

‘Als je de ouder kwijt bent, dan help je het kind niet’: gebruik van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in de ggz

Laura N. Van der Helm, Marina F. Thomas, Karin Van Doesum,
Leontien De Kwaadsteniet, Cilia L.M. Witteman

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 49(2), 139-156 |

SAMENVATTING

Kinderen van ouders met psychische problemen hebben een verhoogd risico op mishandeling en verwaarlozing. Daarom moeten hulpverleners in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) hun cliënten vragen of ze kinderen hebben (Kindcheck), een inventaris maken van signalen van kindermishandeling in een officieel stappenplan (Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling) en zorgwekkende gevallen melden bij Veilig Thuis (het meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling). Het is de vraag of in de klinische praktijk die procedure vaak wordt gevolgd. In deze kwalitatieve studie beschrijven we belemmeringen die ggz-hulpverleners blijken te ervaren bij het opsporen en rapporteren van signalen van kindermishandeling en -verwaarlozing. We hebben semigestructureerde interviews afgenomen van tien hulpverleners in de (basis en gespecialiseerde) ggz. Transcripties hiervan zijn thematisch geanalyseerd en gemeenschappelijke thema's zijn beschreven. Resultaten suggereren dat hulpverleners problemen ervaren bij het gebruiken van de Kindcheck en de Meldcode en dat deze mogelijk vaak niet worden gebruikt. Ook rapporteren ze vaak niet aan Veilig Thuis. Er bleken belemmeringen op vier gebieden: 1) kennis en ervaring, 2) de therapeutische relatie, 3) professionele samenwerking en 4) instrumenten en procedure.

Trefwoorden: kindermishandeling, geestelijke gezondheidszorg, Kindcheck, Meldcode, thematische analyse

Inleiding

Elk jaar worden naar schatting ten minste 120.000 Nederlandse kinderen (3,4%) slachtoffer van mishandeling (Alink et al., 2011). De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2016) verstaat onder kindermishandeling elke vorm van lichamelijke of emotionele mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing of uitbuiting die resulteert

in (mogelijk) gevaar voor de gezondheid, ontwikkeling en zelfwaardering van een kind. Kinderen van ouders met geestelijke gezondheidsproblemen hebben een verhoogd risico op mishandeling en verwaarlozing (MacKenzie, Nicklas, Brooks-Gunn, & Waldfogel, 2011; Ronan, Canoy, & Burke, 2009; Stith et al., 2009).

Gezien het grote aantal kinderen dat mishandeld of verwaarloosd wordt en het feit dat geestelijke gezondheidsproblemen van ouders een risicofactor vormen, kan het niet anders dan dat hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) regelmatig te maken krijgen met cliënten die hun kinderen mishandelen of verwaarlozen. In de praktijk blijkt echter dat (mogelijke) onveiligheid van kinderen vaak niet gesignaleerd wordt, gezien het aantal meldingen ver achterblijft bij het aantal mishandelde kinderen (Jeugdzorg Nederland, 2014). Het is belangrijk dat ggz-hulpverleners onveilige situaties voor kinderen detecteren en zo nodig actie ondernemen.

Om hulpverleners te helpen beter zicht te krijgen op kindermishandeling, werd in 2013 in Nederland de Meldcode geïmplementeerd. De Meldcode bevat een stappenplan voor het detecteren en rapporteren van huiselijk geweld en kindermishandeling (zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>). De Meldcode is bedoeld voor alle professionals die direct of indirect te maken kunnen krijgen met onveiligheid van kinderen, zoals professionals in de ggz, in het onderwijs of in het medische domein. De eerste stap van de Meldcode bestaat in het uitvoeren van de Kindcheck. Dat wil zeggen dat men nagaat of er kinderen zijn en zo ja, of er voldoende zorg voor hen is. Als er reden is tot bezorgdheid over de kinderen, dan komen de volgende stappen van de Meldcode aan bod: eerst collegiaal overleg, dan praten met de ouder(s), de informatie wegen en ten slotte hulp organiseren of, in geval van ernstige signalen, rapporteren aan Veilig Thuis. Veilig Thuis is een door de Nederlandse overheid ingericht advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Er zijn in elke regio in Nederland vestigingen van Veilig Thuis. Als een melding van een hulpverlener door Veilig Thuis wordt aangenomen, dan nemen zij de zorg voor de veiligheid van het kind en/of het gezin over.

Volgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2017b), die toezicht houdt op de ggz, wordt de Meldcode nog niet altijd goed gebruikt.

