnen werken en een eigen stappenplan mogen uitwerken aangepast aan de eigen manier van werken.

De Kindreflex als automatische reflex

Het is goed dat de Vlaamse Kindreflex geen formalistisch afvinklijstje is zoals in Nederland het geval is. De parallellen met de suïcidepreventie zijn groot. Dat is ook geen checklist die men de sector oplegt, maar eerder een automatische reflex die hulpverleners zich eigen moet maken.

Nood aan herhaling bij langdurige therapie

Bij langdurige therapie valt het te overwegen om de Kindreflex regelmatig te herhalen. Op twee jaar tijd kan er immers veel in een mensenleven veranderen: er komen kinderen bij, de kinderen beginnen te puberen, de situatie van de ouder verandert of escaleert, etc.

1.2.4 Bedenkingen per stap

Bedenkingen met betrekking tot stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap

Stap 1 is voor veel hulpverleners vandaag geen evidentie. Hulpverleners hebben schroom om dit thema aan te snijden. Ze zijn bang om ouders een schuldgevoel te geven en de band met de cliënt te verliezen. Maar dit is een misvatting: veel ouders praten wel graag over het ouderschap. Spreken over ouderschap werkt versterkend en is bevorderlijk voor het herstelproces van de cliënt. Dit wordt ook bevestigd door onderzoek van het Familieplatform Geestelijke Gezondheid in Vlaanderen en het MARIO-project in Nederland. Je verlaagt als hulpverlener de drempel door het thema zelf op tafel te leggen.

De richtlijn moet concrete voorbeeldzinnen bevatten waarmee hulpverleners aan de slag kunnen gaan. Een hulpverlener zegt best aan het begin van de begeleiding dat hij standaard bij elke cliënt even stilstaat bij het ouderschap, omdat iedereen zorgen heeft over de kinderen. Mogelijke vragen die hij vervolgens kan stellen zijn: Heb jij kinderen? Hoe gaat het ermee?

Bedenkingen met betrekking tot stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen

Het onderscheid tussen stap 2 en stap 4 moet duidelijker. Stap 2 moet bestaan uit een oppervlakkige bevraging en stap 4 uit een bevraging die meer in de diepte gaat.

Hoewel de term “niet-pluisgevoel” in verschillende kringen (o.a. binnen de huisartsenkringen) goed gekend is en veel gebruikt wordt, vinden sommige vertegenwoordigers de term te wazig. Een vaag concept als “niet-pluisgevoel” is te vrijblijvend en geeft hulpverleners de gelegenheid om de Kindreflex niet toe te passen. Hoe concreter iets is, hoe groter de kans dat hulpverleners ermee aan de slag gaan. Een niet-pluisgevoel is overigens een subjectief gegeven. Het zou goed zijn als we een aantal objectieve criteria kunnen opstellen over wat een verontrustende situatie is, zodat het voor hulpverleners duidelijk is waar de grens ligt om te reageren. Het kan ook helpend zijn om een aantal instrumenten te includeren die hulpverleners kunnen gebruiken om de situatie in te schatten (bv. de Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders, de SIK-lijst, de Notie). Hoewel vragenlijsten een aantal beperkingen hebben (onderrapportage bij zelfbeoordelingsinstrumenten, onbruikbaar bij mensen die niet kunnen lezen, geen objectieve cutoff score, etc.), is een score wellicht stabielier dan het niet-pluisgevoel waar het stappenplan nu naar verwijst. Bovendien helpt een vragenlijst hulpverleners om de verschillende aspecten die bepalend zijn voor de draagkracht van een persoon of een gezin in beeld te brengen.

Niet iedereen is er echter voor te vinden om in stap 2 het afnemen van een vragenlijst als nodige actie op te nemen. Het stappenplan moet echt zo laagdrempelig mogelijk zijn, anders zijn hulpverleners niet geneigd om de Kindreflex uit te voeren. Hulpverleners moeten al heel wat administratieve bevragingen doen. Als we aan stap 2 nog eens een vragenlijst koppelen, lopen we het risico dat hulpverleners zullen afhaken. Het is daarom een optie om het gebruik van een vragenlijst bij de nuttige acties te zetten en niet bij de nodige acties. De geselecteerde instrumenten moeten daarenboven kort en haalbaar zijn.

De term “niet-pluisgevoel” werd na de expertgroep met de leden van de stuurgroep besproken. Volgens hen is dit net een goed concept omdat het hulpverleners de vrijheid geeft om de situatie zelf aan te

voelen. Het is daarom een optie om het niet-pluisgevoel toch in het stappenplan te laten staan en het in de achtergrondinformatie (bv. in de richtlijn) verder te concretiseren.

Deelnemers van de expertgroep benadrukken tot slot nog dat overleg met andere collega's of het team een essentiële actie is om op te nemen in stap 2. De beslissing of een thuissituatie onveilig is, moet steeds in overleg met andere hulpverleners gebeuren. Een situatie als onveilig bestempelen is een subjectief gebeuren. Elke hulpverlener houdt er andere waarden en normen op na die zijn beslissing beïnvloeden. Ook de handelingsverlegenheid van de hulpverlener en de werkrelatie met de cliënt zijn bepalend.

Bedenkingen met betrekking tot stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder

Vertegenwoordigers vinden stap 3 een meerwaarde. Zelfs wanneer er geen reden is tot zorg, is het belangrijk dat hulpverleners blijvende aandacht hebben voor het kind en de cliënt ondersteunen in zijn rol als ouder. Standaard het KOPP-preventiegesprek voeren met de cliënt wordt algemeen beschouwd als een nodige in plaats van een nuttige actie. Wanneer een ouder een ernstige psychiatrische aandoening heeft, is er een vorm van schade voor het kind. Door met de cliënt een KOPP-preventiegesprek te voeren, kunnen hulpverleners de schade die het kind oploopt enigszins beperken. Cliënten moeten echter wel instemmen om met een hulpverlener een KOPP-preventiegesprek te voeren. Als een ouder hier niet mee instemt, is dit een signaal dat de situatie niet helemaal oké is. Dan moet er bij de hulpverlener een gezond wantrouwen ontstaan.

Hoewel er een goede tendens gaande is, behoort het afnemen van het KOPP-preventiegesprek vandaag nog niet tot de routine van hulpverleners voor volwassenen. Via de Kindreflex kunnen we een nieuwe stimulans geven aan het voeren van het KOPP-preventiegesprek.

Bedenkingen met betrekking tot stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid

Bij het inschatten van de veiligheid mag een hulpverlener zich niet uitsluitend baseren op de input van de cliënt zelf – hij moet ook de context betrekken. De veiligheid thuis hangt immers niet alleen af van de cliënt, maar ook van de context. Doordat er anderen zijn, kan een situatie toch veilig zijn. Isolement is een risicofactor voor onveiligheid.

Enkel een gesprek met de ouder kan overigens te beperkt zijn – cliënten komen niet zomaar alles vertellen. Een ouder schat zichzelf soms ook verkeerd in of beschouwt bepaalde zaken binnen het gezinssysteem als heel normaal terwijl deze niet normaal zijn. Hulpverleners krijgen zo een eenzijdige kijk op de situatie. Zeker als een cliënt heel sterk op zichzelf gericht is en zich moeilijk in de plaats van anderen kan stellen, is het belangrijk om personen uit de entourage van de cliënt te bevragen.

Wanneer hulpverleners de kinderen van de cliënt over de thuissituatie willen bevragen, moeten zij rekening houden met de rechtspositie van het kind (vanaf 12 jaar mogen kinderen veel zelf beslissen). Hulpverleners moeten eerst expliciet de toestemming van het kind vragen. Dit moet duidelijk in het draaiboek zitten.

Het is niet de bedoeling dat hulpverleners in stap 4 een uitgebreide risicotaxatie doen. Het kan zinvol zijn om in de ondersteunende materialen naar een aantal handige instrumenten te verwijzen, maar geen enkel risicotaxatie-instrument is helemaal betrouwbaar of valide. Het helpt alleen om de juiste informatie te verzamelen. Een handig instrument om naar te verwijzen is de LIRIK. Dit is een compacte vragenlijst die de OCJ soms ook gebruiken. In Nederland bestaat er een korte vragenlijst die Veilig Thuis gebruikt. Het risicotaxatie-instrument van de VK is vrij uitgebreid en minder geschikt om in de richtlijn te includeren.

Er werd tot slot geopperd dat hulpverleners in stap 4 ook navraag doen over hun cliënt bij andere hulpverleners (CLB, huisarts), maar niet iedereen steunde dit voorstel. Wanneer het VK gecontacteerd wordt, voeren zij sowieso een gesprek met de huisarts, K&G, het CLB, etc. Het is daarom niet zinvol dat hulpverleners dit zelf ook nog eens gaan doen. Hulpverleners mogen trouwens niet zomaar gegevens over de cliënt met andere hulpverleners delen. Ze moeten een grondige reden hebben om dit te doen (een niet-pluisgevoel volstaat niet), de cliënt hiervan op de hoogte stellen en bij voorkeur de toestemming van de cliënt vragen. Kortom, een hulpverlener kan enkel informatie over zijn cliënt bij een andere hulpverlener opvragen, als hij daarvoor het mandaat van de cliënt heeft. Ook dit moet heel duidelijk in de richtlijn vervat zitten.

Bedenkingen met betrekking tot stap 5: herstel de veiligheid

Stap 5 van het stappenplan is te vaag. Wat wordt er concreet van hulpverleners verwacht in het kader van het opstellen van het veiligheidsplan?

Bij het opstellen van het veiligheidsplan moet er ingespeeld worden op de krachten, sterkten en beschermende factoren binnen het gezin zodat de veiligheid zich herstelt. De context (een grootouder, buur of vriend) speelt hier een cruciale rol. Het zou goed zijn als we in stap 5 ter inspiratie enkele minimale acties kunnen opnemen die een voorziening zelf kan doen om de veiligheid thuis te garanderen zoals bv. het aanduiden van een vertrouwenspersoon. Het inschakelen van een externe voorziening is met de huidige capaciteitstekorten immers niet altijd realiseerbaar. Het is daarom belangrijk dat voorzieningen de veiligheid zoveel mogelijk zelf proberen te herstellen.

De Signs of Safety die naar voor geschoven wordt, is een waardevolle praktijk maar niet haalbaar voor hulpverleners uit de GGZ voor volwassenen om mee aan de slag te gaan. Dit is eigenlijk al de taak van een thuisbegeleidingsdienst. Het is beter om een externe voorziening in te schakelen die de veiligheid thuis mee kan herstellen.

De vorming en richtlijn moeten aangeven welke voorzieningen men kan inschakelen. Binnen de jeugdhulp zijn er veel partners die kunnen omgaan met verontrusting en waar men in principe terecht kan. De voorzieningen uit de brede instap alsook de intersectorale liaison- en consultfunctie van de netwerken Psy-0-18 zijn goed geplaatst om hulpverleners uit de GGZ voor volwassenen wegwijs te maken in de jeugdhulp en ondersteuning voor het kind en eventueel de context op gang te trekken. Daarnaast kunnen hulpverleners beroep doen op de rechtstreeks toegankelijke werking van het VK. Zij voeren een aantal gesprekken met de ouders en verwijzen hen vervolgens door naar een gepaste voorziening (CGG, psycholoog, CKG, pleegzorg, thuisbegeleiding).

Een hulpverlener die in stap 5 aan zijn cliënt laat weten dat hij ongerust is over het welzijn van de kinderen, loopt het risico om zijn vertrouwensrelatie met de cliënt te beschadigen. De manier waarop een hulpverlener de zaken aankaart, is heel bepalend. Een goede vorming over het voeren van moeilijke gesprekken is nodig. Daarnaast moeten hulpverleners in het achterhoofd houden dat het welzijn van de kinderen sterker doorweegt dan de therapeutische relatie met de cliënt. Wanneer de vertrouwensrelatie opgeblazen wordt, kan een andere hulpverlener de zorg altijd overnemen.

Bedenkingen met betrekking tot stap 6: betrek een gemandateerde voorziening

Het moet voor hulpverleners duidelijk zijn dat het contacteren van een gemandateerde voorziening in stap 6 niet betekent dat de hulpverlener niet meer verantwoordelijk is voor de cliënt. Binnen de jeugdhulp wordt het belang van gedeelde verantwoordelijkheid sterk benadrukt. Daarnaast nemen

gemandateerde voorzieningen lang niet altijd de regie uit handen – soms oordeelt men dat de regie beter bij de hulpverlener blijft.

In de Kindreflex moet het verschil tussen het VK en het OCJ goed uitgelegd worden. Voorts moet het voor hulpverleners duidelijk zijn wanneer de jeugdrechter in het verhaal komt.

1.2.5 Een verkorte versie van het stappenplan

Diensten en sectoren die cliënten slechts eenmalig of voor 15 minuten zien, kunnen niet alle stappen van het stappenplan doorlopen. Dat mag niet van hen verwacht worden. De Kindreflex mag er niet toe leiden dat hulpverleners zaken opnemen die buiten de eigen competenties en verantwoordelijkheden liggen. De uitwerking van een verkorte versie van het stappenplan is hier aan de orde en vereist in de toekomst aparte aandacht.

1.2.6 De implementatie van de Kindreflex

De inhoud van de ondersteunende materialen

In de training en de andere ondersteunende materialen moeten volgende elementen aan bod komen:

- Veel voorbeelden.
- Een overzicht van de risico- en beschermende factoren.
- Instrumenten die je kunnen helpen om te bepalen of de thuissituatie verontrustend is.
- Kennis over de gemandateerde voorzieningen: binnen de GGZ voor volwassenen is er heel wat onwetendheid over wat de OCJ en de VK precies doen. Zo zijn hulpverleners weinig vertrouwd met de consultfunctie van de gemandateerde voorzieningen.
- Kennis over de jeugdhulp: er bestaan nog heel wat schotten tussen de GGZ voor volwassenen en de jeugdhulp. Vooral over de nieuwe ontwikkelingen binnen de jeugdhulp – met name de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, de intersectorale toegangspoort, de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, etc. – hebben hulpverleners uit de GGZ voor volwassenen weinig kennis. Men heeft ook weinig zicht op de verschillende vormen van opvoedingsondersteuning die er voor ouders bestaan. Het is daarom belangrijk om per regio een summier overzicht van het jeugdhulpverleningslandschap in de materialen te includeren, zodat hulpverleners weten naar wie ze kunnen bellen wanneer ze ongerust zijn.
- Cultuursensitieve zorg: de Kindreflex toepassen bij cliënten van een andere cultuur vraagt bijzondere aandacht. In bepaalde culturen vindt men situaties die hulpverleners verontrusten heel normaal. Bv. knuffelen en lichamelijke affectie is in Afrikaanse culturen minder aanwezig en wordt door hulpverleners misschien onterecht als emotionele verwaarlozing gezien. Het is belangrijk dat alle hulpverleners eenzelfde kader hanteren over wat verwaarlozing is. Los daarvan zijn cliënten van een andere cultuur de taal niet altijd machtig – ze kunnen de nuances die hulpverleners in de taal leggen onvoldoende begrijpen. Dat maakt het extra moeilijk om met deze mensen in gesprek te gaan over verontrusting. In de ondersteunende tool en de opleiding moet aan bod komen hoe hulpverleners hier best mee omgaan.

Non-believers

We hebben nu alleen hulpverleners beluisterd die het belangrijk vinden om zich achter de Kindreflex te scharen. Hoewel het belangrijk is om non-believers tijdens het voortraject te betrekken, bleek dit in

praktijk niet eenvoudig. We hebben voorlopig een beperkt zicht op welke bezwaren er in het veld zijn. Pas bij de eigenlijke implementatie zal duidelijk worden hoe non-believers tegenover de Kindreflex staan. Het is daarom noodzakelijk om tijdens de evaluatie in het bijzonder te peilen naar de mening, de ervaringen en de attitudes van non-believers zodat we het stappenplan en de implementatiestrategie op basis van deze input in een later stadium kunnen bijstellen.

Bottom-up proces

De Kindreflex mag niet overkomen als iets wat door de overheid aan hulpverleners wordt opgelegd. Het is belangrijk om de meerwaarde van de Kindreflex, het voorbereidend traject dat we gelopen hebben en de evaluatie die zal volgen goed in de kijker te zetten.

Pilootregio's

Bij de implementatie lijkt het logisch om een aantal pilootregio's te selecteren en de VK, de OCJ en andere partners binnen het lokale hulpverleningsaanbod te versterken. Zonder een dergelijke capaciteitsvergroting is de Kindreflex bij voorbaat gedoemd om te mislukken.

Een ambassadeur per organisatie

Voor de implementatie van de Kindreflex werken we best met ambassadeurs. Het is hun taak om erop toe te zien dat de Kindreflex in de organisatie wordt toegepast. Idealiter stelt elke voorziening minimaal twee ambassadeurs aan zodat zij onderling met elkaar kunnen overleggen.

Verschillende disciplines en sectoren

Verschillende disciplines binnen de GGZ moeten getraind en gecoacht worden om de Kindreflex toe te passen – ook liasonpsychiaters.

Daarnaast is het belangrijk om de Kindreflex niet alleen in de GGZ te implementeren, maar ook uit te breiden naar de somatische zorg en de verzorgende sectoren: spoedartsen, huisartsen, verpleegkundigen van Kind en Gezin, de thuiszorg en alle professionelen die in contact komen met verontrustende situaties, etc. Wellicht hebben zij andere ondersteuningsnoden dan GGZ-hulpverleners aangezien zij minder goed geëquipeerd zijn om met verontrusting om te gaan en moeilijke gesprekken te voeren.

Kwaliteitsindicator

Er zal heel wat aanmoediging nodig zijn om de Kindreflex geïmplementeerd te krijgen. Hulpverleners moeten niet alleen gesensibiliseerd maar ook verplicht worden om de Kindreflex af te nemen. Net zoals bij suïcidepreventie moet er een kwaliteitsindicator gekoppeld worden aan het toepassen van de Kindreflex.

1.2.7 Belangrijke randvoorwaarden

Versterking van de capaciteit

De Kindreflex kan er niet komen zonder een versterking van de capaciteit. Wanneer de alarmbellen afgaan en hulpverleners in stap 6 aanbellen moet er zo snel mogelijk geïntervenieerd kunnen worden. Er moet een garantie op zorg zijn – mensen mogen niet voor een gesloten deuren blijven staan. De extra consultvragen en meldingen zullen ongetwijfeld voor een overrompeling van de VK en de OCJ zorgen. In Nederland is Veilig Thuis in een van de provincies volledig dicht geslipt ten gevolge van de Kindcheck.

Daarnaast moet ook de jeugdhulp (en in het bijzonder de brede instap en de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp) versterkt en voorbereid worden op de implementatie van de Kindreflex. Er zijn nu al lange wachttijden – en de Kindreflex zal een toenemende zorgvraag met zich meebrengen. De Kindreflex mag er niet toe leiden dat kinderen op een wachtlijst komen te staan en de situatie escaleert tot een uithuisplaatsing zich opdringt.

Hulpverleners die de stappen van de Kindreflex doorlopen en er finaal niet in slagen om extra ondersteuning voor hun cliënt en zijn gezin te regelen wegens een gebrek aan hulpaanbod, zullen de Kindreflex in de toekomst links laten liggen. De wachtlijsten zijn een van de meest belemmerende factoren die de implementatie van de Kindreflex kan dwarsbomen. Alle mogelijke stappenplannen zijn fantastisch, maar wanneer de ouder en het kind op een wachtlijst belanden, is men in feite geen stap vooruitgekomen.

Een goed netwerk als randvoorwaarde

Een andere belangrijke voorwaarde om de Kindreflex succesvol te kunnen implementeren, is dat hulpverleners over een intersectoraal netwerk beschikken waarop ze kunnen terugvallen of waarnaar ze kunnen doorverwijzen. Hulpverleners die niet kunnen terugvallen op een netwerk dat in staat is om kort op de bal spelen, zullen de Kindreflex niet durven toepassen uit vrees dat er een hele problematiek naar boven komt waarop men geen antwoord weet. De netwerken GGZ – de volwassennetwerken, de netwerken voor kinderen en jongeren en de crisishulp – hebben hier een belangrijke rol te vervullen.

De complexiteit van de hulpverlening

Ook de complexiteit van de jeugdhulp kan een rem zijn op de implementatie van de Kindreflex. Als hulpverleners niet weten wat gedaan, sluiten ze liever de ogen. Er moet goed geanticipeerd worden op alle mogelijke knelpunten die hulpverleners ervan kunnen weerhouden om de Kindreflex af te nemen: bv. het feit dat enkel MDT's en CLB's een A-doc kunnen indienen, het feit dat een M-doc enkel ontvankelijk wordt verklaard als een hulpverlener kan aantonen dat hij de nodige stappen heeft gezet, de verwarring over de rol van de VK en de OCJ, etc. Dit zijn allemaal aspecten die aandacht verdienen.

Nood aan gegevensuitwisseling

Vaak zijn meerdere hulpverleners of voorzieningen betrokken bij de zorg van één gezin zonder dat zij dit van elkaar weten. Verschillende partijen hebben soms een gevoel van verontrusting, maar de situatie wordt minder ernstig ingeschat doordat men geen informatie uitwisselt. Of men zet geen stappen omdat men denkt dat een andere hulpverlener dat wel zal doen, waardoor er uiteindelijk niets gebeurt. Daarnaast zetten hulpverleners vaak stappen die reeds door anderen gezet werden. Wanneer meerdere partijen betrokken zijn, is het belangrijk dat relevante informatie wordt uitgewisseld en hulpverleners actief samenwerken. Bij het delen van informatie mag uiteraard enkel de nodige informatie gedeeld worden ("need to know" en geen "nice to know" informatie). Bovendien moeten hulpverleners het mandaat van de cliënt hebben om dit te mogen doen. Cliënten geven die toestemming lang niet altijd omdat ze bang zijn dat hun kind dan onmiddellijk geplaagd zal worden. Hulpverleners moeten op dit vlak het vertrouwen van de cliënt zien te winnen.

Een goede tool om de gegevensuitwisseling tussen diensten te vergemakkelijken zou helpend zijn. Binnen suïcidepreventie heb je de IPEO/KIPEO om de communicatie tussen hulpverleners te versoepelen. De IPEO/KIPEO resulteert in een score die aangeeft hoe risicovol de situatie is. Het zou handig zijn als er ook zoiets voor de Kindreflex voorhanden is zodat het voor hulpverleners duidelijk is wat er al gedaan is. Er moet met andere woorden een goede manier uitgewerkt worden waarop

hulpverleners gegevens met betrekking tot de Kindreflex in het cliëntdossier noteren. Ook voor cliënten is dit een meerwaarde. Zo hoeven ze niet elke keer opnieuw heel het verhaal te doen. Vandaag gebeurt de gegevensuitwisseling helaas nog steeds op de klassieke manier: het cliëntdossier wordt uitgeprint en aan de volgende doorgegeven. Er zijn in de GGZ nog te weinig digitale platformen voorhanden om gegevens te delen. Die zijn in ontwikkeling, maar dat is een processie van Echternach.

Elektronische gegevensuitwisseling in de zorgsector brengt natuurlijk heel wat extra aandachtspunten met zich mee. Het feit dat verslagen voor iedereen beschikbaar zijn, kan ertoe leiden dat hulpverleners selectief zijn in datgene wat men in het dossier zet. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat een gebeurtenis van 20 jaar geleden een cliënt blijft achtervolgen. Sommige informatie verjaart – is na enkele jaren minder relevant en werkt vooral vooroordelen ten aanzien van de cliënt in de hand. De rechten van de cliënt zijn ook heel bepalend. Cliënten hebben het recht om te beslissen dat bepaalde zaken niet door iedereen geweten zijn. Niettemin moeten cliënten beseffen dat het delen van informatie nodig is om goede zorg te kunnen leveren. Alles heeft zijn prijs.

Hulpverlening en justitie hebben een verschillende finaliteit

Hulpverlening en justitie werken soms volgens een andere finaliteit wat tot spanningen kan leiden. Bv. wanneer een hulpverlener tijdens een gesprek met een jongere een aantal verontrustende signalen over de thuissituatie opvangt, verwacht een jeugdrechter dat de hulpverlener dit meldt. Wanneer een jongere niet meer thuis woont maar geplaatst is en niet wilt dat de jeugdrechter wordt ingeschakeld, kan een hulpverlener ervoor kiezen om de wens van de jongere te respecteren. Voor een hulpverlener staat de vertrouwensrelatie namelijk centraal – het hulpverleningstraject met de jongere en zijn context primeert op het doen van een melding bij de jeugdrechtbank.

