

DELTA PLAN JEUGDTRAUMA

**Belang, urgentie en inrichting van een
Deltaplan Jeugdtrauma onderbouwd**

Whitepaper november 2023

Een publicatie van de Bovenregionale Expertise Netwerken Jeugd (BEN)

Auteur: dr. Linda Gerits

In samenwerking met drs. Peter Dijkshoorn, Ingrid van Gool MSc en Nadine Rozenberg

Met dank aan:

Alle experts die we mochten interviewen (zie voor een overzicht bijlage 1), alle Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd en hun klankbordgroepen, Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd, Iva Bicanic, Ankie Driessen, Rik Knipschild, Ramón Lindauer, Maaïke Schrijver, Arianne Struik, Femy Wanders, Anne Marsman, Zillah Holtkamp en Jessica Vervoort-Schel voor hun input en advies, Hermien Dijk en Caitlin Kiernan voor de kosten-batenanalyse en Savita Brandenburg, Annika Kinkel en Juliette Sonderman voor het meelesen in een eerste versie van dit whitepaper. We kunnen niet genoeg benadrukken dat de ontwikkeling van het Deltaplan Jeugdtrauma en alle stappen die daar aan vooraf gaan een coproductie van velen is.

Auteursrechten voorbehouden

© Bovenregionale Expertise Netwerken Jeugd, november 2023

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en de Bovenregionale Expertise Netwerken Jeugd geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

Inhoud

Voorwoord

Samenvatting

Inleiding

pagina

- Aanleiding 8
- Werkwijze 9

Jeugdtrauma in beeld

- Waar komen we vandaan 12
- Waar hebben we het over 13
- Prevalentie 15
- Gevolgen 17
- Maatschappelijke kosten 23
- Samenvattend, waar staan we nu 23

Inhoudelijke lijn: waar moet het Deltaplan Jeugdtrauma over gaan?

- Maatschappelijke bewustwording 25
- Preventie 30
- Vroegsignalering en diagnostiek 35
- Behandeling en begeleiding 39
- Traumasensitief werken 48
- Onderwijs 52

Organisatorische lijn: wat gaan we doen?

- Aanbevelingen van experts 55
- Concluderend: ambitie 58
- Verbinding met wat goed is en al bestaat 59
- Opdrachtgeverschap 59

Verwijzingen

61

Bijlagen

1. Lijst met geïnterviewden
2. Vragen interviews
3. UPDATE Deltaplan Jeugdtrauma juni 2023 (nieuwsbrief)

Voorwoord

De ambitie om een wezenlijke bijdrage te leveren aan het welzijn van getraumatiseerde kinderen van toen, van nu en van de toekomst, is ontstaan in de praktijk: in het werken met deze kinderen (van jong tot oud) die zijn vastgelopen in hun leven en in hun pogingen om daarvan te herstellen. Zij droomden van een beter bestaan voor zichzelf of voor hun eigen kinderen, maar het lukte ze niet altijd die droom te verwezenlijken. Soms onder toezicht van professionals die machteloos toekeken, niet zagen, herkenden of niet wisten hoe het verder moest. Soms onder de aandacht van vrienden, burens, familie, leerkrachten en passanten in hun leven, die niet zagen wat er aan de hand was, niet begrepen wat ze zagen en aan wie het niet lukte om uit te leggen wat er speelde.

Dáár ontstond de droom om een trauma-aanpak te ontwikkelen die over veel verschillende dingen tegelijk gaat. Want een probleem dat zo veelomvattend en verstrekkend is als traumatisering van kinderen, vraagt om een aanpak waarin heel veel verschillende mensen en partijen de handen ineen slaan.

We kunnen als samenleving blij zijn met wat er de afgelopen decennia gewonnen is op het terrein van kennis over trauma. We hebben voor veel zaken veel betere traumabehandelingen, we weten veel meer over factoren die traumatische schade op kunnen leveren en over factoren die juist beschermend werken. Er is meer wetenschappelijk onderzoek om nog weer volgende stappen te kunnen zetten. Het gesprek over mishandeling in gezinnen, over incest, over seksueel geweld en grensoverschrijdend gedrag, over intimidatie en pesten op werk en school, het wordt vaker gevoerd en het wordt anders gevoerd. Met meer kennis en meer openheid.

We zijn er nog lang niet, dat is ook duidelijk. Er liggen nog genoeg mogelijkheden om traumazorg te verbeteren en vooral ook om schade in de toekomst te voorkomen.

Er is nog geweld en dus zijn er nog slachtoffers. Ook op gebieden waar we als samenleving onze ogen nog voor sluiten. Er zijn daders die hulp zouden willen krijgen, maar deze niet durven of kunnen zoeken. We hebben de complexiteit van intergenerationele problematiek en georganiseerd geweld. En ook buiten familieverband zien we dat slachtoffers daders kunnen worden. We zien dus veel mogelijkheden om te verbeteren en we zien vooral de plicht die we met elkaar hebben daaraan te werken.

Trauma is een complex en gevoelig onderwerp dat zorgvuldigheid vraagt. We hebben daarom zorgvuldig afgewogen wat we in dit whitepaper vermelden en hoe we dat doen. De rode draad daarin is dat we het onderwerp vanuit verschillende perspectieven hebben belicht; daarvoor hebben we meer dan zestig experts op verschillende disciplines en thema's geïnterviewd. Mensen met verschillende ideeën, opvattingen én ervaringen met dit onderwerp. Niet iedereen zal zich in elke uitspraak van deze geïnterviewden kunnen of willen herkennen; dat hoeft ook niet. We hopen dat het de horizon van wie dit whitepaper leest zal verbreden, dat het tot nieuwe inzichten leidt. Zoals het ook ons, de aanjagers van het Deltaplan, geïnspireerd heeft. Daarbij: we schetsen een breed beeld van de kijk op traumatisering van nu. Dat beeld blijft veranderen, omdat de wetenschap, methodes en aanpak en de maatschappij zich blijven ontwikkelen. Over tien jaar weten en zeggen we weer andere dingen dan nu.

Er kwamen veel reacties op ons idee om het Deltaplan te koppelen aan de Beweging van 0 en het formuleren van een 0-doel. Is dat te groots? Onhaalbaar? Is het geweldig dat er aan zoiets gewerkt wordt? Is het te veel vanuit een maakbaarheidsgedachte? Doen we dan wel recht aan de ernst en de pijn? Aan de tijd die nodig is om trauma te laten helen – voor zover dat kan?

Eigenlijk is iedereen die we gesproken hebben er enthousiast over dát er zoiets als een Deltaplan ontwikkeld wordt. Een plan dat uitgaat van wat er al is en wat goed is, dat een lange horizon heeft (tot 2050), dat gemaakt wordt door en voor het werkveld en dat probeert samen te brengen wat kan helpen. En er komen begrijpelijke mitsen en maren.

We kunnen niet alle mitsen en maren verwerken. We denken ook niet dat dat nu nodig is, omdat het een ontwikkeltocht in de tijd is. Een deltaplan met een 0-doelstelling geeft het streven weer om ergens zo dicht mogelijk bij te komen. Zonder het deltaplan van Rijkswaterstaat en zonder dat daar in de tijd steeds weer aan verbeterd wordt, is de kans groot dat west Nederland ooit weer onder water staat. Zonder de grote ambitie die na de watersnoodramp van 1953 gesteld is, ‘nooit meer zo’n ramp’, hadden we nu geen Deltawerken gehad. Terwijl Rijkswaterstaat nooit de garantie heeft gegeven dat het westen van Nederland nooit meer onder water zal komen te staan, is dankzij onderzoek, bouwprojecten en steeds aanpassing aan nieuwe kennis in 70 jaar de kans op zo’n ramp heel veel kleiner gemaakt. Het Deltaplan Jeugdtrauma met haar grote ambitie **‘voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin’**, is daarmee vergelijkbaar.

Wij vinden dat we het als samenleving verplicht zijn én we zien het als verstandig om aan de slag te gaan. Daarbij moeten we de komende decennia draaien aan alle knoppen die we kennen en nog gaan ontdekken. Knoppen waarvan we nu misschien nog denken dat die nooit maximaal haalbare of realistische resultaten opleveren. Die knoppen variëren van preventief, zoals hulp durven zoeken als pleger en in de samenleving het gesprek voeren over zaken die erkend moeten worden als ongeoorloofd geweld, tot steeds betere vroegherkenning en betere omgangs- en behandelvormen.

Dit whitepaper is een weerslag van de gesprekken die we hadden en de opmaat naar het plan wat de komende maanden geschreven gaat worden. We wensen je veel leesplezier.

Linda Gerits en Peter Dijkshoorn

Samenvatting

Dit whitepaper onderbouwt uitgebreid, zorgvuldig en genuanceerd waar het Deltaplan Jeugdtrauma straks wel en niet over zal gaan. Voor wie weinig tijd heeft: het Deltaplan Jeugdtrauma gaat uit van een zeer ambitieus 0-doel, drie subdoelen en steunt op zes pijlers om die doelen te bereiken.

Hieronder is weergegeven hoe de pijlers en doelen zich tot elkaar verhouden. Per pijler geven we vervolgens de belangrijkste aandachtspunten weer.

DOEL

Voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en gezin.

SUBDOELEN

Voorkomen

Ingrijpende jeugdervaringen, herhaling, traumatisering en hertraumatisering

PIJLER 1	Maatschappelijke bewustwording
PIJLER 2	Preventie
PIJLER 3	Vroegsignalering en diagnostiek
PIJLER 4	Beter behandelen en begeleiden
PIJLER 5	Traumasensitief werken
PIJLER 6	Onderwijs

Eerder en beter signaleren

PIJLER 1	Maatschappelijke bewustwording
PIJLER 2	Preventie
PIJLER 3	Vroegsignalering en diagnostiek
PIJLER 5	Traumasensitief werken
PIJLER 6	Onderwijs

Beter behandelen

PIJLER 3	Vroegsignalering en diagnostiek
PIJLER 4	Beter behandelen en begeleiden
PIJLER 5	Traumasensitief werken
PIJLER 6	Onderwijs

NIET

over het beïnvloeden en verbeteren van factoren die zorg, onderwijs en hulpverlening overstijgen: zoals kansenongelijkheid en bestaanszekerheid. **Wel verbinding met de programma's op deze thema's.**

WEL

over: creëren en verstevigen beschermende factoren, voor zover mogelijk vanuit onderwijs, hulpverlening en zorg:

- Steun uit omgeving (leraar, ouders vrienden, burens, sportcoach,...)
- Positieve levenservaringen, waardering en erkenning krijgen voor wie je bent en wat je doet
- Er over kunnen praten
- Snel hulp zoeken en vinden

Pijler 1 Maatschappelijke bewustwording

Nare dingen gebeuren overal en mensen kunnen kinderen verschrikkelijke dingen aandoen, ook waar we dit het minst verwachten. **We moeten leren de signalen te zien van kinderen die ingrijpende jeugdervaringen meemaken, deze beter te begrijpen en daar met begrip op te reageren.** Je hoeft geen hulpverlener of expert in traumasensitief werken te zijn om te voorkomen dat kinderen die (steeds opnieuw) ingrijpende jeugdervaringen meemaken daar eenzaam in blijven. **Iedereen kan bijdragen aan positieve jeugdervaringen, bijvoorbeeld in de vorm van belangstelling en steun, een belangrijke buffer tegen (her)traumatisering.**

Pijler 2 Preventie

Traumatisering krijgt minder kans als we de risicofactoren beperken en de beschermende factoren versterken.

Pijler 3 Vroegsignalering en diagnostiek

Bij elke hulpvraag en zeker de meer complexe: heb een open oog en oor voor de volledige context van een hulpvraag en breng die samen zorgvuldig in kaart.

- Onderzoek en zie het verband tussen klachten/problemen/hulpvraag en ingrijpende levensgebeurtenissen bij alle gezinsleden. Is trauma onderliggend? Wat is ontstaan in de interactie tussen gezinsleden?
- Neem de tijd voor een goede (verklarende) analyse en tijdlijnen.
- Betere triage, bij onthullingen van trauma door medisch, forensisch en psychologisch specialist.

Pijler 4 Beter behandelen en begeleiden

Van focus op gedrag en 'symptoombestrijding' naar samen integraal, systemisch en contextueel kijken.

- Baat het niet, het schaadt wel.
- Best beschikbare interventies eerst inzetten (beter vindbaar maken).
- Evidence based én meer aandacht voor het lichaam, zingeving, zelf herstellend vermogen.
- Data verzamelen en reflecteren op wat werkt

Pijler 5, Traumasensitief werken

Traumasensitief kijken en werken moet overal de norm zijn. Dat doet namelijk *altijd* goed, ook als geen sprake is van traumatisering.

- Gelijkwaardig, transparant, niet-veroordelend.
- Heb als hulpverlener bewuste aandacht voor de levenslijn van een ander én van jezelf.
- Geen bevlogen mensen verliezen. Leid professionals goed op en zorg goed voor ze: trainen in visie, ruimte voor reflectie, genoeg personeel, duurzame financiering, vastgoed dat aansluit.
- Parallele processen: als je wil dat professionals traumasensitiever handelen moet je als bestuur, directie en management het goede voorbeeld geven.

Pijler 6 Onderwijs

Juist in de minimaatschappij die een school is, is beter leren aansluiten de cruciale grondhouding in het werken met mensen die ingrijpende jeugdervaringen hebben meegemaakt.

- Onderwijs is een plek waar jongeren positieve ervaringen en sociale steun kunnen opdoen, maar ook ingrijpende ervaringen, zoals pesten of uitsluiting. Toxische stress kan ontstaan als jeugdigen worden overvraagd of vastlopen.
- Onderwijs gaat daarnaast over (bij)scholing en coaching van professionals; het leren toepassen van methoden en technieken, daarvan beredeneerd afwijken en traumasensitief leren werken.

Inleiding

In vele vastgelopen vragen die bij de regionale expertteams en de bovenregionale expertisenetwerken jeugd op tafel komen, spelen onverwerkt trauma en ingrijpende jeugdervaringen die niet goed zijn ondersteund, een rol. Met grote gevolgen. Een kind ontwikkelt allerhande klachten die een gezonde ontwikkeling in de weg staan en die vaak leiden tot grote inzet van zorg en uitval op school. Hoe langer het duurt voor er hulp komt die helpt, hoe groter de kans op meer schade voor kind en gezin en hoe hoger de zorgkosten en maatschappelijke kosten oplopen. Ingrijpende jeugdervaringen waarbij onvoldoende steun, bescherming of compensatie was en onverwerkt trauma kunnen voor allerlei problemen zorgen in het jonge leven, maar ook in het volwassen leven. Ze kunnen later vaak onbedoeld doorgegeven worden aan een volgende generatie. Door nu aan de slag te gaan met dit belangrijke onderwerp, hopen we dus ook een verschil te maken voor de kinderen van de toekomst. In opdracht van de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd ontwikkelen we een Deltaplan Jeugdtrauma. Een landelijk meerjarenplan dat ingrijpende en potentieel traumatische jeugdervaringen en de impact ervan wil indammen door ze eerder te herkennen en goed te behandelen. Met een doel dat past bij de Beweging van 0: voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin.

In dit whitepaper nemen we je mee in de stappen die we tot nu toe hebben gezet om tot een Deltaplan te komen en wat dit heeft opgeleverd.

Aanleiding

De gemeenten en aanbieders hebben via de Regionale Expertteams (RET) en de Bovenregionale Expertise Netwerken Jeugd (BEN) een mogelijkheid van versterking georganiseerd in de route waarlangs mensen met een vastgelopen zorgvraag van jeugdigen terecht kunnen en in hoe we de kwaliteit van zorg en ondersteuning aan jeugdigen geleidelijk verder kunnen ontwikkelen. Een van de rode draden in die vastgelopen zorgvragen die bij RETs en BENs terecht komen, is trauma. Echter, op het moment dat jeugdigen met ingrijpende ervaringen zijn vastgelopen, is er al veel tijd verloren. Retrospectief blijkt (naast veel andere verbeterkansen) dat er al jaren eerder ingrijpende en potentieel traumatische gebeurtenissen en signalen van de gevolgen daarvan zijn geweest, die niet adequaat zijn opgepakt, ondersteund of behandeld. Betrokkenen herkenden het niet, wisten niet wat te doen, of konden de best werkzame zorg niet bereiken. Daarom wordt onder andere ook weer via die expertisenetwerken en expertteams gewerkt aan het herkennen en agenderen van verbetervragen, soms (laten) starten van onderzoek en implementeren van kennis.

Speerpunt OZJ en BENs: trauma bij jeugdigen

Structurele aandacht voor de nadelige gevolgen van ingrijpende jeugdervaringen en trauma bij jeugdigen is een van de speerpunten die in 2022 zowel vanuit het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) als vanuit de BENs is geformuleerd. De aanzet tot het Deltaplan Jeugdtrauma is gedaan in opdracht van OZJ. Na een verkennende fase rondom dit thema, waarbij ook de inhoudelijke urgentie van het onderwerp werd ondersteund door een adviesraad bestaande uit diverse inhoudelijk experts (zie pagina 10), volgde agendering van het thema op diverse beleidstafels (bij de BENs, bij het

ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Omdat het belangrijk is om te weten wat de maatschappelijke kosten zijn van trauma om zo gefundeerde keuzes te kunnen maken over wat geoorloofde investeringen zijn om trauma in de jeugdleef tijd te voorkomen en te behandelen, is vervolgens (in opdracht van de BENs) een kosten batenanalyse uitgevoerd om meer zicht te krijgen op de kosten samenhangend met trauma. Met kennis van de kosten voor zowel het individu als de maatschappij krijgen we inzicht in de potentiële opbrengsten van het verbeteren van preventie en behandelingen, en het verbeterd aanbieden van al bestaande interventies.

November 2022 gaan vertegenwoordigers van VWS, VNG en de 8 Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd akkoord met het opstellen van een Deltaplan Jeugdtrauma in 2023. De opdracht wordt gefinancierd door de 8 BENs. Het aanjaagteam van dit Deltaplan wordt gevormd door Linda Gerits (inhoudelijk projectdrager), Peter Dijkshoorn (ambassadeur Lerend Jeugd stelsel/Schakel en Adviesraad), Ingrid van Gool (organisatorisch projectleider) en Nadine Rozenberg (communicatie adviseur). De aangenomen opdracht luidt als volgt:

“In het inhoudelijke gedeelte van het Deltaplan zal het gaan over wat moet er gebeuren aan (maatschappelijke) bewustwording, preventie, vroegherkenning, diagnostiek, behandeling, bejegening en dit alles over verschillende domeinen heen (zorg, onderwijs, veiligheid, justitie, werkgelegenheid, wonen, sociale voorzieningen etc). Als einddoel wordt geformuleerd dat we ernaartoe werken dat niemand langer dan 6 maanden wordt gehinderd door de gevolgen van jeugdtrauma. (Door voortschrijdend inzicht is de formulering aangepast in: Voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin (Zie de toelichting in de illustratie op pagina 60.) De weg daarnaartoe kan slechts voor een zeer klein deel bij de start bepaald worden. Bovengenoemde zaken zullen allemaal een plaats krijgen, maar gaandeweg zullen prioriteiten, volgorde en inzet bepaald moeten worden. En het mag duidelijk zijn: 6 maanden is een ambitie. Een ambitie waaraan we gaan werken, die we wel of niet halen, maar waar we zo dicht mogelijk bij komen door de ambitie te stellen.

Het organisatorische gedeelte zal gaan over de verbindingen die we willen maken met alle relevante partijen en projecten die met al deze onderwerpen bezig zijn, zodat het een breed gedragen plan is, er een netwerk kan worden opgebouwd en overal zo snel mogelijk en zonder onnodige dubbelingen in ontwikkelfases wordt gewerkt.”

Werkwijze en proces

Dit whitepaper geeft weer wat we tot dusver hebben opgehaald en verzameld om te komen tot een Deltaplan Jeugdtrauma:

1. 2021 – Adviesraad Trauma

Met behulp van experts die op diverse plaatsen in het land actief zijn op verschillende aspecten van het thema trauma, hebben we in 2021 een Adviesraad Trauma samengesteld, welke achtergrondinformatie heeft geleverd voor de inhoudelijke urgentie van het

onderwerp jeugdtrauma. Met een gedeelte van deze informatie leiden we dit whitepaper in.

De Adviesraad Trauma 2021-2022 bestaat uit:

- Iva Bicanic (klinisch psycholoog, hoofd van het Landelijk Psychotraumacentrum van het UMC Utrecht en directeur-bestuurder van het Landelijk Centrum Seksueel Geweld)
- Ankie Driessen (journaliste en ervaringsdeskundige)
- Rik Knipschild (GZ-psycholoog en psychotraumatherapeut);
- Ramón Lindauer (hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij het Amsterdam UMC, directeur Academische Werkplaats Kinder- en Jeugdpsychiatrie en kinder- en jeugdpsychiater bij Levvel);
- Maaïke Schrijver (adviseur kwaliteit, innovatie en cliëntperspectief bij onder meer Lokalis en Generation YouthCare)
- Arianne Struik (GZ-psycholoog, directeur van Institute for Chronically Traumatized Children in Australië en ontwikkelaar van de “Slapende honden methode” voor getraumatiseerde kinderen);
- Femy Wanders (klinisch psycholoog, ontwikkelaar van KINGS-gezinstraumabehandeling en manager behandelzaken bij Accare).

Het aanvankelijk opgestelde doel ‘0 kinderen ondervinden langer dan 6 maanden hinder van trauma’ is in overleg met deze adviesraad opgesteld. Hiermee sluiten wij ons aan bij De Beweging van 0. Dit is wat ons betreft geen absoluut doel, maar een stip aan de horizon, die ons stuurt en prikkelt om daar zo dicht mogelijk bij te komen.

2. Zomer 2022 – Kosten-batenanalyse

Om meer zicht te krijgen op de kosten samenhangend met trauma in de verkenning van de impact van ingrijpende jeugdervaringen in Nederland, is zomer 2022 in opdracht van de Bovenregionale Expertise Netwerken een kosten-batenanalyse uitgevoerd.

In de rapportage *Maatschappelijke kosten van trauma* geven Dijk en Kiernan (2022) ⁽¹⁾ een overzicht van de mogelijke maatschappelijke kosten van psychische problemen door traumatische ervaringen op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur en de factoren die daarin door wetenschappers zijn bestudeerd. Een samenvatting van hun analyse is terug te vinden in de paragraaf ‘maatschappelijke kosten’ in dit whitepaper.

3. Voorjaar 2023 - >60 interviews met experts

In het voorjaar van 2023 hebben we meer dan 60 interviews gehouden met diverse inhoudelijk experts, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, belangenorganisaties, onderwijs- en zorgorganisaties, landelijke programma’s, opleidingsinstituten, academische centra en overheidsinstanties die te maken (kunnen) hebben met het onderwerp jeugdtrauma. De rode draden van deze interviews zijn in mei/juni 2023 voorgelegd aan 8 focusgroepen die georganiseerd zijn vanuit de BENs. De informatie die is opgehaald vormt de basis van de inhoudelijke lijn

(waar moet het over gaan?) en de organisatorische lijn (wat we gaan doen) van dit whitepaper.

Na relevante personen en stakeholders in kaart te hebben gebracht, hebben we een lijst van ongeveer 40 contactpersonen aangeschreven voor deelname aan een online interview. Tot onze verrassing, was de animo om deel te nemen bijzonder groot. Het onderwerp jeugdtrauma leeft enorm en wordt door velen gezien als een van de onderliggende problemen in (jeugd)zorg, onderwijs en de maatschappij. Op diverse plekken in Nederland zijn werkgroepen bezig met het vergroten van bewustzijn en de expertise rond jeugdtrauma bij medewerkers (bijvoorbeeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Raad voor de Kinderbescherming, Jeugdzorg Nederland en diverse zorg- en onderwijsorganisaties). Meerdere geïnterviewden gaven aan blij te zijn met ons initiatief, omdat er hiermee verbinding komt en aan een gedegen ontwikkelagenda gewerkt kan worden. Vervolgens werden weer nieuwe namen aangedragen en tipten geïnterviewden anderen die ook graag mee wilden werken. Dit heeft geresulteerd in 66 online gesprekken van ongeveer een uur met in totaal 80 deelnemers (voor een lijst van deelnemende personen en partijen zie bijlage 1).

In de gesprekken is aan alle geïnterviewden gevraagd:

- wat zij zien als belangrijkste aandachtspunten in de aanpak van jeugdtrauma;
- wat, met wie en hoe die aandachtspunten georganiseerd zouden moeten worden;
- hoe zij aankijken tegen een landelijke aanpak in de vorm van een Deltaplan en wat daarvan de functie en focus zou moeten zijn.

We realiseren ons dat de lijst met geïnterviewden niet uitputtend is. Niettemin zijn we van mening zijn dat de geïnterviewden ons een behoorlijk compleet beeld hebben gegeven van wat op dit moment in Nederland speelt op het gebied van het signaleren, (h)erkennen en behandelen van trauma en ingrijpende gebeurtenissen. De rode draden uit deze interviews zijn in mei 2023 voorgelegd aan focusgroepen vanuit 7 van de 8 Bovenregionale Expertise Netwerken Jeugd en een 8^e focusgroep die volledig uit ervaringsdeskundigen bestond. Deze focusgroepen waren wisselend van grootte (tussen de 3 en 20 deelnemers) en van samenstelling (ervaringsdeskundigen, gedragswetenschappers, beleidsmedewerkers en managers). In deze focusgroepen werden de rode draden die in de interviews zijn opgehaald onderschreven. Deelnemers gaven aan het een compleet beeld te vinden. Dit is ook wat we horen als reactie op onze [Update Deltaplan Jeugdtrauma](#).

De schat aan informatie die aldus is verzameld, is een state-of-the-art weergave van hoe het onderwerp leeft in Nederland, waar accenten liggen en waar kansen en risico's in een aanpak worden gezien. Deze informatie, afkomstig van en gedragen door een groep van zo'n 250 deskundigen, is een belangrijke onderlegger voor de ontwikkeling van het Deltaplan. In dit whitepaper nemen we je hierin mee.

‘Jeugdtrauma’ in beeld

Waar komen we vandaan?

