

Richtlijn / **onderbouwing**

Kindermishandeling

© 2016 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies.

De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicaties alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies. Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de richtlijn TNO zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

TNO heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: '*Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*'.

1e druk 2016

Auteurs

Remy Vink	TNO Child Health
Marianne de Wolff	TNO Child Health
Annelies Broerse	TNO Child Health
Mascha Kamphuis	TNO Child Health

Werkgroep

Channa Al	Augeo Foundation
Sonja Ariëns	BJZ/Veilig Thuis Brabant Noordoost / NIP
Mariska de Baat	Nederlands Jeugdinstituut
Ingrid ten Berge (voorzitter)	Nederlands Jeugdinstituut
Harry van den Bosch	Jeugdzorg Nederland
Renske Donderwinkel	BJZ/Veilig Thuis Twente / NVO
Jan Pieter Meijer	BJZ Gelderland / BPSW
Tim Mulder	UvA / Augeo Foundation / Jongeren Taskforce Kindermishandeling
Nico van Oosten	Movisie
Marieke van Oosteren	De Rading / NVO
Vera Schuller	Raad voor de Kinderbescherming

TNO Child Health

Schipholweg 77-89

2316 ZL Leiden

+31 (0)88 866 61 99

www.tno.nl

remy.vink@tno.nl



Kernaanbevelingen

De onderstaande aanbevelingen vormen een selectie uit alle aanbevelingen in deze richtlijn. Het betreft de aanbevelingen die minimaal moeten worden uitgevoerd om volgens de richtlijn te werken. Deze kernaanbevelingen zijn geselecteerd door de richtlijnontwikkelaars.

1. Weet wat de belangrijkste, wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren, beschermende factoren en signalen van kindermishandeling zijn, maar besef dat deze factoren in ieder individueel geval anders werken en niet per se tot kindermishandeling hoeven te leiden.
2. Praat met ouders en jeugdigen over de (vroegere, huidige en verwachte) veiligheid in het gezin. Stel hierover standaard, in ieder geval bij de intake, neutraal geformuleerde vragen aan ouders en jeugdigen.
3. Overweeg altijd bij alles wat je als afwijkend, opvallend of zorgelijk opmerkt bij jeugdigen en hun ouders: *kàn hier sprake zijn van kindermishandeling?*
4. Bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling: werk altijd in de geest van en volgens de *Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling*.
5. Ga na of er sprake is van een acuut onveilige of levensbedreigende situatie voor de jeugdige en de eventuele broertjes of zusjes, en handel in dat geval direct: overleg met je leidinggevende, gedragswetenschapper, Veilig Thuis, en eventueel met de Raad voor de Kinderbescherming en politie. Zie de *Richtlijn Crisisplaatsing* en de *Richtlijn Uithuisplaatsing (richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming)*.
Overleg en stem af met de politie (en Veilig Thuis) wanneer er sprake is van: een mogelijk strafbaar feit, ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling, lichamelijke verwaarlozing, seksueel misbruik, eengerelateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking of huwelijksdwang.
6. Breng de situatie in kaart door informatie te verzamelen over wat er goed gaat en waarover er zorgen bestaan ten aanzien van:
 - de veiligheid van de jeugdige (gebruik de *CFRA*, *CARE-NL*, *LIRIK*, *Delta Veiligheidslijst* of een triage-instrument);
 - de psychische gesteldheid van de jeugdige (screen onder andere op trauma-symptomen met de *CRIES-13*);
 - de lichamelijke gesteldheid van de jeugdige (denk onder andere aan het Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling of Centrum Seksueel Geweld voor advies of consult);
 - de beide ouders, als persoon (*Kindcheck*) en als opvoeder (gebruik een gevalideerde vragenlijst zoals *PVL* (bij kinderbeschermingsmaatregel), *GVL* of *OBVL* voor de opvoedingskwaliteit);
 - de omgeving van de jeugdige en het gezin (sociaal netwerk).