Volgens de Nederlandse Kinderombudsvrouw (Kalverboer, 2016) is Veilig Thuis noch op papier noch in de praktijk goed in staat kindermishandeling op te pikken. Dat is kwelijk en heeft als gevolg dat hulpverleners aarzelen om te rapporteren aan Veilig Thuis. Uit onderzoek van Verhagen, Van Montfoort en Sondorp (2017) bleek dat hulpverleners in verschillende domeinen (onder andere medisch en justitieel) problemen ervaren met het uitwisselen van informatie, ook met Veilig Thuis. Uit groepsgesprekken met huisartsen,

in ziekenhuizen en in de ggz kwamen de volgende knelpunten naar voren. Hulpverleners denken dat het delen van informatie niet in het belang is van het kind. Ze denken dat interventies door een externe organisatie zoals Veilig Thuis niet helpen, maar de therapeutische relatie wel kunnen schaden. Verder spelen negatieve ervaringen met Veilig Thuis een rol. Ook zijn hulpverleners bang voor confrontatie met de ouders, klachten, tuchtprocedures en geweld. Ten slotte hebben hulpverleners moeite met het inschatten of een situatie ernstig genoeg is om te rapporteren aan Veilig Thuis. Hulpverleners hebben meer training en kennis nodig. Een probleem dat genoemd wordt door huisartsenorganisaties is dat de Meldcode alleen gebruikt wordt als de situatie al zeer problematisch is en niet in een vroeger stadium, als een interventie zinvoller zou zijn (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2016). Hulpverleners blijken bang te zijn om ouders vals te beschuldigen, de privacy van de familie te schenden, het vertrouwen te verliezen van kinderen of ouders, of dat ouders boos worden als ze erachter komen dat een melding heeft plaatsgevonden (Baeten, Ten Berge, Geurts, & Kooijman, 2001; Hoefnagels, 2001; Van Burik & Geldorp 1997).

Het doel van deze exploratieve, kwalitatieve studie is te onderzoeken of de bovenvermelde motieven ook opgaan voor het volgen van de Meldcode door hulpverleners in de ggz (Verhagen et al., 2017).

Methode

Participanten

We benaderden professionals in de ggz voor volwassenen omdat zij de Meldcode dienen te gebruiken (*purposive sampling*). We zochten in het midden en oosten van Nederland contact met medewerkers van de Dimence Groep¹ en GGNet², waarvan bekend was dat ze geïnteresseerd waren in het onderwerp (*convenience sampling*). Deze participanten benaderden op hun beurt andere collega's voor deelname aan de studie (sneeuwbaaleffect; Boeije 2005).

Uiteindelijk werden tien Nederlandse professionals geïnterviewd (tabel 1). Op één orthopedagoog na, die met zowel ouders als kinderen werkte, hadden de meeste professionals wel ervaring met het werken met kinderen, maar behandelden zij in hun huidige functie geen kinderen. De twee hulpverleners in de basis-ggz zagen cliënten met milde psychische problemen. De acht hulpverleners in de specialistische zorg zagen cliënten met ernstigere problemen, zoals psychoses, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen. Twee professionals werkten in de forensische psychiatrie met cliënten met problemen als pedofilie, agressie en een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Tabel I. Kenmerken van de participanten (n = 10).

Deelnemer	Jaren werkervaring	Basis-ggz	Specialistische ggz	Ervaring met kinderen
Psycholoog				
P1	5		x	
P2	10+		x	
P3	10+		x	x
P4	10+		x	x
P5	25+	x		x
P6	25+	x		
Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige				
SPV1	10+		x	x
SPV2	25+		x	x
SPV3	25+		x	x
Orthopedagoog				
O1	25+		x	x

Interviews

Om de ervaringen van ggz-hulpverleners met de Meldcode in kaart te brengen, werden semigestructureerde interviews ontworpen. Nadat de Commissie wetenschappelijk onderzoek van Dimence het onderzoek had goedgekeurd, werden per e-mail uitnodigingen verstuurd. Om sociaal wenselijke antwoorden – een mogelijk gevaar bij gevoelige onderwerpen (Levy, 1981) – zoveel mogelijk te voorkomen, werden de interviews individueel afgenomen op de werkplek van de participanten, in de periode eind maart tot begin mei 2017.

Na een korte introductie aan de hand van een informatieve brief gaven de participanten toestemming en werd de audio-opname gestart. Het interview bestond uit een reeks vragen en flexibele vervolgvragen, waarbij de participanten werden aangemoedigd hun eigen verhaal te vertellen. De eerste interviewvraag luidde: “Wat is in uw ogen uw rol jegens kinderen van uw cliënten?” Vervolgens werd gevraagd of men de cliënt(e) altijd vroeg naar de aanwezigheid van kinderen en of men over het welzijn van eventuele kinderen sprak. Een volgende vraag ging over ervaring met de Kindcheck en de Meldcode en de laatste vraag was: “Gebruikt u een instrument om risico’s in te schatten?”

Het principe van ‘constante vergelijking’ (Boeije, 2005) werd toegepast: de resultaten van eerdere interviews werden meegenomen in volgende interviews. Elk interview werd afgesloten met de vraag of de participanten het gevoel hadden dat ze alles hadden verteld wat ze relevant vonden. Na acht interviews bleken er nauwelijks nog nieuwe

thema's naar voren te komen. Er werden hooguit nieuwe voorbeelden gegeven bij de thema's die al uit de eerdere interviews waren gedestilleerd. Na tien interviews konden we vaststellen dat er niets nieuws meer werd toegevoegd en stopten we met interviewen.