Dat het meemaken van ingrijpende ervaringen van invloed is op ons mentale en lichamelijke welzijn, is voor het eerst beschreven rond WO I. Soldaten die met klachten terugkeerden van het front en waarbij sprake was van ‘shell shock’, werden destijds veelal hardhandig aangepakt en gezien als zwak. Maar er gebeurde meer, er ontstond ook aandacht voor psychologisch trauma en de basis van de kennis nu over PTSS werd gelegd. Deze aandacht voor psychologisch -en niet-medisch- trauma nam enkele jaren na WO I echter weer af ⁽⁵⁵⁾. Ook na WO II werd veelal gezwegen over gevolgen van de oorlog, gevoelens werden onderdrukt. Hard werken was een veelvoorkomende methode om emoties te onderdrukken. En eigenlijk was het bij de stand van de kennis toen, misschien ook wel de beste manier van omgaan. Deze wijze van verwerking had niet alleen invloed op het functioneren van mensen, maar ook op de manier waarop ze hun kinderen opvoedden ⁽²⁾. Ook bij soldaten die terugkwamen uit Vietnam of Libanon, werden de gevolgen van oorlogservaringen nog slecht herkend en erkend en kon het gebeuren dat er ernstige gezinsproblemen ontstonden als gevolg van hun niet behandelde klachten. Sinds de jaren ‘80 is de aandacht voor de gevolgen van ingrijpende en traumatische ervaringen geleidelijk sterk toegenomen, onder andere door de introductie van PTSS, de posttraumatische stressstoornis in de DSM-III ⁽³⁾. Maar er waren ook bezwaren tegen deze diagnose omdat de gevolgen van ingrijpende ervaringen werden gereduceerd tot een tamelijk simpel stelsel van symptomen waarbij het niet uit leek te maken wat de ernst of de inhoud van de ervaringen was ⁽⁴⁾. Sindsdien is er meer aandacht voor trauma, onder meer in de vorm van ontwikkeling van vele methodieken en behandelingen. Maar ook in het besef dat (jonge) kinderen te maken kunnen hebben met trauma. Zo is het pas sinds 1987 dat er geen baby’s meer geopereerd worden zonder verdoving ⁽⁵⁾. Onder meer omdat men toen pas besepte dat ook ongeboren en (jonge) kinderen pijn kunnen ervaren en onthouden.

Deze ontwikkelingen zijn de afgelopen 25 jaar steeds meer in een stroomversnelling gekomen. We weten veel beter dan 25 jaar geleden wat de gevolgen zijn van trauma en hoe we het beste kunnen behandelen. Het is dus logisch en terecht dat steeds meer mensen met PTSS hulp zoeken. En aan de andere kant: anno 2023 wordt volgens sommigen het woord trauma zo vaak genoemd, dat gevreesd wordt voor een nieuwe label-hype, met alle risico’s van dien. Anderen erkennen steeds meer de samenhang tussen jeugdtrauma, gehechtheid en diverse ernstige problemen op allerlei levensgebieden en pleiten voor een ruimere blik op de levensgeschiedenis van de persoon in kwestie en de wijze waarop momenteel gebruik wordt gemaakt van classificaties. De samenhang tussen ingrijpende jeugdervaringen, (brein)ontwikkeling, gedrag, fysieke en mentale gezondheid, is immers reeds uitgebreid aangetoond. Gedrag dat voortkomt uit het meemaken van ingrijpende ervaringen zien als een vorm van logisch overlevingsgedrag in plaats van ziekte, doet daarom ook iets met de wijze waarop we nu de DSM gebruiken ⁽⁶⁾. De inzichten met betrekking tot ingrijpende jeugdervaringen, trauma en hun gevolgen zullen nog wel langere tijd blijven ontwikkelen.

Trauma, jeugdtrauma, ingrijpende jeugdervaringen en toxische stress; waar hebben we het over?

De terminologie, concepten en modellen rondom trauma zijn divers. Er worden in de wetenschappelijke literatuur en praktijk regelmatig termen door elkaar gebruikt en men geeft verschillende invullingen aan de termen. Overeenstemming over de verschillende modellen en concepten ontbreekt ^(7,8,9). Als we het hebben over **jeugdtrauma** dan hebben we het vaak over potentieel traumatiserende gebeurtenissen die in de jeugd kunnen voorkomen. Hierbij gaat het dan over emotioneel, fysiek of seksueel misbruik en/of emotionele of fysieke verwaarlozing voor het 18e levensjaar. Dit komt wereldwijd bij 12-27% van de mensen voor ^(10,11,12,13,14). Tegelijkertijd wordt de term (jeugd)trauma óók vaak gebruikt om de gevolgen van het meemaken van één of meerdere traumatiserende of ingrijpende ervaringen (in de jeugd) te duiden in de vorm van klachten. Maar eigenlijk wordt dan **traumatisering** bedoeld: de schadelijke psychische, biologische en sociale gevolgen van (een combinatie van) stressvolle en potentieel traumatische gebeurtenissen. De termen (jeugd)trauma en traumatisering zijn termen die worden gebruikt in een *klinische benadering* van traumatische ervaringen, waarbij de nadruk ligt op individuele diagnose en behandeling.

In de internationale literatuur wordt vaak de term **ingrijpende jeugdervaringen** (of ACEs, zie hieronder) gebruikt voor negatieve ervaringen die samenhangen met problemen op diverse levensgebieden. Dit is een bredere term dan de term jeugdtrauma als het gaat om het beschrijven van gebeurtenissen die nadelige gevolgen kunnen hebben op de ontwikkeling van een kind. Bij ingrijpende jeugdervaringen gaat het om stressvolle ervaringen die een jeugdige ofwel rechtstreeks schaden – zoals geweld, verwaarlozing en misbruik – dan wel, op grond van gezinsdisfunctioneren (zoals scheiding van ouders, middelenmisbruik, delinquent gedrag in het gezin of huiselijk geweld) een negatieve invloed op de jeugdige hebben ⁽¹⁵⁾. Het construct ACEs is voornamelijk helpend vanuit het *perspectief van een publieke gezondheidsbenadering*. Denk aan het verminderen van de brede impact van ACEs en preventie, waarbij ondersteuning van het veerkrachtig functioneren ook centraal staat. Maar denk ook aan de gezondheidsverschillen die er kunnen zijn tussen bevolkingsgroepen op basis van een verhoogde kwetsbaarheid voor het meemaken van ingrijpende ervaringen.

Een veelgebruikte definitie van ACEs (adverse childhood experiences) ^(16,17) gaat over *potentieel traumatische ervaringen of omstandigheden die voor de leeftijd van 18 jaar worden meegemaakt en negatieve uitkomsten in de volwassenheid voorspellen*. De tien ACEs waar als eerste door Felitti onderzoek naar is gedaan, zijn emotionele mishandeling, seksueel misbruik, fysieke mishandeling, verslaving van gezinsleden, psychische klachten bij gezinsleden, gezinsleden in de gevangenis, gescheiden ouders, huiselijk geweld, emotionele verwaarlozing en fysieke verwaarlozing ⁽¹⁸⁾. Recenter onderzoek kijkt ook naar andere ingrijpende ervaringen, zoals financiële problemen in het gezin, maar ook sociale uitsluiting, geweld in de omgeving, racisme ^(19,20). De internationale definitie van ACEs staat nog in de kinderschoenen. Wel is inmiddels bekend dat verschillende vormen van ACEs vaak onderling samenhangen en samen voorkomen. Ook is bekend dat de ene ACE tot de andere kan leiden en dat een opeenstapeling van ACEs de kans op negatieve uitkomsten bij kinderen en volwassenen vergroot. Hierbij gaat het om (stapeling van) negatieve (potentieel traumatische) ervaringen gedurende de jeugd die door de ACEs studie ⁽¹⁵⁾ in hun impact op de biologische- (epigenese, stresssystemen), psychologische- (hechting, coping, veerkracht) en sociale ontwikkeling (leefstijl, steun) in beeld zijn gekomen. De stapeling wordt dus ook gevoed door andere bronnen van

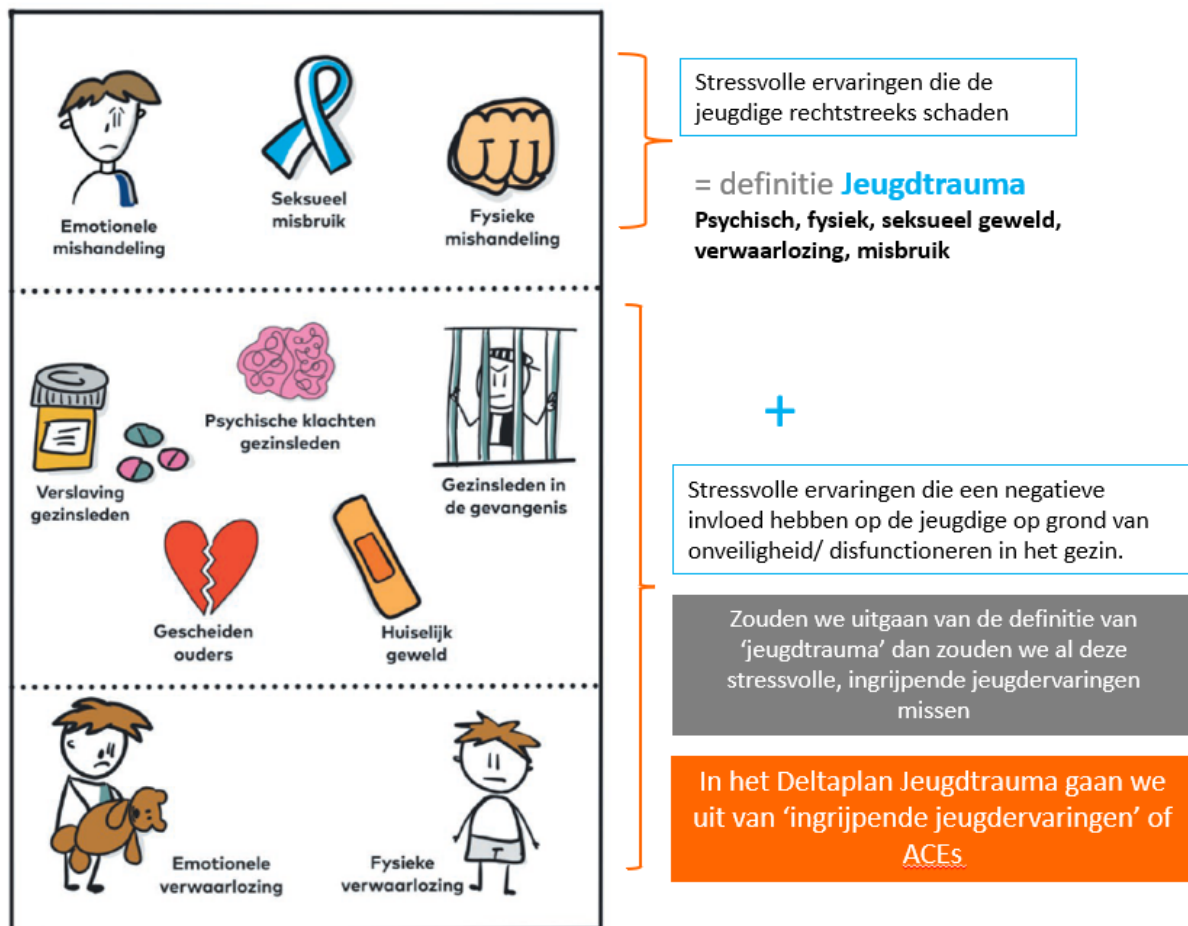
stress dan de oorspronkelijke 10 soorten ingrijpende jeugdervaringen die in de ACE studie van Felitti zijn genoemd.

Stapeling van stress kan leiden tot zogenaamde **toxische stress**: de reactie van het lichaam op langdurige en ernstige stress, zónder voldoende steun van een ouder of een voor het kind belangrijke andere te ervaren. Toxische stress speelt een belangrijke rol in het verband tussen ACEs en de negatieve gevolgen voor iemands gezondheid en ontwikkeling^(21, 22). Voor een heldere uitleg over deze concepten, verwijzen wij naar het werk van Augeo: <https://www.augeo.nl/-/media/Files/Bibliotheek/Augeo-Toxische-Stress.ashx>

Definities

Ingrijpende jeugdervaring(en)

of ACEs: adverse childhood experiences



Afbeelding: De 10 ACE's waar wereldwijd veel onderzoek naar wordt gedaan (Felitti et al., 2019). Illustratie afkomstig van Koraal⁽²²⁾

Traumatisering De impact van één, meerdere of herhaalde ingrijpende (jeugd)ervaringen in de vorm van **klachten of belemmering van de normale ontwikkeling**.

Toxische stress de reactie van het lichaam op langdurige en ernstige stress, zónder voldoende steun van een ouder of een voor het kind belangrijke ander te ervaren.

Prevalentie

Hoe vaak komen ACE's voor in Nederland?



Bron: [Infographic-ACEs-onderwijs-en-veilig-opgroeien-gecomprimeerd.pdf \(gezondegeneratie.nl\)](#)

De kans op het meemaken van één of meer ingrijpende jeugdervaringen voor het achttiende jaar is ongeveer 50 procent. Bij jeugdigen die met jeugdzorg of GGZ te maken hebben, is dit percentage vaak hoger.

De kans dat iemand één of meer ingrijpende jeugdervaringen meemaakt



■ Wel ■ Niet

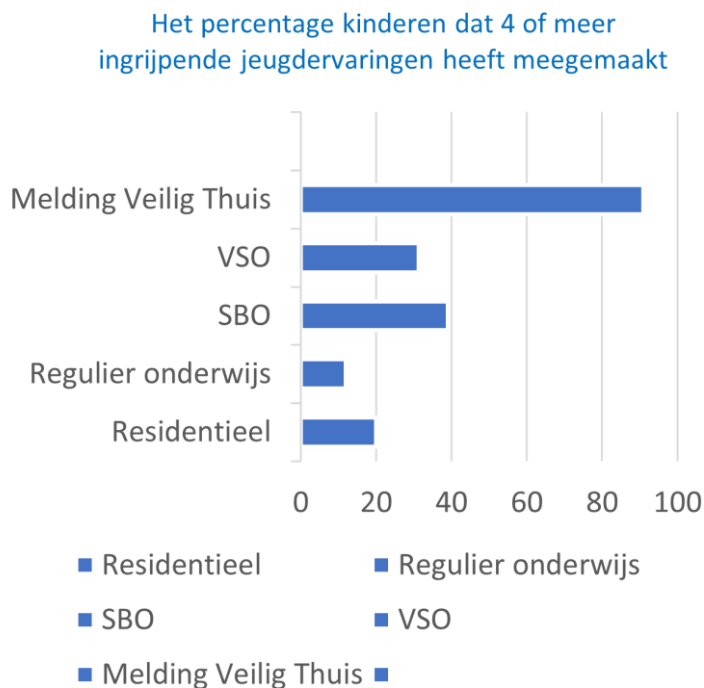
De kans dat een kind dat te maken heeft met jeugdzorg en/of GGZ één of meer ingrijpende jeugdervaringen heeft meegemaakt



■ Wel ■ Niet

Uit een studie van Vervoort en collega's ⁽²⁵⁾ blijkt dat 49% van de residentieel verblijvende jeugdigen met een LVB minstens twee ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt en dat minimaal 20 procent 4 of meer ACEs heeft meegemaakt. Dit in vergelijking met de 6,5 ⁽²⁶⁾, respectievelijk 12 procent ⁽²⁷⁾ van de leerlingen in het regulier onderwijs. In het speciaal onderwijs had 39,1 procent van de kinderen 4 of meer ACEs meegemaakt, tegenover 31,3 procent in het voortgezet speciaal onderwijs ⁽²⁷⁾. In studies in de gesloten jeugdzorg liggen de percentages nog veel hoger ^(28,29,30). Waarbij opvalt dat bij meisjes in de residentiële zorg de mate van seksueel misbruik heel hoog is. De impact daarvan op de ontwikkeling en het functioneren is nog sterker (afhankelijk van aard en context) dan bij de andere ACEs. Uit de bevindingen van Ketenbreed Leren ⁽⁴³⁾ blijkt een vergelijkbaar

patroon: in totaal hebben 23 jeugdigen de ACEs vragenlijst ingevuld. Van hen hadden er 16 een score van vier of hoger (69,6%; zie tabel 3.3 in het [rapport](#)). Van hun ouders hebben er 28 de vragenlijst ingevuld, waarvan er 8 vier of meer ACEs hadden meegemaakt (28,6%).



Uit onderzoek ⁽³¹⁾ naar gezinnen die gemeld zijn bij Veilig Thuis, blijkt dat geweld in deze gezinnen ernstig en langdurig is. Maar liefst 91% van de kinderen maakt op het moment van melding bij Veilig Thuis gemiddeld 74 geweldsincidenten per jaar mee. En vaak maken zij meerdere vormen van geweld mee: ze zijn bijvoorbeeld niet alleen getuige van partnergeweld, maar worden ook verwaarloosd of zelf ook fysiek mishandeld. Daarnaast blijkt dat de helft van de ouders in deze gezinnen in hun jeugd is mishandeld, verwaarloosd of seksueel misbruikt. Deze ouders geven het geweld als het ware door aan hun kinderen. De onderzoekers concluderen: “Willen we geweld blijvend stoppen en deze intergenerationele overdracht van geweld doorbreken, dan moeten we dus inzetten op herstel van de toekomstige opvoeders, namelijk de kinderen van nu”.

Adverse Childhood experiences (ACEs) en toxische stress

Toxische stress in het (vroeg) leven van het kind (waaronder Early Life Stress, stress in de kindertijd), heeft een verstorende invloed op het stress-systeem van het jonge (ongeboren) kind, op de ontwikkeling van het brein, op de regulatie van het slapen, het eten, de emoties, hechting, sociale relaties en het vermogen om te leren. Toxische stress verhoogt de kans op lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen, ook later in volwassenheid. Deze gezondheidsrisico's zijn te voorkomen.

De meest kwetsbare perioden zijn de eerste duizend dagen na de conceptie (dus zwangerschap tot en met het tweede levensjaar) en de adolescentie. Dit zijn periodes waarin de hersenen een snelle groei en ontwikkeling doormaken, en dus extra gevoelig zijn voor toxische stress. De weg waarlangs dit kan uitmonden in psychische en lichamelijke ziekten en/of ongezond gedrag komt de laatste jaren

steeds meer aan het licht. Onderzoek naar Early Life Stress maakt duidelijk dat niet alleen ernstige gebeurtenissen impact hebben, maar dat ook **een opeenstapeling van stressoren** chronische, schadelijke stress kan veroorzaken. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) roept professionals en onderzoekers op om effectieve methoden te ontwikkelen voor het signaleren, interveniëren en voorkomen van (de gevolgen van) Early Life Stress en om deze methoden systematisch te gaan toepassen in de preventiepraktijk ⁽²³⁾.

Gevolgen van ingrijpende jeugdervaringen

De samenhang tussen het meemaken van ingrijpende jeugdervaringen en de gevolgen hiervan voor de ontwikkeling van gedrag, zelfbeeld, psychische en fysieke gezondheid gedurende de levensloop wordt weergegeven in de ACE-piramide.



Bron: Vrij vertaald naar Centers for Disease Control and Prevention. The ACE Pyramid (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>). In het publieke domein.



Empirische bevindingen tot nu toe laten zien dat er duidelijk verband is tussen ACEs en een breed scala aan mentale, gedragsmatige en lichamelijke gezondheidssuitkomsten gedurende het leven: in de kindertijd, adolescentie en volwassenheid (dus op de korte, middellange en lange termijn). Onderzoek toont aan dat ingrijpende jeugdervaringen kunnen worden gerelateerd aan zo'n veertig verschillende fysieke en mentale gezondheidsproblemen (van grotere kans op risicovol gedrag en psychiatrische problemen zoals suïcidaliteit tot grotere kans op auto-immuunziekten, hart en vaatziekten en overgewicht gedurende het hele leven). Hoe hoger het aantal meegemaakte negatieve jeugdervaringen, hoe groter het risico op negatieve uitkomsten in volwassenheid ^(16, 20).

Als samenleving willen we ingrijpende jeugdervaringen hoog op ieders agenda hebben, omdat niet voldoende herkende en/of ondersteunde ervaringen leiden tot een domino-effect van problemen op alle levensgebieden en in alle levensfasen. De gevolgen van ingrijpende en stressvolle jeugdervaringen kunnen namelijk aangrijpen op biologisch, psychologisch en sociaal gebied ^(19, 21):

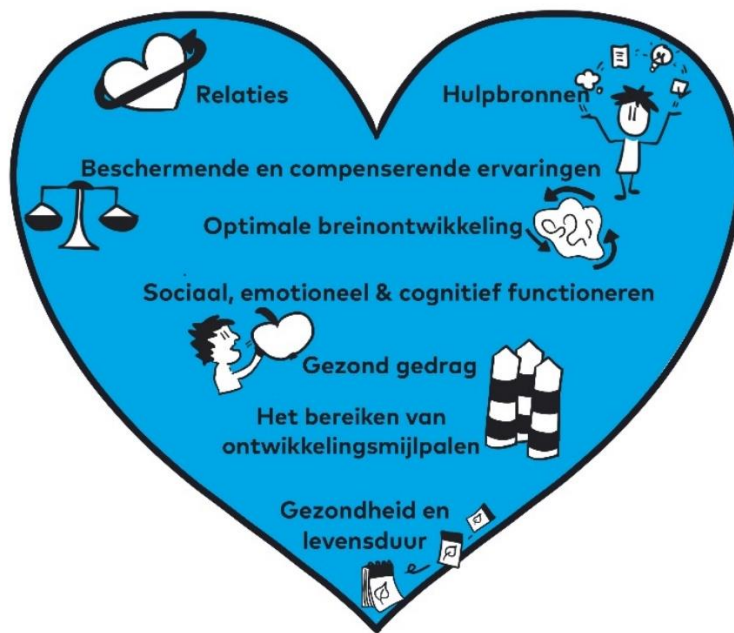
- **Biologisch** gezien zijn er negatieve gevolgen voor het brein en lichaam (fysiek letsel, toxische stress, impact van stress op het brein, epigenetica, lichamelijke onrust, ontregeling van het autonome zenuwstelsel). *(Zie voor een uitgebreid overzicht de [infographic](#) die Augeo Foundation ontwikkelde (2022) als partner van partner van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen op weg naar een Gezonde Generatie.)*
- **Psychologisch** gezien zijn er negatieve gevolgen voor de coping, emotieregulatie, hechting, cognities, taal/spraak en daaruit volgende internaliserende/externaliserende gedragsproblemen en psychische stoornissen. *(Zie voor een uitgebreid overzicht de [infographic](#) die Augeo Foundation ontwikkelde (2022) als partner van partner van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen op weg naar een Gezonde Generatie.)*
- **Sociaal** gezien zijn er negatieve gevolgen ten aanzien van onderwijs, armoede, omgevingsfactoren, vertrouwen in anderen en de wereld, aangaan van relaties, probleemoplossingsvaardigheden, seksueel risicovol gedrag, etc.), maar ook in bijvoorbeeld participatie aan werk.

Ten minste een derde van de mentale- en gedragsstoornissen kan toegeschreven worden aan ACEs. Gevolgen in de kinderjaren zijn bijvoorbeeld externaliserende problemen (zoals gedragsproblemen) en problemen van internaliserende aard (zoals bijvoorbeeld angst en depressie), maar ook cognitieve problemen en verslaving.

Ingrijpende jeugdervaringen en beschermende factoren

Van de ongeveer 3,5 miljoen jeugdigen tot 18 jaar die Nederland telt, zijn er honderdduizenden die ingrijpende jeugdervaringen hebben meegemaakt of een verhoogd risico lopen deze mee te maken. Deze jeugdigen kunnen last krijgen van psychische klachten, maar dat gebeurt niet altijd. Het merendeel herstelt hier als vanzelf van of heeft er enkel op de korte termijn last van. Het meemaken van een ingrijpende jeugdervaring an sich is geen garantie voor het ontwikkelen van psychische klachten.

Ieder mens reageert anders op potentieel traumatische gebeurtenissen. De mate van impact van ingrijpende jeugdervaringen wordt beïnvloed door allerlei factoren, zoals: de genetische samenstelling, leeftijd en intelligentie van de jeugdige, de interne hulpmiddelen van de jeugdige, de aard en omstandigheden van het trauma, hoe de omgeving erop reageert en de manier waarop lokale en landelijke instanties reageren ⁽²⁴⁾. Dat niet iedereen dezelfde ervaring even ingrijpend ervaart, heeft dus met meerdere factoren te maken. In beschermende zin gaat het voor een belangrijk deel om het opbouwen van gezonde, steunende relaties die protectieve en compenserende ervaringen bieden. Deze zogenaamde PACEs (positive childhood experiences ⁽⁴⁴⁾ of counter-ACEs) hebben een compenserend effect op de negatieve gevolgen van ACEs en kunnen bijdragen aan gezonder gezinsfunctioneren en het voorkomen van psychische gezondheidsproblemen. Vanuit de hulpbronnen veerkrachtig functioneren, sociale steun en PACEs wordt weer verder veerkrachtig functioneren ondersteund. Dit wordt geïllustreerd in het zogenaamde hartmodel.



Bron: Vrij vertaald naar Morris, A. S., Hays-Grudo, J., Kerr, K. L., & Beasley, L. O. (2021). The heart of the matter: Developing the whole child through community resources and caregiver relationships. *Development and Psychopathology*, 33(2), 533-544. Met toestemming van de auteurs.



Van de 80% van de mensen die een potentieel traumatische gebeurtenis meemaakt, ontwikkelt 5-10% klachten in de vorm van een PTSS. Als we kijken naar de totale groep jeugdigen en jongeren, dan ontwikkelt 16% een posttraumatische stressstoornis (PTSS) na blootstelling aan ingrijpende en stressvolle levensgebeurtenissen. Binnen deze groep is er echter een aanzienlijk verschil in het ontwikkelen van traumagerelateerde klachten: van de jongeren die niet-interpersoonlijk trauma meemaken (bijvoorbeeld een ongeluk of een natuurramp) ontwikkelt 10% PTSS; terwijl 25% van de jongeren PTSS ontwikkelt na het meemaken van interpersoonlijk trauma (bijvoorbeeld mishandeling of misbruik). Wat de andere gevolgen van toxische stress zijn (in gedrag, in ontwikkeling op alle ontwikkelingsdomeinen, in psychische gezondheid en in fysieke gezondheid) hebben we nog niet in percentages in beeld.

Kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking - (L)VB- zijn gevoeliger voor de impact van ingrijpende en potentieel traumatische gebeurtenissen. Zij hebben tevens een groter risico op het meemaken ervan, onder andere omdat ze een grotere kans hebben om op te groeien in gezinnen met complexe problematiek of in instellingen. Vanwege hun doorgaans beperkte coping vaardigheden en informatieverwerking is het voor hen moeilijker om van de opgelopen schade te herstellen. Zij kunnen mogelijk moeilijker onder woorden brengen hoe zij zich voelen en hoe ze denken over de gebeurtenissen. Daarnaast hebben ze mogelijk minder succeservaringen en meer faalervaringen. Het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis is een risicofactor voor psychische problemen bij een ontwikkeling die als gevolg van de LVB toch al moeizamer verloopt ⁽⁵⁶⁾. Betrouwbare gegevens over de prevalentie van PTSS bij mensen met (L)VB ontbreken voorsnóg, maar duidelijk is dat traumagerelateerde klachten bij mensen met (L)VB nog te vaak worden gemist.

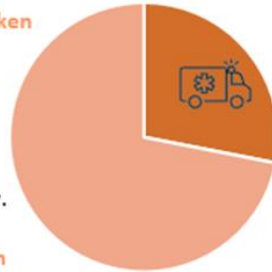
Wat maakt dat ingrijpende jeugdervaringen leiden tot traumatisering? Of niet?

De meeste mensen herstellen binnen zes weken vanzelf van een ingrijpende gebeurtenis of hebben slechts last op korte termijn.

Kenmerken:

- Meestal één ingrijpende ervaring;
- De ingrijpende ervaring overkomt je (bijv. ongeluk, natuurramp);
- En/of voldoende **beschermende factoren** aanwezig, zoals:
 - Liefdevol gezin;
 - Steun uit omgeving (leraar, ouders, vrienden, burens, sportcoach,...)
 - Positieve levenservaringen, waardering en erkenning krijgen voor wie je bent en wat je doet;
 - Er over kunnen praten;
 - Snel hulp gezocht en gevonden.

Relatief
makkelijk te
behandelen



In de andere gevallen leiden één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen tot traumatisering.

Risicofactoren:

- Herhaalde ingrijpende gebeurtenissen;
- Over een lange periode;
- Vroeg in het leven (Early Life Stress in eerste 1.000 dagen);
- Interpersoonlijk: de ingrijpende ervaring wordt door iemand aangedaan;
- Nog groter risico wanneer je deze persoon kent en wanneer je deze persoon vertrouwt en er afhankelijk van bent (ouder, leerkracht, arts)
- Geen onthulling;
- Er niet over kunnen praten;
- Weinig of geen beschermende factoren aanwezig.

Relatief
moeilijk te
behandelen



Risico op toxische stress

- Herhaling
- Over een lange periode
- Niet kunnen herstellen: te weinig beschermende en te veel risicofactoren



‘Het ene trauma is het andere niet’

De kern van trauma is de ervaren wanhopige machteloosheid. Trauma is de impact van wat er is gebeurd; een uiting van één of opeenvolgende ingrijpende gebeurtenissen in klachten. Dit kan onder meer in de vorm van PTSS, angst, depressie of agressie zijn. Hier is al veel aandacht voor. Wat minder bekend is bij veel mensen, is dat agressie geïnternaliseerd geuit kan worden. Dan is er impact op de zelfwaardering in de vorm van schuldgevoelens, een negatief zelfbeeld of zelfhaat ⁽²⁴⁾.

Bij mensen die klachten ontwikkelen naar aanleiding van een enkele ingrijpende ervaring (bijvoorbeeld een ongeluk, brand of aanranding), spreken we van **enkelvoudig trauma**. Wanneer meerdere ingrijpende ervaringen tegelijk voorkomen of ingrijpende ervaringen gedurende langere tijd plaatsvinden, spreken we van **meervoudig trauma**. Zoals bijvoorbeeld herhaaldelijk seksueel misbruik, veelvuldige pesterijen of mishandelingen of een combinatie daarvan. Deze laatste groep heeft een hoger risico op het ontwikkelen van klachten.

De impact van ingrijpende jeugdervaringen is nog groter in de volgende gevallen:

- gebeurtenissen die **vroeg in het leven plaatsvinden** (voor het 4e levensjaar): hoe jonger een kind is en dus hoe afhankelijker van de omgeving, des te belangrijker de rol van die omgeving in het bieden van opvang en veiligheid. Het kindere brein is nog volop in ontwikkeling en heeft

dus nog niet volledig ontwikkelde mechanismen voor het reguleren en integreren van stress; dit geldt ook voor de wijze waarop het lichaam op stress kan reageren.

- **herhaaldelijk voorkomen** en
- in situaties waarbij sprake is van **menselijk contact**, bijvoorbeeld in verzorgings- of afhankelijkheidsrelaties. Dit wordt **interpersoonlijk trauma** genoemd. Bij het laatste maakt het verschil of deze persoon/personen wel of niet bekend zijn. In het algemeen wordt het trauma als erger ervaren wanneer de persoon een bekende is en dan des te sterker als er een afhankelijkheidsrelatie mee is (bijvoorbeeld een ouder).

Hoe meer verschillende soorten ingrijpende jeugdervaringen iemand meemaakt én hoe vroeger deze in het leven plaatsvinden, des te hoger het risico op problemen, dus op traumatisering. De kern van trauma is dat de onderliggende ervaring dermate ontregelend is dat de normale copingmechanismen tekortschieten of dat copingmechanismen belemmerend worden en het herstel in de weg gaan staan (zoals bijvoorbeeld veelvuldig afleiding zoeken, verslaving, veelvuldig sporten of overmatig werken). Dit op ieder vlak van het functioneren, dus zowel lichamelijk, psychisch als sociaal.

Vanwege de grote gevolgen van het opgroeien in toxische stress, pleiten wij voor een genuanceerde, brede blik op het ontstaan van klachten, belemmerde ontwikkeling en het functioneren/opgroeien van jeugdigen. Een (verklarende) analyse van de levensgeschiedenis, de copingmechanismen en beschermende factoren ligt wat ons betreft aan de basis van de ontwikkeling van een jeugdige.

Kinderen die getraumatiseerd zijn, kunnen vastlopen in hun ontwikkeling. Ze kunnen erg aan zichzelf twijfelen, problemen hebben met emoties om te gaan, moeite hebben om samen te spelen en niet goed weten hoe ze problemen kunnen oplossen. Op school kunnen ze zich vaak niet goed concentreren, zijn ze onrustig of juist teruggetrokken en stagneren ze in hun ontwikkeling. Ze kunnen moeite hebben om met vriendjes om te gaan of hebben problemen met hun leerkracht. Dit kan leiden tot het (verkeerde) idee dat men te maken heeft met jeugdigen die bijvoorbeeld ADHD of een gedragsstoornis hebben. Er is een vergrote kans op problemen met onderwijs en schooluitval. Onverwerkte trauma's vormen een risicofactor voor nieuwe trauma's in het hele verdere leven, zowel in de jeugd als in de volwassenheid ^(32, 33).

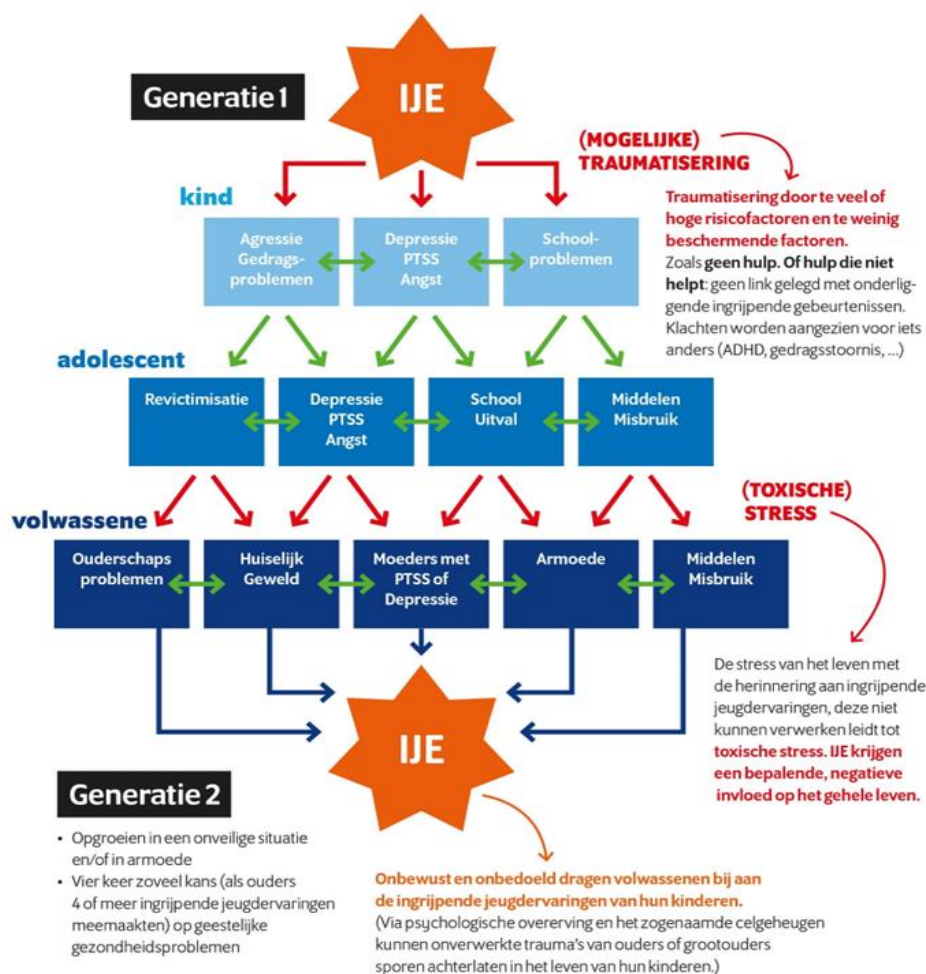
Gevolgen in het volwassen leven

Traumatisering in de kindertijd vormt een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van problemen in de volwassenheid ^(13, 14, 16):

- Diverse **gezondheidsproblemen en psychosociale klachten** die tot in de volwassenheid doorgaan. Denk hierbij aan verhoogde risico's op hart- en vaatziekten, kanker, auto-immuunziekten, zogenaamde medische onverklaarbare lichamelijke klachten en verhoogde kans op vroegtijdig overlijden. De relatie met zo'n 40 psychische of fysieke gezondheidsproblemen werd vastgesteld.
- Een ernstige **psychiatrische aandoening**. Ongeveer 2/3 van de volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening had te maken met ingrijpende jeugdervaringen.
- Een vergrote kans op **huwelijks- en relatieproblemen**, problemen met **werk, inkomen, vandalisme, criminaliteit, maatschappelijk functioneren en verslavingen**. Zij lopen een verhoogd risico om **slachtoffer te worden van fysiek, seksueel en psychisch geweld**.

- Wanneer getraumatiseerde jeugdigen in de hulpverlening terechtkomen, en hun ingrijpende ervaringen (en mogelijk die van hun ouders) worden niet tijdig herkend en verwerkt, lopen zij het risico **opnieuw slachtoffer** te worden. We weten dat dit soort problemen veel spelen in de gesloten jeugdzorg, in de Justitiële Jeugdinstanties en in het domein van de jeugdbescherming. Daar heerst soms een klimaat waarin repressie een rol speelt ^(28, 29, 34) wat hertraumatisering bewerkstelligt. Los van het feit dat uit huis plaatsen zelf al een potentieel traumatische ervaring kan zijn. Aanbevolen wordt een traumasensitief klimaat te bevorderen.
- **Trauma's van vorige generaties kunnen van invloed zijn op de ontwikkeling van jeugdigen in de huidige generatie.** Deze zogenaamde intergenerationele overdracht komt bijvoorbeeld tot uiting in bepaalde familiepatronen maar ook in hogere stresslevels in de genen (bepaalde ervaringen of omstandigheden kunnen ervoor zorgen dat een bepaald gen 'aan' of 'uit' staat of minder actief is). Ook kunnen getraumatiseerde ouders zelf de nodige problemen ervaren in de opvoeding van hun eigen jeugdigen en kunnen ouderlijke ACEs van invloed zijn op ouderlijk gehechtheidsgedrag, dat de ouder-kindrelatie negatief kan beïnvloeden ⁽³⁵⁾. De kinderen van ouders die vier of meer ACEs hadden meegemaakt, hebben, zo is gevonden, vier keer zoveel kans op geestelijke gezondheidsproblemen ⁽³⁶⁾.

Hoe ingrijpende jeugdervaringen (IJE) generaties doorkruisen



Maatschappelijke kosten

In de rapportage *Maatschappelijke kosten van trauma* ⁽¹⁾ is een overzicht gegeven van de mogelijke maatschappelijke kosten van psychische problemen door traumatische ervaringen op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur. In deze analyse is het begrip trauma gedefinieerd als het ervaren van een traumatische/ingrijpende gebeurtenis waaruit psychische problemen ontstaan. Bij deze psychische problemen kan het gaan om klinisch diagnosticeerbare PTSS, maar dit hoeft niet. Er is gekeken naar kosten op het gebied van welzijn, zorg, onderwijs en arbeid, criminaliteit en justitie en kosten door intergenerationele overdracht. De onderzoekers constateren dat, hoewel de maatschappelijke kosten met de huidige kennis niet betrouwbaar vastgesteld kunnen worden (er ontbreken namelijk nog heel veel cijfers), er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat deze kosten aanzienlijk kunnen zijn, verschillende leefdomeinen betreffen en per leefdomein uiteen kunnen lopen van tientallen miljoenen tot zelfs miljarden euro's voor heel Nederland op jaarbasis. Investeren in preventie en effectieve behandeling zou daardoor kunnen leiden tot aanzienlijke besparingen. De grote bandbreedte van de berekening wordt veroorzaakt doordat we in Nederland weinig gegevens bijhouden. Als we dat in de toekomst beter doen, kunnen de berekeningen sterker worden. Daarnaast is er bewijs dat er effectieve vroeginterventie/preventiemogelijkheden bestaan en dat er effectieve behandelingen zijn voor PTSS. Investeren in preventie en effectieve behandeling zou daardoor kunnen leiden tot aanzienlijke maatschappelijke baten. Bij het maken van de kostenbatenanalyse is de prevalentie van trauma aan de voorzichtige kant ingeschat, dus de berekeningen zijn daarmee ook aan de voorzichtige kant. De opbrengsten zullen daarom waarschijnlijk hoger liggen dan waar in de kosten baten analyse van uit wordt gegaan.

Samenvattend, waar staan we nu

Het is inmiddels alom bekend dat ervaringen in de kindertijd het fundament vormen voor ieders gezondheid en ontwikkeling en van invloed zijn op de verdere levensloop. Positieve jeugdervaringen, waaronder sensitieve en responsieve interacties met ouders/directe verzorgers, en een veilige en evenwichtige omgeving dragen bij aan geluk, productiviteit en gezondheid gedurende het volwassen leven. Ingrijpende en negatieve jeugdervaringen hangen samen met ongunstige gezondheidssuitkomsten, gedrag dat risicovol is voor de gezondheid en een slechtere ontwikkeling later in het leven ⁽³⁷⁾.

De gevolgen van sociale factoren als bestaansonzekerheid en kansenongelijkheid worden inmiddels wereldwijd erkend. Kansenongelijkheid is bijvoorbeeld direct gerelateerd aan verwaarlozing van kinderen, middelengebruik, fysiek geweld en gebruik van gezondheidszorg in alle sectoren. Vanuit het perspectief van de publieke gezondheid is het van belang de onderliggende kansenongelijkheid en sociale factoren te begrijpen om ingrijpende jeugdervaringen te voorkomen. De maatschappelijke kosten van ingrijpende jeugdervaringen én het toenemende besef dat ingrijpende jeugdervaringen een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van jeugdigen (en daarmee van toekomstige volwassenen) pleit voor een gedegen aanpak van dit probleem op landelijk niveau ⁽³⁸⁾.

De winst van organisaties die traumasensitief werken wordt steeds duidelijker, niet alleen voor de kinderen die er begeleid worden, maar ook voor het personeel ⁽³⁹⁾. Het schadelijke verloop van personeel, ook veroorzaakt door zogenaamd 'vicarious trauma' (klachten door blootstelling aan het trauma van anderen), veroorzaakt hertraumatiserend gedrag naar kinderen. Traumasensitief werken, waarbij naast therapeutische technieken ook een gemeenschappelijke taal wordt gesproken, geeft positieve resultaten ⁽⁴⁰⁾.

De door de adviesraad geformuleerde doelstelling: "0 kinderen ondervinden langer dan 6 maanden hinder van trauma" zal daarom worden aangepast in: "Voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin." Hiermee willen we het aantal ingrijpende jeugdervaringen indammen en streven naar eerdere, betere signalering én aanpak van ingrijpende jeugdervaringen en toxische stress.

Inhoudelijke lijn - waar moet het Deltaplan Jeugdtrauma over gaan?

1. Maatschappelijke bewustwording

Een van de meest genoemde factoren in de interviews rond de aanpak van jeugdtrauma, is het zogenaamde 'maatschappelijk bewustzijn' rondom ingrijpende gebeurtenissen bij jeugdigen, de gevolgen en de verwerking daarvan. Ingrijpende jeugdervaringen lijken voor veel Nederlanders een ver van mijn bed show. Zo kunnen veel mensen zich niet goed voorstellen dat het henzelf of hun kinderen kan overkomen. Ook hebben ze het idee dat ze geen mensen kennen die voor onveiligheid bij kinderen zorgen. Er zijn nog veel taboes en vooroordelen over mensen die 'struggelen' in het leven. Het idee bestaat dat mensen die ingrijpende dingen meemaken zelf wel iets gedaan hebben waardoor ze daar schuld aan hebben. Ook zijn er diverse blinde vlekken voor wat er allemaal in een mensenleven kan gebeuren en welke impact dit heeft.

Dat we allemaal iets kunnen doen en samen het verschil kunnen maken voor kinderen (en de ouders van kinderen) die ingrijpende dingen meemaken, is hoopvol. Maar daar mag meer aandacht voor zijn.

Het kan ook over jou gaan

Diverse geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is én tijd wordt, dat we met zijn allen gaan beseffen dat álle kinderen (en volwassenen) getroffen kunnen worden door ingrijpende ervaringen. Dat al onze kinderen ingrijpende ervaringen kunnen meemaken en wat de verstreckende gevolgen daarvan kunnen zijn. En dat we allemaal ons steentje kunnen bijdragen hierin. 'Het kan jou ook overkomen', 'Dit kan ook over jou gaan' zijn veelgehoorde uitspraken. En in het verlengde daarvan kan het dus ook over 'jouw kind gaan' en het kan 'jouw kind ook overkomen'. Daarbij is het belangrijk dat we ons realiseren dat elke interactie een interventie kan zijn, met andere woorden, we kunnen allemaal bijdragen aan iemand zien, erkennen, steunen, luisteren, plezier maken etcetera.

Het meemaken van of onderdeel zijn in ingrijpende gebeurtenissen is niet voorbehouden aan een bepaalde bevolkingsgroep, aldus de geïnterviewden. 'En met jou, wordt niet alleen de jeugdige zelf bedoeld'. 'Je kent ze (slachtoffers en daders), we weten het vaak alleen niet. Daarbij is het zo dat veel ingrijpende jeugdervaringen thuis of in de eigen omgeving plaatsvinden. Door bekenden van het slachtoffer en dat de afhankelijkheidspositie van het slachtoffer een van de redenen is waarom het zo moeilijk is om hierover te praten. Want als het uitkomt heeft dat vaak enorme consequenties. Voor degene die het overkomt, maar ook voor degene die het doet: want je kent elkaar. Dus een grote groep komt er pas later mee naar buiten. Soms wel twintig, dertig jaar later. Een groep met veelal chronische problemen. En dat besef mag veel meer doordringen!'

Taboes en vooroordelen

Er wordt geconstateerd dat er nog veel taboes en oordelen zijn over mensen met psychische klachten en mensen die *struggelen* in het leven. Ook zijn er nog allerlei oordelen over mensen die ingrijpende dingen hebben meegemaakt. Deze oordelen kunnen bijdragen aan zogenaamde 'victim

blaming', het verwijt dat het slachtoffer zelf schuld is aan hetgeen is gebeurd. Victim blaming kan gemakkelijk optreden door opmerkingen als 'ja maar waarom was je daar dan ook?' of 'als mij dit zou overkomen dan zou ik terugvechten of wegrekken'. Dit soort opmerkingen verergeren de schaamte én het schuldgevoel dat mensen kunnen voelen die ingrijpende ervaringen hebben meegemaakt. Hierdoor zullen ze eerder zwijgen over hetgeen hen is overkomen, hetgeen weer van negatieve invloed is op de verwerking van wat heeft plaatsgevonden. Sommige slachtoffers geven aan te ervaren dat 'de geheimen en de oordelen soms erger zijn dan de klappen'. Ook wordt geconstateerd dat er nog te weinig wordt gepraat over dingen die ingewikkeld verlopen in mensenlevens. 'Gelukkig wordt steeds duidelijker dat een hoge prestatiedruk en het idee dat je perfect of succesvol moet zijn langzaam begint af te nemen. Maar ook hierin is nog veel te doen in onze maatschappij', zo wordt aangegeven. 'Mensen zitten vol met schaamte, maak dit niet erger'. In projecten als Speak Now en campagnes van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen, Centrum voor Seksueel Geweld, Augeo, Mind, FNO Zorg voor Kansen en vele anderen, wordt hard aan de weg getimmerd om taboes te doorbreken en bewustwording te vergroten.

'Ook ondeskundig zorg inrichten vanuit het idee dat we moeten demedicaliseren is een risico. De manier waarop dit hier en daar gebeurt, of gebeurde, met bijvoorbeeld onvoldoende deskundigheid aan de voordeur, is voor traumaslachtoffers geen victim blaming of veroordeling, maar een miskenning van hun probleem'.

Blinde vlekken

Wat een blinde vlek is in onze maatschappij, is **het besef dat mensen die misbruik plegen of kinderen mishandelen, mensen zijn uit onze eigen families en vriendenkring. Plegers zijn vaak de slachtoffers die we als kind niet hebben kunnen helpen. Deskundigen geven hierover aan dat het belangrijk is dat we als maatschappij gedrag moeten afkeuren, maar de persoon die daarachter zit niet.** 'Dat werkt juist pleger-gedrag in de hand, daders die zich gemarginaliseerd en uitgekotst voelen. Die kan het helemaal niks meer schelen. Iemand echter het gevoel geven: je doet er wel toe, ondanks je misbruik-gedrag, dat vinden we moeilijk als samenleving. Liefst sturen we alle plegers naar de Maasvlakte. Hek er omheen. Weg is weg. Maar het zijn mensen uit onze eigen families.' Geweld in afhankelijkheidsrelaties heeft verstrekken gevolgen voor de jeugdigen die erbij betrokken zijn. Als maatschappij vinden we het moeilijk om ons voor te stellen dat dit gebeurt en kan voorkomen in de kring van mensen in ons eigen netwerk.

Ook kunnen we als maatschappij moeilijk geloven dat er vormen van **georganiseerd geweld en misbruik** bestaan en dat jeugdigen, ook in Nederland, betrokken zijn in mensenhandel, prostitutie en kinderporno. Dat georganiseerd geweld ook transgenerationeel kan zijn, van generatie op generatie wordt overgedragen en zich meestal afspeelt in georganiseerde netwerken, is voor veel mensen helemaal niet voor te stellen. Wat de omvang is van deze vormen van misbruik, blijkt niet goed in te schatten ⁽⁴¹⁾. Seksuele en criminele uitbuiting zijn grove inbreuken op de fysieke, psychische en seksuele integriteit van slachtoffers. Het probleem van mensenhandel is onverminderd groot, hetgeen ook blijkt uit het feit dat ieder jaar meer slachtoffers hulp hebben gezocht via de anonieme, online hulpverlening van Chat met Fier. Veel van hen zitten op het moment van chatten midden in een uitbuitingssituatie die vaak al maanden en soms zelfs jaren aanhoudt. Dat deze slachtoffers zo lang en in zulke onveilige omstandigheden buiten beeld blijven, is onacceptabel ⁽⁴²⁾.

Een ander aspect waarin 'de maatschappij bewuster' mag worden volgens diverse geïnterviewden, is dat kinderen kunnen **opgroeien in toxische stress** en wat dit kan betekenen. 'We moeten weten wat de prijs is van ACE's en toxische stress'. Er is een blinde vlek in onze maatschappij ten aanzien van mensen die 'niet regulier opgroeien', of die niet volgens 'de norm' ontwikkelen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over mensen die opgroeien in armoede of die te maken hebben met racisme of uitsluiting. Over mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) wordt aangegeven 'onze maatschappij is niet inclusief, we sluiten eigenlijk altijd uit en deze ervaringen beginnen vroeg'. Toegevoegd wordt dat je in complexe casuïstiek 'trauma' als factor kan zien maar ook 'LVB'.

Samen het verschil maken

Een ander aspect dat veelvuldig is aangehaald, is dat we als maatschappij bewuster en sensitiever mogen zijn over hoe het met kinderen gaat. En dat 'hoe ze volwassen worden, ons allemaal aangaat'. 'Iedereen in de maatschappij moet weten dat iedereen iets kan doen'. Een belangrijke factor in de preventie van traumagerelateerde klachten vormen de zogenaamde '**positieve jeugdervaringen**' en '**sociale steun**'. En daar kan iedereen iets in bieden, aldus een aantal geïnterviewden. Van de leerkracht op school, de buurvrouw en de voetbaltrainer tot de kapper die een luisterend oor biedt. 'Lichtpuntjes: die ene leraar of mentor die je wél ziet is goud'. Deze mensen hoeven niet gespecialiseerd te zijn in omgaan met ingrijpende ervaringen, maar kunnen verschil maken doordat ze er zijn en een jeugdige het gevoel kunnen geven dat zij ertoe doet en ergens bij hoort. 'Het is belangrijk om uitsluiting te verminderen', zo wordt aangegeven. En 'ik kan met 1 uur therapie per week niet opboksen tegen de eenzaamheid die een kind ervaart'. Van belang is nog dat we beter gaan nadenken over hoe we in dergelijk ondersteunend contact spreken over de dader, die vaak een bekende is. Hard afwijzen, of begrip tonen? Of, zoals eerder genoemd, het gedrag afwijzen of de persoon?

'Alleen samen maken we het verschil. Als we trauma echt willen aanpakken, moeten we ons realiseren dat er meer nodig is dan een uurtje behandeling en dat er nog 23 andere uren in een dag zitten. Daarbij hebben we elkaar nodig.'

