

Risicozwangerschap

Handreiking voor professionals in de regio Midden Nederland die te maken hebben met risicozwangerschappen.

1. Inleiding

De eerste ervaringen van een kind tijdens de zwangerschap en in de relatie tussen ouder(s) en kind na de geboorte, hebben zeer veel invloed op de hersenontwikkeling van een kind en daarmee op diens motorische, cognitieve en sociaal – emotionele ontwikkeling. Tijdens de zwangerschap en de eerste twee jaar na de geboorte zijn kinderen buitengewoon kwetsbaar¹.

In het rapport *‘Een goed begin’* (2009 / 2010) wordt aangegeven dat het tijdig signaleren en inschatten van risico’s essentieel is voor een zo optimaal mogelijke uitkomst van zwangerschap en geboorte. Het gaat daarbij niet alleen om medische risico’s maar ook om risico’s die voortvloeien uit leefstijl, huisvesting, armoede en psychosociale factoren. Er moet meer aandacht besteed worden aan kwetsbare zwangeren en hun ongeboren kind. Er is een gestructureerde en naadloze samenwerking, niet gefragmenteerd en zonder schotten tussen zorgverleners nodig.¹

Hiernaast verscheen in juni 2015 het rapport *‘prenatale kinderbescherming en de rol van de overheid’*² Dit rapport beschrijft wat er nodig is naarmate de zorgen aangaande de ontwikkeling van het kind gedurende de zwangerschap toenemen. Hierin wordt onder andere de aanbeveling gedaan om te zorgen voor een beleids- en cultuurwijziging bij de professionals. In juni 2015 nemen Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO), Dutch Association for Infant Mental Health (DAIMH) en Babywe het initiatief tot het ontwikkelen van een Nederlands manifest 1001 kritieke dagen.³ Zij betogen dat de zwangerschap en de eerste twee jaren belangrijk kritieke perioden zijn in de ontwikkeling van elk kind. Het is van belang te investeren in deze cruciale periode.

In de laatste jaren zijn er positieve ontwikkelingen in de begeleiding van risicozwangerschappen. Er is (meer) aandacht gekomen voor deze groep bij de zorg- en hulpverleners. Ook worden screeningsinstrumenten naar psychosociale factoren, psychiatrische aandoeningen en middelenmisbruik, zoals de R4U en het screen- en adviesinstrument Mind2Care, toenemend ingezet om deze groep actief op te sporen en door te leiden naar zorgverleners. Het is echter van

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte>

² https://www.rsj-advies-prenatale-kinderbescherming-en-de-rol-van-de-overheid_tcm60-597710.pdf
file:///C:/Users/maret/Downloads/rsj-advies-prenatale-kinderbescherming-en-de-rol-van-de-overheid_tcm60-597710

³ https://www.nvo.nl/bestanden/2015/Berichten/Manifest_1001_kritiekedagen-4279.

belang dat, ook in het vernieuwde jeugdzorgstelsel, de aandacht voor deze doelgroep goed geborgd is en de zorg- en hulpverleners elkaar goed weten te vinden.

Dit document geeft een korte blik op de theorie en een toelichting op hoe te handelen bij risicozwangerschappen. Allereerst zal de werkgroep risicozwangerschappen worden voorgesteld, waarna in paragraaf 3 wordt ingegaan op wat we verstaan onder een risicozwangerschap. Vervolgens wordt er in paragraaf 4 een handreiking gegeven over hoe te handelen bij risicozwangerschappen. Organisaties worden gevraagd een vertaling te maken naar de eigen werkpraktijk en open te staan voor evaluaties van de processen tussen de verschillende organisaties. Paragraaf 5 bevat een beschrijving van het stelsel wanneer er behoefte is aan een drang of dwangkader. In paragraaf 6 wordt het belang van een nauwe samenwerking binnen de keten onderstreept. Vanaf paragraaf 7 wordt er voor de medewerkers van Samen Veilig Midden Nederland en de Raad voor de Kinderbescherming Midden Nederland een handreiking gedaan hoe zij in hun werkzaamheden rekening kunnen houden met een risicozwangerschap, waarbij zowel de samenwerking met de Rechtbank als met de GGZ wordt benoemd. Paragraaf 10 beschrijft de activiteiten van de werkgroep risicozwangerschap. Er zijn 3 bijlagen toegevoegd.

Bijlage 1 is een inhoudelijke beschrijving van achtergrondinformatie over het onderwerp

Bijlage 2 is een lijst met hulpverleningsvarianten die ingezet kunnen worden

Bijlage 3 is een literatuurlijst

2. Werkgroep Risicozwangerschappen

Er is een werkgroep samengesteld bestaande uit professionals die werken met risicozwangerschappen. De volgende organisaties zijn vertegenwoordigd in deze werkgroep: Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden, St Antonius Ziekenhuis Utrecht, Altrecht (GGZ), Raad voor de Kinderbescherming Midden Nederland, Rechtbank Midden Nederland, Samen Veilig Midden Nederland. De werkgroep is samengesteld vanwege de exceptionaliteit van het onderwerp: bescherming van het ongeboren kind tegen verwaarlozing, mishandeling en het toegebracht krijgen van ernstige schade. Deze werkgroep heeft gekeken naar de onderlinge samenwerkingsprocessen aangaande kwetsbare zwangeren en hun ongeboren kinderen en het initiatief genomen tot het schrijven van dit document.

De werkgroep brengt daarnaast de kwetsbaarheid van kinderen in de situatie van een risicozwangerschap gedurende de zwangerschap en gedurende de eerste twee levensjaren onder de aandacht van alle medewerkers die te maken hebben met deze doelgroep. Het doel is om te komen tot een soepele ketensamenwerking voor deze specifieke doelgroep, om (snelle) interventies in te kunnen zetten wanneer het belang van het kind hier om vraagt.

Dit document is geschreven als onderlegger van een symposium over dit onderwerp en als handreiking voor alle professionals die te maken hebben met risicozwangerschappen.

3. Wat is een risicozwangerschap

Een risicozwangerschap betreft een zwangerschap waarbij de problematiek of het gedrag van de zwangere vrouw dan wel van de vader of partner een negatieve impact heeft of kan hebben op de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. De werkgroep risicozwangerschap richt zich op de doelgroep vrouwen met een risicozwangerschap, waarbij de zwangere vrouw onvoldoende probleembesef heeft, of dat het onvoldoende lukt om tot verandering te komen of onvoldoende vooruitgang boekt, op basis van de advisering en begeleiding van medici en / of eerstelijns hulpverlening overige zorgverleners zoals maatschappelijk werk en de inzet van ondersteuning vanuit het netwerk.

Deze definitie ligt in het verlengde van definitie 'risicovol ouderschap' zoals die staat in de jeugdwet³, "Ouderschap waarbij de ouders hun nog niet geboren kind verwaarlozen, mishandelen en/of ernstige schade dreigen toe te brengen."

Risicozwangerschappen betreffen vrouwen die minder goed in staat zijn om te zorgen voor hun nog niet geboren kind en waarbij er vaak sprake is van een complex van factoren. Er kunnen diverse risicofactoren een rol spelen zoals middelengebruik (alcohol, drugs, sigaretten en medicatie), psychiatrische problemen, huiselijk geweld, verstandelijke beperking, eerdere kinderbeschermingsmaatregel, tienermoeders, psychosociale omstandigheden en zorgmijding. Dit betreft ook het mijden van verloskundige en medische zorg. Bij sommige vrouwen zijn er voldoende beschermende factoren aanwezig (bijvoorbeeld mantelzorg) waardoor schadelijk gedrag voorkomen kan worden.