7. Overleg met ouders en jeugdigen en betrek hen in het gehele proces, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken (bijvoorbeeld in verband met veiligheid). Respecteer alle gezinsleden als individuen die het waard zijn om mee te werken.
8. Weeg alle (ongunstige en gunstige) factoren, de ernst en het risico, en blijf dit gedurende het gehele proces telkens weer doen bij nieuwe informatie en signalen.
9. Raadpleeg collega's, aandachtsfunctionaris kindermishandeling, andere professionals en Veilig Thuis en werk met hen samen. Beslis nooit alleen.
10. Bij ouders met een verhoogd risico op kindermishandeling: organiseer een opvoedingsondersteunend programma of bied er een aan zoals *VIPP-SD*, *MIM*, *Home-Start*, *Incredible Years*, *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*, *PMTO* en *Triple P niveau 4*. Denk voor bepaalde risicogroepen aan:
 - *KOPP* (bij psychische problemen van de ouders);
 - *VoorZorg* (bij hoogrisico jonge zwangeren/moeders);
 - *HouVast* (voor LVB-ouders).

Om veiligheid tot stand te brengen richt je je op het aangaan van partnerschap met ouders en jeugdigen; werk met het gehele gezin en het sociaal en professioneel netwerk samen via programma's zoals *Ambulante Spoedhulp*, *MST-CAN*, *IAG*, *VIG*, *FFT of Families First* of werkwijzen zoals *Veilig Sterk & Verder* of *Signs of Safety™* en de *Deltamethode* (indien Kinderbeschermingsmaatregel). Overweeg of een *Eigen Kracht Conferentie* toegevoegde waarde heeft.

Organiseer voor jeugdigen die slachtoffer zijn van kindermishandeling minimaal psycho-educatie die hen onder andere 'ontschuldigt' en leg uit dat iedere jeugdige recht heeft op veiligheid.

Organiseer voor jeugdigen die getuige zijn geweest van partnergeweld een preventief programma zoals *Let op de kleintjes* (en varianten).

Ga na of aanvullende (trauma)behandeling nodig is: *Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)* zoals de *Horizonmethodiek* (bij kindermishandeling, getuige van partnergeweld en seksueel misbruik) of *STEPS* (specifiek bij seksueel misbruik). Ga na of *EMDR* nodig is.

Bij verwaarlozing: organiseer de volgende hulpvormen (gelijktijdig):

- hulp gericht op de eigen (psychiatrische en psychosociale) problemen;
- hulp gericht op opvoedvaardigheden;
- hulp gericht op het vervullen van de basisbehoeften van jeugdigen.

11. Blijf leren en je ontwikkelen in de benodigde competenties (kennis, attitude, vaardigheden) en vraag om randvoorwaarden (bv. scholing, 'practice leadership') die dat mogelijk maken.



Inhoudsopgave

Kernaanbevelingen	3
Voorwoord.....	9
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	11
1.1 Doelgroep	12
1.2 Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen	12
1.3 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2. Waar gaat deze richtlijn over?.....	15
2.1 Definitie en afbakening	16
2.2 Vormen van kindermishandeling	17
2.3 Frequentie, duur en ernst	19
2.4 Hoe vaak komt kindermishandeling voor?.....	19
2.5 Gevolgen van kindermishandeling.....	20
2.5.1 Kortetermijngevolgen (in de jeugd merkbaar)	21
2.5.2 <u>Langetermijngevolgen.....</u>	<u>22</u>
DEEL A (KENNIS): RISICOFACTOREN, BESCHERMENDE FACTOREN EN SIGNALLEN	
Hoofdstuk 3. Risicofactoren voor kindermishandeling.....	25
3.1 Wat is een risicofactor?.....	26
3.2 Onderzoek naar risicofactoren.....	26
3.4 Overzicht van risicofactoren voor kindermishandeling.....	29
3.4.1 Factoren bij het kind	31
3.4.2 Factoren bij de ouder(s)	33
3.4.3 Factoren in de (leef)omgeving	35
3.4.4 Factoren in de ouder-kind interactie.....	37
3.5 Specifieke risicofactoren voor verwaarlozing.....	38
3.5.1 Wetenschappelijke onderbouwing risicofactoren voor verwaarlozing	39
3.6 Specifieke risicofactoren voor seksueel misbruik.....	39
3.6.1 Wetenschappelijke onderbouwing risicofactoren voor seksueel misbruik	40
3.7 Conclusies	42
3.8 Aanbevelingen.....	43
3.9 Overwegingen uit de praktijk.....	44
Hoofdstuk 4. Beschermende factoren voor kindermishandeling	45
4.1 Aanbevelingen.....	48