Tot slot vragen een aantal geïnterviewde professionals om een **traumasensitieve blik van de maatschappij op de rechtspraak en het strafrecht**. 'We moeten ons realiseren dat als we een jongere met een voorgeschiedenis van ingrijpende ervaringen die een delict heeft gepleegd langdurig opsluiten, we een volwassene krijgen die op 30-jarige leeftijd niet weet hoe hij een veilig leven moet leiden in de maatschappij. En daar kunnen we allemaal last van krijgen'. In het verlengde daarvan roepen diverse geïnterviewden de maatschappij op tot meer 'verdragen en vertragen' en 'de neiging te weerstaan om in te grijpen op basis van druk uit de maatschappij'.

Samenwerken met ouders

In de ondersteuning van een jeugdige met ingrijpende ervaringen spelen ouders, en andere belangrijke anderen, een cruciale rol. Volgens diverse geïnterviewden is er echter nog verbetering mogelijk in de wijze waarop ouders worden begeleid in de ondersteuning van jeugdigen die ingrijpende ervaringen meemaken. Denk hierbij aan ouders van jeugdigen met ernstige lichamelijke klachten, die geweld of misbruik hebben meegemaakt buiten het gezin of jeugdigen die zijn gepest op school of bijvoorbeeld online. Diverse partijen, zoals bijvoorbeeld het Centrum Seksueel Geweld,

proberen ouders en leerkrachten ervan bewust te maken hoe belangrijk zij zijn in de verwerking van dit soort ervaringen. Zij geven aan wat belangrijk is om te doen, juist niet te doen en geven tips hoe ouders hun kind kunnen steunen.

Als we willen dat intergenerationeel trauma stopt, dan hebben we ook iets te doen met de wijze waarop we kijken naar en omgaan met ouders. Nog te veel en te vaak ervaren ouders enorme drempels om hulp te vragen, uit angst dat hun kind bij hen wordt weggehaald, dat ze worden veroordeeld of dat ze worden bejegend als dader. Het is opvallend dat deze geluiden vooral naar voren komen uit interviews met ervaringsdeskundigen die zelf ouder zijn. Zij geven aan hoe kwetsbaar ze zich voelen en hoe verlamdend en veroordelend het kan voelen als er gesproken wordt over het feit dat niet verwerkt trauma van ouders een risicofactor is in de ontwikkeling van hun kinderen. Slechts een enkele professional gaf aan 'ouders willen helemaal niet zo lelijk doen, we moeten ze leren hulp te vragen als het niet goed gaat'. In het project "0 bange ouders" van de gemeente Steenwijkerland, hebben burgemeester en wethouders met jeugdhulporganisaties de wens dat geen enkele ouder bang is om hulp te zoeken voor haar, of zijn gezin, of voor een kind als zij hun kind mishandelen. In het rapport 'Betrek mij gewoon' van het onderzoek Ketenbreed Leren⁽⁴³⁾ worden factoren genoemd die belemmerend zijn geweest of juist hebben geholpen om hulp goed te laten verlopen. De onderzoekers tekenden levensverhalen op, bespraken verbeterpunten en maakten een start met een leer- en verbeterbeweging die onder anderen tot doel heeft intergenerationeel trauma terug te dringen.

Samenvattend: we hebben iets te doen

Samenvattend wordt aangegeven dat 'we iets fundamenteels te doen hebben in de samenleving voor wat betreft schoolsysteem, opvoedklimaat, (social) media, omgaan met elkaar' en dat er een 'collectief besef moet komen dat het zo niet langer gaat'. Partijen die hard aan de weg timmeren om het maatschappelijk bewustzijn te vergroten of kennis op het gebied van trauma toegankelijk te maken, zoals AUGEO, MIND, Samenwerkende Gezondheidsfondsen, Centrum Seksueel Geweld, FIER, NJR, NJI, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, IMH Nederland, FNO Zorg voor Kansen, TraumaNet.org zijn enthousiast over een elkaar versterkende aanpak van jeugdtrauma middels een Deltaplan. Zij willen graag participeren in de stappen die in dit kader gezet gaan worden.

Kijken we naar het **HOE**, dus wat er volgens de geïnterviewden nodig is om het maatschappelijk bewustzijn rond jeugdtrauma te vergroten, dan worden de volgende zaken aangegeven:

- Begin een beweging, zoals bijvoorbeeld Nadine Burke deed met haar Tedtalk;
- Als we de maatschappij meer stress-sensitief willen maken, dan moeten we niet alles 'trauma' noemen. Investeer in 'hoe eerder hoe beter'; alleen op 'trauma' voelen veel mensen zich namelijk niet aangesproken;
- Het is cruciaal om het mechanisme te verduidelijken van (toxische) stress en de verbinding die er is met kansonmogelijkheid, bestaansonzekerheid etc. Maak duidelijk welke programma's en partijen bezig zijn met bestaanszekerheid en kansengelijkheid en versterk elkaar;
- Vergroot het bewustzijn dat dit geld en politieke aandacht vraagt;
- Zoek ambassadeurs, boegbeelden, mensen met een podium.

Tot slot, enkele quotes om aan te geven **WAT** belangrijk wordt gevonden:

- Ben je bewust dat iedereen mensen in zijn netwerk heeft die jeugdigen mishandelen, misbruiken of verwaarlozen, die zijn kinderen niet optimaal kan laten opgroeien of die dit zelf heeft meegemaakt;
- Wijs bij ouderschap het gedrag af en niet de persoon;
- Er is een shift nodig (veranderstrategie) in hoe we naar deze mensen kijken. Het eigen schuld principe overheerst. Er is nog wel compassie als we het over kinderen hebben die nare dingen hebben meegemaakt, maar deze is weg als ze volwassen zijn of 'gastjes van 14';
- Er is meer compassie nodig in de maatschappij voor mensen die het moeilijk hebben in het leven; het is niet 'onze verdienste' als dingen goed lopen in ons leven;
- Zie en hoor mensen, blijf erbij als dingen ingewikkeld zijn;
- Verwijs niet meteen door naar de GGZ; maar kijk wat we voor elkaar kunnen betekenen;
- Je hoeft niks te fixen of van trauma te weten, je kunt heel veel betekenen door er te zijn ;
- Ben open over mentale problemen en eerlijker over wat we meemaken; het is het leven!;
- Maatschappij, deal met je eigen onrust! er zijn te veel taboes of omstanders die het moeilijk vinden.

2. Preventie

In het streven dat we ooit werkelijk zo ver zijn dat het langer dan 6 maanden duurt voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin, is preventie een belangrijke maar ingewikkelde factor. Het is ingewikkeld omdat we eigenlijk nog geen goede manieren hebben gevonden om ingrijpende gebeurtenissen bij kinderen te voorkomen. Op dit moment kunnen we ons dus vooral richten op de dingen waarvan we weten dat ze het risico op het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen vergroten. Het gaat er hierbij om dat zoveel mogelijk kinderen kunnen opgroeien in veiligheid, thuis, op school en in de maatschappij. En wat wij kunnen doen om dit te bewerkstelligen. Daarnaast kunnen we ons richten op de dingen waarvan we nu weten dat ze de gevolgen van het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen kunnen verkleinen. Zo weten we dat veerkrachtig functioneren een buffer vormt tegen het ontstaan van klachten. Veerkrachtig functioneren gaat niet om vaststaande persoonlijke eigenschappen van kinderen maar om bronnen van steun die ze tot hun beschikking hebben als ze ingrijpende dingen meemaken. Om steeds beter te worden in het voorkomen van traumatisering bij kinderen, zijn verder onderzoek en een gezamenlijke, maatschappij brede aanpak, van groot belang.

Voorkomen van ingrijpende ervaringen: primaire preventie

‘Seksueel misbruik, bijvoorbeeld, kunnen we nog niet goed voorkomen. Het aantal mensen dat daarvoor hulp krijgt, ook al stijgt het elk jaar, is namelijk nog altijd laag en bijna niks in verhouding tot de grootte van het probleem: Bijna 2 miljoen mensen tussen de 15-70 jaar heeft seksueel misbruik meegemaakt. Elk jaar komen er 100.000 slachtoffers van seksueel geweld bij. En 10-20 % doet aangifte. ‘Slechts’ 15000 mensen per jaar komt in contact met het Centrum Seksueel Geweld’.

Wat we daar aan kunnen doen, vanuit het oogpunt van preventie, is ingewikkeld. Daar hebben we nog geen methodes voor. Behandeling van plegers of van ouders die zelf getraumatiseerd zijn is een factor die van belang is, maar daar kunnen geen heldere cijfers over genoemd worden. Primaire preventie is dus lastig en dat geldt niet alleen voor seksueel misbruik, maar ook voor andere ingrijpende jeugdervaringen. Als het gaat om voorkomen dat jeugdigen ingrijpende gebeurtenissen meemaken, dan is het niet verwonderlijk dat momenteel vooral **risicofactoren** worden genoemd door de geïnterviewden. Een heel gedeelte van deze risicofactoren betreft een mogelijk onveilige situatie waarin kinderen kunnen opgroeien, in de meeste gevallen onveiligheid binnen het gezin of binnen de directe omgeving.

De factoren die zijn genoemd ten aanzien van onveiligheid binnen het gezin, komen overeen met de 5 profielen van geweld in gezinnen, door Verwey Jonker in samenwerking met Augé⁽³¹⁾:

- Gezin in stress – gezinnen waarin geweld voorkomt uit een opeenstapeling van stressfactoren en problemen (bijvoorbeeld armoede, kansenongelijkheid, werkstress, bestaansonzekerheid);
- Intieme terreur – gezinnen waarbij sprake is van controlerend gedrag en dwang in een relatie, waarin plegers hun partner, en vaak ook de kinderen, isoleren en intimideren;

- Langdurige zorg – gezinnen waarin een of beide ouders veel en lang zorg nodig hebben, bijvoorbeeld bij psychische problemen of een ernstige beperking. Dat kan leiden tot gedrag dat een onveilige situatie creëert;
- Kindgedrag en opvoedstress – gezinnen waarin het probleemgedrag van het kind en de opvoedingsstress van ouders op de voorgrond staan. Dit kan leiden tot escalaties, maar het gedrag van het kind kan ook een gevolg zijn van geweld;
- Complexe conflictscheidingen.

Kennis vergroten

‘Voorkómen gaat altijd over kennis’, aldus een van de geïnterviewden. Om te voorkomen dat kinderen opgroeien in of onvoldoende worden gezien en ondersteund in onveilige situaties:

- is kennis over de basisbehoeften van een kind belangrijk (bij jonge ouders);
- is nodig dat jongeren en kinderen beseffen wanneer zij in een onveilige situatie zitten en wat zij dan kunnen doen
- is kennis bij ouders van belang over de effecten van eigen ingrijpende jeugdervaringen op het opgroeien van hun kinderen;
- is meer bekendheid nodig bij de Nederlandse bevolking, bij medici en zorg- en onderwijsprofessionals over wat toxische stress en ingrijpende ervaringen kunnen betekenen;
- is nodig dat we allemaal weten dat elke interactie ertoe kan doen.

Deze maand is Traumanet.nl gelanceerd, een online platform waar laagdrempelig informatie te vinden is voor volwassenen die te maken hebben met (de gevolgen) van ingrijpende ervaringen in hun leven. Naar dit platform is door diverse geïnterviewden reikhalzend uitgekeken, temeer omdat veel mensen door de bomen het bos niet zien en het delen en informatie als belangrijke factor voor preventie wordt genoemd. Eén persoon pleit voor het wegnemen van de zogenaamde ‘betaalmuren’ zodat wetenschappelijke artikelen, congresbijdragen en andere informatie voor iedereen toegankelijk worden. Tot slot pleit een aantal geïnterviewden voor een platform voor kinderen en jeugdigen, omdat het ook voor hen vaak ingewikkeld is om de juiste informatie te vinden.

Uit de vele chats met het Centrum Seksueel Geweld en via Chat met Fier, blijkt een vroegtijdige herkenning van wat jeugdigen is overkomen een belangrijke rol te spelen in het voorkomen van de gevolgen of in de verdere opbouw van grensoverschrijdingen. De vraag of iets grensoverschrijdend genoemd kan worden in wat een jongere meemaakt, is een vraag die meermaals terugkomt in de chats. Vanuit de kennis dat veel misbruik geleidelijk aan ontstaat, is meer kennis bij jeugdigen hierover van groot belang. ‘Informatievoorziening verbeteren: wat is er aan de hand met me en waar moet ik zijn?’. ‘Jongeren hebben geen idee wat er allemaal is en de informatie is te summier. Een goed voorbeeld is Jeugdplatform Amsterdam’.

Opgroeien in onveiligheid

Maar kennis alleen is niet voldoende. Een van de geïnterviewden verwoordt als volgt hoe ingewikkeld het is om een ingang te krijgen in gezinnen waar trauma een rol speelt: ‘Als een kind met trauma zich meldt, heb je een groot systeemprobleem. Ik ben nog steeds verbijsterd hoe lang misbruik, mishandeling en verwaarlozing door kan gaan in families. Kinderen gaan het heel snel normaal vinden. Je moet heel veel prijsgeven als je je mond open doet.’

‘Onthulling en bewijs van misbruik en mishandeling zijn beide niet eenvoudig. Maar we weten ook dat de betekenisverlening van hetgeen kinderen meemaken in de loop van hun leven kan veranderen. Herevaluatie noemen we dat. Daarmee veranderen niet de herinneringen of de gebeurtenissen, maar de wijze waarop we er tegenaan kijken door dingen die we meemaken, leren of ervaren.’ Een andere geïnterviewde pleit daarom voor het opvolgen van kinderen met een vermoeden of bewijs van seksueel misbruik ‘in een jaarlijkse check-up, een soort follow-up-systeem waarbij je met ouders en kinderen naar zaken terug kijkt. Hoe gaat het nu? Hoe kijk je terug op wat er gebeurd is? Heb je last van beelden, ben je ergens bang voor? Heb je spanning? Hoe gaat het met eten? Hoe gaat het met slapen? Hoe gaat het met het zelfbeeld? Hoe gaat het met contact met andere kinderen? Hoe gaat het met emotieregulatie? Al die domeinen waarvan we weten dat de gevolgen van misbruik zich hierop kunnen wreken.’ Door getraumatiseerde kinderen structureel te volgen en te begeleiden, kun je hen ook ondersteunen in hun eigen ouderschap. ‘Je wilt dat kinderen opgroeien in veilige gezinnen. Voor ouders die zelf getraumatiseerd zijn kan het moeilijk zijn om met sensitief ouderschap die veiligheid te bieden ... Als je deze kinderen bijvoorbeeld monitort vanaf hun achtste, dan kan je ze ook klaarmaken voor het ouderschap! Je wilt dat ouders die zelf als kind tekort zijn gekomen, leren aanvoelen wat de behoeften van het kind zijn. Wat heeft mijn kind nodig? Wat bedoelt mijn kind hiermee? En dat de eigen traumatisering daarbij niet meer in de weg staat. Als we dus overgaan tot een ander systeem, met behulp van monitoring, dan is er ook de overgang naar die volwassenheid, waarbij je als het ware klaar wordt gemaakt voor het sensitieve ouderschap. Dat zou je allemaal in dat systeem kunnen integreren.’

Ook het eerder genoemde project “0 bange ouders” tracht onveiligheid eerder te doorbreken door na te streven dat we ons realiseren dat mishandeling overal kan voorkomen, dat (vrijwel?) niemand dat met plezier doet, maar uit onmacht en dat we dus hulp mogen vragen, of aanbieden.

Een veilige omgeving creëren: thuis, op school, in de hulpverlening

Veiligheid in de omgeving wordt niet alleen genoemd ten aanzien van de gezinssituatie maar ook ten aanzien van de situatie op school en andere sociale situaties waarin jeugdigen zich bevinden. Hierbij wordt het vergroten van het maatschappelijk bewustzijn ten aanzien van toxische stress en ingrijpende ervaringen opnieuw genoemd als preventieve factor (zoals in de paragraaf hiervoor beschreven). Zo gaat het onder meer over voorkomen van online en offline seksueel geweld, criminaliteit, fysiek en verbaal geweld, pesten. Ook wordt benoemd dat diverse jeugdigen getraumatiseerd zijn geraakt tijdens of door uithuisplaatsingen, opnames in (gesloten) jeugdzorg of jeugd-ggz. Stoppen met dingen waarvan we nu al weten dat ze schadelijke effecten kunnen hebben, is daarom eveneens als belangrijk aandachtspunt benoemd. In dit kader zijn bijvoorbeeld gedwongen sondes genoemd bij jeugdigen met eetstoornissen maar ook de gedwongen verhuizingen in de VB sector (en breder). ‘Dat kinderen voor hun 18e al op 20 plekken zitten, moet stoppen! Je bent hier en je blijft hier en bij voorkeur thuis en anders in een zo gezinsgerichte omgeving als mogelijk’.

Preventieve acties die (onder meer) genoemd zijn:

- Aanpak van bestaanonzekerheid en kansenongelijkheid (en dus verbinding met programma’s die zich op deze gebieden richten);
- Mental Health First Aid programma iets meer verdiepen op trauma; er een breed programma voor de gemiddelde Nederlander van maken;

- Zwangerschap, geboorte, en het jonge kind beter begeleiden. Investeren in smart start en de 1^e 1000 dagen. ‘Het consultatiebureau is nog te medisch/lichamelijk gericht i.p.v. ondersteunend op (valkuilen) ouderschap’;
- Bewezen effectieve interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg;
- Ouders, opvoeders en begeleiders leren mentaliseren en emotioneel beschikbaar te zijn;
- Inzetten op veiligheid en stoppen van geweld in gezinnen (bijv. met Top 3 methodiek);
- De hele context behandelen, niet alleen het kind (dus doorbreek de intergenerationele cirkel). Er op tijd bij zijn, start bij traumabehandeling van ouders!;
- Behandelen van plegers en erkennen van plegers in hun slachtofferschap, zonder hun daden goed te keuren;
- Kinderen waarvan we nu al weten dat ze ingrijpende jeugdervaringen hebben meegemaakt, bijvoorbeeld waarvan we zeker weten dat er seksueel misbruik heeft plaatsgevonden, vanaf het begin monitoren. Een jaarlijkse check-up door een multidisciplinair team, waarbij ook de ouders betrokken worden;
- Stoppen met wat schadelijk is; in zorg, onderwijs en de maatschappij, bijv. geen kinderen opnemen zonder dat ouders erbij zijn, geen dwang en drang om kinderen te beschermen.

Het belang van hulpbronnen en positieve ervaringen

‘Als het gaat om het voorkomen van traumatiserende effecten, dus het gevolg dat gebeurtenissen kunnen hebben (secundaire preventie) waarbij het leed al is geschied maar slachtoffers tijdig gaan praten, hebben we al wél wat evidentie. Namelijk, er is bijvoorbeeld voorzichtig bewijs dat als je op de lagere school, in de klas, met kinderen praat over ‘leuk en niet leuk’- aanraken en ‘wensen en grenzen’, dat misbruikte of mishandelde kinderen eerder naar buiten treden met hun verhaal’. Andere factoren waarvoor eveneens evidentie bestaat, en waar groeiende aandacht voor is, zijn **beschermende factoren**. Veerkrachtig functioneren, sociale steun en PACEs (positive childhood experiences ⁽⁴⁴⁾), zijn hulpbronnen van waaruit positieve ervaringen kunnen worden opgedaan als buffer voor ACEs, En dit ondersteunt weer verder veerkrachtig functioneren.

- Vergroot de gemeenschapszin, dit is de eerste buffer tegen trauma;
- Investeer in sociale steun en steunnetwerken (‘deze zijn we kwijt geraakt’);
- Gespreksonderwerpen in het land; leren begrijpen bij jezelf wat je nodig hebt als je moeilijke dingen meemaakt en leren begrijpen van een ander. En wat kan je hier zelf aan doen?;
- Heel veel bekendheid geven aan het nut van snel hulp zoeken na een trauma. Dit geldt bij uitstek voor seksueel geweld. Hoe pijnlijk ook, maar direct naar het Centrum Seksueel Geweld gaan en daar door deskundige geholpen worden, inclusief vastleggen van sporen helpt enorm;
- Kijk naar krachten in gezinnen;
- Veerkrachtig functioneren ondersteunen;
- Geen kans voor herstel missen! Dat kan alleen als je er multidisciplinair en ter zake kundig naar kijkt (medisch, forensisch, psychologisch);
- Kinderen opvolgen die ingrijpende dingen hebben meegemaakt, zeker ook somatisch ingrijpende dingen: we houden je in de gaten;

- De stroom kinderen die een 'quick fix' aankan, meteen behandelen! Als er meer aan de hand is: een goede casusconceptualisatie of verklarende analyse maken.

Bij de bespreking van bovenstaande punten in een van de focusgroepen, gaven een aantal mensen met ingrijpende jeugdervaringen aan deze punten best pijnlijk te vinden. Zij vertelden dat 'door te focussen op positieve jeugdervaringen, voor hen óók werd benadrukt wat zij zelf hebben gemist'. Zij gaven aan dat jeugdigen tijdens het opgroeien in een omgeving die niet veilig of optimaal is, vaak niet doorhebben dat het er in andere gezinnen 'anders aan toe gaat'. Juist het besef dat het ook anders kan, maar dat je niet weg kan uit je eigen situatie is erg naar.

Vroegsignalering en adequate begeleiding

Tot slot zit een belangrijke preventieve werking in vroegsignalering en adequate begeleiding. Want hoe eerder traumagerelateerde problemen worden herkend en onderkend, des te eerder passende hulp of ondersteuning kan worden geboden. Daarmee kan worden voorkomen dat de problemen lang aanhouden en de gezonde ontwikkeling bedreigen, maar ook dat er gevolgen op latere leeftijd optreden en dat een jeugdige door traumagerelateerde problemen verhoogd vatbaar blijft voor nieuwe traumatisering.

3. Vroegsignalering en diagnostiek

Een belangrijke factor om te voorkomen dat ingrijpende jeugdervaringen leiden tot toxische stress of traumatisering, met alle gevolgen van dien, is het signaleren van klachten en problemen bij kinderen en jeugdigen die op het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen kunnen wijzen. Helaas constateren veel geïnterviewden dat er nog te weinig wordt gekeken naar ingrijpende gebeurtenissen (bij kinderen én ouders) die verband houden met de problemen of klachten die er zijn. Veel zaken worden te laat gesignaleerd, met allerlei negatieve gevolgen van dien. De juiste expertise bij mensen met een signalerende functie is van groot belang. Tegelijk wordt gewaarschuwd dat 'trauma' geen nieuwe hype moet worden die alle klachten en problemen verklaart. Blijven ontwikkelen is belangrijk. Zo hebben professionals nog het nodige te leren als het gaat om sensitief en zonder oordeel bespreekbaar maken van ingrijpende gebeurtenissen. Ook worden we er hopelijk beter in om kinderen te bereiken die (nog) niet kunnen onthullen welke ingrijpende dingen ze meemaken en om ouders te bereiken die nu nog bang zijn om hulp te zoeken (54).

Een trauma-bril opzetten

Diverse geïnterviewden geven aan dat klachten die te maken hebben met ingrijpende gebeurtenissen (in heden of verleden) of een trauma nog te vaak over het hoofd worden gezien en dat diagnoses worden gemist. 'Het maakt uit wie je treft: dat moet echt anders.' Er wordt onder meer verwezen naar het project 'Zinnige Zorg' waaruit bleek dat 'trauma te weinig wordt gezien' (45). Als gevolg daarvan, kunnen bijvoorbeeld onveilige situaties langer voortduren en is de kans op hertraumatisering groter.

Zo weten we bijvoorbeeld uit onderzoek dat het hebben van een PTSS de kans verhoogt om opnieuw slachtoffer te worden. Ook kan niet verwerkt trauma leiden tot een stapeling van klachten en verkeerde interventies. Jeugdigen verliezen, zo wordt aangegeven, dan het vertrouwen in hulp en hulpverlening, omdat het 'toch niet helpt'. Daarbij leidt de opstapeling van klachten en van interventies regelmatig tot een steeds groter wordende 'brij' van ingewikkelde problemen waardoor jongeren, ouders en hulpverleners door de bomen het bos niet meer zien en de machteloosheid steeds groter wordt. De interventies die vervolgens worden ingezet, hebben een steeds intrusiever karakter als reactie op bijvoorbeeld toenemende suïcidaliteit, zelfverwonding, gedragsproblemen, eetproblemen en verslaving. Hierdoor lopen jeugdigen de kans steeds meer nare ervaringen op te doen (ook in relatie tot hulpverleners) en steeds verder vast te lopen.

'Kinderen en (jong)volwassenen met een LVB zijn gevoeliger voor de impact van traumatische gebeurtenissen en maken er vaker één mee. Zo vaak zelfs, dat van de mensen met een LVB in de zorg, zeker de helft een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt (46). Desondanks worden traumagerelateerde klachten dikwijls niet als zodanig herkend en gediagnosticeerd.'

Maar pas op voor een nieuwe hype

Naast onderdiagnosticering, waarschuwen geïnterviewden ook voor overdiagnosticering. 'Niet alle ontregeling is een gevolg van traumatisering of kan verklaard worden door het meemaken van zogenaamd ingrijpende gebeurtenissen'. En 'niet elk trauma leidt tot traumatisering; het is risicovol om signalen niet juist te interpreteren'. Zij geven aan bang te zijn dat 'trauma' een nieuwe hype

wordt. 'Eerst noemden we alles autisme, daarna hechting of ADHD en nu trauma'. Ook zeggen zij dat de veerkracht van jeugdigen daardoor mogelijk wordt onderschat, struggles in het leven onnodig gemedicaliseerd worden en de toegang tot zorg te gemakkelijk wordt gezocht. In deze reacties komt de roep om een steunende samenleving opnieuw naar voren, een samenleving waarin struggles en hobbels in het leven een vanzelfsprekend onderdeel vormen en waar begrip en compassie voor is.

Toch, zo zien de geïnterviewden, is er belang in het opzetten van een zogenaamde 'trauma-bril': door voldoende kennis over het effect, de risicofactoren en de stapeling van ingrijpende gebeurtenissen in het leven van opgroeiende jeugdigen kan veel leed worden voorkomen. 'Ik hou van vroegsignalering en van de insteek van Centrum Seksueel Geweld: iedereen kan er terecht.'

Als we in de jeugdhulp beter worden in het maken van Gedeelde Verklarende Analyses, kunnen we zaken als verkeerd labelen, of onterecht klachten toeschrijven aan trauma steeds beter voorkomen.