2 Tweede expertgroep

2.1 Aanpak en deelnemers

Een tweede expertgroep volgde op 26 juni 2018. Het was niet de bedoeling om een uitgebreide expertgroep te organiseren zoals op 2 mei 2018 reeds plaatsvond. In de plaats daarvan nodigen we een beperkte groep van zeven deelnemers uit om samen na te denken over het implementatie- en evaluatieplan van de Kindreflex. De aanwezigen waren vertegenwoordigers van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling, het Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, de GGZ-netwerken Artikel 107, de GGZ-netwerken Psy-0-18 en de KOPP-werkingen. Elk van de genodigden beschikte over kennis en ervaring in de implementatie van nieuwe zorginitiatieven in Vlaanderen.

Net als in de vorige expertgroep, gingen we van start met een korte introductie van de Kindreflex waarna een discussie volgde rond 4 stellingen:

- Het is beter om kleinschalig in enkele pilootregio's te starten in plaats van de Kindreflex onmiddellijk in heel Vlaanderen uit te rollen.
- Diverse materialen zijn nodig om ervoor te zorgen dat de Kindreflex gekend en raadpleegbaar is:
 - een folder;
 - een affiche (voor in de wachtzaal);
 - een nieuwsbrief;

- een website met downloadbaar materiaal;
 - een online leermodule;
 - een stappenplan;
 - een beknopte richtlijn.
- Binnen elke voorziening volgt minstens één hulpverlener de volledige opleiding tot Kindreflex-ambassadeur:
 - ½ dag theoretische presentatie;
 - (aansluitend) ½ dag workshop met praktijkoefeningen;
 - 2 x ½ terugkomdag voor reflectie en intervisie.
- Een uitgebreide evaluatie is nodig om zicht te krijgen op de voortgang van de implementatie en het gebruik van de Kindreflex door voorzieningen:
 - een schriftelijke enquête bij ambassadeurs en hulpverleners die zich inschreven voor de vorming;
 - een online enquête bij ambassadeurs en hulpverleners na 1 jaar implementatie;
 - focusgroepen met ambassadeurs na 1 jaar implementatie;
 - registratiegegevens van de gemandateerde voorzieningen na 1 jaar implementatie.

Opnieuw werd de groepsdiscussie opgenomen, volledig uitgetypt en verwerkt tot een overzichtelijk geheel.

2.2 Resultaten

Het overzicht van de resultaten is opgedeeld in vier rubrieken:

- het stappenplan;
- knelpunten die de implementatie van de Kindreflex met zich mee kan brengen;
- het implementatieplan;
- het evaluatieplan.

2.2.1 Stappenplan

Het doel van de Kindreflex moet duidelijker

Het moet duidelijk zijn dat de Kindreflex meer is dan het op zoek gaan naar risicofactoren en het detecteren van onveiligheid en verontrustende signalen. De Kindreflex heeft een brede scope en is in de eerste plaats bedoeld om hulpverleners ertoe te brengen om standaard tijdens een cliëntcontact naar de kinderen en de context van de cliënt te vragen. Dit gebeurt nu te weinig terwijl dit in principe in een automatisme zou moeten gebeuren. Veel ouders maken zich zorgen over de impact van de eigen problematiek op het welzijn van de kinderen, maar durven deze bezorgdheid zelf niet uit te spreken. Door dit thema zelf aan te snijden, geven hulpverleners hun cliënt de gelegenheid om in alle vrijheid over het ouderschap te praten. Voor ouders die niet bezorgd zijn over de draagwijdte van hun problematiek, is de Kindreflex een uitgelezen kans om hen hierbij stil te laten staan. De deelnemers

geven overigens aan dat het voor cliënten prettig is om over de kinderen en het ouderschap te kunnen praten. Dit heeft iets vitaal: de cliënt beseft dat hij naast zwaar ziek ook een vader of een moeder is.

In de tweede plaats is het de bedoeling om met de Kindreflex verontrustende situaties te detecteren en hulpverleners de nodige houvast te bieden om hier op een gestructureerde wijze mee om te gaan. Veel hulpverleners worden hiermee geconfronteerd maar weten niet wat gedaan.

De keuze voor deze brede scope werd gemaakt op basis van de input van de focusgroepen en de expertgroepen. Er moet zeker bekeken worden of deze brede scope ook wenselijk is voor de spoeddiensten. Daar is vooral de tweede doelstelling van de Kindreflex relevant.

Nood aan een eenvoudig stappenplan

Het stappenplan moet volgens de experts eenvoudig zijn en toch voldoende inhoud hebben, zodat hulpverleners die niet standaard naar het ouderschap vragen niet worden afschrikt. Zoals het nu werd voorgesteld, bevat het stappenplan te veel acties en zal het hulpverleners overdonderen.

Een belangrijk aspect waarop het stappenplan moet inspelen, is de beslissing om al dan niet voor een bepaalde vervolgstap te kiezen (Wanneer neem je als hulpverlener welke beslissing?). Het is niet nodig dat de stappen zelf inhoudelijk helemaal uitgewerkt zijn. Hulpverleners beschikken over voldoende expertise en "knowhow" om te weten hoe ze stap 3 en 5 kunnen invullen. Dat hoeft niet woord voor woord uitgeschreven te worden. Meer nog, dit kan zelfs belemmerend werken, want elke hulpverlener heeft zijn eigen taal. Overleg met collega's en consult vragen bij de gemandateerde voorzieningen dienen wel expliciet vermeld te worden in de stappen.

Daartegenover staat dat het voorgestelde stappenplan een generiek plan is dat ter inspiratie een opsomming geeft van alle mogelijke acties die je als voorziening kan uitvoeren. Het is niet de bedoeling dat een voorziening al deze acties volbrengt. Het is aan voorzieningen om op basis van het generieke stappenplan een eigen gepersonaliseerd stappenplan uit te werken met acties die haalbaar zijn en aansluiten bij de eigen manier van werken. Het is ook niet de bedoeling dat één en dezelfde hulpverlener alle stappen doorloopt. Het uitvoeren van het stappenplan kan een gedeelde verantwoordelijkheid zijn. Stappen 1 en 2 behoren in principe tot de verantwoordelijkheid en kunde van elke hulpverlener, maar de vervolgstappen heeft wellicht niet iedereen in de vingers. Daarvoor kunnen andere hulpverleners of partners uit het ruimere netwerk ingeschakeld worden.

Een broodnodig stappenplan met wellicht een lange inburgeringstijd

De experts merken op dat de Kindreflex veel omvangrijker is dan de Nederlandse Kindcheck. Het stappenplan vraagt enorm veel van een hulpverlener. Het is niet iets wat een hulpverlener op een kwartier kan doen. De vraag alleen al om het KOPP-preventiegesprek met de cliënt te voeren is belastend en gebeurt na 10 jaar ijveren nog steeds niet standaard. Niettemin is het een goed stappenplan. Het wijst hulpverleners op hun verantwoordelijkheden en maakt hen duidelijk dat ze niet zomaar dingen mogen laten schieten. Het stappenplan is zeker iets waar de GGZ voor volwassenen naartoe moet evolueren. Het is een verschuiving in de mindset die broodnodig is, maar gigantisch veel tijd zal vragen. Dit is een project van 20 of 30 jaar.

De praktijk zal ook moeten uitwijzen hoe haalbaar het stappenplan in werkelijkheid is. Hoe vaak zullen de vervolgstappen 4, 5 en 6 aan de orde zijn? Want vooral deze stappen zijn belastend.

Uitgangspunten los van de stappen

De deelnemers geven aan dat het beter is om de uitgangspunten apart te presenteren los van de stappen. Dit zijn zaken die de hulpverlener in het achterhoofd moet houden bij het uitvoeren van de Kindreflex.

Het uitgangspunt bij stap 2 is te schuld-inducerend geformuleerd. Dit moet positief verwoord worden. Bijvoorbeeld, beter zicht krijgen op de gezinssituatie en steun bieden waar nodig, maximaliseert de ontwikkelingskansen van kinderen.

Het niet-pluisgevoel is te alomtegenwoordig

De deelnemers staan eerder afwijzend tegenover de term niet-pluisgevoel in stap 2 maar zien zelf niet onmiddellijk een alternatief. Het is een term die te vaak gebruikt wordt – een beetje te vaak – omdat het nu eenmaal een moeilijk te objectiveren concept is. In de wetenschappelijke literatuur zijn er geen objectieve criteria voorhanden om een buikgevoel te concretiseren. Doorslaggevend bij een niet-pluisgevoel is de opeenstapeling van risicofactoren en de afwezigheid van beschermende factoren. Maar deze afweging zit in feite al in stap 4 vervat. Het is niet de bedoeling dat er in de tweede stap al echt gegraven wordt. De opsplitsing tussen stap 2 en stap 4 is net goed. De eerste twee stappen gaan vooral over verbinding en openheid creëren. De hulpverlener probeert ouders te bereiken die met zorgen zitten omtrent hun kinderen en beseffen dat ze als ouder een aantal steken laten vallen waarvan de kinderen de dupe zijn. Ouders die geen rekening houden met de kinderen en in de ontkenning gaan, zijn eerder het onderwerp voor stap 4.

De gemandateerde voorzieningen mogen meer in de kijker staan

Veel voorzieningen uit de GGZ voor volwassenen weten niet dat ze bij het VK en het OCJ terecht kunnen voor een anoniem consult. Uit de registratiegegevens van het VK blijkt overigens dat zij bijzonder weinig meldingen binnenkrijgen vanuit de GGZ voor volwassenen. Omgekeerd blijkt uit de registratiegegevens van de CGG dat er weinig of geen beroep gedaan wordt op de VK. De vormingen en andere ondersteunende materialen moeten voldoende stilstaan bij de onwetendheid die er nu is.

2.2.2 Knelpunten

Het capaciteitstekort als vaakst geciteerde knelpunt

In de focusgroepen kwam reeds naar voor dat het capaciteitstekort in de jeugdhulp een van de belangrijkste knelpunten is die een succesvolle implementatie van de Kindreflex kan dwarsbomen. Als de overheid de Kindreflex op een goede manier wenst te implementeren, moet er een versterking van de hulpverlening komen. Anders is het initiatief bij voorbaat gedoemd om te mislukken. Wanneer je inzet op detectie en signalering, moet er ook iets kunnen volgen. Als je iets in beweging zet, moet er een vervolgtraject mogelijk zijn. Vooral de VK en de OCJ moeten voldoende capaciteit hebben. Het kan niet zijn dat het stappenplan naar een dienst verwijst die niet beschikbaar is. Dat zou tot grote teleurstellingen leiden en hulpverleners ervan weerhouden om een volgende keer de Kindreflex toe te passen.

Enkel de gemandateerde voorzieningen versterken, zal het probleem echter niet oplossen. De VK en de OCJ slagen er meestal in om in acute situaties een snel antwoord te bieden en binnen de maand iets in beweging te zetten zodat er op korte termijn iets van veiligheid geïnstalleerd is. Het probleem is dat er vaak nood is aan vervolghulp (begeleiding van de ouder, contextbegeleiding) en die verwijsmogelijkheden zijn problematisch. Vaak is er een wachttijd van 1 of 1,5 jaar. Tegen dat er in een dagcentrum een

plaats vrij is, zijn kinderen soms al meerderjarig. De VK steken veel energie in het motiveren van mensen voor vrijwillige hulpverlening in functie van de kinderen, maar als de ouders hier klaar voor zijn, komen ze op een wachtlijst van een jaar terecht. Hopelijk is er dan na dat jaar wachten nog even veel motivatie.

Ondanks alle knelpunten, vinden de experts het concept en de mentaliteitswijziging die de Kindreflex met zich meebrengt zeer waardevol. De eerste twee stappen van de Kindreflex vragen weinig tijd. Een PAAZ-psycholoog kan gerust in een gesprek met zijn cliënt even stilstaan bij de kinderen en het moeder- of vaderschap van de cliënt. Hierover een babbeltje doen, kan voor de cliënt heel veel betekenen. Zelfs op een PAAZ-voorziening een plekje voor de kinderen maken, vraagt geen extra energie en moet kunnen. Maar het risico bestaat dat hulpverleners in de volgende stappen (wanneer er verontrusting is) in de problemen zullen geraken en dan creëer je weerstand. Hulpverleners zullen geen enkele stap meer willen doorlopen – ook de eerste twee niet – wat bijzonder jammer zou zijn.

De kloof tussen jeugdhulp en hulpverlening voor volwassenen

Opnieuw wijzen de experts ons erop dat er vandaag weinig of geen rechtstreeks contact is tussen hulpverleners uit de volwassen- en jeugdhulp. Het landschap is heel gefragmenteerd. Met de Kindreflex zal de GGZ voor volwassenen een beetje op het terrein van de jeugdhulp komen wat een hele omwenteling in de manier van werken vraagt.

Nood aan gegevensdeling

Er ontbreekt nu nog een stukje registratie en gegevensdeling. Wanneer hulpverleners een verwijzing doen, moeten zij in principe de informatie die ze in de eerste stappen verzamelden, kunnen doorgegeven aan de verwezen voorziening. Gegevensdeling is een belangrijk aandachtspunt. De Kindreflex kan eventueel als vrije variabele aan het EPD toegevoegd worden. Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid heeft aan zorginspectie een aantal aanbevelingen gedaan omtrent de registratie van gegevens over de familie in het cliëntdossier.

De Kind-check zal niet alles oplossen

Een laatste moeilijkheid is dat veel hulpverleners in de CGG maar 4 à 5 sessies hebben met hun cliënt. De eerste twee stappen gaan vooral over het creëren van verbinding en dat kost tijd. Een aantal cliënten en kinderen zal hoe dan ook buiten beeld blijven omdat men soms niet de tijd heeft om die verbinding te installeren. Daarnaast zijn er heel wat ouders met psychische problemen die niet in de GGZ zitten – deze kinderen bereikt men met de Kindreflex dus niet. Het is daarom belangrijk om te beseffen dat de Kindreflex niet alles zal oplossen – het is maar één element van een groter geheel.

2.2.3 Implementatieplan

2.2.3.1 Studiedagen en workshops

Het bereik vergroten

Volgens het oorspronkelijke implementatieplan zijn er in elk van de 13 regio's van de netwerken 107 vier halve dagen vorming voorzien:

- een informerende studiedag van een halve dag;
- een halve dag workshop om te oefenen;
- twee halve terugkomdagen om eigen casussen in te brengen en een stuk intervisie te doen.

Per netwerk is er ruimte voor 20 à 30 ambassadeurs en hulpverleners voorzien om aan de vormingen deel te nemen. De experts geven aan dat de voorgestelde formule slechts 260 mensen in heel Vlaanderen bereikt wat zeer weinig is. Idealiter volgt er per organisatie minstens één hulpverlener de vorming. Volgende suggesties werden geopperd om het bereik van de voorziene vormingsuren te vergroten:

- Werken met een train-the-trainer formule. Experts geven aan dat het belangrijk is om dingen die al bestaan met elkaar te verbinden. Eventueel kan dit een opdracht worden van iemand binnen de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren en volwassenen. De Kindreflex sluit aan bij de opdracht van zowel de netwerken Psy-0-18 (m.n., vroegdetectie en vroegsignalering) als van de netwerken 107 (m.n., herstelgericht werken wat werken met de context impliceert). Een persoon uit beide netwerken kan de vorming volgen en de Kindreflex nadien lokaal verder uitdragen. Bovendien is dit een mooie kans om beide netwerken binnen één regio dichter bij elkaar te brengen.
- De halve studiedag voor een volle zaal geven in plaats van voor slechts 30 man. De studiedag moet hulpverleners informeren, sensibiliseren en overtuigen om met de Kindreflex aan de slag te gaan en rond ouderschap te werken. Dit kan in principe voor een grote groep gebeuren. Het zou goed zijn als de minister op deze lokale studiedagen aanwezig kan zijn om het belang van de Kindreflex uit te dragen (eventueel via een videoboodschap).
- Eén halve studiedag in de vijf provincies voor een groot publiek organiseren in plaats van 13 kleinere lokale studiedagen. De tijd en middelen die overblijven kunnen dienen voor extra workshops.
- De workshop en twee halve terugkomdagen ombuigen naar drie keer een halve dag workshop voor telkens een andere groep mensen. Je hebt dan wel minder diepgang, maar vergroot het volume.
- Op de website delen van de vorming verankeren voor mensen die de vorming niet kunnen volgen.
- Een e-learning module uitwerken. Hiermee kan je een grote groep personen bereiken.

Aanhaken aan vormingsmomenten die al bestaan

Zowel de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren als deze voor volwassenen organiseren geregeld twee- of driedaagse vormingen voor hulpverleners. Men is dan op zoek naar thema's die daar een plaats kunnen krijgen. De Kindreflex is een thema dat daar perfect aan bod kan komen. Als je de vorming kan haken aan iets wat al bestaat, hebben hulpverleners minder het gevoel dat ze nog maar eens met iets nieuws aan de slag moeten gaan. Het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling stemt best met de GGZ-netwerken af over hoe de vorming in de bestaande lokale leerplatforms geschoven kan worden.

Daarnaast moet ook bekeken worden of organisaties of voorzieningen een vormingspakket kunnen inkopen, want het zal niet volstaan om enkel via de netwerken te werken.

Er is geen nood aan een grote studiedag ter afsluiting van het SWVG-onderzoeksproject

Er was onder de experts weinig enthousiasme voor de organisatie van een grootschalige informerende studiedag ter afronding van het SWVG-onderzoeksproject om de Kindreflex te lanceren. Het is volgens hen weinig zinvol om iedereen te mobiliseren voor een studiedag om dan een paar maanden later nog eens een lokale studiedag te organiseren. Op den duur wordt het te veel voor mensen. Het is dan beter om dit budget te spenderen aan extra lokale studiedagen of workshops. Bovendien bereik je met zo een

studiedag enkel de gemotiveerde hulpverleners die al veel weten. Minder gemotiveerde hulpverleners zijn makkelijker te bereiken als je een studiedag dichterbij huis organiseert.

Indien we er toch voor kiezen om een grootschalige studiedag op Vlaamse niveau te organiseren, houden we best rekening met volgende suggesties:

- We laten de studiedag beter uitgaan van het SVWG en niet van Kind en Gezin. Hulpverleners uit de GGZ voor volwassenen zijn niet snel geneigd om naar een event van Kind en Gezin te gaan.
- Dinsdag 20 november lijkt een geschikt moment om de studiedag te laten plaatsvinden. Dit is de dag van de rechten van het kind. De vraag is alleen of het realistisch is om in september een studiedag voor november aan te kondigen. Dat is behoorlijk laat. Minder geschikte maanden voor een studiedag zijn januari, mei en december.
- Een halve studiedag moet volstaan en we kiezen daarbij best voor een breed programma.

Een online leermodule en integratie in de basisopleiding om de Kindreflex te bestendigen

Om de vorming te bestendigen zijn volgende acties aangewezen:

- De Kindreflex opnemen in de bachelor, master en postgraduaatopleidingen van hulpverleners, zodat het voor nieuwkomers in de GGZ duidelijk is dat het toepassen van het stappenplan iets vanzelfsprekend is. Vanuit de KOPP-werking geeft men soms gastcolleges op hogescholen en universiteiten, maar dat is onvoldoende. Het moet standaard in alle opleidingen meegenomen worden.
- Een e-learning tool ontwikkelen of via de website ondersteunende materialen van de vorming aanbieden (filmpjes, presentaties, etc.). De online leermodules van ZM1813 werden tijdens de focusgroepen naar voor geschoven als een goede praktijk, maar uit een verdere rondvraag blijkt dat de tool niet overal goed onthaald wordt. Sommige hulpverleners vinden het een nadeel dat je de modules helemaal moet doorlopen wanneer je achteraf een bepaald onderdeel wil raadplegen. De tool is ook vrij complex en uitgebreid. Als start of basispakket heeft het zijn waarde, maar het laat niet toe om in de diepte te gaan. Als alternatief kunnen we een online seminarie of web-video van de vorming maken en op de website plaatsen.

Zaken die tijdens de vorming en in de materialen zeker aan bod moeten komen

Volgende zaken moeten in de vorming en de materialen aan bod komen:

- cijfers om het belang van de Kindreflex te duiden;
- informatie over het KOPP-preventiegesprek (we laten dit best op tijd aan het Familieplatform Geestelijke Gezondheid weten, zodat zij tijdig hun experts kunnen aanspreken);
- situering van de Kindreflex;
- een voorstelling van de Vlaamse Kindreflex;
- inspelen op de problemen die hulpverleners in hun praktijk ervaren omtrent verontrusting (heel wat hulpverleners worden met verontrustende situaties geconfronteerd maar velen weten niet wanneer ze zich zorgen moeten maken en wie ze hierover kunnen aanspreken).

2.2.3.2 *Werken met praktijkreferentiegroepen en ambassadeurs*

Praktijkreferentiegroepen om vooraf draagvlak te creëren

Het is de bedoeling om voor de implementatie te werken met een aantal **praktijkreferentiegroepen** om het draagvlak voor de Kindreflex te vergroten. Praktijkreferentiegroepen kunnen een sleutelrol spelen in de verdere uitwerking van de campagne, de vorming en de evaluatie. Hopelijk brengen zij ook een sterkere samenwerking op gang tussen de jeugdhulp en de GGZ voor volwassenen.

Leden van de praktijkreferentiegroepen zijn:

- vertegenwoordigers van de 13 netwerken van Artikel 107;
- vertegenwoordigers van de provinciale Vertrouwenscentra Kindermishandeling;
- vertegenwoordigers van de netwerken Psy-0-18;
- vertegenwoordigers van de intersectorale regionale overlegplatformen jeugdhulp.

Dat is natuurlijk meteen een grote club. Een van de experts geeft aan dat de implementatie zowel op Vlaams als op regionaal niveau dient te gebeuren. We opteren daarom het best voor lokale praktijkreferentiegroepen die ook op Vlaams niveau samenkomen. Het is belangrijk om in deze groep directies en volwassenenpsychiaters mee te krijgen. Zij bepalen in veel voorzieningen het beleid en spelen een sleutelrol in het vasthouden van de Kindreflex binnen de organisatie.

De experts geven tot slot nog aan dat zowel de brede scope van de Kindreflex als het voorgestelde implementatieplan goed passen binnen de opdrachten van de GGZ-netwerken. Dat neemt echter niet weg dat de netwerken nog 10 à 15 andere thema's op de agenda hebben staan.

Werken met ambassadeurs ook al is deze manier van werken uitgehold

Om het engagement en de verspreiding van de Kindreflex lokaal te versterken, plant men om in elke regio ambassadeurs aan te werven. Dit zijn regionale ankerpunten die als aanspreekpunt en hulplijn fungeren. Na de vormingen van het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling, kan er een netwerk van Kindreflex-ambassadeurs gevormd worden voor de borging.

De experts geven echter aan dat we goed moeten nadenken over het werken met ambassadeurs, want dat wordt dan de zoveelste ambassadeur. Er is een overload aan thema's die via dit model geïmplementeerd worden. Het concept is vandaag behoorlijk uitgehold waardoor de kansen op succes met dit model beperkt zijn. Een ander model is dat je iemand regionaal financiert om zich gedurende een langere tijd in te zetten voor de implementatie van de Kindreflex.

Een andere expert raadt aan om het idee van een Kindreflex-ambassadeur toch vast te houden om de continuïteit na de vormingen te verzekeren. De KOPP-experts kunnen hier een rol in spelen.

2.2.3.3 *Campagne en communicatie*

In het implementatieplan is voorzien dat er een infocampagne komt zodat de Kindreflex door alle hulpverleners in de GGZ voor volwassenen gekend en raadpleegbaar is. Daarbij is nood aan tastbaar materiaal (folders, affiches, etc.) en een website waar alles terug te vinden is (het stappenplan, het rapport, regionale informatie, PowerPointpresentaties, filmpjes, etc.). Deze materialen worden stapsgewijs ontwikkeld en via de website ter beschikking gesteld.