Analyses

De audiotapes van de interviews werden woordelijk uitgetypt. Die transcripties hebben we thematisch geanalyseerd: we hebben een kwalitatieve methode toegepast om gemeenschappelijke patronen of thema's te vinden in de data, zonder een theorie te vormen (Braun & Clarke, 2006). De theoretische benadering hierbij is essentialistisch (ook wel inductief genoemd), wat betekent dat de realiteit van de participanten zoals zij die ervaren, wordt gerapporteerd en niet voor hen in een context wordt geplaatst (Braun & Clarke, 2006). Het doel van deze studie was niet om een objectieve waarheid te vinden, maar om de subjectieve belevingen van de participanten te beschrijven (Taylor & Ussher, 2001).

In de eerste fase van de thematische analyse raakten we bekend met de data door die zelf uit te typen en notities te maken van zaken die ons opvielen. In de tweede fase hebben we de data gecodeerd met behulp van MAXQDA (2017). In elk interview gaven we relevante eenheden van betekenis een voorlopige code. Die codes vatten samen wat de participanten benoemden, bijvoorbeeld: 'geen kennis over ouderschap'. Met de eerste twee fases van de data-analyse begonnen we al tijdens de datacollectie. In de derde fase voegden we de voorlopige codes van de individuele interviews samen tot mogelijke thema's, zoals 'belemmeringen: geen kennis' met subthema's 'over risicofactoren' en 'over ouderschap'. In fase vier maakten we thematische mappen zodat we een overzicht kregen van alle thema's en bijbehorende subthema's. Om transparant en navolgbaar te blijven, werden eventuele veranderingen vastgelegd in memo's. Vervolgens bekeken we de transcripties opnieuw en vergeleken we ze met de thematische mappen en in fase vijf werden er namen gegeven aan de thema's. In de zesde en laatste fase hebben we citaten geselecteerd voor onze resultatensectie.

De hele analyse is door twee onderzoekers (de eerste twee auteurs) samen uitgevoerd, in regelmatig overleg met de overige drie onderzoekers. De codes en thematische mappen zijn het resultaat van zorgvuldig overleg, dat resulteerde in ons uiteindelijke model (figuur 1).

Figuur 1. Vier belemmeringen voor het gebruik van de Meldcode in de ggz voor volwassenen.

Kinder- mishandeling	Kennis en ervaring		Therapeutische relatie		Professionele samenwerking		Instrumenten en procedure	
	MC en KC	VT	Taboe	Rol	Werkwijze VT	Multidisciplinair	MC en KC	Therapeutische benadering
E nst O uderschap P revalentie O bjectief signaleren R isicofactoren	G esprek ouders R Ti V ervolgstappen E ducatie V erantwoorde- lijkheid	N iet-bindend advies B estaan T aken	G esprek met ouders R eacties ouders sociaal wenselijk	B etrokkenheid Z ien alleen ouders G een verantwoorde- lijkheid jegens kinderen	O neens met beslissing B edreigend G een communicatie O nderzoek langzaam W einig vertrouwen	O verleg R olverdeling T herapeut neemt niet intake af	F ormaliteit O ntoegankelijk T ijdsdruk N iet-bindend O nnodig R Ti niet geschikt	C lientgericht P ositieve psychologie F inanciën

MC = Meldcode; KC = Kindcheck; RTi = risicotaxatie-instrument; VT = Veilig Thuis.

Resultaten

De interviews duurden ongeveer twee tot vijf kwartier, met een gemiddelde van drie kwartier. De thematische analyse liet zien dat ggz-hulpverleners bij het opsporen en rapporteren van kindermishandeling op vier gebieden belemmeringen ervoeren: kennis en ervaring, de therapeutische relatie, professionele samenwerking en instrumenten en procedure (figuur 1). In wat volgt, lichten we die belemmeringen toe met letterlijke citaten.

Kennis en ervaring

De eerste groep belemmeringen is samengevat onder het thema ‘Kennis en ervaring’. De meerderheid van de hulpverleners gaf aan dat ze niet genoeg weten over kindermishandeling, over de Meldcode en de Kindcheck en over Veilig Thuis.

Kindermishandeling

Sommige participanten meenden dat ggz-hulpverleners psychische problemen van ouders niet direct zien als riskant voor kinderen, maar de meeste participanten leken zich er wel van bewust dat psychische problemen van ouders een risicofactor vormen voor kindermishandeling en -verwaarlozing. Een van de vaak genoemde problemen betrof de geringe kennis over kindermishandeling en goede manieren om kindermishandeling objectief te signaleren. Ggz-hulpverleners gaven aan dat het lastig is om de ernst van kindermishandeling vast te stellen en te besluiten welke stappen genomen moeten worden.

(P3): “En dan merk ik dat we dat een beetje op de bonnefooi doen, en wat er vervolgens mee gebeurt en op basis waarvan je die inschatting maakt dat is eigenlijk totaal onduidelijk.”

Sommige hulpverleners vertelden dat ze niet veel over ouderschap wisten. Er werd gesteld dat het van belang is dat hulpverleners ervaring met kinderen hebben (persoonlijk of professioneel) om in te kunnen schatten wat ‘goed genoeg’ ouderschap is. Een participant gaf aan de ouderschapsrol gemakkelijker te vergeten als de cliënt een man is. Een ander onderwerp was de discrepantie voor hulpverleners tussen enerzijds weten dat de prevalentie van kindermishandeling hoog is en anderzijds hoe zelden ze het zelf opmerkten.