Er is uitgebreid wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de schade voor het nog niet geboren kind door risicovol gedrag van de moeder. Het gebruik van alcohol, drugs en sigaretten tijdens de zwangerschap brengt risico's met zich mee voor het nog ongeboren kind. Voorkomende gevolgen zijn een miskraam, aangeboren afwijkingen, gezondheidsproblemen, groeiachterstand en gedragsproblemen. Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap kan leiden tot het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) met bijbehorende gezondheidsproblemen.⁴ Medicatiegebruik tijdens de zwangerschap kan in sommige gevallen risico's met zich meebrengen voor het ongeboren kind. Voorkomende gevolgen kunnen aangeboren afwijkingen, groeiachterstand en ontweningsverschijnselen zijn.

Verslavingsgedrag en psychiatrische problematiek bij de aanstaande vader zijn geen criteria voor een risicozwangerschap, maar kunnen wel aanleiding geven voor zorg, bijvoorbeeld wanneer deze problematiek zorgt voor spanningen bij de aanstaande moeder, spanningen in de relatie of huiselijk geweld. Daarnaast kan problematiek bij de aanstaande vader het risico voor het ongeboren kind verhogen door het ontbreken van een compenserende ouder. De combinatie van risicofactoren van de vader in combinatie met een moeder met psychiatrische problematiek maakt de zwangerschap meer risicovol.

Een risicozwangerschap kan ook vrouwen betreffen die met psychische en/of psychiatrische problemen kampen. De problemen kunnen van invloed zijn op de zwangerschap en / of waarvan

⁴ Uit: file:///C:/Users/maret/Downloads/rsj-advies-prenatale-kinderbescherming-en-de-rol-van-de-overheid_tcm60-597710.pdf

bekend is dat deze een rol spelen in de eerste levensjaren van het kind, te weten in het tot stand komen van een veilige hechtingsrelatie tussen moeder en kind. Het is van groot belang dat deze casuïstiek in de zwangerschap gesignaleerd wordt. Hierdoor kan er vóór en vanaf de geboorte geïntervenieerd worden. Dit vergroot de mogelijkheden op een gezonde(re) ontwikkeling van het (ongeboren) kind en de moeder – kindbinding.

Huiselijk geweld tijdens de zwangerschap valt onder de definitie risicozwangerschap. Huiselijk geweld is geweld dat wordt gepleegd door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Vrouwen die te maken hebben met huiselijk geweld zijn eerder geneigd tabak, alcohol of drugs te gebruiken om de aanwezige stress te onderdrukken. Uiteraard kan geweld van buitenaf ook direct schade toebrengen aan het kind in de buik.⁵

Ook spanningen hebben effect op de ontwikkeling van de foetus. Er is aangetoond dat huiselijk geweld niet stopt na de zwangerschap. De geboorte van het kind en de eerste maanden, waarin ouders moeten wennen aan hun nieuwe rol en meer stress ervaren (bijvoorbeeld als gevolg van een huilende baby, verstoring van nachtrust) zijn voor huiselijk geweld een extra risicofactor. De kans is dus aannemelijk dat het kind, zonder interventie, ook na de geboorte zal blootstaan aan (indirect) huiselijk geweld. Het betreft vaak ouders met ernstige psycho-sociale problemen, zoals huisvestingsproblemen, illegaliteit, lage opleiding, werkeloosheid, financiële problemen etc. De stress die dit alles met zich meebrengt is van invloed op het (ongeboren) kind),

Zorgmijding is een extra risico. Het mijden van medische zorg (verloskundige, gynaecoloog) of van psychosociale zorg (POP-poli, GGZ, Verslavingszorg) of het onvoldoende gevolg geven aan advisering te denken medische advisering aangaande diabetes mellitus en epilepsie, gebruik anti-psychotica tijdens de zwangerschap etc. verhogen het risico op problematiek bij het ongeboren kind.

Een combinatie van bovenstaande problematiek leidt tot een verhoogd risico. bijvoorbeeld bij de combinatie van psychiatrische problematiek in combinatie met verslavingsproblematiek en huiselijk geweld is de kans op kindermishandeling (inclusief verwaarlozing) zeer groot.

Enkele voorbeelden van risicozwangerschappen

- Ernstige psychosociale problematiek van moeder en/of partner die van negatieve invloed is op de zwangerschap en de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Hierbij blijkt de reguliere zorgverlening niet of onvoldoende in staat om een veilig opvoed- en ontwikkelingsmilieu voor het (ongeboren) kind te garanderen.
- Ernstige psychiatrische problematiek moeder en/of partner die van negatieve invloed is op de zwangerschap en de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Hierbij blijkt de reguliere zorgverlening niet of onvoldoende in staat om een veilig opvoed- en ontwikkelingsmilieu voor het (ongeboren) kind te garanderen.
- De zwangere vrouw heeft in het verleden te maken gehad met een kinderbeschermingsmaatregel voor een ander kind. Als de zwangere vrouw op momenten

⁵ Uit: file:///C:/Users/maret/Downloads/rsj-advies-prenatale-kinderbescherming-en-de-rol-van-de-overheid_tcm60-597710.pdf

niet in staat was om zelfstandig zorg te dragen voor haar geboren of ongeboren kinderen dan is dat een risicofactor voor haar nog niet geboren kind.⁶

- Verslavingsproblematiek moeder die van negatieve invloed is op de zwangerschap en de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Onvoldoende motivatie om adviezen op te volgen waarbij door de zorgverleners wordt ingeschat dat er een voor het (ongeboren) kind onveilig opvoed- en ontwikkelingsmilieu bestaat.
- Tienermoeders in combinatie met een gebrekkige samenwerking met het sociaal en/of professioneel netwerk.
- Onvoldoende mogelijkheid om adviezen op te volgen en onvoldoende vooruitgang/leerbaarheid, waarbij door de zorgverleners wordt ingeschat dat er een voor het (ongeboren) kind onveilig opvoed- en ontwikkelingsmilieu bestaat.
- Huiselijk geweld en onvoldoende mogelijkheden om de spiraal van geweld te doorbroken dan wel om ondersteuning hierbij te accepteren of succesvol te gebruiken.

4. Advies aangaande de samenwerking in de keten tussen professionals die te maken hebben met risicozwangerschappen

1. Gebruik maken van de POP poli.

Binnen de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) is er in toenemende mate sprake van beleid ten aanzien van de opsporing en aanpak van de kwetsbare zwangeren. Geadviseerd wordt hierbij de lokale protocollen te volgen. Deze voorzien toenemend in verwijzing naar zogenaamde POP (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatie) poli's⁷. Ook andere professionals kunnen verwijzen naar de POP poli's.

2. Bij motivatie tot hulpverlening vanuit de zwangere vrouw kan gebruik gemaakt worden van de mogelijkheden van het lokaal team binnen de gemeente. Het lokaal team van een gemeente kan zelf een aanbod voor zorg doen maar ook verwijzen naar zorg. Er zijn tussen de gemeenten onderling verschillen hoe dit is georganiseerd. Voor sommige professionals staat het lokale team veraf of is het lastig in contact komen met een lokaal team. In deze gevallen kan er contact opgenomen worden met Veilig Thuis. Veilig Thuis kan u adviseren of ondersteunen in het vinden van het betreffende lokale team.