Met betrekking tot de campagne en de communicatie raden de experts het volgende aan:

- Het is niet raadzaam om de naam 'Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling' te vermelden op de materialen die bedoeld zijn voor de ouders (bv. op de affiche die bedoeld is voor de wachtzaal). Dit kan mensen afschrikken.
- Het moet goed zichtbaar zijn dat de Kindreflex breed gedragen is en tot stand kwam na diverse consultatiemomenten met stakeholders. De experts raden daarom aan om alle partners die betrokken waren bij de ontwikkeling van de Vlaamse Kindreflex een plaats te geven in de beeldvorming.
- Het zou krachtig zijn om te werken met een mascotte of trademark dat overal terugkomt.
- Aan voorzieningen die de Kindreflex toepassen kunnen we een label, watermerk, stempel of ster uitreiken. Zo beloon je hun engagement.
- Het zou goed zijn indien we de campagne kunnen linken aan bestaande campagnes (bv. Rode Neuzen of Te Gek?!). De VVGG is een belangrijke partner naar beeldvorming toe en wordt gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. Het is raadzaam om met hen samen te zitten en af te stemmen.
- Het maken van een infomercial (m.n. een infofilmje waarin kort en krachtig de boodschap wordt weergegeven) is een meerwaarde.
- Een nieuwsbrief is niet wenselijk. Hulpverleners worden overladen met nieuwsbrieven in hun mailbox – ze zijn op dat vlak verzadigd. Het is dan interessanter dat netwerken in hun bestaande nieuwsbrieven naar de Kindreflex verwijzen.

Een website met downloadbaar materiaal is noodzakelijk

Een website met downloadbaar materiaal is heel belangrijk. Dit is bovendien op vrij korte termijn realiseerbaar. Voor diegenen die alles graag op papier hebben, kunnen we eventueel een richtlijn uitwerken die alle informatie van de website groepeerd in één document.

De nood aan een e-learning pakket staat nog wat ter discussie. Het kan een meerwaarde zijn om een grote groep hulpverleners te bereiken en de vorming over de Kindreflex te bestendigen. Daar staat echter tegenover dat de Kindreflex zoals hij nu voorligt, perfect via eenvoudige materialen aan de man te brengen is. In principe zijn daar geen omvangrijke online-pakketten voor nodig. Je kan dat doen, maar gaan hulpverleners hiernaar kijken? Wegen de kosten op tegen de baten?

De experts raden sowieso aan om te beginnen met de ontwikkeling van een website. In een later stadium – wanneer hulpverleners de nood uiten – kan de online leermodule nog altijd uitgewerkt worden.

2.2.3.4 Schaalgrootte

Een grootschalige implementatie van de Kindreflex zal niet eenvoudig zijn en vereist inspanningen op verschillende niveaus: de GGZ-netwerken (Artikel 107 en Psy-0-18) betrekken, de attitudes van hulpverleners wijzigen en verschillende randvoorwaarden vervullen (beperkte capaciteit van de hulpverleningssector en beperkte vormingsmogelijkheden). We stelden daarom aan de experts voor om te starten met een implementatie in enkele pilootregio's (bv. implementeren in twee provincies of in één netwerk per provincie). Een van de experts merkt op dat we onze ambitie dan wel laag leggen. Netwerkcoördinatoren zijn naar verluidt geen voorstander van een model met pilootprojecten, omdat veel pilootprojecten eindigen zonder dat er een grote uitrol volgt. Op deze manier blijft de draagwijdte

heel beperkt terwijl het finaal toch de bedoeling is om de Kindreflex zo breed mogelijk uit te rollen. Wanneer er na de pilootprojecten ontegenzeggelijk een grootschalige uitrol volgt, is een kleinschalige opstart niet echt een probleem.

Daarenboven is het een gouden regel om bij de implementatie van nieuwe initiatieven in de zorgsector klein te beginnen, af te wachten welke resultaten dit genereert, de interventie en implementatiestrategie in functie van de resultaten aan te passen en nadien de interventie groots uit te rollen. KOPP is ook heel kleinschalig begonnen. Iets op grote schaal uitrollen kost namelijk veel geld. Werken met pilootregio's maakt het bovendien mogelijk om te anticiperen op een aantal knelpunten die een succesvolle implementatie in de weg kunnen staan. In alle consultatierondes werd benadrukt dat een versterking van de hulpverlening nodig is om de Kindreflex breed te kunnen implementeren. We mogen geen vraag creëren wanneer er geen aanbod is. Wanneer er niet voldoende opvolging is, heeft een grootschalige implementatie weinig effect. Het hulpverleningsaanbod in heel Vlaanderen versterken is wellicht geen haalbare kaart, maar het aanbod lokaal versterken is realistischer. Daarnaast is de beperkte vormingscapaciteit die nu in het implementatieplan voorzien is, eerder geschikt voor een kleinschalige uitrol.

Kortom, als er in de planning maar een beperkte tijd voor de implementatie voorzien is, kiezen we beter voor een grootschalige oppervlakkige implementatie die geen rekening houdt met de voorgenoemde beperkingen. Wanneer er geen tijdslimiet is, kiezen we in een eerste stadium beter voor de pilootformule om dan in een tweede stadium de Kindreflex breed uit te rollen.

2.2.3.5 *Verankering van de Kindreflex*

Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid werkt momenteel vanuit het VIP² aan een kwaliteitsindicator omtrent de Familiereflectie waarbij voorzieningen moeten aangeven of zij een beleid hebben rond het betrekken van families. Deze indicatoren zijn niet verplicht, maar kunnen voor organisaties wel een incentive zijn om zich hier meer op toe te spitsen. Men denkt eraan om de Kindreflex mee op te nemen als kwaliteitsindicator. Dit kan de verankering van de Kindreflex versterken.

Binnen de VK is er momenteel een werkgroep actief die zich bezighoudt met de continuering van de Kindreflex. Deze werkgroep kan nadien blijven voortbestaan om de samenwerkingsinitiatieven die in het kader van de Kindreflex zullen ontstaan verder te voeden.

2.2.4 *Evaluatieplan*

Momenteel bevat het evaluatieplan enkele regionale focusgroepen om te kijken naar de mindshift van hulpverleners. Daarnaast is het de bedoeling om enkele kwantitatieve gegevens te bekijken (bv. ontvangen de gemandateerde voorzieningen nu meer meldingen vanuit de GGZ voor volwassenen?).

Als we met pilootprojecten werken, kunnen we een vrij uitgebreide evaluatie doen, bestaande uit volgende onderdelen:

- Een focusgroep met ambassadeurs en hulpverleners.
- Een korte attitudemeting georganiseerd tijdens de studiedagen. Zo hebben we zicht op de initiële attitude van hulpverleners waartegen we de latere attitudemetingen kunnen afzetten. Als de registratie voor de studiedag digitaal verloopt, kunnen we daaraan een onlineversie van de vragenlijst koppelen. Een studiedag is doorgaans vrij laagdrempelig en bereikt veel hulpverleners – ook diegenen die minder enthousiast zijn.

- Een online enquête na 1 jaar implementatie bij ambassadeurs en hulpverleners om na te gaan in welke mate men de Kindreflex in de praktijk toepast en hoe dit verloopt (Hoe vaak zijn de stappen 4, 5 en 6 aan de orde? Hoe vaak contacteert men een gemandateerde voorziening? Etc.).
- Een analyse van de registratiegegevens van de VK en de OCJ om na te gaan of zij na de introductie van de Kindreflex meer consultvragen en meldingen vanuit de GGZ voor volwassenen ontvangen.

3 Synthese van de expertgroepen

Opnieuw wordt duidelijk dat **niet alle GGZ-actoren het vanzelfsprekend vinden om te vragen naar de kinderen en het ouderschap** van hun cliënt. Terwijl het bij hulpverleners uit de mobiele teams en de verslaafdenzorg tot de standaard manier van werken behoort, hebben hulpverleners uit de ambulante en residentiële zorg niet de reflex om hiernaar te vragen. Zij vertrekken veeleer vanuit de hulpvraag van de cliënt en vinden het ongehoord om ongevraagd over de kinderen en het ouderschap te beginnen.

De Kindreflex wordt door de experten positief onthaald. Men vindt het een broodnodig initiatief dat volledig in lijn ligt met de werkingsprincipes van de vermaatschappelijking van de zorg die de laatste jaren in opmars zijn. De Kindreflex sensibiliseert hulpverleners en voorzieningen die zich vandaag nog te vaak op die ene persoon en die ene problematiek concentreren om oog te hebben voor de ruimere context van de cliënt. Daarnaast wijst het hulpverleners op hun verantwoordelijkheid om zorgwekkende signalen niet zomaar te laten schieten en geeft het hen het mandaat om in te grijpen wanneer nodig. Voor zij die de klik wel al maakten, zorgt de Kindreflex voor de nodige houvast om op een gestructureerde wijze rond ouderschap en verontrusting te werken.

Experten vinden het bovendien **een goede zaak dat de Vlaamse Kindreflex geen kopie is van de Nederlandse Kindcheck maar breder is qua scope**. De Vlaamse variant is niet enkel bedoeld om verontrustende situaties te detecteren, maar wil in de eerste plaats ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar maken. Het is evenwel de vraag of deze brede scope ook wenselijk is voor diensten en voorzieningen uit andere sectoren zoals de spoedeisende hulp. Voor deze voorzieningen is vooral de tweede doelstelling relevant.

Ook het stappenplan zelf wordt positief onthaald. Experten vinden het een goed stappenplan omdat de eerste drie stappen ondersteunend zijn en inspelen op de sterktes, krachten en beschermende factoren van de cliënt. **Maar het stappenplan moet** volgens de experten **beknopter** zodat het hulpverleners niet overdondert. Het plan bevat nu te veel aandachtspunten waardoor het overweldigend overkomt. Voor voorzieningen moet het mogelijk zijn om op basis van het generieke stappenplan een gepersonaliseerde versie uit te werken afgestemd op de eigen manier van werken.

Over het niet-pluisgevoel in stap 2 zijn de experten minder enthousiast. Het is volgens hen een vaag en subjectief begrip dat in de zorgsector te pas en te onpas gebruikt wordt – in hoofdzaak omdat er niet meteen een alternatief voorhanden is.

Wat de haalbaarheid betreft geven hulpverleners aan dat de Kindreflex behoorlijk omvangrijk is. De eerste twee stappen van het plan vormen niet zozeer een probleem. Met de cliënt een gesprek aanknopen over de kinderen en even stilstaan bij het moeder- of vaderschap en de bezorgdheid hieromtrent, vraagt niet veel tijd. De vervolgstappen 3, 4, 5 en 6 daarentegen vergen veel meer inspanningen. De vraag alleen al om in stap 3 een KOPP-preventiegesprek met de cliënt te voeren is geen evidentie en gebeurt vandaag – na 10 jaar ijveren – nog steeds niet standaard. De stappen 4 tot 6

zijn zeer belastend maar zullen slechts in uitzonderlijke gevallen aan de orde zijn. De praktijk zal echter moeten uitwijzen hoe haalbaar de Kindreflex in werkelijkheid is.

Het is niet realistisch om te verwachten dat één hulpverlener het hele stappenplan alleen doorloopt.

De stappen 1 en 2 moeten tot de verantwoordelijkheid en de kunde van elke individuele hulpverlener behoren, maar **de stappen 3 tot 6 zijn eerder een gedeelde verantwoordelijkheid**. Niet iedere hulpverlener hoeft deze stappen in de vingers te hebben en hier tijd voor vrij te maken. De Kindreflex mag hulpverleners niet dwingen om zaken op te nemen die buiten de eigen competenties liggen. Voorzieningen oordelen zelf welke personen ze binnen de eigen voorziening of binnen het ruimere GGZ-netwerk inschakelen om de stappen 3 tot 6 te zetten. Voor zelfstandige psychologen die niet over een team of een intersectoraal netwerk beschikken, kan het toepassen van de Kindreflex mogelijk een probleem worden.

Het capaciteitstekort in de jeugdhulp wordt zowel in de focusgroepen als in de expertgroepen **aangehaald als het belangrijkste knelpunt** dat een succesvolle implementatie van de Kindreflex kan dwarsbomen. De jeugdhulp kent nu al lange wachttijden en de Kindreflex zal ongetwijfeld een toenemende zorgvraag met zich meebrengen. Hulpverleners die de stappen van de Kindreflex doorlopen en er uiteindelijk niet in slagen om extra ondersteuning voor hun cliënt en zijn gezin te regelen, zullen de Kindreflex in de toekomst links laten liggen. Wanneer je inzet op detectie en signalering, moet er garantie zijn op zorg. Het kan niet zijn dat het stappenplan naar een hulpaanbod verwijst dat niet beschikbaar is. De implementatie van de Kindreflex moet aldus gepaard gaan met een versterking van de jeugdhulp.

Net als in de focusgroepen wijzen de experts erop dat er **vandaag weinig of geen rechtstreeks contact is tussen de jeugd- en de hulpverlening voor volwassenen**. Met de Kindreflex worden beide sectoren gepusht om meer op elkaars terrein te komen. Het valt op dat de complexiteit van de jeugdhulp heel wat hulpverleners uit de GGZ voor volwassenen afschrikt. De onwetendheid die er vandaag is omtrent het hulpaanbod van de VK en de OCJ, de verwarring over de rolverdeling tussen beide gemandateerde voorzieningen, de administratieve rompslomp die vereist is om een melding te kunnen doen, de ontvankelijkheidscriteria van de gemandateerde voorzieningen, de onbereikbaarheid van de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, etc. – het zijn volgens de experts allemaal kleine doch wezenlijke obstakels die een rem kunnen zetten op een vlotte toepassing van de Kindreflex. Het overbruggen van deze kloof vraagt van hulpverleners een hele omwenteling in de manier van werken en zal tijd nodig hebben. Sowieso vereist de Kindreflex een ommezwaai in de mentaliteit van GGZ-hulpverleners – een missie die volgens de experts zeker 20 à 30 jaar zal duren vooraleer deze helemaal volbracht is.

Wat de implementatie betreft is er **nood aan een groter vormingsvolume dan momenteel in de planning voorzien is**. De vier halve dagen vorming in de 13 regio's van de netwerken Artikel 107 hebben volgens de voorgestelde formule een totaalbereik van 260 mensen wat ontoereikend is. Idealiter moet per voorziening toch minstens één hulpverlener kunnen deelnemen aan de vorming. De voorgestelde vorming is nu zeer intensief: hulpverleners volgen een halve studiedag, een halve dag workshop en twee halve terugkomdagen. **Om het bereik te vergroten, is het een optie om deze opzet om te buigen naar een opzet met een groter bereik en minder diepgang**: vijf studiedagen voor een groot publiek (één per provincie) in plaats van 13 en de twee halve terugkomdagen inwisselen voor twee halve dagen workshop. Een andere optie is werken met train-the-trainers. Experts benadrukken verder dat het belangrijk is om **de vorming aan bestaande initiatieven binnen de GGZ-netwerken Artikel 107 en Psycho-18 te haken**. Dit kan bv. door de vorming aan te bieden tijdens de twee- of driedaagse vormingen die beide netwerken geregeld voor hulpverleners organiseren of door iemand binnen de netwerken

expliciet de opdracht te geven om de Kindreflex lokaal te verspreiden. Het Kindreflex-verhaal past perfect binnen de strategische doelstellingen van zowel de netwerken Artikel 107 als de netwerken Psy-0-18. Een dergelijke aanpak zou bovendien een buitenkans zijn om beide netwerken binnen één regio dichter bij elkaar te brengen. Voorzieningen moeten daarnaast het vormingspakket kunnen inkopen, want het zal niet volstaan om enkel via de GGZ-netwerken te werken. Delen van de vorming kunnen nadien verankerd worden op de website – al dan niet in de vorm van een e-learning module. De nood aan een e-learning module staat momenteel nog ter discussie. De Kindreflex is zoals hij nu voorligt perfect via een website en eenvoudige materialen (bv. web-video's) aan de man te brengen. De experts raden daarom aan om te starten met de ontwikkeling van een website. Wanneer in een later stadium de vraag naar een online leerpakket rijst, kan de ontwikkeling hiervan alsnog gebeuren. Om de Kindreflex tot slot verder te bestendigen is een integratie in de therapieopleidingen en de basisopleidingen psychologie, psychiatrie, maatschappelijk werk, orthopedagogie, etc. aangewezen.

Naast de vorming is er **nood aan een informatiecampagne om ervoor te zorgen dat de Kindreflex door alle hulpverleners** in de GGZ voor volwassenen **gekend en raadpleegbaar is**. Een overzichtelijke website waarop allerhande ondersteunende materialen te vinden zijn (folders, affiches, het stappenplan, het rapport, informatie over de vormingen, presentaties, etc.) is een must. Volgende acties kunnen helpen om het gebruik van de Kindreflex verder te promoten:

- het voorbereidend bottom-up traject en de gedragenheid voldoende in de kijker zetten;
- het toepassen van de Kindreflex opnemen als kwaliteitsindicator;
- aan voorzieningen die de Kindreflex toepassen als incentive een label, stempel of ster uitreiken;
- werken met een mascotte of trademark die overal terugkomt;
- de informatiecampagne linken aan bestaande campagnes (bv. Rode Neuzen of Te Gek?!);
- een infomercial maken.

Het idee om praktijkreferentiegroepen samen te stellen om draagvlak te creëren en meer samenwerking tussen de jeugdhulp en de GGZ voor volwassenen op gang te brengen, wordt door de experts ondersteund. Wel wordt aangeraden om met lokale praktijkreferentiegroepen te werken die ook op Vlaams niveau samenkomen. **Over het voorstel om tijdens de implementatie te werken met ambassadeurs die als aanspreekpunt en hulplijn fungeren, zijn niet alle experts even enthousiast.** Dit concept is volgens sommigen uitgehold – elke regio telt tig ambassadeurs voor allerhande thema's – waardoor de kansen op succes met dit model beperkt zijn.

De schaalgrootte van de implementatie werd uitvoerig met de experts besproken. Het voorstel om te starten met een implementatie in enkele pilootregio's in plaats van met een grootschalige implementatie werd in eerste instantie niet omarmd. Veel pilootprojecten eindigen zonder dat er een grote uitrol volgt waardoor de draagwijdte van de Kindreflex heel beperkt blijft. Wanneer na de kleinschalige pilootprojecten onlosmakelijk een grootschalige uitrol volgt, is er in principe geen probleem. **De vaststelling dat voor een aantal knelpunten** – met name het ontoereikend jeugdhulpaanbod en de beperkte vormingsmogelijkheden – **nog geen afdoend antwoord bestaat, pleit in het voordeel van een kleinschalige opstart.** Daarenboven is het een gouden regel om bij de implementatie van nieuwe initiatieven in de zorgsector kleinschalig te beginnen, af te wachten welke resultaten dit oplevert, de interventie en implementatiestrategie in functie van de resultaten aan te passen en de interventie nadien pas groots uit te rollen.

Wat de evaluatie betreft werd voorgesteld om bij aanvang van de implementatie een korte attitudemeting te doen bij deelnemers van de vormingsmomenten. Na één jaar implementatie is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek aangewezen: (1) focusgroepen met verschillende stakeholdergroep (ambassadeurs, hulpverleners en praktijkreferentiegroepen), (2) een online enquête eveneens afgenomen van verschillende stakeholdergroepen en (3) een analyse van de registratiegegevens van de gemandateerde voorzieningen. Het is belangrijk om met de evaluatie in het bijzonder zicht te krijgen op de mening en de ervaringen van hulpverleners die niet tot de koplopers behoren.

Een laatste punt dat tijdens beide expertgroepen aan bod kwam, is de nood aan gegevensdeling. Wanneer meerdere hulpverleners betrokken zijn bij het uitvoeren van de Kindreflex is het belangrijk dat relevante informatie wordt uitgewisseld. Hulpverleners moeten hiervoor enerzijds de toestemming van hun cliënt vragen en er tegelijk rekening mee houden dat lang niet alle cliënten hen dit mandaat zullen geven. Anderzijds is er **nood aan een efficiënte manier om cliëntgegevens te registreren en uit te wisselen**. Voorzieningen die gebruik maken van het elektronische patiëntdossier kunnen gegevens met betrekking tot de Kindreflex als vrije variabele toevoegen. Hulpverleners die in de stappen 2 of 4 gebruik maken van een assessment instrument kunnen ervoor kiezen om deze gegevens met andere hulpverleners te delen.

Hoofdstuk 11

Stappenplan Vlaamse Kindreflex

1 Wat? Hoe? Wie? Wanneer?

Wat?

De Vlaamse Kindreflex heeft een brede scope en streeft twee doelstellingen na:

- In eerste instantie houdt de Kindreflex in dat hulpverleners met hun volwassen cliënten een gesprek voeren over het thema ouderschap, hen de kans geven om in alle vrijheid over de kinderen en hun bezorgdheden daaromtrent te praten en hen waar nodig te ondersteunen in hun rol als moeder of vader.
- In tweede instantie houdt de Kindreflex in dat hulpverleners tijdens hun contact met volwassen cliënten verontrustende gezinssituaties detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk trachten te herstellen.

Hoe?

Het uitvoeren van de Kindreflex verloopt in zes stappen:

- stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap;
- stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen;
- stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder;
- stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid;
- stap 5: herstel de veiligheid;
- stap 6: betrek een gemandateerde voorziening.

Hulpverleners zetten de eerste drie stappen standaard bij elke cliënt. De drie vervolgstappen zijn situatie gebonden en dus niet altijd aan de orde. Kortom, goede GGZ houdt in dat je als hulpverlener met de cliënt een gesprek voert over de kinderen en het ouderschap, peilt naar de veiligheid en het welzijn van de kinderen en de cliënt ondersteunt in zijn rol als ouder. Waar nodig ga je na of er sprake is van verontrusting, herstel je de onveiligheid en betrek je een gemandateerde voorziening.

Het voorgestelde stappenplan is bedoeld als generiek basismodel. Iedere voorziening is vrij om vertrekkend van dit basismodel een gepersonaliseerde versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.

Wie?

Alle hulpverleners binnen de GGZ (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen) die werken met volwassenen worden aangespoord om de Kindreflex te doen. Via de volwassen cliënt proberen hulpverleners in te spelen op het welzijn van de kinderen en verontrustende situaties te signaleren en te herstellen zonder de kinderen zelf te zien.

Elke hulpverlener hoeft niet het hele stappenplan alleen door te lopen. Iedere hulpverlener heeft zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Het is niet de bedoeling dat hulpverleners zaken

opnemen waarover ze geen expertise hebben en zich onzeker voelen. Wel wordt verwacht dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste twee stappen van de Kindreflex te zetten. De vier vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen een voorziening of ruimer netwerk.

Wanneer?

Hulpverleners doen de Kindreflex standaard bij elke cliënt. De eerste twee stappen van het plan worden bij voorkeur bij aanvang van de begeleiding uitgevoerd.

2 Uitgangsprincipes

Zes uitgangsprincipes om in het achterhoofd te houden bij het uitvoeren van de Kindreflex:

Neem initiatief om het thema ouderschap op tafel te leggen

Ouderschap is een wezenlijk onderdeel van het dagelijks leven van een cliënt. Veel ouders stellen zich vragen over hun rol als ouder en zijn bezorgd over de impact van hun problemen op het welzijn van hun kind, maar durven dit zelf tijdens hun behandeling niet ter sprake brengen. Het is daarom belangrijk dat je dit onderwerp als hulpverlener zelf bespreekbaar maakt en de cliënt de kans geeft om hier in alle vrijheid over te praten.

Iedereen is gebaat bij extra ondersteuning

Zelfs wanneer er geen sprake is van verontrusting, kan een ouder met psychische problemen baat hebben bij extra ondersteuning in zijn rol als ouder. Door de cliënt te steunen in zijn rol als vader of moeder, kunnen hulpverleners het opvoederschap van hun cliënt beïnvloeden en voor KOPP-kinderen een verschil maken.

De meeste ouders willen het beste voor hun kind

Elke ouder wil het beste voor zijn kind, ook al lukt dit niet altijd en zijn er in het verleden soms zaken fout gelopen. Wanneer ouders voelen dat ze niet kunnen geven wat ze willen, liggen schaamte en schuldgevoel op de loer. Zorg ervoor dat ouders hun twijfels en onzekerheden durven uitspreken.