Waarom dit soms moeilijk is

Kijkend naar de factoren die een tijdige en juiste signalering in de weg staan, dan wordt aangegeven dat:

- 'Stepped care als makke geeft dat niet iedereen alert is op de potentiële gevolgen van traumatische ervaringen' en dat 'er nu wordt gestapeld omdat problematiek te licht wordt ingeschat';
- 'Signalen moeilijk bij elkaar komen door AVG en privacy' en dat 'we veel risicofactoren weten en ze wel in kaart brengen, maar je ze officieel niet mag delen'. Zo geven verschillende geïnterviewden aan dat het in uitzonderlijke gevallen mogelijk is/zou moeten zijn om informatie te delen rond gezinnen waar huiselijk geweld niet ophoudt om de impasse te doorbreken. De intersectorale specialistische Multidisciplinaire Aanpak (MDA++) is een veelbelovende werkwijze om deze complexe problematiek effectief aan te pakken. De criteria van PTSS bij kinderen met trauma niet goed overeenkomen met de classificatie in DSM voor PTSS'. Het protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressor gerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten⁽⁴⁷⁾ dat voorziet in de juiste route en criteria, wordt nog onvoldoende gevolgd, aldus een deel van de geïnterviewden;
- 'Het ene trauma is het andere niet: We kijken te weinig naar ontwikkeling interfererende kenmerken' en 'de golfbeweging van speerpunten in GGZ (ASS, ADHD, hechting en nu trauma) maakt dat we goed moeten ontrafelen wat de impact is van trauma en ons de vraag moeten stellen of de ontwikkelingsstoornis toch beperkender is.' De ontwikkelingen op het terrein van de Verklarende Analyse zijn hier ondersteunend aan;
- De wijze waarop politie/justitie op aangiftes reageert: 'Als er nog veelvuldig wordt gewaarschuwd voor valse aangiftes, leidt dit tot doorgaan met geheim.'

Ingangen voor verbetering

Op de vraag wat er zou moeten gebeuren om vroegsignalering te verbeteren, worden de volgende zaken genoemd:

- Een basishouding van onbevooroordeeld, nieuwsgierig en met compassie kijken naar gedrag en willen onderzoeken waar dit vandaan komt;
- Weten op welke signalen je moet letten;
- Triage aan de voordeur specialistisch inrichten, dus voorkomen van stapeling van te lichte zorg die leidt tot meer problemen. En: 'specialist' meer naar de voorkant: niet alles doorschuiven en stapelen maar meteen scherp inzetten/zien. Op de vraag wat dan een 'specialist' is, blijkt het antwoord niet per se een BIG-specialist te zijn, maar iemand die voldoende weet van traumatisering en alles wat daarbij komt kijken én die ook een brede blik heeft op ontwikkelingsproblematiek bij kinderen: 'zet de meest ervaren personen aan de voordeur'.
- Meer kennis bij leerkrachten om te signaleren wanneer het niet goed gaat met een kind of in een gezin. 'onderwijs' ziet veel, ziet veel van ontwikkeling van kinderen maar kan er niet altijd iets mee. Daarbij wordt er vaak niet gezinsgericht gekeken. 'Onderwijs' combineert allerlei factoren niet samen maar focust vooral op het gedrag in de klas;
- Vroegsignalering: dan heb je het al over huisarts, Nu Niet Zwanger project, projecten in onderwijs, de bijdrage van orthopedagogen en IB-ers op scholen. In vaccinatieschema's zitten contactmomenten met ouders die in een risico inschatting vaker gezien kunnen worden;
- Meer aandacht voor het onderwerp trauma bij medisch specialisten. Zij mogen vaker het gesprek hierover aangaan, zich meer realiseren dat trauma's worden doorgegeven in families en dat dit bij kinderen een relevant risico op psychische problemen geeft.
- Bij het voorliggende veld kennis van trauma, hechting en forensische risicofactoren vergroten; loopt dit kind kans delicten te gaan plegen? Er zijn veel risicofactoren bekend en deze kinderen zijn vaak al eerder in the picture!;
- Bij complexe zaken juridisch verankeren dat ouders verplicht kunnen worden om mee te werken aan forensische of klinische diagnostiek;
- Toegankelijke zorg middels een landelijk triage punt met regio toegangen: medisch, forensisch, psychologisch. Een CSG-wijze (Centrum Seksueel Geweld) van werken: landelijke dekking, goed beschikbaar in regio's, overal dezelfde manier van werken. Triage op 3 vlakken, en door specialisten (in één keer goed): medisch, forensisch, psychologisch;
- Investeren in vroegherkenning: risicovolle zwangerschappen, checks bij verloskundigen, adequate hulp tijdens zwangerschap, kraamhulp, Ingrijpende ervaringen uitvragen in prenatale screeningen;
- Kindcheck: bij aanmelding, waar dan ook, om toestemming vragen: is jullie kind om een andere reden al ergens in beeld?;
- Bij uithuisplaatsing in de Verenigde Staten is er meteen een screening op trauma, dit model gebruiken voor Nederland;
- Een goede, gedeelde verklarende analyse maken.

Verbeterpunten bij professionals

Ook zijn er door de geïnterviewden diverse aandachtspunten genoemd om de diagnostiek te verbeteren. Zo geven meerdere geïnterviewden aan dat het belangrijk is om laagdrempelig en herhaaldelijk vragen te stellen zodat je zaken kan 'aanraken zonder te stigmatiseren'. Zij pleiten voor meer aandacht voor de jeugd van volwassenen, voor iedereen die werkt met mentale en lichamelijke gezondheid. En voor meer oog voor de impact van stressvolle levensgebeurtenissen (door hier meer

naar te vragen en te beginnen met de best bewezen interventies). Voor alle domeinen van hulpverlening geldt, zo geven meerdere geïnterviewden aan: ‘zoek altijd naar ingrijpende levensgebeurtenissen die samenhangen met huidige klachten’. Er zijn al verschillende screeningstools per doelgroep die daarbij behulpzaam zijn en een screening vindt bij voorkeur plaats bij alle gezinsleden ⁽⁴⁸⁾.

Blijven ontwikkelen is belangrijk

Ook is het belangrijk om er rekening mee te houden dat er een groep is bij wie je het niet weet, je het niet ziet of die niet onthult. Hierbij is het belangrijk om te erkennen dat we van alles ook nog niet kunnen en dat we voortdurend (moeten) blijven ontwikkelen ten aanzien van wat we belangrijk vinden. ‘Het merendeel van de kinderen vindt het lastig om over trauma’s te spreken en zal er niet op eigen initiatief over beginnen. Om adequaat te kunnen ingrijpen zul je als hulpverlener dus zelf naar eventuele trauma’s moeten vragen.’ In het project Rake vragen, worden hulpverleners ondersteund in het vragen naar trauma om te voorkomen dat het onbespreekbaar blijft’. Ook zijn er diverse (prenten)boeken die kinderen van verschillende leeftijden kunnen helpen in het praten over geheimen. En zo heeft Sterk Huis samen met cliënten diverse ‘persona’s’ ontwikkeld vanuit de vraag: wie had mij eerder kunnen zien en waar? Traumasensitief, en dus vooral zonder oordeel leren praten, is een belangrijke factor in vroegsignalering.

Aandacht voor wie nog niet kan onthullen

Desalniettemin blijft er een groep die niet kan onthullen (omdat het niet lukt of te onveilig is) of waarbij ‘onthullingen weer worden ingetrokken’. Dit is inherent is aan de ingewikkelde gelaagdheid van traumagerelateerde problematiek waarbij pleger en slachtoffer vaak bekenden zijn van elkaar. Diverse inhoudelijk deskundigen geven aan dat regulatieproblemen van kinderen gaan over de interactie tussen ouder en kind: dus dat je altijd de interactie met ouders moet meenemen in de diagnostiek. Het belang van een zorgvuldige casusconceptualisatie/verklarende analyse wordt benadrukt: zijn ingrijpende jeugdervaringen onderliggend? Van wie dan? Wat is er in de interactie ontstaan? En wat zegt dit alles over de draagkracht van de persoon in kwestie. Voor mensen uit risicovolle doelgroepen wordt alertheid gevraagd: ‘de ongeboren en jonge kinderen, waarbij we signalen indirect moeten aflezen omdat ze zich alleen non-verbaal uiten’ en ‘mensen met een verstandelijke beperking, zij hebben een heel leven vol “kleine t’s” (nare ervaringen) en dat wordt te vaak over het hoofd gezien’. Als hulpverleners de tijd nemen voor een verklarende analyse samen met de cliënt, zo wordt aangegeven, dan vergroot dat de kans op tijdige en juiste signalering. Dus ‘meer aandacht voor een goede analyse en tijdlijnen’.

Wat nog te weinig wordt gedaan, zeggen inhoudelijk deskundigen, is het uitvragen van trauma’s bij ouders. Zo gaf een geïnterviewde aan dat haar opviel dat bij veel casussen een doodgeboren kindje vóór het aangemelde kind blijkt te zijn en dat het belangrijk is om hier aandacht voor te hebben. Ook is er nog te weinig aandacht voor medische trauma’s, deze worden te weinig uitgevraagd. En lijkt het nog niet voor alle hulpverleners een vanzelfsprekendheid om te vragen naar een actueel gevoel van veiligheid. Tot slot wordt nogmaals gewaarschuwd om op te passen met te veel nadruk en overbehandelen én wordt het belang van snelle interventies na signaleren benadrukt. ‘Wachtlijsten zijn slecht als er eenmaal disclosure is’. ‘Laten we oppassen met teveel signaleren en dat alles naar zorg gaat: dus geen beweging van ‘het gaat naar zorg en dan kan ik loslaten’... sociale steun blijft belangrijk!’

4. Behandeling en begeleiding

In de interviews is heel veel gezegd over behandeling en begeleiding, wat de urgentie daarvan is en wat de insteek zou moeten zijn om te werken aan het doel “voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin”. Goede behandeling van traumagerelateerde problemen is cruciaal, maar op dit gebied is nog veel te doen. Er wordt nog te veel gefocust op gedrag bij kinderen en te weinig gedaan aan de onderliggende problemen. Behandeling kan alleen succesvol zijn als er integraal, systemisch en contextueel wordt gekeken naar kinderen en hun ouders. Hiervoor is betere samenwerking tussen jeugd- en volwassenzorg nodig, evenals financiering die dit ondersteunt. Op de vraag wát nodig is met betrekking tot behandeling en begeleiding, komen veel verschillende antwoorden en perspectieven. Perspectieven die zouden kunnen leiden tot, of misschien wel bijdragen aan, wat is benoemd als ‘de dreigende fragmentatie en ideeënstrijd die er nu is’.

In dit hoofdstuk is het daarom, nog meer dan bij de andere hoofdstukken, van belang om een heldere uiteenzetting te geven van de input en stand van zaken in Nederland. Een goede behandeling begint bij een goede (verklarende) analyse van wat er aan de hand is en wat er nodig is op de verschillende niveaus van behandeling. Als we de input vanuit de interviews ordenen met deze leidraad in het achterhoofd, dan blijkt de input over verschillende aspecten te gaan en valt het eigenlijk wel mee met die ideeënstrijd.

Het belang van goede behandeling

Laten we beginnen bij de urgentie. Hoewel met de decentralisatie van de zorg aan kinderen en jongeren ‘demedicaliseren’ en ‘eigen kracht versterken’ belangrijke beleidstermen werden bij deze stelselwijziging, benadrukken de geïnterviewden dat deze termen te zeer doorgeslagen lijken te zijn, zeker als we het hebben over traumatisering bij jeugdigen. Zij geven aan dat er de afgelopen jaren te veel is gefocust op gedrag en gedragsproblemen en dat de onderliggende trauma’s van jeugdigen te weinig zijn aangepakt. ‘Er is te lang actueel gedrag behandeld in plaats van onderliggend trauma.’ ‘Goed behandelen zodat kinderen verder kunnen’. Ook worden diverse opmerkingen gemaakt die in lijn zijn met de kostenbatenanalyse die zorg economen Dijk en Kiernan ⁽¹⁾ hebben uitgevoerd. Zo wordt onder meer aangegeven ‘we geven te laat te veel geld uit. Het is financieel heel slim om in te zetten op de gezonde ontwikkeling van kinderen’. Maar wordt ook het bredere perspectief benadrukt: ‘Onverwerkt trauma heeft een diep, diep effect op de ontwikkeling van kinderen. Als je bij complexe maatschappelijke vraagstukken kijkt vanuit een kosten-baten analyse dan is het heel dom om hier niets mee te doen.’

Transdiagnostisch kijken en gaan doen

In meerdere interviews is een pleidooi gehouden voor een ‘gedegen behandeling van traumagerelateerde klachten’ en om meer transdiagnostisch te kijken, te gaan dóén en te stoppen met wachten, denken vanuit contra-indicaties of vanuit óf óf óf. ‘Eerst aan de slag met eten dan pas traumabehandeling of eerst stabiliseren dan pas verwerken; er wordt uit elkaar getrokken wat bij elkaar hoort!’. ‘Er is te veel versnippering, er moet een verbod komen op contra-indicaties!’. Een geïnterviewde pleit daarbij voor een paradigmashift: ‘We doen teveel aan klachtenreductie en behandelen niet de oorzaak. Traumabehandeling is duurzaam! Laten we trauma’s structureel en kortdurend behandelen en de rest opvangen/aanpakken in het netwerk of de sociale omgeving. Niet

betuttelen! Mensen gaan zelf aan de slag en komen misschien weer even terug voor een volgende behandeling. De hulpverlening maakt zijn eigen rol te groot. De wachtlijst wordt langer en vervolgens doen we alleen nog crisiszorg'. Een andere geïnterviewde pleit voor meer pedagogische interventies (vanuit de pijlers regulatie, verbinding en veiligheid) in plaats van vergelding in het strafrecht. 'Kinderen kunnen volwassen daden plegen maar zijn nog niet uitgerijpt. Met te veel vergelding en te weinig pedagogische interventies krijg je volwassenen die maatschappelijk gezien een probleem vormen'.

Ouders en kinderen samen

Op de vraag wat er dan nodig is ten aanzien van behandeling en begeleiding in een Deltaplan Jeugdtrauma, worden de woorden integraal, systemisch en contextueel het meest genoemd. Achter deze woorden zit een scala aan uitleg en argumenten, met als rode draad dat een duurzame aanpak van jeugdtrauma volgens de geïnterviewden niet alleen behandeling van een jeugdige behelst, maar altijd van doen heeft met de interactie tussen ouder en kind, met de ouder/verzorger en de context waarin een kind opgroeit. 'Trauma systemisch oplossen; je kan een kind niet los behandelen. Ook niet bij enkelvoudig trauma'. 'Goede traumabehandeling én dat wat nodig is om het gezin te versterken'. 'Geen kinderen behandelen zonder dat ouders behandeld worden'.

Organisatorisch gezien betekent het volgens veel geïnterviewden dat je enkel trauma geïnformeerd kunt werken als jeugd- en volwassenen domeinen samen nadenken en oplossingen bedenken: kennis verzamelen en delen, moed hebben en durven aanpakken, gedekt worden door managers en overheidsbestuurders, samen nadenken over een veiligheidsplan (ook voor betrokken hulpverleners). 'Als er meer systemisch en beter wordt samengewerkt dan is er minder dader-slachtoffer dynamiek'. Hierbij moet 'voldoende aandacht zijn voor de mensen die het werk uitvoeren (hun regulatie, buffers, reflectie)' en ook voor de houding waarmee professionals in gesprek zijn. 'Diverse ouders ervaren de 'jeugdzorg en jeugd-ggz' als te kindgericht en daardoor al snel veroordelend naar ouders'. Er wordt gepleit voor een 'plan voor het gezin. Dat hoeft niet per se psychische zorg te zijn, maar kan ook huishoudelijke hulp zijn'. Het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM), zoals Jim van Os dat voorstelt, als netwerk, met een breed perspectief op een gezin en de verschillende factoren die daarin een rol spelen, wordt genoemd als goed voorbeeld. Er worden door diverse geïnterviewden hobbels in de samenwerking genoemd tussen jeugd en volwassen domein omdat financiering en indicatiestelling belemmeringen opleveren. Meerdere geïnterviewden pleiten voor een zogenaamd 'gezinsbudget' of 'financiering voor een gezinsgerichte aanpak'. Andere geven aan 'we moeten de geldstromen goed regelen: we weten veel over samenhang van problemen'.

Een goede analyse is de basis

Tot zover de overeenkomsten. Vervolgens lopen de meningen uiteen over de focus van behandeling/begeleiding. Echter, als we **een analyse** (gedeelde verklarende analyse¹) vooraf laten gaan aan de vraag wat er nodig is aan behandeling of begeleiding én ons richten op het **niveau van**

¹ Een Gedeelde Verklarende Analyse geeft inzicht in de samenhang van de problemen, het ontstaan en het voortbestaan ervan en legt verbanden tussen deze factoren. Hiermee kan de richting en insteek voor behandeling worden bepaald.

behandeling of begeleiding² dat daarbij past, worden de antwoorden logischer. Deze lijken namelijk ingegeven door het werkveld of het perspectief van de geïnterviewden waaruit wordt gekeken.

1. De context/het klimaat

Diverse geïnterviewden redeneren vanuit de context. Zij benadrukken het klimaat waarin kinderen opgroeien en de risico- en beschermende factoren daarin.

Het transgenerationele aspect van ingrijpende jeugdervaringen wordt meermaals genoemd: 'transgenerationeel trauma is dweilen met de kraan open'. 'Je hebt een generatie nodig om hier iets mee te doen en de traumaspooren eruit te halen'. 'Alleen met het kind ben je er niet: transgenerationeel trauma is moeilijk te doorbreken' en 'beginnen bij ouders, dan pas bij het kind'. 'Ouders behandelen om mogelijk te maken dat het kind behandeld kan worden'.

Parallel hieraan wordt de volgende aanpak voorgesteld voor een Deltaplan: 'Trauma is een doorgaande voorstelling: er komen steeds kinderen bij: je hebt nieuwkomers (de groep kinderen die recent traumaklachten heeft ontwikkeld), de groep die het al heeft en kind is, de groep die het al heeft en kinderen heeft. Dus maak de instroom kleiner! Daar waar je volwassenen behandelt, verminder je de instroom. Achterstand wegwerken van kinderen tussen de 0-100 jaar. Begin met de (aanstaande) ouders, want daar heb je de grootste groep om de kraan dicht te draaien'. Dit sluit aan bij de filosofie van de Beweging van 0: kies een groot doel en werk geleidelijk die richting op, dat kan decennia duren. Werk aan dat doel door goed te behandelen, maar ook door je te verdiepen in hoe je de kraan steeds verder kunt dichtdraaien en zet daarop in.

Risicofactoren aanpakken

Een belangrijke risicofactor, die volgens meerdere geïnterviewden aandacht vraagt, is **actuele onveiligheid of geweld, al dan niet binnen het gezin**. Er wordt een gefaseerde aanpak voorgesteld, die zowel op kind- als op Deltaplan niveau van toepassing kan zijn:

1. Vergroten veiligheid en stoppen van geweld ('instroom stopt ten dele')

Als het gaat om onveiligheid binnen gezinnen worden de TOP 3 methodiek, Signs of Safety en de MDA++ methodiek genoemd. Programma's als Toekomstscenario en Geweld Hoort Nergens Thuis zijn op dit terrein bezig. Onveiligheid buiten gezinnen, in de vorm van criminele uitbuiting, mensenhandel, doorgaande vormen van seksueel geweld vraagt volgens geïnterviewden eveneens een speciale aanpak, zoals deze bijvoorbeeld geboden wordt door FIER of wordt uitgedragen door het Kenniscentrum Transgenerationeel Georganiseerd Geweld. Mensen die hiermee bezig zijn pleiten voor het behoud of zelfs de oprichting van kennis- en expertisecentra en gespecialiseerde, veilige meldpunten zodat dit soort specialistische high intensive care/ high safety kennis en zorg gemakkelijk voor iedereen beschikbaar is. Dit soort centra kan een landelijke of bovenregionale functie hebben, zo wordt aangegeven.

2. Vermindering van risicofactoren: door behandeling van getraumatiseerde ouders en behandeling van plegers. Een idee dat hierbij is geopperd om 'alle ouders van kinderen met een jeugdbeschermingsmaatregel standaard 4 sessies EMDR aan te bieden, zodat er lucht

² Kok (1992) spreekt over 3 niveaus van behandeling: 1. in het pedagogisch klimaat, 2. in trainingen/groep 3. in individuele therapie

komt in hun eigen trauma geschiedenis'. Ook wordt het vergroten van regulatievaardigheden van ouders genoemd. Wanneer ouders die veel hebben meegemaakt meer regie gaan ervaren over eigen emoties en gedrag, kunnen ze zich steeds bewuster worden van patronen in de opvoedingsrelatie met hun kinderen en anders gaan handelen. Ouders die zichzelf kunnen reguleren en bewuster worden van de signalen van het kind, kunnen ook hun kind co-regulatie gaan bieden, en dat vormt weer de basis voor de regulatie mogelijkheden van het kind in het latere leven (intergenerationele insteek). De pilot Samen Reguleren is hiervan een mooi voorbeeld. Verminderen van risicofactoren vraagt ook dat we steeds blijven zoeken naar welke risicofactoren er wellicht nog meer zijn en hoe we die het best kunnen verminderen.

3. **Versterken van het netwerk:** Tot slot wordt door diverse geïnterviewden gepleit voor het activeren van het zelfherstellend vermogen (ook voor jeugdigen die actueel veilig zijn): 'We vergeten het eigen herstellende vermogen en sociale steun: die bepalen de impact, want trauma vanuit het steunsysteem geeft veel impact. 'Versterken van het netwerk zal altijd gepaard moeten gaan met aandacht voor eventuele eigen/oude trauma's binnen het netwerk'.

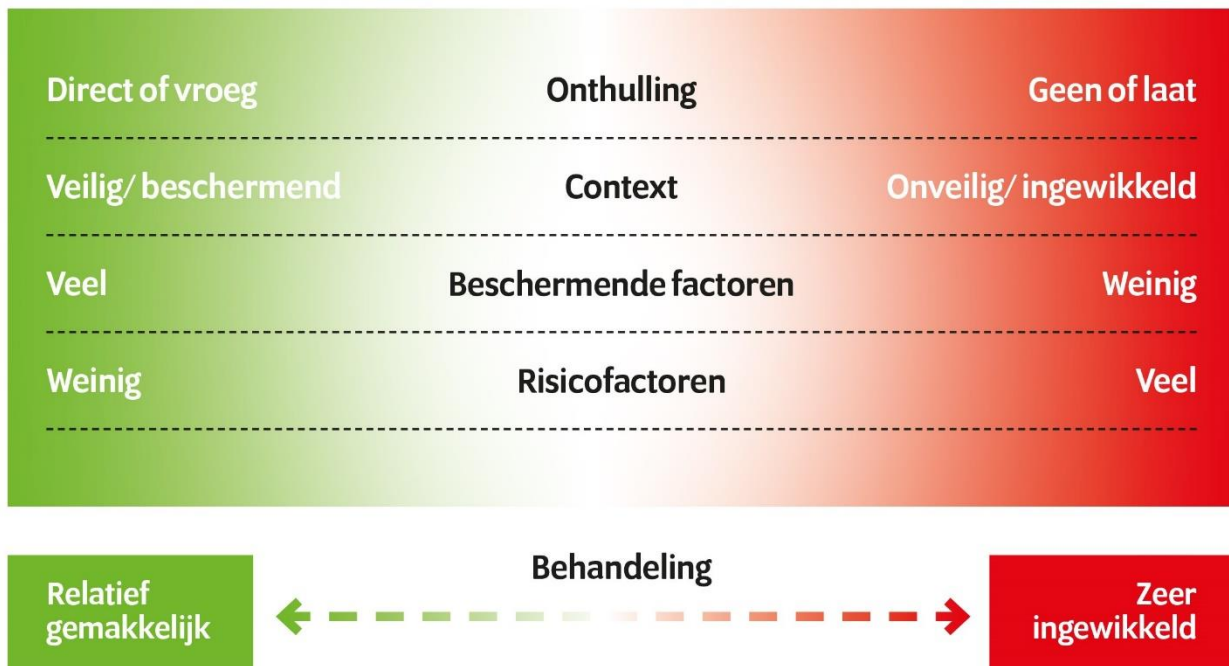
Helpende factoren versterken

Aansluitend op de laatstgenoemde factor, verwijzen ervaringsdeskundige jongeren naar het rapport 'Geluk onder druk' uit 2020. Want, zo zeggen ze, vraag je het jongeren, dan hebben ze dit nodig om lekker in hun vel te zitten:

- Een sociale omgeving waar je steun aan hebt: vrienden, familie en school;
- Jezelf kunnen helpen: in jezelf geloven, jezelf kunnen zijn, weten waar je in je leven heen wilt en hoe je kunt omgaan met emoties, tegenslagen en andere mensen;
- Fijne dingen doen, zoals naar buiten gaan en sporten;
- Genoeg vrije tijd hebben en dus ook mogen niksen.

Veel geïnterviewde therapeuten zien ook kansen in een goede 'naschoolse behandeling: een goed aanvullend, veilig klimaat, waar je sociale vaardigheden kan leren'. Ook wordt de kracht van een buurthuis genoemd met leuke activiteiten en welzijnswerk, dat open is op zaterdag en zondag. 'dit alles is nu niet goed geïntegreerd rond trauma, maar welzijnsorganisaties met jongerencoaches zijn enorm betekenisvol'. Daarnaast worden weekend- en steungezinnen (o.a. buurtgezinnen) genoemd, waarover al diverse projecten zijn geweest. 'Er is nu armoede in activiteiten buiten school'. 'Het is belangrijk om te werken aan gedeeld plezier, samenwerken aan een doel, contacten in het echt, buiten internet'. Andere zaken die zijn genoemd zijn 'wandelen, op voetballen kunnen, muziekles, samenzijn, vrienden maken, ergens bij horen: veerkrachtig functioneren versterken en talenten ontwikkelen'. Tot slot wordt een pleidooi gehouden om een en ander niet alleen op te lossen in de sociale lijn maar ook in de kinderopvang, de peuterspeelzaal en het onderwijs: 'Kinderdagverblijven en scholen kunnen daar een grote rol in spelen'. Trauma Informed Care (TIC) zoals dat bij Koraal organisatie-breed wordt ingezet en de insteek van het Consortium Trauma Sensitief Onderwijs gaan ook over behandeling op context/klimaat niveau.

