

Richtlijn voor het handelen van vertrouwensartsen bij Veilig Thuis inzake zorgen over zwangeren of ongeboren kinderen



Richtlijn voor het handelen van vertrouwensartsen bij Veilig Thuis inzake zorgen over zwangeren of ongeboren kinderen



VVAK

Datum: 23-05-2022

Versie: 3.0

Auteurs

Mw. H. Mossel, vertrouwensarts

Mw. H. Sachse, vertrouwensarts

Mw. W. Disse, vertrouwensarts

Mw. H. Hepark-Leijdekkers, vertrouwensarts

Mw. N. van Heesewijk, vertrouwensarts

Dhr. P. Kuitert, jeugdarts

Procesbegeleiding

Dhr. R. Firet, senior adviseur Jeugd BMC

Mw. L. Sturing, senior adviseur Jeugd BMC

Mw. E. Piepers, adviseur Jeugd en Onderwijs BMC

Initiatie en advies

Mw. J. Schoonenberg, bestuurslid VVAK

Mw. J. Heetman, bestuurslid VVAK

Mw. J. Vermeulen, beleidsadviseur VVAK

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
H1 Context van de richtlijn	5
H2 Kader van de richtlijn	7
H3 Gradaties in kwetsbaarheid van zwangere vrouwen in relatie tot het handelen van de vertrouwensarts	9
H4 Opbouw van de richtlijn	10
H5 (Medisch-)theoretische achtergrond	10
5.1 Risicofactoren	10
5.2 Beschermende factoren	12
5.3 Impact van risicofactoren op het ongeboren kind	12
5.4 Signalering van risicofactoren door de vertrouwensarts	15
H6 Praktijk	16
H7 Samenwerking in de keten	20
H8 Juridische maatregelen	22
8.1 Kinderbeschermingsmaatregelen	22
8.2 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	23
8.3 Wet zorg en dwang	24
H9 Versiebeheer en redactiegroep	24
Bijlage 1 Aandachtspunten voor het gesprek met een zwangere n.a.v. een melding bij Veilig Thuis	25
Bijlage 2 Aanvullende informatie omtrent juridische maatregelen	27
1. Kinderbeschermingsmaatregelen	27
2. Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	28
3. Wet zorg en dwang	29
Bijlage 3 Bronvermelding en nuttige websites	30

Voorwoord

Een belangrijk taakgebied van vertrouwensartsen bij Veilig Thuis betreft het handelen in situaties waarin een veiligheidsinschatting gemaakt moet worden naar aanleiding van zorgen over een zwangere of een ongeboren kind. Vertrouwensartsen werken bij Veilig Thuis altijd samen met de Veilig Thuis-medewerker en de gedragswetenschapper. Bij zorgen over een zwangere of een ongeboren kind komen zowel medische als sociaal-emotionele en omgevingsfactoren samen. Een kind kan - ook wanneer het nog niet geboren is - nadelen in de ontwikkeling ondervinden wanneer bij ouders of in het gezin sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling. De rechten van het kind en die van aanstaande ouders bevinden zich in een spanningsveld van belangen en mogelijkheden. Dit maakt dat de zorgen over zwangeren en ongeboren kinderen waarmee de vertrouwensarts bij Veilig Thuis in aanraking komt complex kunnen zijn en een weloverwogen en specifieke handelwijze vragen.

Bovenop algemene beroepskennis is daarom specialistische kennis over dit onderwerp nodig, die nu nog niet centraal voorhanden is; een behoefte die tevens door huidige praktiserende vertrouwensartsen en de wetenschappelijke beroepsvereniging VVAK (Vereniging Vertrouwensartsen) onderstreept is. De voorliggende richtlijn met praktische handvatten voor het handelen van de vertrouwensarts inzake zorgen bij Veilig Thuis over zwangeren of ongeboren kinderen draagt bij aan de kwaliteit en uniformiteit van de handelwijze van de beroepsgroep vertrouwensartsen. De richtlijn is voor gebruik binnen Veilig Thuis en bedoeld voor de vertrouwensartsen. De richtlijn komt nadrukkelijk niet in de plaats van de meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling; het gaat in de richtlijn om situaties waarin om anoniem advies wordt gevraagd of een melding bij Veilig Thuis is gedaan over een zwangere of een ongeboren kind.

De richtlijn hebben wij kunnen ontwikkelen met hulp van een werkgroep betrokken vertrouwensartsen en met behulp van subsidie, waardoor BMC ons hierbij heeft kunnen ondersteunen. Wij willen de gedragswetenschappers en VT-medewerkers, het LNVt, de KNOV, de NVOG, de AJN, het NCJ, de IGJ, het OM en de ervaringsdeskundigen bedanken voor hun kritische input.

Namens het bestuur van de Vereniging Vertrouwensartsen,

Juliette Heetman-Cleton
Secretaris VVAK

H1 | Context van de richtlijn

Vertrouwensartsen zijn betrokken bij zaken van huiselijk geweld en kindermishandeling waarin medische aspecten een rol spelen. Zij vertalen deze medische aspecten naar de mate van (on)veiligheid in situaties waarbij vermoedens zijn van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Dit complexe werk voeren vertrouwensartsen uit binnen de context van organisaties van Veilig Thuis. De vertrouwensarts werkt in zaken waarin medische aspecten een rol spelen samen met de Veilig Thuis-medewerker en de gedragswetenschapper.

Uitgangspunt in de context van de hier voorliggende richtlijn is het handelen van de vertrouwensarts in de beoordeling van de risico's voor het ongeboren kind en het bijdragen aan maatregelen die (verdere) schade tijdens de zwangerschap of de periode daarna voorkomen of beperken. Hierin handelt de vertrouwensarts in afstemming met partners in de geboortezorg, zoals gynaecologen, verloskundigen en professionals in de kraamzorg. De vertrouwensarts komt pas in beeld wanneer er een melding bij Veilig Thuis is gedaan of wanneer er een anoniem advies wordt gevraagd. De focus van de vertrouwensarts is dus de veiligheid van de zwangere en het ongeboren kind, waarmee het welzijn van de overige gezinsleden onlosmakelijk verbonden is. Het gaat hier om de veiligheid in zowel de prenatale, perinatale als de postnatale periode. Het kan helpend zijn om aparte veiligheidsplannen op te stellen voor de periode voorafgaand aan de geboorte, de periode rondom de bevalling, de periode van de kraamtijd en de periode na de kraamtijd.

Het begrip veiligheid kan smal of breed worden opgevat. In deze richtlijn houden we de brede opvatting van veiligheid aan, zoals gedefinieerd in de handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie (Ten Berge & Bakker, 2009). De brede opvatting betreft veiligheid als basisvoorwaarde voor een gezonde ontwikkeling. Onderdeel hiervan zijn fysieke (waarborgen van de lichamelijke integriteit en de afwezigheid van (levens)gevaar) en emotionele (gevoel van geborgenheid en vertrouwen in dat de opvoeders voor het kind zorgen) veiligheid.

Veilig Thuis (hierna: VT) heeft bij een gemeld vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling onder andere de taak onderzoek te doen naar de vraag of er daadwerkelijk sprake is van huiselijk geweld en/of kindermishandeling en welke mogelijk onderliggende problemen daaraan ten grondslag liggen. Met huiselijk geweld worden alle vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties bedoeld, waaronder partnergeweld en ouderenmishandeling. Tevens ziet VT toe op het doorbreken van (intergenerationele) patronen van geweld/verwaarlozing en de inzet van (risicogestuurde en herstelgerichte) zorg. Voorafgaand aan de onderzoekende functie heeft VT een adviserende en ondersteunende rol naar zowel particuliere als professionele adviesvragers.

De wettelijke taken en bevoegdheden van VT zijn verankerd in art. 4.1.1. van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. Iedere VT-professional, dus ook de vertrouwensarts, moet zich kunnen verantwoorden over het juist uitvoeren van deze taken en gebruikmaken van de bevoegdheden. Daarnaast verantwoorden vertrouwensartsen zich over hun handelen conform de voor hen geldende richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna:

KNMG) en de Vereniging Vertrouwensartsen (hierna: VVAK) en beschikbare wetenschappelijke evidence aangaande specifieke medische problematiek.

De richtlijn is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) tot stand gekomen en is randvoorwaardelijk geaccordeerd door het Landelijk Netwerk Veilig Thuis. Met de navolgende partners in de geboortezorg is de richtlijn afgestemd:

- Landelijk Netwerk Veilig Thuis
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- AJN Jeugdartsen Nederland
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
- Openbaar Ministerie
- Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Daarnaast zijn drie vrijwilligers van de landelijke organisatie voor ervaringsdeskundigen Experienced Experts (ExpEx) betrokken geweest bij de totstandkoming van de richtlijn. Tot slot zijn VT-medewerkers en gedragswetenschappers betrokken bij de totstandkoming van de richtlijn. Iedere vertrouwensarts in de werkgroep van de richtlijn heeft VT-medewerkers en gedragswetenschappers van de eigen organisatie gevraagd mee te denken. Daarnaast is de landelijke werkgroep gedragswetenschappers VT benaderd om feedback te geven op de richtlijn.

H2 | Kader van de richtlijn

Deze richtlijn is door de beroepsvereniging VVAK vastgesteld en beschrijft de onder beroepsgenoten gebruikelijke werkwijze indien zij bij Veilig Thuis geconfronteerd worden met zorgen over een zwangere of een ongeborn kind.