Werken rond ouderschap bevordert het herstel

In tegenstelling tot wat hulpverleners denken, vinden veel cliënten het prettig om over de kinderen en het ouderschap te praten. Het geeft hen kracht. Het helpt hen om zichzelf niet enkel te zien als een persoon met problemen maar ook als een vader en moeder. Het uitvoeren van dagelijkse taken – zoals ook opvoedtaken – draagt bovendien bij tot het herstel.

Geef ouders niet onmiddellijk het gevoel dat ze fout bezig zijn

Een hulpverlener die met een opgeheven vinger zwaait, maakt de cliënt alleen maar onzeker wat de situatie niet verbetert. Door contact te leggen en oprecht geïnteresseerd te luisteren help je een ouder om zichzelf te begrijpen. Daarmee bereik je meer dan met ouders te veroordelen en regels op te leggen.

De veiligheid van het kind primeert te allen tijde

In geval van ernstige of aanhoudende verontrusting, primeert de veiligheid van het kind en is het nodig om een gemandateerde voorziening te betrekken ook al loop je daarmee het risico om de

vertrouwensrelatie met de cliënt te schaden. Bedenk dat een andere hulpverlener de zorg voor je cliënt steeds kan overnemen.

3 Het stappenplan

De Kindreflex vraagt van hulpverleners om onderstaande zes stappen van de Kindreflex te doorlopen. Hulpverleners zetten de eerste drie stappen standaard bij elke cliënt. De drie vervolgstappen zijn situatie gebonden en dus niet altijd aan de orde. In het stappenplan zelf zijn twee deeltrajecten te onderscheiden elk met een andere focus. De eerste drie stappen vormen een eerste deeltraject en focussen op de sterktes en krachten van de cliënt in zijn rol als ouder. De laatste drie stappen vormen het tweede deeltraject en focussen op verontrusting.



Figuur 9 De Kindreflex in zes stappen.

Stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap

Aandachtspunten:

- Geef aan dat het thema kinderen en ouderschap een standaard onderdeel is van de behandeling.
- Ga tijdens de intake na of de cliënt zorgdraagt voor kinderen of een kind verwacht.
- Knoop op positieve wijze met de cliënt een gesprek aan over de kinderen en zijn rol als ouder.
- Vergeet bij een (dag)opname niet na te vragen of er opvang voor de kinderen geregeld is.
- Noteer in het dossier relevante informatie met betrekking tot de kinderen: het aantal kinderen, hun geboortedatum, hun naam en of ze permanent bij de cliënt verblijven.

Stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen

Aandachtspunten:

- Tracht zicht te krijgen op de veiligheid en het welzijn van de kinderen in het gezin.
- Overleg steeds met andere collega's of een expert om een eerste inschatting te maken van de veiligheid en het welzijn van de kinderen. Een thuissituatie als verontrustend bestempelen is een subjectief gebeuren. De eigen waarden en normen kunnen je oordeel kleuren.
- Noteer in het cliëntdossier wanneer je een niet-pluisgevoel over de thuissituatie hebt en waarom.

Kies een vervolgstap:

- Ga naar stap 3 wanneer je geen twijfels hebt over de thuissituatie.
- Ga naar stap 4 wanneer je een niet-pluisgevoel hebt of wanneer de situatie onduidelijk is.

Stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder

Aandachtspunten:

- Vraag regelmatig naar de kinderen en het ouderschap.
- Voer een KOPP-preventiegesprek met de cliënt en eventueel de partner. Vraag hiervoor eerst toestemming aan de cliënt. Wanneer de cliënt een gesprek weigert, breng dan het preventiegesprek later opnieuw ter sprake.
- Betrek indien nodig een andere voorziening om de cliënt te ondersteunen in zijn rol als ouder. Op de website vind je een overzicht van voorzieningen die hiervoor in aanmerking komen.
- Betrek indien nodig relevante personen uit de context van de cliënt (kinderen, partner, grootouders, buur, vriend) en ondersteun hen waar nodig.
- Betrek de kinderen en ondersteun hen waar nodig (bv. boekjes en beeldmateriaal rond KOPP/KOAP aanreiken, de formele of informele context van de kinderen activeren).
- Noteer in het dossier op welke manier je de cliënt ondersteund hebt in zijn rol als ouder.

Stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid

Aandachtspunten:

- Verzamel extra gegevens om een inschatting te kunnen maken van de situatie. Baseer je daarbij niet uitsluitend op de input van de cliënt, maar beluister ook sleutelfiguren in het leven van de cliënt (de partner, andere kinderen, grootouders, vriend, etc.) zodat je een goede kijk krijgt op de situatie en mogelijke beschermende factoren. Wanneer je de kinderen zelf betreft, is het nodig om eerst hun toestemming hiervoor te vragen. Vanaf 12 jaar mogen kinderen immers veel zelf beslissen.
- Kijk naar risico- en beschermende factoren. Is er een opeenstapeling van risicofactoren en een afwezigheid van beschermende factoren?
- Indien gewenst kan je gebruik maken van een assessment instrument om blinde vlekken systematisch in beeld te brengen.

- Houd er rekening mee dat de eigen waarden, normen en ervaringen een invloed hebben op de manier waarop je de situatie interpreteert. Bespreek de resultaten daarom steeds eerst met een collega-hulpverlener of expert vooraleer je opnieuw in gesprek gaat met de cliënt.
- Wanneer je twijfelt of geen collega-hulpverlener hebt om jouw bezorgdheden mee te bespreken, kan je telefonisch en anoniem beroep doen op de consultfunctie van zowel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) als het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ).
- Bespreek nadien de conclusies met de cliënt en sta open voor alternatieve verklaringen.
- Leg alle verzamelde informatie samen en beslis in teamverband of de situatie verontrustend is.
- Wanneer je oordeelt dat de situatie verontrustend is, ga dan verder na of de cliënt bereid is om de situatie te veranderen.
- Noteer in het dossier of de thuissituatie verontrustend is en of er bereidheid is bij de cliënt.
- Overschrijd de eigen competenties niet. Schakel een collega uit de eigen voorziening of het regionale netwerk in wanneer je niet zeker van je stuk bent.

Kies een vervolgstap:

- Ga naar stap 3 wanneer de thuissituatie veilig is.
- Ga naar stap 5 wanneer de thuissituatie verontrustend is maar er bereidheid is bij de cliënt.
- Ga naar stap 6 wanneer de thuissituatie verontrustend is en er onvermogen of weerstand is bij de cliënt of wanneer er acuut gevaar is.

Stap 5: herstel de veiligheid

Aandachtspunten:

- Creëer een veilige situatie voor de kinderen door zelf met de cliënt aan de slag te gaan of een gepaste hulpvoorziening te betrekken.
- Indien nodig kan je telefonisch en anoniem beroep doen op de consultfunctie van zowel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) als het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ).
- Volg de situatie op en blijf alert voor verontrustende signalen.
- Bespreek het ouderschap regelmatig opnieuw met de cliënt.
- Noteer de voortgang in het cliëntdossier.

Kies een vervolgstap:

- Ga naar stap 3 wanneer de situatie verbetert.
- Ga naar stap 6 wanneer de veiligheid zich niet herstelt.

Stap 6: betrek een gemandateerde voorziening

Aandachtpunten:

- Neem contact met een gemandateerde voorziening (VK of OCJ).
- Breng de cliënt hiervan op de hoogte en bereid hem voor.
- Houd contact met de gemandateerde voorziening om de voortgang van de cliënt op te volgen.
- Noteer de vervolgacties in het cliëntdossier.
- Bekijk samen met de gemandateerde voorziening welke acties je als hulpverlener verder kan opnemen om de veiligheid mee te herstellen.

Hoofdstuk 12

Eerste aanzet voor de ondersteunende tools

Op basis van de input van de literatuurstudie, de focusgroepen en de expertgroepen werkten we een eerste draftversie uit van de Kindreflex met toepassing in de GGZ en de noodzakelijke ondersteunende materialen. De eerste rubriek beschrijft de inhoud van de website van de Kindreflex inclusief de nodige achtergrondinformatie en een uitgebreide versie van het stappenplan. De tweede rubriek omvat een bondige steekkaart van het stappenplan. In de derde rubriek gaan we dieper in op de vorming. De vierde en vijfde rubriek handelen tot slot over respectievelijk de brochure en de poster. Een richtlijn zelf werkten we in dit hoofdstuk niet uit, maar we raden wel aan om alle informatie van de website te bundelen in een overzichtelijk pdf-document dat hulpverleners die graag met geprint materiaal aan de slag gaan van de website kunnen downloaden.

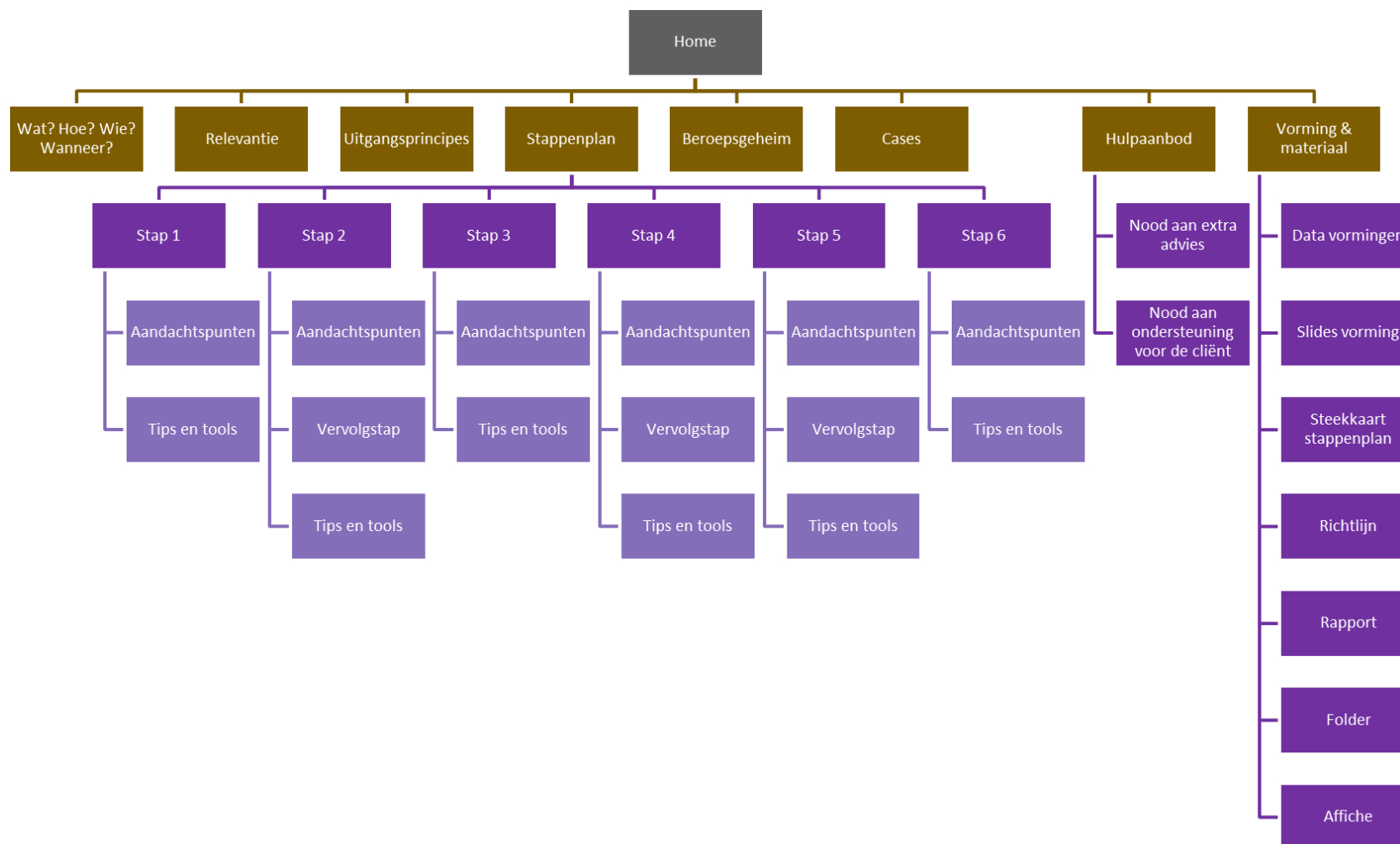
1 Website

Een van de meest cruciale elementen voor een goede website is een heldere structuur om alles in orde te brengen. De structuur die we in Figuur 10 voorstellen, brengt alle informatie die volgens de meeste hulpverleners en experts een plaats moeten krijgen op de website geclusterd per thema samen.

We stellen voor om op de homepage acht verschillende rubrieken te plaatsen waar bezoekers op kunnen doorklikken:

- de Kindreflex: wat, hoe, wie, wanneer;
- relevantie;
- uitgangsprincipes;
- stappenplan;
- beroepsgeheim;
- cases;
- hulpaanbod;
- vorming & materiaal.

In de volgende punten bespreken we de inhoud van de acht rubrieken in de diepte.



Figuur 10 Structuur website Kindreflex.

1.1 Wat? Hoe? Wie? Wanneer?

Over te nemen uit Hoofdstuk 11, punt 1.

1.2 Relevantie

Heel wat hulpverleners werken vandaag vraaggericht en zijn niet geneigd om naar de kinderen en het ouderschap te vragen wanneer de cliënt hier zelf geen hulpvraag over heeft. De Kindreflex streeft er echter naar om hier wel systematisch bij stil te staan en dit omwille van volgende vier redenen:

Reden 1: Vlaanderen telt heel wat kinderen die opgroeien bij een ouder met psychische problemen wat negatieve gevolgen kan hebben voor hun welbevinden.

In Vlaanderen zijn er op jaarbasis naar schatting 350.000 KOPP-kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychisch of een verslavingsprobleem. Deze inschatting is vermoedelijk een onderschatting van de realiteit aangezien heel wat ouders hun psychisch probleem niet erkennen. Onderzoek toont aan dat opgroeien bij een ouder met een psychisch probleem nefaste gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen (Hosman et al., 2009). Minstens een derde van de KOPP-kinderen ontwikkelt later zelf een ernstig en langdurig psychisch probleem, en nog eens een derde ervaart problemen van voorbijgaande aard. Andere cijfers laten zien dat KOPP-kinderen vijf keer vaker in contact komen met de geestelijke gezondheidszorg dan andere kinderen. Dit komt deels doordat psychische problemen het opvoederschap van ouders sterk beïnvloeden. Veelvoorkomende opvoedingsproblemen bij ouders met psychische problemen zijn (Bifulco et al., 2002; De Dekker et al., 2014; Elgar et al., 2007; Harnish et al., 1995; Murray et al., 2003; Van der Maas, 2010):

- emotioneel niet beschikbaar zijn voor het kind en lage betrokkenheid;
- niet of gespannen reageren;
- een chaotische onvoorspelbare opvoedingsstijl hanteren;
- onvoldoende regelmaat en toezicht houden;
- moeilijkheden hebben met het regelen van het huishouden;
- minder adequaat voorbeeldgedrag stellen;
- ongepaste coping stijlen hanteren die later door de kinderen overgenomen kunnen worden;
- beschikken over beperkte opvoedkennis en -vaardigheden;
- moeilijkheden hebben om opvoedkundige taken ter harte te nemen;
- tekortschieten bij administratieve taken;
- soms zelfs vijandig of afwijzend gedrag stellen ten aanzien van het kind.

Reden 2: cliënten met kinderen voelen zich in de GGZ niet altijd even goed ondersteund in hun rol als ouder.

Een recent Nederlands onderzoek uitgevoerd bij KOPP-kinderen en hun ouders toont aan dat (Maciejewski et al., 2017):

- 73% van de ouders zich zorgen maakt over de ontwikkeling van de kinderen vanwege hun problematiek;

- 63% van de kinderen zich zorgen maakt over de eigen ontwikkeling;
- 58% van de ouders vindt dat er tijdens hun behandeling in de GGZ onvoldoende aandacht aan de kinderen besteed wordt;
- 72% van de ouders meer rechtstreekse aandacht voor de kinderen wenst.

Deze resultaten tonen dat het belangrijk is om met cliënten te praten over hun kinderen en het ouder zijn.

Reden 3: kindermishandeling komt minder frequent voor, maar heeft verrekende gevolgen.

Kindermishandeling heeft verrekende gevolgen op zowel de gezondheid als het welbevinden in de kindertijd en de volwassenheid. De twee gemandateerde voorzieningen ontvangen op jaarbasis circa 6000 meldingen van verontrusting waarbij een onderzoek naar maatschappelijke noodzaak volgt. Voor iets meer dan de helft van de kinderen en jongeren blijkt het nodig om vanuit overheidswege in te grijpen. Beide voorzieningen beantwoorden jaarlijks nog eens 7500 bijkomende vragen naar ondersteuning inzake verontrusting zonder dat het maatschappelijk noodzakelijk is om in te grijpen. Daarenboven ontvangt de Hulplijn 1712 voor burgers elk jaar circa 3000 meldingen van verontrusting. Wellicht zijn deze cijfers een onderschatting van de realiteit doordat veel gevallen van verontrusting onopgemerkt blijven en/of niet gemeld worden.

Wanneer kinderen mishandeld worden, heeft dit zowel op lichamelijk als op emotioneel vlak grote gevolgen. Lichamelijke gevolgen kunnen variëren van blauwe plekken, schaafwonden, verwondingen aan organen, kneuzingen, brandwonden, breuken, gebrek aan hygiëne, letsels aan de hersenen, seksueel overdraagbare aandoeningen, zwangerschap, handicap, etc. In extreme gevallen kan het kind zelfs aan de lichamelijke gevolgen overlijden. Daarnaast remt kindermishandeling de ontwikkeling af en kan het leiden tot neurologische problemen en groeistoornissen doordat de mishandeling de vorming van neurale verbindingen in bepaalde delen van de hersenen verstoort. Op emotioneel vlak schaadt kindermishandeling het vertrouwen van het kind in de buitenwereld wat de sociale omgang met anderen verstoort. Wantrouwen ten aanzien van anderen en relationele problemen komen veel voor. Het kind zoekt de schuld voor het gedrag van de mishandelende ouder vaak bij zichzelf en krijgt hierdoor een verwrongen, negatief beeld van zichzelf en een beschadigd zelfvertrouwen. De stress die gepaard gaat met de mishandeling leidt bovendien tot een overactief stress-systeem en allerlei psychische problemen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, een posttraumatische stressstoornis, slaapproblemen, etc.

Kindermishandeling heeft daarnaast grote gevolgen op de gezondheid en het welbevinden in de volwassenheid. In de jaren negentig onderzocht Vincent Felitti in zijn beroemde ACE-studie de impact van Adverse Childhood Experiences op 17.000 volwassenen. Hij liet hen een vragenlijst invullen die peilde naar het voorkomen van tien vormen van traumatische ervaringen in de kindertijd: fysieke mishandeling, emotionele mishandeling, seksuele mishandeling, emotionele verwaarlozing of fysieke verwaarlozing, getuige zijn van partnergeweld, opgroeien in een gezin met een probleemdrinker of drugsgebruiker, samenleven met een psychiatrisch ziek of suïcidaal gezinslid, het meemaken van detentie van een gezinslid. Bijna 40% van de 17.000 personen rapporteerde twee of meer negatieve jeugdervaringen en één op acht rapporteerde vier of meer negatieve jeugdervaringen. Nadien koppelde men de uitkomst van de vragenlijst aan gezondheidsgegevens. Men constateerde dat de kans op lichamelijke en psychische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, overgewicht, diabetes, depressie en verslavingen tientallen jaren later rechtstreeks verband hield met het aantal negatieve ervaringen in

de kindertijd. Iemand met vier of meer negatieve ervaringen loopt volgens de studie 12 keer meer kans op een suïcidepoging, 10 keer meer kans op een drugsverslaving en twee keer meer kans op hartklachten of een beroerte. Kortom, traumatische en ingrijpende jeugdervaringen zijn zeer bepalend voor de latere gezondheid en het welbevinden van volwassenen. Ze leiden tot een sterk verhoogd risico op ernstige en levenslange geestelijke en lichamelijke gevolgen en betekenen een grote gezondheidskost voor de samenleving.

Reden 4: verontrusting wordt doorgaans opgespoord door hulpverleners die in contact komen met de kinderen zelf.

De helft van de meldingen zijn afkomstig van hulpverleners die in contact komen met kinderen. Verontrusting wordt vrijwel nooit opgespoord via hulpverleners die in contact komen met enkel de ouders wat een gemiste kans is. Heel wat kinderen die in een verontrustende gezinssituatie opgroeien maar niet in contact komen met een hulpverlener blijven zo buiten beeld.

In Nederland zijn hulpverleners die werken met volwassen cliënten sinds 2013 verplicht om een Kindcheck uit te voeren. Dit houdt in dat zij tijdens de behandeling nagaan of een cliënt zorg draagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig kunnen opgroeien. Onderzoek laat zien dat dankzij de invoering van de Kindcheck kinderen die in een verontrustende gezinssituatie verkeren vroegtijdig in beeld komen wat het mogelijk maakt om in een vroeg stadium hulp in te schakelen. De introductie van de Kindcheck in de spoedafdeling van vijf ziekenhuizen leidde in Nederland tot 60 keer meer meldingen van kindermishandeling vanuit de spoedeisende hulp. Het merendeel van de meldingen (91%) bleek achteraf terecht en driekwart van de gemelde kinderen was nog niet eerder bekend bij Veilig Thuis (het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling van Nederland).

1.3 Uitgangsprincipes

Over te nemen uit Hoofdstuk 11, punt 2.

1.4 Stappenplan

Het stappenplan zelf is over te nemen uit Hoofdstuk 11, punt 3. We overlopen hier per stap bijkomende tips en tools om aan de website toe te voegen.

1.4.1 Tips en tools bij stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap

Wat vraag je als hulpverlener precies na?

Vraag na of de cliënt:

- minderjarige kinderen in huis heeft;
- de zorg voor de kinderen met iemand anders deelt;
- een (ex)partner heeft met kinderen waarmee hij geregeld contact heeft;
- zwanger is.

Voorbeeldvragen:

- Welke personen zijn belangrijk in jouw leven en op welke manier?
- Hoe ervaar jij de vele rollen die je in het leven te vervullen hebt? Je rol als partner, moeder of vader, dochter of zoon, collega of werknemer, vriend of vriendin, etc.?
- Hoe loopt het in je gezin? Wat loopt er goed en wat loopt er minder goed?
- Wat maakt dat het goed loopt? Wat maakt dat het minder goed loopt?
- Hoe gaat het met de opvoeding van de kinderen? In welke leeftijdsfase zitten ze en wat is er nu vooral aan de orde in hun opvoeding?
- Sommige mensen putten kracht uit het ouderschap, het helpt hen bij hun herstel. Voor anderen is het een belasting, ze hebben het gevoel dat ze als ouder falen. Hoe ervaar jij het ouderschap? Hoe vind je het om kinderen te hebben?
- Waar loop je zelf als ouder tegenaan en wat loopt er goed?
- Zou je hulp kunnen gebruiken bij de opvoeding van de kinderen? Wat zou voor jou helpend zijn?
- Zijn er mensen in je netwerk die je helpen bij de zorg voor de kinderen?

Hoe kan je op een open en niet-controlerende manier naar de kinderen en het ouderschap vragen?

Let als hulpverlener op je houding door rekening te houden met volgende tips:

- Stel open vragen. Dit zijn vragen die beginnen met wie, wat, waar, hoe en wanneer. Gesloten vragen wekken de indruk van een verhoor en kunnen weerstand oproepen.
- Problematiseer niet. Geef de cliënt niet het gevoel een slechte ouder te zijn, maar spreek de cliënt op een positieve en bekrachtigende manier aan over de kinderen. Ga op zoek naar dingen die goed lopen en geef hier erkenning aan.
- Stigmatiseer niet. Ga ervan uit dat iedere ouder het beste voor zijn kinderen wil. Ouders voelen vooroordelen aan, wat een nefaste invloed heeft op het verloop van het gesprek.
- Veroordeel en verwijt niet. Wees mild tegenover je cliënt. Toon interesse en begrip en vel niet te snel een oordeel. Wanneer er problemen zijn, bedenk dan dat deze eerder een gevolg zijn van 'niet kunnen' in plaats van 'niet willen'.
- Controleer niet. Zorg ervoor dat het gesprek niet op een ondervraging over de opvoedcapaciteiten lijkt.
- Wees transparant. Leg ouders uit dat het niet de bedoeling is om de informatie verkregen tijdens het gesprek door te spelen aan derden. Wanneer een verwijzing naar een andere instantie nodig blijkt, wees hierover dan eerlijk tegen de ouders en ondersteun hen hierin.
- Wees oprecht geïnteresseerd. Toon interesse in het welzijn van de kinderen en hoe de cliënt het ouderschap ervaart.

