

Drang en dwang rond de geboorte

Over ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing

Remy Vink

Het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) is onlangs gestart met de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de jeugdzorg over ondertoezichtstelling (OTS) en uithuisplaatsing, in samenwerking met TNO (afdeling Child Health, Leiden), het CBO (Centraal Begeleidings-Organ/Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) en beroepsorganisaties. Cases waarbij een OTS of (gedwongen) uithuisplaatsing aan de orde is, zorgen in de praktijk voor veel ophef, niet alleen bij de cliënt maar ook bij de betrokken professionals. Zorgvuldig handelen is daarom heel belangrijk. Dit artikel gaat dieper in op kinderbeschermingsmaatregelen rond de geboorte en de rol van de verloskundige daarbij.

Hoe vaak komt het voor?

Nederland telt jaarlijks bijna 12.000 (nieuwe) ondertoezichtstellingen waarvan 3.750 tevens uithuisplaatsingen betreffen (Raad voor de Kinderbescherming/Ministerie van Justitie, gegevens 2008). Hoe vaak dit on- of pasgeborenen betreft, is niet bekend. Onlangs schatte de landelijke Raad voor de Kinderbescherming het aantal onder toezicht gestelde ongeboren baby's op jaarlijks bijna 100 gevallen (NRC 28/02/2012). Afgaand op de eerdergenoemde verhouding, zou ongeveer een derde daarvan (rond de 30 landelijk) een uithuisplaatsing direct na de geboorte kunnen betreffen. Echter, in de trainingen *vroegsignalering met de ALPHA-NL* prenataal signaleringsinstrument voor psychosociale omstandigheden, (TNO) wordt door cursisten regelmatig casuïstiek ingebracht met een OTS tijdens de zwangerschap of uithuisplaatsing direct na de geboorte. Het vermoeden bestaat dat dergelijke cases vaker voorkomen dan de voornoemde schatting. Dit wordt bevestigd door de landelijke jaarcijfers van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). In 2010 werden namelijk 511 ongeboren kinderen in Nederland uit voorzorg bij een AMK gemeld en zijn kinderen onder één jaar oververtegenwoordigd in de AMK-cijfers. Deze meldingen lopen overigens niet allemaal uit op een ondertoezichtstelling tijdens de zwangerschap of uithuisplaatsing direct na de geboorte.

Nader onderzoek is nodig om de omvang van geëffectueerde kinderbeschermingsmaatregelen rond de geboorte in kaart te brengen. Meer dan de aantallen, is dit artikel ingegeven door de impact die de casuïstiek heeft op verloskundigen en de knelpunten die zij ervaren bij de samenwerking met betrokken instellingen.

OTS, VOTS en MUHP

- Een ondertoezichtstelling (OTS) is een maatregel van de kinderrechter waarmee het ouderlijk gezag beperkt wordt.
- Een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) wordt door de kinderrechter uitgesproken in acute gevallen in afwachting van de uitkomsten van het onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming.
- Een machtiging uithuisplaatsing (MUHP) wordt afgegeven door de kinderrechter om een kind gedwongen, tijdelijk of definitief, in pleegzorg te kunnen plaatsen.

Signaleren

Aan een (voorlopige) OTS of uithuisplaatsing gaat altijd een signalering- en besluitvormingsfase vooraf. Verloskundigen signaleren vanaf het moment dat een vrouw en eventueel haar partner de spreekkamer binnenstapt: professioneel intuïtief, ingebouwd in de intake, met een instrument zoals de ALPHA-NL of door een combinatie van methoden. De uitkomst kan variëren van 'niets aan de hand', 'steuntje in de rug nodig' tot 'zeer zorgwekkend' of 'crisis'. Soms komen psychosociale problemen pas in de loop van de zwangerschap naar voren of wordt gaandeweg de ernst pas duidelijk. Signaleren is geen momentopname maar een verzameling van constatering die elkaar versterken (of ontkrachten). In de praktijk blijken veel verloskundigen het moeilijk te vinden om cliënten vragen te stellen die betrekking hebben op de privé-sfeer. Terwijl dit belangrijk is om, zo mogelijk samen met de cliënt, te kunnen besluiten of aanvullende hulp tijdens de zwangerschap aangewezen is. Verloskundigen zeggen vaak dat er daarvoor 'eerst een vertrouwensband met de cliënt' moet zijn. Dit hoeft echter het verkrijgen van inzicht in de psychosociale omstandigheden van de cliënt, niet in de weg te staan. Integendeel, het getuigt juist van een zorgzame betrok-