Bij een melding bij Veilig Thuis over een zwangere of een ongeborn kind wordt onderzocht of er sprake is van kindermishandeling of huiselijk geweld. De definitie van kindermishandeling uit de Jeugdwet 2015 is: "elke vorm van een voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel". De definitie van huiselijk geweld uit de Wmo 2015 is: "lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld of bedreiging daarmee door iemand uit de huiselijke kring".

De richtlijn biedt de vertrouwensarts handvatten om het werk professioneel te kunnen doen. De richtlijn schrijft niet voor welk oordeel de vertrouwensarts moet hebben en/of welk besluit de vertrouwensarts moet nemen. De richtlijn is primair een hulpmiddel voor de vertrouwensartsen, waarmee het handelen van de vertrouwensarts bij zorgen over een zwangere of een ongeborn kind wordt geordend en genormeerd. Deze richtlijn is onderdeel van de professionele standaard van de vertrouwensartsen en bevat normatieve uitspraken. Professionals worden geacht de richtlijn bij hun zorgverlening toe te passen. De richtlijn is uitsluitend een kwaliteitsdocument voor de vertrouwensartsen zelf.

Een richtlijn geeft nooit een volledige beschrijving van handelen door de vertrouwensarts, maar impliceert altijd een persoonlijke, professionele afweging van welke informatie en/of afweging op welk moment in het onderzoek nog meer nodig is. Daar waar wordt afgeweken van deze richtlijn motiveert de vertrouwensarts dit in het dossier.

De richtlijn is niet evidencebased, maar volgt en sluit aan op geldende, wetenschappelijk vastgestelde richtlijnen. De praktische handvatten in de richtlijn zijn gebaseerd op de praktijk van vertrouwensartsen. Hier is voor gekozen om de richtlijn zo toepasbaar en concreet mogelijk te maken. De richtlijn wordt doorlopend geëvalueerd en zo nodig geüpdatet met nieuwe wetenschappelijke evidence of kennis uit de praktijk.

Het handelen van vertrouwensartsen wordt in de navolgende gelaagdheid verantwoord:

1. De **wettelijke kaders**; die zijn in de verantwoording bovenliggend aan andere kaders die de organisatie VT of de beroepsgroep VVAK vaststelt. Specifiek wordt het handelen verantwoord op grond van art. 4.1.1. van de Wmo 2015, de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Jeugdwet, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Algemene wet bestuursrecht (Awb) wat betreft het inzagerecht.

-
2. De **richtlijnen/standaarden/protocollen**; vertrouwensartsen werken vanuit VT conform het handelingsprotocol. Tevens zijn de vertrouwensartsen vanuit de KNMG en hun beroepsvereniging gehouden te handelen naar de door hen vastgestelde richtlijnen. Deze richtlijn is aanvullend op het Handelingsprotocol van VT. Indien de handelingswijze in deze richtlijn knelpunten oplevert met het Handelingsprotocol van VT, vindt afstemming plaats over de te volgen handelingswijze in een multidisciplinair overleg (MDO) waarbij een tweede vertrouwensarts is aangesloten. Deze richtlijn blijft hierin de professionele standaard voor het handelen van de vertrouwensarts. Richtlijnen zijn zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke evidence. Wetenschappelijke evidence heeft een hogere bewijskracht dan niet wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, standaarden of protocollen. Informatie die gestoeld is op (nieuwere) evidence is voorliggend aan oudere evidence of geen evidence.
 3. De **handreikingen en overige werkbeschrijvingen**; in de prioritering zijn overige handreikingen en eventueel andere documenten relevant om bijvoorbeeld de samenwerking tussen ketenpartners te regelen. Deze beoordelen of toetsen niet het professionele handelen van de vertrouwensarts. Een belangrijke handreiking waarmee vertrouwensartsen samenwerken met ketenpartners betreft de handreiking 'Samenwerken bij strafbare kindermishandeling' (Kwakman, 2017).

H3 | Gradaties in kwetsbaarheid van zwangere vrouwen in relatie tot het handelen van de vertrouwensarts

Het begrip kwetsbaarheid komt vaak terug in onderzoek, beleid en praktijk rondom zwangeren. Zwangeren, de eventuele partner en de verdere omgeving kunnen kwetsbaar zijn op veel verschillende gebieden. Voor de vertrouwensarts is het daarom van belang het denkkader omtrent kwetsbaarheid te begrijpen in relatie tot zwangeren die gemeld worden bij Veilig Thuis.

De mate van kwetsbaarheid wordt in een definitie van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC (Wuffraat et al., 2019) in de navolgende vier gradaties gedefinieerd:

1. **Zeer kwetsbaar:**
een of meerdere urgente risicofactoren, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek en dakloosheid waarbij direct ondersteuning en hulpverlening noodzakelijk is;
2. **Kwetsbaar:**
een of meerdere risicofactoren waarvoor hulp/ondersteuning nodig is en beschermende factoren ontoereikend zijn;
3. **Potentieel kwetsbaar:**
risicofactoren aanwezig, maar beschermende factoren zijn nog toereikend;
4. **Zelfredzaam:**
risicofactoren spelen geen rol en er zijn voldoende beschermende factoren.

Vertrouwensartsen hebben in hun praktijk te maken met zowel de categorie kwetsbaar als de categorie zeer kwetsbaar. Echter, uiteraard komt niet iedere kwetsbare of zeer kwetsbare zwangere in aanraking met Veilig Thuis. Deze richtlijn richt zich uitsluitend op zwangeren waarover een melding is gedaan, of anoniem advies wordt gevraagd bij Veilig Thuis.

In de geboortezorg worden diverse screeningsinstrumenten gebruikt om te screenen op psychosociale factoren. Voor de werkpraktijk van de vertrouwensarts is kennis vereist over de meest voorkomende risicofactoren om goede afwegingen te kunnen maken voor professioneel verantwoord handelen. Daarom is kennis over gebruikte screeningsinstrumenten van toegevoegde waarde. Screeningsinstrumenten die in het voorliggend veld gebruikt worden zijn bijvoorbeeld het DMO-gespreksprotocol, de GIZ-methodiek, de SPARK, de preSPARK en de checklist vroegsignalering kraamverzorgende. Enkele voorbeelden van screeningsinstrumenten uit de geboortezorg zijn:

ALPHA-NL

Dit is een korte invullijst die de zwangere vroeg in de zwangerschap zelf invult. Doel is vroegtijdig risico's voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten, kindermishandeling en psychosociale problemen bij (een) (aanstaande) ouder(s) in kaart brengen en eventueel preventieve interventies al gedurende de zwangerschap inzetten (TNO, n.d.).

Mind2Care

Dit is een vragenlijst die de zwangere zelf invult. Doel van deze vragenlijst is vragen naar hoe het met de zwangere gaat, zowel lichamelijk als psychisch. Indien nodig krijgt de zwangere een advies over begeleiding of behandeling tijdens de zwangerschap (Mind2Care, n.d.).



R4U

Deze vragenlijst neemt de zorgverlener af. Doel is screenen op zowel medische als niet-medische factoren. Doordat er zorgpaden aan de uitkomsten gekoppeld zijn, ontstaat verbinding tussen het medische en maatschappelijke domein, met aandacht voor de sociale omgeving van de zwangere (Erasmus MC, 2016).

In de praktijk van vertrouwensartsen gaat het vaak om diverse tegelijkertijd voorkomende en elkaar overlappende risicofactoren, zoals een verstandelijke beperking, armoede, slechte huisvesting, psychiatrische problematiek et cetera. De aanwezigheid van (een combinatie van) deze factoren kan leiden tot risico's voor het ongebooren kind.

H4 | Opbouw van de richtlijn

Voor verantwoord handelen is het van belang risicofactoren en hoe die op elkaar inspelen goed te kunnen duiden. Naast het benoemen van de verschillende risicofactoren voorziet de richtlijn in een lijst met aandachtspunten (zie Bijlage 1). Deze lijst met aandachtspunten bevat onderwerpen die in het geval van zorgen over een zwangere of een ongebooren kind belangrijk zijn om aan bod te laten komen in het onderzoek. De richtlijn biedt de vertrouwensarts zowel praktische handvatten voor het handelen in de eigen praktijk als informatie over de routes die bewandeld worden in afstemming met de partners in de geboortezorg, de partners in het voorveld en de partners in de veiligheidsketen (politie, Openbaar Ministerie en Raad voor de Kinderbescherming).

H5 | (Medisch-)theoretische achtergrond

5.1 Risicofactoren

Vertrouwensartsen komen in de context van hun praktijk binnen VT per definitie in aanraking met zwangeren die zich in een situatie bevinden waarin sprake is van (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling voorafgaand aan of gedurende de zwangerschap. Deze vermoedens hebben in de meeste gevallen een relatie tot (meerdere) risicofactoren. In deze paragraaf worden de belangrijkste risicofactoren geduid.

Risicofactoren zijn in deze richtlijn gedefinieerd als gedragingen, omstandigheden en kenmerken die de kans dat er sprake is of gaat zijn van huiselijk geweld of kindermishandeling kunnen vergroten. De aanwezigheid van risicofactoren betekent dus niet dat er sowieso sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling.

Of de risicofactoren al dan niet wijzen op huiselijk geweld of kindermishandeling, hangt af van de instandhoudende factoren en van de aanwezigheid van beschermende factoren. Met name de optelsom van verschillende risicofactoren kan complexe situaties tot gevolg hebben, waarin het niet direct duidelijk is bij welke (combinatie van) risicofactoren de zwangere het eerste ondersteund kan of moet worden.