3. Het betrekken van het netwerk, inzetten van hulpverlening en monitoren van verandering sluit aan bij de zwangere en haar problematiek. Dit kan bijvoorbeeld gedaan

⁶ Uit: file:///C:/Users/maret/Downloads/rsj-advies-prenatale-kinderbescherming-en-de-rol-van-de-overheid_tcm60-597710.pdf

⁷ Het Diaconessenhuis Utrecht kent bv. de POP PLUS polikliniek. Het Zuwe Hofpoort ziekenhuis in Woerden heeft een multidisciplinaire POP poli en ook het St. Antonius ziekenhuis heeft een POP poli. Deze POP poli's zijn bedoeld voor vrouwen met een kinderwens of zwangere vrouwen die psychiatrische klachten hebben of gehad hebben, medicijnen gebruiken tegen psychiatrische klachten, verslaafd zijn aan alcohol, drugs of medicijnen, zich in een moeilijke situatie bevinden (bv. werkloosheid, geen of weinig sociaal netwerk), een (licht) verstandelijke beperking hebben, jonger zijn dan 18 jaar. Op de POP poli's werken verschillende specialisten (verloskundige, gynaecoloog, kinderarts, psychiater, psycholoog, medisch maatschappelijk werker) samen. Ook wordt er samengewerkt met andere organisaties zoals de verslavingszorg en gespecialiseerde kraamzorg.

worden door een lokaal team, aangezien het de individuele specialistische zorgverlener veel inspanning en tijd kost, en dat niet altijd past binnen de mogelijkheden. Binnen alle VSV's is beleid vastgesteld voor de groep kwetsbare zwangeren. Hierbij wordt vaak multidisciplinair de problematiek in kaart gebracht en gemonitord. Geadviseerd wordt daarom dan ook de lokale protocollen hierin te volgen.

4. Bij vermoeden van een risicozwangerschap kan er altijd laagdrempelig overlegd worden met Veilig Thuis, in het kader van advies en consult.

5. Bij gebrek aan motivatie, zorgmijding of aanhoudende of toenemende zorgen kan er een melding gedaan worden bij Veilig Thuis. Bij voorkeur via een POP poli. Het meest wenselijk is dat de professional (de verloskundige, gynaecoloog, maatschappelijk werker, huisarts, psychiater) in gesprek is geweest met de zwangere en dat het netwerk is betrokken. De wens is om aan te sluiten op de krachten en de hulpbronnen, daar waar mogelijk.

Indien een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is en het gesprek met de zwangere onmogelijk blijkt te zijn, dan wordt zij op de hoogte gesteld van de melding. Het is belangrijk dat er duidelijk kan worden onderbouwd waarom het niet mogelijk is om met de zwangere in gesprek te gaan, dan wel waarom het netwerk niet betrokken kan worden. Daarbij zal gevraagd worden of de professionals eerstelijns hulpverlening ingezet hebben of waarom de inzet van eerstelijns hulpverlening niet in staat zal zijn om de noodzakelijke verandering te ondersteunen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de zwangere en het betrokken netwerk geen inzicht laten zien in de mogelijke risico's en / of niet mee willen werken aan de bestrijding van deze risico's d.m.v. inzet van hulp. Hierin wordt gehandeld conform de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.

Er dient rekening gehouden te worden met de precaire samenwerkingsrelatie met deze doelgroep. Dit speelt ook op het moment dat er een melding gedaan wordt. De wijze waarop de melding gedaan wordt, kan grote impact hebben op de samenwerkingsrelatie. Voor de behandelrelatie tussen de zwangere en de zorgverlener die de melding doet, is het van groot belang dat de melding tot een bevredigend resultaat leidt.

5. Samen Veilig Midden Nederland en de Raad voor de Kinderbescherming

In Utrecht is Veilig Thuis onderdeel van Samen Veilig Midden Nederland. Naast een afdeling Veilig Thuis heeft Samen Veilig Midden Nederland de beschikking over gebiedsgerichte Save-teams. Zowel Veilig Thuis als de gebiedsgerichte SAVE teams werken conform de **Save-werkwijze**.

Samen Veilig Midden Nederland is een gecertificeerde instelling en werkt samen met het gezin en het lokale team aan veiligheid en ontwikkeling, middels de Save-werkwijze. De Save-medewerker sluit aan en voegt de expertise op het gebied van veiligheid en ontwikkeling toe aan de actuele hulpverlening of situatie. Samen Veilig Midden Nederland werkt oplossingsgericht samen met de (toekomstige) ouders en het netwerk en stelt vast op welke wijze de veiligheid en daarmee de ontwikkeling van het kind in het geding is. Op basis hiervan

worden er, in geval van een zorgelijke situatie waarbij er onvoldoende compensatie is van beschermende factoren, voorwaarden gesteld waar de goed-genoeg situatie aan moet voldoen. Gezinnen (of zwangeren) worden gestimuleerd en ondersteund om, met ondersteuning vanuit hun netwerk of eventueel met professionele ondersteuning, een plan te maken hoe aan de voorwaarden te gaan voldoen. Daarmee sluit Samen Veilig aan bij de eigen kracht van het gezin en het netwerk. Tevens adviseert Samen Veilig Midden Nederland hulpverlening die nodig is om een veilige thuis situatie te realiseren.

Twee voordeuren, maar één melding volstaat. Lokale teams kunnen advies vragen of een melding doen bij het gebiedsgericht SAVE team. Burgers en andere professionals kunnen een melding doen bij Veilig Thuis. Veilig Thuis is binnen de provincie Utrecht een onderdeel van Samen Veilig Midden Nederland. Binnen de provincie Flevoland is Veilig Thuis een aparte organisatie.

Veilig Thuis biedt advies en consult, crisisinterventie, inschatting tijdelijk huisverbod, procesregie tijdelijk huisverbod, onderzoek, Aware en begeleiding 18+ (hier staat het motiveren tot hulp in vrijwillig kader centraal). De gebiedsgerichte SAVE teams bieden advies en consult aan lokale teams, onderzoek, Save begeleiding 18-. Ook geven zij uitvoering aan kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclasseringsmaatregelen. Veilig Thuis en de gebiedsgerichte SAVE teams kunnen andere professionals inschakelen (te denken aan GGZ, De Waag, psychotraumacentrum, zorgaanbieders etc.) indien deze expertise gewenst is.