1.4.2 Tips en tools bij stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen

Welke vragen kan je stellen om zicht te krijgen op het welzijn van de kinderen?

Voorbeeldvragen:

- Hoe neem je de zorg van de kinderen op als je een mindere dag hebt? Wie brengt de kinderen dan naar school of naar de opvang? Wie kookt er?
- Hoe zorg je ervoor dat je de kinderen voldoende verzorging en veiligheid biedt en je voldoende toezicht houdt als je een mindere dag hebt? Hoe doe je dit?
- Wie kan je bellen als de zorg voor de kinderen even te veel wordt? Wat kunnen zij voor jou en de kinderen doen?
- Wat denk je dat de kinderen merken van jouw situatie? Heb je enig idee wat jouw situatie voor hen betekent? Hoe gaan ze daarmee om?
- Ben je bezorgd over de kinderen vanwege jouw situatie?

Welke signalen wijzen op een niet-pluisgevoel?

Er bestaan in de wetenschappelijke literatuur geen vaste regels over wat een goede opvoeding precies is. Elke ouder, elk kind en elke situatie is immers anders. Er bestaan ook geen meetinstrumenten die door middel van bepaalde scores kunnen verduidelijken of ouders hun kind wel of niet voldoende ondersteunen. Hulpverleners beantwoorden deze vraag veelal op basis van persoonlijke en professionele intuïtie.

Hoewel er geen normering bestaat over wat de juiste manier van opvoeden is, zijn er twee theoretische kaders die als kapstok kunnen dienen om de veiligheid van kinderen in kaart te brengen en te bepalen of er nood is aan bijkomende ondersteuning.

Het framework for the assessment of children in need and their families van Gray (2001) beschrijft [20 voorwaarden](#) die voldaan moeten worden om te kunnen spreken van goed ouderschap (zie bijlage 2). Het theoretisch kader deelt de 20 voorwaarden op in drie categorieën:

- voorwaarden m.b.t. de ontwikkelingsnoden van het kind of de jongere;
- voorwaarden m.b.t. de opvoedcapaciteiten van de ouders;
- voorwaarden m.b.t. de bredere gezins- en omgevingsfactoren.

Volgens Heiner en Bartels (1989) en Zijlstra (2012) moet een ouder aan [14 voorwaarden](#) voor “goed genoeg” ouderschap voldoen (zie bijlage 3).

Beide kaders bieden houvast om een goed beeld te krijgen van de opvoedingssituatie en te beoordelen of de opvoedingssituatie pluis of niet-pluis is. Wanneer er in grote mate van de voorwaarden wordt afgeweken, zijn de ontwikkeling en het welzijn van de kinderen mogelijk bedreigd.

1.4.3 Tips en tools bij stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder

Hoe doe je een KOPP-preventiegesprek met de ouder(s)?

Een KOPP-preventiegesprek dient in de eerste plaats om ouders te versterken in hun ouderrol en via deze weg de veerkracht van de kinderen te versterken. Idealiter wordt het gesprek met de cliënt en de partner gevoerd. Wanneer de cliënt geen partner heeft, is het aan te bevelen om een vertrouwenspersoon van het kind te betrekken.

Focus tijdens het gesprek op volgende vier pijlers:

- **Pijler 1: vertel de ouders dat het belangrijk is om hun kinderen goed te informeren over wat er aan de hand is.** Leg hen uit dat dit de kinderen helpt om zich niet onnodig zorgen te maken en de dingen voorspelbaar te maken. Motiveer ouders om hun kinderen zelf te informeren over de psychische problemen en de behandeling. Geef aan dat er allerlei boekjes, brochures en websites over KOPP bestaan, die helpend kunnen zijn voor de kinderen. Op de website “www.ikmaakdeklik.be” zijn allerlei materialen te vinden. Wanneer de ouders het niet zien zitten om de kinderen zelf te informeren, stel hen dan voor om het gesprek met de kinderen samen te doen. Wanneer ouders weigerachtig staan tegenover het informeren van hun kinderen, probeer dan naar een andere – voor de ouders aanvaardbare – manier te zoeken om de kinderen te informeren.
- **Pijler 2: leg ouders uit dat het voor de kinderen belangrijk is om kindgerichte activiteiten te kunnen doen.** Naast kindgerichte activiteiten zijn sociale contacten voor de kinderen van groot belang. Stimuleer ouders om iets leuk met de kinderen te doen (bv. een gezelschapsspel spelen), de kinderen toestemming te geven om bij een vriendje te gaan spelen of de kinderen in te schrijven in een sportclub.
- **Pijler 3: leg ouders uit dat het voor de kinderen belangrijk is dat ze met hun verhaal, hun zorgen en hun vragen bij iemand buiten het gezin terecht kunnen.** Kinderen verplichten om met niemand over de ouderproblematiek te praten, zorgt ervoor dat ze zich alleen voelen. Ga samen met de ouder na of er al steunfiguren zijn in het leven van de kinderen. Bekijk wie deze rol kan vervullen indien dit nog niet het geval is. Dit kan gelijk wie zijn: een familielid, leerkracht, iemand van de jeugdbeweging, een buur, etc.
- **Pijler 4: wijs ouders erop dat het belangrijk is om stil te staan bij de emoties van hun kinderen.** Nodig hen uit om geregeld aan de kinderen te vragen hoe het met hen gaat, om interesse te tonen voor hun leefwereld, hobby’s, ervaringen op school, vrienden, etc. De kinderen krijgen hierdoor het gevoel dat ze hun emoties mogen uiten wat ondersteunend werkt.

De volgorde waarin je de vier pijlers ter sprake brengt doet er niet toe. Het is ook mogelijk dat de vier pijlers niet evenwaardig aan bod komen of dat de ouders weigerachtig staan tegenover een van de pijlers. Bruskeer in dat geval niet, maar wees tevreden met dat wat de ouders wel weten te realiseren.

Hoe betrek en ondersteun je relevante personen uit de context van de cliënt?

Ondersteun de andere ouder:

- vraag naar het welzijn van de andere ouder;
- bekijk of iemand anders uit het sociale netwerk mee ingeschakeld kan worden voor het uitvoeren van de opvoedingstaken;
- informeer de andere ouder over ondersteuningsmogelijkheden die voorhanden zijn en motiveer hem om indien nodig stappen te zetten.

Bouw een ondersteunend netwerk rondom het kind uit:

- Licht sleutelfiguren in en informeer hen over de situatie zodat ze extra aandacht kunnen besteden aan het kind en steun kunnen bieden tijdens moeilijke momenten. Vraag hiervoor wel eerst de toestemming van de cliënt.

Hoe ondersteun je een ouder die in een residentiële voorziening verblijft en zijn kinderen en familie?

Besteed aandacht aan de kinderen en familieleden die bij de cliënt op bezoek komen:

- zorg voor een vriendelijk onthaal van de kinderen en de familieleden;
- vraag hoe het met hen gaat en ga na of zij met bepaalde vragen zitten;
- luister aandachtig en let op non-verbaal gedrag;
- maak tijd vrij voor de kinderen en de familie – stap uit de rol van hulpverlener;
- geef een rondleiding op de afdeling;
- spreek op een open en eerlijke manier.

Stimuleer de interactie tussen ouder en kind:

- moedig bezoek van de kinderen en familieleden aan;
- vraag de kinderen om een kaartje, mailtje, smsje of brief, etc. te schrijven of een tekening te maken;
- zorg ervoor dat belangrijke familiedagen niet uit het oog worden verloren (verjaardagen, familiefeesten, moeder- en vaderdag, etc.);
- zorg ervoor dat ouders en kinderen voldoende privacy hebben om tijdens een bezoek met elkaar te praten.

Besteed bijzondere aandacht aan weekendbezoek en ontslag uit de afdeling:

- maak deze momenten zeker voor jongere kinderen voorspelbaar door een kalender te gebruiken, waarop je aangeeft wanneer de ouder naar huis komt;
- sta open voor vragen van het kind en de familie hierover;
- bespreek met de ouders het verloop en de impact van het weekendbezoek en het ontslag.

1.4.4 Tips en tools bij stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid

Wat is een verontrustende situatie?

Volgens het Decreet Integrale Jeugdhulp is er sprake van verontrusting wanneer de ontwikkelingskansen van een minderjarige bedreigd zijn. Dat kan omdat de provisie-, protectie- of participatierechten van de minderjarige worden geschonden. Maar ook omdat de psychische, fysieke of seksuele integriteit van een minderjarige of één of meer gezinsleden wordt aangetast.

Onderstaand leggen we een aantal begrippen uit deze definitie verder uit:

- provisierechten: het recht om toegang te krijgen tot bepaalde voorzieningen en diensten (bv. gezondheidszorg, onderwijs, rust, ontspanning en aangepaste zorg voor kinderen met een beperking);
- protectierechten: het recht om beschermd te worden tegen schadelijke praktijken (bv. bescherming tegen commerciële of seksuele uitbuiting en fysieke of mentale mishandeling);
- participatierechten: het recht om gehoord te worden bij het nemen van beslissingen die zijn of haar leven beïnvloeden (bv. vrijheid van spreken en van mening, vrijheid van cultuur, godsdienst of taal).

Op welke risicofactoren moet je letten?

Risicofactoren met betrekking tot de ouder en het gezin:

- ouder met een verleden van mishandeling;
- ouder met een lage scholing;
- ouder met een beperkt cognitief vermogen;
- ouder met een verslaving, psychisch probleem of persoonlijkheidsstoornis;
- ouder met een gebrek aan empathie voor het kind;
- ouder met hoge en onrealistische verwachtingen ten aanzien van het kind;
- ouder die op een destructieve manier met anderen omgaat;
- ouder met rigide en gebrekkige communicatiepatronen;
- gezinnen met partnergeweld;
- relatieproblemen bij de ouders waaronder echt- en vechtscheidingen.

Risicofactoren met betrekking tot het kind:

- ongewenst kind;
- kind met een ziekte of handicap;
- huilbaby;
- kind met een lastige persoonlijkheid, gedrags- of ontwikkelingsprobleem;
- stief-, pleeg- of adoptiekind;
- prematuur geboren kind (hebben een verhoogd risico op hechtingsproblemen);
- kind tussen 0 en 3 jaar (zijn meer kwetsbaar, afhankelijk, eisend en egocentrisch).

Risicofactoren met betrekking tot de omgeving:

- armoede;
- zwak sociaal netwerk;
- criminaliteit;
- geweld in de leefomgeving;
- gebrek aan adequate kinderopvang.

Op welke beschermende factoren moet je letten?

Beschermende factoren met betrekking tot de ouder en het gezin:

- minder ernstige problematiek en milde symptomen;
- beschikbaarheid andere ouder;
- beschikbaar als ouder in stabiele periodes;
- sociale competenties.

Beschermende factoren met betrekking tot het kind:

- creativiteit;
- temperament dat goed bij de ouder past;
- hogere intelligentie;
- sociale competentie;
- gedrevenheid;
- groot probleemoplossend vermogen;
- groot begrip en inzicht in zichzelf en anderen;
- positieve schoolervaringen;
- groot gevoel van zelfwaarde;
- goede band met beschermende volwassenen;
- positieve ervaringen met leeftijdsgenoten;
- veel ontspannende activiteiten;
- oudere leeftijd.

Beschermende factoren met betrekking tot de omgeving:

- uitgebreid sociaal netwerk;
- contact met hulpverlening;
- positieve kijk op de samenleving.

Welke instrumenten kan je gebruiken om de situatie in te schatten?

In Vlaanderen maken heel wat hulpverleners gebruik van de [Lijst voor Screening en Interventie Keuze \(SIK-lijst\)](#) om een risico-inschatting te maken van de thuissituatie en op basis hiervan interventies toe te passen of een verwijzing te doen (zie bijlage 4). De SIK-lijst levert echter geen genormeerde scores op. Het is eerder een theoretisch gefundeerd hulpmiddel voor de praktijk.

Daarnaast bestaan er meer geavanceerde risicotaxatie-instrumenten om verontrusting te signaleren en eventuele blinde vlekken in kaart te brengen. In de literatuur zijn er verschillende Nederlandstalige risicotaxatie-instrumenten voorhanden, maar de meesten kennen een lage validiteit en betrouwbaarheid. Niettemin kunnen ze helpen om de blik te verruimen door de aandacht te vestigen op relevante signalen en beschermende factoren wat noodzakelijk is om tot een gefundeerde mening te komen en een subjectief oordeel expliciet te maken. De instrumenten helpen ook bij de bespreking van de situatie met de collega's en de cliënt zelf.

Het [Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid \(LIRIK\)](#) wordt in Vlaanderen het vaakst door hulpverleners gebruikt (zie bijlage 5). De LIRIK maakt een inschatting van de huidige veiligheidssituatie van het kind en van de toekomstige risico's en helpt bij het inzichtelijk maken van de balans tussen risico- en beschermende factoren. Een nadeel is evenwel dat het instrument hulpverleners geen handvatten aanreikt over hoe zwaar ze risicofactoren moeten wegen. De professional bepaalt uiteindelijk zelf hoe zwaar hij de risicofactoren weegt om tot een eindoordeel te komen.

We benadrukken evenwel dat geen enkel instrument in staat is om op accurate wijze te bepalen of een opvoedingssituatie verontrustend is. Ze geven enkel richting bij het maken van deze beoordeling. Houd daarom rekening met volgende aandachtspunten:

- Vertrouw niet blind op de uitkomst van een risicotaxatie-instrument maar sta kritisch ten aanzien van de bevindingen.
- Maak een veiligheids- en risico-inschatting nooit alleen. Houd er rekening mee dat je eigen normen, waarden en ervaringen een invloed hebben op de manier waarop je de situatie interpreteert. Bespreek je conclusies daarom steeds met een collega of andere expert en bekijk of er geen alternatieve interpretatie of verklaring mogelijk is.
- Ga altijd in gesprek met ouders over de conclusies die je samen met je collega's trekt. Sta open voor andere verklaringen die jouw interpretatie tegenspreken.

Hoe en waarvoor kan je de gemandateerde voorzieningen consulteren?

Hulpverleners die nood hebben aan het advies van een expert om de situatie in te schatten kunnen beroep doen op de consultfunctie van de twee gemandateerde voorzieningen: de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en de Ondersteuningscentra Jeugdhulp. Consultgesprekken verlopen telefonisch en gebeuren op basis van anonieme cliëntgegevens.

Wat is een consult?

- Een consult betreft een reflectie over het omgaan met verontrusting en het aanreiken van pistes die de horizon van de consultvrager verbreden zodat de consultvrager weer handelingsmogelijkheden ziet. Het biedt met andere woorden ondersteuning in het omgaan met verontrustende situaties.

- De hulpverlener die consult vraagt blijft verantwoordelijk voor de opvolging van de cliënt en het al dan niet opnemen van de volgende stappen.
- Consultvragen leiden enkel tot een effectieve aanmelding bij een gemandateerde voorziening indien de consultvrager dit zelf beslist en meldt.

Wat is een consult niet?

- Een consult is geen melding bij een OCJ of VK.
- Het is ook geen formeel oordeel over maatschappelijke noodzaak.

Hoe bespreek je jouw bevindingen met de cliënt?

Tips:

- Zet op een rij wat je al weet. Hierdoor wordt het duidelijk waarover je nog niet veel weet en dus verder moet doorvragen. Het gesprek moet je namelijk helpen om een beslissing te nemen en een vervolgstap te kiezen.
- Benoem je zorgen zo concreet mogelijk. “Ik maak me zorgen om de kinderen” is niet concreet. “De kinderen krijgen drie keer in de week geen eten mee naar school” is wel concreet.
- Formuleer je zorgen aan de hand van feiten zonder een oordeel te vellen.
- Kijk niet enkel naar de zorgen en problemen maar ook naar de zaken die goed gaan. Benoem positieve zaken en complimenteer de cliënt hiervoor. Zo leg je verbinding met de cliënt.
- Vermijd termen als verwaarlozing of kindermishandeling, maar gebruik in de plaats neutrale termen als “ik maak me een beetje zorgen over uw kind en of het wel goed in zijn vel zit”.
- Neem de tijd. Zorg ervoor dat er tijd is om het gesprek eventueel te laten uitlopen.
- Zorg dat er een tolk aanwezig is als de cliënt niet goed Nederlands spreekt.

1.4.5 Tips en tools bij stap 5: herstel de veiligheid

Hoe kan je zelf de veiligheid herstellen?

Enkele eenvoudige zaken die je als hulpverlener zelf kan doen om de veiligheid te herstellen:

- Zoek naar uitzonderingen. In geen enkel gezin is het altijd en overal onveilig. De sleutel tot verandering ligt in deze uitzonderingen. Kijk naar de momenten waarop de situatie wel veilig is en probeer te achterhalen waarom het dan wel lukt. Bv. op sommige momenten hebben jullie veel plezier samen. Hoe komt het dat het dan wel leuk is? Wat doen jullie dan? Misschien kunnen jullie dit vaker doen?
- Zoek naar details. Oplossingen ontstaan altijd uit details, nooit uit algemeen-heden. Maak de onveiligheid zo concreet mogelijk. Bv. Soms lukt het jou wel om de kinderen aan de schoolpoort op te halen en eten klaar te maken! Wanneer is dat? Wat maakt dat het jou op dat moment wel lukt? Wat kan jou helpen om dit in de toekomst vaker te doen?
- Formuleer de zorgen zo concreet mogelijk. “Ik maak me zorgen” is niet concreet. “De kinderen kregen deze week drie keer geen eten mee naar school” is wel concreet. Dit biedt meteen aanknopingspunten om tot verandering te komen.

- Ga na wat de ouder zelf wil. Het kan thuis alleen veiliger worden als de ouder hier ook van overtuigd is en wil meewerken. Wat willen ouders zelf bereiken of veranderen? Bv. wat zou je zelf willen veranderen om het thuis beter te maken? Wat heb je nodig om dat te doen? Wie kan je hierbij helpen?
- Schakel het netwerk in. Familie, buren, vrienden spelen een belangrijke rol om de veiligheid thuis te vergroten. Maak afspraken met relevante personen uit de context van de cliënt om toezicht te houden op de veiligheid van de kinderen. Vraag personen uit de ruimere gezinscontext om bij te springen wanneer de primaire verzorger ziek, gespannen of niet beschikbaar is. Noteer de naam van enkele veiligheidsmensen met wie het kind of de jongere contact kan nemen in geval van problemen.

Het is belangrijk dat hulpverleners hun professionele en persoonlijke grenzen niet overschrijden en meer doen dan datgene waarvoor ze zich bekwaam voelen. Bij twijfel of wanneer men zich niet prettig voelt bij de situatie, is het aangewezen om iemand anders in te schakelen die kan helpen of de situatie overneemt, bv. een collega of externe voorziening met meer expertise.

Welke voorzieningen kan je inschakelen?

- de huisarts;
- het CAW;
- de CLB;
- de regioteams van Kind en Gezin;
- de VK;
- de OCJ.

1.4.6 Tips en tools bij stap 6: betrek een gemandateerde voorziening

Hoe betrek je een gemandateerde voorziening?

Vlaanderen telt twee voorzieningen die door de overheid gemandateerd zijn om in verontrustende situaties maatschappelijk in te grijpen: de Ondersteuningscentra Jeugdhulp (OCJ) en de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK). Beide voorzieningen geven consult aan hulpaanbieders in verontrustende situaties, onderzoeken meldingen van verontrustende situaties, starten gepaste hulpverlening op en volgen opgestarte hulpverlening mee op.

Wat staat jouw cliënt te wachten als je een gemandateerde voorziening betreft?

Verdere uitwerking op te nemen door het VECK tijdens de implementatie.

1.5 Beroepsgeheim

In het Belgische strafwetboek is er een uitgebreide wetgeving voorzien die beschrijft wanneer en onder welke voorwaarden een hulpverlener zijn beroepsgeheim mag doorbreken om de veiligheid van zijn cliënt of andere personen te garanderen. De laatste jaren werden een aantal nieuwe artikels aan het strafwetboek toegevoegd die gegevensuitwisseling tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners, politie en parket mogelijk maakt en aldus een geïntegreerde aanpak faciliteert.

We bieden hier een antwoord op volgende vragen:

Is er in België een meldplicht of een meldrecht?

In België zijn hulpverleners niet verplicht om een situatie van kindermishandeling te melden aan gerechtelijke instanties. Het achterliggende idee is hier dat een meldplicht slachtoffers en plegers ervan kan weerhouden om beroep te doen op hulpverlening. Bovendien valt een meldplicht moeilijk te rijmen met het beroepsgeheim waaraan alle hulpverleners in België (dokters, verpleegsters, psychologen, maatschappelijk assistenten, etc.) onderhevig zijn (artikel 458 van het strafwetboek). De geheimhoudingsplicht stelt een hulpvrager in staat om in alle vertrouwen en zonder angst of schroom zijn verhaal aan een professional te doen. Dit is noodzakelijk opdat de hulpverlener zich een goed beeld van de situatie kan vormen en vervolgens gepaste hulp kan verstrekken.

Mag je informatie delen met andere hulpverleners?

Onder bepaalde voorwaarden mogen hulpverleners die gebonden zijn aan het beroepsgeheim en die dezelfde hulpvrager behandelen informatie met elkaar uitwisselen. Het gaat hier om **een gedeeld beroepsgeheim**. Volgende voorwaarden zijn in dit geval van tel:

- Een hulpverlener mag enkel informatie doorgeven aan een persoon die ook door het beroepsgeheim gebonden is. De andere hulpverlener moet daarbij optreden met dezelfde finaliteit. Dit betekent dat hulpverleners werkzaam in buitengerechtelijke context en hulpverleners in gerechtelijke context enkel informatie mogen delen mits uitdrukkelijke toestemming van de desbetreffende persoon.
- Het uitwisselen van cliëntinformatie kan enkel tussen personen betrokken in de hulpverlening en in functie van de lopende hulpverlening.
- De gegevensuitwisseling is noodzakelijk voor de hulpverlening van de desbetreffende persoon en omvat enkel gegevens die noodzakelijk en in het belang van de cliënt zijn.
- De cliënt moet minstens op de hoogte worden gebracht van welke gegevens men aan wie doorgeeft. Indien mogelijk gebeurt het doorgeven van gegevens met toestemming en bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt.

Hulpverleners uit eenzelfde team zijn niet onderhevig aan de strikte regels van het gedeeld beroepsgeheim maar dienen zich bij informatie-uitwisseling te houden aan het gezamenlijk beroepsgeheim.

Wanneer de cliënt zijn toestemming geeft om informatie door te geven, mag een hulpverlener dit ook effectief doen. Het is evenwel belangrijk dat de cliënt weet:

- dat de hulpverlener informatie gaat doorgeven;
- welke informatie de hulpverlener gaat doorgeven;
- aan wie deze informatie wordt doorgegeven;
- waarom deze informatie wordt doorgegeven.

Als de cliënt minderjarig is, moet hij over voldoende onderscheidingsvermogen beschikken alvorens hij werkelijk toestemming kan geven. Het is bovendien aan te raden om enkel informatie door te geven ter bescherming van de minderjarige evenals om zich te beperken tot het doorgeven van uitsluitend noodzakelijke informatie.

Mag je gegevens over een minderjarige uitwisselen met de ouders?

Hulpverleners hebben in principe beroepsgeheim ten aanzien van de ouders van minderjarige cliënten. Een minderjarige kan de vraag stellen om bepaalde informatie niet door te geven aan de ouders. Volgens het Decreet Rechtspositie Minderjarige is dit niet gebonden aan een bepaalde leeftijd: ook jonge kinderen kunnen vragen om bepaalde informatie niet aan de ouders te verschaffen. Als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige hebben ouders echter wel het recht op vertrouwelijke informatie binnen het kader van de uitoefening van hun ouderlijk gezag. Ouders moeten over alle nodige informatie beschikken om beslissingen te kunnen nemen over de opvoeding van hun kind. Daarbij is het steeds belangrijk om het kind minstens op de hoogte te brengen van de informatieoverdracht en het waarom van deze overdracht. Een belangrijk detail: het ouderlijk gezag heeft een uitdovend karakter. Naarmate de minderjarige meer onderscheidingsvermogen verwerft, moeten ouders steeds minder tussenkomen en wordt het ook minder noodzakelijk om aan hen bepaalde informatie door te geven. Hulpverleners gaan zelf na of de minderjarige over voldoende onderscheidingsvermogen beschikt en/of een uitwisseling van informatie de veiligheid van de minderjarige in het gedrang brengt.