Meldcode en Kindcheck

Het was opvallend dat veel participanten onbekend waren met wat de Meldcode en de Kindcheck precies inhouden. Een participant (SPV1) gaf aan dat dit komt doordat bij hen de procedures pas recent serieus onder de aandacht zijn gebracht. Bij het vermoeden van kindermishandeling volgden veel participanten de Meldcode niet, maar creëerden zij hun eigen stappenplan. Daarbij raadpleegden zij bijvoorbeeld het internet.

(P1): "Ik heb de huisarts geïnformeerd. Dat had ik volgens mij op internet opgezocht. Maar ik gebruik daar niet standaard iets voor."

Sommige participanten gaven aan dat ze wel wisten wat de Meldcode is, maar dat ze die niet (vaak) openden.

(P5): "Dit is natuurlijk ook weer jaren geleden, en als je hem dan nooit gebruikt, gaat het ook weer naar de achtergrond. Maar we hebben natuurlijk ook intranet hier, dus als er iets speelt dan ga je dat opzoeken. Maar doordat het te sporadisch is, moet je het altijd weer opnieuw opzoeken."

Een participant (P6) gaf aan dat de Kindcheck alleen gebruikt werd binnen de specialistische ggz.

Terwijl veel participanten afvinkten dat de Kindcheck was gedaan, wisten ze niet exact wat de Kindcheck is en hoe dit het beste besproken zou kunnen worden met de cliënt.

(SPV1): "Er was laatst een discussie in het team wat die Kindcheck nu precies inhoudt, zo in die intake. Wat zet je daar nu in? Kindcheck moet je dan afvinken, dat betekent dat je naar de kinderen hebt gevraagd. Maar daaronder staat een regeltje waar je in kan vullen of er nog ergens aandacht aan besteed moet worden. Maar ieder doet dat op de eigen manier en wat nou eigenlijk de bedoeling is of de intentie ervan is, kan ik nergens vinden."

Een gebrek aan kennis en ervaring bleek ook belangrijk bij de vervolgstappen van de Meldcode. Sommige participanten gaven aan dat ze niet wisten hoe ze hierover een gesprek moesten beginnen met de cliënt.

Veilig Thuis

Een derde subthema waar participanten aangaven weinig kennis over te hebben, is de organisatie Veilig Thuis. Op een na wisten alle deelnemers wat Veilig Thuis in het algemeen kan doen, maar veel deelnemers kenden niet de precieze taken. Sommige participanten wisten niet hoe sociale wijkteams gerelateerd zijn aan Veilig Thuis en wat deze precies doen. Ook wist niet iedereen dat Veilig Thuis ook een niet-bindend advies kan geven. Verschillende participanten gaven aan dat je alleen contact zocht met Veilig Thuis als je kindermishandeling wilde rapporteren.

De therapeutische relatie

Het tweede hoofdthema is de ‘Therapeutische relatie’. De angst die relatie te beschadigen door het bespreken van het taboeonderwerp kindermishandeling vormt een belemmering, net als de rol die de therapeut denkt te hebben.

Taboe

Allereerst beschreven professionals dat het moeilijk is om een balans te vinden tussen het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het bespreekbaar maken van een gevoelig onderwerp zoals kindermishandeling. Veel participanten gaven aan dat het afhankelijk is van de vertrouwensrelatie met de cliënt of het onderwerp besproken kan worden en andere participanten waren bang voor de reacties van de ouders.

(P4): “Dan ga ik niet gelijk duiden op kindermishandeling want dan ben je de ouder ook kwijt in de samenwerking. En als je de ouder kwijt bent, dan help je het kind niet.”

Sommige participanten waren bang dat cliënten niet open zouden zijn als zij over kindermishandeling zouden beginnen, of dat ze sociaal wenselijke antwoorden zouden geven.

(O1): “Maar wanneer je aan een ouder vraagt, heeft u kinderen en hoe gaat het met ze, dan zeggen ze natuurlijk altijd goed.”

Rol

Een tweede subthema was de rol van de therapeut. Sommige participanten gaven aan dat het lastig is om de situatie van de kinderen in te schatten, omdat ze verhalen over de kin-

deren alleen vanuit het perspectief van de cliënten horen. Ook betrokkenheid bij de cliënt in een therapeutische relatie kan een belemmering vormen.

(P4): “Je ontwikkelt commitment met die ouder. Je gaat het snappen. Je verliest door je commitment ook, je vergeet dan soms ook die kinderen in mind te houden, doordat je het zo snapt. Te weinig commitment is een risicofactor, maar eigenlijk te veel ook wel weer.”

Een andere belemmering was dat sommige participanten zich niet verantwoordelijk voelden voor de kinderen van cliënten:

(P4): “Ik ben natuurlijk hoofdbehandelaar van mijn cliënt, ik heb formeel gezien geen behandelverantwoordelijkheid tegenover het kind.”

Professionele samenwerking

Een andere groep belemmeringen bij het opsporen en rapporteren van signalen van mishandeling is samengevat onder het derde hoofdthema, ‘Professionele samenwerking’.

Samenwerking met Veilig Thuis (VT)

Veel participanten beschreven dat zichzelf of collega’s negatieve ervaringen hadden met VT.