Risicofactoren voor huiselijk geweld en kindermishandeling, waarvan een deel in het bijzonder voor de zwangerschap geldt (o.a. NCJ, 2016 en NVOG et al., 2018):

- partnergeweld tijdens of voorafgaand aan de zwangerschap;
- ervaringen van aanstaande ouders met kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik) in de eigen jeugd;
- depressie tijdens de zwangerschap en/of daarna (postnatale depressie);
- negatieve opvattingen jegens het (ongeboren) kind of eerdere kinderen;
- geringe samenhang of cohesie in het gezin of veel conflicten in het gezin;
- onbehandelde psychiatrische problemen bij aanstaande ouders;
- lage gezondheidsvaardigheden bij aanstaande ouders, bijvoorbeeld door een licht verstandelijke beperking (Ivb) of laaggeletterdheid;
- middelengebruik (roken, alcohol, drugs en/of medicatiegebruik) voorafgaand aan- of tijdens de zwangerschap;
- alcohol- en/of drugsmisbruik of een verslaving bij partner of aanstaande mede-opvoeder;
- lage Sociaal-Economische Status (SES);
- chronische stress door problemen op meerdere levensgebieden, bijvoorbeeld huisvesting, financiële problemen en schulden, werkloosheid, onverzekerd zijn, criminaliteit, geweld in het gezin, kwetsbare gezondheid en/of de afwezigheid van een steunend sociaal netwerk;
- niet of laat in zorg komen, niet therapietrouw, vaak afspraken afzeggen of niet verschijnen, afwijkend gedrag tijdens afspraken (angstig, stil, aanwezigheid van blauwe plekken) en/of onvoldoende zelfzorg;
- tienerzwangerschap, onbedoelde zwangerschap, laag opleidingsniveau en/of alleenstaand moederschap. Met name de combinatie van deze factoren is risicovol.

Tot slot kan huiselijk geweld en/of kindermishandeling medische verschijnselen tot gevolg hebben, zoals dysmaturiteit, prematuriteit en abnormale bloedingen tijdens de zwangerschap. De taak van de vertrouwensarts is aandacht hebben voor dergelijke verschijnselen en deze in de juiste context plaatsen.

Quote van een ervaringsdeskundige

"Op mijn situatie zijn alle hierboven beschreven risicofactoren van toepassing, maar ik mishandel mijn kinderen niet."

5.2 Beschermende factoren

Beschermende factoren, waarvan een deel in het bijzonder voor de zwangerschap geldt (o.a. NCJ, 2016 en van der Meer et al., 2020):

- een gezinsklimaat dat gekenmerkt wordt door stabiliteit;
- de aanwezigheid van praktische en sociale steun vanuit het netwerk;
- het ontvangen van warmte en affectie van de eigen ouder;
- goed ontwikkelde opvoedvaardigheden bij aanstaande ouders;
- veerkracht, weerbaarheid en motivatie bij aanstaande ouders;
- bereidheid van aanstaande ouders om indien nodig hulp te accepteren;
- aanwezigheid van sociaal-emotionele vaardigheden en probleemoplossend vermogen bij aanstaande ouders;
- een stabiele woonsituatie en leefomgeving;
- goede gezondheidsvaardigheden bij aanstaande ouders;
- een stabiele partnerrelatie;
- gevoel van warmte en affectie van de zwangere naar het ongeboren kind;
- het vermogen om zich voor te stellen hoe het leven na de geboorte zal zijn (mentaliseren).

Het inschatten van de veiligheid van het ongeboren kind tijdens de zwangerschap is een complexe aangelegenheid. Bij prenatale casuïstiek is hiervoor specifieke kennis nodig over de impact van verschillende fysieke en psychosociale factoren op de gezondheid, ontwikkelingskansen en veiligheid van het ongeboren kind.

Om de vertrouwensarts te ondersteunen bij het in het juiste perspectief plaatsen van bovenstaande risicofactoren wordt in deze richtlijn een globaal overzicht gegeven van de impact van de verschillende factoren vanuit een medisch-wetenschappelijke onderbouwing, alsmede enkele praktische overwegingen.

5.3 Impact van risicofactoren op het ongeboren kind

Diverse onderzoeken tonen aan dat huiselijk geweld of partnergeweld tijdens de zwangerschap, zonder onderscheid te maken in welke factor voor de uitkomst bepalend is, leidt tot slechte perinatale uitkomsten, zoals groeivertraging, laag geboortegewicht, intrauteriene vruchtdood en/of prematuriteit. Wanneer een zwangere slachtoffer is van huiselijk geweld of partnergeweld, bestaat er dus een verhoogde kans op suboptimale uitkomsten van de zwangerschap (o.a. Pastor-Moreno, Ruiz-Pérez, Henares-Montiel & Petrova, 2020; Hill, Pallitto, McCleary-Sills & Garcia Moreno, 2016; Donovan, Spracklen, Schweizer, Ryckman & Saftlas, 2016).

Daarnaast zijn er verschillende risicofactoren die impact kunnen hebben op het ongeboren kind en in deze paragraaf verder toegelicht worden: chronische stress, middelengebruik, psychiatrische problematiek en omgevingsfactoren.

Impact van chronische stress (toxic stress) tijdens de zwangerschap

Chronische maternale stress, ook wel toxic stress genoemd, wordt geassocieerd met veranderingen in de foetale hersenontwikkeling, foetale groeirestrictie en vroeggeboorte. Tijdens de zwangerschap wordt de overdracht van maternale stress op het kind

gereguleerd (het hormoon 11b-HSD2 beperkt de passage van cortisol over de placenta). Deze regulatie neemt af aan het einde van de zwangerschap.

Stress is met name schadelijk als er sprake is van ernstige aanhoudende stress waarbij de ouder over een langere periode niet meer in staat is om binnen de 'window of tolerance' te komen. Met de 'window of tolerance' wordt bedoeld: de zone waarbinnen iemand stress goed aankan. Zolang de stress binnen dit raam blijft, functioneert iemand goed. Loopt de stress te hoog op, of blijft deze te lang aanhouden, dan schiet het stresslevel buiten het raam (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2020). Hierbij moet er rekening mee worden gehouden dat de 'window of tolerance' kleiner is (geworden) bij bepaalde doelgroepen, zoals ouders met een trauma of psychiatrische problemen. Blootstelling aan chronische stress tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren heeft grote invloed op de stressregulatie van het kind. De basishouding waarmee het kind de wereld en relaties met andere mensen ervaart, wordt negatief beïnvloed. Daarnaast kan chronische stress na de zwangerschap tot gevolg hebben dat ouders minder goed kunnen mentaliseren, binden en signalen opvatten en deze op de juiste manier interpreteren. Dit kan invloed hebben op de hechting met het kind.

Een warme, liefdevolle relatie/verbinding is de belangrijkste buffer tegen stress. Van belang is de relatie met partner en familie, maar ook in de behandelrelatie is een goede, respectvolle verbinding nodig. Hoe de aanstaande ouders het contact met de ongeboren baby zoeken en zich het leven na de geboorte voorstellen geeft een beeld van het mentaliserende vermogen van ouders. Als ouders dit goed kunnen, zijn ze beter in staat om tegemoet te komen aan de mentale behoeftes van hun kind en kunnen ze stress beter opvangen. De ouder-kindrelatie en de kwaliteit van de hechting moet daarom al tijdens de zwangerschap centraal staan.

Impact van middelengebruik tijdens de zwangerschap

Middelengebruik tijdens de zwangerschap kan ernstige korte- en langetermijngevolgen hebben voor moeder en kind. Over het gebruik van alcohol, tabak, cannabis, cocaïne, opiaten en amfetaminen zijn voldoende gegevens verzameld om te concluderen dat gebruik van deze middelen tijdens de zwangerschap nadelige effecten heeft voor de gezondheid van het kind, zoals een verhoogde kans op overlijden, een laag geboortegewicht, ontweningsverschijnselen na de geboorte en ontwikkelings- en concentratiestoornissen later. Van andere middelen, zoals lsd, hallucinogene paddestoelen, GHB en nieuwere (designer) drugs, is minder bekend en minder onderzocht over effecten op het ongeboren kind (Gezondheidsraad, 2007). Middelengebruik tijdens de zwangerschap is vaak geassocieerd met ernstige psychosociale problemen en verslaving. Hierbij is niet alleen van belang welk middel gebruikt wordt, maar ook de dosering en frequentie van het gebruik, het gelijktijdig gebruiken van andere middelen, de kans op terugval en de psychosociale omstandigheden. Het is de verantwoordelijkheid van de verouwsarts om het juiste sociaal-medische perspectief te vinden om de veiligheid van het ongeboren kind te kunnen inschatten.

Het in kaart brengen van de context bij middelengebruik geeft enerzijds inzicht in de indirecte impact op de gezondheid van het ongeboren kind, zoals een minder goede voedingstoestand, stressvolle omstandigheden, relatieproblemen of ongunstige opvoed- en verzorgingsomstandigheden na de geboorte. Anderzijds kan het aanwijzingen geven

voor achterliggende of instandhoudende problematiek, waarbij het gebruik voor de zwangere op dat moment de enige beschikbare copingstrategie is. Dit kan een ingang geven om de kwetsbare zwangere optimaal te ondersteunen.