Hoofdstuk 5. Signalen van kindermishandeling	49
5.1 Gedragssignalen en signalen van psychische gesteldheid	50
5.2 Signalen uit de omgeving	51
5.3 Lichamelijke signalen	52
5.4 Aanbevelingen.....	53

DEEL B (PRAKTIJK): OVERWEGEN, VERMOEDEN, WEGEN EN BESLISSEN

Hoofdstuk 6. Als je je zorgen maakt	57
6.0 Stap 0 Overwegen: kàn er sprake zijn van kindermishandeling?.....	59
6.1 Stap 1 De situatie in kaart brengen (exploratiefase).....	60
6.1.1 Kijk naar de veiligheid	62
6.1.2 Kijk naar de algehele ontwikkeling van de jeugdige	64
6.1.3 Kijk naar de beide ouders.....	66
6.1.4 Kijk naar de omgeving	67
6.2 Stap 2 Overleg met andere professionals	69
6.2.1 Veilig Thuis.....	70
6.2.2 Raad voor de Kinderbescherming	70
6.2.3 Politie	71
6.2.4 Onderwijs.....	72
6.2.5 Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	72
6.2.6 Jeugd-ggz.....	73
6.3 Stap 3 Praat met ouder(s) en jeugdigen	76
6.3.1 Praten met ouders	77
6.3.2 Praten met jeugdigen	78
6.4 Stap 4 Weeg de ernst en risico's	80
6.5 Stap 5 Beslis: helpen, hulp organiseren en/of melden?	81
6.5.1 Beslissen in onzekerheid	81
6.5.2 Gedeelde besluitvorming (shared decision-making)	83
6.5.3 Multidisciplinair beslissen.....	84
6.5.4 Systematisch beslissen	85
6.6 Aanbevelingen.....	86
Hoofdstuk 7. Kennis, attitude en vaardigheden (competenties)	89
7.1 Kennis.....	90
7.2 Attitude.....	91
7.3 Vaardigheden	92
7.4 Aanbevelingen.....	94
Hoofdstuk 8. Organisatorische randvoorwaarden	97
8.1 Aanbevelingen.....	98



DEEL C (PRAKTIJK): NAAR VEILIGHEID EN HERSTEL

Hoofdstuk 9. Interventies voor veiligheid en herstel.....	101
9.1 Veiligheidsplan	102
9.2 Kinderbeschermingsmaatregelen	103
9.3 Drie typen interventies	104
9.3.1 Preventieve interventies in gezinnen waarin (nog) geen mishandeling speelt ..	105
9.3.2 Programma's en methodieken gericht op veiligheid	109
9.3.3 Interventies gericht op herstel	115
9.3.3.1 Interventies voor jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis	117
9.4 Bevorderende factoren voor interventies	118
9.5 Aanbevelingen.....	119
Hoofdstuk 10. Verantwoording	121
10.1 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal	122
10.2 Totstandkoming aanbevelingen	122
10.3 Commentaarfase	122
10.4 Proefimplementatie	123
10.5 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn	124
10.6 Bijstelling en herziening van de richtlijn	124
10.7 Juridische betekenis van de richtlijn	124
10.8 Gedeelde besluitvorming	125
10.9 Diversiteit.....	127
10.10 Veranderingen in de zorg	127
Literatuur.....	129
Bijlage 1. Knelpuntanalyse	145
Bijlage 2. Overzicht van de Gemiddelde Effectgroottes van de Domeinen.....	147
Bijlage 3. Interventies voor kwetsbare gezinnen waar nog geen kindermishandeling speelt .	149
Bijlage 4. Interventies gericht op veiligheid	161
Bijlage 5. Interventies gericht op herstel.....	169
Bijlage 6. Interventies voor jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis	177