Een eerste belangrijke klacht was dat VT te lang doet over onderzoek en besluitvorming. Ook bekritiseerden ze de beslissingen die VT nam. Sommigen vonden dat VT zich onnodig vroeg en te drastisch bemoeide met zorgelijke situaties. Andere participanten hadden kritiek omdat VT soms besloot om zich niet te bemoeien met een zaak. Als zij melden, dan verwachten de ggz-hulpverleners wel actie. Rapporteren aan VT werd door hulpverleners ook als een risico gezien, omdat zij hun cliënt konden verliezen (zoals ook beschreven onder het thema ‘Therapeutische relatie’).

(SPV3): “Waar ik uiteindelijk een melding heb gedaan bij Veilig Thuis, daar is dat niet opgepakt en die ouders waren zo boos dat die melding was gedaan, en toen zag niemand ze meer. Ze kwamen niet meer bij mij, Veilig Thuis heeft er niks mee gedaan, dus nu weet niemand hoe het verder gaat. En dan denk ik, dat is precies hoe het niet moet. Ik denk, als er geen melding was gedaan, dan was het in ieder geval nog onderwerp van gesprek geweest.”

Participanten bekritiseerden ook de manier waarop VT ouders benadert. Ggz-hulpverleners gaven aan dat zijzelf probeerden “naast ze [de ouders] te zitten en ze niet te beschuldigen” (O1), terwijl VT als bedreigend werd ervaren en de ouders beschuldigde.

(P4): “Dat er een verschil is in visie hoe je als behandelaar van moeder erin staat of Veilig Thuis, dat vind ik helemaal goed. Laat ieder maar zijn waakhondfunctie vervullen. Maar de manier waarop de waakhondfunctie werd uitgeoefend. Dus slecht reageren op mails, slecht communiceren, ouders toch het gevoel geven, vooral moeder, dat ze geen goede moeder was. Ik vond het bijna averechts werken.”

Ggz-hulpverleners gaven ook aan dat zij, zodra VT erbij betrokken was, niet langer werden ingelicht of betrokken bij de situatie. VT communiceerde niet open over het proces, over of er andere organisaties werden ingeschakeld, of wat de resultaten waren. Ten slotte vermeden ggz-hulpverleners VT liever omdat ze weinig vertrouwen hadden in de jeugdzorg of de sociale wijkteams die kunnen worden ingeschakeld.

Multidisciplinaire samenwerking

Participanten gaven aan dat de manier waarop de interne samenwerking wordt georganiseerd, een probleem is bij het afnemen van de Kindcheck, omdat (vaak) niet de therapeut de Kindcheck afneemt, maar een andere professional, de intaker.

(P3): “De vraag is of die behandelaar opnieuw aandacht gaat hebben voor het ouderschap. Als er in de intake al ongeveer is gezegd: ‘Nou dat lijkt goed’, gaat iemand daar nog op terugkomen?”

Professionele samenwerking met instellingen voor lichamelijke gezondheidszorg of met andere ggz-organisaties vormt soms ook een belemmering.

(SPV2): “Op het moment dat er een andere hulpverleningsinstantie in beeld is, dan zijn die aan zet en die moeten wel overleggen en daar gaat nog wel eens wat mis.”

Volgens een participant zorgde de nauwe samenwerking met de huisarts ervoor dat de hulpverlener minder snel de Meldcode volgde:

(P6): “Dan ga ik ervan uit dat als daar verwaarlozing zou zijn dat de huisarts mij dat zou melden.”

Instrumenten en procedure

Een laatste groep belemmeringen die ggz-hulpverleners ervoeren, zijn problemen door a) de Kindcheck en Meldcode en b) de therapeutische aanpak.

Kindcheck en Meldcode

Een eerste probleem is dat de Kindcheck vaak een formaliteit is tijdens de intake, waarbij het hokje standaard wordt aangekruist, zoals voor andere standaardvragen.

(P5): “Dat vul ik altijd met ‘ja’ in omdat je even de kinderen hebt nagevraagd, of dat er kinderen zijn en hoe het gaat. Dus in die zin zit dat er standaard in. Maar het probleem is, het zijn allemaal vragen: is er suïcide, is er dit, is er dat? Dus het is al heel snel ja, ja, ja.”

Een andere veelgenoemde belemmering met de Kindcheck en Meldcode is de (financiële) tijdsdruk, door het vele administratieve werk in de ggz.

(P4): “En wil je een goede beschrijvende diagnose maken, dan ben je echt tijd kwijt, dan heb je een halfuurtje voor de intake, heb je drie kwartier voor de behandelovereenkomst, brief naar de huisarts, allerlei administratieve handelingen. Je redt het niet.”

(O1): “Je moet reëel zijn en de zorgverzekeraar doet niet anders dan inkorten. En als ik hoor wat hulpverleners in die intake moeten doen en af moeten werken enzovoort, dat is gewoon bijna niet te doen. Dus die gaan dat niet doen. Ik zeg altijd: met dank aan de zorgverzekeraar.”

Tijdsdruk was vaak ook een reden om geen risicotaxatie-instrumenten te gebruiken om de signalen te wegen (stap 4 van de Meldcode).