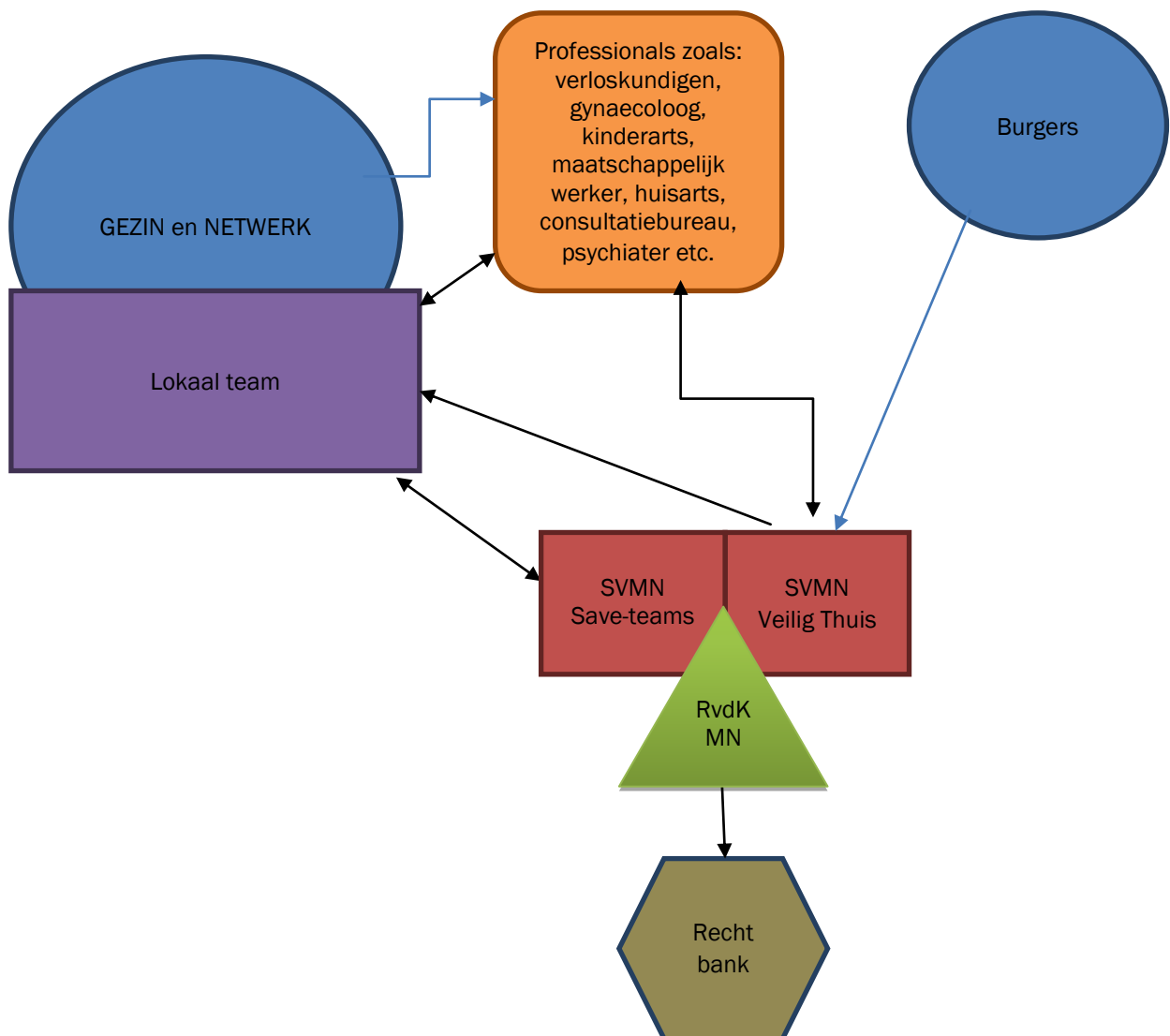
Samen Veilig streeft ernaar om zo kort mogelijk, maar zo lang als nodig is betrokken te zijn. Samen Veilig werkt samen met het gezin en het netwerk en is aanvullend op het lokale team. Samen Veilig werkt in een vrijwillig kader, maar indien de veiligheid en ontwikkeling ernstig in gevaar zijn, is het soms nodig is om op te schalen naar het juridisch kader. Indien er sprake is van meerdere en/of ernstige risicofactoren, moeder en/of vader/partner zich niet aan de voorwaarden of veiligheidsafspraken houdt of de gebrekkige/wisselende mate van samenwerking de voortgang in het belang van het (ongeboren) kind belemmert, is het van belang dat samenwerking met de **Raad voor de Kinderbescherming** wordt overwogen. Samen Veilig en Veilig Thuis zijn gemandateerd om een verzoek tot raadsonderzoek in te dienen als vrijwillige hulp niet leidt tot verbetering.

De Raad voor de Kinderbescherming doet onafhankelijk onderzoek en neemt een eigenstandig besluit om wel of niet de kinderrechter om een kinderbeschermingsmaatregel te verzoeken.

De kinderrechter weegt de door de Raad voor de Kinderbescherming aangeleverde zorgpunten en sterke kanten evenals de helpende en belemmerende factoren en oordeelt over de noodzaak van een maatregel. Het is van belang dat de rechtbank hierin de kwetsbaarheid van het ongeboren en jonge kind meeneemt en oog heeft voor de moeilijkheden die ontstaan ten aanzien van de bescherming van het ongeboren of jonge kind wanneer de samenwerking met ouders wisselend of gebrekkig verloopt.

Indien de rechtbank besluit tot een kinderbeschermingsmaatregel, dan wordt deze uitgevoerd door de medewerkers van de gebiedsgerichte SAVE teams van Samen Veilig Midden-Nederland, of door een andere Gecertificeerde Instelling.

Een schematische weergave



6. Terugkoppeling en samenwerken in de keten

Het is van groot belang voor de veiligheid van de zwangere en het ongeboren kind dat er binnen de keten zeer goed en nauw wordt samengewerkt. Alle professionals die betrokken zijn bij de zwangere dienen van elkaar te weten wat ze doen en wat ze bespreken met de zwangere, om zo eenduidige adviezen te geven en elkaar daarin op te volgen.

Naast een intensief contact dient er ook een regelmatige terugkoppeling plaats te vinden vanuit de Save medewerker, of de medewerker Veilig Thuis en de Raadsmedewerker naar de behandelend gynaecoloog of verloskundige. De Save medewerker, of medewerker Veilig Thuis of Raadsmedewerker, moet in het kader van de veiligheid van de zwangere en het ongeboren kind precies weten wat de laatste stand van zaken is in de zwangerschap (oa controles) en wat de afspraken daarover precies zijn. Het is belangrijk dat alle professionals op de hoogte zijn van de stappen die worden genomen, om zo goed mogelijk aan te sluiten en te kunnen anticiperen op de situatie van de zwangere en haar ongeboren kind. De terugkoppeling dient bij iedere nieuwe situatie opnieuw gedaan te worden. Het is belangrijk om de zwangere hierin zeer nauw te betrekken en binnen een vrijwillig kader noodzakelijk dat de zwangere hier toestemming voor geeft.

7. Wat te doen bij een risicozwangerschap voor de medewerker van Samen Veilig Midden-Nederland

In deze paragraaf geven wij een advies over de werkzaamheden die de Save-medewerkers uitvoeren, die specifiek te maken hebben met risicozwangerschappen.

Het is belangrijk dat bij een melding van risicozwangerschap;

- Er direct kenbaar wordt gemaakt aan de gynaecoloog of verloskundige wie de contactpersoon is en dat er terugkoppeling aan de melder wordt gedaan.
- Er gebruik gemaakt wordt van de medische kennis van een vertrouwensarts
- Er is een intensief contact met de gedragswetenschapper
- Er een veiligheidsplan gemaakt wordt voor de veiligheid van de moeder en de ongeborene, in samenwerking met de zwangere, het netwerk en het lokale team.
- Er op een goede manier psycho-educatie gegeven wordt over de gevolgen van het gedrag van de moeder en/of vader op het ongeboren kind en de risico's op de ontwikkeling van het kind na de geboorte.
- Er snel en effectief contact/samenwerking gevonden kan worden met ketenpartners uit de medische wereld (prenataal, perinataal en postnataal), de verslavingszorg en programma's gericht op hechting.
- Er snel en doelgericht contact is met de Raad voor de Kinderbescherming op die momenten dat een onderzoek van de Raad (VOTS, Spoedonderzoek of regulier onderzoek) nodig is of overwogen wordt.
- Er sprake kan zijn van een groeiende en doelmatige samenwerking met de bovenstaande ketenpartners ten behoeve van risicogestuurde zorg.
- Er sprake is van een intensieve samenwerking tussen de zwangere, de lokale teams, de betrokken specialisten, Samen Veilig Midden Nederland (Veilig Thuis en de

gebiedsgerichte SAVETEams) en de Raad voor de Kinderbescherming, waarbij er vertrouwen ontstaat vanuit de buitenwereld in onze samenwerking op deze thematiek.