Wanneer schend je als hulpverlener het beroepsgeheim?

Er is sprake van een schending van het beroepsgeheim als een hulpverlener geheimen die hem werden toevertrouwd opzettelijk en bewust bekend maakt aan derden. Een effectieve schending van het beroepsgeheim heeft strafrechtelijke gevolgen en kan leiden tot een vordering tot schadevergoeding of een arbeidsrechtelijke sanctie zoals een ontslag. Er is evenwel geen sprake van een schending wanneer een van de eerder besproken uitzonderingen van tel is. Het is daarom raadzaam dat hulpverleners bij het doorbreken van hun beroepsgeheim nagaan of ze kunnen terugvallen op een van de uitzonderingsgronden. Hulpverleners die twijfelen of het al dan niet noodzakelijk is om het beroepsgeheim te doorbreken en gewrongen zitten tussen het schenden van het beroepsgeheim enerzijds en het plegen van schuldig verzuim anderzijds, kunnen steeds informatie inwinnen bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling zonder namen of identiteiten bekend te maken.

Wat is schuldig verzuim?

Volgens de Belgische wetgeving hebben alle burgers – inclusief hulpverleners – de plicht om hulp te verlenen op het moment dat iemand in een toestand van groot gevaar verkeert. Het gaat hier om een ernstig gevaar voor de gezondheid, de integriteit, de vrijheid of de eerbaarheid van andere mensen. Burgers kunnen dit gevaar zelf vaststellen of vaststellen doordat iemand hulp inroept. Mensen die het in deze omstandigheden bewust nalaten om de nodige hulp te verlenen, begaan het misdrijf schuldig verzuim wat strafrechtelijk gesanctioneerd kan worden. Er is geen sprake van schuldig verzuim indien een burger door te helpen zichzelf of anderen in gevaar brengt. Wanneer een hulpverlener geconfronteerd wordt met kindermishandeling, is het zijn plicht om zelf of samen met anderen hulp te verlenen. Lukt het niet om de nodige hulp te verstrekken, doet hij een aangifte bij politie of parket om zo veiligheid te creëren voor een kind in nood. Het beroepsgeheim mag geen excuus zijn om kinderen in nood niet te helpen. Het negeren van dergelijke situatie staat gelijk aan schuldig verzuim.

1.6 Cases

Verdere uitwerking op te nemen door het VECK tijdens de implementatie.

1.7 Hulpaanbod

Nood aan advies van een expert

Hulpverleners die nood hebben aan advies van een expert bij het doorlopen van de zes stappen kunnen terecht bij de twee gemandateerde voorzieningen: de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en de Ondersteuningscentra Jeugdhulp. Consultgesprekken verlopen telefonisch en gebeuren op basis van anonieme cliëntgegevens zodat hulpverleners hun beroepsgeheim niet hoeven te schenden.

Contactgegevens van de gemandateerde voorzieningen per provincie

Zie bijlage 6.

Nood aan extra ondersteuning voor de cliënt en zijn gezin

Wanneer een cliënt en zijn gezin nood heeft aan extra ondersteuning, kan je als hulpverlener diverse partners uit de jeugdhulp inschakelen naargelang de ernst van de situatie. **De Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de regionale teams van Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)** zijn de meest laagdrempelige voorzieningen binnen de jeugdhulp en vervullen de rol van brede instap. Het is de bedoeling dat kinderen, jongeren, ouders en professionelen bij deze voorzieningen terecht kunnen met al hun vragen, los van de kenmerken van het probleem. Voorzieningen uit de brede instap bieden onthaal, vraagverheldering, aanbodverheldering en kortdurende hulpverlening aan en doen gerichte verwijzingen. Zij kennen het hulpverleningsaanbod voor minderjarigen en hun ouders zeer goed en zijn daarom een ideale partner om in de stappen 4 tot 6 te betrekken.

In **het CAW** kunnen cliënten terecht voor alle vragen en problemen over welzijn (relaties, persoonlijke problemen, financiële of materiële problemen en vragen in verband met criminaliteit). Het CAW is laagdrempelig en biedt onthaal, begeleiding, crisishulp en opvang aan mensen van alle leeftijden.

Gezinnen met kinderen tussen 0 en 3 jaar kunnen bij **de regioteams van Kind en Gezin** terecht voor gezinsondersteuning op maat. Ouders kunnen er terecht met al hun vragen omtrent het ouderschap, ook als de dingen niet lopen zoals verwacht. Deze dienstverlening is gratis en op maat van elk gezin.

In **het CLB** kunnen kinderen, jongeren en ouders terecht voor informatie, hulp en begeleiding rond volgende vier domeinen: (1) leren en studeren, (2) schoolloopbaanbegeleiding, (3) preventieve gezondheidszorg en (4) psychosociaal functioneren. Wat het probleem ook is, het CLB luistert en zoekt mee naar mogelijke oplossingen. De hulp en begeleiding zijn kosteloos, vertrouwelijk en onafhankelijk van de school. Begeleiding bij psychosociaal functioneren is meestal gericht op gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, sociale problemen, psychische problemen, emotionele problemen of verwerking bij rouw en verlies. Het CLB biedt in deze situatie onthaal en vraagverheldering, informatie en advies, diagnose, kortdurende begeleiding en werkt samen met relevante netwerkpartners in functie van de ondersteuning van de minderjarige, de ouders, de school of personen uit de leefomgeving. Het CLB is bovendien gemachtigd om bij de intersectorale toegangspoort een aanvraag in te dienen voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Elke erkende school in Vlaanderen werkt samen met een CLB. Op de website van Onderwijs Vlaanderen kan je opzoeken welke scholen aan welk CLB verbonden zijn. Een CLB is elke schooldag open en tijdens de schoolvakanties zijn er op bepaalde dagen medewerkers bereikbaar.

Bij **het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling** kunnen hulpverleners terecht voor extra ondersteuning wanneer er een vermoeden is van kindermishandeling. Het VK verstrekt en organiseert

jeugdhulp aan minderjarige slachtoffers van kindermishandeling en hun gezin om zo de veiligheid te herstellen, herhaling van geweld te voorkomen en herstel te bevorderen.

Hulpverleners die in hun werksituatie geconfronteerd worden met (een vermoeden van) verontrusting en vragen hebben over de aanpak ervan, kunnen beroep doen op **de consultfunctie van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en de Ondersteuningscentra Jeugdhulp**. De consultfunctie is erop gericht om de verontrusting helder te krijgen en om samen na te gaan welke stappen er gezet kunnen worden.

Hulpverleners die te maken krijgen met mishandeling of verwaarlozing en ervaren dat de cliënt niet bereid of niet in staat is om de veiligheid te herstellen, kunnen **een aanmelding doen bij een van de twee gemandateerde voorzieningen** (het VK of het OCJ). De gemandateerde voorziening onderzoekt vervolgens de verontrustende situatie door in gesprek te gaan met de betrokken partijen en tracht zo beter zicht te krijgen op de leefsituatie, de aanwezige zorgen en krachten, en de ontplooiingskansen en de veiligheid van de minderjarige. Het onderzoek resulteert uiteindelijk in een gemotiveerde beslissing of het al dan niet maatschappelijk noodzakelijk is om van overheidswege hulpverlening op te starten. Deze hulpverlening is nog steeds vrijwillig (dus met het akkoord van de betrokkenen), maar het is enkel mogelijk om de hulpverlening te veranderen of stop te zetten na een gezamenlijke beslissing met de gemandateerde voorziening, de betrokken hulpverleners en de cliënt. Wanneer de cliënt en het cliëntensysteem weigeren mee te werken aan het onderzoek naar maatschappelijke noodzaak of de voorgestelde hulpverlening niet aanvaarden, kan de gemandateerde voorziening besluiten om de situatie door te verwijzen naar het Openbaar Ministerie waarna de cliënt in de gedwongen hulpverlening terecht komt.

Contactgegevens Brede Instap per provincie

Verdere uitwerking op te nemen door het VECK tijdens de implementatie.

Een melding doen bij een gemandateerde voorziening

Vlaanderen telt twee voorzieningen die door de overheid gemandateerd zijn om in verontrustende situaties maatschappelijk in te grijpen: de Ondersteuningscentra Jeugdhulp (OCJ) en de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK). Beide voorzieningen hebben eenzelfde opdracht inzake maatschappelijke noodzaak, met name:

- consult geven aan hulpaanbieders in verontrustende situaties;
- meldingen van verontrustende situaties onderzoeken;
- gepaste hulpverlening opstarten en mee opvolgen.

1.8 Vorming & materiaal

Vorming

- Waar kan ik me bijscholen?
- Data van de studiedagen en vormen

Verdere uitwerking op te nemen door het VECK tijdens de implementatie.

Filmpjes

Verdere uitwerking op te nemen door het VECK tijdens de implementatie.

Downloadbaar materiaal

Volgende materialen kunnen hier een plaats krijgen:

- Het onderzoeksrapport van SWVG
- De PowerPoint van de vorming (zie bijlage 7 voor een eerste aanzet)
- Een richtlijn die alle informatie van de website groepeerd in één overzichtelijk pdf-document dat downloadbaar is van de website)
- Een overzichtelijke steekkaart van het stappenplan
- De brochure van de Kindreflex
- De poster van de Kindreflex om op te hangen in de wachtzaal
- Op termijn eventueel een online leermodule

2 Steekkaart stappenplan



Stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap

- Geef aan dat het thema kinderen en ouderschap een standaard onderdeel is van de behandeling.
- Ga tijdens de intake na of de cliënt zorgdraagt voor kinderen of een kind verwacht.
- Knoop op positieve wijze met de cliënt een gesprek aan over de kinderen en zijn rol als ouder.
- Vergeet bij een (dag)opname niet na te vragen of er opvang voor de kinderen geregeld is.
- Noteer in het dossier relevante informatie met betrekking tot de kinderen.

Stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen

- Tracht zicht te krijgen op de veiligheid en het welzijn van de kinderen in het gezin.
 - Overleg steeds met andere collega's of een expert om een eerste inschatting te maken van de veiligheid en het welzijn van de kinderen.
 - Noteer in het cliëntdossier wanneer je een niet-pluisgevoel over de thuissituatie hebt en waarom.
- Ga naar stap 3 wanneer je geen twijfels hebt over de thuissituatie.
- Ga naar stap 4 wanneer je een niet-pluisgevoel hebt of wanneer de situatie onduidelijk is.

Stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder

- Vraag regelmatig naar de kinderen en het ouderschap.
- Voer een KOPP-preventiegesprek met de cliënt en eventueel de partner.
- Betrek indien nodig een voorziening om de cliënt te ondersteunen in zijn rol als ouder.
- Betrek indien nodig relevante personen uit de context van de cliënt (kinderen, partner, grootouders, buur, vriend) en ondersteun hen waar nodig.
- Noteer in het dossier op welke manier je de cliënt ondersteund hebt in zijn rol als ouder.

Stap 5: herstel de veiligheid

- Creëer een veilige situatie voor de kinderen door zelf met de cliënt aan de slag te gaan of een gepaste hulpvoorziening te betrekken.
- Raadpleeg indien nodig de consultfunctie van het VK of het OCJ voor advies.
- Volg de situatie op en blijf alert voor verontrustende signalen.
- Bespreek het ouderschap regelmatig opnieuw met de cliënt.
- Noteer de voortgang in het cliëntdossier.

→ Ga naar stap 3 wanneer de situatie verbetert.

→ Ga naar stap 6 wanneer de veiligheid zich niet herstelt.

Stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid

- Verzamel extra gegevens om een inschatting te kunnen maken van de situatie.
- Beluister niet alleen de cliënt, maar ook sleutelfiguren in het leven van de cliënt (de partner, kinderen, grootouders, vriend, etc.).
- Kijk naar risico- en beschermende factoren.
- Maak indien gewenst gebruik van een assessment instrument om blinde vlekken systematisch in beeld te brengen.
- Bespreek de resultaten eerst met een collega-hulpverlener of expert vooraleer je opnieuw in gesprek gaat met de cliënt.
- Raadpleeg de consultfunctie van het VK of het OCJ wanneer je twijfelt of geen collega-hulpverlener hebt om jouw bezorgdheden mee te bespreken.
- Bespreek nadien de conclusies met de cliënt en sta open voor alternatieve verklaringen.
- Leg alle verzamelde informatie samen en beslis in teamverband of de situatie verontrustend is.
- Wanneer de situatie verontrustend is, ga dan na of de cliënt bereid is om de situatie te veranderen.
- Noteer in het dossier of de thuissituatie verontrustend is en of er bereidheid is bij de cliënt.

→ Ga naar stap 3 wanneer de thuissituatie veilig is.

→ Ga naar stap 5 wanneer de thuissituatie verontrustend is maar er bereidheid is bij de cliënt.

→ Ga naar stap 6 wanneer de thuissituatie verontrustend is en er onvermogen of weerstand is bij de cliënt of wanneer er acuut gevaar is.

Stap 6: betrek een gemandateerde voorziening

- Neem contact met een gemandateerde voorziening (VK of OCJ).
- Breng de cliënt hiervan op de hoogte en bereid hem voor.
- Houd contact met de gemandateerde voorziening om de voortgang van de cliënt op te volgen.
- Noteer de vervolgacties in het cliëntdossier.
- Bekijk samen met de gemandateerde voorziening welke acties je als hulpverlener verder kan opnemen om de veiligheid mee te herstellen.

3 Vorming

Een PowerPointpresentatie van de vorming is te vinden in een apart bestand.

4 Brochure voor hulpverleners werkzaam in de GGZ

Wat is de Kindreflex?

Vanaf 2019 worden hulpverleners werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg aangemoedigd om bij elke volwassen cliënt de Kindreflex te doen.

Dit houdt twee zaken in:

- Een hulpverlener voert met zijn cliënt een gesprek over het thema ouderschap, geeft hem de kans om in alle vrijheid over de kinderen en zijn bezorgdheden daaromtrent te praten en ondersteunt hem waar nodig in zijn rol als moeder of vader.
- Een hulpverlener tracht tijdens cliëntcontacten verontrustende gezinssituaties te signaleren en de veiligheid in de mate van het mogelijke te herstellen.

De essentie van de Kindreflex is dat hulpverleners in de mogelijkheid zijn om in te spelen op het welzijn van kinderen van ouders met een psychisch probleem zonder hen zelf te zien. Dit is een kans die hulpverleners niet onbenut mogen laten.

Waarom is het belangrijk dat u de Kindreflex doet?

In Vlaanderen zijn er op jaarbasis naar schatting 350.000 KOPP-kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychisch of een verslavingsprobleem. Opgroeien bij een ouder met een psychisch probleem kan nefaste gevolgen hebben voor de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen. Minstens een derde van de KOPP-kinderen ontwikkelt later zelf een ernstig en langdurig psychisch probleem.

Onderzoek toont aan dat cliënten met kinderen zich in de GGZ niet altijd ondersteund voelen in hun rol als ouder. Driekwart maakt zich zorgen over de ontwikkeling van de kinderen vanwege de eigen problematiek en wenst meer rechtstreekse aandacht voor de kinderen.

In Vlaanderen ontvangen de twee gemandateerde voorzieningen op jaarbasis circa 6000 meldingen van verontrusting waarbij een onderzoek naar maatschappelijke noodzaak volgt. Voor iets meer dan de helft

van deze kinderen blijkt het nodig om vanuit overheidswege in te grijpen. Beide voorzieningen beantwoorden jaarlijks nog eens 7500 bijkomende vragen naar ondersteuning inzake verontrusting zonder dat het maatschappelijk noodzakelijk is om in te grijpen. Daarenboven ontvangt de Hulplijn 1712 voor burgers elk jaar circa 3000 meldingen van verontrusting. Wellicht is dit slechts het topje van de ijsberg aangezien veel gevallen van verontrusting onopgemerkt blijven en/of niet gemeld worden. Mishandeling heeft grote gevolgen op de gezondheid en het welbevinden van kinderen – gevolgen die ook in de latere volwassenheid merkbaar blijven.

De helft van de meldingen van verontrusting zijn afkomstig van hulpverleners die in contact komen met kinderen. De signalering gebeurt vrijwel nooit door hulpverleners die enkel in contact komen met de ouders. Dit is een gemiste kans! De Nederlandse Kindcheck verplicht hulpverleners om na te gaan of hun volwassen cliënt zorgdraagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig kunnen opgroeien. Dankzij dit initiatief ontving het meldpunt kindermishandeling 60 keer meer meldingen van kindermishandeling. Opmerkelijk, 91% van de meldingen bleek achteraf terecht en driekwart van de gemelde kinderen was nog niet eerder bekend.

Hoe gaat de Kindreflex in zijn werk?

De Kindreflex is een stappenplan dat bestaat uit 6 stappen: figuur van het stappenplan

Drie belangrijke nuances:

- De eerste drie stappen zijn op elke cliënt van toepassing. De drie vervolgstappen zijn situatiegebonden en dus niet bij elke cliënt aan de orde.
- Hulpverleners hoeven het hele stappenplan niet alleen te doorlopen. Elke hulpverlener heeft immers zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Wel wordt verwacht dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste twee stappen zelf te zetten. De vier vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen de voorziening of het ruimere netwerk.
- Het stappenplan is bedoeld als generiek basismodel. Iedere voorziening is vrij om vertrekkend van dit basismodel een gepersonaliseerd versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.

Hoe kwam de Kindreflex tot stand?

De Kindreflex is geen copy-paste van de Nederlandse Kindcheck. Vertrekkend van het Nederlandse model ontwikkelde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een variant die tegemoetkomt aan de Vlaamse manier van werken en gedragen wordt door belanghebbenden. Het Steunpunt ging hiervoor uitgebreid in dialoog met diverse actoren: hulpverleners, leidinggevenden van GGZ-voorzieningen, vertegenwoordigers van beroepsgroepen en patiëntenverenigingen, beleidsmedewerkers en niet te vergeten ervaringsdeskundigen.

Waar kan u meer informatie over de Kindreflex vinden?

De website van de Kindreflex zet alle belangrijke informatie m.b.t. de Kindreflex op een rij.

5 Poster voor in de wachtzaal

Kernboodschap:

En, hoe gaat het met de kinderen?

Onze hulpverleners vragen hier standaard naar, want...

- moeder of vader zijn is een belangrijk onderdeel van iemands identiteit;
- kinderen opvoeden is niet eenvoudig en al helemaal niet wanneer je een moeilijke periode doormaakt;
- werken rond ouderschap bevordert het herstel;
- veel cliënten gaan hierover graag met een hulpverlener in gesprek;
- zorgdragen voor je kinderen is zorgdragen voor jezelf.

Hoofdstuk 13

Conclusie en beleidsaanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk zetten we de voornaamste conclusies met betrekking tot de ontwikkeling, de implementatie en de evaluatie van een Vlaamse Kindreflex voor toepassing in de GGZ op een rij en formuleren we aanbevelingen voor het beleid. De conclusies zijn gebaseerd op de resultaten van de documentanalyse, de focusgroepen, de expertgroepen en de bedenkingen van de leden van de stuurgroep, en handelen over de volgende punten:

- de relevantie van de Kindreflex;
- de Kindreflex in een notendop;
- de Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck;
- de naamgeving;
- de mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten;
- goede praktijken die aansluiten bij de Kindreflex;
- de attitudes van stakeholders ten aanzien van de Kindreflex;
- de haalbaarheid van de Kindreflex;
- de knelpunten van de Kindreflex;
- het implementatieplan;
- het evaluatieplan.

We eindigen dit hoofdstuk met aanbevelingen voor het beleid en de praktijk.

1 Conclusies

1.1 De relevantie van de Kindreflex

Om volgende vier redenen is het belangrijk dat hulpverleners binnen de GGZ de Kindreflex doen:

- Recent onderzoek toont aan dat cliënten met kinderen zich in de GGZ niet altijd ondersteund voelen in hun rol als ouder. Driekwart maakt zich zorgen over de ontwikkeling van de kinderen vanwege de eigen problematiek en wenst meer rechtstreekse aandacht voor de kinderen.
- In Vlaanderen zijn er op jaarbasis naar schatting 350.000 KOPP-kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychisch of een verslavingsprobleem. Opgroeien bij een ouder met een psychisch probleem kan nefaste gevolgen hebben voor de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen. Minstens een derde van de KOPP-kinderen ontwikkelt later zelf een ernstig en langdurig psychisch probleem.

- In Vlaanderen ontvangen de twee gemandateerde voorzieningen op jaarbasis circa 6000 meldingen van verontrusting waarbij een onderzoek naar maatschappelijke noodzaak volgt. Beide voorzieningen beantwoorden jaarlijks nog eens 7500 bijkomende vragen naar ondersteuning inzake verontrusting zonder dat het maatschappelijk noodzakelijk is om in te grijpen. Daarenboven ontvangt de Hulplijn 1712 voor burgers elk jaar circa 3000 meldingen van verontrusting. Wellicht is dit slechts het topje van de ijsberg aangezien veel gevallen van verontrusting onopgemerkt blijven en/of niet gemeld worden. Mishandeling heeft daarenboven grote gevolgen op de gezondheid en het welbevinden van kinderen – gevolgen die ook in de latere volwassenheid blijven doorwegen.
- De helft van de meldingen van verontrusting zijn afkomstig van hulpverleners die in contact komen met kinderen. De signalering gebeurt vrijwel nooit door hulpverleners die enkel in contact komen met de ouders wat een gemiste kans is. De Nederlandse Kindcheck verplicht alle hulpverleners uit de gezondheidszorg om na te gaan of hun volwassen cliënt zorgdraagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig bij hen kunnen opgroeien. Dankzij dit initiatief ontving het meldpunt kindermishandeling 60 keer meer meldingen van kindermishandeling. Opmerkelijk, 91% van de meldingen bleek achteraf terecht en driekwart van de gemelde kinderen was nog niet eerder bekend.

1.2 De Kindreflex in een notendop

De Vlaamse Kindreflex spoort hulpverleners en voorzieningen binnen de GGZ aan om bij elke volwassen cliënt de Kindreflex te doen. Dit houdt twee zaken in:

- Een hulpverlener voert met zijn cliënt een gesprek over het thema ouderschap, geeft hem de kans om in alle vrijheid over de kinderen en zijn bezorgdheden daaromtrent te praten en ondersteunt hem waar nodig in zijn rol als moeder of vader.
- Een hulpverlener tracht tijdens cliëntcontacten verontrustende gezinssituaties te signaleren en de veiligheid in de mate van het mogelijke te herstellen.

De essentie van de Kindreflex is dat hulpverleners via de volwassen cliënt proberen in te spelen op het welzijn van de kinderen van ouders met een psychisch probleem, ook zonder het kind zelf te zien.

Het uitvoeren van de Kindreflex zelf verloopt in zes stappen:



De eerste drie stappen zijn bij elke cliënt van toepassing. De drie vervolgstappen zijn situatiegebonden en dus niet bij elke cliënt aan de orde. Hulpverleners hoeven het stappenplan bovendien niet helemaal alleen te doorlopen. Elke hulpverlener heeft immers zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Wel wordt verwacht dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste twee stappen zelf te zetten. De vier vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen de voorziening of het ruimere netwerk. Tot slot is het stappenplan zoals beschreven in hoofdstuk 11 bedoeld als generiek basismodel. Iedere voorziening is vrij om in lijn met dit basismodel een gepersonaliseerde versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.