Er kunnen in deze richtlijn geen eenduidige en onderbouwde uitspraken gedaan worden over de specifieke effecten van verschillende middelen. Een volledig overzicht van al het wetenschappelijk bewijs over dit onderwerp is te omvangrijk en aan ontwikkelingen onderhevig om in deze richtlijn opgenomen te worden. Het is daarom van belang om op casusniveau te onderzoeken wat de effecten van de (combinaties van de) desbetreffende middelen zijn. Recente, volledige en specifieke informatie over de effecten van (een combinatie van) middelen is te vinden bij onder andere het Trimbos-instituut en het Landelijk Kennispunt Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ). Daarnaast kan een verslavingsdeskundige, een gynaecoloog of een neonatoloog erbij betrokken worden of kan samenwerking worden gezocht met een poli voor kwetsbare zwangeren of zwangeren met psychiatrische problemen (zie ook Bijlage 3: Bronvermelding en nuttige websites). Voor specifieke informatie over de gevolgen van alcoholgebruik kunnen bovendien het dossier van de Gezondheidsraad (2005) over risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding of de kennissynthese over Foetaal Alcohol Spectrum Stoornis (FASD) van ZonMw (2017) geraadpleegd worden.

Tot slot dient niet vergeten te worden dat ook het middelengebruik van een eventuele partner of huisgenoten van de aanstaande moeder van invloed kan zijn op de ontwikkeling van de foetus. Denk bijvoorbeeld aan het inademen van rook of het aanraken van oppervlakken waar deze rook is neergedaald. De schadelijke gevolgen van tweede- en derdehandsrook worden steeds meer bekend en onderzocht. Zo kan meerroken van ongeboren kinderen bijvoorbeeld resulteren in een groeiachterstand (Croes & de Josselin de Jong, 2014). Daarnaast gaat middelengebruik van moeder en een eventuele partner vaak samen. Zo blijkt dat wanneer de zwangere rookt of heeft gerookt, de partner dit vaak ook doet (Tuithof et al., 2017). Gezien de risico's voor het ongeboren kind is het van belang om ook aandacht te besteden aan het middelengebruik van de partner.

Impact van psychiatrische problematiek bij ouders

Vrouwen met een psychische stoornis hebben gedurende een zwangerschap een verhoogd risico op terugval (Yonkers et al., 2012). Ook hebben zij meer kans op complicaties bij de bevalling (Bonari et al., 2004; Nilsson et al., 2002). Psychische problemen tijdens de zwangerschap brengen ook risico's met zich mee voor de ontwikkeling van de baby.

Verschillende studies tonen aan dat psychische problemen van de aanstaande moeder, en het gebruik van psychofarmaca tijdens de zwangerschap, invloed hebben op het stressniveau en de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de hersenen van de baby (Mennes et al., 2009; Räikkönen et al., 2011). Echter, de noodzaak van medicatie voor behandeling weegt vaak op tegen het (mogelijke) effect op de foetale ontwikkeling, bijvoorbeeld bij SSRI-gebruik bij een klinische depressie of ernstige angststoornis (Federatie Medisch Specialisten, 2012).

Daarnaast kunnen ernstige en/of onbehandelde psychiatrische symptomen invloed hebben op andere risicofactoren, zoals chronische stress en middelengebruik. Ook kan

het van invloed zijn op therapietrouw en het zoeken van hulp. Tot slot is een (ernstige) psychiatrische stoornis een risico voor suboptimale verzorgingsomstandigheden en kindermishandeling na de geboorte. Met verzorgingsomstandigheden worden de fysieke omstandigheden bedoeld waarin het kind bijvoorbeeld wordt gevoed en gewassen. Wanneer er sprake is van psychiatrische symptomen, is het enerzijds van belang dat er goede en tijdige behandeling plaatsvindt, en anderzijds dat experts betrokken worden om te onderzoeken hoe ouders in staat zijn om het kind na de geboorte te verzorgen. Het is van belang in multidisciplinair verband (bijv. via de POP-poli) een risico-inschatting te maken als het gaat om het gebruik van psychofarma. Zo nodig leidt dit tot een advies over alternatieve middelen en/of noodzakelijke zorg voor de baby nadat deze geboren is.

Impact van omgevingsrisicofactoren

Met omgevingsrisicofactoren worden factoren bedoeld die in en rondom het gezin spelen, zoals financiële problemen of schulden, problemen met huisvesting, werkloosheid en een niet of weinig steunend sociaal netwerk. De aanwezigheid van dergelijke risicofactoren beïnvloedt de lichamelijke en psychosociale gezondheid van de kindereleeftijd tot de volwassenheid. De eerste duizend dagen van een kind vormen daarbij een cruciale basis voor de verdere ontwikkeling. Als een kind in deze periode wordt blootgesteld aan stress of andere risicofactoren, kan dit directe gevolgen hebben voor de latere ontwikkeling. Omgevingsrisicofactoren leiden dus niet alleen tot (zware) chronische stress bij de aanstaande ouder(s) (waarvan de impact op het ongeborn kind hierboven beschreven staat), maar hebben ook invloed op de ontwikkeling en gezondheid van het jonge kind wanneer het eenmaal geboren is.

Er zijn grote verschillen in de gezondheid van baby's bij de geboorte wanneer gekeken wordt naar de stad of zelfs wijk waar de aanstaande ouders wonen. In achterstandswijken is de kans op sterfte en ziektes rond de geboorte groter. Ook hierbij is stress bij aanstaande ouders als gevolg van bijvoorbeeld criminaliteit in de wijk, leefstijl of geluidsoverlast een belangrijke risicofactor (Ministerie van VWS, 2018).

Het informele netwerk rondom de kwetsbare zwangere kan zowel een beschermende als een risicofactor zijn. De vertrouwensarts is zich ervan bewust dat goede relaties een beschermende factor zijn tegen chronische stress. De vertrouwensarts brengt belangrijke relaties van de zwangere/het gezin in kaart. Dit kunnen relaties zijn met partner, familie, netwerk, hulpverleners en het ongeborn kind. De afwezigheid van dergelijke relaties kan tot gevoelens van eenzaamheid leiden, die de mentale en fysieke gezondheid negatief kunnen beïnvloeden. Wanneer er wel relaties zijn, maar deze zijn niet steunend, kunnen deze leiden tot het ontstaan van chronische stress.

5.4 Signalering van risicofactoren door de vertrouwensarts

Veilig Thuis gaat altijd na in hoeverre de melder en/of betrokken hulpverlening de kwetsbaarheid van de aanstaande ouder(s) reeds in kaart hebben gebracht, bijvoorbeeld door middel van een screeningsinstrument. Wanneer dit het geval is, vraagt Veilig Thuis de resultaten op.

Wanneer dit niet (voldoende) het geval is of wanneer de zorgverlener deze informatie niet aan Veilig Thuis verstrekt, is het van belang dat de vertrouwensarts samen met de

VT-medewerker een integraal beeld van de situatie verkrijgt. De aandachtspunten in Bijlage 1 kunnen gebruikt worden als handvat voor belangrijke onderwerpen ten aanzien van de zwangere die aan bod moeten komen.

H6 | Praktijk

In deze richtlijn zijn een aantal praktische overwegingen en handvatten opgenomen die de vertrouwensarts ondersteunen bij zorgen over een zwangere of een ongeborn kind en het indien nodig doorverwijzen naar passende ondersteuning.



Algemene (praktische) aanbevelingen

- Zorg dat je als vertrouwensarts altijd betrokken wordt bij prenatale casuïstiek. Goede afstemming en interne afspraken met de frontoffice, backoffice en/of gedragswetenschapper binnen Veilig Thuis zijn daarbij van belang.
- Breng de geboorteketen in de regio in kaart (zie ook hoofdstuk 7, Samenwerking in de keten).
- Breng de situatie van de zwangere en de aanwezige risico- en beschermende factoren integraal in kaart.
- Check of er (half- of stief-)broertjes of zusjes zijn die onder toezicht staan en neem in dat geval contact op met de gezinsvoogd (zie ook hoofdstuk 8, Juridische maatregelen).
- Plaats de verschillende factoren zo veel mogelijk in het juiste perspectief door middel van medisch-wetenschappelijke onderbouwing.
- Maak gebruik van het netwerk in de keten om de juiste kennis/expertise met betrekking tot de prenatale fase bij elkaar te brengen (zie ook hoofdstuk 7, Samenwerking in de keten).
- Breng in kaart in welke mate de melder en andere betrokken hulpverleners de situatie van aanstaande ouders reeds in kaart hebben gebracht (bijvoorbeeld door middel van een signaleringsinstrument, zie ook hoofdstuk 3, voor een overzicht van enkele instrumenten).
- Heb aandacht voor de veiligheid en ontwikkelkansen van het kind in zowel de pre- als de postnatale fase.
- Ga na of praktische zaken rondom de bevalling en kraamperiode geregeld zijn, zoals een wieg met de juiste materialen en een voorraad luiers. Dit is noodzakelijk voor de veiligheid en geeft vaak veel informatie over de mate waarin het systeem toereikend is. Hiervoor is een huisbezoek noodzakelijk.
- Het recht van de zwangere op autonomie, zelfbeschikking en integriteit van haar lichaam moet afgewogen worden tegen de veiligheid van het kind. Neem daarom de autonomie en lichamelijke integriteit van de zwangere expliciet mee in de besluitvorming. Dit kan een positief effect hebben op de werkrelatie met aanstaande ouders. De zwangere dient niet enkel te worden gezien als de omgeving van het ongeborn kind.
- Organiseer voor belangrijke beslissingen in een casus altijd een multidisciplinair overleg (MDO). Dit is een intern overleg met de VT-medewerker en eventueel de gedragswetenschapper van VT.