Veilig Thuis of de medewerker van het gebiedsgericht SAVE team zorgen er voor dat er een veiligheidsplan gemaakt wordt, in samenwerking met de zwangere (en eventueel haar partner) en hun netwerk ten aanzien van

- De resterende zwangerschap
- De bevalling (opdat deze zo rustig mogelijk kan verlopen)
- De situatie na de bevalling (directe ondersteuning vanuit netwerk en hulpverlening, hechtingsontwikkeling)

De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker werkt intensief samen met de zwangere en gaat pro actief na of de afspraken worden nagekomen of wat daarbij aanvullend nog nodig is. Ook zal de medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker de het veiligheidsplan bespreken en actualiseren, dat opgesteld is voor de periode na de geboorte van het kind.

De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker sluit aan bij de krachten en mogelijkheden van de zwangere en is gericht op het vergroten en versterken van haar netwerk. Tevens is de medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker alert op een toename van risicofactoren zoals een laag geboortegewicht, handicap, prematuriteit, overmatig huilen van de baby, eetproblemen van de baby, toename financiële problemen of andere stressfactoren, hernieuwde zwangerschap. Ook is de Save-medewerker alert op terugval ten aanzien van de persoonlijke of relationele problematiek van (één of beide) ouders.

De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker kan de zwangere en haar partner psycho-educatie geven en adviseren over;

- De gevolgen van het gedrag van de moeder en/of vader op het ongeboren kind en de risico's op de ontwikkeling van het kind na de geboorte
- Hulpverlening gedurende de zwangerschap
- Toekomstige opvoeding en hechtingsrelatie
- De hulpverlening aangaande toekomstige opvoeding en hechtingsrelatie, welke ook kan starten tijdens de zwangerschap
- De hulpverlening is gericht op één of beide ouders dan wel gericht op de relatie van ouders, welke ook kan starten tijdens de zwangerschap.
- Hulpverlening na de geboorte (eventueel aanmelden tijdens zwangerschap) gericht op de problematiek van ouders of van het kind

De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker realiseert zich dat de periode na de geboorte een belangrijke periode is, waarin het kind kwetsbaar is en de hechting/hechtingsrelatie tot stand komt. De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker zorgt er voor dat de veiligheid van het kind en de ondersteuning gericht op de hechting / hechtingsrelatie gegarandeerd is. Hiertoe blijft de medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker actief betrokken zolang als het nodig is. Er worden duidelijke en expliciete voorwaarden gesteld en afspraken gemaakt over hoe deze geborgd kunnen worden. De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker moet ervan uit kunnen gaan dat hij of zij direct geïnformeerd wordt op het moment dat er niet voldaan is aan de veiligheidsvoorwaarden.

De medewerker Veilig Thuis of de Save-medewerker zorgt bij afsluiting zoveel als mogelijk voor de borging van de veiligheid van het kind, al dan niet met behulp van het netwerk, het lokale team en specialistische hulpverlening. Het toezicht op de veiligheid van de kind moet gegarandeerd zijn en ook de manier waarop aanvullende ondersteuning en hulpverlening tot stand komt, dan wel dat Samen Veilig opnieuw ingeschakeld wordt, wanneer dit niet aan de orde is.

Managers Samen Veilig Midden Nederland

Lokale teams van de gemeenten worden door de managers van Samen Veilig Midden Nederland gestimuleerd om risicozwangerschappen te signaleren en te melden bij de gebiedsgerichte SAVE teams, wanneer er voldaan wordt aan de definitie van een risicozwangerschap en gebleken is of onderbouwd kan worden dat inzet van het netwerk en / of eerstelijns hulpverlening niet tot de noodzakelijke veranderingen zullen leiden.

Verzoek tot Onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming

De Save-medewerker of de medewerker Veilig Thuis zijn steeds alert op het kader waarbinnen gewerkt wordt. Zeker wanneer er sprake is van meerdere en/of ernstige risicofactoren, moeder en/of vader/partner zich niet aan voorwaarden of veiligheidsafspraken houden of de gebrekkige/wisselende mate van samenwerking de voortgang in het belang van het (ongeboren) kind belemmert, is het van belang te overwegen om een melding te doen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Acceptatie van hulp op zich is onvoldoende om de veiligheid van het (ongeboren) kind te garanderen. Het is van belang duidelijk te vermelden wat de reden tot melden is. De Raad voor de Kinderbescherming kan hierin ook adviseren.

Bij een risicozwangerschap kan het verzoek tot onderzoek al gedaan worden bij een zwangerschapsduur van 12 weken. Een (voorlopige) ondertoezichtstelling is mogelijk bij een zwangerschapsduur van 12 weken. Er zijn verschillende mogelijkheden om te komen tot betrokkenheid Raad voor de Kinderbescherming:

- Jeugdbeschermingstafel - in gesprek met ouders en Raadsmedewerker van Adviesteam om raadsmelding eventueel nog te kunnen voorkomen
- Verzoek tot onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming
- Spoedmelding bij de Raad voor de Kinderbescherming om acuut ingrijpen middels een voorlopige ondertoezichtstelling te realiseren.

8. Wat te doen bij een risicozwangerschap voor een medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming

In deze paragraaf geven wij een advies aangaande de werkzaamheden die de medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming uitvoert, die specifiek te maken hebben met de doelgroep risicozwangerschappen.

De medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming heeft samen met de medewerker Samen Veilig Midden Nederland (Veilig Thuis of gebiedsgericht SAVE team) een gesprek met de ouder(s) over (het voorkomen van) een verzoek tot onderzoek bij de Raad (jeugdbeschermingstafel). Indien er een raads melding volgt, dan neemt de raadsmedewerker de informatie van Veilig Thuis of het gebiedsgerichte SAVE team mee en doet onderzoek op de punten waar dit wenselijk is. (Indien mogelijk wordt verkort onderzoek gedaan.) Indien noodzakelijk verzoekt de raadsonderzoeker een kinderschermingsmaatregel bij de kinderrechter.

- Indien de Raad voor de Kinderbescherming besluit geen verzoek in te dienen bij de rechtbank dan ontstaat er een dilemma. De Raad voor de Kinderbescherming is dan van mening dat er onvoldoende gronden voor een maatregel zijn, terwijl Samen Veilig Midden Nederland meent dat dit niet het geval is. Ongeacht de contradictie, is het van belang dat het SAVE team (en in uitzonderingsgevallen Veilig Thuis) toch proactief en intensief actie onderneemt om de veiligheid van het (ongeboren) kind te waarborgen. Dit wordt door de medewerker Save of Veilig Thuis teruggekoppeld aan de behandeld gynaecoloog/verloskundige.
- Indien de kinderrechter besluit om geen kinderschermingsmaatregel af te geven, zal de Raad altijd overwegen om in hoger beroep te gaan. Ouders worden standaard op de hoogte gesteld van de beslissing van de Raad om in hoger beroep te gaan of onder welke voorwaarden niet overgegaan wordt tot hoger beroep (bijv. hulpverlening in het vrijwillig kader of netwerk vragen terug te melden als het toch weer mis gaat met het kind). De Raad zal daarnaast zowel de melder, als de betrokken informanten, waar onder de behandeld gynaecoloog of verloskundige informeren over de beslissing in hoger beroep te gaan.

In beide gevallen informeert het SAVE team (en in uitzonderingsgevallen Veilig Thuis) de melder (tenzij deze anoniem is) en de overige betrokkenen (informanten) over de besluitvorming van de Raad voor de Kinderbescherming of de rechtbank. Er wordt dan ook gesproken over de consequentie hiervan voor de behandelrelatie (en dus de veiligheid van het (ongeboren) kind).

De raadsmedewerker overweegt in acute situaties de noodzaak van een VOTS en een machtiging uithuisplaatsing vanaf geboorte. Dit kan reeds tijdens de zwangerschap verzocht en verkregen worden bij de rechtbank. Indien de Raad een verzoek tot onderzoek naar een risicozwangerschap binnenkrijgt, dan zal deze casus met voorrang worden behandeld en zal het aanvullende onderzoek zo snel als mogelijk uitgevoerd worden. De betrokken medewerker van Samen Veilig blijft gedurende het onderzoek intensief betrokken bij de casus.