Samengevat: factoren van belang voor het succesvol behandelen van ingrijpende jeugdervaringen



2. Methodieken/groepsniveau

Een beperkt aantal geïnterviewden benoemt methodieken en trainingen als belangrijk in de begeleiding of behandeling van ingrijpende jeugdervaringen. In de databank effectieve jeugdinterventies van het NJI heeft ongeveer iets minder dan de helft van de beschreven interventies een tweedegraads karakter. Het vergroten van regulatievaardigheden bij ouders, zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is een voorbeeld van een veelbelovende 2e graadsinterventie. Zo werken bijvoorbeeld interventies gebaseerd op psycho-educatie. Ook positieve ondersteuning door leeftijdsgenoten (ook telefonisch of via de app) of ervaringsdeskundigen werkt. Programma's gebaseerd op counseling en helpen met voorbeeldgedrag (co-regulatie) en enkele preventieve programma's in combinatie met psycho-educatie, bijvoorbeeld voor PTSS en een bipolaire stoornis, blijken te werken ⁽⁴⁹⁾.

Een aantal geïnterviewden uit zich sceptisch over de inzet van 2e graadsinterventies bij getraumatiseerde jeugdigen zelf. Zij benoemen dat nog te vaak wordt gestart met te lichte/niet passende interventies of interventies waarvoor (nog) onvoldoende bewijskracht bestaat 'een Rots en Water training helpt echt niet bij huiselijk geweld'. Zij geven aan dat de inzet van niet passende hulp leidt tot schade bij jeugdigen en pleiten daarom voor een nieuw 0 doel: '0 jongeren die hulpverleningsmoe zijn', of '0 kinderen en gezinnen die geen passende hulp of ondersteuning krijgen'.

Tot slot worden er voorbeelden aangehaald die gaan over 'het belang van zingeving: ergens verbinding voelen en ervaren' en die pleiten voor 'rituelen ontwikkelen, verzachtende rituelen, die

erkenning brengen, bijvoorbeeld in de vorm van waarheids- en verzoeningscommissies'. Deze interventies worden genoemd in het kader van ingrijpende ervaringen bij grote groepen, zoals de gedupeerden van de Toeslagen Affaire Kinderopvang of Geweldsmisdrijven in de Jeugdzorg.

3. Individuele behandeling

Over de nut en noodzaak van individuele behandeling of 'traumabehandeling' is veel gesproken in de interviews. Ook hierbij lijkt het perspectief van de geïnterviewden een rol te spelen, een perspectief dat varieert van werken in/kennis van het voorliggende veld tot en met gespecialiseerde 3e lijns-zorg. Een aantal geïnterviewden pleit ervoor 'uit te zoeken wat voor wie werkt' en 'systematisch en collectief te reflecteren wat we inzetten (wat was het effect?), dat moet normaal worden!' Een 'Verklarende analyse & indicatiestelling in een lerende cyclus t.a.v. behandeling en dit eens in een aantal regio's uitproberen' wordt geopperd als een deelproject in een Deltaplan Jeugdtrauma.

Verschillende geïnterviewden breken een lans voor het bieden van de best beschikbare zorg. En geven aan 'laten we beginnen met de best beschikbare interventies en pas daarna andere dingen doen'. Een van de taken die zij vanuit een Deltaplan Jeugdtrauma zouden willen zien, is makkelijker vindbaar maken van de juiste interventies, want 'behandeling is een doolhof'. Hierbij zou een ordening van interventies ten aanzien van acuut (bijvoorbeeld Centrum Seksueel Geweld) en niet-acuut en ten aanzien van bewijskracht van interventies behulpzaam zijn. Daarbij wordt gepleit voor meer onderzoek naar nog niet bewezen interventies. Zo worden er kansen gezien in NMT (Neurosequentieel model van Bruce Perry) en andere vormen van behandeling die in het buitenland worden toegepast. 'Maak een goede casusconceptualisatie/verklarende analyse: wat is onderliggend. Niet alles is met EMDR op te lossen'.

Traumaverwerking breed insteken

Inhoudelijk gezien wordt aangegeven dat als we te zeer focussen op alleen traumaverwerking in de zin van afname van PTSS-klachten, we er niet zijn. 'Traumabehandeling moet wel ingebed zijn: we zijn er niet als alleen PTSS klachten afnemen, je moet samenwerken met het netwerk.

Traumabehandeling is geen trucje of los iets'. Er moet ook aandacht zijn voor (gevolgen t.a.v.) regulatie, verbinding etc. 'Individuele behandeling bestaat niet voor jonge kinderen. Het is altijd in relatie met de ouder. Ook als je EMDR doet, kijk je daarna of de relatie herstelt'. Goede, veelbelovende voorbeelden die zijn genoemd, betreffen IGT-K, KINGS, Slapende honden; naast uiteraard EMDR, TF-CBT, Exposure en andere interventies die in de richtlijn worden beschreven. Stand van zaken is dat behandeling op incidentele ingrijpende gebeurtenissen snel en goed werkt. Maar dat 'wanneer er sprake is van ontwikkelingstrauma met een diepere laag en/of dissociatie, er nog een wereld te winnen is'.

Als behandeling met best beschikbare interventies niet werkt, pleiten meerdere geïnterviewden voor het inrichten van een consultatiefunctie: een plek waar professionals laagdrempelig en snel terecht kunnen als ze vastlopen. Het inzetten van niet-bewezen interventies wordt pas gezien als stap op het moment dat de best beschikbare interventies niet werken. 'Wat is buiten de richtlijnen om de volgende stap?' Er wordt geopperd dat het belangrijk is om het effect te onderzoeken van niet bewezen interventies die wél vergoed worden (bijv. Rots water training) en vervolgens ook onderzoek te doen naar interventies als muziektherapie die nog niet evidence based zijn 'parallel aan de clinical trials zoals bij K-EET'. 'Beredeneerd afwijken van de richtlijn, dus enkel wanneer de

interventies uit de richtlijn niet helpen én blijven onderzoeken en ontwikkelen, want we zijn er nog niet ‘.

Het effect van therapie

Naast allerlei inhoudelijke ideeën over behandeling, geven diverse geïnterviewden die werken als therapeut/behandelaar of spreken namens een beroepsvereniging aan, dat we bescheiden mogen zijn over het effect van therapie ‘even fixen en maakbaarheidsgedachte zijn een illusie; we moeten realistisch zijn over wat wel en niet kan’ en breder moeten kijken naar de context waarin een jeugdige opgroeit. ‘Er zitten 24 uur in een dag’. ‘Behandeling vindt het meeste plaats buiten de therapiekamer’. ‘Behandeling is niet de enige manier om eruit te komen. vervang de term onbehandeld daarom door de term onverwerkt.’ Zij benadrukken de kracht van sociale steun en positieve jeugdervaringen als essentieel voor de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen. ‘wat kan iemand/de omgeving zelf?! dingen hoeven niet per se traumatiserend te zijn als er een goede holding is, een open gesprek’. En we moeten ons realiseren dat als iemand in een langdurig traumatiserende omgeving heeft geleefd, dat ook goede zorg en ondersteuning vaak vele jaren vragen voor er herstel is, als dat al helemaal bereikt wordt.

Wat te doen bij (doorgaande) onveiligheid?

Als het gaat om (doorgaande) onveiligheid, dan wordt aangegeven dat bij veel behandelaren nog een achterhaald idee leeft dat traumabehandeling dan niet mogelijk zou zijn. ‘Start ook als het nog onveilig is of als je bang bent dat je ontregelt’ ‘laten we stoppen met de mythe dat deksel op de put moet blijven’. De TOP 3 methodiek en Signs of Safety worden meerdere malen genoemd als middel om met onveiligheid om te gaan, waarbij ook een link is met de programma’s Toekomstscenario en Geweld Hoort Nergens Thuis. Daarbij wordt aangegeven dat er in de gesloten jeugdzorg veel te weinig wordt gedaan aan psychotherapie en dat ‘de meeste kinderen in de jeugdzorg geen zin meer hebben in therapie door stapeling van niet-helpende interventies of interventies die niet over de kern van de problemen gaan’. ‘Behandelaren durven of doen niet voldoende’. Tot slot wordt het belang benadrukt van aandacht voor safe houses, veilige opvanggezinnen en dergelijke.

Aandacht voor lichaam, zingeving en zelf herstellend vermogen

Overall geven diverse geïnterviewden aan dat er meer aandacht voor het lichaam, zingeving en zelf herstellend vermogen zou mogen zijn. ‘Meer bekijken wat er in het lijf gebeurt en daar sensitiever op worden’. ‘Holistisch en lichaamsgericht behandelen, PMT, haptonomie’. ‘Niet alles cognitief aanpakken’. Tot slot mag er in de behandeling meer aandacht zijn voor het ondersteunen van veerkrachtig functioneren.

Factoren van belang voor een behandeling die helpt

Helpende factoren	Risicofactoren
Gedeelde Verklarende Analyse: inzicht in de samenhang van problemen, het ontstaan en voortbestaan ervan en verbanden hiertussen	Focus op gedrag, gedragsproblemen, regulatieproblemen en ontwikkeling
Systemisch: gericht op het hele gezin	Gericht op het kind
Risicofactoren aanpakken: • Veiligheid vergroten en geweld stoppen • Risicofactoren verminder met behulp van behandeling (traumabehandeling, regulatievaardigheden) • Netwerk versterken	Onvoldoende zicht op de risicofactoren en deze daardoor niet aanpakken
Beschermende factoren versterken • Een veilige en steunende sociale omgeving (school, familie, vrienden) • Eigenwaarde: jezelf kunnen zijn, in jezelf geloven, jezelf kunnen helpen,, omgaan met emoties en tegenslagen • Fijne dingen doen • Genoeg vrije tijd (ook om te niksen)	Onvoldoende oog voor de beschermende factoren en deze daardoor niet versterken
Passend, direct zwaar genoeg	Stepped care: iets anders en intensievers inzetten als een therapie of behandeling niet werkt.
En-én-én: direct starten met traumaverwerking en ondertussen terwijl je werkt aan verminderen risicofactoren en versterken beschermende factoren, niet wachten	Of-of. Eerst de omgeving of bepaald gedrag willen stabiliseren (denk aan eetproblemen of verslaving), dan pas aan de slag met traumaverwerking.
Samenwerking tussen hulpverleners en samenwerking met de omgeving (school, familie, vrienden, verenigingen)	Overschatting van het effect van therapie: is niet ingebed in het gewone leven en houdt onvoldoende rekening met risico- en beschermende factoren. Met 1 uur in de week maak je het verschil niet; met een 24-uurs aanpak wel.

Niet typische doelgroepen

Geïnterviewden die spreken namens zogenaamde ‘niet-typische doelgroepen’ pleiten voor het optimaliseren van bestaande interventies voor hun achterban, waaronder jeugdigen met een auditieve of visuele beperking, een taalontwikkelingsstoornis, een (licht) verstandelijke beperking, hoogbegaafdheid, jeugdigen die gevlucht zijn, een migratieachtergrond hebben, die een gebrek aan aansluiting ervaren, bijvoorbeeld vanwege genderdiversiteit of een andere cultuur of kinderen van ouders die zelf ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt of verslaafd zijn. Ook zij geven aan dat behandeling alleen gericht op verwerking onvoldoende is. Tot slot worden kansen gezien in samenwerken met de plegers in behandeling van kinderen en wordt aandacht gevraagd voor vrouwen die zwanger zijn na seksueel geweld.

Tot slot

Succesvolle verwerking wordt gezien in situaties waarin traumatisering snel en adequaat gesignaleerd wordt (in een sterke ‘voorkant’: lokale teams met experts dicht bij jeugdigen), er een goede analyse is van wat er aan de hand is en wat de daarbij passende insteek is. In geval dát de best beschikbare interventies niet werken, wordt een sterke ‘achterkant’ geadviseerd: een toegankelijk specialisme in de vorm van laagdrempelig beschikbare consultatie, zorg voor niet-typische doelgroepen of functies die landelijk belegd dienen te zijn. De uitdaging waar we, onder meer, voor staan is dat de kennis bij professionals over trauma en de gevolgen daarvan nog regelmatig onvoldoende is. Daarnaast is het van belang dat professionals de komende jaren goed geschoold raken in een Gedeelde Verklarende Analyse omdat dit kan gaan helpen bij het kiezen van de best werkende interventies. Nader onderzoek naar interventies die nog niet evidence based zijn, alsmede helderheid over wat werkt voor wie, is eveneens cruciaal. Tot slot, en hiermee maken we de verbinding met de volgende paragraaf over traumasensitief werken, is het ‘belangrijk om de relatie hulpverlener-client terug in de spotlight te zetten (want niet alles ligt aan de methodiek)!’

5. Traumasensitief werken

Diverse geïnterviewden benoemen bepaalde houdings- en gedragsaspecten en een manier van kijken die volgens hen cruciaal is als het gaat om (werken met) mensen met ingrijpende (jeugd)ervaringen. Deze elementen zijn van belang voor de zorg, onderwijs, opleiding van professionals, de rechtspraak, de maatschappij en het sociaal domein.

Traumasensitief werken gaat niet alleen om kijken met een ‘traumabril’. Het gaat om mensgericht, gelijkwaardig en transparant samenwerken met hulpvragers. En het gaat om wat professionals nodig hebben om op deze wijze te kunnen werken met mensen die ingewikkelde dingen hebben meegemaakt. Mensen die vanuit hun geschiedenis bepaalde patronen hebben ontwikkeld om te kunnen overleven. Patronen die soms lastig zijn voor professionals en die hún stress systeem kunnen activeren. Naast gedegen kennis over ingrijpende ervaringen en de gevolgen daarvan, is een veilig werkklimaat waarin de professional wordt gezien en ondersteund, én kan reflecteren op zijn eigen handelen, van groot belang.

Traumasensitief werken gaat aldus over een manier van werken waaruit blijkt dat de mens wordt ‘gezien in zijn context’, ‘er sensitiviteit is ten aanzien van wat iemand heeft meegemaakt’ en ‘er begrip is voor hoe iemand zich heeft ontwikkeld of zich gedraagt’. ‘Dit moet je begrijpen!’. ‘We moeten mensen leren iedereen te snappen’. ‘Traumasensitief werken is het allerbelangrijkste: dat alle professionals oog hebben voor wat mensen hebben meegemaakt, en vragen waarom iemand nú met een stap naar de hulpverlening komt en hoe dit zo is gekomen.’

Trauma informed care

Als het gaat om trauma-sensitief werken, dan wordt vaak de term Trauma Informed Care (TIC) genoemd. TIC is in Nederland nog een relatief nieuw denkkader, maar ook in Nederland krijgt het binnen jeugdhulp, zorg en onderwijs steeds meer voet aan de grond. Er is groeiend bewijs voor een positieve bijdrage aan de psychische en fysieke gezondheid, ondersteuning van veerkrachtig functioneren, het welbevinden en een vermindering van de kans op nieuwe ingrijpende ervaringen — niet alleen bij kinderen, jongeren en hun ouders, maar ook bij medewerkers. Koraal, gespecialiseerd in Speciaal Onderwijs, Jeugd & Gehandicaptenzorg, heeft besloten om in de gehele organisatie te gaan werken middels Trauma Informed Care (TIC), van receptie tot directie. Een werkwijze met meer oog voor verbinding, veiligheid en regulatie én met meer aandacht voor de impact van ingrijpende jeugdervaringen en de effecten daarvan op de hersenen, emoties, denkpatronen en het uiteindelijke gedrag. TIC houdt bovendien rekening met de impact op de medewerkers die ermee aan de slag gaan. Het helpt om elkaar nog beter te begrijpen, samen tot optimale ondersteuning voor elkaar én tot de beste resultaten kunnen komen. Deze insteek van Koraal ^(22, 53) wordt door meerdere geïnterviewden genoemd als goed voorbeeld.

Een andere grondhouding

Geïnterviewden benadrukken dat een traumasensitieve houding van belang is om ‘een gezin in zijn context te zien. Er is nog veel verzwegen misbruik bij ouders dat kinderen dragen. Ouders zijn beschaamd of beschermend; geheimen zingen door een gezin.’ Zij geven aan dat ‘elkaar zien en horen en gewaardeerd worden de kern is; want pas dan durf je te vertellen’. En ‘jongeren geven al 20 jaar hetzelfde aan: intermenselijke factoren maken het verschil’. Anderen gebruiken de woorden

‘werken aan holding space (ruimte geven om te groeien), sterke netwerken, sociale verbanden’ en ‘werken aan ontvankelijkheid, we moeten het er meer over hebben’ en ‘acceptatie van falen en lijden is nodig, pas dan kan het erover gaan’ als het gaat om werken met mensen met ingrijpende jeugdervaringen. Gelukkig, zo wordt aangegeven, zijn we bezig een omslag te maken door steeds meer stil te staan bij ‘wat is er met je gebeurd?’ in plaats van te vragen ‘wat is er mis met je?’.

In de grondhouding, zo geven zij aan, is het van belang om de hele mens te zien in zijn sociale context en deze ‘niet bestrijden en onderduwen’. Als sleutel in de verwerking wordt een ‘langdurig contact’ genoemd, aangegaan ‘met iemand met wie je een corrigerende ervaring hebt’. Een goed voorbeeld, aldus een van de geïnterviewden, vormt de beschermjassenmethodiek: ‘stutten en steunen vanuit het eigen netwerk en geweldloos verzet als grondhouding. Daarnaast, en daar zijn wijkteams voor bedoeld: ‘inzetten op netwerken, sociale relaties en positieve jeugdervaringen.’

Integraal en breed kijken

Om traumasensitief te kunnen werken, is het van belang om de integraliteit van problemen te kunnen zien. Geïnterviewden waarschuwen dat we moeten oppassen dat ‘het te veel een kindfocus is; het gaat over MENSEN en patronen in samenhang met hun levensgeschiedenis’. Daarnaast wordt aangegeven dat ‘complexe zorg vraagt om complex nadenken: dus multifactorieel kunnen leren nadenken’. Diverse geïnterviewden geven aan dat er in opleidingen van professionals meer aandacht mag zijn voor leren contact maken, de mens zien tussen de protocollen, moeilijke gesprekken voeren en naast iemand staan in plaats van dingen overnemen. De vaardigheden leren om ‘genuanceerd uit te vragen en uit te reiken en niet te stigmatiseren’. De uitgangspunten van trauma informed care zijn ook mee te nemen in traumasensitief communiceren ⁽⁵⁰⁾. Een meer traumasensitieve blik en werkwijze is ook van belang bij gemeenten, Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de rechtspraak, zo geven verschillende geïnterviewden aan. ‘Ik maak een film, zij maken een foto. Als dit soort partijen meer aandacht zouden hebben voor traumagerelateerde patronen in de totale context, dan zouden er minder ‘bestraffende’ maatregelen of victim blaming zijn ten aanzien van bijvoorbeeld slachtoffers van huiselijk geweld.’ Een uitspraak over traumasensitief werken is ook: ‘eigenlijk is traumasensitief werken een pleidooi voor in het algemeen beter luisteren, deskundig nieuwsgierig zijn naar achtergronden, snelle oordelen grondig toetsen bij betrokkenen en eventueel bij collega-deskundigen’.

Werken vanuit een gelijkwaardige relatie

Essentieel voor een traumasensitieve benadering is dat ‘je in essentie op een andere manier de relatie aangaat’. Een relatie vanuit compassie in plaats vanuit oordeel. Geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is om ‘medewerkers te trainen in anders denken: in gesprek en in relatie zijn, vanuit verbinding in plaats van dwang’. De volgende zaken zijn hierbij belangrijk genoemd:

- Echt luisteren, echt begrijpen, niet veroordelen;
- Nederig en bescheiden zijn;
- Elkaar zien en serieus nemen;
- Holding die zit in kleine dingen die je doet of laat;
- Vanuit de grondhouding ‘wat heb je meegemaakt’;
- Meer zeggenschap bij degene om wie het gaat;
- Mensen helpen zichzelf beter te reguleren ;
- Jeugd bekommerning in plaats van jeugdbescherming;

- Gezamenlijke besluitvorming: wie wil je dat voor jou zorgt? (i.p.v. wij zorgen voor jou) ;
- Zorgen i.p.v. geprotocolleerde zorg; wrap around care; het 'menselijke' terug in de behandeling;
- Even fixen en een maakbaarheidsgedachte zijn een illusie;
- Realistisch en transparant zijn over wat wel en niet kan;
- Werken vanuit de uitgangspunten van Ryan en Deci ⁽⁵¹⁾: Autonomie, Competentie, Verbinding;
- Ouders, pleegouders, professionals zo 'supporten' dat ook zij zich aan onvoorwaardelijke zorg kunnen committeren;
- Durven erbij te blijven. ook als dingen in het verborgene blijven, onthullingen worden ingetrokken of mensen niet op afspraken komen;
- Doorbreken van de eenzaamheid door 'gewoon' naar dingen te vragen: 'had het me maar gevraagd' en 'was het maar gezien'.

Aandacht voor professionals

Traumasensitief werken gaat niet alleen over wat hulpvragers nodig hebben, maar ook over wat er bij professionals gebeurt. 'We moeten ons bewust zijn dat trauma altijd in de kamer komt en herhaalt: dus er is veel dynamiek/ ingewikkeldheden'. Zorg voor zorgverleners gaat over het voorkomen van secundaire traumatisering (het ontwikkelen van klachten bij de zorgverlener ten gevolge van langdurige blootstelling aan de stress en de verhalen in het werken met getraumatiseerde mensen), compassiemoeheid (uitputting bij zorgverleners) en 'vicarious trauma' (negatiever wereldbeeld bij zorgverleners door de verhalen van zorgvragers). Chronische en aanhoudende stress ten gevolge van werken met mensen met ingrijpende ervaringen, schrijnende leefomstandigheden, psychische en gedragsmatige ontregelingen beïnvloeden medewerkers, teams en de organisatie als geheel. Dit kan leiden tot meer basale en minder flexibele reacties, die agressief, beheersmatig of bestraffend van aard kunnen zijn. Hierdoor wordt het moeilijker om complexe interacties en vraagstukken het hoofd te bieden. 'we moeten het personeel trainen: als je schuld bij cliënt neerlegt, dan volgen er eerder dwangmaatregelen'.

Maar het gaat ook om aandacht voor het eigen levensverhaal van professionals, voor de eigen ACEs en PACEs. Mariëtte Hamer, regeringscommissaris seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld, adresseert dat er in de zorg en op zorg gerichte opleidingen veel medewerkers zijn met jeugdtrauma. Aandacht voor eigen trauma's, zowel tijdens de opleiding als daarna, in reflectie, intervisie of supervisie is dan ook van groot belang. 'Er zijn veel jonge mensen die vol idealen beginnen, vaak vanuit eigen pijn en de hoop iets beters te kunnen bieden voor andere mensen. Leidt ze goed op en zorg goed voor ze'. Omdat zicht op eigen ingrijpende jeugdervaringen, maar ook bronnen van steun en kracht, een bredere basis geeft voor doorontwikkeling van jezelf als instrument waarbij je ook die bredere blik naar anderen hebt. 'kennis, kunde en professionele identiteit: waar val je mee samen?' Een andere geïnterviewde geeft aan 'zorg dat je ervaren krachten houdt en jonge mensen goed opleidt' en 'neem goedkopere, jonge krachten onder vleugel van een multidisciplinair overleg en leidt ze intern verder op. Zet ze niet te jong op posities waar ze overvraagd worden'. Een idee dat hierbij wordt aangedragen is 'coschappen voor psychologen/hulpverleners, net als bij medici'.

Wat dit betekent in de huidige arbeidsmarkt

Het huidige arbeidsmarktprobleem is door verschillende geïnterviewden genoemd. 'Het arbeidsmarktprobleem vraagt om andere inzet van professionals en zorg vraagt om stabiele plekken: goed zorgen voor je mensen die zorg moeten leveren op alle niveaus. Trainen in visie, ruimte voor reflectie, genoeg personeel, duurzame financiering, vastgoed dat aansluit bij wat nodig is.' Diverse geïnterviewden geven aan dat traumasensitief werken niet alleen gaat om het contact tussen professionals en zorgvragers, maar dat dit ook geldt voor de wijze waarop professionals met elkaar omgaan en hoe er met hen wordt omgegaan. 'het zijn allemaal parallelprocessen: Als je wilt dat professionals anders handelen, moet je dezelfde principes toepassen'. 'Iedereen zit in een overlevingsstand (top van organisaties/maatschappelijk); Bestuurders moeten meer traumasensitief handelen en een reflectieve praktijk inrichten'. Hierbij mag ook 'domein overstijgende samenwerking/ transdisciplinaire samenwerking expliciet benoemd worden. Ieder wordt in zijn beroepsgroep opgeleid, maar de rechtbank moet de taal van de hulpverlener kunnen spreken etc. Je werkt aan een gezamenlijk doel en niet elk domein vanuit zijn eigen koker.' En 'als je het goed wil doen, heb je ook je externe netwerken nodig'.

Het is dan ook niet voor niets dat Trauma Informed Care, zoals Koraal dat heeft doorgevoerd, een manier van werken betreft waarbij het 'hele systeem verandert' en dat dit betekent 'bij het bestuur beginnen', 'kijk naar mogelijkheden en resilience' en 'betalen voor kwaliteit, stoppen met wantrouwen en regelzucht'.

Tot slot waarschuwen diverse geïnterviewden: 'Dat wat nu traumasensitief werken wordt genoemd, is ook gewoon menselijk gedrag! Dus laten uitkijken dat het niet het wondermiddel van de zorg wordt. Anders gaan we alles medicaliseren en hebben we overal professionals voor nodig en dat is gewoon niet waar.' Een meer 'stress sensitieve houding zodat het woord trauma niet alles omvattend hoeft te zijn, blijft een belangrijk aandachtspunt in ons land, getuige de lessen die geleerd worden in de begeleiding van gedupeerde ouders van de Toeslagenaffaire'. 'Op deze manier naar - signaal gedrag kijken, helpt om aan te sluiten bij onderliggende behoeften en te werken aan herstel. Het kan gaan om gedrag van kinderen en ouders, maar ook van onszelf en collega's.'. Eerder betere zorg bieden (aan zorgvragers en professionals) gaat ongetwijfeld helpen bij meer werkplezier en minder werkdruk en dat is heel belangrijk in tijden van tekorten, verhoogde druk en arbeidsmarktproblemen.

6. Onderwijs

Het laatste onderwerp dat veel is genoemd in de interviews is onderwijs. Onderwijs in de zin van een plek waar jeugdigen kunnen leren, ervaringen opdoen en waar veiligheid de basis is voor ontwikkeling. En er is gerefereerd aan onderwijs in de vorm van (bij)scholing van professionals.