Een derde probleem is dat professionals de Kindcheck ontoegankelijk vinden en dat informatie erover moeilijk te vinden is:

(SPV1): “Ik moet eerlijk zeggen dat in het systeem dat wij hebben staat: is de Kindcheck gedaan? Daar staat ook geen linkje bij waar je dat dan kan vinden. Hoe moeten mensen dat dan ook weten?”

Participanten rapporteerden dat zij niet, of niet standaard, de Meldcode volgen. De eerste stap, waarbij concrete signalen van kindermishandeling gecontroleerd moeten worden, werd als problematisch ervaren.

(SPV1): “Nou het inventariseren is ingewikkeld. ... Het neemt veel tijd in beslag en het is hier nog niet zo mooi vormgegeven. Het zou zo mooi zijn als je een format had hoe je die signalen nou inventariseert.”

Een andere participant vond dat de Meldcode niet bindend genoeg is. Dezelfde participant rapporteerde dat de naam ‘Meldcode’ ook een belemmering vormt. Zij gaf aan dat ze vermeed om het woord Meldcode te gebruiken, omdat er een sterke associatie is met melden en dat klinkt bedreigend voor de ouders. Eén participant dacht dat de Meldcode niet nodig was.

(P3): “Als ik denk dat er zorg moet worden geleverd, dan heb ik het daar met de patiënt over van ‘goh misschien kunt u daar iets aan hebben, een opvoedcursus’, of ‘ik hoor zoveel problemen in uw gezin, misschien zouden gezinsgesprekken ook goed zijn. Uw zoontje heeft ook ADHD, zullen we kijken of we jullie kunnen aanmelden bij de jeugd-ggz?’ Op die manier, ik heb daarvoor niet per se de Meldcode nodig. Die Meldcode vind ik meer een soort noodgreep... De Meldcode is meer een soort van eindstation: oh er is iemand flink in elkaar getimmerd.”

Therapeutische benadering

Andere structurele belemmeringen werden toegeschreven aan de therapeutische aanpak. Sommige participanten dachten dat een meer cliëntgerichte therapie het minder waarschijnlijk maakte om te vragen naar de gezinssituatie.

(P5): “Omdat de focus toch wel heel erg op de vraag van de klant ligt. En dat is ook een beetje ons beleid: je sluit aan bij de vraag van de cliënt.”

Verder gaf een geïnterviewde aan dat binnen de positieve psychologie signalen van kindermishandeling niet systematisch gecontroleerd konden worden.

(P5): “Het gaat veel meer over welbevinden. Omdat we vanuit een positieve psychologie werken.”

Discussie

De ggz-hulpverleners in ons onderzoek benoemden belemmeringen bij het detecteren en rapporteren van signalen van kindermishandeling en -verwaarlozing op vier gebieden, namelijk: kennis en ervaring, de therapeutische relatie, professionele samenwerking, en instrumenten en procedure.

Ze gaven aan meer kennis en training nodig te hebben voor het detecteren en beschrijven van signalen van mishandeling. De Meldcode vraagt om concrete signalen, terwijl professionals die ouders helpen en niet de kinderen, concrete signalen vaak niet kunnen zien. Bovendien zijn veel signalen van mishandeling vaak niet heel concreet. De officiële informatie op de overheidswebsite is niet uitgebreid en gebruiksvriendelijk (zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>). Een instrument specifiek voor hulpverleners in de ggz om kindermishandeling beter te detecteren, zou nuttig zijn. Daarbij zou deze specifieke Meldcode ruimte kunnen geven voor het opvoeren van ‘onderbuikgevoelens’ die voor hulpverleners belangrijk lijken en aanleiding kunnen geven om verder te zoeken, maar die uiteraard alleen als argument mogen worden geaccepteerd als ze onderbouwd zijn met andere gegevens.

Het risico dat met het melden van vermoedens van mishandeling een goede therapeutische relatie onder druk kan komen te staan, was een belangrijke zorg van ggz-hulpverleners. Betrokkenheid van Veilig Thuis werd gezien als zo’n risico. Die bevindingen bevestigen de uitkomsten van eerder onderzoek door Verhagen et al. (2017), waarbij dezelfde schroom werd benoemd bij professionals in andere sectoren. Sommige participanten gaven ook aan dat ze niet wisten hoe ze een gesprek over dit gevoelige onderwerp moesten beginnen en hoe ze vragen moesten stellen. Er lijkt bij hulpverleners sprake van een taboe op het spreken over kindermishandeling en ouderschapsproblemen. Een *toolkit* met standaardvragen, waar bijvoorbeeld de stichting Augeo aan werkt (zie: <https://www.augeo.nl/nl-nl/thema/kindcheck/scholing/>), zou hierbij kunnen helpen. Een deelnemer suggereerde dat hulpverleners zouden kunnen zeggen dat ouderschap inderdaad moeilijk is, om zo een opening te bieden om problemen te bespreken. Vragen om hulp bij het ouderschap zou meer sociaal geaccepteerd moeten worden, zoals bijvoorbeeld de stichting Praat probeert te bevorderen (zie: <http://www.praatoverkindermishandeling.nl/over-stichting-praat/>).