Rechtbank

De rechtbank weegt de aangeleverde zorgpunten en sterke kanten evenals de helpende en belemmerende factoren uit het raadsrapport en oordeelt over de noodzaak van een maatregel. Het is van belang dat de rechtbank hierin zowel de mogelijkheden van de moeder en het netwerk en ook de kwetsbaarheid van het ongeboren en jonge kind meeneemt en oog heeft voor de

moeilijkheden die ontstaan ten aanzien van de bescherming van het ongeboren of jonge kind wanneer de samenwerking met ouders wisselend of gebrekkig verloopt.

Samenwerking met de GGZ

De GGZ is een van de samenwerkingspartners die mogelijk betrokken is bij de zwangere. Het is van belang om op transparante wijze samen te werken en terugkoppeling met alle betrokkenen te organiseren, daar waar (juridisch) mogelijk. Indien er sprake is van een ernstige psychiatrische stoornis bij de zwangere die de ontwikkeling en de veiligheid van het (ongeboren) kind bedreigt (zoals verslaving) dan bestaat de mogelijkheid om de rechtbank een opname in een psychiatrisch ziekenhuis te verzoeken (BOPZ). In dat geval is het nodig dat een onafhankelijk psychiater een geneeskundige verklaring afgeeft (waarin onder andere naar voren komt dat de moeder een gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen en dat er een ernstig vermoeden bestaat dat dit gevaar veroorzaakt wordt door een stoornis van de geestvermogens). De Raad voor de Kinderbescherming dan wel het SAVE team/Veilig Thuis kan voor een inschatting van de moeder de Crisisdienst Altrecht benaderen.

Als iemand een gevaar vormt voor zichzelf en zijn of haar omgeving, dan kan hij of zij gedwongen worden opgenomen te worden in een psychiatrische instelling (GGZ instelling). De procedure voor gedwongen opname staat in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). Deze wet geldt voor mensen met:

- een psychische stoornis of een verstandelijke beperking;
- geheugenproblemen / dementie.

Bij een BOPZ-opname moet er dus sprake zijn van gevaar vanuit een psychiatrische stoornis, wat niet op een andere manier valt af te wenden is dan met een gedwongen opname. Een gedwongen opname gebeurt op grond van een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM). Bij een IBS moet er sprake zijn van acuut gevaar voor de patiënt zelf of diens omgeving en volgt opname direct (binnen 24 uur). Bij een RM kan het enkele weken duren voordat die bekrachtigd is en dan moet iemand binnen twee weken worden opgenomen. In aansluiting op een IBS kan ook een RM aangevraagd worden. Bij een IBS en bij een RM blijft de moeder beslissingen nemen over haar kind. De BOPZ gaat alleen over de gedwongen opname, maar vervolgens mag een moeder zelf beslissen om bijvoorbeeld een controle van de verloskundige te missen. Een opname kan niet voorkomen dat moeder bijv. geen drugs en drank meer gebruikt. De samenwerking tussen de GGZ en Samen Veilig is van belang, om een gezamenlijk plan te maken in het kader van de veiligheid van moeder en kind.

8. Werkgroep Risicozwangerschap

De werkgroep Risicozwangerschap adviseert om een sluitend netwerk te maken in de regio Midden Nederland van professionals en organisaties die zich bezig houden met risicozwangerschappen. De wens is dat er vaste contactpersonen zijn, die zich committeren in het tot stand brengen van veiligheids- en hulpverleningstrajecten wanneer er sprake is van risicozwangerschappen.

In het najaar van 2016 wil de werkgroep risicozwangerschappen een dagdeel een symposium in de regio organiseren voor alle professionals die te maken hebben met risicozwangerschappen. Het doel daarvan is om het onderwerp onder de aandacht te brengen ten behoeve van netwerkcontacten en om het protocol te lanceren. De werkgroep adviseert om na het symposium dit document te verspreiden bij de medewerkers van Samen Veilig Midden Nederland, Veilig Thuis, Raad voor de Kinderbescherming, bij professionals (inclusief de ziekenhuizen, verloskundigen etc.), lokale teams en bij gemeenten die gekoppeld zijn aan Samen Veilig Midden Nederland.

Leden van de Werkgroep Risicozwangerschap:

Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden

Elisabeth Blokhuis – Kinderarts

Ineke de Kruijff – Kinderarts

St. Antonius Ziekenhuis Utrecht

Marin Peereboom – Psychiater

Altrecht (GGZ)

Marlies Groeneveld – Beleidsmedewerker

Samen Veilig Midden-Nederland

Harmke Bergenhenegouwen – Senior Gedragswetenschapper

Marja de Klerk - Senior Gedragswetenschapper Veilig Thuis

Anne-Marie Raat – Vertrouwensarts Veilig Thuis

Raad voor de Kinderbescherming Midden-Nederland

Conny van Doorn – Gedragsdeskundige

Janny Eenshuistra – Teamleider

Rechtbank Midden-Nederland

Lieke Verschoor-Bergsma – Kinderrechter

Utrecht

Juli 2016

Bijlage 1. Achtergrondinformatie

Kinderen maken de beste start in hun leven als de jonge hersenen zich in de eerste twee jaar optimaal kunnen ontwikkelen. Vanaf de geboorte tot 18 maanden vindt de snelste groei van de hersenen plaats en worden er in de hersenen verbindingen gemaakt met een snelheid van een miljoen verbindingen per seconde. De ontwikkeling van de hersenen in de antenatale periode wordt met name gekenmerkt door de aanleg van de specifieke hersenstructuren. Antenataal is de gezondheid en de algehele conditie van de moeder een belangrijke factor in relatie tot de ontwikkeling van het zenuwstelsel van het kind. Maar ook andere factoren uit de omgeving kunnen bepalend zijn voor het beloop van de ontwikkeling. Via de moeder kunnen ook toxische stoffen (bijv. drugs, alcohol, nicotine, medicijnen) het ongeboren kind bereiken en een schadelijke invloed hebben op de ontwikkeling van de hersenen, met gevolgen voor het functioneren van het kind op lange termijn. Zelfs matig roken tijdens de zwangerschap en matig alcohol- of cannabisgebruik door de moeder kunnen leiden tot symptomen die passen bij 'attention deficit hyperactivity disorder' (ADHD), zoals impulsiviteit en hyperactiviteit (Huizink & Mulder, 2006).

Ook is er een grotere kans op een lage intelligentie en op problemen in geheugenfuncties en leren. Bij 606 tienjarige kinderen van wie de moeders marihuana en alcohol gebruikten tijdens de zwangerschap werden lagere schoolprestaties gevonden, met name bij het lezen en spellen. Bovendien was er een relatie tussen marihuanablootstelling tijdens de zwangerschap en de kans op het voorkomen van angst en depressie bij deze kinderen (Goldsmidt, Richardson, Cornelius & Day, 2004). Alcohol- en marihuanagebruik tijdens de zwangerschap lijken vooral effect te hebben op de ontwikkeling van de aandachtsfuncties (Williams & Ross, 2007), terwijl het uiteindelijke effect van alcohol op het ongeboren kind bovendien sterk afhangt van de mate van alcoholgebruik en de leeftijd van de moeder. Meer drinken heeft een nadeliger effect en dit effect is erger naarmate moeder ouder is.

Hiernaast kunnen ervaringen tijdens de zwangerschap en in de relatie tussen ouder(s) en kind de ontwikkeling van de hersenen van de baby beïnvloeden en hebben deze een levenslange invloed op de lichamelijke en emotionele gezondheid van het jonge kind. De eerste 1001 dagen bieden een kans om veranderingen te bewerkstelligen.