1.3 De Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck

De bevroegde stakeholders zijn zeer enthousiast over het idee van een Vlaamse versie van de Kindcheck, maar men is niettemin voorstander van een iets andere aanpak. De finale versie van de Vlaamse Kindreflex verschilt substantieel van de Nederlandse Kindcheck qua (1) doelstelling, (2) wijze van toepassing, (3) opzet, (4) vervolgtraject en (5) beslissingsvrijheid om al dan niet te melden. Onderstaand zetten we de belangrijkste verschillen op een rij:

- **Doelstelling:** De Nederlandse Kindcheck heeft eenzijdig tot doel om verontrustende situaties te detecteren. De Vlaamse variant is daarentegen veel breder qua scope en heeft tot doel om enerzijds ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar te maken en anderzijds verontrustende situaties te detecteren.
- **Wijze van toepassing:** De Nederlandse Kindcheck wordt door hulpverleners selectief toegepast bij cliënten die in een risicovolle situatie verkeren. In Vlaanderen wordt geopteerd voor een universele toepassing waarbij hulpverleners de Kindreflex standaard bij elke cliënt doen ongeacht de situatie. De beweegredenen hierachter zijn dat een selectieve toepassing stigmatisering in de hand werkt, kansen onbenut laat om op preventieve wijze cliënten te ondersteunen in hun rol als ouder en kinderen die ongemerkt in een verontrustende situatie opgroeien onder de radar houdt.

- **Opzet:** De Nederlandse Kindcheck is qua concept een afvinklijstje dat hulpverleners dienen in te vullen (Heeft de cliënt kinderen? En zijn de kinderen veilig?), terwijl de Vlaamse Kindreflex een stappenplan is dat hulpverleners tijdens het behandelen van hun cliënten in het achterhoofd moeten houden.
- **Vervolgtraject:** In Nederland is de Kindcheck onderdeel van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en wordt er enkel een vervolgtraject voorzien voor ouders met kinderen die in een onveilige situatie verkeren. Dit vervolgtraject bestaat uit vier stappen – met name (1) overleggen met een collega of expert om de verontrustende signalen te interpreteren, (2) de bezorgdheden omtrent de veiligheid met de cliënt bespreken, (3) de verzamelde informatie wegens en een inschatting maken van het risico op kindermishandeling, en (4) beslissen of melden noodzakelijk is en of het mogelijk is om zelf hulp te verstrekken of te organiseren. De Vlaamse Kindreflex voorziet voor alle ouders een vervolgtraject – dus zowel voor ouders met kinderen die in een onveilige thuissituatie verkeren als voor ouders met kinderen die in een veilige thuissituatie verkeren. Elke ouder met een psychisch probleem zit namelijk met vragen en zorgen omtrent zijn rol als ouder en heeft baat bij een beetje extra steun. Wanneer de thuissituatie veilig is, bestaat het vervolgtraject uit acties om het welzijn van de ouders en hun kinderen te verbeteren, zoals het informeren van ouders en hen de nodige handvatten aanreiken om hun rol als ouders met meer voldoening te vervullen. Wanneer de thuissituatie onveilig is, bestaat het vervolgtraject uit verder nagaan of er sprake is van verontrusting, de veiligheid herstellen en wanneer nodig een gemandateerde voorziening betrekken.
- **Beslissingsvrijheid om al dan niet te melden:** In Nederland zijn hulpverleners vanaf januari 2019 verplicht om alle gevallen van acute en structurele onveiligheid te melden – ongeacht of men zelf in staat is om hulp te verstrekken of te organiseren. De Vlaamse Kindreflex is minder sterk gelinkt aan het doen van een melding. Melden is slechts een laatste redmiddel dat enkel in gevaarlijke situaties aan de orde is of wanneer de cliënt niet bereid of niet in staat is om de veiligheid thuis binnen afzienbare tijd te herstellen.

1.4 De naamgeving

Zowel tijdens de focusgroepen als tijdens de expertgroepen en de vergaderingen met de leden van de stuurgroep werd uitgebreid gediscussieerd over het al dan niet behouden van de Nederlandse naam “Kindcheck” voor Vlaanderen. Enkelen gaven de voorkeur aan de naam “Kindcheck” omdat de term kort en krachtig is, verwijst naar het Nederlandse initiatief waarop dit project gestoeld is en goed weergeeft waarvoor het initiatief staat – namelijk checken hoe het met de kinderen gaat. Het merendeel pleitte echter voor een alternatieve naam – in hoofdzaak omdat de Vlaamse versie van de Kindcheck inhoudelijk sterk afwijkt van het Nederlandse concept. Het woord “check” wekt het idee van een afvinklijst terwijl dat net niet hetgeen is wat dit initiatief nastreeft. Het is eerder de bedoeling om te komen tot een mentaliteitswijziging bij hulpverleners en hen aan te moedigen om vaker stil te staan bij het feit dat veel van hun cliënten ook een rol als ouder vervullen en hier omwille van hun psychische problematiek bezorgdheden rond hebben en/of moeilijkheden mee ervaren. Door te kiezen voor een andere naam, is het meteen duidelijk dat de Vlaamse variant geen integrale kopie is van de Nederlandse Kindcheck. Bovendien wordt zo vermeden dat hulpverleners bij hun online zoektocht naar extra informatie over het stappenplan per vergissing op de webpagina’s van de Nederlandse Kindcheck

uitkomen. Daarnaast vonden heel wat hulpverleners de naam “Kindcheck” te controlerend en confronterend.

In de verdere besprekingen over een gepaste naam passeerden heel wat suggesties de revue waaronder de Kind-radar, de Kind-alert, de Kind-link, Kind aan Boord, KIWI (Kindwelzijn), Kind-kracht, etc. De naam “Kindreflex” droeg uiteindelijk de grootste voorkeur weg en dit om diverse redenen. Ten eerste, omdat het woord “reflex” goed aansluit bij het achterliggende idee van dit initiatief, namelijk bij hulpverleners een grotere sensitiviteit ontwikkelen om bij het welzijn van de kinderen van ouders met een psychisch probleem stil te staan. Ten tweede, is “reflex” dynamisch qua connotatie – het suggereert een permanente sensitiviteit in plaats van een eenmalige check. Tot slot zijn er sterke parallellen met de suïcidepreventie-reflex en de familiereflex.

1.1 De mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten

De focusgroepen en de expertgroepen maken duidelijk dat niet alle GGZ-actoren vandaag aandacht hebben voor de kinderen en het ouderschap van hun volwassen cliënt. Bij hulpverleners uit de mobiele teams en de verslaafdenzorg behoort aandacht hebben voor de kinderen en de ouderrol tot de standaard manier van werken. Hulpverleners uit de mobiele teams komen aan huis waardoor de kinderen automatisch in beeld komen en het vanzelfsprekend is dat zij hierop inspelen. Ook binnen de verslaafdenzorg zijn de kinderen en het gezin meestal een vast onderdeel van de behandeling: hulpverleners peilen naar de gezinssituatie, gaan na wie er tijdens de opname van de ouder voor de kinderen zorgt en hebben een zorgaanbod voor de kinderen. Hulpverleners uit de ambulante en de residentiële reguliere zorg hebben echter niet altijd de reflex om naar de kinderen en het ouderschap te vragen. Deze hulpverleners vertrekken meer vanuit de hulpvraag van de cliënt en zijn niet geneigd om ongevraagd over de kinderen en het ouderschap te beginnen. Sowieso bestaan er tussen voorzieningen en hulpverleners grote verschillen in de mate waarin men aandacht schenkt aan de kinderen en de ouderrol van cliënten.

1.5 Goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex

Zowel de documentanalyse als de resultaten van de focusgroepen laten zien dat er in Vlaanderen heel wat goede praktijken en instrumenten in gebruik zijn om in de klinische praktijk rond het thema ouderschap te werken. Het KOPP-preventiegesprek, de SIK-lijst en de LIRIK zijn binnen de Vlaamse GGZ vertrouwde methodieken en kregen daarom een centrale plaats in de gedetailleerde uitwerking van het stappenplan van de Kindreflex.

1.6 De attitudes van stakeholders ten aanzien van de Kindreflex

Stakeholders die deelnamen aan de focusgroepen en de expertgroepen staan zeer positief ten aanzien van de Vlaamse Kindreflex. Men is van mening dat het een broodnodig initiatief is om te voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen later eenzelfde problematiek ontwikkelen.

Hulpverleners en experts vinden de format van de Vlaamse Kindreflex beter dan die van de Nederlandse Kindcheck. De Nederlandse Kindcheck is exclusief gericht op het detecteren van kinderen die door hun ouders mishandeld worden en daardoor eenzijdig qua focus. De Vlaamse Kindreflex is

breder van scope en heeft een positievere insteek: hij wil in de eerste plaats ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar maken en pas in de tweede plaats verontrustende situaties detecteren. Het stappenplan legt de nadruk op de sterktes van de cliënt en sensibiliseert hulpverleners om diens context maximaal te betrekken om zo het welzijn van de kinderen te verbeteren. Deze aspecten worden door stakeholders sterk geapprecieerd. Daarmee ligt de Kindreflex ook volledig in lijn met de werkingsprincipes van de vermaatschappelijking van de zorg die vandaag als gouden regel binnen de GGZ gelden. Een ander pluspunt is volgens stakeholders dat de Kindreflex hulpverleners op hun verantwoordelijkheid wijst om zorgwekkende signalen niet zomaar te negeren maar hier preventief mee om te gaan zodat crisissituaties vermeden kunnen worden. Het stappenplan reikt hulpverleners concrete handvatten aan om op gestructureerde wijze rond verontrusting te werken en geeft hen het mandaat om wanneer nodig in te grijpen.

Tijdens dit voorbereidend traject bereikten we – zoals vaak bij innoverende projecten het geval is – vooral de koplopers. De evaluatie zal moeten uitwijzen hoe positief andere hulpverleners en leidinggevendenden tegenover de Kindreflex staan. We houden er alleszins rekening mee dat niet iedereen de Kindreflex van meet af aan met gejuich zal ontvangen. De Kindreflex vereist een ommezwaai in de mentaliteit van GGZ-hulpverleners waarvan een grote groep het vandaag niet vanzelfsprekend vindt om in de dagelijkse praktijk naar de kinderen en het ouderschap te vragen. Het zal volgens experts 20 à 30 jaar duren vooraleer deze mentaliteitswijziging helemaal volbracht is en alle hulpverleners op dezelfde lijn zitten. Daarnaast brengt de Kindreflex extra werk met zich mee, terwijl de GGZ-sector al overbevrraagd is.

Het voorbereidende traject werpt ook enig licht op de attitudes van ouders met psychische problemen ten aanzien van het werken rond ouderschap. Recent onderzoek toont aan dat ouders zich in de GGZ niet altijd ondersteund voelen in hun rol als ouder. Driekwart maakt zich zorgen over de ontwikkeling van de kinderen vanwege de eigen problematiek en wenst meer rechtstreekse aandacht voor de kinderen. Hulpverleners en ervaringsdeskundigen beamen tijdens de focusgroepen dat veel cliënten het waarderen wanneer de hulpverlening aandacht schenkt aan de kinderen en het ouderschap. Ook hier geldt weer dat niet alle cliënten even graag over hun rol als ouder zullen praten. Vooral kwetsbare groepen (bv. mensen met een ernstige en langdurige verslavingsproblematiek) zullen weerstand vertonen om rond ouderschap te werken.

1.7 De haalbaarheid van de Kindreflex

Hulpverleners en experts geven aan dat het stappenplan van de Kindreflex behoorlijk omvangrijk is. De eerste twee stappen van het plan zijn haalbaar en vormen niet zozeer een probleem. Met de cliënt een gesprek aanknopen over de kinderen en stilstaan bij de bezorgdheid hieromtrent kost weinig tijd en moeite. De stappen die daarna volgen vragen echter veel meer inspanningen. De vraag alleen al om een KOPP-preventiegesprek met de cliënt te voeren – zoals stap 3 suggereert – is niet vanzelfsprekend en gebeurt vandaag ondanks de jarenlange inzet van KOPP-Vlaanderen nog steeds niet standaard binnen voorzieningen. De stappen 4 tot 6 zijn zeer belastend maar zullen slechts in uitzonderlijke gevallen aan de orde zijn. De evaluatie zal moeten uitwijzen hoe uitzonderlijk en belastend deze stappen zijn. Daarnaast is het niet realistisch om te verwachten dat elke hulpverlener het hele stappenplan alleen doorloopt. Elke hulpverlener heeft immers zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Men is het erover eens dat de eerst twee stappen tot de verantwoordelijkheid en de standaardkunde van elke hulpverlener moeten behoren. De vier vervolgstappen moeten een gedeelde verantwoordelijkheid zijn

binnen een voorziening of het ruimere netwerk. Niet iedere hulpverlener hoeft deze stappen dus in de vingers te hebben en hier tijd voor vrij te maken. Voorzieningen oordelen zelf welke personen ze binnen de eigen voorziening of binnen het ruimere GGZ-netwerk inschakelen om deze stappen uit te voeren.

1.8 De knelpunten van de Kindreflex

1.8.1 Het capaciteitstekort binnen de jeugdhulp

Zowel in de focusgroepen als in de expertgroepen werd het capaciteitstekort in de jeugdhulp aangehaald als het belangrijkste knelpunt dat een succesvolle implementatie van de Kindreflex in de weg kan staan. Wanneer hulpverleners op grote schaal de Kindreflex doen, zal dit leiden tot een toename van consultvragen en meldingen bij de twee gemandateerde voorzieningen. Zijn zij hierop voorbereid? Daarnaast bestaat de vrees dat de Kindreflex een toenemende vraag naar zorg bij andere jeugdhulpvoorzieningen met zich mee zal brengen, terwijl de jeugdhulp nu reeds met lange wachttijden kampt. Stakeholders waarschuwen dat hulpverleners die de stappen van de Kindreflex doorlopen en er uiteindelijk niet in slagen om extra ondersteuning voor hun cliënt en zijn gezin te regelen, de Kindreflex in de toekomst links zullen laten liggen. Het is een terechte bedenking dat wanneer er wordt ingezet op detectie en signalering, er garantie moet zijn op zorg. Het kan niet zijn dat het stappenplan naar een hulpaanbod verwijst dat niet beschikbaar is. Het is van belang om bij de implementatie van de Kindreflex de zorgvraag nauwgezet in het oog te houden en daar waar nodig de capaciteit van de jeugdhulp te versterken.

1.8.2 De kloof tussen de jeugdhulp en de hulpverlening voor volwassenen

Het valt op dat veel hulpverleners en leidinggevendenden uit de GGZ voor volwassenen niet vertrouwd zijn met de grote variëteit aan deelsectoren, voorzieningen en werkvormen binnen de jeugdhulp. Veel GGZ-hulpverleners zijn zelfs niet bekend met het hulpaanbod van de twee gemandateerde voorzieningen. De complexiteit van de jeugdhulp schrikt daarenboven heel wat hulpverleners uit de GGZ voor volwassenen af. De verwarring over de rolverdeling tussen beide gemandateerde voorzieningen, de administratieve rompslomp die vereist is om een melding te kunnen doen, de ontvankelijkheidscriteria van de gemandateerde voorzieningen, de onbereikbaarheid van de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, etc. – het zijn allemaal kleine doch wezenlijke obstakels die een vlotte toepassing van de Kindreflex in de weg kunnen staan.

Daar staat tegenover dat beide sectoren met de komst van de Kindreflex meer met elkaar zullen moeten communiceren en samenwerken. Dit zal zowel de hulpverlening voor kinderen en jongeren als voor volwassenen ten goede komen. Men benadrukt evenwel dat het heel wat inspanningen en tijd zal vragen om de kloof tussen de GGZ voor kinderen en jongeren en de GGZ voor volwassenen te dichten.

1.8.3 Een extra belasting voor voorzieningen en hulpverleners

Het toepassen van de Kindreflex betekent voor voorzieningen en hulpverleners hoe dan ook bijkomend werk: deelnemen aan studiedagen en vormingsmomenten, een eigen versie van het stappenplan uitwerken, tijdens de behandeling extra tijd vrijmaken om de stappen van de Kindreflex te doorlopen, overleggen met collega's binnen of buiten de eigen voorziening, deelnemen aan casusoverleg, etc. – het zijn allemaal taken die tijd kosten.

1.8.4 Minder vanzelfsprekend voor zelfstandige hulpverleners

Voor zelfstandige psychologen, die zich niet op een team of andere organisaties kunnen beroepen bij het doorlopen van het stappenplan, zal het minder evident zijn om de Kindreflex toe te passen. In Nederland tonen recente resultaten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de implementatie van de Kindcheck bij zelfstandige hulpverleners moeizamer verloopt.

1.9 Het implementatieplan

Een succesvolle implementatie van de Kindreflex in de GGZ vereist dat er op drie domeinen wordt ingespeeld:

- Op de individuele capaciteiten van de hulpverlener. Vorming en opleiding reiken de nodige kennis en vaardigheden aan zodat hulpverleners het stappenplan van de Kindreflex kunnen toepassen.
- Op de interpersoonlijke relaties tussen hulpverleners. Het betreft hier vooral teamwerking en intercollegiaal overleg binnen voorzieningen en casusgebonden samenwerking met externe diensten (voor kinderen en jongeren), waarin het werken met de Kindreflex is ingebed.
- Op de organisatiecontext. Dit betekent dat de cultuur en de structuur van de organisatie compatibel zijn met de doelstellingen van de Kindreflex. Idealiter is aandacht hebben voor de kinderen van cliënten onderdeel van de missie van een organisatie en maakt de organisatie werk van een eigen vertaling van het generieke stappenplan op maat van de persoonlijke context en manier van werken.

Om veranderingen op deze drie domeinen mogelijk te maken is het noodzakelijk om in te zetten op diverse implementatiestrategieën. Tijdens de laatste expertgroep werd het oorspronkelijk implementatieplan – zoals uitgewerkt door het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling – uitgebreid met de deelnemers besproken. Nadien werd verder afgestemd met de leden van de stuurgroep. In een eerste punt beschrijven we de gekozen implementatiestrategieën. Een tweede punt behandelt de schaalgrootte van de implementatie.

1.9.1 Implementatiestrategieën

Finaal werd beslist om voor de uitrol van de Kindreflex gebruik te maken van volgende vier implementatiestrategieën:

- het installeren van praktijkreferentiegroepen;
- het opzetten van een infocampagne;
- het organiseren van vorming met reflectiemomenten;
- het aanstellen van Kindreflex ambassadeurs.

In de volgende rubrieken gaan we hier dieper op in.

1.9.1.1 *Het installeren van praktijkreferentiegroepen*

Bij de start van de implementatie wordt een praktijkreferentiegroep samengesteld om aansluiting met de klinische praktijk te faciliteren. Voor de samenstelling van de praktijkreferentiegroep worden vertegenwoordigers van de volgende netwerken en voorzieningen betrokken:

- de 13 netwerken Artikel 107 (GGZ voor volwassenen);
- de 5 netwerken Psy-0-18 (GGZ voor kinderen en jongeren);
- de Vertrouwenscentra Kindermishandeling;
- de Ondersteuningscentra Jeugdzorg;
- de zes IROJs (Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp).

Bij de samenstelling wordt gestreefd naar de betrokkenheid van diverse profielen (directie, staf, praktijkwerkers, netwerkcoördinatoren, etc.). De praktijkreferentiegroep zal tijdens de implementatie vier keer samenkomen en op volgende vlakken een bijdrage leveren:

- Aftoetsen in welke mate er binnen voorzieningen en bij hulpverleners voldoende draagvlak is voor de Kindreflex en waar nodig het engagement ten aanzien van de Kindreflex versterken.
- Advies verstrekken bij de uitwerking van de informatiecampagne en de vormingsmomenten zodat deze voldoende aansluiten bij de noden en verwachtingen van hulpverleners en organisaties met betrekking tot de implementatie van de Kindreflex.
- Advies verstrekken over de evaluatie van de Kindreflex.
- De samenwerking tussen de GGZ voor volwassenen en de jeugdhulp op gang brengen. Momenteel bestaat er een grote kloof tussen beide sectoren, terwijl de Kindreflex net een goede samenwerking tussen beiden vereist om voor kinderen, ouders en gezinnen effectieve hulpverlening te kunnen bieden.
- Na afloop van de implementatie als lerend netwerken blijven verder bestaan.

1.9.1.2 *Het opzetten van een infocampagne*

Om ervoor te zorgen dat de Kindreflex gekend en raadpleegbaar is door alle betrokkenen in de GGZ voor volwassenen, wordt er ingezet op een informatiecampagne die uit volgende elementen bestaat:

- een overzichtelijke website gericht op hulpverleners waarop alle ondersteunende materialen te vinden zijn (folders, affiches, steekkaart met het stappenplan, rapport, informatie over de vormingen, presentaties, etc.);
- een flyer gericht op hulpverleners;
- een infomercial gericht op hulpverleners;
- een poster om in wachtzalen op te hangen en gericht op cliënten.

De ontwikkeling van een online leermodule is volgens experts niet meteen aan de orde en zit daarom niet vervat in de voorgestelde informatiecampagne. Wanneer in een later stadium de vraag naar een online leerpakket rijst, kan de ontwikkeling hiervan alsnog gebeuren.

Ook de organisatie van een nationaal infomoment ter lancering van de Kindreflex werd na overleg met de experts en de leden van de stuurgroep geschrapt. In de plaats worden in het voorjaar van 2019 regionale studiedagen voor directies en leidinggevenden georganiseerd (zie verder).

Wel wordt er in het kader van de informatiecampagne een aparte communicatie in de vorm van een persbericht voorzien om de Kindreflex en de website bij vrijgave van het onderzoeksrapport te lanceren. De streefdatum hiervoor is gesteld op 20 november 2018 – de internationale dag van de rechten van het kind. Als belangrijke voorwaarde geldt dat de website tegen die datum grotendeels klaar moet zijn.

Hoofdstuk 12 bevat een eerste ontwerp van de website, de flyer en de poster. De verdere uitwerking van de informatiecampagne gebeurt door het Vlaamse Expertisecentrum Kindermishandeling in overeenstemming met de praktijkreferentiegroep en houdt rekening met volgende punten van aandacht:

- De gebruikte bewoordingen in de informatiecampagne is niet stigmatiserend ten aanzien van personen met psychische problemen – ook de materialen die zich richten tot hulpverleners niet.
- De vormgeving van alle afzonderlijke elementen zijn op elkaar afgestemd.
- Het voorbereidend traject dat in het kader van het SWVG-project werd gelopen wordt voldoende in de kijker gezet, zodat het duidelijk is dat het initiatief in samenspraak met diverse actoren tot stand kwam.
- De informatiecampagne wordt zoveel mogelijk gelinkt aan bestaande campagnes (bv. Rode Neuzen of Te Gek?!).
- Voor de website wordt een aparte domeinnaam en webhosting voorzien. Het is zinvol om op andere platforms links naar de website van de Kindreflex te plaatsen.

1.9.1.3 *Het organiseren van vorming met reflectiemomenten*

Het organiseren van vormingsmomenten is een van de cruciale strategieën om de Kindreflex te implementeren.

Zoals eerder gesteld zijn er geen plannen voor een nationaal infomoment bij afronding van het SWVG-project en ter lancering van de Kindreflex. In de plaats worden in het voorjaar van 2019 in het kader van de vormingsmomenten twee à drie **regionale studiedagen** georganiseerd **voor directies en leidinggevenden** (coördinatoren en psychiaters). Voor deze studiedagen wordt gestreefd naar een groot bereik (circa 200 deelnemers per studiedag) opdat de Kindreflex zo breed mogelijk geïntroduceerd geraakt. De duur van de studiedagen bedraagt één volledige dag om het belang, de inhoud en de opzet van de Kindreflex maximaal te kunnen toelichten. Belangrijk ook is dat deze studiedag inzoomt op hoe een organisatie het generieke stappenplan kan vertalen naar de eigen werking.

Nadien volgen er in elk van de 13 GGZ-netwerken voor volwassenen **vormingsmomenten voor praktijkwerkers** die met de Kindreflex aan de slag moeten gaan. Per netwerk wordt een volledige dag vorming uitgewerkt en herhaaldelijk aangeboden aan telkens een groep van 20 à 30 deelnemers zodat zoveel mogelijk professionals kunnen deelnemen. Inhoudelijk dient de vorming op volgende onderwerpen in te spelen: gespreksvaardigheden om op gepaste wijze met de cliënt over ouderschap en verontusting te praten, vaardigheden om met ouders een KOPP-preventiegesprek te voeren, kennis en vaardigheden om in te schatten of een situatie verontrustend is, kennis over de wetgeving inzake het beroepsgeheim en de meldplicht, kennis over het bestaande hulpverleningsaanbod, en vaardigheden om op gepaste wijze in gesprek te gaan met cliënten van een andere cultuur. Daarnaast bevat de vorming een aantal goed uitgewerkte casussen en de mogelijkheid om eigen casusmateriaal in te brengen.