Onderwijs is een plek waar jeugdigen kunnen leren en ontwikkelen, waar ze vele uren per dag doorbrengen en veelvuldig in contact zijn met andere mensen. Waar mensen kunnen zorgen voor positieve ervaringen en sociale steun, mensen die signalen kunnen oppikken en die verschil kunnen maken. Maar ook als plek waar ingrijpende ervaringen zoals pesten of uitsluiting kunnen voorkomen of waar toxische stress kan ontstaan als jeugdigen worden overvraagd of vastlopen.

Onderwijs gaat daarnaast over (bij)scholing en coaching van professionals. Over het leren kijken met een 'traumabril', herkennen van signalen en leren ontrafelen en analyseren wat er aan de hand is. Onderwijs gaat over leren toepassen van methoden en technieken en beredeneerd afwijken daarvan als er onvoldoende resultaten worden geboekt. Tot slot gaat onderwijs over traumasensitief leren werken, of ook over überhaupt beter leren aansluiten, luisteren en samen interpreteren, de grondhouding die cruciaal is in het werken met mensen die ingrijpende jeugdervaringen hebben meegemaakt.

Veiligheid als basis voor ontwikkeling

De rol van onderwijs in het leven van jeugdigen wordt door diverse geïnterviewden benadrukt. Zij noemen school een plek waar betekenisvolle dingen kunnen gebeuren als het gaat om de aanpak van jeugdtrauma. Zowel in positieve als negatieve zin. Scholen kunnen als 'minimaatschappij de basis leggen voor een vriendelijke samenleving waarin kinderen, ouders en professionals elkaar steunen met geduld en compassie wanneer dat nodig is'. Ook kan 'onderwijs als plek dienen om te leren in de brede zin van het woord: dus ook omgaan met elkaar, praten over ingewikkelde dingen'. Diverse geïnterviewden pleiten ervoor om op school 'van een klimaat van prestaties naar een klimaat van aandacht te ontwikkelen: een plek waarin je vanuit regulatie, verbinding en veiligheid tot leren komt'. Zo wordt aangegeven dat het belangrijk is dat 'iedereen op school door een traumabril naar kinderen en ouders leert kijken en leert om trauma op een compassievolle manier te signaleren. Niet alleen leerkrachten, ook de directeur en de conciërge.'

Er worden verschillende manieren genoemd waarop scholen een rol kunnen spelen in de maatschappelijke bewustwording, preventie, signalering en begeleiding van ingrijpende jeugdervaringen en in traumasensitief omgaan met elkaar. Want 'goed onderwijs is een beschermende factor in het voorkomen van ingrijpende jeugdervaringen'. Het draagvlak van het consortium Traumasensitief Onderwijs wordt steeds breder, evenals de uitgangspunten van het boek 'Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen' ⁽⁵²⁾. Omdat deze uitgangspunten niet alleen van belang zijn voor kinderen die (al) ingrijpende jeugdervaringen hebben meegemaakt, maar ook bijdragen aan het vormen van een buffer tegen de negatieve gevolgen ervan, wordt gepleit voor een 'brede verankering in onderwijs'. 'Start op school leerprojecten in brede zin, niet alleen over trauma'. 'Focus op regulatie als mechanisme, dus dat betekent begeleiden in plaats van bestraffen' en 'vergroot het bewustzijn van kinderen op school; er zijn te veel kinderen met negatieve zelfbeelden'. Ook wordt gepleit voor 'het vak psychologie op school, of zoals in Denemarken, het vak empathie dat aan alle kinderen tussen 6 en 16 wordt gegeven'. 'Door projecten over alle levensfasen aan te bieden' of een

project als 'mentale gymnastiek, kan worden aangesloten bij bewegingen die al gaande zijn in het onderwijsdomein, zoals de groeiende aandacht voor onderwerpen als sociaal emotionele vaardigheden, burgerschap en omgaan met stress en prestatiedruk'.

Dit betekent dat school 'een veilig pedagogisch klimaat moet hebben' omdat veiligheid de basis is om tot ontwikkeling te komen'. Diverse geïnterviewden constateren een verarming van het pedagogisch klimaat op school door de nadruk op toetsen en prestaties, de corona crisis en de krapte op de arbeidsmarkt. 'Door het continuurooster is er zoveel verloren in het contact'. Zij pleiten voor een 'insteek vanuit hechting' en het 'aanleren van regulatievaardigheden op school'. Zo kunnen we 'kinderen op de rit zetten voor onderwijs'. Want 'kinderen leren mentaliseren op school, heeft als effect een beter leerklimaat en minder pesten'. Tot slot wordt benadrukt dat 'gedrag op school vaak een spiegel is van gedrag dat elders (aan) geleerd is'. Zorg en onderwijs laten samenkomen vanuit een gezinsgerichte/systemische benadering is dan ook van belang.

De huidige arbeidsmarkt vormt ook een probleem voor het onderwijs. 'Er zijn te weinig orthopedagogen die het onderwijs kunnen ondersteunen bij vroegsignalering en traumasensitief werken. Leerkrachten zijn moeilijk te vinden. Steeds meer basisscholen gaan dicht bij ziekte omdat er geen vervanging is. Daarmee wankelt het onderwijssysteem als dit de veilige plek zou moeten zijn voor kinderen in stressvolle situaties, maar er onregelmatigheid gaat bestaan. Dat is niet veilig.' Nog los van de hoge werkdruk die in het onderwijs geldt, komt 'dus ook bij leraren het stresssysteem onder druk, waardoor het mentaliseren en de interactie met de jeugdige onvoldoende veilig is.' Kijkend naar onderwijs als veilige plek voor jeugdigen, dan zouden toekomstige leerkrachten en pedagogisch medewerkers beter mogen leren om gesprekken te voeren over erge dingen meemaken en de vaardigheden leren om genuanceerd ingewikkelde dingen uit te vragen.

Leren kijken vanuit een traumabril

Hoewel door diverse geïnterviewden wordt aangegeven dat de belangstelling en aandacht voor 'trauma en traumasensitief werken' groeiend is, is er 'nog steeds te weinig aandacht voor ingrijpende ervaringen en bijvoorbeeld huiselijk geweld en kindermishandeling in de opleidingen'. 'Er is echt nog een gebrek aan kennis bij hulpverleners. De plek die trauma (diepgaand) heeft in opleidingen (mbo, hbo, universitair) en nascholing is te beperkt en weinig diepgaand'. 'We moeten echt nog beter worden in dit herkennen en bespreekbaar maken'. Ook wordt aangegeven dat 'het onderscheid tussen trauma en traumatisering' nog te weinig bekend is bij (aankomend) professionals. Er wordt aangegeven dat 'in alle opleidingen van zorg en onderwijs in brede zin het onderwerp trauma zou moeten zitten, evenals het aanleren van vaardigheden om moeilijke dingen bespreekbaar te maken'.

Deze paragraaf sluit daarom ook aan bij de paragraaf over traumasensitief werken, waarin de nadruk werd gelegd op een grondhouding van gelijkwaardig en transparant samenwerken tussen zorgvragers en professionals, maar ook tussen professionals onderling, professionals en leidinggevendens enzovoort. Er wordt aangegeven dat we 'moeten beseffen dat structurele stressfactoren zorgen voor korte termijn denken bij de mensen die het betreft'. Zo geldt voor alle beroepen, zeggen diverse geïnterviewden, dat we 'moeten leren om naast iemand te gaan staan; je af te vragen waarom iemand nee zegt tegen je en te leren onszelf overbodig te maken'. Vanuit verschillende kanten is er kritiek op de DSM, want 'deze is niet trauma-valide' en zouden we 'het

oude denken moeten veranderen, want we weten het vaak niet!’ ‘Hierbij zouden alle professionals moeten leren omgaan met gezinnen met ingewikkelde dingen, contact durven aangaan en maken, stapje voor stapje te werken’ en dan is het nodig om ‘niet alleen protocollen te leren binnen opleidingen’.

Het staat op de agenda

Het is positief te noemen dat diverse organisaties waarvan we mensen hebben gesproken, bezig zijn om de onderwerpen trauma/traumasensitief werken te agenderen binnen hun organisatie en hier een professionaliseringslag op te maken. Maar, zo wordt aangegeven, ‘dit hele proces kost tijd en de urgentie is nog niet overal even hoog’.

En er zijn nog zorgen over

Er is een ‘groot tekort aan ambulante forensische zorg; meer dan 50% van de door de kinderrechter opgelegde zorg is niet beschikbaar. Deze doelgroep vraagt aangepaste kennis, naast onderliggende kennis van trauma: intergenerationele overdracht van delictgedrag, trauma, hechtingspatronen, huiselijk geweld. Vroeg moeder worden, eenouder gezinnen, relaties met daders en zelf dader worden’. En dat er volgens diverse geïnterviewden ‘te weinig traumasensitief wordt gewerkt in casussen waarbij GI of Raad voor de Kinderbescherming betrokken zijn’. Geïnterviewden die bij deze organisaties werken, geven aan wel degelijk hiermee bezig te zijn en willen graag betrokken worden bij het Deltaplan dat wij gaan opzetten. ‘Van elkaar leren en hoe doe je dit op een goede manier’ is een belangrijk aandachtspunt in de samenwerking rond complexe vragen, zo geven diverse geïnterviewden aan. Maar het blijft belangrijk om ‘op zoek te gaan naar wat wel werkt: samenwerken en collaborative care!’.

Een andere uitdaging die in de eerdere paragrafen al is aangekaart, is het maken van goede (verklarende) analyses: ‘complexe vraagstukken vragen om een multifactoriële blik’. Dat er een ‘minor traumasensitief onderwijs is bij de Pabo in Leiden’ en een ‘nieuwe leerlijn trauma in SPW en SPH’ wordt door geïnterviewden toegejuicht. Maar voor diverse geïnterviewden gaat het nog niet snel genoeg: ‘er wordt nog steeds dwang en drang toegepast in de zorg voor jeugdigen en in de begeleiding van ouders. Er is geen bewijs dat we hiermee kinderen beschermen. Het politieke gesprek om te stoppen met dingen die nergens toe leiden mag vandaag nog gevoerd worden’. ‘Alle mensen die met kinderen werken, zouden nog dit jaar bijgeschoold mogen worden in traumasensitief werken, niet alleen de mensen die daar zelf al belangstelling voor hebben!’.

Organisatorische lijn - wat gaan we doen?

7. Wat gaan we doen?

In voorgaande hoofdstukken is een gezamenlijk en actueel beeld geschetst van de aard, omvang, achtergronden en (maatschappelijke) gevolgen van ingrijpende jeugdervaringen die niet goed verwerkt, onderkend en behandeld zijn. Alle betrokkenen bij de ontwikkeling van het Deltaplan Jeugdtrauma voelen de urgentie om dit thema hoog op de agenda te krijgen. In dit hoofdstuk gaan we in op de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn. Hoe kan het Deltaplan er het beste aan bijdragen dat alle partijen die nodig zijn zo vroeg mogelijk signaleren, (h)erkennen en goed behandelen? Steeds met dat grote nul-doel voor ogen: “Voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin”. In ieder geval door geen statisch plan te maken, maar een levend document dat ruimte blijft bieden om te leren van nieuwe inzichten en ontwikkelingen. En door een plan te maken met een stip op de horizon die verder in de toekomst ligt dan we gewend zijn: 2050.

Het aanjaagteam heeft samen met vele betrokkenen een brede verkenning uitgevoerd (zoals beschreven op pagina 9-11). We realiseren ons dat deze verkenning niet uitputtend is, dat het ontwikkelen – en straks ook het uitvoeren van het Deltaplan – steeds nieuwe ontwikkelingen, kennis en inzichten op ons pad zal brengen. Wat we nu weten, geeft ons richting voor de eerste stappen. Het Deltaplan Jeugdtrauma zal voorzien in de ruimte om steeds mee te bewegen met nieuwe, relevante ontwikkelingen en om afscheid te nemen van onderdelen die niet werkzaam of niet langer relevant zijn gebleken.

Aanbevelingen van experts

Om te beginnen is het goed te benoemen dat er de afgelopen 2 a 3 decennia enorme vooruitgang is geboekt. Dertig jaar geleden was het waarschijnlijk wijs van een slachtoffer de deksel op de put te houden, want er was geen goede behandeling. Dat is nu anders. We weten meer en we kunnen meer. We weten dus ook beter wat we allemaal nog kunnen winnen voor kinderen, gezinnen en samenleving, maar ook voor werkplezier.

Op de vraag óf en welke waarde een Deltaplan Jeugdtrauma zou kunnen hebben wordt door de geïnterviewden benadrukt dat het goed is dat ‘trauma steeds meer op de agenda komt en steeds meer mensen nu meer weten’. Zij voegen toe dat ‘het niet alleen gaat om mentaal welbevinden, ook om arbeid en onderwijs. Dus bij onderzoek naar de impact/resultaten moet je ook daarnaar kijken en er cijfers van hebben. Kun je bijvoorbeeld onderwijsuitkomsten en arbeidsverlies doorrekenen? Want niet werken = duur.’ Daarnaast wordt ook ‘de relatie met criminaliteit en justitie’ toegevoegd en wordt aangegeven dat het gaat om ‘meerdere leefdoms, dus meerdere partijen verbinden’. ‘De zwaarte is belangrijk: een Deltaplan is echt nodig en vraagt om communicatie ten aanzien van verschillende doelgroepen professionals, publiek (ouders en kinderen), beleidsmakers en bestuurders (lokaal, regionaal, landelijk), en communicatie wat we aan het doen zijn’.

De toegevoegde waarde van een Deltaplan wordt gezien in de verbinding en duurzaamheid van de aanpak. ‘Er is ontzettend veel, maar het is steeds afhankelijk van subsidies. Het veld is niet

betrokken'. 'Er zijn zoveel draadjes en die werken allemaal langs elkaar heen, 1.000 soorten en allerlei belangen'. De woorden 'beweging creëren' en 'verbinden' zijn in meerdere interviews genoemd. Hierbij is door diverse personen aangegeven dat het belangrijk is om 'niet opnieuw het wiel uit te vinden', maar te 'kijken wat er voor een lijnen lopen, niet allemaal losse dingen te doen. De pijlen richten op wat er al is. Commissies en programma's erbij halen: Wat hebben ze opgeleverd, wat staat er in en is belangrijk om (alsnog) uit te voeren?'.

Dat een Deltaplan een meerjarenplan moet zijn, staat voor de geïnterviewden als een paal boven water want 'dit heb je niet in een kabinetsperiode gefikst' en 'je hebt eigenlijk minstens een generatie nodig'. De termen tien en twintig jaar, worden door de geïnterviewden genoemd als reële termijn voor een aanpak die daadwerkelijk verschil moet kunnen opleveren (vergelijkbaar met bijvoorbeeld de 'Rookvrije generatie' en 'Wij gaan weer naar school') . 'Gefaseerd en over een langere periode. Samen analyseren en een plan maken volgens de visie van de Top 3 Methodiek. Zorgen dat het in de structuren en systemen terecht komt en zorgen dat het geen projecten/aneddotes zijn die weer verdwijnen. Bestuurlijk samenwerken zodat het duurzaam wordt en niet afhankelijk is van personen'.

Inhoudelijk gezien, gaat het volgens de geïnterviewden vooral om zichtbaar maken, verbinden, samenhang creëren: 'een beweging zoals K-EET'. 'Ga doen wat we al weten! Geweld Hoort Nergens Thuis, Kansrijke Start, traumatools voor gemeenten/praktijk VNG, daar staat alles al in. Vertrek bij wat er is in een samenhangend geheel; het staat op zoveel vlakken al geformuleerd'. 'Maak zichtbaar wat er gebeurt, kan, gedaan wordt: Zij doen het, het kan, en wat leren zij zelf!'. 'Verbinden met Gezonde Generatie'. 'Meegaan in beweging rond mentale weerbaarheid/gezondheid' en 'Deltaplan? Bruggen maken tussen domeinen!'. Ook wordt aangegeven dat onze 'insteek met interviews geweldig is. De beweging is al bezig hierdoor. Mensen raken aangehaakt, geïnspireerd en voelen zich minder alleen/roepende in de woestijn!'. Alle geïnterviewden hebben aangegeven dat zij betrokken willen worden bij de verdere invulling van het Deltaplan.

Deze kansen worden gezien:

- Heel goed in kaart brengen wat er al gebeurt en hoe je kan aanhaken;
- Lacunes en witte vlekken zichtbaar maken;
- Focussen op verschillende lijnen/pijlers;
- Cijfers die helpen in urgentie, om draagvlak te krijgen;
- Integraal verhaal maken: brede context helpt provincies om perspectief te zien (bijvoorbeeld ruimtelijke ordening draagt mede bij aan oplossing complexe problemen);
- Bundelen van kennis;
- Betrekken van ouders en jongeren, beroepsverenigingen, kennis- en opleidingsinstituten;
- Informatie delen, niet verbokkelen (ook niet door financiering of betaalmuren);
- Van elkaar leren (bijeenkomsten organiseren, webinars);
- Radertjes verbinden maar wel scheiden en goed kijken naar werkzame factoren;
- Verbinden, aansluiten en coalities vormen;
- Kruisbestuivingen: interdisciplinair, dan gebeurt er iets bijzonders!
- Verhalen vertellen om bewustwording te creëren: elk gedrag is logisch/ gezonde reactie op een ongezonde situatie;
- Samenhang met andere programma's;
- Programma met een succesvolle aanpak als voorbeeld;
- Data gaan bijhouden om ontwikkeling te volgen en te sturen;

- Monitoren om voortgang te volgen (breder meten dan alleen in zorg, maar ook ten aanzien van onderwijs en arbeid. Meenemen in data die nu ook al worden bijgehouden);
- Koppeling aan Kwaliteit en Blijvend Leren in het kader van de Hervormingsagenda;
- Betrekken media; publiekscampagnes en social media;
- Politieke steun
- Beweging van maken: kansen zitten dan bij de jongerenbewegingen en ouderplatformen!
- Zaken die nu steeds opnieuw afhankelijk zijn van subsidie structureel verankeren

De vraagtekens die zijn geplaatst bij een Deltaplan Jeugdtrauma betreffen:

- De kans op verwatering als het plan te breed is;
- Een losstaand plan dat daarom risicovol is;
- Het risico dat het een plan wordt waarin 'niks gebeurt' of 'waarbij het te lang duurt voordat kinderen en ouders er iets van merken';
- Een 0 doel dat 'maakt dat mensen zich schuldig voelen als er geen positief effect is';
- Een 0 doel dat 'ongeloofwaardig voelt en geen recht doet aan de impact'
- Het gevaar dat het Deltaplan 'te specialistisch wordt en er nog meer specialisten nodig zijn om te voorkomen dat trauma gaat ontstaan: dus blijf breed kijken';
- De vraag of je wel een apart programma moet maken voor trauma, of dat het niet meer moet gaan over bewustzijn creëren van falen en lijden;
- Het knelpunt dat er veel baten zijn die heel breed vallen, dus wie gaat het financieren?

Tot slot, hebben diverse geïnterviewden gepleit voor een 'concreet plan, geen bureaula document' 'Maak hele scherpe keuzes! begin waar zich de meeste getraumatiseerde kinderen bevinden' en om te 'starten met een pilot. Een concreet praktisch uitvoerbaar iets'. Ideeën die hierbij zijn genoemd:

1. Alle kinderen die nu een jeugdbeschermingsmaatregel hebben (40.000) helpen door ze trauma informed te begeleiden én hun ouders 4 EMDR sessies te geven;
2. Begin bij alle wijkteams met een opleiding traumasensitief werken en daarna een opleiding voor Jeugdbescherming... 'en het dan echt doen!';
3. Ga met de zorgverzekeraar en gemeente in gesprek: maak een plan dat mag en dat iets oplevert; gezinsbudget, alternatieve oplossingen in plaats van alleen zorg (schulden afkopen, huishoudelijke hulp);
4. Stoppen met hertraumatisering, bijvoorbeeld stoppen met gesloten jeugdzorg of zorg waarin interventies of omstandigheden leiden tot nieuwe ingrijpende ervaringen of onveilige situaties;
5. Start een lerende reflectieve cyclus, bijvoorbeeld vanuit de BENs: systematisch beginnen met de best bewezen zorg en dan behandelen (zoals in somatische zorg) en pas als dit niet werkt een uitzonderingsbehandeling bieden en hier de effecten van onderzoeken (in plaats van zoals nu vaak gebeurt beginnen bij uitzondering en dan pas best bewezen zorg);
6. Een visie op traumazorg uitwerken: wat kan lokaal, wat regionaal, wat landelijk: welk aard, omvang, ernst en eventuele consultatiefuncties horen daarbij?;
7. De principes van trauma informed werken goed op papier zetten als houvast/leidraad voor professionals.
8. Een deel van de traumazorg landelijk organiseren:
 - T.a.v. kennis die je niet bij alle regio's kan beleggen (bijv. zorg voor hele jonge of ongeboren kinderen en zorg waar forensisch en juridisch ingrijpen en uren tellen zoals mensenhandel, netwerken kinderporno, online misbruik);

- Intensieve vormen van traumabehandeling/weekprogramma wanneer reguliere traumabehandeling niet werkt;
9. **Beginnen!** Op kleine plekken dingen ontwikkelen, kijken wat er is en daarbij aansluiten én manieren bedenken om een paradigmashift in denken en doen voor elkaar te krijgen. Daar kun je geen blauwdruk voor maken, dat is experimenterend leren, sectoroverstijgend!

Concluderend: ambitie

De stip op de horizon is: ***Voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en het gezin.***

Uit vele vastgelopen, complexe hulpvragen van kinderen en gezinnen blijkt dat ingrijpende gebeurtenissen uit het verleden die te zeer opeengestapeld, niet verwerkt zijn of te laat of onvoldoende behandeld zijn een rol spelen. Met grote gevolgen. Ingrijpende gebeurtenissen ontaarden in een trauma dat een kind allerhande klachten bezorgt die een gezonde ontwikkeling in de weg staan en die vaak leiden tot grote inzet van zorg en uitval op school. Hoe langer het duurt voor er hulp komt die helpt, hoe hoger de zorgkosten en maatschappelijke kosten oplopen. Ingrijpende gebeurtenissen die geleid hebben tot een trauma kunnen ook voor allerlei problemen in het volwassen leven zorgen en kunnen later vaak onbedoeld doorgegeven worden aan een volgende generatie. Door nu aan de slag te gaan met dit belangrijke onderwerp, willen we een verschil maken voor de kinderen van nu en de toekomst.

De wens om verbindingen te leggen en tot een brede, maatschappelijke aanpak te komen is gestoeld op zes pijlers. Deze zijn in deze whitepaper geïntroduceerd en worden in het Deltaplan verder uitgewerkt. Om ingrijpende gebeurtenissen zo vroeg mogelijk te signaleren, herkennen en goed te behandelen en zo jeugdtrauma te voorkomen:

- Is **maatschappelijke bewustwording** nodig. Het taboe op worstelen met je mentale gezondheid moet eraf. We mogen allemaal beseffen dat ingrijpende gebeurtenissen iedereen kunnen overkomen, dat je mensen in je omgeving hebt die ze hebben meegemaakt en dat je met heel kleine dingen een groot verschil kunt maken voor deze mensen.
- Is aandacht voor **preventie** nodig. Professionals weten hoe en waar ze het risico op ingrijpende gebeurtenissen kunnen herkennen en welke signalen kunnen duiden op ingrijpende gebeurtenissen. Ze zijn in staat een veilige omgeving te creëren, waarmee ze een positief tegenwicht bieden aan ingrijpende gebeurtenissen en waarbinnen ze mensen uitnodigen over hun problemen te praten.
- Is het nodig **eerder te herkennen, signaleren en oorzaken en verklaringen te zoeken**. Aandacht voor preventie draagt als vanzelf hieraan bij.
- Is nodig dat zo snel mogelijk en in één keer de **juiste, gezinsgerichte behandeling en begeleiding** wordt ingezet die helpt. Bij een effectieve aanpak hoort ook samenwerking tussen professionals van verschillende zorgorganisaties en de samenwerking met het gezin, het netwerk, school, verenigingen. 'Iedereen heeft een stukje van de puzzel'.
- Is het nodig dat **traumasensitief werken** gangbaar wordt binnen organisaties die met jeugdigen en volwassenen werken. Afgeleid hiervan is bij iedereen die met jonge en volwassen mensen werkt een menselijke basishouding nodig, die gestoeld is op

nieuwsgierigheid, empathie en compassie en de bereidheid samen te onderzoeken waar ‘problematisch’ gedrag en klachten vandaan komen.

- Is **onderwijs** een cruciale factor in het bieden van een veilige, traumasensitieve omgeving, alleen al omdat jonge mensen hier zo’n groot deel van hun tijd doorbrengen.
- Hebben we een langjarige ontwikkelagenda nodig, met het grote doel voor ogen en de flexibiliteit om die ontwikkeling steeds aan te passen aan nieuwe bevindingen

De ontwikkeling van het Deltaplan Jeugdtrauma grijpen we aan om een momentum te creëren. In de voorbereidende fase hebben we een groot en breed gevoel van urgentie gemerkt en een sterke wil om bij te dragen aan deze opgave. Het gezamenlijk werken aan deze opgave, vanaf het eerste moment, net als het uitgangspunt om recht te doen aan en gebruik te maken van wat al bestaat en bewezen goed is, creëert het eerste draagvlak dat we nodig hebben. Daarnaast wil het Deltaplan iedereen die we nodig hebben motiveren door verbindingen te leggen tussen mensen, organisaties, programma’s, methodieken en behandelmethoden om tot een brede, maatschappelijke aanpak te komen. Een lange looptijd is nodig om te blijven leren en ontwikkelen, terwijl de wereld om ons heen niet stil staat.

Verbinding met wat goed is en al bestaat

Het Deltaplan Jeugdtrauma gaat over een groot scala aan thema’s over de verschillende domeinen heen. Er bestaan al tal van landelijke programma’s, projecten, initiatieven, methodieken, campagnes en uitingen van kunst en cultuur. Die kunnen (zijdelings) bijdragen aan het voorkomen, vroegtijdig signaleren en behandelen van de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen. De meeste hebben we in de onderzoeksfase gesproken en zij verklaren zich allemaal bereid bij te dragen aan de ontwikkeling van het Deltaplan Jeugdtrauma. We willen nog nader onderzoeken hoe dat het beste kan.