Een foetus of baby die in de baarmoeder of in de eerste 1001 dagen blootgesteld wordt aan toxische stress kan in zijn latere leven heviger reageren op stress (cortisol). Dit kan zorgen voor stress – gerelateerde klachten in de volwassenheid zoals: hartklachten of middelenmisbruik. Er kunnen echter ook al veel eerder sociale en emotionele problemen ontstaan als gevolg van een verstoorde hechting. Stress kan vele oorzaken hebben; er kan een ernstige, soms levensbedreigende aandoening van het kind zijn, ouders kunnen last hebben van depressieve- of angstklachten, ouders hebben onderling een slechte relatie met veel ruzie, er is sprake van onverwerkt trauma en/of er zijn maatschappelijke factoren zoals armoede of sociaal isolement. De psychische gesteldheid van moeder is eveneens van invloed op de ontwikkeling van de hersenen van het kind tijdens de zwangerschap. Een hoge mate van stress bij de moeder kan bijvoorbeeld de ontwikkeling van de functionaliteit van de hersenen van het kind negatief beïnvloeden en er is een samenhang tussen stress tijdens de zwangerschap en emotionele en gedragsproblemen die het kind later in het leven kan ontwikkelen. Het is waarschijnlijk dat de verhoging van cortisolniveaus ('stresshormoon') bij de moeder ten gevolge van stress en angst, de

aanleg voor de stresshantering bij het ongeboren kind negatief beïnvloedt (Van den Bergh, Mulder, Mennes & Glover, 2005). De stresshantering is met name afhankelijk van het functioneren van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HPA-as (Engelse afkorting)), de functionaliteit van het limbisch systeem en de prefrontale cortex, hetgeen bij kinderen van angstige moeders verstoord kan zijn. Bij een studie naar de HPA-as bij 74 tienjarige kinderen bleek dat hun cortisolniveau gerelateerd was aan angst tijdens de zwangerschap bij de moeder (O'Connor, Ben-Schlomo, Heron, Golding, Adams & Glover, 2005). Deze bevindingen suggereren dat de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychopathologie als gevolg van een verstoorde HPA-as bij het kind, mede samenhangt met het prenatale angstniveau van moeder.

Aangetoond is dat baby's van depressieve moeders achterlopen op emotioneel, mentaal, motorisch en cognitief gebied. Zo blijkt ongeveer 45% van de baby's met depressieve moeders een onveilige gehechtheidsrelatie met de ouder te hebben ontwikkeld op de leeftijd van 1 jaar (Goodman & Gotlib, 2002). Inadequate interacties en incompetent ouderschap worden niet alleen in verband gebracht met depressie, maar ook met andere psychiatrische stoornissen zoals een bipolaire stemmingsstoornis, angststoornissen, autismespectrum stoornis, onverwerkt trauma, persoonlijkheidsstoornissen, en met verslavings- middelenproblematiek (Johnson e. a, 2001). Voor al deze stoornissen en problemen geldt dat hoe jonger het kind is als de ouder problemen heeft, hoe groter het risico op latere problematiek bij het kind zelf (Fonagy, 2011). De ervaringen in de jeugdsector zijn dat ouders vaak pas met hulpvragen komen als hun kind drie jaar of ouder is en negatieve interactiepatronen al zijn ingeslepen, waardoor de kans op een ongunstige ontwikkeling bij het kind wordt vergroot. Preventie en vroegtijdige interventie zijn dus noodzakelijk.

Baby's zijn buitengewoon kwetsbaar voor huiselijk geweld, misbruik en verwaarlozing. Vooral 0-3 jarige kinderen zijn het slachtoffer van kindermishandeling (41,3%). Ook getuige zijn van huiselijk geweld kan bij jonge kinderen vroege traumatisering veroorzaken, met grote gevolgen voor hun verdere ontwikkeling.⁴ (Anda e.a., 2006). Van alle vormen van ernstig misbruik of mishandeling van kinderen, met de dood tot gevolg gaat het bij 36% om een baby onder de 1 jaar. Bij 70% van de baby's die overlijdt, is alcohol- of drugsmisbruik bij ouders in het spel. Kinderen van ouders met psychiatrische problemen hebben – op enig moment in hun leven – een 1,5 keer zo grote kans op het zelf ontwikkelen van een psychiatrische stoornis (50%) dan anderen (30%). Van de kinderen wiens beide ouders een psychisch probleem hebben, krijgt 66% ooit in hun leven een psychiatrische stoornis. (Factsheet Preventie Trimbos Instituut).⁵

<http://assortiment.bsl.nl/files/dc633913-ae0e-4c34-83d3-66a4299e724e/klinischenogwatph.pdf>

Theorie over de periode tijdens de zwangerschap in relatie tot de ontwikkeling van de hersenen van een kind.

<http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201111kindermishandeling.pdf>

Theorie over de gevolgen van kindermishandeling bij jonge kinderen.

Kindermishandeling kan zeer ingrijpende gevolgen hebben voor de ontwikkeling en het functioneren van kinderen, die kunnen voortduren tot in de volwassenheid. Mishandeling heeft nadelige effecten op de ontwikkeling van de hersenen en ook op de fysieke ontwikkeling van kinderen. Door de grote plasticiteit van het kindere brein lopen jonge kinderen sneller schade op.

Bij heel jonge kinderen verstoort mishandeling een veilige hechting aan de ouders, wat ernstige gevolgen heeft voor het algeheel sociaal functioneren op latere leeftijd.

In de afgelopen twee decennia is duidelijk geworden dat stress en trauma effect hebben op de organisatie en werking van de hersenen. Hoewel lang gedacht werd dat kinderen zeer veerkrachtig waren mede door de nog grote plasticiteit van hun hersenen, is nu duidelijk dat juist door die grote plasticiteit van de hersenen bij kinderen negatieve ervaringen tot grote verstoringen in het functioneren van de hersenen kunnen leiden. Bij jonge slachtoffers van mishandeling worden onder andere vermindering van grijze stof in de prefrontale cortex gezien, afwijkingen in de witte stof, verstoringen in de ontwikkeling van onder andere de hippocampus en corpus callosum en verstoringen in de hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)-as ofwel stress-as. Verstoringen in deze stress-as betreffen verstoorde verhoudingen van stresshormonen, waaronder cortisol, die leiden tot een permanente staat van alertheid ten dienste van een snelle vlucht-vechtreactie bij stress.

Deze verstoringen in hersenstructuren en hormoonsystemen hebben ingrijpende gevolgen voor de ontwikkeling en het gedrag. De afgelopen jaren is door Nederlands en internationaal onderzoek duidelijk geworden dat genetische opmaak ook van invloed is op de ontwikkeling van de hersenen, stressrespons en de weerbaarheid tegen trauma. Ook in de moleculaire genetica wordt onderzoek gedaan naar gevoeligheid en veerkracht. Er zijn aanwijzingen dat de genen CRHR1 en FKBP, die betrokken zijn bij het reguleren van de HPA-as, invloed hebben op resilience (veerkracht).

Hechting is een selectieve en duurzame affectieve band die zich in het eerste levensjaar ontwikkelt tussen het kind en de primaire verzorger(s) van het kind. De kwaliteit van vroege hechtingsrelaties is van grote invloed op de ontwikkeling van het kind. Een veilige hechting wordt geassocieerd met een betere relatie en socialisatie met de ouders/primaire verzorgers, een effectievere emotieregulatie en een cognitieve voorsprong.