Het is ook belangrijk om aandacht te schenken aan de verdere verankering van de vorming en rekening te houden met volgende punten:

- Er wordt gezocht naar een efficiënte manier waarop praktijkwerkers hun ervaringen met het toepassen van de Kindreflex onderling kunnen uitwisselen. Casusbesprekingen via skype behoren hier tot de mogelijkheden.
- Delen van de vorming kunnen op een voordelige manier online verankerd worden door video-opnames van de lezingen gegeven op de studiedagen en de vormingsmomenten en de bijbehorende PPT-presentaties nadien op de website te plaatsen. Mocht dit niet volstaan, valt het te overwegen om een e-learning module te ontwikkelen.
- Om het bereik van de vorming te vergroten is het een optie om in een later stadium te werken met een train-the-trainer formule.
- Het is aan te bevelen om de vorming aan bestaande vormingsinitiatieven binnen de GGZ-netwerken Artikel 107 te haken. Dit kan bv. door de vorming aan te bieden tijdens de twee- of driedaagse vormingen die de netwerken geregeld voor hulpverleners organiseren of door iemand binnen de GGZ-netwerken expliciet aan te stellen om de Kindreflex lokaal te verspreiden.
- Voorzieningen moeten in de mogelijkheid zijn om na afloop van het implementatietraject het vormingspakket in te kopen.
- Om de Kindreflex verder te bestendigen is een integratie in het curriculum van de therapieopleidingen en de basisopleidingen psychologie, psychiatrie, maatschappelijk werk,

orthopedagogie, etc. aangewezen. Dit impliceert dat er contacten gelegd moeten worden met de hogescholen en de universiteiten.

1.9.1.4 *Het aanstellen van Kindreflex ambassadeurs*

In het implementatieplan van het Vlaamse Expertisecentrum Kindermishandeling werd geopperd om in elke regio een aantal ambassadeurs aan te stellen die als pleitbezorger voor het gebruik van de Kindreflex optreden en als aanspreekpunt fungeren voor voorzieningen die op een bepaald moment vragen hebben over de Kindreflex. Dit is een rol die medewerkers van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling, de Ondersteuningscentra Jeugdzorg of de netwerken GGZ kunnen opnemen. Echter, niet alle experts zijn even enthousiast over dit voorstel. Volgens sommigen is het concept “ambassadeur” binnen de GGZ volledig uitgehold doordat elke regio tal van ambassadeurs telt. Het is daarom raadzaam om dit voorstel verder te bespreken met de praktijkreferentiegroep.

1.9.2 Schaalgrootte van de implementatie

De schaalgrootte van de implementatie werd uitvoerig met de experts en de leden van de stuurgroep besproken. Het voorstel om te starten met een implementatie in enkele pilootregio's wordt niet omarmd. In de plaats gaat de voorkeur uit naar een grootschalige uitrol om de reikwijdte van de Kindreflex te maximaliseren. Coördinatoren van GGZ-netwerken zijn naar verluidt geen voorstander van een model met pilootprojecten, omdat deze vaak eindigen zonder dat er een grote uitrol volgt. Daarnaast zijn de leden van de stuurgroep van mening dat het stappenplan sterk genoeg in elkaar zit om meteen op grote schaal uit te rollen.

Het is evenwel raadzaam om aan de implementatie een uitgebreide evaluatie te koppelen. Zoals de deelnemers van de focusgroepen en de expertgroepen meermaals beklemtonen zijn er een aantal knelpunten die een succesvolle implementatie kunnen dwarsbomen.

1.10 Het evaluatieplan

1.10.1 Evaluatievragen

Het Steunpunt WVG raadt aan om aan de grootschalige uitrol van de Kindreflex op korte termijn een procesevaluatie te koppelen om zicht te krijgen op **vier centrale vragen**:

- Wat is het bereik van de Kindreflex bij de doelgroepen?
- Wat is de impact van de Kindreflex op de hulpverlening en de hulpverleners?
- Wat is de waardering van de doelgroep ten aanzien van de Kindreflex?
- Wat zijn succesfactoren en knelpunten met betrekking tot de implementatie van de Kindreflex?

Onderstaand formuleren we **per centrale vraag een aantal specifieke evaluatievragen** die verder richting kunnen geven aan de procesevaluatie.

Evaluatievragen met betrekking tot het bereik van de Kindreflex bij de doelgroepen:

- Hoeveel hulpverleners werden met de vorming bereikt?
- Hoeveel mensen bezochten de website?

- Hoeveel hulpverleners voeren met hun cliënten een gesprek over het thema ouderschap en bieden waar nodig ondersteuning aan?
- Hoeveel cliënten met kinderen ontvangen in de GGZ extra ondersteuning om hun rol als ouder zo goed mogelijk te vervullen?
- Hoeveel hulpverleners trachten verontrustende gezinssituaties op te sporen en de veiligheid in de mate van het mogelijke te herstellen?
- Hoeveel voorzieningen hebben een gepersonaliseerde versie van het stappenplan?
- Hoeveel Kindreflex-ambassadeurs zijn er in elke regio?
- In hoeveel voorzieningen hangt de affiche van de Kindreflex in de wachtzaal?

Evaluatievragen met betrekking tot de impact van de Kindreflex op de hulpverlening en de hulpverleners:

- Leidt het toepassen van de Kindreflex binnen voorzieningen tot meer werk?
- Stemt de Kindreflex overeen met de hulpverleningscultuur van medewerkers en organisaties?
- Voelen hulpverleners zich voldoende competent om de Kindreflex toe te passen?
- Verandert volgens de hulpverlener de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt door het toepassen van de Kindreflex?
- Overleggen hulpverleners met collega's of externe voorzieningen alvorens te beslissen of een situatie verontrustend is?
- Wordt er na het invoeren van de Kindreflex meer tussen hulpverleners binnen een organisatie samengewerkt?
- Verandert de samenwerking met externe voorzieningen (bv. de gemandateerde voorzieningen, voorzieningen uit de jeugdhulp) door de toepassing van de Kindreflex? Zo ja, hoe?
- Registreren hulpverleners en voorzieningen in het cliëntdossier gegevens met betrekking tot de Kindreflex?
- Worden werknemers (inclusief nieuwe werknemers) door de organisatie geïnformeerd over de inhoud, het doel en het belang van de Kindreflex?
- Wordt de Kindreflex op teamvergaderingen besproken?
- Hoe frequent worden voorzieningen met verontrusting geconfronteerd?

Evaluatievragen met betrekking tot de waardering van de doelgroep ten aanzien van de Kindreflex:

- Hoe staan hulpverleners binnen de organisatie tegenover de Kindreflex?
- Hoe staan cliënten met kinderen tegenover de Kindreflex?

Evaluatievragen met betrekking tot de succesfactoren en knelpunten:

- Wat zijn succesfactoren die hulpverleners, organisaties en cliënten ervaren bij het uitvoeren van de Kindreflex?

- Wat zijn knelpunten die hulpverleners, organisaties en cliënten ervaren bij het uitvoeren van de Kindreflex?

1.10.2 Methode

Bij aanvang van de implementatie is het relevant om te peilen naar de initiële attitudes van hulpverleners en leidinggevenden ten aanzien van de Kindreflex evenals naar de mate waarin men in de dagelijkse praktijk reeds stilstaat bij de ouderrol die de cliënt vervult. We beluisterden tijdens dit voortraject vooral koplopers die de Kindreflex een belangrijk initiatief vinden waardoor er voorlopig weinig zicht is op de mogelijke bezwaren die er bij anderen zijn. Een **korte online attitudemeting** afgenomen van deelnemers aan de studiedagen en vormingsmomenten zal meer licht werpen op de meningen, attitudes en ervaringen binnen het ruimere veld.

Na één jaar implementatie is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd bij verschillende doelgroepen aangewezen om de nodige gegevens met betrekking tot de voorgestelde evaluatievragen te verzamelen:

- een **online enquête** die breed verspreid wordt onder hulpverleners, leidinggevenden en cliënten van diverse deelsectoren van de GGZ en peilt naar zowel de waardering ten aanzien van de Kindreflex als het bereik en de impact van de interventie;
- **focusgroepen** met hulpverleners, leidinggevenden, Kindreflex-ambassadeur, leden van de praktijkreferentiegroepen en cliënten en waarbij wordt ingezoomd op de ervaren succesfactoren en knelpunten;
- **registratiegegevens** verzameld door de gemandateerde voorzieningen over het aantal meldingen van verontrusting dat afkomstig is van GGZ-partners die de Kindreflex toepasten en het aantal keer dat uit het MANO-onderzoek blijkt dat er effectief sprake is van maatschappelijke noodzaak.

Op middellange termijn – wanneer de Kindreflex voldoende is ingeburgerd – stellen we een effect-evaluatie in het vooruitzicht om de effecten van de Kindreflex op langere termijn wetenschappelijk te onderzoeken. We verwachten dat de grootschalige implementatie van de Kindreflex op termijn zal bijdragen tot:

- een grotere tevredenheid bij volwassen cliënten over de ontvangen behandeling doordat het thema ouderschap hierin een centrale plaats krijgt;
- meer verontrustende situaties die vroegtijdig worden opgespoord door hulpverleners die enkel in contact komen met de ouders;
- meer meldingen bij de gemandateerde voorzieningen van hulpverleners uit de volwassen-GGZ.

2 Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

- De visie en de cultuur van een organisatie zijn zeer bepalend voor de attitude van hulpverleners. Om binnen de organisatie draagvlak te creëren, is het belangrijk dat leidinggevendenden de doelstellingen van de Kindreflex opnemen in de visietekst en de implementatie ervan binnen de organisatie actief ondersteunen en stimuleren.
- Elke organisatie stelt idealiter enkele medewerkers verantwoordelijk om collega-hulpverleners aan te sporen om de Kindreflex te doen, hen bij te staan met advies over moeilijke cases en erop toe te zien dat de Kindreflex geregeld op de agenda van teamvergaderingen staat. Het is belangrijk dat deze hulpverleners hiervoor een expliciet mandaat krijgen dat ondersteund wordt door de directie van de voorziening.
- Het is belangrijk dat organisaties het generieke stappenplan op een goede manier naar de eigen context vertalen zonder belangrijke aandachtspunten over boord te gooien. Het stappenplan is best zo concreet mogelijk (bv., Wanneer moeten hulpverleners de Kindreflex afnemen? Om de hoeveel tijd wordt de Kindreflex op het teamoverleg besproken? Bij welke dienst, afdeling, persoon kunnen hulpverleners terecht voor advies of verdere ondersteuning? Etc.). Goede richtlijnen of coaching hierbij zijn aangewezen. Eventueel kunnen een aantal goede voorbeelden van gepersonaliseerde stappenplannen een plaats krijgen op de website van de Kindreflex.
- Bepaalde groepen verdienen bij de implementatie van de Kindreflex bijzondere aandacht:
 - hulpverleners uit de volwassen-GGZ die vooral geneigd zijn om vraaggericht te werken;
 - oudere hulpverleners die nog niet de gewoonte hebben om met hun volwassen cliënten te spreken over de kinderen en het ouderschap en soms minder bereid zijn om hun manier van werken te wijzigen;
 - psychiaters omdat zij binnen een GGZ-voorziening vaak een leidinggevende rol vervullen en in het voorbereidend traject moeilijk te bereiken waren.
- Het valt te overwegen om de Kindreflex te integreren in de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren enerzijds en de GGZ-netwerken voor volwassenen anderzijds. De brede scope van de Kindreflex sluit inhoudelijk goed aan bij de strategische doelstellingen van beide netwerken. Door in beide netwerken een persoon mee verantwoordelijk te stellen voor de implementatie van de Kindreflex, kunnen de eerste stappen gezet worden om de kloof tussen de jeugdhulp en de volwassen-GGZ te dichten.
- De vormingsmomenten haken best in op vormingsinitiatieven die binnen de GGZ-netwerken Artikel 107 reeds plaatsvinden. Op deze manier hebben hulpverleners minder het gevoel dat ze met iets nieuws aan de slag moeten gaan. De netwerken organiseren geregeld twee- of driedaagse vormingen waar de Kindreflex als thema aan bod kan komen.
- Bestendiging van de Kindreflex na afloop van het implementatietraject is nodig. Volgende maatregelen kunnen hiertoe bijdragen:
 - beeldopnames van de vormingsmomenten en ander ondersteunend materiaal op de website plaatsen;
 - voorzieningen de kans geven om het vormingspakket in te kopen;

- de vormingsmomenten jaarlijks opnieuw organiseren om een groter aandeel hulpverleners te bereiken;
 - terugkommomenten organiseren om de kennis en de vaardigheden van hulpverleners bij te spijkeren en hen een nieuwe dosis inspiratie te geven;
 - delen van de vorming integreren in het curriculum van de therapieopleidingen en de basisopleidingen psychologie, psychiatrie, maatschappelijk werk, orthopedagogie, etc.;
 - binnen de GGZ-netwerken iemand aanstellen om de Kindreflex lokaal te verspreiden;
 - regionale platforms of intervisiemomenten organiseren voor casusoverleg;
 - een online leerpakket ontwikkelen.
- Voorzieningen en hulpverleners moeten meer gestimuleerd worden om de Kindreflex te doen. Dit kan door het toepassen van de Kindreflex als kwaliteitsindicator op te nemen. Aan voorzieningen een label toekennen kan eveneens helpen om het gebruik van de Kindreflex te promoten.
 - Het is aan te raden dat voorzieningen gegevens met betrekking tot de Kindreflex standaard opnemen in de cliëntdossiers of zelfs inbouwen in het elektronisch registratiesysteem. Dit kan hulpverleners helpen om de Kindreflex niet uit het oog te verliezen en laat toe om cliëntgegevens nadien (indien nodig) met andere hulpverleners te delen.
 - Een versterking van de capaciteit is noodzakelijk wanneer de Kindreflex tot een overrompeling van de gemandateerde voorzieningen en andere jeugdhulpverleners leidt.
 - De Kindreflex moet op termijn uitgebreid worden naar andere sectoren binnen de gezondheidszorg zoals huisartspraktijken en spoedafdelingen. Het is evenwel de vraag of de brede scope van de Kindreflex voor deze sectoren wenselijk is.
 - Om zicht te krijgen op het bereik, de impact, de waardering, de knelpunten en de succesfactoren van de Kindreflex is er nood aan een uitgebreide procesevaluatie die kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden combineert. De Kindreflex en de implementatiestrategieën dienen nadien op basis van deze resultaten herbekeken en bijgesteld te worden.
 - Op langere termijn is wetenschappelijk onderzoek nodig om de effecten van de Kindreflex na te gaan. Te verwachten valt dat het toepassen van de Kindreflex op grote schaal leidt tot:
 - een grotere tevredenheid bij volwassen cliënten over de ontvangen behandeling doordat het thema ouderschap hierin een centrale plaats krijgt;
 - meer verontrustende situaties die vroegtijdig worden opgespoord door hulpverleners die enkel in contact komen met de ouders;
 - meer meldingen bij de gemandateerde voorzieningen van hulpverleners uit de volwassen-GGZ.

Referenties

- Alink L, van IJzendoorn R, Bakermans, M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S (2011). *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen*. Leiden: Casimir.
- Augeo (2013a). *Handleiding Kindcheck*. Ziest: Augeo.
- Augeo (2013b). *Handleiding Kindcheck voor GGZ en verslavingszorg*. Ziest: Augeo.
- Baartman H (2009). Het begrip kindermishandeling: pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. *Augeo Foundation en Tijdschrift Kindermishandeling*.
- Bakker LWH (2008). Pedagogische Variabelen Lijst. *Tijdschrift Perspectief*, 8, 10-11.
- Bartelink C (2010). *Signs of safety*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Beijers F, Bellemakers T, Senders A, Veldhoen N (2010). *Lijst voor screening en interventiekeuze*. Utrecht, Nederland: Landelijk Preventieplatform KOPP/Trimbos Instituut.
- Benbenishty R, Davidson-Arad B, López M, Devaney J, Spratt T, Koopmans C, et al. (2015). Decision making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 49, 63-75.
- Bifulco A, Moran PM, Ball C, Jacobs C, Baines R, Bunn A, et al. (2002). Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: Examining intergenerational transmission of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1075-1086.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. Leuven: Acco.
- Butchart A, Harvey AP, Mian M, Furriss T (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Claes S, Venken L, De Groot E, Vermeulen M (2016). *Werken rond kinderen van ouders met een kwetsbare geestelijke gezondheid*. Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw.
- De Brock AJLL, Vermulst AA, Gerris JRM, Abidin RR (1992). *Handleiding Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- De Craim C, Traets E (2010). Protocol kindermishandeling: Naar een intensere samenwerking tussen justitie en hulpverlening. *Tijdschrift voor jeugdrecht en kinderrechten*, 11 (3), 177-183
- de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Dekker M, Haagmans M, Al C, Mulder T (2014). *Impact van psychische en verslavingsproblemen van ouders op de veiligheid van kinderen. Achtergrond bij de Kindcheck*. Utrecht: Augeo.
- Dekker N, Smets K, Kaïret K, Peremans L (2013). *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van vermoeden van kindermishandeling*. Domus Medica.

Department of Health (2000). *Framework for the assessment of children in need and their families: Guidance notes and glossary for referral and initial information record*. London: The Stationery Office.

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

Desair K, Reynders A, Hermans K (2010). *Protocol risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling. Een evidence-based instrument voor het protocolleren van de risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling*. Leuven: LUCAS KU Leuven.

De Vries JN, Willems DL, Isarin J, Reinders JS (2005). *Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Universiteit van Amsterdam in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: AMC-UvA, Divisie Klinische Methoden en Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde.

Diderich H (2015). *The Hague protocol: detection of child maltreatment based on parental characteristics at the hospital emergency department*. Proefschrift, Leiden: Universiteit Leiden.

Diderich H, Fekkes M, Verkerk PH, Pannebakker FD, Klein Velderman M, Sörensen PJG, et al. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the emergency department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 37(12), 1122-1131.

Eijgenraam K, Bartelink C, Daru S, Kooijman K, van Gastel W (2014). *Toelichting bij Instrument Risicotaxatie Seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht.

Eindrapport werkgroep Jong & Geborgen in het kader van de conferentie 'De Toekomst is Jong' (2016).

Elgar FJ, Mills RSL, McGrath PJ, Waschbusch DA, Brownridge DA (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 943-955.

Family Justice Centers Limburg. Verontrustende situaties melden aan het parket: Wanneer heeft een houder van het beroepsgeheim meldingsrecht? Gids voor professionele hulpverleners.

Geraerts G (2013). Als je ouder drinkt of drugs gebruikt. Artikel verschenen in *Krax*, 37-39.

Harnish JD, Dodge KA, Valente E (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development*, 66(3), 739-753.

Heiner J, Bartels AAJ (1989). Jeugdstrafrecht en het belang van kind: Het belang van het kind nader omschreven. *Tijdschrift voor Familie & Jeugdrecht*, 11, 59-67.

Heinrich R, van den Braak J (2007). *De Delta veiligheidslijst. Gestructureerde risicotaxatie en – management binnen de Deltamethode*. Amsterdam/Woerden: PI Research/Adviesbureau Van Montfoort.

Hosman CMH, van Doesum KTM, van Santvoort F (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263.

Factsheet Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017). *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: het bewustzijn groeit, maar nog niet overal*.

- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Gray J (2001). The Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(1), 4-10.
- Intersectoraal jaarverslag jeugdhulp (2016).
- Janssen J, Veerman JW (2005). *Vragenlijst Gezinsfunctioneren voor Ouders (VGFO)*. Voorlopige Handleiding. Nijmegen: Praktikon.
- Kennisplein (2016). *Artikel 75.1. Mozaïekdecreet: praktisch en kritisch onder de loep!*
- Koot HM (1997). *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie.
- KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, editie 2015.
- Kreuger F (2008). *Factoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan van risicojeugd*. Literatuurstudie in het kader van Klein maar Fijn, CEPHIR, Rotterdam.
- Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, Theunissen V, Schönenberger M, Fassaert T (2013). *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix*. GGD Amsterdam.
- Maciejewski DF, Hillegers M, Penninx B (2017). Infographic zorgen en behoeftes van kinderen van ouders met stemmingsstoornissen.
- Michiels M (2003). Kindermishandeling: Is er een rol voor de huisarts? *Huisarts Nu*, 32, 193-200.
- Murray L, Cooper P, Hipwell A (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6(Suppl2), S71-S77.
- Nederlands Instituut voor Jeugdhulp (2017). Veiligheid en risico's inschatten: Wat helpt? De zin en onzin van risicotaxatie-instrumenten.
- Rutter M, Quinton D (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Schellingerhout R, Ramakers C (2017). *Scholieronderzoek Kindermishandeling 2016*. Nijmegen: ITS & Radboud Universiteit.
- Serrien L (2016). *Hervormingen in de jeugdhulp: na achttien jaar eindelijk volwassen?* Geraadpleegd via <http://sociaal.net/analyse-xl/hervormingen-in-de-jeugdhulp/>.
- Stas K, Raets G (2011). *Ontwerp visietekst 'omgaan met verontrusting'*. Geraadpleegd via <https://www.kennisplein.be/Documents/test%20metadata%20saw/Verontrusting%20versie%203.pdf>.
- Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, Som A, McPherson M, Dees JEMEG (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.
- ten Berge I, Eijgenraam K (2009). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Tibo J (2014). Opgroeien in veiligheid: Signs of Safety focust op de veiligheid en ontwikkeling van kinderen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, nummer 340.
- Todd F, Sellman D, Robertson P (2002). Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 792-799.
- Turnell A, Edwards S (1999). *Signs of Safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Turnell A, Edwards S (2009). *Veilig opgroeien: de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Turnell A, Essex S (2010). *Als 'er niets aan de hand' is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Audenhove C (2015). *Herstellen kan je zelf. Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Houten: Lannoo Campus.
- Vanclooster S, Vanderhaegen J, Bruffaerts R, Hermans K, Van Audenhove C (2013). *Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van der Ende PC, Vanbusschbach JT, Wiersma D, Korevaar EL (2011). Ouders met ernstige psychische aandoeningen; epidemiologische gegevens. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 851-856.
- Van der Maas J (2010). *Diagnostiek van Ouderfunctioneren Een functioneel-contextueel perspectief*. Proefschrift, Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- van der Pas A (2005). *Eert uw Vaders en uw Moeders*. Handboek Methodische Ouderbegeleiding 3, Amsterdam: SWP.
- van der Pas A (2009). *Ouderschapstheorie: De theorie in een notendop*. Theorie Tool Ouderschap.
- Van der Ploeg JD, Scholte EM (2008). *GVL Gezinsvragenlijst Formulieren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Put C, Assink M, Stams GJ (2015). *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ): eindrapport*. Amsterdam: Afdeling Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.
- van der Put CE, Hermanns JMA, Sondejker F (2016). Inschatten van het risico op kindermishandeling bij aanvang van gezinsinterventies: De predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de California Family Risk Assessment (CFRA). *Kind en Adolescent*, 37, 213-229.
- Vermulst AA, Kroes G, De Meyer RE, Nguyen L, Veerman JW (2011). *Praktikon*, Nijmegen. Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. Brochure 'Kindermishandeling Meldenswaard'.
- Versweyvelt AS, Put J, Ogenhaffen T (2018). *Wegwijzers beroepsgeheim*. Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven.
- Vinck I, Christiaens W, Jonckheer P, Veereman G, Kohn L, Dekker N, et al. (2016). *Hoe de detectie van kindermishandeling verbeteren?* KCE-rapport.
- Vink R, van der Pal S, Eekhout I, Pannebakker F, Mulder T (2016). *Ik heb al veelgemaakt. Ingrijpende jeugdervaringen (ACE) bij leerlingen in groep 7/8 van het regulier basisonderwijs*. Leiden: TNO.

Vogtländer L, Arum S, van Lünemann KD, van Eijkern L, Hummeling T (2014). *Triage Veilig Thuis. Bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik*. GGD GHOR Nederland. (Versie landelijk prototype 0.5, december 2014).

Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, de Wilde J (2009). JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling.

Weille KLH (2017). Aandacht voor ouders verbetert zorg aan hun kind. *Vakblad Vroeg*.

Wels PMA, Robbroeckx LMH (1996). *Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS): Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Publishers.

Zijlstra E (2012). *In the best interest of the child? A study into a decision-support tool validating asylumseeking children's rights from a behavioural scientific perspective*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