Andere suggesties die wij op basis van onze studie doen, betreffen het verbeteren van het gebruik van de Kindcheck. Verplicht de intaker schriftelijk te rapporteren hoe de Kindcheck is besproken en zorg ervoor dat de Kindcheck (ook) altijd gedaan wordt door de therapeut. Bij professionele samenwerking, ook tussen organisaties, bestaat het gevaar dat individuele hulpverleners zelf minder verantwoordelijkheid nemen voor het signale-

ren. Toekomstig onderzoek zou kunnen nagaan of vertrouwen in andere hulpverleners inderdaad leidt tot minder eigen actie en of hierbij verminderde gevoelens van verantwoordelijkheid een rol spelen.

De ggz-hulpverleners in onze studie hadden onvoldoende vertrouwen in Veilig Thuis, zoals ook Verhagen et al. (2017) zagen. Als van ggz-hulpverleners wordt verwacht dat ze samenwerken met Veilig Thuis, dan moet de relatie met en de reputatie van Veilig Thuis worden verbeterd. Meer communicatie en transparantie tussen de meldende hulpverlener en Veilig Thuis lijken daarvoor voorwaarden. Overigens willen we hierbij opmerken dat Veilig Thuis in veel regio's opstartproblemen heeft gehad en dat de werkwijze van Veilig Thuis wel is verbeterd sinds de interviews (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2017a). Daarnaast zouden hulpverleners ook meer moeten kunnen vertrouwen op steun binnen de eigen organisatie bij het melden van (vermoedens van) onveiligheid.

Interessant is ook dat sommige therapeutische benaderingen het mogelijk makkelijker maken om te vragen naar de situatie van de kinderen dan andere. Klinisch psychologen die getraind zijn in systeemtherapie en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen die rapporteerden dat hun benadering meer systeemgericht is, vroegen vaker naar de gezinssituatie. Onze indruk was ook dat zij meer wisten over de Meldcode en dat zij actiever zijn in het organiseren van ondersteuning bij vermoedens van risico's.

In het onderzoek van Verhagen et al. (2017) kwam naar voren dat angst voor represailles door de ouder(s) ook een reden was om minder snel informatie te delen. Deze auteurs beschrijven angst voor zowel tuchtprocedures als geweld. Dat konden wij in ons sample niet bevestigen.

Onze bevindingen zijn gebaseerd op een kleine en selecte steekproef van hulpverleners in de ggz in het midden en oosten van Nederland. De eerste interviews werden gehouden met hulpverleners waarvan we wisten dat zij zich al bezighielden met het onderwerp kindermishandeling. Het lijkt daarom waarschijnlijk dat hulpverleners in onze steekproef eerder meer dan minder kennis hadden van de Meldcode en de Kindcheck dan andere hulpverleners. Als zelfs deze hulpverleners de Meldcode niet altijd gebruiken, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de Meldcode en Kindcheck inderdaad niet voldoende gebruikt worden in de ggz voor volwassenen in Nederland. In Vlaanderen is rapportage van mogelijke onveiligheid van kinderen van cliënten in de ggz niet geprotocolleerd zoals in Nederland, waardoor kindermishandeling mogelijk nog minder vaak de benodigde aandacht krijgt van hulpverleners. Opvallend was ook dat we soms merkten aan de participanten dat onze vragen als bedreigend werden ervaren. Kindermishandeling en -verwaarlozing zijn ook voor hulpverleners in de ggz blijkbaar emotionele

onderwerpen. En ten slotte is subjectieve interpretatie van de besproken thema's bij het analyseren onvermijdelijk geweest. We hebben geprobeerd dit te beperken door zo goed mogelijk weer te geven wat participanten zeiden en door alle gegevens door twee onderzoekers te laten analyseren, waarna de analyses met collega-onderzoekers werden besproken.

Het is aan te bevelen om in een grootschaliger onderzoek na te gaan in welke mate de Meldcode werkelijk gebruikt wordt door hulpverleners in de ggz en of de hier gevonden belemmeringen ook door meer en meer verschillende hulpverleners in de ggz ervaren worden. Dit kan handvatten bieden voor aanpassingen aan de Meldcode.

Conclusie

Ggz-hulpverleners blijken verschillende belemmeringen te ervaren bij het signaleren en rapporteren van mogelijke kindermishandeling en -verwaarlozing door hun cliënten. Hulpverleners missen kennis over en ervaring met kindermishandeling, de Kindcheck en Meldcode. Zij vrezen dat de therapeutische relatie geschaad kan worden als zij mogelijke kindermishandeling willen bespreken en denken verschillend over hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de kinderen. Tevens blijkt de samenwerking met Veilig Thuis lastig. Ook missen hulpverleners goede instrumenten en procedures om risico's in te schatten en bespreekbaar te maken. Om de Meldcode en Kindcheck beter te laten werken, zullen verantwoordelijkheden duidelijker moeten zijn en kunnen training en goede instrumenten wellicht behulpzaam zijn.

Dankbetuiging

Dank aan drs. Merel Van Ommen voor haar advies over thematische analyse en aan de hulpverleners die aan deze studie hebben meegewerkt.

Noten

1. De Dimence Groep is een organisatie die ggz biedt in de regio Deventer, Zwolle en Almelo.
2. GGNet is een organisatie die ggz biedt in de regio Doetinchem, Zutphen, Apeldoorn, Zevenaar en Winterswijk/Groenlo.