kenheid. Ook zijn verloskundigen vaak bang voor negatieve reacties van de cliënt of om een beoordelingsfout te maken. Dit is begrijpelijk maar blijkt doorgaans onterecht. Zo bleek in een van de pilots met de ALPHA-NL dat rond de 90% van de cliënten het er (helemaal) mee eens was dat de verloskundige, via de ALPHA-NL, naar de persoonlijke situatie vroeg en dit ook niet confronterend vonden (er waren bovendien géén cliënten die het er mee *oneens* waren). Wanneer het vermoeden bestaat dat de veiligheid van het (ongeboren) kind in het geding is, is het cruciaal om de psychosociale omstandigheden en het hulpverleningsnetwerk van de cliënt zo snel en zo volledig mogelijk in beeld te krijgen. Er is dan meer tijd om samenwerking te zoeken met andere professionals en samen te bepalen hoe de zwangerschap zo gezond mogelijk uitgedragen wordt, welke ondersteuning daarbij nodig is en onder welke voorwaarden het kind na de geboorte bij de moeder, ouders of familie kan blijven.

Verloskundigen zouden dus alle cliënten zo vroeg mogelijk in de zwangerschap moeten vragen óf er hulpverlening bij de (aanstaande) ouders of het gezin betrokken is en zo ja, welke hulpverlening. Het is belangrijk om te weten of de kindbescherming, voogdij of het AMK in het gezin of bij de kinderen van de partner betrokken zijn of waren; en of er sprake is of was van een (V)OTS of een uithuisplaatsing. Daarbij zijn de attitude van de verloskundige en de manier waarop zij de vragen stelt, bepalend. Het *willen weten* van de verloskundige moet geen waarheidsvinding zijn maar juist in het teken staan van het bieden van goede zorg; uitleggen dat de cliënt er bij gebaat is: “om je zo goed mogelijk te kunnen helpen, is het belangrijk dat ik inzicht heb in je persoonlijke situatie en kan het nodig zijn dat ik overleg met andere hulpverleners”.

Risicogroepen

Over het algemeen gaat het bij een ingrijpende maatregel zoals een (V)OTS of een uithuisplaatsing rond de geboorte om drie hoogrisicogroepen:

- alcohol- en/of drugs gebruikende zwangeren / aanstaande ouders,
- zwangeren / aanstaande ouders met een verstandelijke beperking,
- zwangeren / aanstaande ouders met een psychiatrische aandoening of verleden.

Ten gevolge van de problematiek kunnen daar schulden, partnergeweld, huisvestingsproblemen of overlast bij komen. Kenmerkend voor het gedrag van veel van deze cliënten is dat zij vaak moeite hebben met het nakomen van afspraken, onvoorspelbaar kunnen reageren en wantrouwen koesteren jegens hulpverlening in het algemeen. Anderen zijn er juist vaardig in geworden om hun problemen te verbloemen en hulp buiten de deur te houden.

Cliënten, waarbij al eerder sprake was van een AMK-melding, een (V)OTS of een uithuisplaatsing, zullen over het algemeen bij een volgende zwangerschap niet gauw uit zichzelf over hun situatie beginnen; niet bij de hulpverlening over de zwangerschap en niet bij de verloskundige over de betrokkenheid van het AMK of de kindbescherming. Als de verloskundige dit niet goed uitvraagt bij de intake, kan het dus voorkomen dat een ophanden zijnde (V)OTS of uithuisplaatsing pas tegen het einde van de zwangerschap, soms zelfs pas bij de geboorte, blijkt.