In willekeurige volgorde en niet uitputtend zijn de volgende programma’s, projecten en partijen genoemd en grotendeels gesproken: Toekomstscenario, Opgroeien Kansrijke Omgeving (OKO), Basis op orde, uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg, ‘Betrek mij gewoon’ (Ketenbreed Leren), Beweging van 0, Consortium Traumasensitief Onderwijs, Kansrijke Start, Geweld Hoort Nergens Thuis, Drakentemmers, Met Andere Ogen (MAO), Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), Integraal Zorgakkoord (IZA), projecten en onderzoeken van AUGEO en Verwey Jonker (zoals Speak Now), Centrum Seksueel geweld, K-EET, MIND, Trauma Informed Care (TIC, door Koraal), Stop de Carroussel, Het Vergeten Kind, Kenniscentrum Transgenerationeel Georganiseerd Geweld, Gezonde generatie (Samenwerkende Gezondheidsfondsen SGF), FNO Zorg voor Kansen - programma Geestkracht, Wel in Ontwikkeling, Scheiden zonder Schade, [Traumanet.nl](https://traumanet.nl), [ChildTrauma Academie](https://childtraumaacademie.nl), [GEM](https://gem.nl), JIM, Heppie Kids, Dushi huizen, Infant Mental Health Nederland, Chat met Fier, project ‘O bange ouders’, project ‘Zinnige Zorg’, project Rake vragen en bijvoorbeeld ook een [traumatool voor professionals \(VNG\)](https://traumatoolvoorprofessionals.vng.nl).

Opdrachtgeverschap

De BENs zijn in het leven geroepen om te voorkomen dat jeugdigen met complexe hulpvragen tussen wal en schip vallen en dat we daar steeds beter in worden. Deze expertisenetwerken jeugd ontwikkelen zich door al doende te leren wat het verschil kan maken in een situatie die dreigt vast te lopen of vastgelopen is. Een aantal pijlers onder het te ontwikkelen Deltaplan, zoals

maatschappelijke bewustwording, preventie en vroegsignalering, zijn niet de *core-business* van de BENs. We weten nu al dat de BENs onderdeel willen zijn van de brede beweging, maar geen opdrachtgever zullen blijven voor het gehele proces.

Tot februari 2024 blijven de BENs de opdrachtgever, dan wordt het Deltaplan Jeugdtrauma opgeleverd. In de tussentijd zullen we met verschillende partijen spreken over het opdrachtgeverschap na oplevering van het plan. In het Deltaplan Jeugdtrauma zullen we hier concrete adviezen over geven.

Waar gaat het Deltaplan Jeugdtrauma wel en niet over?



DOEL

Voor 0 kinderen duurt het langer dan 6 maanden voordat ingrijpende jeugdervaringen worden herkend, gestopt en gewenste hulp en steun beschikbaar is voor kind en gezin.

SUBDOELEN

Voorkomen

Ingrijpende jeugdervaringen, herhaling, traumatisering en hertraumatisering

PIJLER 1	Maatschappelijke bewustwording
PIJLER 2	Preventie
PIJLER 3	Vroegsignalering en diagnostiek
PIJLER 4	Beter behandelen en begeleiden
PIJLER 5	Traumasensitief werken
PIJLER 6	Onderwijs

Eerder en beter signaleren

PIJLER 1	Maatschappelijke bewustwording
PIJLER 2	Preventie
PIJLER 3	Vroegsignalering en diagnostiek
PIJLER 5	Traumasensitief werken
PIJLER 6	Onderwijs

Beter behandelen

PIJLER 3	Vroegsignalering en diagnostiek
PIJLER 4	Beter behandelen en begeleiden
PIJLER 5	Traumasensitief werken
PIJLER 6	Onderwijs

NIET

over het beïnvloeden en verbeteren van factoren die zorg, onderwijs en hulpverlening overstijgen: zoals kansenongelijkheid en bestaanszekerheid. **Wel verbinding met de programma's op deze thema's.**

WEL

over: creëren en verstevigen beschermende factoren, voor zover mogelijk vanuit onderwijs, hulpverlening en zorg:

- Steun uit omgeving (leraar, ouders vrienden, burens, sportcoach,...)
- Positieve levenservaringen, waardering en erkenning krijgen voor wie je bent en wat je doet
- Er over kunnen praten
- Snel hulp zoeken en vinden

Verwijzingen

1. Dijk, H. & Kiernan, C. *Maatschappelijke kosten van trauma*. Accare, 2022.
2. Aarts, P. Oorlog als erfenis. De overdracht van oorlogstrauma's op naoorlogse generaties. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*. 1, 1994, Vol. 21.
3. Association, American Psychiatric. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition)*. 1980.
4. Aarts, P.G.H. & Visser, W. D. *Trauma: Diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
5. Boffey, P. M. Infants' Sense of Pain Is Recognized, Finally. *NY Times*. 1987.
6. Os, van, J. *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
7. ter Heide, J., Kleber, R., & Mooren, T. (2014). Complex trauma en complexe PTSS. *Tijdschrift Psychotherapie*, 40, 347-359.
8. Hein, I., Kooymans, E., Oudenampsen, J., Knipschild, R., Van den Berg, G., & Van Minnen, A. (2021a). *Richtlijn / onderbouwing Signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Geraadpleegd op: <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/trauma/>
9. Hein, I., Kooymans, E., Oudenampsen, J., Knipschild, R., Van den Berg, G., & Van Minnen, A. (2021b). *Richtlijn Signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Geraadpleegd op: <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/trauma/>
10. Struck N, Krug A, Yuksel D, Stein F, Schmitt S, Meller T, et al. Childhood maltreatment and adult mental disorders—the prevalence of different types of maltreatment and associations with age of onset and severity of symptoms. *Psychiatry Res*. 2020;**293**:113398. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113398.
11. Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020;**371**:m3048. doi: 10.1136/bmj.m3048.
12. Nelson J, Klumpparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;**210**(2):96–104. doi: 10.1192/bjp.bp.115.180752.
13. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010;**197**(5):378–385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499.
14. McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Med*. 2020;**18**(1):1–11. doi: 10.1186/s12916-020-01561-6.
15. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J.S. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to many of the leading causes of Death

in Adults: The Adverse Childhood Experiences . *American Journal of Preventive Medicine*. 4, 1998, Vol. 14.

16. Asmussen, K., Fischer, F., Drayton, E., & McBride, T. (2020). *Adverse childhood experiences: What we know, what we don't know, and what should happen next*. Early intervention foundation.

17. Asmussen, K., & McBride, T. (2021). *Adverse childhood experiences. Building consensus on what should happen next*. Early intervention foundation.

18. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786.

19. Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *The American Psychologist*, 76(2), 230-242.

20. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8).

21. O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. *Annual Review of Psychology*. 2021 Jan 4;72:663-688. doi: 10.1146/annurev-psych-062520-122331. Epub 2020 Sep 4. PMID: 32886587.

22. Vervoort-Schel, J. , Pellemans-van Rooijen, R., Kooijmans, R. & Moonen, X. Waarom trauma informed care als organisatiebreed raamwerk voor trauma-sensitieve zorg? *LVB Onderzoek & Praktijk*. 1, 2022, Vol. 20.

23. Pijpers, F., Vanneste,Y., & Feron, F. (2019). *Stress bij kinderen: hoe houden we het gezond?* Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid.

24. Stevens, I., Gale C., & Tibensky, L. (2021) Een veilige plek om groot te worden. Plaats geven aan traumasensitieve zorg voor kinderen. Geraadpleegd op SOS Kinderdorpen website: [https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/dd6ed7cf-3e81-49a0-abb3-317359961a8e/TIP-Organisational-Development-Guidance-Document-\(Dutch\).pdf](https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/dd6ed7cf-3e81-49a0-abb3-317359961a8e/TIP-Organisational-Development-Guidance-Document-(Dutch).pdf)

25. Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. Prevalence of and Relationship between Adverse Childhood Experiences and Family Context Risk Factors among Children with Intellectual Disabilities and Borde. *Research in Developmental Disabilities*. 113, 2021.

26. Vink, R. M., van Dommelen, P., van der Pal, S. M., Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Haagmans, M., Mulder, T., & Dekker, M. Self-reported Adverse Childhood Experiences and Quality of Life among Children in the Two last Grades of Dutch Elementary Education. *Child Abuse & Neglect*. 95, 2019.

27. Offerman, E. C. P., Asselman, M. W., Bolling, F., Helmond, P., Stams, G.-J. J., & Lindauer, R. J. L. Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Students with Emotional and Behavioral Disorders in

Special Education Schools from a Multi-Informant Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 6, 2022, Vol. 19.

28. Sonderman, J. (2023). *Heart Shaped Bruises: Residential group climate and effectiveness of treatment for girls in (secure-) residential youth care*. Proefschrift Tilburg University.

29. Grutterswijk, R. (2023). *Does it Suit You? Tailor-made treatment for adolescent boys and girls in secure residential care*. Proefschrift Erasmus University Rotterdam.

30. Leenarts, L. (2013). *Interpersonal Trauma in Youths in Compulsory Residential Care: Assessment and Treatment*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

31. Steketee, M., Tierolf, B., Lünemann, K. & Lünemann, M. (2020). *Kwestie van lange adem Kan huiselijk geweld en kindermishandeling echt stoppen?* Verwey Jonker.

32. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child abuse & neglect*, 31(5), 479-502.

33. Walker, H. E., & Wamser-Nanney, R. (2022). Revictimization risk factors following childhood maltreatment: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380221093692.

34. de Valk, S. M. (2019). *Under pressure: Repression in residential youth care*. [Thesis, externally prepared, Universiteit van Amsterdam].

35. Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for Parent Child Relationships. *Child Abuse & Neglect*. 2, 2014, Vol. 38.

36. Schickedanz, A., Halfon, N., Sastry, N., & Chung, P. J. Parents' Adverse Childhood Experiences and their Children's Behavioral Health Problems. *Pediatrics*. 2, 2018, Vol. 142.

37. WHO. Social determinants of health. https://www.who.int/social_determinants/en/. [Online] 20 April 2020.

38. Struck, A., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, A., Asmundson, G.J., & Afifi, T.O. Adverse childhood experiences (ACEs) research: A bibliometric analysis of publication trends over the first 20 years. *Child Abuse & Neglect*. 11, 2021.

39. Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J., & Skouteris, H. (2019). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health and Social Care in the Community* (Vol. 27, Issue 3, pp. e10–e22).

40. Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., Macdonald, M., Coulter, S., Hayes, D., & Davidson, G. (2019). Trauma informed child welfare systems—a rapid evidence review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 16, Issue 13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132365>

41. Hendriks, Commissie. *Tussen ongeloof, ondersteuning en opsporing. Over georganiseerd sadistisch misbruik van minderjarigen*. 2022.

42. Covers, M, & Meulen, P. *Onzichtbare slachtoffers van mensenhandel in 2021*. Centrum Kinderhandel Mensenhandel.

43. Spijk-de Jonge, M., de Lange, M., Serra, M., van der Steege, M. & Dijkshoorn, P. (2022) *Betrek mij gewoon! Op zoek naar verbeterkansen voor de jeugdhulp in het casusonderzoek Ketenbreed Leren*.
44. Morris, A. S., Hays-Grudo, J., Zapata, M. I., Treat, A., & Kerr, K. L. (2021). Adverse and protective childhood experiences and parenting attitudes: The role of cumulative protection in understanding resilience. *Adversity and Resilience Science*, 2(3), 181-192.
45. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement>
46. Mevissen, L., Didden, R., de Jongh, A. & Korzilius, H. (2020): Assessing Posttraumatic Stress Disorder in Adults with Mild Intellectual Disabilities or Borderline Intellectual Functioning, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 13, 110-125.
47. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2020/09/Diagnostieprotocol-Trauma-Kinderen-en-Adolescenten-2020.pdf>
48. Nationaal Programma Geweld Hoort Nergens Thuis. Overzicht trauma-screening (2021). <https://www.huiselijkgeweld.nl/publicaties/publicaties/2021/06/25/tool-traumascreeening>
49. Somers K, Spruit A, Stams GJ, Vandeveld S, Lindauer R, Assink M. Identifying effective moderators of cognitive behavioural trauma treatment with caregiver involvement for youth with PTSD: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Sep 30. doi: 10.1007/s00787-022-02088-2. Epub ahead of print. PMID: 36178528.
50. <https://traumainformedoregon.org/>
51. Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2015). *Self-Determination Theory*, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition).
52. Coppens, L., Kregten, K., & Schneiderberg, M. (2021). *Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen*. SWP.
53. Pellemans-van Rooijen, R., Vervoort-Schel, J., Hofman, G. & Moonen, X. (2023). Trauma-informed care voor hulpvragers en hulpverleners in de jeugdhulp. Review en ervaringen uit de praktijk. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 50 (1).
54. <https://www.bewegingvannul.nl/steenwijkerland-eerste-gemeente-met-0-bange-ouders/>
55. Herman, J.L. (2022). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
56. <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/handreiking-trauma-en-een-licht-verstandelijke-beperking>

Bijlagen

1. Lijst met geïnterviewden

Aafke Schaarlo	Aafke Schaarlo
Accare	Femy Wanders
Accare	Hermien Dijk
Adoptiepraktijk	Anneke Vinke
Amsterdam UMC / AMC	Rian Teeuw
Amsterdam UMC	Christaan Vinkers
Associatie Wijkteams	Sophie Hospers
Augeo Foundation	Marielle Dekker, Gemma Kobussen
Avest Advocaten	Jolande ter Avest
Bovenregionaal Expertise Netwerk Jeugd Noord-Holland	Christine Pollman
Centrum Seksueel Geweld	Iva Bicanic
Centrum voor Consultatie en Expertise	Debbie Bijwaard, Esmeralda Koolen
Drakentemmers	Trijntje Kootstra, Heidi Offerman
Enver	Annika Kinkel
Ervaringsdeskundige	Peter Leenhouts
Ervaringsdeskundige, journalist	Ankie Driessen
Fier	Anke van Dijke
FNO Zorg voor kansen - programma Geestkracht	Jeroen van Doorn
ForCa/Pluryn	Karin Nijhof, Carina van Kregten
Gemeente Utrecht GG&GD	Indra Koppelaar
GGD Tilburg	Eveline Bruynen
Het vergeten kind	Ellen van der Hulst, Miranda Knoops
IMH Nederland	Zillah Holtkamp
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Charlotte Eriks
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Helen Heskes, Eline Hoekstra, Jeannette Anker
Institute for Chronically Traumatized Children	Arianne Struik
Instituut voor Publieke Waarden	Sandra Klok
Jeugdzorg Nederland	Monique Veldhuis
Jeugdzorg Nederland	Carola Bodenstaf
JGZ Gemeente Utrecht	Marijke Werkhoven
K-EET	Monika Scholten
Kansrijke Start	Eefke Postma

Karakter	Rik Knipschild
Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie	Heidi Taubert
Kenniscentrum Transgenerationeel Georganiseerd Geweld	Herry Vos, Anne de Vries
Koraal	Jessica Vervoort- Schel
Levvel	Ramón Lindauer
Lokalis	Maaïke Schrijver
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	Merian Bouwmeester
Nederlands Jeugdinstituut	Ans van de Maat, Anita Kraak
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	Kirsten Hauber
Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma	Marie José van Hoof
NIP Beroepsgroepen namens NIP, BPSW, Bv Jong, FVB, LVVP, NVO	Britt van Beek, Vera Naber
NIP sectie Jeugd	Yael Meijer
Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd	Gieke Buur
ouder/ ZZP psychiater	Ivo Aben
Raad voor de Kinderbescherming	Corina de Volder
Samenwerkende Gezondheidsfondsen/ Gezonde Generatie	Eleanne Plaizier
Sterk Huis	Lian Smits, Ilona Brekelmans
Stichting Alexander	Ivet Pieper
Stichting Civil Care	Sander van Arum
Toekomstscenario	Janneke van Eijk
Toekomstscenario	Caroline Liberton
Traumanet	Anne Marsman
Traumasensitief Onderwijs	Bart Heeling
Traumasensitief Onderwijs	Leony Coppens
Trimbos: Opgroeien in Kansrijke Omgeving	Jeroen de Greeff
UMC Utrecht	Floortje Scheepers
Universiteit van Amsterdam	Peer van der Helm
Universiteit van Amsterdam	Xavier Moonen
Veilig Thuis & Landelijk netwerk zorg en straf	Michelle Vranken
Vereniging EMDR Nederland, SIG vroegkinderlijk trauma	Gijs van Vliet
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Maartje vd Rijt, Gera van der Woude
Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie	Audri Lamers, Marijke Feijtel
Vrije Universiteit Amsterdam	Sharon Stellaard
ZONMW	Vicky Verschoor, Vanessa Kuling

2. Vragen interviews

Vragen interviews

topics meerjarenplan:
preventie
vroegherkenning
traumasensitief werken/leren
vroeginterventie
specialistische zorg

Stakeholders inhoudelijk

- Kennismaking
- Doel van gesprek
- Inhoud onderzoeken: wat moet er volgens jou gebeuren om ingrijpende jeugdervaringen en de gevolgen daarvan te verminderen
- Wat zou een (landelijke) aanpak hierin moeten opleveren?
- Wat vind je belangrijk of juist niet hierbij?
- Wat motiveert jou (wel/niet) om mee te werken aan een landelijke aanpak?
- Welke informatie (factoren, invalshoeken, literatuur, aanpak) zouden we dan echt hierbij moeten betrekken?
- Wat zijn belangrijke stakeholders voor jou in deze?
- Welke programma's, initiatieven en projecten zijn belangrijk om hierin mee te nemen?
- Zou je je medewerking en steun willen geven aan een landelijke aanpak? Waarom wel/niet? Wat is er nodig om wel medewerking/steun hiervoor van jou te krijgen?
- Waar voorzie je grootste knelpunten of risico's?

Stakeholders procesmatig

- Kennismaking
- Doel van gesprek
- Contouren schetsen van Deltaplan Trauma: Inhoud onderzoeken/wat moet er voor jou (nog meer) in?
- Wat zou een landelijke aanpak voor jou moeten opleveren?
- Wat vind je belangrijk of juist niet hierbij?
- Wat motiveert jou (wel/niet) om mee te werken aan een landelijke aanpak?
- Welke informatie (factoren, invalshoeken, literatuur, aanpak) zouden we dan echt hierbij moeten betrekken?
- Wat zijn belangrijke stakeholders voor jou in deze?
- Welke programma's, initiatieven en projecten zijn belangrijk om hierin mee te nemen?
- Zou je je medewerking en steun willen geven aan een landelijke aanpak? Waarom wel/niet? Wat is er nodig om wel medewerking/steun hiervoor van jou te krijgen?
- Waar voorzie je grootste knelpunten of risico's?

3. UPDATE Deltaplan Jeugdtrauma juni 2023

[Bekijk online](#)

UPDATE 1 Ontwikkeling Deltaplan Jeugdtrauma

juni 2023

**DELTA
PLAN**
JEUGDTRAUMA

MISSIE

Passend In de Beweging van O:

0 kinderen ondervinden langer dan 6 maanden hinder van trauma

Uit vele vastgelopen, complexe hulpvragen van kinderen en gezinnen blijkt dat ingrijpende gebeurtenissen uit het verleden niet altijd of niet goed gesignaleerd en behandeld zijn. Met grote gevolgen. Hoe langer het duurt voordat adequate traumaverwerking start, hoe groter de persoonlijke problemen en zorg- en maatschappelijke kosten worden. Daar moeten we echt iets aan doen.



Ontwikkeling Deltaplan Jeugdtrauma

Ingrijpende jeugdervaringen:

eerder herkennen | goed behandelen | waar mogelijk voorkomen

Uitgangspunten:

- In opdracht van de bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd
- Samen met alle domeinen ontwikkelen
- Minstens een tienjaarsplan
- Geen klassiek implementatieplan, maar een netwerkaanpak om een brede beweging te stimuleren met een gemeenschappelijke taal
- Want niemand weet alles en iedereen kan een stukje
- Al het goede dat er al is zichtbaar (der) en toegankelijk(er) maken en waar mogelijk met elkaar verbinden

Nog onderzoeken

- Hoe zwaar zetten we in op het voorkomen van jeugdtrauma?
- Taal en begrippen - verder ontwikkelen tijdens het traject
 - ACE (Adverse Childhood Experiences), trauma, jeugdtrauma, traumatisering: waar hebben we het nou eigenlijk over?
- Maken we het Deltaplan Jeugdtrauma voor de kinderen van nu en de volwassenen van de toekomst? Of ook voor de volwassenen van nu en de kinderen van toen?
- Evidence based - en wat nog meer?
- Advies voor het landelijk meerjarenpak: februari 2024

6 thema's

- Maatschappelijke bewustwording
- Preventie
- Vroegsignalering en diagnostiek
- Zorg en behandeling
- Onderwijs
- Opleidingen professionals en traumasensitief werken

Vooruitgang

Toen 1920

- Lijden in zwijgenheid en eenzaamheid
- Geen behandeling



Nu sinds jaren '90

- Heel geleidelijk meer openheid
- Meer en betere behandelingen



2023: ontwikkeling Deltaplan Jeugdtrauma

- Februari-Mei: Interviews >60 experts, thema's benoemen
- Mei: feedback op rode draad (alle Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd)
- Begin juni: verdieping thema's
- Juli: Concept whitepaper Deltaplan Jeugdtrauma
- Juli - september: Feedback ophalen
- August: Whitepaper gereed: basis voor advies
- Februari 2024: Advies Deltaplan Jeugdtrauma

Straks 2033 en verder

- De maatschappij helpt mee
- Nog beter signaleren en behandelen
- 0 kinderen hebben langer dan 6 maanden last van ingrijpende gebeurtenissen



UPDATE 1 Ontwikkeling Deltaplan Jeugdtrauma

**DELTA
PLAN**
JEUGDTRAUMA

We doen het samen

> 60 interviews
Met experts uit alle domeinen en veldgebieden die nodig zijn:

Onderwijs (van kinderen en professionals)

Zorg (medisch, jeugdzorg, ggz, verslavingszorg, jeugdbescherming)

Kinderopvang

Informele steun- en wijkorganisaties

Justitie

Schuldhelpverlening

Wetenschap

En de krapte op de arbeidsmarkt dan? Eerder betere zorg bieden bij meer werkplezier en minder werkdruk.

Zes thema's



Maatschappelijke bewustwording: steunen en gesteund worden

Alle professionals in de zorg en hulpverlening, maar ook de kapper, de juf, ouders van vriendjes, de voetbalcoach, de buurman of een toevallige voorbijganger:

traumasensitief met elkaar omgaan helpt iedereen. En iedereen kan hieraan meehelpen. Superbelangrijk, want: positieve jeugdervaringen en sociale steun vormen een buffer tegen traumaklachten.



Preventie

- Risicofactoren aanpakken. Armoede met stip op één. Onverwerkt trauma van ouders is een risicofactor voor de ontwikkeling van kinderen.
- Focus op de eerste 1.000 dagen van een kind.
- Doorbreuk de cirkel en voorkom intergeneratieel trauma: blijf langer in de buurt bij kinderen die ingrijpende dingen meemaken.



Vroegsignalering en diagnostiek

- Betere blik: bij onthullingen van trauma door medisch, forensisch en psychologisch specialist. Vragen naar actueel gevoel van veiligheid.
- Onderzoeken de het verband tussen klachten/problemen/hulpvraag en ingrijpende levensgebeurtenissen bij alle gezinsleden. Is trauma onderliggend? Wat is ontstaan in de interactie tussen gezinsleden? Neem de tijd voor een goede (verkennde) analyse en tijddien.



Zorg/behandeling

- Broeder kijken, eerder doen.
- Snelle interventies na signaleren. Wecht niet af tot de situatie stabiel is en er niet meer vanuit contra-indicaties.
- Transdiagnostisch (be)handelen, niet alleen vanuit de GGZ.
- Maak een aanpak voor het hele gezin die recht doet aan wat alle gezinsleden hebben meegemaakt en nodig hebben (integraal, systemisch en contextueel).
- Go aan de slag met veiligheid (bijv. Top 3 methode).
- Baat het niet, het schaad wel.
- Stop met wat niet helpt.
- Meer aandacht voor het lichaam, zingeving, zelf herstellend vermogen.



Onderwijs

- Deze minimaalschappij legt de basis voor een vriendelijke samenleving waarin kinderen, ouders en professionals elkaar steunen met geduld en compassie wanneer dat nodig is. Van een klimaat van prestaties naar een klimaat van aandacht, waarin je vanuit regulatie, verbinding, veiligheid tot leren komt.
- Iedereen op school kijkt door een traumablik naar kinderen en leert trauma op een compassievolle manier te signaleren. Niet alleen leerkrachten, ook de directeur en de conciëge.



Opleidingen, professionals/traumasensitief werken

- Leren traumasensitief te kijken en werken: gelijkwaardig, transparant, niet-veroordelend.
- ACE (Adverse Childhood Experiences), trauma, jeugdtrauma, traumatisering: waar hebben we het nou eigenlijk over?
- Iedereen heeft ACE's en PCE's (Positive Childhood Experiences). Heb bewuste aandacht voor de levenslijn van een ander en van jezelf.
- Leid professionals goed op en zorg goed voor ze: trainen in visie, ruimte voor reflectie, genoeg personeel, duurzame financiering, weggevoerd dat aansluit. Coaches voor psychologen/hulpverleners, net als bij medici.
- Parallele processen: als je wil dat professionals traumasensitiever handelen moet je als bestuur, directie en management het goede voorbeeld geven.

Linken en verbinden met maatschappelijke thema's

Tal van bestaande landelijke programma's, projecten, initiatieven, methodieken, campagnes en uitdagingen aan kunst en cultuur kunnen (opbrengst) bijdragen aan het voorkomen, vroegtijdig signaleren en behandelen van ingrijpende gebeurtenissen. We kijken naar aansluiting bij (in welke) vormgeving: Toekomstscenario, Opgevoelen Kansen-omgeving, Basis op orde, uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg, 'Beter mij gewoort' (Ketenbreed Leren), Beweging van O, Consortium Traumasensitief Onderwijs, Karsijle Start, GeweldHooft Nergens, Drakenkenners, Met Anders Ogen (MAO), Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ), Gezond en Actief Leven Alkoord (GALA), AUGEO, K.E.T. MING, Trauma Informed Care (TIC, door Konaal), Stop de Carroussel, Het Vergeten Kind, Gezonde generatie (Samenwerkende Gezondheidsfondsen SGZ), FNO Zorg voor Kinderen - programma Geestkracht