- Organiseer indien wenselijk een multidisciplinair zorgoverleg met alle betrokken partijen. Dit is een extern overleg waarbij bijvoorbeeld ook de betrokken hulpverlening aanwezig is.
- Wanneer belangen, wensen en rechten van moeder en kind uit elkaar lopen, overweeg dan een moreel beraad.
- Neem wanneer hulpverlening niet het gewenste effect heeft of bij zeer ernstige bedreiging van het ongeboren kind contact op met de Raad voor de Kinderbescherming voor advies of vroegtijdig overleg, in samenwerking met de VT-medewerker en/of gedragswetenschapper.
- Wees je ervan bewust dat het gedrag van de zwangere dat schadelijk is voor de gezondheid van het ongeboren kind negatieve emoties bij jezelf kan oproepen.
- Realiseer je dat de basishouding van de vertrouwensarts is dat er wordt uitgegaan van de premisse dat de meeste (aanstaande) ouders het beste willen voor hun kind en eerder onmachtig dan onwillend zijn.
- Wees je ervan bewust dat de betrokkenheid van Veilig Thuis voor (aanstaande) ouders angstig en zwaar kan zijn. Realiseer je wat de impact is van het onder een vergrootglas liggen en hoe dit het gedrag van (aanstaande) ouders kan beïnvloeden.
- Bespreek altijd in hoeverre de zwangerschap gewenst/gepland was. Hierbij is van belang te noemen dat er indien gewenst keuzehulpverleners zijn die begeleiding kunnen bieden bij het maken van een keuze voor (met ondersteuning) voortzetten van de zwangerschap, adoptie, pleegzorg of beëindigen van de zwangerschap (tot 22 weken).
- Zorg dat er uiterlijk voor 36 weken, maar bij voorkeur bij 30-34 weken helderheid is over de melding en een eventueel veiligheidsplan.
- Schaal wanneer het echt niet anders kan en duidelijk is dat er geen mogelijkheden (meer) zijn in het vrijwillig kader snel op naar het gedwongen kader, bij voorkeur voor 30-34 weken zwangerschap. Des te vroeger de interventie, des te groter het effect.
- Als er sprake is (geweest) van fysiek geweld naar de zwangere, wees je ervan bewust dat het wenselijk is dat het letsel forensisch wordt vastgelegd. Zo mogelijk: fotograferen volgens NFI-criteria en beschrijven volgens PROVOKE. Dit maakt het mogelijk om het letsel te (laten) beoordelen.
- Overweeg altijd of er sprake is van strafbare kindermishandeling. Als er sprake is van een vermoeden van strafbare kindermishandeling, overweeg dan overleg tussen Veilig Thuis en het Openbaar Ministerie. Zie hiervoor ook de handreiking 'Samenwerken bij strafbare kindermishandeling' (Kwakman, 2017).

Praktische aanbevelingen bij chronische stress tijdens de zwangerschap

- Geef helderheid aan de (aanstaande) ouders over het proces, de stappen, de scenario's en de voorwaarden. Dit kan stress bij de zwangere tijdens het onderzoek van Veilig Thuis verminderen.
- Weet dat stressgevoeligheid bij bepaalde doelgroepen verhoogd is en heb aandacht voor psychiatrie/trauma's/Adverse Childhood Experiences (ACEs)/intergenerationele overdracht/hechttingsproblematiek. Realiseer je dat typische stressreacties juist bij chronische stress vaak niet goed zichtbaar meer zijn.
- Wees je ervan bewust dat contact tussen VT en aanstaande ouders tijdens het onderzoek zorgvuldig, transparant en respectvol moet gebeuren om traumatisering of ernstige stress te voorkomen.

- Gebruik een traumasensitieve benadering; houd er rekening mee dat dat aanstaande ouders mogelijk ingrijpende ervaringen hebben meegemaakt (Augeo, 2016). Heb daarbij ook aandacht voor ingrijpende ervaringen die aanstaande ouders tijdens het opgroeien hebben meegemaakt.
- Weet dat goede relaties een beschermende factor zijn tegen chronische stress en breng deze in kaart. Dit kunnen relaties zijn met partner, familie, netwerk, hulpverleners en het ongeborn kind.

Praktische aanbevelingen bij middelengebruik tijdens de zwangerschap

- Kijk bij de beoordeling van de impact van middelengebruik niet alleen naar de directe teratogene effecten, maar ook naar de onderliggende problematiek.
- Houd bij de risicoinschatting rekening met het type middel, de kans op terugval, of er sprake is van zorgmijding, de slagingskans van de behandeling, de onderliggende problematiek, de mate van ontkenning en bagetallisering en de psychosociale omstandigheden. Maak een inschatting van het ouderschap na de geboorte.
- Houd bij de beoordeling van de impact van middelengebruik ook rekening met het middelengebruik van de partner.
- Zorg dat een kinderarts betrokken wordt bij het multidisciplinaire zorgoverleg indien er sprake is van middelengebruik, om de te verwachten effecten op het kind in te schatten en na te gaan of er speciale zorg na de bevalling nodig is. De kinderarts wordt ingeschakeld door de gynaecoloog of volgens ketenafspraken.
- Heb aandacht voor de mogelijkheid voor het onaangekondigd testen op drugs bij de zwangere, door bijvoorbeeld de verloskundige. Wees je ervan bewust dat de betrouwbaarheid van dergelijke testen toeneemt wanneer deze onder expliciet toezicht afgenomen worden, bijvoorbeeld bij een verslavingsinstelling.

Praktische aanbevelingen bij psychiatrische problematiek

- Zorg dat er een psychiater betrokken wordt bij het multidisciplinaire zorgoverleg wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek bij (aanstaande) ouders. De psychiater kan adviseren over de gevolgen van de problematiek op de zwangerschap en kan meedenken in het wel of niet adviseren van medicatie. Vaak is in een dergelijke situatie een POP-poli beschikbaar voor de zwangere. Daar is al een psychiater bij betrokken.
- Maak een inschatting van het ouderschap na de geboorte (o.a. mate van sensitiviteit en responsiviteit en mentaliserend vermogen).
- Ga bij de gynaecoloog of verloskundige na of de medicatie invloed heeft op het ongeborn kind en of het kind post partum geobserveerd moet worden door een kinderarts. De kinderarts kan de te verwachten effecten op het kind inschatten en nagaan of er speciale zorg na de bevalling nodig is. Daarnaast is van belang dat de noodzaak voor medicamenteuze behandeling tijdens de zwangerschap post partum geëvalueerd wordt door een psychiater met expertise rondom de perinatale periode voor het optimaliseren van behandeling en begeleiding.

Een casus uit de praktijk

Moeder is 20 weken zwanger en heeft een zoontje van 4 jaar met een andere partner. Zij gebruikt kortwerkend methylfenidaat wegens ADHD. Ze heeft voor de zwangerschap cocaïne gebruikt. Partner doet dit ook. Ze heeft daarnaast een voorgeschiedenis van trauma en hechtingsproblematiek. Het Leger des Heils is al lang bij haar betrokken. Moeder heeft haar afspraak met de POP-poli al drie keer verzet; de volgende afspraak is over twee weken. De huisarts vraagt aan de poli of ze niet beter over kan gaan op langwerkend methylfenidaat. Conclusie van het overleg is dat besloten wordt dat de psychiater van de POP-poli contact zal opnemen met de huisarts. Er wordt een klinische bevalling met 48 uur observatie ingezet. Tot slot is er sprake van 'watchful waiting' of moeder op de POP-poli verschijnt en wat de verdere informatie oplevert.

Praktische aanbevelingen bij omgevingsfactoren

- Wanneer sprake is van een tienerzwangerschap, onderzoek dan in hoeverre het netwerk (zoals naaste familie, met name opa's en oma's als moeder bij hen inwoont) een beschermende dan wel risicovolle invloed heeft op de zwangerschap.
- Wanneer er sprake is van een tienerzwangerschap, denk dan aan de mogelijkheid dat deze ontstaan kan zijn door seksueel misbruik. In dat geval is er sprake geweest van kindermishandeling bij de betreffende tiener en kan er anoniem overlegd worden met het OM. Volg hierbij de stappen van de handreiking 'Samenwerken bij strafbare vormen van kindermishandeling' (Kwakman, 2017).
- Wanneer er sprake is van een migratieachtergrond bij aanstaande ouders, heb dan aandacht voor een eventuele taalbarrière en de culturele context. Er wordt cultuursensitief gewerkt. Denk hierbij ook aan de mogelijkheid van vluchtgedrag.
- Denk aan de mogelijkheid van vrouwelijke genitale verminking (VGV), huwelijksdwang of risico op eerwraak bij vrouwen uit risicogebieden.

Praktische handvatten voor nazorg

- Bespreek het belang van preconceptiezorg bij een eventueel hernieuwde kinderwens.
- Onderzoek welke programma's (zoals VoorZorg, Stevig Ouderschap, Nu Niet Zwanger) lokaal worden aangeboden en zorg dat de aanstaande ouders hierover worden geïnformeerd. Bij de JGZ is veelal bekend welke interventies en/of programma's in een specifieke wijk of gemeente uitgevoerd worden.
- Overweeg of een medisch kraambed en/of verlenging van kraamzorg thuis noodzakelijk is.
- Zorg dat de JGZ al tijdens de zwangerschap betrokken is en er een prenataal huisbezoek wordt gepland (NCJ, 2014). Tijdige warme overdracht kan ervoor zorgen dat pre-(en/of post-)natale ondersteuning vanuit de JGZ vroegtijdig ingezet kan worden. De JGZ raakt tijdens de 22^e week van de zwangerschap in ieder geval betrokken in het kader van de 22-weeken-prik. Dit is de kinkhoestvaccinatie voor zwangere vrouwen die de baby direct na de geboorte tegen kinkhoest beschermt.
- Betrek de huisarts bij de nazorg voor het gezin.

H7 | Samenwerking in de keten

Samenwerking in de keten rondom prenatale casuïstiek waarbij sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling of huiselijk geweld is noodzakelijk om de juiste inschatting en afwegingen te maken om tot passende ondersteuning te komen. De geboortezorg is in elke regio anders georganiseerd. In verschillende regio's worden op regelmatige basis netwerkgesprekken met belangrijke partners in de prenatale zorg georganiseerd. De

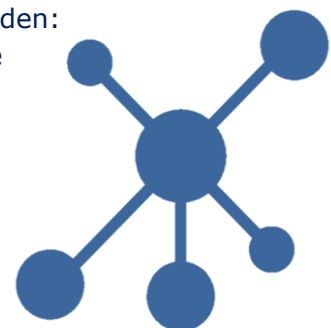


vertrouwensarts kan het voortouw nemen in het organiseren van een dergelijk netwerk. De ervaring leert dat frequent contact en korte lijnen het gemakkelijker maken om snel te schakelen in casuïstiek. Te overwegen valt om een speciaal team (veelal de POP-poli) op te richten dat zich specifiek richt op prenatale casuïstiek, omdat bij onveiligheid en kwetsbaarheid in de prenatale fase specifieke kennis over zwangerschap en psychiatrie, verslaving, stress en juridische maatregelen nodig is. Door dit in de regio bij één team te beleggen wordt de samenwerking verbeterd en kan er sneller geschakeld worden bij zorgen. Bij afwezigheid van een POP-poli is een dergelijke samenwerking naar eigen inzicht in te vullen door het lokale veld.

Vertrouwensartsen hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid om zaken die ze in de praktijk signaleren te agenderen bij de regio waarin ze werkzaam zijn. Het idee om een speciaal team gericht op prenatale casuïstiek te vormen kan de vertrouwensarts vanuit die verantwoordelijkheid aankaarten. Daarnaast is het zeer wenselijk dat er op landelijk niveau aandacht is voor langdurige en laagdrempelige begeleiding voor zwangere vrouwen die dit nodig hebben.

Belangrijke ketenpartners in de geboortezorg en aanpalende velden:

- Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's), bestaande uit verloskundigen, gynaecologen et cetera
- POP-poli's (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie)
- huisartsen
- jeugdgezondheidszorg (prenataal huisbezoek en preventieve zorg)
- kraamzorg
- wijkteams
- gemeente
- ggz
- verslavingszorg
- specialistische begeleiding Wmo/Jeugdwet
- zorg voor zwangeren met lvb
- ervaringsdeskundigen
- wijkagent en/of politie



In verschillende regio's worden interventies aangeboden voor kwetsbare zwangeren en hun eventuele partners, of ter voorkoming van kwetsbare zwangerschappen (zie ook bijlage 3, Bronvermelding en nuttige websites). Bij de JGZ is veelal bekend welke interventies en/of programma's in een specifieke wijk of gemeente uitgevoerd worden. Tevens kan gedacht worden aan de mogelijkheid van observatie of 24-uurszorg in complexe situaties waarin meer nodig is dan geboden kan worden door de kraamzorg.

Dit zijn bijvoorbeeld:

- VoorZorg
- Nu Niet Zwanger (NNZ)
- Stevig Ouderschap (SO)
- Babyhuis
- Moeder- en kindgroepen
- Ouders Inc. Dé online ouderschaps cursus

H8 | Juridische maatregelen

Er zijn diverse maatregelen mogelijk ter bescherming van het kind tijdens en/of na de zwangerschap. Ten aanzien van het kind bieden zogenoemde kindbeschermingsmaatregelen mogelijkheden, op basis van art. 1:2 BW juncto art. 1:255 BW. Voor risico's ten aanzien van de zwangere kan in zeer risicovolle omstandigheden een beroep worden gedaan op de mogelijkheden van de Wet verplichte ggz (Wvvgg) en de Wet zorg en dwang (Wzd).

Ook kan het strafrecht van belang zijn bij zorgen over een zwangere of een ongeborn kind. Wanneer er een vermoeden is van strafbare kindermishandeling, is goede samenwerking tussen Veilig Thuis, politie/Openbaar Ministerie, Raad van de Kinderbescherming en reclassering nodig. De te nemen stappen en aandachtspunten staan beschreven in de handreiking 'Samenwerken bij strafbare vormen van kindermishandeling' (Kwakman, 2017).

Het inzetten van drang- of dwangmaatregelen betekent een inbreuk op de handelingsvrijheid van de zwangere. Dit vraagt daarom om een expliciete morele verantwoording, gebaseerd op de volgende principes (Boonekamp et al., 2012):

- Het doel van de maatregel moet **legitiem** zijn. Hulpverleners hebben de wettelijke plicht jegens het (ongeboren) kind om schade te voorkomen die vermeden had kunnen worden. In het geval dat de aanstaande moeder wilsonbekwaam is, geldt deze morele plicht van de hulpverlener ook naar moeder.
- De maatregel moet **proportioneel** zijn. De maatregel moet in redelijke verhouding tot het doel staan. Het is van belang dat in dit verband ook wordt gekeken naar de te verwachten effectiviteit van een maatregel. Er is sprake van een disproportionele maatregel wanneer de verwachting is dat deze niets of weinig bijdraagt aan het doel.
- Er moet sprake zijn van **subsidiariteit**. Er zijn geen andere, minder ingrijpende maatregelen of acties beschikbaar om het doel te bereiken. Dit moet duidelijk weergegeven en onderbouwd worden.

8.1 Kinderbeschermingsmaatregelen

Volgens artikel 19 van het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK) dienen minderjarige kinderen te worden beschermd tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, verwaarlozing of nalatige behandeling. Ook een ongeborn kind kan op grond van artikel 1:2 BW aangemerkt worden voor bescherming 'indien zijn belang dit vordert'. Met 'belang' worden gezondheids- en ontwikkelingsbelangen bedoeld. In de wet is geen grens aangegeven wanneer het ongeborn kind beschermwaardig is. Het al dan niet inzetten van een kindbeschermingsmaatregel hangt af van de levensvatbaarheidsgrens van de ongebornene. Op basis van medische wetenschap in Nederland en uit jurisprudentie blijkt dat onder de 24 weken vaak niet gekozen wordt voor een kindbeschermingsmaatregel. Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Dordtse kinderrechter uit 2012 waarin een

voorlopige ondertoezichtstelling werd afgewezen omdat de ongeborene na 17 weken zwangerschap alsnog niet levensvatbaar werd verklaard (ECLI:NL:RBDOR:2012:BV6246). Echter, op ieder moment tijdens de zwangerschap kan Veilig Thuis of de Raad voor de Kinderbescherming anoniem geconsulteerd worden.

Ingeval er naar de beoordeling van Veilig Thuis sprake is van een acute en ernstige bedreiging van het ongeboren kind als gevolg van schadelijk gedrag van de zwangere zelf en/of de bedreiging vanuit haar directe leefomgeving, kan er in overleg met de Raad voor de Kinderbescherming aan de kinderrechter een verzoek worden gedaan een (voorlopige) ondertoezichtstelling ((V)OTS) uit te spreken. Dat gebeurt als de situatie zo acuut is dat een normaal raadsonderzoek en de gewone verzoekschriftprocedure niet afgewacht kunnen worden. Wanneer (half- of stief-)broertjes of zusjes al onder toezicht staan, kan de mogelijkheid om het ongeboren kind in de OTS mee te nemen onderzocht worden in samenwerking met de betrokken gezinsvoogd.

Andere kinderbeschermingsmaatregelen zijn beëindiging van het ouderlijk gezag en voogdijmaatregelen zoals tijdelijke voogdij en voorlopige voogdij. Meer informatie over deze maatregelen is te vinden in Bijlage 2: Aanvullende informatie omtrent juridische maatregelen.

8.2 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wvggz kent twee gronden voor verplichte zorg: de crisismaatregel en de zorgmachtiging. De crisismaatregel kan worden toegepast wanneer de zorgmachtiging niet kan worden afgewacht. Er zijn in het kader van de Wvggz meerdere personen die (onderzoek naar de noodzaak van) een crisismaatregel of zorgmachtiging kunnen starten. Meer informatie over deze wet is te vinden in Bijlage 2: Aanvullende informatie omtrent juridische maatregelen.

Foetussen vallen expliciet ook onder deze regeling

Een van de criteria voor een crisismaatregel is dat er sprake is van ernstig nadeel. Het criterium ernstig nadeel omvat onder meer: levensgevaar of ernstig lichamelijk letsel voor de patiënt of iemand anders. In de toelichting op de Wvggz staat uitdrukkelijk dat ook de ontwikkeling van een foetus wordt bedoeld. Er wordt bewust geen leeftijdsgrens genoemd, omdat de foetus al in de eerste weken ernstige schade kan oplopen. Dit betekent dat vanaf het moment dat de foetus ernstig nadeel ondervindt door de verslaving of eigen verwaarlozing van moeder voldaan kan zijn aan de eisen voor een crisismaatregel of zorgmachtiging. Hier moet de maatregel wel goed afgewogen worden tegen alternatieven en moet de maatregel in verhouding staan tot het nadeel. Voor een rokende moeder voldoet volgens de Memorie van Toelichting een crisismaatregel niet aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

Crisismaatregel in de praktijk

De rechtbank Rotterdam heeft op 7 april 2020 een zwangere vrouw een zorgmachtiging toegekend wegens harddrugsverslaving. Het ernstige nadeel was hier de impact van het gebruik van harddrugs op het ongeboren kind. Dit was de directe aanleiding voor een crisismaatregel en de verlening daarvan, uitgesproken door de rechter (Rechtbank Rotterdam, 2020).

Waar kan een vertrouwensarts melding doen voor de Wvggz?

Als de vertrouwensarts zich ernstige zorgen maakt en van mening is dat er gehandeld moet worden volgens de Wvggz, kan dat op de volgende manieren:

1. door een melding te maken bij een zorgverlener die beroepsmatig zorg verleent aan de betrokkene, bijvoorbeeld de huisarts of psychiater;
2. door een melding te doen bij de gemeente (het college van burgemeester en wethouders).

Deze twee kunnen bij de Officier van Justitie (OvJ) een zorgelijke situatie melden. De burgemeester van de gemeente kan daarnaast ook een crisismaatregel uitspreken als er onmiddellijk dreigend ernstig nadeel is. De OvJ kan vervolgens aan de rechter vragen een zorgmachtiging af te geven. De OvJ beslist na de melding van een zorgelijke situatie zelf of hij een zorgmachtiging bij de rechter gaat aanvragen, op basis van het dossier met daarin een eventueel eigen plan van aanpak van de cliënt (Dwang in de Zorg, z.d.). Indien de situatie zeer urgent is, kan de vertrouwensarts ook zelf contact opnemen met de OvJ.

8.3 Wet zorg en dwang

De Wzd regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Meer informatie over deze wet is te vinden in Bijlage 2: Aanvullende informatie omtrent juridische maatregelen.

Waar kan een vertrouwensarts melding doen voor de Wzd?

Onvrijwillige zorg in de Wzd loopt volgens een stappenplan, uitgevoerd door de zorgverantwoordelijke die de cliënt behandelt of begeleidt (bijvoorbeeld de Arts voor Verstandelijk Gehandicapten). Hierin spelen de zorgverantwoordelijke (uitvoerder van de zorg) en de Wzd-functionaris (beoordelaar van het zorgplan als de zorgverantwoordelijke daar onvrijwillige zorg in wil opnemen). De Wzd-functionaris ziet ook toe op het zorgvuldig uitvoeren van de onvrijwillige zorg. De vertrouwensarts kan dus een melding doen bij de zorgaanbieder die de cliënt behandelt of begeleidt (Dwang in de Zorg, n.d.).

H9 | Versiebeheer en redactiegroep

Nieuwe inzichten, richtlijnen en ervaringen zijn voortdurend aanleiding tot wijziging van de richtlijn. De VVAK draagt periodiek zorg voor eventuele wijzigingen en aanpassingen waarmee de richtlijn actueel blijft.

Bijlage 1 | Aandachtspunten voor het gesprek met een zwangere n.a.v. een melding bij Veilig Thuis

Deze lijst met aandachtspunten kan gebruikt worden om de risico- en beschermende factoren in de situatie van de zwangere integraal in kaart te brengen. De aandachtspunten dienen als handvat voor het gesprek met een zwangere naar aanleiding van een melding bij Veilig Thuis en vormen een aanvulling op de onderwerpen die normaliter al tijdens het gesprek aan bod komen. Onderstaande vragen worden dus niet altijd direct aan de zwangere gesteld. De vragen kunnen tevens aan informanten gesteld worden.

(Aanstaande) ouders/verzorgers (waar over 'ouders' gesproken wordt, kan het ook gaan om één ouder of verzorger)

1. Is er sprake van een verstandelijke beperking bij (een van de) ouders?
2. Heeft de zwangere adviezen van onder andere de verloskundige begrepen?
3. Is de zwangere jonger dan 18 jaar?
4. Is er sprake van een medische of psychiatrische diagnose bij (een van de) ouders?
Zo ja, wanneer en door wie is dit vastgesteld?
5. Hoe is op dit moment de geestelijke gesteldheid van ouders?
6. Is er sprake van drugs- of alcoholgebruik (tijdens en voorafgaand aan de zwangerschap, en bij de partner)? Wat is de reden van het gebruik? Wat is de opvatting van ouders over middelengebruik?
7. Is er sprake van medicatiegebruik en zo ja, welk medicijn wordt gebruikt en door wie is dat voorgeschreven?
8. Hebben ouders zelf ervaring met huiselijk geweld of kindermishandeling of is er sprake geweest van andere heftige gebeurtenissen?
9. Hoe is de relatie tussen de zwangere en haar partner? Indien de partner niet de vader van het kind is: hoe is de relatie tussen de zwangere en de vader?
10. Zijn er minderjarige brusjes die niet meer bij ouders wonen en waarom?
11. Wat is de hoogst genoten opleiding van ouders?
12. Wat voor werk hebben ouders en wat zijn de werktijden (hierbij specifieke aandacht voor het werk van de zwangere in relatie tot de zwangerschap)?
13. Wat is de visie op ouderschap? Hoe voelen ouders zich ten opzichte van het ongeboren kind?
14. Hoe ziet de dagstructuur eruit binnen het gezin?
15. Wat zijn de beschermende factoren binnen het gezin?
16. Is er sprake van een bepaalde geloofsovertuiging?

Omgeving en sociaal netwerk

1. Hoe is de hygiëne (opgeruimd/netjes) in het huis en ruikt het fris?
2. Hoe is de veiligheid in en rondom het huis?
3. Zijn er huisdieren aanwezig en hoe wordt daarvoor gezorgd?
4. In wat voor soort buurt is het huis gelegen (kindvriendelijk)?
5. Hoe is de financiële situatie? Zijn er schulden?
6. Is er sprake van huisvestingsproblemen (nu en na de bevalling)?

-
7. Is er een ondersteunend netwerk? Wie zijn dat en wat kunnen zij betekenen in deze situatie?

Hulpverlening

1. Is er sprake van hulpverlening? Zo ja, welke (vraag naar contactgegevens)?
2. Is er in het verleden hulpverlening ingezet? Zo ja, welke?
3. Wat zijn de positieve en negatieve ervaringen met betrekking tot eerder ingezette hulpverlening?
4. Hoe kijken ouders terug op de effectiviteit van de hulpverlening?
5. Wat voor hulpvraag of hulpvragen hebben de gezinsleden en zijn ze gemotiveerd voor hulpverlening?

Zwangerschap en bevalling

1. De hoeveelste zwangerschap is dit (inclusief miskramen)?
2. Indien van toepassing: zijn er bijzonderheden met betrekking tot eerdere zwangerschappen en bevallingen?
3. Weet de zwangere hoeveel weken ze zwanger is, en hoeveel weken is dat?
4. Hoe voelde de zwangere zich toen ze merkte dat ze zwanger was? Hoe voelt de zwangere zich nu over de zwangerschap? Hoe is haar stemming meestal tijdens de zwangerschap?
5. Is er sprake van een ongewenste of ongeplande zwangerschap?
6. Is er sprake van geassisteerde voortplanting (ICSI/IVF/IUI/ovulatie-inductie)?
7. Hoe kijkt de zwangere aan tegen de bevalling: wat denkt ze dat er gaat gebeuren en hoe denkt ze dat ze zich gaat voelen?
8. Heeft de zwangere angst dat er iets misgaat tijdens de bevalling?

Bijlage 2 | Aanvullende informatie omtrent juridische maatregelen

1. Kinderbeschermingsmaatregelen

De vertrouwensarts is op de hoogte van de verschillende kinderschermingsmaatregelen. Naast de (meest voorkomende) ondertoezichtstelling zijn er andere maatregelen te noemen, zoals de beëindiging van het ouderlijk gezag en een tijdelijke- of voorlopige voogdijmaatregel.

Ondertoezichtstelling

De kinderrechter kan een minderjarige onder toezicht stellen indien een minderjarige zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd. De ondertoezichtstelling kan volgens art. 1:255 BW worden ingezet.

Beëindiging van het ouderlijk gezag

De meest vergaande maatregel van kinderscherming is de beëindiging van het ouderlijk gezag. Deze wordt volgens art. 1:266 BW ingezet. Voor een toewijzing van een verzoek om gezagsbeëindiging moet volgens artikel 8 EVRM en artikelen 7 en 9 IVRK duidelijk zijn dat de zwaardere maatregel prevaleert boven de minder bezwarende maatregel van ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing. Het komt niet vaak voor dat het ouderlijk gezag wordt beëindigd tijdens de zwangerschap, zie bijvoorbeeld een uitspraak van de Rechtbank Overijssel uit 2016 waar de kinderrechter een verzoek om gezagsbeëindiging over een ongeboren kind afwees (ECLI:NL:RBOVE:2016:1796).

Voogdijmaatregelen

Er zijn twee bijzondere vormen van voogdij waarbij de ouder uit het gezag ontzet wordt: tijdelijke voogdij en voorlopige voogdij. Beide vormen worden gekenmerkt door hun tijdelijke aard. Het verschil tussen tijdelijke voogdij en voorlopige voogdij is dat er bij voorlopige voogdij sprake is van een hoog crisisgehalte en bij tijdelijke voogdij van het feit dat de gezaghebbende ouder tijdelijk het gezag niet kan uitoefenen. Dit is in tegenstelling tot de 'gewone' voogdij, die in principe uitgesproken wordt tot een kind meerderjarig is.