Verwaarlozing en mishandeling van jonge kinderen door de ouders/primaire verzorgers leiden vaak tot onveilige, gedesorganiseerde hechting. De persoon aan wie het kind zich zou moeten kunnen hechten en die zijn toevluchtsoord zou moeten zijn voor troost en geborgenheid is tegelijkertijd een bron van onvoorspelbare dreiging. De ervaring van angst en dreiging zonder oplossing is karakteristiek voor mishandelde kinderen en is waarschijnlijk het belangrijkste proces waarlangs deze kinderen een gedesorganiseerde hechting ontwikkelen. Kinderen met een gedesorganiseerde hechting hebben een sterk verhoogd risico op latere gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Lichamelijke gevolgen van mishandeling bij heel jonge kinderen kunnen blauwe plekken, botbreuken en andere zichtbare tekenen van fysieke mishandeling zijn. Ook hun algemene fysieke ontwikkeling kan nadelig beïnvloed worden (failure to thrive). Verwondingen aan het hoofd kunnen permanente hersenbeschadigingen met zich meebrengen met blindheid, doofheid, motorische en cognitieve beperkingen als mogelijk gevolg. Bij heel jonge kinderen is de sterfte aan kindermishandeling relatief hoog, vanwege hun fysieke kwetsbaarheid.

Een kwetsbare zwangere vrouw zal niet per definitie hulp afwijzen. De vrouwen die op de POP-poli gezien worden willen over het algemeen hulp. Het is mogelijk dat hier enige selectiebias is, daar vrouwen zich over het algemeen vrijwillig en met een hulpvraag aanmelden bij de POP-poli. Het kan ook zijn dat ze zich overschatten en de hoeveelheid en intensiteit van de aangeboden hulp niet nodig vinden. En bij een klein percentage worden zwangeren door anderen naar

hulpverlening gestuurd, willen dit eigenlijk niet en gaan vervolgens zorg mijden. Tevens is er een groep die outreachende hulp nodig heeft en het niet lukt om zelfstandig op afspraken te komen. Hier is er geen sprake van onwil, maar onkunde. Maar vaker is de beschikbaarheid van hulp een probleem, zoals lange wachtlijsten bij de GGZ, IMH, beperkte beschikbaarheid van baby-ouderprogramma's door beperkte inkoop van de gemeente. Dit is zonde, want op het moment dat een kwetsbare zwangere zich meldt, is er dus vaak sprake van een hulpvraag. En is dat het moment om ook op vrijwillige basis hulp aan te bieden.

Vervolgens is belangrijk om je af te vragen wat de effecten zijn van de toepassing van drang- en dwangmaatregelen? Er is hier weinig onderzoek over beschikbaar. Er is beperkt bewijs dat drang tijdens de zwangerschap een gunstig effect heeft op de reductie van middelengebruik, zonder verlies van interne motivatie (Ondersma e.a. 2010). Het is de vraag wat de gevolgen van drang en dwang voor andere groepen zwangeren zijn. In het onderzoek van Boonekamp gaven ervaringsdeskundigen aan dat drang en dwang tijdens zwangerschap ook stress geeft. En stress kan ook schadelijk zijn voor de ongeboren baby. Maar vaker is de beschikbaarheid van hulp een probleem, zoals lange wachtlijsten bij de GGZ en IMH. Het blijft dus van groot belang om doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit af te wegen (Boonekamp e.a. 2012).

Bijlage 2. Informatie aangaande hulpverlening

Mogelijke hulpverlening tijdens zwangerschap:

- Lokale team vanuit de gemeente
- Relatie bemiddeling of relatie therapie
- Begeleid afkicken, ondersteuning via verslavingszorg
- Agressie regulatie therapie via de Waag
- Diagnostiek en behandeling via GGZ
- BOPZ opname (is mogelijk vanaf 24 weken zwangerschap)
- Voorzorg: vanaf week 16 in de zwangerschap tot dat de baby 24 maanden oud is, intensieve vorm van ondersteuning bestaande uit 60 huisbezoeken met o.a. video opnamen (www.voorzorg.info).
- Tienermoederbegeleiding FIOM (niet in alle regio's beschikbaar)
- Vooraanmelding consultatiebureau / kraamzorg. Hulp vanuit wijkteams: maatschappelijk werk, vinden van dagbesteding, hulp bij dagstructuur en inzetten van netwerk
- Woonbegeleiding vanuit Kwintes en Abrona
- IMH begeleiding en behandeling , deze kan al tijdens de zwangerschap worden ingezet. "Hechter" van Youke (Ouder - kind behandeling gericht op hechting); kan al enkele weken voor de bevalling invoegen.

Mogelijke hulpverlening na de zwangerschap (aankomen tijdens zwangerschap, ook intake tijdens zwangerschap)

- Lokale team vanuit de gemeente
- IMH
- Ouder(s) – kind hechtingstherapie (vrij gevestigd of anderszins)
- Voorzorg
- Moeder –kindopnames bij de zorgaanbieders (vooral voor tienermoeders).
- Moeder-kind unit ziekenhuis (MBU, st Antonius ziekenhuis)
- Pleeggezinplaatsing
- Meeleefgezin
- Individuele behandeling ten aanzien van de persoonlijke problematiek van (één of beide ouders dan wel de relatie van ouders).
- Behandeling gericht op de risicofactoren (bv. schuldhulpverlening, daklozenopvang etc.).
- Ondersteuning gericht op het opbouwen en inzetten van een netwerk.

Bijlage 3. Literatuur

1. Anda et al (2006) Manifest '1001 kritische dagen'. In navolging van het manifest "The 1001 critical days" dat in Engeland ontwikkeld is, is er het manifest "1001 kritische dagen", dat een aantal samenwerkende organisaties (DAIMH, NIP, NVO, Babywerk) hebben geschreven. In dit manifest staat onderbouwd waarom de eerste 1001 dagen (van conceptie tot 2 jaar) cruciaal zijn voor een gezonde ontwikkeling van het kind.
2. Prenatale kinderbescherming en de rol van de overheid. 15 juni 2015. Raad van strafrechtstoepassing en jeugdbescherming. Advies prenatale kinderbescherming en de rol van de overheid.
3. 'Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'. Een Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte werd in het leven geroepen door het Minister van VWS. Sinds begin 2008 staat de perinatale sterfte in Nederland opnieuw hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. In de zogenoemde 'babybrief' 3 kondigt het ministerie van VWS een aantal activiteiten en maatregelen aan. Zo stelt minister Klink een externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte in, met als opdracht: Breng voor 1 januari 2010 een advies aan mij uit met concrete en realistische voorstellen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen. In de zomer van 2008 is de externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte opgestart, onder leiding van prof. dr. J. van der Velden. In deze bestuurlijk gedragen commissie hebben vertegenwoordigers van cliënten, beroepsgroepen, verzekeraars en relevante institutionele koepels samengewerkt aan de inhoud en totstandkoming van het voorliggende advies. Het advies wordt uitgebracht eind 2009.
4. Huizink & Mulder, (2006). *Child Development: An Active Learning Approach*
5. Factsheet Preventie Trimbos Instituut
6. Goldsmidt, Richardson, Cornelius & Day, (2004). *Prenatal marijuana and alcohol exposure and academic achievement at age 10*.
7. Williams & Ross, (2007) *Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review*
8. Ondersma S.J., Winhusen T, Lewis D.F., *External pressure, motivation, and treatment outcome among pregnant substance-using women*. Drug Alcohol Depend 010; 107: 149-53.
9. J. Boonekamp, R. Berghmans, W. Dondorp, G. de Wert. *Zorg voor verslaafde zwangere vrouwen: rechtvaardiging van drang en dwang* [Tijdschrift voor psychiatrie 54 (2012) 3, 257-266]