Contacten met andere hulpverleners

Bij deze cliënten is vaak al wel hulpverlening aanwezig, voor henzelf, de partner of voor de al aanwezige kinderen. Er kan al een melding bij het AMK zijn gedaan of zelfs al een (V)OTS of uithuisplaatsing voor de eerdere kinderen (of die van de partner) gelden. Daarmee is niet vanzelfsprekend ook de ongeboren baby onder toezicht gesteld. Bij een (V)OTS of uithuisplaatsing is er in ieder geval al wel een gezinsvoogd. Deze of de andere betrokken hulpverleners kunnen contact leggen met de verloskundige wanneer zij weten dat moeder weer zwanger is. Dit gebeurt in de praktijk echter onvoldoende. Het kan ook voorkomen dat het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming de verloskundige benadert met het verzoek om informatie; de verloskundige mag dit ondanks het beroepsgeheim en ook als zij zelf nog geen vermoedens heeft, verstrekken. De verloskundige vergewist zich er dan eerst van of de cliënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Dit is in de praktijk meestal wel het geval maar is dit niet zo dan moet de verloskundige een afweging maken tussen haar geheimhoudingsplicht en zorgplicht. Zie daarvoor de *KNOV-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* (KNOV, 2011) en de brochure *Horen, zien en zwijgplicht?* (Ministerie van Justitie, 2009).

Wanneer er helemaal geen hulpverleners (meer) in beeld zijn, is de jeugdgezondheidszorg (JGZ/ consultatiebureau/ Centrum voor Jeugd & Gezin) voor de verloskundige een aanspreekpunt. Bij multipara, als er eerdere kinderen zijn, is het gezin al bekend bij de JGZ en kan met instemming van de cliënt (of zónder, onder bepaalde omstandigheden) met de jeugdarts of –verpleegkundige overlegd worden. De JGZ kan nadere informatie verstrekken en meedenken maar heeft ook goed overzicht van de sociale kaart. Samenwerken met de JGZ is vaak minder vanzelfsprekend bij nullipara, omdat er dan nog geen kind-dossier bij de JGZ aangemaakt is. De JGZ heeft wettelijk immers vanaf de geboorte pas een taak in de (preventieve) zorg rondom het kind. In een aantal regio's bestaat echter de mogelijkheid om de JGZ al tijdens de zwangerschap in te zetten. Dit wordt dan apart door de gemeenten gefinancierd. Prenatale begeleiding vanuit de JGZ kan bijvoorbeeld via casuïstiekoverleg waar de verloskundige ook cases

betreffende een ongeborn kind in kan brengen. Er wordt dan een gezamenlijk plan gemaakt en afgesproken welke partij de coördinerende rol vervult. In sommige regio's bestaat de mogelijkheid om de reguliere jeugdverpleegkundige al tijdens de zwangerschap, op indicatie van de verloskundige, een of meerdere huisbezoeken af te laten leggen waarin hij de aanstaande moeder of ouders ondersteunt naar een optimale start met de baby, en zo nodig kan zorgen voor extra hulpverlening. Op deze manier kan de psychosociale begeleiding van de zwangere en coördinatie van zorg voor een deel van de verloskundige overgenomen worden. Vaak is een aantal prenatale huisbezoeken voldoende, maar als de jeugdverpleegkundige er aan twijfelt of het kind na de geboorte bij de moeder of ouders kan blijven, zal hij stappen ondernemen. Voor een nauwer omschreven doelgroep van jonge, laag opgeleide, primipara zwangeren (tot 25 jaar) met complexe problematiek is er in sommige regio's het programma Voorzorg dat gegeven wordt door een gespecialiseerde jeugdverpleegkundige.

Behalve met de JGZ kan de verloskundige een (eventueel geanonimiseerde) casus voorleggen voor advies aan het AMK en/of een melding doen. Bij een melding bij het AMK kan de verloskundige anoniem blijven als de situatie daarom vraagt (ernstige dreiging voor moeder, kind of professional of als het risico groot is dat het gezin zich geheel aan de zorg onttrekt). Dit heeft echter niet de voorkeur omdat ouders dan over het algemeen minder goed meewerken met het onderzoek en minder snel op vrijwillige basis hulp aanvaarden. (Zie ook de KNOV-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.)

Ondertoezichtstelling

Sinds 2008 kunnen ongeborn kinderen vanaf de abortusgrens van 24 weken zwangerschap, onder toezicht gesteld worden. Voor een OTS is *altijd* een melding bij het AMK nodig. Het AMK stelt een onderzoek in en probeert op basis van vrijwilligheid van de aanstaande ouders, hulp in gang te zetten die de bedreigingen voor het (ongeboren) kind weg moeten nemen. Het AMK gaat ook na of moeder en kind na de geboorte bij elkaar kunnen blijven. Wanneer (aanstaande) ouders niet meewerken, vrijwillige hulp niet geaccepteerd wordt of de situatie zeer ernstig is (en blijft), zal het AMK een verzoek tot onderzoek indienen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Deze besluit dan op basis van het onderzoek tot een ondertoezichtstelling (OTS) en legt dit voor aan de kinderrechter. In acute of levensbedreigende situaties zal het AMK direct naar de Raad doorgeleiden. Wanneer het onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming niet eerst afgewacht kan worden, zal de kinderrechter 'alvast' een VOTS uitspreken voor maximaal drie maanden. Dit is bij ongeborn kinderen wel vaker het geval omdat er weinig tijd is om een dossier

Relevante organisaties in het kader van (V)OTS of uithuisplaatsing

(lokaal hebben deze een eigen naam):

- Jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jaar (JGZ) / Consultatiebureau / Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG)
 - In sommige regio's met mogelijkheid van prenatale ondersteuning
- Bureau Jeugdzorg, met onder andere:
 - AMK (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling)
 - Voogdij (maar dat kan ook een aparte erkende instelling zijn)
 - Crisisteam
 - Indicatiefunctie voor feitelijke jeugdzorg en -hulpverlening
- Jeugdzorg / Jeugdhulpverlening / Jeugd-GGZ (afzonderlijke programma's, ambulante zorg, (semi-)residentieel, etcetera)
- GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg volwassenen; ambulant of residentieel, begeleid wonen etcetera) waaronder ook:
 - Verslavingszorg (maar kan ook een aparte instelling zijn)
- POP-poli, medisch maatschappelijk werk, aandachtsfunctionaris kindermishandeling van het ziekenhuis
- GGD (Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst), soms valt de JGZ 0-4 hieronder, preventie en o.a:
 - OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) / Vangnet (Jeugd): bemoeizorg dak- en thuislozen, verslaafden, multiprobleem gezinnen
- Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), met oplossingsgerichte hulp en onder andere schuldhulpverlening
- MEE (ondersteuning voor mensen met (verstandelijke) beperking)
- Raad voor de Kinderbescherming (ministerie van Justitie)
- Vrouwenopvang, waaronder
 - Blijf van m'n Lijf
 - Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG, maar kan ook ondergebracht zijn bij AMW of GGD)
- Politie
- Huisarts

voor de geboorte 'rond' te krijgen. De kinderrechter beslist tot ondertoezichtstelling en legt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering daarvan bij gezinsvoogdij. Gezinsvoogden zijn in dienst van Bureau Jeugdzorg of een erkende voogdij-instelling. De gezinsvoogd ziet er op toe dat de (aanstaande) ouders zich houden aan de afspraken en meewerken met de hulpverlening die hen in staat kan stellen hun (ongeboren) kind te verzorgen en op te voeden.

Een (V)OTS kan uitmonden in een uithuisplaatsing maar ook een uithuisplaatsing voorkomen. Met extra ondersteuning kunnen zorgen weggenomen worden en/of kan in een vroeg stadium duidelijk worden onder welke randvoorwaarden de baby wel bij de ouders kan blijven. Daarom is vroege signalering zo belangrijk.

Uithuisplaatsing

Wanneer, ondanks de hulpverlening verwacht wordt dat de omstandigheden voor het kind (ook na de geboorte) een bedreiging blijven vormen, zal de gezinsvoogd een uithuisplaatsing van de baby direct na de geboorte overwegen en dit via de Raad voor de Kinderbescherming aan de kinderrechter voorleggen. Zo mogelijk vindt uithuisplaatsing met instemming van de moeder (of aanstaande ouders) plaats, anders wordt dit via een machtiging van de kinderrechter gedwongen uitgevoerd. Een (gedwongen) uithuisplaatsing betekent dat de baby direct na de geboorte in pleegzorg wordt geplaatst, tijdelijk of definitief; in een pleeggezin, crisisopvang of in netwerkpleegzorg (bij familie of bekenden). Baby's en jonge kinderen worden bij voorkeur in een gezinssituatie opgevangen, niet in instellingsverband.

Een uithuisplaatsing wordt zoveel mogelijk met de aanstaande moeder en betrokken professionals samen voorbereid. De gezinsvoogd is daarbij verantwoordelijk voor de coördinatie. In de praktijk wordt de verloskundige echter lang niet altijd geïnformeerd of betrokken bij een ophanden zijnde uithuisplaatsing. Volgens de landelijke Raad voor de Kinderbescherming is dit ook niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld wanneer de veiligheid van het kind, de moeder of de professionals ernstig gevaar loopt. Bij het feitelijk scheiden van moeder en kind bij de geboorte is de gezinsvoogd aanwezig (in het weekend en 's nachts wordt dit door de crisisdienst van Bureau Jeugdzorg uitgevoerd). Zo nodig is daar ook iemand van de Raad voor de Kinderbescherming en politie bij aanwezig.

Protocollering

Omdat het om complexe problematiek en beladen maatregelen gaat, is zorgvuldigheid bij handelen en besluitvorming heel belangrijk. Sommige ziekenhuizen hebben daarom samenwerkingsafspraken met de Raad voor de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg (Gezinsvoogdij, AMK) – zoals het Academisch Centrum Amsterdam (AMC) – of met MEE – zoals in de provincie Utrecht – in een protocol vastgelegd. Dit is echter (nog) niet standaard in Nederland.

Ook is de samenwerking tussen de eerste en tweedelijns verloskunde met betrekking tot (hoog)risicozwangeren nog onvoldoende geregeld. Na de overdracht naar de tweede lijn blijkt de eerstelijns verloskundige vaak nog wel betrokken te blijven vanwege de vertrouwensband

die met de aanstaande ouders of moeder is opgebouwd. Maar ook wanneer de bemoeienis alleen de nazorg in de kraamperiode betreft, is gegevensoverdracht met betrekking tot een (V)OTS of uithuisplaatsing, vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns verloskundige belangrijk. Daarnaast is er wanneer de baby direct uit huis geplaatst is, behalve verloskundige, ook psychische begeleiding van de kraamvrouw nodig.

TNO heeft de rol van de verloskundige bij drang en dwang rond de geboorte onder de aandacht gebracht bij het NJi als trekker van de te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijn ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing. Op dit moment, in het beginstadium van de richtlijnontwikkeling, is het nog niet duidelijk *hoe* deze specifieke groep in de

Aandachtspunten

- Vraag in vroeg stadium bij de zwangere welke hulpverleners betrokken zijn en leg uit dat het belangrijk is informatie met hen te delen – om goede zorg te kunnen verlenen.
- Beloof nooit geheimhouding (wél zorgvuldigheid ten aanzien van beroepsgeheim en zorgplicht), lees de brochure Horen, zien en zwijgplicht? (Ministerie van Justitie, 2009) en de KNOV-Meldcode Kinder mishandeling en huiselijk geweld.
- Noteer objectieve bevindingen, houd een logboek bij van alle contacten en noteer afwegingen en beslismomenten.
- Laat de vraag 'wat is er nodig voor een (voldoende) goede start straks met de baby?' leidend zijn.
- Vraag advies bij het AMK (dit is niet hetzelfde als een melding) en vraag de JGZ / het consultatiebureau om mee te denken in een plan.
- Wanneer het duidelijk is dat de moeder (of ouders) niet in staat is voor het kind te zorgen, betrek dan zo snel mogelijk het AMK erbij zodat een OTS of uithuisplaatsing zorgvuldig voorbereid kan worden.
- Maak in ieder overleg met andere hulpverleners en ook bij insturen naar de tweede lijn expliciet wie – waarvoor – verantwoordelijk is en wie coördineert. Wijs ook anderen op hun verantwoordelijkheid.
- Vraag actief om terugkoppeling, ook aan het AMK, spreek daarvoor een termijn af.
- Vraag het kraambureau een ervaren kraamverzorgende in te zetten.
- Schroom niet om knelpunten in de samenwerking met andere organisaties aan de orde te stellen, eventueel met een afdelingshoofd of teamleider.
- Evalueer na afloop met betrokken professionals hoe een uithuisplaatsing direct na de geboorte is verlopen.

richtlijn zal worden opgenomen. De richtlijn zal naar verwachting medio 2013 gereed zijn.

Met dank aan

Verloskundigen die hun verhaal deden en meelezers Mascha Kamphuis en Marlies Rijnders (TNO), Cora Bartelink (Nji), Ank van Meggelen (Raad voor de Kinderbescherming Amsterdam).

Referenties

Bartelink, C. (2011). Uithuisplaatsing: wat werkt? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (Nji).
Berends, I.E. et al. (2010). Bescherming bekeken: een onderzoek naar ontwikkelingen

en regionale verschillen in het aantal ondertoezichtstellingen en machtigingen uithuisplaatsingen. Duivendrecht: PI Research; WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie
Brouwer, E.J. (2010). Richtlijn voor het opstellen van een protocol voor samenwerking tussen ziekenhuizen en jeugdzorginstanties. Den Haag: CAOP/Veilige Zorg®.
Factsheet Pleegzorg 2010. (2011). Utrecht: Pleegzorg Nederland.
Horen, zien en zwijgplicht? Een wegwijzer over huiselijk geweld, kindermishandeling en beroepsgeheim. (2009). Den Haag: Ministerie van Justitie.
Janssen, L. & Cadée, F. (2011). KNOV-Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNOV.
Overzicht 2010 Advies- en meldpunten kindermishandeling. (2011). Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
Samenwerkingsprotocol Academisch Medisch Centrum [e.a.], Amsterdam, AMC, ongedateerd (te downloaden via www.veiligezorg.nl)
Vink, R. et al. (2010). Vroeg Erbij, vroegsignalering met de ALPHA-NL, Tijdschrift voor Verloskundigen; (04); p22- p26.

Casus

(gefingeerde namen en details)