Literatuur

- Alink, L., Van IJzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010: de Tweede Nationale Prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen* (NPM-2010). Leiden: Casimir.
- Baeten, P., Ten Berge, I., Geurts, E., & Kooijman, K. (Red.) (2001). *Jonge kinderen in de knel*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Boeije, H.R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*: Meppel: Boom.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Hoefnagels, C.J. (2001). *Met recht van spreken: enkele theoretische en empirische bijdragen ten behoeve van de secundaire preventie van kindermishandeling*. Amsterdam: SWP.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2017a). *Herbeoordeling twaalf Veilig Thuis organisaties*. Geraadpleegd via <file:///C:/Users/u492134/Downloads/brief+herbeoordeling+twaalf+Veilig+Thuis+organisaties.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2017b). *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: het bewustzijn groeit, maar nog niet overal*. Geraadpleegd via <https://www.igj.nl/onderwerpen/meldcode-geweld-en-mishandeling/documenten/rapporten/2017/07/07/meldcode-huiselijk-geweld-kindermishandeling-bewustzijn-groeit>
- Jeugdzorg Nederland. (2014). *Overzicht 2013 AMK*. Geraadpleegd via <https://www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/jaarverslag-amk-2013.pdf>
- Kalverboer, M. (2016). *Gespreksnotitie ten behoeve van het rondetafelgesprek d.d. 10 oktober 2016 over de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* [Position paper]. Geraadpleegd via <https://www.dekinderombudsman.nl/70/ouders-professionals/nieuws/kinderombudsman-in-gesprek-over-meldcode-huiselijke-geweld/?id=673>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (2016). *Verbetering van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling* [Position paper]. Geraadpleegd via <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2016D37907&did=2016D37907>
- Levy, S.J. (1981). Interpreting consumer mythology: A structural approach to consumer behavior. *The Journal of Marketing*, 45, 49-61. <http://dx.doi.org/10.2307/1251541>
- MacKenzie, M.J., Nicklas, E., Brooks-Gunn, J., & Waldfogel, J. (2011). Who spansks infants and toddlers? Evidence from the fragile families and child well-being study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1364-1373. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.04.007>
- MAXQDA. (2017). *Software for qualitative data analysis*. Berlin, Deutschland: VERBI – Software Consult Sozialforschung.
- Ronan, K.R., Canoy, D.F., & Burke, K.J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44, 195-213. <http://dx.doi.org/10.1080/00050060903148560>
- Stith, S.M., Liu, T., Davies, L.C., Boykin, E.L., Alder, M.C., Harris, J.M., ... Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29. <https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Taylor, G., & Ussher, J. (2001). Making sense of S&M: A discourse analytic account. *Sexualities*, 4, 293-314. <https://dx.doi.org/10.1177/136346001004003002>
- Van Burik, A., & Geldorp, M. (Red.) (1997). *Signaleren en melden van kindermishandeling: een onderzoek naar kenmerken van potentiële melders*. Amsterdam: Van Dijk, Van Soomeren en Partners. Geraadpleegd via https://publicaties.dsp-groep.nl/getFile.cfm?file=97_55_Signaleren%20en%20melden%20van%20kindermishandeling_55-1997.pdf&dir=rapport
- Verhagen, A., Van Montfoort, A., & Sondorp, J. (2017). *Informatie-uitwisseling bij (vermoeden van) kindermishandeling knelpunten en oplossingen*. Geraadpleegd via https://vng.nl/files/vng/20170322_eindrapport_werkatepliers_kennisuitwisseling_bij_km.pdf
- World Health Organization. (2016). *Child maltreatment*. Geraadpleegd via <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>

Summary

“You’re not helping the child if you scare the parent away”: Use of the Meldcode domestic violence and child abuse in mental health care

Children of parents with psychological problems are at risk of child abuse and neglect. Therefore, Dutch mental health workers must ask clients about children (Kindcheck), make an inventory of signs of child maltreatment in an official roadmap (Meldcode) and report suspicious cases to the reporting office Veilig Thuis. However, this procedure seems often not to be followed in clinical practice, nor are additional risk taxation instruments used.

This qualitative study investigated mental health workers’ obstacles with detecting and reporting signs of child maltreatment. Semi-structured interviews were conducted with ten professionals working in primary and secondary mental health care. Transcripts were analyzed with thematic analysis to find common themes across the data set.

Results confirm that mental health care workers are indeed unlikely to use the Kindcheck or Meldcode or report to Veilig Thuis. Thematic analysis revealed four key obstacles: 1) knowledge & experience, 2) therapeutic relationship, 3) professional cooperation and 4) instruments and procedure.

Keywords: child abuse and neglect, mental health care, Kindcheck, Meldcode, thematic analysis

Personalia

Laura N. Van der Helm, researchmasterstudent Behavioural Science, Radboud Universiteit Nijmegen.

Marina F. Thomas, researchmasterstudent Behavioural Science, Radboud Universiteit Nijmegen.

Dr. Karin Van Doesum, senior onderzoeker klinische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen.

Dr. Leontien De Kwaadsteniet, universitair docent klinische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen.

Prof. dr. Cilia L.M. Witteman, hoogleraar klinische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen.

E-mail: c.witteman@socsci.ru.nl

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegeedeeld.