

De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's

Aan: minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2018/11, Den Haag 22 mei 2018

Gezondheidsraad



inhoud

Samenvatting	3		
01 Inleiding	7		
1.1 Aanleiding en adviesvraag	8		
1.2 Afbakening	9		
1.3 Selectie en beoordeling van literatuur	10		
1.4 Actoren voor wie dit advies relevant is	10		
1.5 Leeswijzer	11		
02 Gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen	12		
2.1 Ernstige negatieve jeugdervaringen en problematiek op latere leeftijd	13		
2.2 Mechanismen van ernstige negatieve jeugdervaringen	15		
2.3 Differentiële ontvankelijkheid	16		
03 De ouder-kindrelatie en de ontwikkeling van kinderen	18		
3.1 De ouder-kindrelatie	19	3.3 Beschermend effect van een goede ouder-kindrelatie in aanwezigheid van risicofactoren	21
3.2 Gehechtheid, sensitiviteit en de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen	20	3.4 Intergenerationele overdracht	22
		04 Effectiviteit van preventie via de ouder-kindrelatie	24
		4.1 Vraagstelling, selectie van literatuur, interpretatie van resultaten	25
		4.2 Effectiviteit van interventies gericht op ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid	26
		4.3 Effectiviteit van interventies gericht op preventie van kindermishandeling	27
		4.4 Effectieve interventies in de Nederlandse praktijk	28
		05 Kennisinfrastructuur en implementatie	31
		5.1 Knelpunten binnen de Nederlandse kennisinfrastructuur	32
		5.2 Effectieve elementen van preventieve interventies	32
		5.3 Signaleringsinstrumenten	33
		06 Advies	35
		Literatuur	42



samenvatting

Bij kinderen met traumatische ervaringen (ernstige negatieve jeugdervaringen), worden op latere leeftijd meer gezondheidsproblemen gezien. Ernstige negatieve jeugdervaringen zijn bijvoorbeeld emotionele en fysieke mishandeling en verwaarlozing, seksueel misbruik, het meemaken van huiselijk geweld (deze vallen alle onder de definitie van kindermishandeling), echtscheiding, psychische problemen of detentie van ouders. De afgelopen jaren is er in de jeugdsector veel aandacht voor het belang van gehechtheid voor de ontwikkeling van kinderen. Hoe belangrijk is een veilige gehechtheid voor de gezonde ontwikkeling van kinderen? En hoe effectief zijn interventies die gericht zijn op het verbeteren van gehechtheidsrelaties om ernstige negatieve jeugdervaringen (en hun gevolgen) te voorkomen? Daarover gaat dit advies. Het is opgesteld op verzoek van de toenmalige staatssecretaris van VWS, door

de Commissie Vroegkinderlijke gehechtheid en de preventie van jeugdtrauma's.

De commissie heeft de stand van wetenschap op een rij gezet. Er is om te beginnen gekeken naar de verbanden tussen ernstige negatieve jeugdervaringen en gezondheidsproblemen. Daarna heeft de commissie zich gericht op de relatie tussen een goede ouder-kindrelatie (ouderlijke sensitiviteit en veilige gehechtheid) en de preventie van (de gevolgen van) ernstige negatieve jeugdervaringen. Als het gaat om het voorkómen van ernstige negatieve jeugdervaringen, beperkt de commissie zich tot die ernstige negatieve jeugdervaringen die te beïnvloeden zijn via de ouder-kindrelatie. Dan gaat het feitelijk om de preventie van kindermishandeling. Immers, een goede ouder-kindrelatie voorkomt geen scheiding, psychische problemen of detentie van ouders. Wel kan verbetering van de ouder-kindrelatie mogelijk

beschermen tegen de nadelige gevolgen die kinderen kunnen ondervinden als gevolg van deze ernstige negatieve jeugdervaringen, omdat het de weerbaarheid van kinderen zou kunnen vergroten.

Verband ernstige negatieve jeugdervaringen en gezondheid

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er een verband is tussen ernstige negatieve jeugdervaringen, vooral kindermishandeling, en het ontstaan van gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Daarbij gaat het in de eerste plaats om psychische problemen, maar kan het ook gaan om lichamelijke aandoeningen als diabetes, hart- en vaatziekten en longziekten. Kinderen verschillen door genetische aanleg en door omgevingsfactoren in de gevoeligheid voor tegenslag. Dat maakt dat de langetermijneffecten van ernstige negatieve jeugdervaringen tussen kinderen kunnen verschillen.



De ouder-kindrelatie en de ontwikkeling van kinderen

Een goede ouder-kindrelatie is onder meer gebaseerd op sensitiviteit van de ouder (verzorger) jegens het kind (het herkennen en adequaat beantwoorden van signalen van het kind) en uit zich in een veilige gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind. Er is een verband tussen veilige gehechtheid en een positieve sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Een onveilige gehechtheidsrelatie houdt daarentegen verband met een verhoogde kans op gedragsproblemen bij het kind. Ook zijn er aanwijzingen dat een goede ouder-kindrelatie een beschermende factor zou kunnen zijn wanneer kinderen opgroeien onder ongunstige omstandigheden (bijvoorbeeld ernstige negatieve jeugdervaringen meemaken), doordat zij dan weerbaarder zijn. Een goede ouder-kindrelatie blijkt daarnaast verband te houden met een kleinere kans op kindermishandeling.

Ernstige negatieve jeugdervaringen kunnen worden doorgegeven van generatie op gene-

ratie. Bij ouders die zelf als kind mishandeld zijn, is er bijvoorbeeld een extra risico dat zij hun kinderen mishandelen. Dit risico is op zichzelf echter klein. Daarom is volgens de commissie een focus op intergenerationele overdracht boven andere risicofactoren niet wenselijk. Belangrijke risicofactoren voor kindermishandeling zijn onder andere ouders die kampen met psychische problemen, criminaliteit (deze vormen beide op zichzelf ook ernstige negatieve jeugdervaringen), of ouders die hun kind als probleem zien.

Effectiviteit van interventies

Er bestaat een groot aantal interventies met als doelstelling om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat deze interventies bij een brede groep gezinnen effectief kunnen zijn, al zijn de effecten gemiddeld genomen niet groot. De effectiviteit is groter als interventies worden ingezet als een kind zes maanden of ouder is dan tijdens de zwangerschap en de eerste levensmaanden. Onderzoek in onder

andere Nederland laat zien dat interventies waarbij gebruikgemaakt wordt van videofeedback leiden tot een hogere sensitiviteit en responsiviteit bij de ouder. Er zijn onvoldoende gegevens om te beoordelen of interventies alleen gericht op het verbeteren van sensitiviteit en gehechtheid er uiteindelijk bij sommige gezinnen ook toe leiden dat kindermishandeling voorkomen wordt. Ook zijn er onvoldoende gegevens om te beoordelen of deze interventies kunnen beschermen tegen de nadelige gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen door kinderen weerbaarder te maken.

Daarnaast zijn er ook interventies die (onder andere) beogen kindermishandeling te voorkomen of te doen ophouden. Deze interventies bestaan over het algemeen uit meerdere componenten om de situatie van gezinnen te verbeteren, waaronder ook de ouder-kindrelatie. De effectiviteit van deze interventies neemt toe naarmate de problemen in een gezin groter zijn. In gezinnen waar al sprake is van kindermishandeling kunnen ze bijdragen aan het stoppen van



mishandeling. Bij gezinnen waar alleen sprake is van risicofactoren voor kindermishandeling is het effect minder goed te duiden. Gemiddeld genomen hebben interventies om kindermishandeling te voorkomen bij deze gezinnen geen of nauwelijks effect. Van enkele interventies is echter wel aangetoond dat zij effectief zijn om mishandeling te voorkomen, maar dan alleen bij gezinnen met een specifieke combinatie van risicofactoren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit Nederlands onderzoek naar de interventie VoorZorg. Ook kunnen sommige interventies risicofactoren voor kindermishandeling verminderen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit Nederlands onderzoek naar de interventies PCIT (*Parent Child Interaction Therapy*) en Stevig ouderschap. Er zijn onvoldoende gegevens om te beoordelen wat het langetermijneffect (op de gezondheid) is van interventies die kindermishandeling voorkomen of risicofactoren verminderen.

Knelpunten op het gebied van kennis en signalering

Van de meeste interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren en interventies om kindermishandeling te voorkomen die in Nederland worden toegepast is niet bekend of ze effectief zijn. Dat interventies effectief zijn is belangrijk, omdat tijd en middelen schaars zijn en omdat interventies ongewenste neveneffecten kunnen hebben en zelfs averechts kunnen werken als ze bij de verkeerde doelgroep worden toegepast.

De eerste stap van gerichte preventie is dat de doelgroepen die in aanmerking komen voor interventies in beeld komen bij de verschillende professionals die met ouders en kinderen werken. De commissie constateert dat de signalering van gezinnen met (een combinatie van) risicofactoren en gezinnen waarbij er sprake is van een ouder-kindrelatie die onder druk staat,

nu tekortschiet. Momenteel worden instrumenten ontwikkeld om te signaleren in hoeverre ouders sensitief zijn en of er sprake is van onveilige gehechtheid. Instrumenten om risicofactoren voor kindermishandeling op te sporen zijn er wel al, maar deze zijn slechts matig voorspellend voor het daadwerkelijk optreden van mishandeling. Instrumenten om kindermishandeling te signaleren kennen eveneens problemen wat betreft betrouwbaarheid, daarbij worden zij in veel sectoren nog onvoldoende gebruikt en zijn nog maar zelden getoetst.

Advies

De commissie adviseert om niet aan alle ouders in Nederland interventies aan te bieden om ouderlijke sensitiviteit of gehechtheid te verbeteren. Zij vindt dat er op dit moment te weinig bewijs is dat dit voldoende effectief is in een algemene populatie en dat de voordelen opwegen tegen de mogelijke nadelen.



Volgens de commissie zou er een gedifferentieerd aanbod van bewezen effectieve interventies beschikbaar moeten zijn. Voor gezinnen waar al sprake is van kindermishandeling gaat het om bewezen effectieve interventies om de mishandeling te laten stoppen, waarvan verbeteren van ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid deel uit kunnen maken. Voor gezinnen waar risicofactoren voor kindermishandeling aanwezig zijn gaat het om bewezen effectieve interventies om kindermishandeling te voorkomen en/of om bewezen effectieve interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. Voor ouders die aangeven dat zij problemen onderkennen in de relatie met hun kind gaat het om

bewezen effectieve interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. Het is van belang dat de hulpbehoefte van gezinnen goed wordt ingeschat, zodat de juiste interventie op het juiste moment wordt ingezet (geen lichte hulp bij zwaardere problemen en ook geen overbehandeling bij lichte problemen).

De commissie beveelt aan om het gebruik van bewezen effectieve interventies in de praktijk te bevorderen. Dit kan onder andere door de Data-bank Effectieve Jeugdinterventies te gebruiken bij de keuze van interventies en daarbij uit te gaan van het bewijs dat er is voor effectiviteit. Ook moet er aandacht zijn voor implementatie

van interventies, omdat een verkeerde implementatie ten koste kan gaan van de effectiviteit. Dit vraagt om scholing van professionals die te maken hebben met de zorg voor kinderen en gezinnen. De commissie beveelt onderzoek aan naar kennishiaten, met name op het gebied van effectiviteit van interventies en van signalering.

Tot slot adviseert de commissie ervoor te zorgen dat de kennis die in dit advies gebundeld is, wordt verspreid onder professionals in het jeugdveld, de geboortezorg en professionals in de gezondheidszorg die met gezinnen te maken hebben.



01 inleiding



1.1 Aanleiding en adviesvraag

Van de ongeveer 3,5 miljoen kinderen tot 18 jaar die Nederland telt, zijn er honderdduizenden die traumatische ervaringen hebben meegemaakt of een verhoogd risico lopen op dergelijke ervaringen (zie kader). De gevolgen daarvan zijn niet alleen op korte termijn merkbaar, maar werken door tot in de volwassenheid: deze kinderen kampen op latere leeftijd vaker met psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen.^{4,5} Ook zijn er aanwijzingen dat (jeugd)trauma's van generatie op generatie kunnen worden doorgegeven.^{6,7}

Voorbeelden van grote groepen kwetsbare kinderen in Nederland, omvang groepen bij benadering

Ongeveer 119.000 kinderen worden fysiek of emotioneel mishandeld of verwaarloosd (jaarprevalentie gebaseerd op cijfers gepubliceerd in 2010).¹

Ongeveer 577.000 kinderen hebben een ouder met psychische of verslavingsproblematiek (jaarprevalentie gebaseerd op cijfers gepubliceerd in 2010).²

Jaarlijks zijn ongeveer 70.000 thuiswonende kinderen (tot 22 jaar) betrokken bij het verbreken van een relatie tussen beide ouders (incidentie gebaseerd op cijfers gepubliceerd in 2010).³

De laatste jaren is er in de jeugdsector steeds meer aandacht voor de gehechtheidsrelatie tussen kinderen en hun ouders of verzorgers, vaak aangeduid met de term 'hechting'. De aanname is dat een veilige gehechtheidsrelatie bijdraagt aan de gezonde ontwikkeling van kinderen, terwijl een onveilige gehechtheidsrelatie nadelig is.

De toenmalige staatssecretaris van VWS heeft de Gezondheidsraad verzocht hierover te adviseren en daarbij in te gaan op de volgende vragen.

- Wat is de relatie tussen vroegkinderlijke hechting, traumatisering in diverse stadia van de ontwikkeling en de (latere) fysieke en psychische gezondheid?
- Welke (risico)factoren hebben invloed op het ontstaan van jeugdtrauma's? Waarom hebben sommige kinderen daar meer last van dan andere kinderen (ofwel wat zijn de 'beschermende' factoren)?
- Welke interventies op het gebied van zorg en preventie kunnen effectief zijn om veilige hechting te bevorderen, jeugdtrauma's te voorkomen, dan wel het effect van deze traumatische ervaringen te beperken?

Ter beantwoording van de vragen is de Commissie Vroegkinderlijke gehechtheid en de preventie van jeugdtrauma's ingesteld. Dit advies als geheel vormt het antwoord op de vragen. Het advies is getoetst in de beraadsgroepen Gezondheidszorg en Volksgezondheid en door de voor-zitter van de Gezondheidsraad aangeboden aan de minister. De adviesvraag, de samenstelling van de commissie en de aanbiedingsbrief zijn te vinden op www.gezondheidsraad.nl.



1.2 Afbakening

Bij de bespreking van de adviesvragen heeft VWS aangegeven behoefte te hebben aan een advies dat zich richt op preventie van jeugdtrauma's. Dat betekent dat het advies niet gaat over interventies die kunnen worden ingezet voor de behandeling van reeds getraumatiseerde kinderen, een onderwerp dat ook erg belangrijk is voor de jeugdsector. De commissie verwijst voor informatie over de behandeling van trauma's naar het Gezondheidsraadadvies 'Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling' uit 2011, met de kanttekening dat er sinds het verschijnen van dat advies de nodige wetenschappelijke ontwikkelingen zijn geweest.⁸

In de adviesvraag wordt de term 'jeugdtrauma's' gebruikt, waarmee specifieke gebeurtenissen bedoeld worden: emotioneel, fysiek en seksueel misbruik, emotionele en fysieke verwaarlozing, huiselijk geweld, scheiding, psychische problemen in het gezin, een van de ouders in de gevangenis. Omdat het begrip 'jeugdtrauma's' ook breder geïnterpreteerd kan worden, namelijk als ingrijpende gebeurtenissen of ervaringen tijdens de jeugd met negatieve gevolgen, gebruikt de commissie in dit advies de term 'ernstige negatieve jeugdervaringen' waarmee zij de gebeurtenissen uit de adviesvraag bedoelt. Dit is equivalent aan de term *adverse childhood experiences* (ACE's).

De adviesvraag spreekt van 'hechting', dat in de wetenschappelijke literatuur vaak wordt aangeduid als 'gehechtheid'. Omdat gehechtheid nauw samen blijkt te hangen met ouderlijke sensitiviteit, heeft de commissie dit laatste begrip ook nadrukkelijk bij dit advies betrokken. Gehechtheid en ouderlijke sensitiviteit zijn belangrijke aspecten van de ouder-kindrelatie. Deze termen komen in het advies veelvuldig voor, en worden in hoofdstuk 3 nader gedefinieerd. De commissie richt zich op de ouder-kindrelatie (geoperationaliseerd als ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid) als aangrijpingspunt voor preventie. Dit betekent dat andere aangrijpingspunten voor de preventie van ernstige negatieve jeugdervaringen in dit advies niet aan bod komen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de aanpak van psychische en verslavingsproblematiek, van scheidingen, detentie, of van risicofactoren daarvoor bij ouders, kinderen of in de omgeving.

De focus op de rol van gehechtheid maakt dat de commissie bij de preventie van ernstige negatieve jeugdervaringen alleen heeft gekeken naar die ernstige negatieve jeugdervaringen die door verbetering van de ouder-kindrelatie te beïnvloeden zijn. Hierbij gaat het om het voorkomen van emotioneel, fysiek en seksueel misbruik en emotionele en fysieke verwaarlozing, oftewel om kindermishandeling (zie kader). Het is immers niet te verwachten dat verbetering van de ouder-kindrelatie kan voorkomen dat ouders gaan scheiden, dat zich psychische problemen of huiselijk geweld voordoen of dat een van de ouders in detentie terecht komt. Wel kan verbetering van de ouder-kindrelatie mogelijk beschermen tegen de nadelige gevolgen die kinderen kunnen ondervinden als gevolg



van deze ernstige negatieve jeugdervaringen. Dit betekent dat dit advies voor een belangrijk deel gaat over kindermishandeling, maar dat de commissie waar relevant ook andere ernstige negatieve jeugdervaringen in ogenschouw neemt.

Definitie van kindermishandeling

De definitie van kindermishandeling is vastgelegd in de Jeugdwet: *Elke vorm van 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.*

Wanneer de commissie het over kindermishandeling heeft volgt zij deze definitie. Wanneer zij het over specifieke vormen van kindermishandeling heeft, wordt dit aangegeven.

De commissie gebruikt in dit advies omwille van de leesbaarheid de term 'ouders', daarmee bedoelt zij de belangrijkste verzorgers van het kind, aan wie het kind zich primair kan hechten. Dit kunnen anderen zijn dan de biologische ouders.

In de literatuur over gehechtheid wordt met name gesproken over *early childhood* (vroege kindertijd). Interventies die betrekking hebben op ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid richten zich veelal op kinderen tot 6 jaar, en soms op zwangere vrouwen. Dit advies gaat daarom voornamelijk over de ouder-kindrelatie bij kinderen van -9 maanden tot 6 jaar oud,

oftewel 'het jonge kind'. Wanneer de literatuur daar aanleiding toe geeft, komen incidenteel ook oudere kinderen ter sprake.

Waar de commissie in dit advies spreekt van verband bedoelt zij dat er sprake is van een correlatie of associatie. Wanneer het verband causaal van aard is, gebruikt ze de term effect.

1.3 Selectie en beoordeling van literatuur

De commissie heeft zich bij haar beoordeling van de resultaten uit de internationale wetenschappelijke literatuur in eerste instantie gebaseerd op systematische reviews en meta-analyses van meerdere studies en pas in tweede instantie op individuele studies. Daarbij zijn de analyses verschenen in de afgelopen vijf jaren, die de meeste en meest recente studies omvatten, als leidend beschouwd. De resultaten van oudere analyses zijn meegenomen indien daar aanleiding toe was, bijvoorbeeld omdat er geen recentere analyse beschikbaar was, of omdat een vergelijking wenselijk was.

1.4 Actoren voor wie dit advies relevant is

Dit advies is relevant voor professionals in het jeugdveld die met jonge gezinnen te maken hebben, zoals verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, pedagogisch medewerkers in de kinderopvang, leerkrachten, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, pedagogen, kinder- en jeugdpsychologen, psychiaters en voor jeugd- en



gezinsteam (wijkteam). Delen van het advies zijn daarnaast mogelijk relevant voor justitiële organisaties zoals gecertificeerde instellingen die zich bezighouden met in ontwikkeling bedreigde kinderen. Ten slotte is dit advies ook relevant voor gemeenten als financier en beleidsverantwoordelijke op het terrein van de zorg voor de jeugd.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijft de commissie wat er wetenschappelijk bekend is over het verband tussen het meemaken van ernstige negatieve jeugdervaringen en gezondheidsuitkomsten op latere leeftijd. Vervolgens gaat zij in hoofdstuk 3 in op het verband tussen de ouder-kindrelatie (specifiek

ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid) en sociaal-emotionele uitkomsten bij kinderen. Hoofdstuk 4 gaat over de effectiviteit van interventies om de ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren en over de effectiviteit van interventies om kindermishandeling te voorkomen. Daarin komt zowel de internationale als de Nederlandse literatuur aan bod. Hoofdstuk 5 behandelt kennisinfrastructuur en implementatie. In het slothoofdstuk formuleert de commissie haar aanbevelingen.

Bij dit advies hoort een achtergronddocument, getiteld [Onderzoek naar effectiviteit van preventie via de ouder-kindrelatie](#). Hierin staat uitgebreide informatie over het onderzoek naar interventies om de ouder-kindrelatie te verbeteren en interventies om kindermishandeling te voorkomen.



02 gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen



Ernstige negatieve jeugdervaringen houden verband met het ontstaan van psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Dergelijke ervaringen hebben niet bij alle kinderen hetzelfde effect, omdat kinderen verschillen in de gevoeligheid voor hun omgeving.

2.1 Ernstige negatieve jeugdervaringen en problematiek op latere leeftijd

De *Adverse Childhood Experience (ACE)*-studie van Felitti e.a.⁴ wordt algemeen gezien als een van de belangrijkste onderzoeken naar de gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen voor de gezondheid op latere leeftijd. De ACE-studie is een retrospectieve cohortstudie, waaraan 17.000 mensen (gemiddelde leeftijd 57 jaar) uit de Amerikaanse middenklasse deelnamen. Ernstige negatieve jeugdervaringen waren gecategoriseerd in tien categorieën (zie paragraaf 1.2). Uit de studie bleek dat mensen met een opeenstapeling van ernstige negatieve jeugdervaringen op latere leeftijd niet alleen vaker lijden aan psychische aandoeningen, maar ook aan somatische (chronische) aandoeningen als diabetes, astma en hart- en vaatziekten en aan psychosomatische klachten zoals hoofdpijn en buikpijn.^{4,5,9} In Nederland is de ACE-vragenlijst door TNO afgenomen onder ongeveer 2.200 volwassenen.¹⁰ Van de respondenten had naar eigen zeggen 44% één of meerdere ACE's meegemaakt. Van de oorspronkelijke Amerikaanse populatie rapporteerde 64% één of meerdere ACE's te hebben meegemaakt. Een vergelijkbaar percentage had echter vier of meer ACE's meegemaakt: 11% van het Nederlandse cohort

en 13% van het Amerikaanse cohort. Dat een groter deel van het Amerikaans cohort rapporteerde één of meerdere ACE's te hebben meegemaakt zou een verschil in prevalentie weer kunnen geven, maar zou ook verklaard kunnen worden door cultuurverschillen (waardoor vragenlijsten anders worden ingevuld) en verschillen in de onderzochte populaties.¹⁰

Maten voor de grootte van effecten en verbanden

De commissie volgt voor het aanduiden van de grootte van effecten of verbanden de indexen die ook in de besproken artikelen wordt gebruikt, namelijk *odds ratio*, *Pearson's r* en *Cohen's d*.

Odds ratio

De odds ratio (OR) beschrijft de verhouding tussen de kansen op een uitkomst bij twee verschillende groepen. Het is belangrijk om te beseffen dat de OR niet hetzelfde is als het relatief risico (RR) op een uitkomst. Dit verschil laat zich illustreren door een hypothetisch voorbeeld: stel men vergelijkt twee groepen volwassenen van ieder 100 personen. Groep 1 is als kind mishandeld, groep 2 is dat niet. Binnen groep 1 hebben 45 personen psychische klachten. Binnen groep 2 hebben 15 personen psychische klachten. De kans op psychische klachten (het relatieve risico) is daarmee $0,45:0,15 = 3$ keer zo groot bij de groep die mishandeld is. De verhouding tussen personen met en zonder klachten is binnen groep 1 $45:55 = 0,81$ en binnen groep 2 $15:85 = 0,18$. De odds ratio is daarmee $0,81:0,18 = 4,5$. Aan dit voorbeeld is goed te zien dat de OR het verschil tussen twee groepen ogenschijnlijk kan uitvergrooten. Bij heel kleine kansen is de OR vergelijkbaar met het RR.

Pearson's r

Deze maat geeft het verband tussen twee variabelen weer en wordt vaak gebruikt om de mate van variatie te beschrijven die door een onderzochte factor of interventie verklaard wordt. *r* ligt tussen -1 en 1, waarbij -1 betekent dat er een perfect negatief lineair verband is tussen twee variabelen, 1 betekent dat er een perfect positief lineair verband is en 0 betekent dat er geen lineair verband is. Een *r* van 0,1 wordt beschouwd als klein, een *r* van 0,3 als middelmatig en een *r* van 0,5 of meer als groot.



Cohen's d

Deze maat wordt gedefinieerd als het verschil tussen twee gemiddelden gedeeld door de samengestelde standaarddeviatie van de data van beide groepen. De twee gemiddelden kunnen bijvoorbeeld twee groepen met verschillende eigenschappen betreffen of een interventie- en een controlegroep.

De commissie volgt in dit advies de volgende veel gebruikte indeling bij de waardering van d:^{11,12}

d	Waardering effect of verband
Tussen 0,0-0,19	Verwaarloosbaar klein
Tussen 0,20-0,49	Klein
Tussen 0,50-0,79	Middelmatig
Tussen 0,80-1,19	Groot
Groter dan 1,20	Zeer groot

Overigens is de context belangrijk bij de interpretatie: een klein verband of effect kan heel belangrijk zijn, afhankelijk van de uitkomstmaat en doelgroepen waarnaar gekeken wordt en de aard van de variabelen. Bij studies naar de verbanden tussen variabelen zijn vaak alleen kleine uitkomsten te verwachten. De commissie heeft daarom ook aangegeven wanneer auteurs van studies de omvang van verbanden of effecten anders interpreteren dan de verdeling zoals hierboven aangegeven.

Het betrouwbaarheidsinterval (BI) betekent dat de grootte van het effect of verband met 95% zekerheid tussen de onderste en bovenste waarde ligt.

De bevindingen uit de oorspronkelijke ACE-studie zijn inmiddels in tal van andere studies en een aantal meta-analyses onderzocht. Uit de recente systematische review en meta-analyse van Hughes e.a. uit 2017 (37 studies) bleek dat mensen die vier of meer ACE's hadden meegemaakt, een verhoogd risico hadden op alle onderzochte negatieve gezondheids-

uitkomsten.^{13a} De verbanden waren vooral groot tussen ACE's en problematisch drugsgebruik en geweld (OR >7) en seksueel risicogedrag, psychische gezondheidsproblemen en problematisch alcoholgebruik (OR 3-6). In mindere mate was er ook een verband met een door de deelnemers zelf als slecht beoordeelde gezondheid, kanker, hart- en vaatziekten en longziekten (OR 2-3) en fysieke inactiviteit, overgewicht en diabetes (OR <2).

De grootte van het verband tussen ernstige negatieve jeugdervaringen en slechte gezondheidsuitkomsten is behalve van het aantal ervaringen ook afhankelijk van het soort ervaringen waaraan iemand is blootgesteld. Zo kan op basis van een systematische review van 65 studies geconcludeerd worden dat emotionele, fysieke en seksuele mishandeling, verwaarlozing en het meemaken van huiselijk geweld van alle ernstige negatieve jeugdervaringen het sterkst samenhangen met het ontwikkelen van depressie, angststoornissen en verslavingsproblematiek.¹⁴ De systematische review en meta-analyse van Norman e.a. uit 2012 (124 studies) beschrijft verbanden tussen verschillende vormen van kindermishandeling en een reeks van psychische en lichamelijke uitkomsten.¹⁵ De meest robuuste verbanden waren als volgt:

- Depressie: fysieke mishandeling OR 1,54 (BI 1,16-2,04); emotionele mishandeling OR 3,06 (2,43-3,85); verwaarlozing OR 2,11 (BI 1,61-2,77);

^a Daarbij werd een bredere definitie van ACE's gehanteerd dan bij Felitti het geval was.



- Drugsgebruik: fysieke mishandeling OR 1,92 (BI 1,67-2,20); emotionele mishandeling OR 1,41 (BI 1,11-1,79); verwaarlozing OR 1,36 (BI 1,21-1,54);
- Zelfmoordpogingen: fysieke mishandeling OR 3,40 (BI 2,17-5,32); emotionele mishandeling OR 3,37 (BI 2,44-4,67); verwaarlozing OR 1,95 (BI 1,13-3,37);
- SOA's en seksueel risicogedrag: fysieke mishandeling OR 1,78 (BI 1,50-2,10); emotionele mishandeling OR 1,75 (BI 1,49-2,04); verwaarlozing OR 1,57 (BI 1,39-1,78).

Norman e.a. includeerden in hun analyse 42 studies waarin het verband tussen verschillende vormen van kindermishandeling en fysieke gezondheidsuitkomsten werd onderzocht.¹⁵ Voor het grootste deel van deze uitkomsten konden geen betrouwbare conclusies worden getrokken. Wel was er een klein verband tussen fysieke (OR 1,32; BI 1,06-1,64) en emotionele mishandeling (OR 1,24; BI 1,13-1,36) en obesitas op latere leeftijd. Een dergelijk verband werd niet gerapporteerd tussen verwaarlozing en obesitas. De systematische review en meta-analyse van Hemmingsson e.a. uit 2014 (23 cohortstudies) rapporteerde eveneens een klein verband (OR 1,34; BI 1,24-1,45) tussen kindermishandeling en obesitas.¹⁶

De meta-analyses die hier zijn beschreven hebben niet dezelfde vraagstelling en inclusiecriteria, wat de verschillen in uitkomsten kan verklaren. Ondanks de verschillen wijzen de resultaten echter in dezelfde richting:

dat er een verband is tussen ernstige negatieve jeugdervaringen, vooral kindermishandeling, en psychische en lichamelijke gezondheidsuitkomsten op langere termijn. Daarmee is nog geen causaliteit aangetoond. Er zijn een aantal plausibele (samenhangende) mechanismen geïdentificeerd waarmee het effect van ernstige negatieve jeugdervaringen op langere termijn gemedieerd zou kunnen worden. Dit maakt een causaal verband aannemelijker. Deze mechanismen worden in de volgende paragraaf kort beschreven.

2.2 Mechanismen van ernstige negatieve jeugdervaringen

Psychische mechanismen

Ernstige negatieve jeugdervaringen hebben effect op de psychische gezondheid van kinderen. Dit is bij kinderen en adolescenten die mishandeld of verwaarloosd zijn goed onderzocht. Bij deze groep is er sprake van veranderingen in het functioneren van de hersenen als het gaat om het verwerken van angst en dreiging, het verwerken van beloningsprikkelers, emotieregulatie en het executief functioneren, zo blijkt uit beeldvormend hersenonderzoek.¹⁷ Dit is zelfs het geval bij mishandelde kinderen en adolescenten die (nog) geen symptomen van psychische stoornissen vertonen. Er wordt gedacht dat deze veranderingen in eerste instantie een functionele aanpassing zijn aan de omgeving waar deze kinderen in opgroeien, maar dat zij zorgen voor een latente psychische kwetsbaarheid die de kans op stoornissen op latere leeftijd vergroot.



Psychische stoornissen openbaren zich vaak op jongere leeftijd en gaan samen met ernstigere en meer persistente klachten bij volwassenen die als kind mishandeld zijn dan bij andere volwassenen.¹⁸⁻²¹ Deze bevindingen gelden overigens niet voor volwassenen die andere ernstige negatieve jeugdervaringen hebben meegemaakt, met name scheiding van de ouders.^{19,20} Psychische stoornissen zijn op hun beurt geassocieerd met een verhoogd risico op fysieke klachten, waaronder cardiometabole aandoeningen.²²

Gedragsmatige mechanismen

Het meemaken van (meerdere) ernstige negatieve jeugdervaringen houdt verband met ongezond gedrag zoals roken, overmatig alcohol- en drugsgebruik en een ongezond eet- en beweegpatroon.^{4,13,16}

Biologische mechanismen

Van kindermishandeling zijn de biologische effecten onderzocht. Daaruit blijkt dat het meemaken van kindermishandeling leidt tot veranderingen in de regulatie van stress door het lichaam. Deze veranderingen kunnen leiden tot verstoring van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HPA-as). Dit leidt tot veranderingen in cortisolniveaus passend bij een permanente staat van alertheid.²³ Ook zijn bij mishandelde kinderen en volwassenen die als kind zijn mishandeld veranderingen in de structuur, functie en omvang van stressgevoelige hersengebieden waarneembaar.^{24,25} Bij volwassenen die rapporteren emotioneel te zijn mishandeld, zijn verande-

ringen waarneembaar in hersengebieden die betrekking hebben op emotieregulatie.²⁶⁻²⁸ Mogelijk worden de effecten van stress op de lange termijn overgedragen door epigenetische modificaties van het DNA, bijvoorbeeld door regulatie van de genen die de afgifte van het hormoon cortisol reguleren.^{29,30}

2.3 Differentiële ontvankelijkheid

Het langetermijneffect van stressvolle ervaringen in de kindertijd, zoals ernstige negatieve jeugdervaringen, loopt op individueel niveau sterk uiteen. Dit komt doordat sprake is van differentiële ontvankelijkheid.^{31,32} Dit houdt in dat bepaalde kinderen verhoogd gevoelig zijn voor de omstandigheden waarin zij opgroeien, zowel in positieve als in negatieve zin. De meest ontvankelijke kinderen hebben de slechtste gezondheidssuitkomsten onder slechte omstandigheden, maar de beste uitkomsten onder goede omstandigheden. Bij de minst ontvankelijke kinderen hebben omstandigheden relatief weinig invloed op de ontwikkeling: zij zijn weerbaarder onder slechte omstandigheden, maar hebben minder profijt van goede omstandigheden. Differentiële ontvankelijkheid beïnvloedt eveneens de effectiviteit van interventies gericht op opvoed- en psychosociale problematiek en cognitieve ontwikkeling: kinderen die ontvankelijk zijn reageren sterker op dergelijke interventies dan kinderen die niet-ontvankelijk zijn.^{33,34} Een meta-analyse uit 2015 die de resultaten van 22 interventiestudies omvatte, berekende dat er een verband was tussen genetische aanleg voor ontvankelijkheid en de effectiviteit van interventies ($r=0,33$).



Bij de afwezigheid van genetische aanleg voor ontvankelijkheid bestond een dergelijk verband niet ($r=0,08$, niet-significant).³³ De mate van ontvankelijkheid is het product van genetische en omgevingsfactoren: individuen hebben een bepaalde aanleg voor ontvankelijkheid die onder invloed van de omgeving waarin zij hun vroege ontwikkeling doormaken al dan niet tot uiting komt.^{31,34,35}



03 de ouder-kindrelatie en de ontwikkeling van kinderen



Er is een verband tussen een veilige gehechtheidsrelatie en een goede sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Ook zijn er aanwijzingen dat veilige gehechtheid een beschermende factor is wanneer kinderen opgroeien onder ongunstige omstandigheden. Een goede ouder-kindrelatie blijkt in ieder geval de kans op kindermishandeling te verkleinen.

3.1 De ouder-kindrelatie

Wetenschappelijk onderzoek naar de ouder-kindrelatie focust vooral op twee beïnvloedbare componenten daarvan, te weten ouderlijke sensitiviteit en de gehechtheidsrelatie. Daarom richt ook dit advies zich op deze componenten. Daarbij merkt de commissie op dat ook andere aspecten van de ouder-kindrelatie worden onderzocht, zoals mentaliseren.³⁶

3.1.1 Gehechtheid

Het begrip 'hechting' uit de adviesvraag, of 'gehechtheid' in de wetenschappelijke literatuur, beschrijft een kenmerk van de relatie tussen ouder en kind. Bowlby en Ainsworth zijn de grondleggers van de gehechtheids-theorie. Gehechtheid wordt gedefinieerd als de neiging van het kind om de nabijheid van en het contact met een ouder te zoeken, met name in angstige situaties, bij verdriet, vermoeidheid en ziekte.³⁷ Alle kinderen zullen zich in principe hechten aan hun ouders, maar de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie kan sterk verschillen.

Gehechtheidsrelaties kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën, gebaseerd op een gestandaardiseerde wetenschappelijke meetmethode,

de zogenoemde Vreemde Situatie Procedure, die is ontwikkeld bij kinderen tussen 9 maanden en 1,5 jaar oud.^{38,39} Wat veel zegt over de kwaliteit van de relatie is de reactie van het kind op terugkeer van de gehechtheidspersoon nadat deze korte tijd de onderzoeksruijme verlaten heeft, wat zorgt voor milde stress bij het kind. De relaties kunnen als volgt omschreven worden:

- Veilig – kinderen in veilige gehechtheidsrelaties zoeken direct contact met en/of nabijheid tot de gehechtheidspersoon en laten zich snel geruststellen.
- Onveilig vermijndend – kinderen in vermijndende gehechtheidsrelaties zoeken weinig nabijheid en contact met de gehechtheidspersoon en wenden hun aandacht van deze persoon af.
- Onveilig ambivalent – kinderen in ambivalente gehechtheidsrelaties reageren boos en/of passief op de gehechtheidspersoon.
- Gedesorganiseerd – kinderen in gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties vertonen conflicterend gedrag en/of angst gericht op de gehechtheidspersoon.

Gedesorganiseerde gehechtheid kan het resultaat zijn van bedreigende en beangstigende vormen van verzorging en komt vaker (maar lang niet altijd) voor bij kinderen die mishandeld of verwaarloosd zijn.^{40,41} Er zijn geen Nederlandse prevalentiestudies over gehechtheidsrelaties bij grote groepen kinderen en ouders beschikbaar, vanwege de onderzoeksbelasting (het meten van gehechtheid is complex en arbeidsintensief). Hier speelt mee dat onveilige gehechtheid niet wordt beschouwd als beperking



of aandoening, maar als risicofactor, waardoor het bepalen van de prevalentie minder belangrijk gevonden wordt. Bij een recente cohortstudie waarbij gehechtheidsrelaties bij 154 Nederlandse kinderen van 12 maanden uit een normatieve populatie^a werden geobserveerd, werd 57% van deze relaties geclassificeerd als veilig, 10% als onveilig vermijdend, 16% als onveilig ambivalent en 17% als onveilig gedesorganiseerd.^{42 b}

3.1.2 Sensitiviteit

Ouderlijke sensitiviteit is het best onderzochte aspect van ouderschap dat voorspellend is voor de kwaliteit van de ouder-kindrelatie. Hierop zijn ook de meeste interventies gericht, vandaar dat het in dit advies een belangrijke plaats inneemt. Sensitiviteit (of responsiviteit) wordt omschreven als het vermogen van ouders om de signalen van hun kind accuraat waar te nemen en de vaardigheid om direct en adequaat op deze signalen in te gaan.³⁸ Experimenteel onderzoek laat zien dat sensitief opvoedingsgedrag ten grondslag ligt aan veilige gehechtheidsrelaties en positieve ontwikkeling.⁴⁴⁻⁴⁷

^a Deelnemers aan het onderzoek werden gerekruteerd onder deelnemers aan een grotere cohortstudie van 2.500 vrouwen die voor het eerst zwanger waren.⁴² Voor de normatieve groep werden vrouwen gerekruteerd waarbij er geen sprake was van congenitale afwijkingen bij de foetus, en waarbij geen sprake was van de volgende risicofactoren: voor de leeftijd van 18 jaar gebruik gemaakt van jeugdzorg, psychologische of psychiatrische zorgverlening; of een verhoogde score op depressieve of angstsymptomen.

^b Een oudere Nederlandse cohortstudie uit 2012 onder 606 kinderen rapporteert nog iets hogere percentages van onveilige gehechtheidsrelaties: 48,7% veilig gehecht, 13,5% vermijdend onveilig gehecht, 15,0% ambivalent onveilig gehecht en 22,8% gedesorganiseerd gehecht.⁴³ Overigens zijn beide studies niet opgezet als representatieve bevolkingstudies.

3.2 Gehechtheid, sensitiviteit en de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen

3.2.1 Verbanden tussen gehechtheid en de ontwikkeling van kinderen

Er is een aanzienlijke hoeveelheid onderzoek waaruit blijkt dat kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie betere sociaal-emotionele uitkomsten hebben dan kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie. Dit onderzoek is samengevat in meta-analyses van verschillende effecten.^{c 48-52} Kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie hebben vergeleken met kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie op latere leeftijd een grotere sociale competentie in de omgang met leeftijdgenoten. Dit verband is klein ($d=0,39$; BI 0,32-0,47).⁵⁰ Kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie hebben vergeleken met kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie een grotere kans op de ontwikkeling van externaliserende^{d 48,52} Het verband tussen onveilige gehechtheid en externaliserend gedrag is volgens de gebruikelijke indeling van effectgroottes klein ($d=0,31$; BI 0,23-0,40), maar de auteurs van deze studie beschouwen dit als een middelmatig verband, gezien de complexiteit van de associatie.⁴⁸

^c De commissie heeft gebruikgemaakt van alle systematische reviews en meta-analyses die verschenen zijn vanaf 2010 tot aan januari 2018. Die periode is gekozen omdat in 2010 een eerste belangrijke meta-analyse (sleutelpublicatie) is verschenen (in een reeks van vier).

^d Externaliserende symptomen uiten zich in gedrag dat storend is voor de omgeving. In Fearon e.a. wordt externaliserend gedrag gedefinieerd als agressief gedrag, oppositionele problematiek, gedragsproblematiek, vijandig gedrag of een combinatie hiervan.⁴⁸ Van internaliserende symptomen heeft vooral het kind zelf last. In Groh e.a. worden internaliserende symptomen gedefinieerd als depressieve symptomen, angst, sociale teruggetrokkenheid en/of lichamelijke klachten.⁵²



Het verband tussen onveilige gehechtheid en internaliserende symptomen is weliswaar significant, maar heel klein ($d=0,15$; BI 0,06-0,25) en heterogeen tussen studies.⁵² Daarmee is onduidelijk in hoeverre onveilige gehechtheid een bijdrage levert aan de ontwikkeling van internaliserende problemen bij kinderen. Het effect van gehechtheid op de fysieke gezondheid is onvoldoende onderzocht om er uitspraken over te kunnen doen.

Voortdurende voorspellende betekenis van vroege gehechtheid

Hoewel de verbanden tussen gehechtheidsrelaties en sociaal-emotionele uitkomsten bescheiden zijn, zijn ze langdurig van aard: de betekenis van vroege gehechtheid voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen blijft constant van vroege kindertijd tot adolescentie, ondanks alle veranderingen en nieuwe ervaringen waaraan kinderen worden blootgesteld (bijvoorbeeld met leeftijdgenoten).^{46,48,50,52} Dat de verbanden duurzaam zijn, is nog geen bewijs, maar wel een aanwijzing voor een causale relatie tussen vroege gehechtheid en de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Dit wordt versterkt door interventieonderzoek dat laat zien dat het verbeteren van de gehechtheidsrelatie externaliserende symptomen van kinderen kan verminderen (zie voor voorbeelden van dergelijke interventies het achtergronddocument). Onderzoek moet nog uitwijzen wat de precieze mechanismen zijn waardoor vroege gehechtheidservaringen blijvende implicaties hebben voor de ontwikkeling van kinderen. Het gaat daarbij om het onderscheiden van het effect van gehechtheid van het effect van de kwaliteit van de opvoeding.

3.2.2 Verband tussen sensitiviteit en ontwikkeling van kinderen

Ook ouderlijke sensitiviteit hangt samen met de sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen. De voorspellende waarde van sensitiviteit op sociale en cognitieve uitkomsten in de volwassenheid lijkt zelfs groter dan die van gehechtheid, hoewel er geen vergelijkbaar meta-analytisch onderzoek gedaan is waarmee een gecombineerd effect kan worden berekend.^{46,53} Daarnaast laat langjarig onderzoek zien dat – evenals bij gehechtheid – de invloed van sensitiviteit op sociaal-emotionele uitkomsten zich uitstrekt tot in de volwassenheid.⁵³ Uit meta-analyses komt weliswaar een sterk verband naar voren tussen sensitiviteit en gehechtheid, maar sensitiviteit is niet exclusief bepalend voor gehechtheid.^{44,55} Verschillende andere dimensies van ouderschap hebben ook effect op de gehechtheidsrelatie, zoals stimuleren, een positieve attitude tegenover het kind en emotionele ondersteuning.⁵⁵

3.3 Beschermend effect van een goede ouder-kindrelatie in aanwezigheid van risicofactoren

Belsky e.a. hebben in 2002 bij 946 jonge kinderen onderzocht of de invloed van de kwaliteit van gehechtheidsrelaties op de ontwikkeling afhankelijk is van risicofactoren in het gezin of de omgeving (zoals depressie bij de moeder, opvoedingsstress, lage kwaliteit van relatie tussen de ouders en gebrek aan sociale ondersteuning). Dat bleek het geval te zijn: onder hoogrisicocondities scoorden kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie ongunstiger op verschillende ontwikkelingsuit-



komsten (waaronder gedragsproblemen en sociale competenties) dan onder laagrisicocondities.⁵⁶ Dit noemden Belsky e.a. het cumulatief risicomodel. Omgekeerd kan een veilige gehechtheidsrelatie als beschermende factor werken in aanwezigheid van risicofactoren. Dit noemden Belsky e.a. het *risk-resilience mechanism*. De bevindingen van Belsky e.a. zijn door latere studies bevestigd, waaronder studies uit Nederland.^{43,57} Zo bleek uit onderzoek bij een populatie van 606 Nederlandse moeders en kinderen bijvoorbeeld dat bij de kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie meer internaliserende en externaliserende problemen voorkwamen wanneer er sprake was van opvoedingsstress bij de ouders dan wanneer daar geen sprake van was.⁴³ Dit verband werd niet waargenomen bij de kinderen met veilige gehechtheidsrelaties. Deze bevindingen suggereren dat een veilige gehechtheidsrelatie beschermend zou kunnen werken tegen de effecten van ernstige negatieve jeugdervaringen, omdat een kind dan weerbaarder is. Het is nog wachten op meta-analyses die ontworpen zijn om het cumulatief risicomodel te toetsen en die antwoord kunnen geven op de vraag hoe replicerbaar de bevindingen zijn en welke bandbreedte van uitkomsten wordt beïnvloed.

Meer wetenschappelijk bewijs is er dat een goede ouder-kindrelatie negatief verband houdt met het optreden van kindermishandeling.⁵⁸ De omvang van het verband is matig tot groot. Andere factoren die

negatief verband houden met kindermishandeling zijn de eigenwaarde van de ouder en de sociale competenties van het kind.⁵⁸

3.4 Intergenerationele overdracht

In de adviesaanvraag wordt de intergenerationele overdracht van ernstige negatieve jeugdervaringen expliciet genoemd als probleem. Uit de resultaten van meta-analyses kan geconcludeerd worden dat er een klein tot matig verband is tussen vroegere mishandeling van een ouder en mishandeling van een kind.⁵⁸⁻⁶⁰ Gezien de beperkte omvang van dit verband ziet de commissie onvoldoende aanleiding voor een focus op intergenerationele overdracht boven andere risico's. De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling (waarvoor matig tot grote verbanden worden gerapporteerd) hebben betrekking op de ouders (met name boosheid, stress, psychische problemen, antisociaal en crimineel gedrag, en disfunctionele attitudes)^a en vervolgens op de ouder-kindrelatie (de ouder ziet het kind als probleem).^{b 58-60} De voorspellende waarde van op zichzelf staande risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling is overigens klein: binnen de meeste gezinnen met een enkele risicofactor zal er geen sprake zijn van kindermishandeling.

^a Een ouder met psychische problemen en een gezinslid in hechtenis vormen op zichzelf ernstige negatieve jeugdervaringen.

^b In de meta-analyses die er zijn wordt niet gerapporteerd of er een verband is tussen een (lichte) verstandelijke beperking van de ouder en kindermishandeling. Dat kan komen doordat deze factor moeilijk te onderzoeken is. In de praktijk wordt dit wel beschouwd als een belangrijke risicofactor.



Uit recent meta-analytisch onderzoek blijkt ook dat er sprake is van inter-generationale overdracht van gehechtheidsrelaties: kinderen hebben vaak dezelfde gehechtheidsrelaties als hun ouders. Het verband is klein, zowel voor overdracht van veilige gehechtheidsrelaties als voor overdracht van gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties.⁶¹ Onderzoek moet uitwijzen welke factoren bepalend zijn voor de overdracht van gehechtheidsrelaties van de ene op de andere generatie. Een van de factoren die in ieder geval een rol spelen is ouderlijke sensitiviteit.



04 effectiviteit van preventie via de ouder-kindrelatie



Er bestaan interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. Deze blijken effect te hebben. Dat is positief, al zijn de effecten niet groot en zijn er onvoldoende gegevens om te beoordelen of hiermee uiteindelijk ook kindermishandeling voorkomen wordt. Ook kan niet beoordeeld worden of dergelijke interventies kinderen weerbaarder maken tegen de gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen. Er zijn ook interventies om kindermishandeling te voorkomen; deze gebruiken over het algemeen meerdere benaderingen om de situatie van gezinnen te verbeteren, waarvan het verbeteren van de ouder-kindrelatie er een is. Deze interventies zijn effectiever naarmate de problemen in een gezin groter zijn. In gezinnen waar al sprake is van kindermishandeling kunnen preventieve interventies bijdragen aan het doen ophouden van mishandeling. Sommige interventies kunnen ook effectief zijn om mishandeling te voorkomen bij gezinnen met specifieke risicofactoren.

4.1 Vraagstelling, selectie van literatuur, interpretatie van resultaten

De commissie beoogt in dit hoofdstuk na te gaan in hoeverre het mogelijk is om met interventies de ouder-kindrelatie te verbeteren en of er aanwijzingen zijn dat dit beschermt tegen (de gevolgen van) ernstige negatieve jeugdervaringen. Om dit te beoordelen heeft zij meta-analyses gebruikt met als uitkomsten het verbeteren van ouderlijke sensitiviteit en/of de gehechtheidsrelatie. Om te beoordelen of verbetering van ouderlijke sensitiviteit en/of gehechtheid ernstige negatieve jeugdervaringen daad-

werkelijk kan voorkomen heeft zij meta-analyses gebruikt met als uitkomsten het voorkomen of verminderen van kindermishandeling.^a

Uit de resultaten van meta-analyses kunnen niet zonder meer conclusies getrokken worden over de effectiviteit van specifieke interventies. Dat komt doordat in een meta-analyse de effecten van verschillende interventies, die sterk van elkaar kunnen verschillen in opzet en resultaat, bij elkaar genomen worden, waarna er een gemiddelde wordt berekend. Dit gewogen gemiddelde effect van meerdere interventies met hetzelfde doel kan groter of kleiner zijn dan dat van één specifieke interventie.

Daarnaast kunnen de resultaten van internationale studies vaak niet één op één naar de Nederlandse situatie vertaald worden, vanwege de verschillen in zorgaanbod tussen landen. In Nederland is al sprake van een algemeen preventief aanbod: algemeen toegankelijke gezondheidszorg vanaf de zwangerschap, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Hoewel het nooit is onderzocht, is het waarschijnlijk dat er een effect van dit aanbod is. Bovendien is er in Nederland betrekkelijk weinig bestaansonzekerheid. Om deze redenen zullen aanvullende preventieve interventies naar verwachting minder meerwaarde hebben dan bijvoorbeeld in de VS, waar de basiszorg minder goed geregeld is en de bestaansonzekerheid groter. Vanwege deze beperking bij het interpre-

^a Wanneer de commissie spreekt over het verminderen van kindermishandeling, bedoelt zij het verminderen van de prevalentie van mishandeling in een (onderzoeks) populatie als effect van een interventie. De doelstelling van interventies is om mishandeling te voorkomen dan wel te doen ophouden in individuele gezinnen.



teren van internationaal onderzoek heeft de commissie in dit hoofdstuk ook aangegeven welke van de interventies die in de Nederlandse praktijk gebruikt worden om (onder andere) ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren en/of om kindermishandeling te voorkomen, in Nederlands onderzoek effectief bevonden zijn. In een tabel staan concrete voorbeelden van in Nederland gebruikte interventies.

4.2 Effectiviteit van interventies gericht op ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid

De commissie heeft zes relevante systematische reviews en meta-analyses geïdentificeerd met als onderzoeksvraag in hoeverre het mogelijk is om met behulp van interventies ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. De resultaten van deze studies zijn weergegeven in tabel 1 in het achtergronddocument en in dit hoofdstuk samengevat.

Uit de internationale literatuur naar het verbeteren van de ouder-kindrelatie concludeert de commissie het volgende.

- Interventies kunnen ouderlijke sensitiviteit en – als gevolg daarvan – de gehechtheidsrelatie verbeteren, zowel bij de algemene bevolking⁴⁴ als bij risicogezinnen.^{44,62-64} Interventies om sensitiviteit en/of gehechtheid te verbeteren hebben gemiddeld genomen een klein tot middelmatig effect.⁴⁴ Verbeteringen in oudergedrag (waaronder sensitiviteit) zijn groter dan verbeteringen in gehechtheid.⁴⁴

- Een meta-analyse heeft gekeken naar het verband tussen de duur van interventies en het resultaat. De conclusie was dat interventies met een duur van tussen vijf en vijftien sessies het meest effectief zijn, effectiever dan langer of korter durende interventies.⁴⁴ Deze meta-analyse concludeert ook dat het gebruik van video-feedback een effectieve methode is.
- Interventies gericht op het verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid hebben bij risicogezinnen gemiddeld genomen een klein tot middelmatig effect en bij gezinnen waar al sprake is van mishandeling een groter effect.^{62,63} Deze interventies gebruiken vrijwel allemaal (deels) ouderlijke sensitiviteit als aangrijpingspunt.
- Het inzetten van interventies om sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren lijkt vanaf een leeftijd van zes maanden effectiever dan daarvoor.^{44,62,63} Dat kan te maken hebben met het feit dat kinderen een bepaald ontwikkelingsstadium moeten hebben bereikt om zich te kunnen hechten. Daarnaast kan een rol spelen dat ouders naarmate hun kind ouder wordt vanzelf meer oefening en ervaring krijgen. Dat neemt niet weg dat ook tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensmaanden met interventies een klein effect behaald kan worden.^{62,63,65}
- Er zijn onvoldoende gegevens om te beoordelen of interventies die sensitiviteit en gehechtheid verbeteren als gevolg daarvan ook



kindermishandeling kunnen voorkomen.^a Ook zijn er te weinig gegevens om te beoordelen of interventies die de ouder-kindrelatie verbeteren kunnen beschermen tegen de gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen, doordat kinderen weerbaarder worden. De commissie heeft echter alleen onderzoek naar *preventieve* interventies beoordeeld. Er zijn ook interventies gericht op het *behandelen* van ernstige negatieve jeugdervaringen via de ouder-kindrelatie.⁸ Hiernaar heeft de commissie geen literatuuronderzoek verricht.

4.3 Effectiviteit van interventies gericht op preventie van kindermishandeling

De commissie heeft drie relevante systematische reviews en meta-analyses geïdentificeerd die onderzochten in hoeverre het mogelijk is om met behulp van interventies kindermishandeling te voorkomen en/of te verminderen. De resultaten daarvan staan in tabel 1 van het achtergronddocument weergegeven. Deze interventies hebben vaak meerdere doelstellingen die betrekking hebben op het verbeteren van de ontwikkeling van het kind. Omdat kindermishandeling multifactorieel is, gebruiken deze interventies over het algemeen meerdere benaderingen om de situatie van gezinnen te verbeteren (zoals hulp bij financiën, hulp bij het gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen en gezondheidsbevordering),

^a Om het effect van dergelijke interventies op kindermishandeling te bepalen, moeten uitkomstmaten gebruikt worden die direct verband houden met kindermishandeling, zoals meldingen bij Veilig Thuis. Dergelijke uitkomstmaten hebben uiteraard ook hun beperkingen, omdat niet alle gevallen van kindermishandeling gemeld worden.

waarvan het verbeteren van de ouder-kindrelatie er een is.^b Dat betekent dat er niet zonder meer van uitgegaan kan worden dat het effect van interventies (alleen) aan het verbeteren van ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid toegeschreven kan worden.

Uit de internationale literatuur naar de preventie van kindermishandeling concludeert de commissie het volgende.

- Interventies gericht op het doen ophouden van kindermishandeling hebben gemiddeld genomen een klein effect bij gezinnen waar al sprake is van kindermishandeling. Bepaalde interventies laten bij deze gezinnen een middelmatig effect zien.^{66,67} Interventies waarin met de ouder werd gewerkt aan de opvoeding hadden een groter effect dan andere interventies.
- Een meta-analyse heeft gekeken naar het verband tussen de duur van interventies en het resultaat. De conclusie was dat interventies met een duur van tussen zestien en dertig sessies het meest effectief zijn, effectiever dan langer of korter durende interventies. Dit betekent dat het voorkomen of doen ophouden van mishandeling een langere interventieduur vraagt dan alleen het verbeteren van sensitiviteit.⁶⁶
- Bij gezinnen die risico lopen op kindermishandeling, maar waar dit nog geen feit is, is het effect van preventieve interventies gemiddeld genomen afwezig, verwaarloosbaar, of klein.^{66,67} Dat het effect

^b De commissie heeft, zoals in de inleiding aangekondigd, niet gekeken naar interventies om kindermishandeling te voorkomen gericht op andere actoren dan ouders en kinderen.



gemiddeld genomen kleiner is bij risicogezinnen dan bij gezinnen waar al sprake is van mishandeling, is te verwachten, aangezien de resultaten bij risicogezinnen verdund worden door de gezinnen waar zich ook zonder interventie geen mishandeling zou voordoen. Bij die groep is geen verbetering te behalen, terwijl bij gezinnen waar zich mishandeling voordoet altijd enige verbetering mogelijk is.

- Er zijn onvoldoende wetenschappelijke gegevens om vast te stellen of er een effect is van interventies gericht op het voorkomen en doen ophouden van kindermishandeling wanneer zij aan de algemene bevolking worden aangeboden. Interventies met het expliciete doel om kindermishandeling te voorkomen of te doen ophouden zijn vrijwel alleen bij risicogroepen onderzocht. De verwachting is dat het effect van interventies in een algemene populatie gemiddeld genomen nog kleiner zou zijn dan bij risicogezinnen en gezinnen waar al mishandeling plaatsvindt, omdat zich bij het grootste deel van de populatie nooit mishandeling zal voordoen.
- Er zijn onvoldoende gegevens over het langetermijneffect van interventies om kindermishandeling te voorkomen of te doen ophouden om te beoordelen of deze interventies op lange termijn leiden tot minder gezondheidsproblemen. Wel ligt het voor de hand dat als kindermishandeling daadwerkelijk voorkomen wordt, ook de gevolgen ervan voor de gezondheid op lange termijn voorkomen worden.

4.4 Effectieve interventies in de Nederlandse praktijk

Een relevante vraag voor dit advies is in hoeverre de Nederlandse praktijk gebruikmaakt van de wetenschappelijke kennis over werkzame interventies, zowel als het gaat om het versterken van de ouder-kindrelatie als om het voorkomen of doen ophouden van kindermishandeling. Er is geen centrale registratie van interventies die in de praktijk worden gebruikt. De belangrijkste bron is de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI)⁶⁸ De interventies in deze databank zijn op onafhankelijke en transparante wijze op effectiviteit beoordeeld. In aanvulling hierop heeft de commissie via haar netwerk informatie ingewonnen over interventies die wel in de praktijk worden uitgevoerd, maar niet in de databank staan omdat ze niet erkend zijn of niet ingediend zijn. Deze informatie staat niet in de tabel, maar wordt gebruikt ter ondersteuning van algemene conclusies over de praktijk.

Het NJI heeft zelf recent een analyse gepubliceerd van alle interventies in de databank gericht op preventie van kindermishandeling en opvoedproblemen die in de praktijk worden uitgevoerd.⁶⁹ Het betreft twintig interventies, waarvan er 19 in april 2018 als erkend geclassificeerd waren. De commissie stelt vast dat deze selectie ook de interventies omvat die het belangrijkste zijn in de context van dit advies, namelijk de interventies die (al dan niet als hoofddoel) beogen om de ouder-kindrelatie te verbeteren en dat de analyse daarom een goede basis is voor dit advies. De



commissie heeft daarnaast nog twee interventies uit de databank geïdentificeerd die niet gericht zijn op opvoedproblematiek, maar wel op het bevorderen van gehechtheid. De interventies staan in de tabel opgesomd. Ook is de categorisering van de interventies in de databank aangegeven. Van de interventies die zijn erkend als effectief zijn de uitkomsten van het effectiviteitsonderzoek nader omschreven in het achtergronddocument. Een interessante vraag voor dit advies is of deze interventies in belangrijke mate gebaseerd zijn op gehechtheidstheorie en/of aangrijpen op ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid. Wanneer dit het geval is mag worden verwacht dat zij geïncorporeerd zijn in meta-analyses over het verbeteren van ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid. De commissie heeft daarom aangegeven of de interventies (of varianten daarvan) in dergelijke meta-analyses zijn meegenomen.

Tabel 1. Interventies in Nederland

Erkende interventie (eventuele specifieke doelgroep aangegeven)	Categorisering in databank effectieve jeugdinterventies ^a	Geïncorporeerd in meta-analyses naar interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren
<i>Interventies gericht op voorkomen van kindermishandeling</i>		
Parent-child interaction therapy (PCIT)	Effectief volgens eerste aanwijzingen	Nee (wel in meta-analyses van interventies tegen kindermishandeling)
Stevig ouderschap	Effectief volgens eerste aanwijzingen	Nee
Triple P	Goed onderbouwd	Nee (wel in meta-analyses van interventies tegen kindermishandeling)
VoorZorg	Effectief volgens goede aanwijzingen	Ja ⁴⁴

<i>Interventies gericht op voorkomen van opvoedproblematiek</i>		
Coach je kind	Goed onderbouwd	Nee
Gordon training	Goed onderbouwd	Nee
Home-Start	Goed onderbouwd	Nee (wel in meta-analyses van interventies tegen kindermishandeling)
HouVast (voor gezinnen met ouders met een lichte verstandelijke beperking)	Goed onderbouwd	Nee
Moeders Informeren Moeders	Goed onderbouwd	Nee
KopOpOuders online (voor ouders met psychische of verslavingsproblemen)	Goed onderbouwd	Nee
Kortdurende-Video Home Training (K-VHT)	Goed onderbouwd	Ja ⁷⁰
Opvoeden & zo	Goed onderbouwd	Nee
Ouder-baby interventie (voor depressieve moeders)	Effectief volgens eerste aanwijzingen	Ja ⁷¹
Pedagogisch Adviseren	Goed onderbouwd	Nee
Pleegouder-pleegkind interventie	Goed onderbouwd	Nee
ReSet	Goed onderbouwd	Nee
Shantala babymassage	Goed onderbouwd	Ja ^{44,70,71}
Triple P	Goed onderbouwd	Nee
Video Home Training (VHT)	Goed onderbouwd	Nee
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and-Sensitive Discipline (VIPP-SD)	Effectief volgens sterke aanwijzingen	Ja ⁴⁴

^a De interventies in deze databank zijn beoordeeld op de theoretische onderbouwing en, indien er onderzoek is gedaan, op de effectiviteit. Wanneer de effectiviteit als aannemelijk wordt beschouwd op grond van theorieën en empirische kennis uit het buitenland wordt een interventie als 'goed onderbouwd' gecategoriseerd. Wanneer er bovendien aanwijzingen zijn voor effectiviteit uit Nederlands effectonderzoek worden interventies erkend als 'effectief', waarbij drie niveaus mogelijk zijn: effectief volgens eerste aanwijzingen, effectief volgens goede aanwijzingen en effectief volgens sterke aanwijzingen.

Sommige interventies zijn gericht op specifieke doelgroepen, waaronder ouders met psychische problemen of verslaving en ouders met een verstandelijke beperking. Bij deze groepen bestaat er een groter risico op opvoedproblematiek en ook op bepaalde vormen van kindermishandeling.



De meeste interventies richten zich echter op een brede doelgroep waarbij de zorgbehoefte kan variëren van ouders die behoefte hebben aan opvoedingsadvies tot gezinnen waar sprake is van psychiatrische aandoeningen bij de ouders of ernstige gedragsproblematiek bij het kind. Interventieontwikkelaars maken vaak onderscheid tussen opvoedingssituaties waarin er sprake is van risico's voor kindermishandeling en situaties waarin er al sprake is van (ernstige) problemen. De meeste interventies gericht op het voorkomen van opvoedproblemen zijn nadrukkelijk gecontraïndiceerd in situaties waarin er sprake is van (vermoedens van) psychische problematiek bij de ouders, kindermishandeling of huiselijk geweld. Wanneer de problematiek in het gezin als complex en ernstig wordt ingeschat zijn zwaardere vormen van hulp nodig dan alleen opvoedondersteuning.

Voor een deel van de in de tabel opgesomde preventieve interventies zijn resultaten uit Nederlands effectonderzoek bekend. Uitgebreidere informatie over deze interventies en de resultaten van onderzoek naar effectiviteit zijn te vinden in het achtergronddocument. Samengevat kan het volgende geconcludeerd worden:

- Voor de interventies gebaseerd op videofeedback – VIPP-SD, K-VHT en de Ouder-baby interventie – zijn in buitenlandse en/of Nederlandse RCT's effecten gevonden op de sensitiviteit (responsiviteit) van de moeder.⁷²⁻⁷⁵ Voor deze interventies is – voor zover de commissie kan overzien – niet onderzocht of zij een effect hebben op kindermishandeling.

- Voor de interventie PCIT zijn in buitenlandse en Nederlandse RCT's effecten gevonden op risicofactoren voor kindermishandeling (met name externaliserende gedragsproblemen bij het kind).⁷⁶⁻⁷⁸ In Amerikaans onderzoek is ook een effect gerapporteerd op kindermishandeling.⁷⁹ Sommige buitenlandse studies rapporteren expliciet het effect op het aantal positieve ouder-kindinteracties.⁷⁸ Voor zover de commissie kan overzien is het effect op kindermishandeling niet onderzocht en het effect op positieve ouder-kindinteracties niet expliciet gerapporteerd in Nederlandse studies.
- Voor de interventie Stevig Ouderschap zijn in Nederlandse RCT's aanwijzingen gevonden voor effecten op risicofactoren voor kindermishandeling.⁸⁰ Het effect op kindermishandeling is onderzocht, maar het aantal meldingen van kindermishandeling was binnen de onderzoeksgroep te klein om een effect aan te tonen. Effecten op ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid zijn voor zover de commissie kan overzien niet expliciet gerapporteerd.
- Voor de interventie VoorZorg zijn in Nederlands onderzoek effecten gevonden op kindermishandeling.⁸¹ Resultaten uit internationaal onderzoek zijn niet eenduidig.⁶⁶



05 kennisinfrastructuur en implementatie



In de praktijk ontbreekt het aan aandacht voor de effectiviteit van interventies: vaak is er geen Nederlands effectiviteitsonderzoek uitgevoerd en soms worden interventies breed geïmplementeerd zonder dat duidelijk is of ze effect hebben. Ook is er een gebrek aan valide instrumenten om problemen met gehechtheid en sensitiviteit te signaleren.

5.1 Knelpunten binnen de Nederlandse kennisinfrastructuur

De commissie ziet drie met elkaar samenhangende knelpunten in de kennisinfrastructuur, die de wetenschappelijke onderbouwing van de Nederlandse praktijk in de weg zitten.

Het eerste knelpunt is dat voor de meeste interventies geen Nederlands effectiviteitsonderzoek is uitgevoerd. Daarom is slechts een kleine minderheid van de interventies in de databank van het NJi gecategoriseerd als bewezen effectief. Van de in hoofdstuk 4 opgesomde interventies gericht op het voorkomen van opvoedproblemen en/of kindermishandeling zijn slechts vijf geclassificeerd als effectief: drie als effectief volgens eerste aanwijzingen (PCIT, Ouder-baby interventie, Stevig Ouderschap), één als effectief volgens goede aanwijzingen (VoorZorg) en één als effectief volgens sterke aanwijzingen (VIPP-SD).

Het tweede knelpunt is dat niet alle bestaande interventies in de Databank Effectieve Jeugdinterventies worden aangemeld. Reden daarvoor kan zijn dat aanmelding van interventies complex en tijdrovend is.⁸² Ook kan

meespelen dat het belang van aanmelden niet wordt gezien, omdat beoordeling van de effectiviteit niet noodzakelijk is om een interventie succesvol te verspreiden. Uit haar praktijkervaring heeft de commissie de indruk dat bewijs voor effectiviteit geen belangrijk selectie criterium is bij de inkoop van interventies.

Het derde knelpunt hangt samen met de voorgaande twee: soms worden interventies breed geïmplementeerd terwijl onduidelijk is of zij enig effect hebben. Dit vindt de commissie om diverse redenen problematisch, om te beginnen omdat elke interventie tijd en geld kost. Daarnaast kunnen interventies ongewenste neveneffecten hebben, bijvoorbeeld doordat ze ouders onzeker maken en de opvoeding problematiseren. Wanneer interventies bij de verkeerde doelgroep worden toegepast of op de verkeerde manier kan dat een averechts effect hebben en/of ertoe leiden dat te laat of helemaal niet de juiste hulp wordt ingeroepen.⁶⁹ Dit zijn feitelijk generieke argumenten voor *evidence-based* zorg, die net zo goed opgaan voor de jeugdsector als voor andere terreinen.

5.2 Effectieve elementen van preventieve interventies

De databank effectieve jeugdinterventies bevat in totaal ruim 240 interventies (waarvan 20 gericht op voorkomen van kindermishandeling en opvoedproblemen). In de praktijk is het vaak niet mogelijk om een interventie precies zo uit te voeren als deze is ontworpen en worden daarom ook afgeleide varianten ingezet. Een alternatief voor het uitvoeren van



effectonderzoek naar al deze interventies afzonderlijk is om de mechanismen van werkzaamheid van interventies te ontrafelen. Dan zou het makkelijker zijn om interventies aan te passen en om nieuwe interventies op een *evidence-based* manier te ontwikkelen. Het ZonMw-traject 'effectief werken in de jeugdsector' heeft als doel om effectieve elementen van interventies te identificeren.⁸³ Op zich vindt de commissie dit een goed idee, alleen verwacht zij dat het lang niet altijd mogelijk zal zijn om dergelijke losse elementen te identificeren. Ook zegt het feit dat technieken in isolatie werkzaam zijn niet alles over synergistische effecten en kan het van belang zijn wie met welke attitude en kennis de interventie aanbiedt. Voor interventies gericht op het verbeteren van ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid is op het moment van schrijven van dit advies nog niet uitgekristalliseerd wat mogelijke werkzame elementen zijn. Bij interventies gericht op het voorkomen van kindermishandeling blijkt het geven van oudertraining om verschillende vaardigheden te verbeteren effectiever te zijn dan het bieden van andere vormen van ondersteuning.^{66,67,84}

5.3 Signaleringsinstrumenten

Met het oog op doelgerichte inzet van preventieve interventies is het van belang om de (aanstaande) gezinnen in beeld te hebben die risico lopen op problemen in de ouder-kindrelatie of op kindermishandeling, of bij wie al sprake is van kindermishandeling. Signalering (en screening) kan in de context van dit advies een drietal vormen aannemen.

Ten eerste kan signalering betrekking hebben op de mate waarin ouders sensitief (zullen) zijn en of er sprake is van (on)veilige gehechtheidsrelaties tussen ouders en kinderen. Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling van dergelijke signaleringsinstrumenten, maar bestaan er nog geen gevalideerde varianten. Daarnaast zijn er instrumenten ten behoeve van vroegsignalering van (psychosociale) problemen bij kinderen (bijvoorbeeld SDQ)⁸⁵ en behoeften van gezinnen (bijvoorbeeld SPARK, de GIZ-methodiek, het DMO-protocol van de SamenStarten methodiek, de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap en de behoeftencirkel uit de Common Approach to Assessment, Referral and Support (CAARS) methodiek van de Australian Research Alliance for Children & Youth).⁸⁶⁻⁹⁰

Ten tweede is het mogelijk om signalering te baseren op concrete risicofactoren voor het optreden van kindermishandeling, dat wil zeggen risicofactoren die op een checklist kunnen worden aangevinkt. Dergelijke instrumenten worden al gebruikt. Ze zijn vaak een geïntegreerd onderdeel van interventies die (onder andere) gericht zijn op het voorkomen van kindermishandeling zoals VoorZorg of Stevig Ouderschap, waarbij de signalering al tijdens de zwangerschap plaatsvindt. Risicofactoren voor kindermishandeling alleen zijn echter matig voorspellend, zowel voor kindermishandeling als voor verstoorde ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid.^{58,59} In de praktijk is ook het oordeel op basis van ervaring van de professional van belang. Er zijn ook instrumenten zoals Mind2Care and R4U om zwangere vrouwen te screenen op zowel medische als niet-medische factoren (zoals



psychosociale en psychiatrische risicofactoren inclusief middelengebruik) die een extra risico vormen voor de moeder/kind uitkomst en voor een goed verloop van de medische zorg. Aan bepaalde risicoprofielen zijn vervolgens gerichte zorgpaden verbonden.⁹¹⁻⁹⁴ Deze instrumenten zijn gevalideerd, zij het niet om specifiek het risico op kindermishandeling te meten.

Ten derde kan kindermishandeling gesignaleerd worden. Er zijn checklists in de gezondheidszorg die de herkenning van signalen van mishandeling bevorderen (zoals SPUTOVAMO en afgeleiden van dit instrument).⁹⁵ Er zijn instrumenten voor veiligheids- en risicotaxatie gericht op kindermishandeling (zoals bijvoorbeeld het Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)).⁹⁶ Een probleem met veel van deze instrumenten is dat zij niet gevalideerd zijn en vaak maar matig voorspellend zijn, wat tot veel fout-positieven en fout-negatieven leidt.^{97,98} Dit is problematisch, zeker in de context van risicotaxatie bij kindermishandeling. Professionals uit alle

sectoren die met kinderen werken zijn wettelijk verplicht om een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te gebruiken met een stappenplan.⁹⁹ Daarbij hoort ook de kindcheck: professionals die werken met volwassen cliënten met (bijvoorbeeld) ernstige psychische problemen of drugs- of alcoholverslaving moeten nagaan of er kinderen in het gezin zijn en of zij veilig zijn. Uit onderzoek naar de uitvoeringspraktijk blijkt dat de kindcheck niet bij alle professionals bekend is en zelfs wanneer dat wel het geval is lang niet altijd wordt toegepast.¹⁰⁰ Hierdoor worden kinderen niet tijdig gesignaleerd.¹⁰⁰ In het algemeen geldt dat de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in veel sectoren nog onvoldoende wordt gebruikt.¹⁰¹ Ook is het effect van de interventies voor kinderen en gezinnen na toepassing van de meldcode nog onvoldoende onderzocht. Het onderzoek uitgevoerd door het Trimbos Instituut geeft geen bemoedigend beeld: de effecten van hulpverlening op de kwaliteit van leven van mishandelde kinderen bij wie een melding is gedaan is beperkt.^{a 105,106}

^a Ter verbetering is het vanaf 1 januari 2019 wettelijk verplicht om een afwegingskader te hanteren in stap 4 van de meldcode, binnen de beroepsgroepen die sinds 1 juli 2013 verplicht zijn ermee te werken.¹⁰² Ook loopt een meerjarenplan bij de Veilig thuis organisaties dat onder meer voorziet in een triageinstrument en verbetering van monitoring van veiligheid en hulpverlening.^{103,104} Ook voor die trajecten geldt dat evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van deze wijzigingen voor de slachtoffers noodzakelijk is.



06 advies



De commissie pleit voor een gericht aanbod van interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren en om kindermishandeling te voorkomen of te doen ophouden. Ook beveelt zij aan de kennisinfrastructuur te verbeteren.

Kinderen met ernstige negatieve jeugdervaringen kunnen daar gedurende de rest van hun leven schade van ondervinden. Kansen om vroeg in het leven in te grijpen om ernstige negatieve jeugdervaringen en met name kindermishandeling te voorkomen moeten dan ook zoveel mogelijk worden benut. Interventies die beogen om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren bieden enig perspectief, net als (bredere) interventies die bedoeld zijn om kindermishandeling te voorkomen, al is het van belang geen onrealistische verwachtingen te koesteren: de effecten van dergelijke interventies zijn gemiddeld genomen niet groot. Onverwacht is dit niet, gezien de complexiteit van de relaties tussen ouders en kinderen en daaraan verwante problematiek.

1. Algemeen aanbod van interventies om de ouder-kindrelatie te verbeteren

De commissie heeft vastgesteld dat kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie een verhoogde kans hebben op gedragsproblemen vergeleken met kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie. Ook hebben kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie op latere leeftijd betere sociale competenties dan kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie.

Een aanzienlijk deel van kinderen in de algemene bevolking heeft een onveilige gehechtheidsrelatie. Daarom zou het in principe te overwegen zijn om aan alle gezinnen – in aanvulling op de reguliere (preventieve) zorgverlening rondom zwangerschap, geboorte en in de vroege kindertijd – een interventie aan te bieden om de ouder-kindrelatie te verbeteren en zo meer veilige gehechtheidsrelaties tot stand te brengen. Internationale studies hebben aangetoond dat dergelijke interventies zowel bij laagrisicogroepen als bij hoogrisicogroepen effect kunnen hebben.

Om een algemeen aanbod te rechtvaardigen is echter bewijs nodig dat interventies effectief zijn, dat wil zeggen dat ze de ouderlijke sensitiviteit en/of gehechtheid verbeteren onder een ongeselecteerde populatie in Nederland. Dit is voor geen enkele interventie voldoende onderzocht. Er is ook te weinig kennis over de mogelijke nadelen van algemeen aangeboden interventies, zoals het problematiseren van de opvoeding en het onzeker maken van ouders. Ook is het onduidelijk of een algemeen aanbod ten koste zou gaan van hulp aan gezinnen waar sprake is van een indicatie voor dergelijke hulp. Alles in ogenschouw nemend adviseert de commissie niet over te gaan tot een algemeen aanbod van interventies om ouderlijke sensitiviteit en/of gehechtheid te verbeteren.

2. Gericht aanbod aan specifieke groepen

De afweging van de commissie valt anders uit wanneer er sprake is van een indicatie voor hulp, omdat er in dat geval meer evidentie is.



Gezinnen waar sprake is van kindermishandeling

Het gaat om te beginnen om gezinnen waar sprake is van kindermishandeling.^a Bij deze gezinnen zouden effectieve interventies ingezet moeten worden om kindermishandeling te doen ophouden, voor zover dat in de praktijk nog niet het geval is. Het verbeteren van de ouder-kindrelatie kan daar deel van uitmaken. Het aanbod aan deze gezinnen moet plaatsvinden in samenhang met andere vormen van hulpverlening. Over hulpverlening gericht op de behandeling van getraumatiseerde kinderen is meer informatie te vinden in het eerdere Gezondheidsraadadvies over kindermishandeling.⁸

Risicogezinnen

Daarnaast zijn er gezinnen waar sprake is van (een combinatie van) risicofactoren, waardoor er een verhoogde kans bestaat op kindermishandeling.^b Er moet in de eerste plaats meer aandacht zijn voor de signalering van risicogezinnen. Signalering kan in principe op verschillende manieren: door (combinaties van) concrete risicofactoren (zoals alleenstaand ouderschap en psychische problematiek bij de ouders) te scoren op individueel niveau, door de prevalentie van concrete risicofactoren op groepsniveau te bepalen (bijvoorbeeld binnen geografisch afgebakende gebieden) en door het signaleren van verstoorde ouder-kindrelaties. Het signaleren op

^a Het doen ophouden van kindermishandeling is bij deze gezinnen de prioriteit. Waar er sprake is van ernstige mishandeling en het kind niet thuis kan blijven wonen is vooral behandeling van belang.

^b Dergelijke risicofactoren kunnen op zichzelf al ernstige negatieve jeugdervaringen zijn, zoals ouders met psychische problematiek of ouders met crimineel gedrag.

grond van individuele risicofactoren voor kindermishandeling gebeurt al en is vaak ook een integraal onderdeel van interventies om kindermishandeling te voorkomen. Ook kiezen sommige gemeenten (zoals Rotterdam) voor een *public-health* benadering van signalering, waarbij interventies worden aangeboden aan groepen waarbinnen risicofactoren meer voorkomen, zoals in bepaalde wijken. De commissie staat achter beide benaderingen en adviseert om door te gaan met deze vormen van risicoselectie. Een andere optie is om te signaleren op een verstoorde ouder-kindrelatie binnen een ongeselecteerde populatie, waardoor het vervolgens mogelijk is gericht te interveniëren. Hier bestaan echter nog geen gevalideerde instrumenten voor, al zijn ze in ontwikkeling. De commissie adviseert om door te gaan met de ontwikkeling van deze instrumenten. Zij verwacht dat deze vorm van signalering niet hoofdzakelijk zal bestaan uit een checklist, maar ook observaties en gesprekstechnieken zal omvatten, waarvoor ervaring en scholing van professionals nodig is.

Bepaalde interventies om kindermishandeling te voorkomen zijn effectief bevonden bij groepen met specifieke combinaties van risicofactoren. Deze interventies zouden bij de betreffende doelgroepen moeten worden ingezet, voor zover dat in de praktijk nog niet het geval is. Daarnaast zijn er risicogezinnen waarvoor geen bewezen effectieve interventie die kindermishandeling kan voorkomen voorhanden is. Omdat deze gezinnen voordeel hebben bij een goede ouder-kindrelatie, zou een aanbod van



effectieve interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren voor hen beschikbaar moeten zijn, voor zover dat in de praktijk nog niet het geval is. Bij het aanbieden van interventies gebaseerd op risicoselectie is het van belang te waken voor stigmatisering. Daarom beveelt de commissie aan interventies op een niet-dwingende, motiverende manier aan te bieden waarbij altijd gekeken wordt naar de behoeften van ouders en kinderen, aandacht wordt besteed aan communicatie en uitleg gegeven wordt over de voordelen van een interventie voor de ontwikkeling van kinderen.

Voorwaarde bij het inzetten van interventies bij risicogezinnen en bij gezinnen waar al sprake is van kindermishandeling, is dat veiligheid wordt geborgd en de hulpbehoefte adequaat wordt ingeschat, zodat bij zwaardere problematiek direct zware hulp wordt gestart en overbehandeling in het geval van lichtere problematiek zoveel mogelijk vermeden wordt. Als lichte interventies worden gebruikt bij zware problematiek kan dit leiden tot verergering van problemen en tot vertraging bij het inschakelen van gepaste hulp. Scholing van professionals en ontwikkeling van gevalideerde signaleringsinstrumenten en risicotaxatieinstrumenten zijn belangrijk om effectief te kunnen besluiten welke gezinnen in aanmerking komen voor hulp.

Gezinnen met een hulpvraag op het gebied van de ouder-kindrelatie

Tot slot zijn er gezinnen die behoefte hebben aan lichte vormen van hulp op het gebied van de ouder-kindrelatie. Deze gezinnen komen zelf met

een hulpvraag of worden door professionals gesignaleerd door middel van observatie bij ouders en kind en/of expliciete vragen.^a Deze groep zou laagdrempelig toegang moeten krijgen tot interventies die in een brede populatie effectief bevonden zijn om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. Naast de voordelen hiervan voor ouders en kinderen zou dit ook bijdragen aan een klimaat waarin het normaal is dat ouders hulp vragen of hulp aangeboden krijgen als zij problemen ervaren in de relatie met hun kind. Ouders moeten hierin serieus genomen worden. Dit sluit aan op het Regeerakkoord, waarin staat: “Ouders kunnen rekenen op ondersteuning via zwangerschapscursussen, consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en scholen. Dit gebeurt binnen bestaande kaders, waarbij meer aandacht komt voor hechtingsproblematiek en opvoeding. Er moet laagdrempelige hulp en ondersteuning beschikbaar zijn, uitgaande van de eigen kracht van gezinnen.”

Uitvoeringsaspecten

De aanbevelingen die betrekking hebben op een gericht aanbod kunnen binnen de bestaande kaders van de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg en de geboortezorg worden uitgevoerd. Dit vraagt om een investering, niet alleen in tijd en middelen voor het aanbieden van interventies, maar ook in

^a Zolang er geen objectieve screenings- en indiceringsinstrumenten gebaseerd op ouderlijke sensitiviteit zijn (zie hoofdstuk 5), zijn de eigen ervaring van ouders met het opvoeden van hun kinderen en hun praktijkervaring het enige waar hulpverleners op kunnen varen. Ook wanneer er wel valide instrumenten zijn, moet de ervaringskennis van ouders worden meegewogen in de beslissing om interventies aan te bieden, aangezien geen enkel instrument 100% voorspellend is.



de training voor professionals die gezinnen moeten signaleren. Dit geldt niet alleen voor het aanbod aan gezinnen die zelf een hulpbehoefte aangeven, dat voor veel gemeenten een uitbreiding van het aanbod zou betekenen, maar ook voor het aanbod aan risicogezinnen: dit is momenteel te zeer versnipperd. Zelfs de interventies met het sterkste bewijs voor effectiviteit worden niet in alle gemeenten aangeboden. Gemeenten zijn direct verantwoordelijk voor de inkoop van jeugdinterventies en zij zijn dan ook degenen die het aanbod zouden moeten faciliteren. Omdat het ministerie van VWS systeemverantwoordelijk is voor de publieke gezondheid heeft zij hierbij ook een rol.¹⁰⁷ De commissie adviseert de minister om de landelijke beschikbaarheid van effectieve preventieve interventies te stimuleren.

De ouder-kindrelatie is geen gesloten systeem, maar wordt beïnvloed door externe stressoren zoals armoede, alleenstaand ouderschap en baanonzekerheid.¹⁰⁸ Van een aanbod alleen gericht op individuele gezinnen is daarom slechts beperkt resultaat te verwachten. Dat betekent dat het belangrijk is om dit advies in een maatschappelijke context te plaatsen. Steeds meer gemeenten hebben een aanbod voor kwetsbare gezinnen, zoals hulp bij armoede, laaggeletterdheid of isolement. Dit integraal werken binnen het sociale domein vindt de commissie een goede ontwikkeling. Ook samenwerking tussen de verschillende professionals die bij een gezin betrokken zijn, is belangrijk voor succesvolle preventie.

3. Kennis

De commissie vindt het belangrijk dat professionals in het jeugdveld, de geboortezorg en professionals in de gezondheidszorg die met gezinnen te maken hebben kennis hebben van de gevolgen van ernstige negatieve jeugdervaringen en van het belang van een goede ouder-kindrelatie voor de gezondheid van kinderen. Ook moeten zij weten wat wel en niet te verwachten valt van interventies om de ouder-kindrelatie te verbeteren en van interventies om kindermishandeling te voorkomen of te doen ophouden. Zij moeten immers kunnen signaleren welke gezinnen ondersteuning nodig hebben. In veel gevallen moeten zij ook kunnen inschatten hoe zwaar de hulpbehoefte is en welk type interventie passend is. De commissie beveelt op de eerste plaats dan ook aan om te stimuleren dat de kennis uit dit advies wordt verspreid. Met de betreffende beroepsgroepen kan worden nagegaan welke (na)scholing nodig is om professionals van informatie te voorzien en hen adequaat toe te rusten op hun taak.

De commissie beveelt aan eisen te stellen aan de effectiviteit van interventies. Zij beveelt de minister dan ook aan om het gebruik van bewezen effectieve interventies in de praktijk te bevorderen. Dat kan op verschillende manieren:

- Stimuleren van effectiviteitsonderzoek naar veelbelovende interventies, onderzoek naar signalering en signaleringsinstrumenten en onderzoek



naar kennishiaten (zoals preventie in een ongeselecteerde populatie, mogelijke ongewenste neveneffecten van interventies en effectiviteit van interventies tijdens de zwangerschap en de eerste levensmaanden).

- Stimuleren van onderzoek naar mechanismen van werkzaamheid van interventies.
- Stimuleren dat bij interventieontwikkeling en innovatie structureel wordt voortgebouwd op bewezen effectieve elementen of mechanismen van werkzaamheid van interventies.
- Stimuleren dat gemeenten bij de inkoop van interventies eisen stellen aan de effectiviteit ervan, landelijke richtlijnen volgen en de Databank Effectieve Jeugdinterventies gebruiken.
- Stimuleren dat professionals in het jeugdveld en bij gemeenten die de keuzes maken voor interventies worden geschoold in het omgaan met databanken en de informatie die er is over de effectiviteit.

De commissie heeft geen selectie van effectieve interventies in haar aanbevelingen opgenomen,^a omdat zij geen specifieke interventies wil promoten en omdat er telkens nieuwe evidentie bijkomt, waardoor dit advies snel zou verouderen. De Databank Effectieve Jeugdinterventies bevat een grote selectie, en de beoordeling van interventies vindt op een onafhankelijke en transparante manier plaats. Slechts een minderheid van

de interventies in de databank is gecategoriseerd als effectief. Daardoor zal het soms moeilijk zijn om een passende effectieve interventie te kiezen. In dat geval kan bij het kiezen van een interventie die gecategoriseerd is als 'goed onderbouwd' rekening gehouden worden met de evidentie die er is. Bij interventies om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren geldt dat videofeedback een effectieve methode is, dat interventies effectiever zijn als een kind zes maanden of ouder is, en dat interventies met vijf tot vijftien sessies het meest effectief zijn. Bij interventies om kindermishandeling te voorkomen of te doen ophouden geldt dat zij effectiever zijn naarmate de problematiek in een gezin ernstiger is, dat interventies met een duur van tussen zestien en dertig sessies het meest effectief zijn, en dat sommige interventies alleen bij bepaalde risicogezinnen effectief zijn.

De commissie beveelt aan te stimuleren dat alle interventies die ontwikkeld worden ook worden aangemeld bij de databank, zodat er een vollediger overzicht ontstaat van de interventies die *evidence-based* zijn. Vermindering van de administratieve last van de aanmeldprocedure is daar een belangrijke voorwaarde voor. Ook kan gesubsidieerd onderzoek naar interventies automatisch gekoppeld worden aan aanmelding bij de databank. Het systematisch gebruiken van de databank bij de selectie van interventies zou bijdragen aan een praktijk waarin het handelen meer gestoeld is op het beschikbare wetenschappelijke bewijs.

^a deze informatie is te vinden in hoofdstuk 4 van het advies



Tot slot beveelt de commissie aan om aandacht te besteden aan de implementeerbaarheid en implementatie van interventies. Een goed implementeerbare interventie met een matige effectiviteit in de setting van onderzoek kan in de praktijk een betere keuze zijn dan een slecht implementeerbare interventie met een goede effectiviteit. Vervolgens moet er ook worden gezorgd dat een interventie op een zodanige manier geïm-

plementeerd wordt dat de effectiviteit behouden blijft. Hiervoor is scholing en training (bijvoorbeeld intervisie en/of terugkomdagen) van professionals nodig, evenals een vorm van kwaliteitsbewaking op de uitvoering. Ook beveelt de commissie aan implementatiestudies te doen, omdat deze informatie geven over de daadwerkelijke effectiviteit van een interventie in de praktijk, zodat duidelijk wordt of de verwachtingen gehaald worden.



literatuur



- ¹ Alink LR. *Tweede nationale prevalentiestudie kindermishandeling*. 2010.
- ² Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos Instituut, 2010.
- ³ Spruijt EK, Kosmos H. *Handboek scheiden en de kinderen. Voor de beroepskracht die met scheidingskinderen te maken heeft*. Houten: 2010.
- ⁴ Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, e.a. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. Am J Prev Med 1998; 14(4): 245-58.
- ⁵ Felitti VJ, Anda RF. *The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare*. Editor: Lanius RA, Vermetten E and Pain C. The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic: 77-86. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- ⁶ Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. *Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias?* Science 2015; 347(6229): 1480-5.
- ⁷ Thornberry TP, Knight KE, Lovegrove PJ. *Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature*. Trauma Violence Abuse 2012; 13(3): 135-52.
- ⁸ Gezondheidsraad. *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag, Gezondheidsraad, 2011; publicatienr. 2011/11.
- ⁹ Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. *Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study*. Am J Psychiatry 2003; 160(8): 1453-60.
- ¹⁰ Kuiper RM, Dusseldorp E, Vogels AGC. *A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease with respect to negative experiences during childhood*. 2010.
- ¹¹ Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 1988.
- ¹² Sawilowsky S. *New effect size rules of thumb* Journal of Modern Applied Statistical Methods, 2009; 8(2): 467-74.
- ¹³ Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, e.a. *The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Public Health 2017; 2(8): e356-e66.
- ¹⁴ Venter M de, Demyttenaere K, Bruffaerts R. *[The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review]*. Tijdschr Psychiatr 2013; 55(4): 259-68.
- ¹⁵ Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis*. PLoS Med 2012; 9(11): e1001349.



- ¹⁶ Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. *Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis*. *Obes Rev* 2014; 15(11): 882-93.
- ¹⁷ McCrory EJ, Gerin MI, Viding E. *Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry - the contribution of functional brain imaging*. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58(4): 338-57.
- ¹⁸ Agnew-Blais J, Danese A. *Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(4): 342-9.
- ¹⁹ Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. *Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders*. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 126(3): 198-207.
- ²⁰ Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, e.a. *Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls*. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122(1): 66-74.
- ²¹ Nanni V, Uher R, Danese A. *Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis*. *Am J Psychiatry* 2012; 169(2): 141-51.
- ²² Suglia SF, Koenen KC, Boynton-Jarrett R, Chan PS, Clark CJ, Danese A, e.a. *Childhood and Adolescent Adversity and Cardiometabolic Outcomes: A Scientific Statement From the American Heart Association*. *Circulation* 2018; 137(5): e15-e28.
- ²³ McCrory E, De Brito SA, Viding E. *The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research*. *J R Soc Med* 2012; 105(4): 151-6.
- ²⁴ Teicher MH, Samson JA. *Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect*. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57(3): 241-66.
- ²⁵ Lim L, Radua J, Rubia K. *Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis*. *Am J Psychiatry* 2014; 171(8): 854-63.
- ²⁶ Harmelen AL van, Hauber K, Gunther Moor B, Spinhoven P, Boon AE, Crone EA, e.a. *Childhood emotional maltreatment severity is associated with dorsal medial prefrontal cortex responsivity to social exclusion in young adults*. *PLoS One* 2014; 9(1): e85107.
- ²⁷ Harmelen AL van, van Tol MJ, Dalgleish T, van der Wee NJ, Veltman DJ, Aleman A, e.a. *Hypoactive medial prefrontal cortex functioning in adults reporting childhood emotional maltreatment*. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014; 9(12): 2026-33.
- ²⁸ Harmelen AL van, van Tol MJ, van der Wee NJ, Veltman DJ, Aleman A, Spinhoven P, e.a. *Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment*. *Biol Psychiatry* 2010; 68(9): 832-8.



- ²⁹ Conradt E. *Using Principles of Behavioral Epigenetics to Advance Research on Early-Life Stress*. Child Dev Perspect 2017; 11(2): 107-12.
- ³⁰ Houtepen LC, Vinkers CH, Carrillo-Roa T, Hiemstra M, van Lier PA, Meeus W, e.a. *Genome-wide DNA methylation levels and altered cortisol stress reactivity following childhood trauma in humans*. Nat Commun 2016; 7: 10967.
- ³¹ Boyce WT. *Differential Susceptibility of the Developing Brain to Contextual Adversity and Stress*. Neuropsychopharmacology 2016; 41(1): 142-62.
- ³² Ellis BJ, Boyce WT. *Differential susceptibility to the environment: toward an understanding of sensitivity to developmental experiences and context*. Dev Psychopathol 2011; 23(1): 1-5.
- ³³ IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg MJ. *Genetic differential susceptibility on trial: meta-analytic support from randomized controlled experiments*. Dev Psychopathol 2015; 27(1): 151-62.
- ³⁴ Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. *Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: new evidence and a meta-analysis*. Dev Psychopathol 2011; 23(1): 39-52.
- ³⁵ Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Pijlman FT, Mesman J, Juffer F. *Experimental evidence for differential susceptibility: dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial*. Dev Psychol 2008; 44(1): 293-300.
- ³⁶ Zeegers MAJ, Colonnese C, Stams GJM, Meins E. *Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment*. Psychol Bull 2017; 143(12): 1245-72.
- ³⁷ Bowlby J. *Attachment en loss*. New York. Basic Books, 1969.
- ³⁸ Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum; 1978.
- ³⁹ Main M, Solomon J. *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. Editor: Greenberg MT, Cicchetti D and Cummings EM. Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention 121-160. Chicago: The University of Chicago Press; 1990.
- ⁴⁰ IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg, MJ *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe; 2010.
- ⁴¹ Granqvist P, Sroufe LA, Dozier M, Hesse E, Steele M, van IJzendoorn M, e.a. *Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers*. Attach Hum Dev 2017; 19(6): 534-58.
- ⁴² Cassé FH, Oosterman M, Schuengel C. *Parenting self-efficacy moderates the linkage between partner relationship dissatisfaction and avoidant infant-mother attachment: a Dutch study*. Journal of Family Psychology 2017; 30(8): 935-43.
- ⁴³ Tharner A, Luijk MP, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VW, Hofman A, e.a. *Maternal lifetime history of depression and*



depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attach Hum Dev* 2012; 14(1): 63-81.

- ⁴⁴ Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. *Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood.* *Psychol Bull* 2003; 129(2): 195-215.
- ⁴⁵ Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. *Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis.* *Infant Ment Health J* 2005; 26(3): 191-216.
- ⁴⁶ Fraley RC, Roisman GI. *Do early caregiving experiences leave an enduring or transient mark on developmental adaptation?* *Current Opinion in Psychology* 2015; 1: 101-6.
- ⁴⁷ Valentino K. *Relational Interventions for Maltreated Children.* *Child Dev* 2017; 88(2): 359-67.
- ⁴⁸ Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study.* *Child Dev* 2010; 81(2): 435-56.
- ⁴⁹ Groh AM, Fearon RMP, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI. *Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development.* *Child Development Perspectives* 2016: 1-7.
- ⁵⁰ Groh AM, Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Steele RD, Roisman GI. *The significance of attachment security for*

children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attach Hum Dev* 2014; 16(2): 103-36.

- ⁵¹ Groh AM, Narayan AJ, Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI, Vaughn BE, Fearon RMP, e.a. *Attachment and Temperament in the Early Life Course: A Meta-Analytic Review.* *Child Dev* 2017; 88(3): 770-95.
- ⁵² Groh AM, Roisman GI, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. *The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study.* *Child Dev* 2012; 83(2): 591-610.
- ⁵³ Raby KL, Roisman GI, Fraley RC, Simpson JA. *The enduring predictive significance of early maternal sensitivity: social and academic competence through age 32 years.* *Child Dev* 2015; 86(3): 695-708.
- ⁵⁴ Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. *Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood.* *Psychol Bull* 2003; 129(2): 195-215.
- ⁵⁵ Wolff MS de, van IJzendoorn MH. *Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment.* *Child Dev* 1997; 68(4): 571-91.
- ⁵⁶ Belsky J, Fearon RM. *Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: a moderational analysis.* *Dev Psychopathol* 2002; 14(2): 293-310.
- ⁵⁷ Tharner A, Dierckx B, Luijk MP, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ginkel JR, e.a. *Attachment disorganization*



- moderates the effect of maternal postnatal depressive symptoms on infant autonomic functioning.* Psychophysiology 2013; 50(2): 195-203.
- ⁵⁸ Stith SM, Liu L, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, e.a. *Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature.* Aggression and Violent Behavior 2009; 14: 13-29.
- ⁵⁹ Assink M, van der Put CE, Kuiper K, Mulder T, Stams GJJM. *Risicofactoren voor kindermishandeling: Een meta-analytisch onderzoek naar risicofactoren voor seksuele mishandeling, fysieke mishandeling en verwaarlozing.* Universiteit van Amsterdam, 2016.
- ⁶⁰ Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJM, Assink M. *Risk factors for child neglect: A meta-analytic review.* Child Abuse Negl 2018; 77: 198-210.
- ⁶¹ Verhage ML, Schuengel C, Madigan S, Fearon RM, Oosterman M, Cassibba R, e.a. *Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment.* Psychol Bull 2016; 142(4): 337-66.
- ⁶² Wright B, Hackney L, Hughes E, Barry M, Glaser D, Prior V, e.a. *Decreasing rates of disorganised attachment in infants and young children, who are at risk of developing, or who already have disorganised attachment. A systematic review and meta-analysis of early parenting interventions.* PLoS One 2017; 12(7): e0180858.
- ⁶³ Facompré CR, Bernard K, Waters TE. *Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis.* Dev Psychopathol 2017: 1-11.
- ⁶⁴ Mountain G, Cahill J, Thorpe H. *Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis.* Infant Behav Dev 2017; 46: 14-32.
- ⁶⁵ Pinquart M, Teubert D. *Effects of parenting education with expectant and new parents: a meta-analysis.* Journal of Family Psychology 2010; 24(3): 316-27.
- ⁶⁶ Euser S, Alink LR, Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. *A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment.* BMC Public Health 2015; 15: 1068.
- ⁶⁷ Put CE van der, Boekhout van Solinge N, Gubbels J. *Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling. Eindrapport Voorstudie Fase 1.* Universiteit van Amsterdam, 2017.
- ⁶⁸ Nederlands Jeugdinstituut. *Databank Effectieve Jeugdinterventie.* <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>. Geraadpleegd 26-04-2018.
- ⁶⁹ Schmidt AK, Kooijman K. *Inventarisatie van interventies voor preventie van kindermishandeling en opvoedproblematiek.* Nederlands Jeugdinstituut in opdracht van Universiteit van Amsterdam, 2017.
- ⁷⁰ O'Hara L, Barlow J, Livingstone N, Macdonald G. *Video feedback for improving parental sensitivity and attachment.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No. CD012348.
- ⁷¹ Kersten-Alvarez LE, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM, van Doesum KTM, Hoefnagels C. *Which preventive interventions effectively*



- enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis.* Infant Ment Health J 2011; 32(3): 362-76.
- ⁷² Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): Development and meta-analytical evidence of its effectiveness.* In: editors. Editor: M. SHS. Handbook of Attachment-Based Intervention 2017; 1-26.
- ⁷³ Hoffenkamp HN, Tooten A, Hall RA, Braeken J, Eliens MP, Vingerhoets AJ, e.a. *Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial.* J Consult Clin Psychol 2015; 83(2): 416-29.
- ⁷⁴ Tooten A, Hoffenkamp HN, Hall RA, Winkel FW, Eliens M, Vingerhoets AJ, e.a. *The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: a multicenter randomised controlled trial.* BMC Pediatr 2012; 12: 76.
- ⁷⁵ Doesum KT van, Riksen-Walraven JM, Hosman CM, Hoefnagels C. *A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants.* Child Dev 2008; 79(3): 547-61.
- ⁷⁶ Abrahamse ME, Junger M, Chavannes EL, Coelman FJ, Boer F, Lindauer RJ. *Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012; 6(1): 24.
- ⁷⁷ Abrahamse ME, Junger M, van Wouwe MA, Boer F, Lindauer RJ. *Treating Child Disruptive Behavior in High-Risk Families: A Comparative Effectiveness Trial from a Community-Based Implementation.* J Child Fam Stud 2016; 25: 1605-22.
- ⁷⁸ Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. *Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-analysis.* Pediatrics 2017; 140(3).
- ⁷⁹ Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, e.a. *Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports.* J Consult Clin Psychol 2004; 72(3): 500-10.
- ⁸⁰ Bouwmeester-Landweer M. *Early home visitation in families at risk for child maltreatment.* Leiden University, 2006.
- ⁸¹ Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA. *The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial.* PLoS One 2015; 10(4): e0120182.
- ⁸² Gezondheidsraad. *Gezond opgroeien: weten wat werkt.* Den Haag: jonge Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/11.
- ⁸³ ZonMw. *Consortia Effectiviteit psychosociale interventies Jeugd.* <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/effectief-werken/3a-consortia-effectiviteit-psychosociale-interventies-jeugd/>. Geraadpleegd 18-04-2018.



- ⁸⁴ Cyr CA, Alink LRA, *Child maltreatment: the central roles of parenting capacities and attachment*. *Current Opinion in Psychology* 2017; 15: 81-6.
- ⁸⁵ [sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org/). *Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaire*. <http://www.sdqinfo.org/>. Geraadpleegd 25-04-2018.
- ⁸⁶ Julius Centrum. *SPARK: Bepalen van zorgbehoefte van ouders van jonge kinderen* <http://portal.juliuscentrum.nl/research/nl-nl/cohortsandprojects/cohortspjcts/spark.aspx>. Geraadpleegd 25-04-2018.
- ⁸⁷ Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *GIZ-methodiek*. <https://www.ncj.nl/giz/>. Geraadpleegd 25-04-2018.
- ⁸⁸ Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *SamenStarten*. <https://www.ncj.nl/samenstarten/>. Geraadpleegd 25-04-2018.
- ⁸⁹ Australian Research Alliance for Children & Youth. *The Common Approach to Assessment, Referral and Support: Working together to prevent child abuse and neglect – Final report*. Canberra: Australian Research Alliance for Children & Youth, 2013.
- ⁹⁰ Put CE van der , Bouwmeester-Landweer MBR, Landsmeer-Beker EA, Wit JM, Dekker FW, Kousemaker NPJ, Baartman HEM. *De predictieve validiteit van de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap*. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2018; 50(2): 33-39.
- ⁹¹ Quispel C, Schneider TA, Bonsel GJ, Lambregtse-van den Berg MP. *An innovative screen-and-advice model for psychopathology and psychosocial problems among urban pregnant women: an exploratory study*. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012; 33(1): 7-14.
- ⁹² Quispel C, Schneider TA, Hoogendijk WJ, Bonsel GJ, Lambregtse-van den Berg MP. *Successful five-item triage for the broad spectrum of mental disorders in pregnancy - a validation study*. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 51.
- ⁹³ Quispel C, van Veen MJ, Zuijderhoudt C, Steegers EA, Hoogendijk WJ, Birnie E, e.a. *Patient versus professional based psychosocial risk factor screening for adverse pregnancy outcomes*. *Matern Child Health J* 2014; 18(9): 2089-97.
- ⁹⁴ Veen MJ van, Birnie E, Poeran J, Torij HW, Steegers EA, Bonsel GJ. *Feasibility and reliability of a newly developed antenatal risk score card in routine care*. *Midwifery* 2015; 31(1): 147-54.
- ⁹⁵ Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. *KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld*. 2015.
- ⁹⁶ Nederlands Jeugdinstituut. *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)*. <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Licht-Instrument-Risicotaxatie-Kindveiligheid-%28LIRIK%29>. Geraadpleegd 03-05-2018.
- ⁹⁷ Put CA van der, Assink M, Stams, G. *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ)*. Universiteit van Amsterdam, 2015.



- ⁹⁸ Bartelink C, de Kwaadsteniet L, ten Berge I, Blik M, van Brandenburg M, van Gastel W e.a. *Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK*. Nederlands Jeugdinstituut, 2015.
- ⁹⁹ Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. 2013.
- ¹⁰⁰ Zanden R van der, Haverman M, van der Poel A. *KOPP/KVO Resultaten van een Rondgang in de Uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO)*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2016.
- ¹⁰¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: het bewustzijn groeit, maar nog niet overal*. 2017.
- ¹⁰² Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. 2017.
- ¹⁰³ Vogtländer L, van Arum S, Lünemann KD, van Eijkern L, Hummeling T. *Triage Veilig Thuis bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. Versie 6.0*. GGD GHOR Nederland, 2015.
- ¹⁰⁴ Vogtländer L, van Arum S. *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*. GGD GHOR Nederland, 2016.
- ¹⁰⁵ Snoeren F. *giving maltreated children an voice*. Maastricht: Maastricht University; 2014.
- ¹⁰⁶ Hoefnagels C, Snoeren F, Baeten P. *Helpt hulp aan gemelde mishandelde kinderen? Onverklaarde variatie beter begrijpen*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2015.
- ¹⁰⁷ Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Wet publieke gezondheid*. 2018. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2016-08-01/0/informatie>. Geraadpleegd 03-05-2018.
- ¹⁰⁸ Booth AT, Macdonald JA; Yousef GJ. *Contextual stress and maternal sensitivity: A meta-analytic review of stress associations with the Maternal Behavior Q-Sort in observational studies*. Developmental Review 2018.



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van www.gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's. Den Haag:
Gezondheidsraad, 2018; publicatienr. 2018/11.

Auteursrecht voorbehouden