Ria is 30 jaar, ze is zwanger van haar eerste kind, ze woont in bij haar moeder en er is geen partner in beeld. In de 9de week komt ze voor de eerste controle bij de eerstelijns verloskundige Anneke. Deze merkt dat Ria niet helemaal adequaat reageert en belt de huisarts. De huisarts vertelt dat Ria mogelijk licht verstandelijk beperkt is maar dat ze 'de dingen wel goed oppikt'. Daarmee is verloskundige Anneke in eerste instantie gerustgesteld, en inderdaad, in de afspraken daarna lijkt ze de informatie wel te begrijpen. Ria wilde "zô graag moeder worden". In de loop van de zwangerschap vertelt Ria dat ze vroeger zelf uit huis geplaatst is maar dat het nu allemaal goed gaat samen met haar moeder. Ook had zij hulp om haar administratie en financiën op orde te krijgen maar dat had ze "in een maand al voor elkaar, dus die hulp was niet meer nodig". Anneke houdt echter toch haar twijfels en bespreekt de situatie in een casuïstiekoverleg van de JGZ. De JGZ kent het aankomende gezin natuurlijk nog niet maar biedt aan om samen met de verloskundige op huisbezoek te gaan. Ook wordt het AMK voor advies gebeld. Deze acht de situatie nog niet 'meldwaardig' omdat zich nog geen incident heeft voorgedaan en moeder verder wel normaal gezond leeft. Ongelukkigerwijs wordt Anneke ziek en gaat de jeugdverpleegkundige alleen op huisbezoek. Deze heeft een redelijk positief beeld van Ria en haar omstandigheden. Ria's moeder is er niet bij, helaas, want ze zullen samen voor het kindje gaan zorgen. Over de periode daarna vertelt Anneke: "ik merkte dat Ria minder ging praten en geen vragen meer stelde, ik denk achteraf dat ze bang werd dat ze haar kind kwijt zou raken". In de 31ste week belt Ria Anneke vanwege heftige buikpijn (zonder bloedverlies). Anneke vermoedt een solutio en gaat naar haar toe, ook de ambulance is gebeld. De moeder van Ria doet de deur open en al gauw blijkt dat die maar heel weinig begrijpt van de situatie. De buikpijn blijkt loos alarm en om een flinke obstipatie te

gaan. Maar Anneke is geschrokken van de thuissituatie en het verstandelijk vermogen van Ria's moeder maar ook van Ria zelf onder die omstandigheden. Anneke doet een melding bij het AMK en licht het kraambureau in met het advies om een ervaren kraamverzorgende in te zetten voor het maximale aantal uren. Uiteindelijk bevalt Ria met pijnstilling, in het ziekenhuis en ze mag dezelfde dag naar huis. Twee dagen later zijn Ria en haar baby echter weer opgenomen in het ziekenhuis. De baby was blauw geworden en Ria noch haar moeder hadden in de gaten dat er iets moest gebeuren. De kraamverzorgende had dit gesignaleerd en direct alarm geslagen bij Anneke en het ziekenhuis. Het ziekenhuis doet ook een melding bij het AMK die de casus voor een VOTS en/of machtiging uithuisplaatsing snel doorgeleidt naar de Raad voor de Kinderbescherming. Anneke wordt gevraagd met spoed informatie aan te leveren. Na twee dagen blijkt er nog geen machtiging voor een uithuisplaatsing te zijn. Ria is intussen weer thuis maar de baby blijft zolang in het ziekenhuis. Tien dagen postpartum belt Ria naar Anneke want ze wil "eigenlijk toch wel graag met borstvoeding beginnen", waaruit Anneke opmaakt dat ze niet weet of begrijpt dat er een uithuisplaatsing komt. Van het ziekenhuis en het AMK hoort Anneke dat het nog wachten is op een plek voor de baby. Terugkijkend op deze casus vertelt Anneke: "Alle ouders verdienen een kans, maar achteraf denk ik dat een eerdere OTS beter was geweest ... Ik heb nog geprobeerd om Ria naar begeleid wonen of een groep te krijgen maar dat lukte niet vanwege wachtlijsten. Nu denk ik, MEE, maar daar had ik nog nooit van gehoord en bovendien: Ria was niet 'officieel' zwakbegaafd, haar moeder wel, lijkt me. Ik merkte ook dat iedereen zo'n situatie eigenlijk probeert af te houden, niet uit onwil maar omdat het doodeng is die verantwoordelijkheid te nemen. Ik vond dat heel zwaar". ■