Tijdelijke voogdij

In relatie tot risicovolle zwangerschappen kan deze maatregel worden toegepast als:

- de zwangere minderjarig is;
- de zwangere onder curatele is gesteld en er geen andere ouder is die het gezag kan uitoefenen;
- de zwangere op grond van een geestelijke stoornis onmogelijk het gezag kan uitoefenen;
- na de bevalling niet-vrijblijvend toezicht nodig is om de veiligheid van de baby te waarborgen.

De tijdelijke voogdij duurt totdat de ouder het gezag weer heeft teruggevraagd aan de rechtbank en de ouder het gezag vervolgens heeft teruggekregen. Voor de uitoefening

van de voogdtaken gelden grotendeels dezelfde regels als bij 'normale' voogdij. Het accent zal bij minderjarige ouders wel anders liggen dan bij de andere gronden voor voogdij.

Voorlopige voogdij (VoVo)

Er is sprake van voorlopige voogdij bij een acute situatie die bedreigend is voor het kind. In relatie tot zeer risicovolle zwangerschappen kan deze maatregel worden toegepast als er sprake is van een crisissituatie, bijvoorbeeld in het geval van partnerdoding, kindontvoering of bij het te vondeling leggen van een baby. De schorsing van het gezag en voorlopige voogdij gelden in eerste instantie voor maximaal drie maanden.

2. Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. Een van de aandoeningen die valt onder een psychische aandoening is verslaving. De Wvggz regelt onder meer onder welke omstandigheden er verplichte zorg mogelijk is en welke vormen van verplichte zorg dit kunnen zijn.

De Wvggz kent twee gronden voor verplichte zorg: de crisismaatregel en de zorgmachtiging. De crisismaatregel kan worden toegepast wanneer de zorgmachtiging niet kan worden afgewacht. Er zijn in het kader van de Wvggz meerdere personen die (onderzoek naar de noodzaak voor) een crisismaatregel of zorgmachtiging kunnen starten. Vaststelling van een psychische stoornis in het kader van verplichte zorg is de expertise van de psychiater. De vertrouwensarts of de huisarts kan hier dus geen rol in spelen.

Voorwaarden voor verplichte zorg

Voordat verplichte zorg kan worden verleend moet voldaan zijn aan een aantal voorwaarden, waaronder:

1. De persoon heeft door een psychiater vastgestelde ggz-problematiek, zoals verslaving of zelfverwaarlozing.
2. De stoornis leidt tot ernstig nadeel voor de cliënt zelf of een ander, bijvoorbeeld de ongeboren baby.
3. Vrijwillige zorg is niet mogelijk.
4. Verplichte zorg is de enige manier om het ernstige nadeel weg te nemen en de verplichte zorg staat in verhouding tot het ernstige nadeel.

Verplichte zorg kan zowel een opname zijn, alsook ambulante hulpverlening (thuis of poliklinisch).

Wat staat er in de zorgmachtiging?

In de zorgmachtiging legt de rechter vast welke vormen van verplichte zorg toegepast kunnen worden. Hij kan afwijken van het zorgplan dat de zorgverantwoordelijke heeft opgesteld. De rechter kan ook besluiten dat een heel nieuw zorgplan nodig is. Zo nodig bepaalt de rechter dat de patiënt tijdelijk of blijvend in een forensisch psychiatrisch centrum wordt opgenomen.

Hoe lang duurt de zorgmachtiging?

De eerste zorgmachtiging duurt maximaal zes maanden. Daarna kan de officier van justitie weer een zorgmachtiging vragen. De rechter kan dan aansluitend een zorgmachtiging afgeven voor maximaal een jaar.

3. Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang (Wzd) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Met onvrijwillige zorg wordt bedoeld: zorg waarmee de cliënt of de vertegenwoordiger van de cliënt niet instemt en zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd, maar waartegen de cliënt zich verzet.

Voorwaarden voor onvrijwillige zorg

Voordat onvrijwillige zorg verleend kan worden, moet voldaan zijn aan een aantal voorwaarden, waaronder:

1. De persoon heeft een verklaring van een deskundige arts of een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor langdurige zorg, waaruit blijkt dat de persoon in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is aangewezen op zorg.
2. De beperking leidt tot ernstig nadeel voor de cliënt zelf of een ander, bijvoorbeeld de ongeboren baby.
3. Vrijwillige zorg is niet mogelijk.
4. Onvrijwillige zorg is de enige manier om het ernstige nadeel weg te nemen en de onvrijwillige zorg staat in verhouding tot het ernstige nadeel.

Onvrijwillige zorg kan zowel een opname zijn, alsook ambulante hulpverlening (thuis of poliklinisch).

Bijlage 3 | Bronvermelding en nuttige websites

Bronvermelding

In de tekst van de richtlijn staan verwijzingen naar onderstaande artikelen. De artikelen zijn voorzien van een zogenoemde hyperlink: door het artikel aan te klikken, wordt een website met het desbetreffende artikel geopend.

- [Augeo Magazine \(2016\). *Zo werk jij traumasensitief*.](#)
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Boonekamp, J., Berghmans, R., Dondorp, W., & de Wert, G. (2012). Zorg voor verslaafde zwangere vrouwen: rechtvaardiging van drang en dwang. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 257-266.
- Croes, E., & de Josselin de Jong, S. (2014). *Roken en zwangerschap. Overzicht van de stand van zaken uit de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- [Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K., & Saftlas, A. F. \(2016\). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123, 1289-1299.](#)
- Dwang in de Zorg (z.d.). *Dwang in de zorg. Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang*.
- [Erasmus MC \(2016\). *Factsheet R4U*.](#)
- Federatie Medisch Specialisten (2012). *SSRI en zwangerschap*.
- Gezondheidsraad (2005). *Dossier Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*.
- Gezondheidsraad (2007). *Dossier Preconceptiezorg: voor een goed begin*.
- [Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. \(2016\). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 133, 269-276.](#)
- Kwakman, E. (2017). *Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling*.
- Memorie van Toelichting (2010). *Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)*.
- Mennes, M., Bergh, B. R. H., van den Lagae, L., & Stiers, P. (2009). Developmental brain alterations in 17 year old boys are related to antenatal maternal anxiety. *Clinical Neurophysiology*, 120, 1116-1122.
- Mind2Care (n.d.). *Mind2Care*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 12 september). *Actieprogramma Kansrijke Start*.
- [Nederlands Centrum Jeugdgezondheid \(NCJ\) \(2016\). *JGZ-richtlijn kindermishandeling*.](#)
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (2014). *Prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg*.
- Nederlands Jeugdinstituut (n.d.). *Definitie en vormen - kindermishandeling*.
- NCJ (2020, 1 april). *Stresshantering binnen de 'window of tolerance'*.

- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Erasmus MC, TNO, & Veilig Thuis (2018, 1 november). *Factsheet Kwetsbare zwangeren en bescherming van het ongeboren kind*.
- Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., Murray, R. M., & Hultman, C. M. (2002). Women with schizophrenia: Pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophrenia Research*, 58, 221-229.
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., & Petrova, D. (2020). Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: A meta-analysis with socioeconomic context indicators. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222, 123-133.
- Räikkönen, K., Seckl, J. R., Pesonen, A. K., Simons, A., & van den Bergh, B. R. H. (2011). Stress, glucocorticoids and liquorice in human pregnancy: Programmers of the offspring brain. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 14, 590-603.
- Rechtbank Rotterdam (2020, 28 april). *ECLI:NL:RBROT:2020:3814*.
- Ten Berge, I. J., & Bakker, A. (2009, 29 juli). Veilig Thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie. *Nederlands Jeugdinstituut*.
- TNO (n.d.). *Vroeg erbij. ALPHA-NL*.
- Tuithof, M., Siau, R., van Dorsselaer, S., & Monshouwer, K. (2017). *Factsheet Monitor Zwangerschap en Middelengebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Meer, L., Ernst, H., Blanchette, L., & Steegers, E. (2020). Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk? *Medisch Contact*, 22, 34-36.
- Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2012). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Focus*, 10, 51-66.
- Wuffraat, A., Blanchette, L., Bertens, L., Ernst, H., van der Meer, L., de Graaf, H., & Steegers, E. (2019). Definitie kwetsbaarheid - zwangere vrouwen. *Gemeente Rotterdam en Erasmus MC*.
- ZonMw (2017). *Foetaal Alcohol Spectrum Stoornis (FASD)*.

Nuttige websites

In onderstaande artikelen of websites is nuttige informatie te vinden met betrekking tot kwetsbare zwangerschappen. Naar deze bronnen wordt niet verwezen in de tekst. Ook deze bronnen zijn voorzien van een hyperlink.

- Geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap (Lareb)
- Handelingsprotocol Veilig Thuis
- Handreiking Kwetsbare Zwangeren. Deel 1: Stappenplan voor netwerkvorming vanuit het VSV (KNOV)
- [Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren \(College Perinatale Zorg\)](#).
- Klantroutes Kansrijke Start
- Landelijke Kennispunt Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ)
- Nu Niet Zwanger
- Richtlijn medisch-complexe vormen van kindermishandeling (VVAK)
- Stevig Ouderschap
- Toelichting op Atlas Kwetsbaarheid (Erasmus MC & Bernard van Leer Foundation)
- Trimbos-instituut
- VoorZorg