Voorwoord

Alle ouders willen het beste voor hun kinderen; ook ouders die hun kinderen verwaarlozen, mishandelen of misbruiken. Ook zij willen niet dat het gebeurt en toch gebeurt het. Omdat het zo groeide, omdat zij onmachtig of overbelast zijn, de consequenties van hun gedrag niet overzien, zelf problemen hebben, mishandeld zijn of worden, of niet anders kunnen, al zouden zij willen. Zoveel gezinnen, zoveel oorzaken. Eén ding hebben zij echter gemeen: alle ouders willen dat hun kinderen veilig zijn en kansen krijgen. Alle kinderen en jongeren hebben daar recht op. Kinderen en jongeren kunnen daar echter vaak niet zelf om vragen, en daarom is het goed dat volwassenen de signalen oppakken wanneer de veiligheid van kinderen en jongeren in het gedrang komt of behandeling nodig is om de opgelopen schade te beperken. En net als iedereen die het moeilijk heeft, verdienen ook hun ouders naast steun en hulp ons respect en mededogen.

Deze richtlijn is niet zomaar een richtlijn. Kindermishandeling is een complex probleem zonder één duidelijke oorzaak en zonder één duidelijke oplossing. Als jeugdprofessional werk je met ouders samen en ben je er voor de veiligheid van jeugdigen. Toch moet je ouders soms ook vertellen dat je je over die veiligheid heel erg zorgen maakt. En dat je tegelijkertijd mét de ouders wilt zoeken naar oplossingen. Dat kan op gespannen voet met elkaar staan. Kindermishandeling raakt je, komt dichtbij. Daarom moet je de aanpak ervan ook niet alleen doen. Je werkt altijd multidisciplinair, in samenwerking met andere professionals, maar ook met ouders en het sociale netwerk van het gezin. Dat alles vraagt nogal wat van je, ook al ben je daarvoor opgeleid.

De *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* geeft jeugdprofessionals aanbevelingen voor het handelen bij (vermoedens van) kindermishandeling, op basis van wetenschappelijke inzichten, professionele praktijkkennis en ervaringen van ouders en jeugdigen.

De uitgangsvragen voor het opstellen van deze richtlijn, op basis van geïnventariseerde knelpunten in de praktijk waren breed, zoals te verwachten is bij een dergelijk complex onderwerp. We hebben geprobeerd om deze vragen over de volle breedte van het onderwerp te beantwoorden. Alle grote thema's uit de praktijk van jeugdprofessionals die te maken hebben of kunnen krijgen met kindermishandeling komen dan ook aan bod: kennis over risicofactoren en beschermende factoren, het signaleren van kindermishandeling, het proces van wikken en wegen, beslissen en (be)handelen naar veiligheid en herstel, de attitude en vaardigheden die dit vraagt van de jeugdprofessional, en daardoorheen: de samenwerking met en het respect voor ouders, jeugdigen en sociaal netwerk. Tegelijkertijd waren wij genooddaakt om ons te beperken: een richtlijn is geen handboek. Wij zijn van mening dat wij ondanks deze uitdaging in onze opzet geslaagd zijn.

Velen hebben meegekeken bij het schrijven, hebben geadviseerd en input geleverd. Zonder hen had deze richtlijn niet tot stand kunnen komen. Dank daarvoor, en veel succes met de richtlijn in de praktijk.

Remy Vink mede namens collega's en werkgroep





Hoofdstuk 1

Inleiding



1.1 Doelgroep

Deze richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals¹. Zij moeten ermee kunnen werken. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen² en hun ouders³.

1.2 Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling werden meestal aangedragen door professionals in jeugdhulp en jeugdbescherming. Ze betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem. Ook werd bekeken of het onderwerp wel geschikt was om een richtlijn voor uit te brengen. Vervolgens werden twee gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met jeugdprofessionals, wetenschappers en cliënten in jeugdhulp en jeugdbescherming. Tijdens deze sessies werden onderwerp en de daarin optredende knelpunten zorgvuldig afgebakend en geanalyseerd. Uiteindelijk leidde dit tot een zogenaamde 'informatiekaart' met daarop de belangrijkste knelpunten en uitgangsvragen die in de richtlijn beantwoord moeten worden (zie bijlage 1).

Knelpunt: signalering

1. Wat zijn risicofactoren voor (verschillende vormen van) kindermishandeling?
2. Wat zijn beschermende factoren voor kindermishandeling?
3. Wat zijn signalen van (verschillende vormen van) kindermishandeling?

Knelpunt: handelen, communicatie en samenwerking

4. Hoe kan de jeugdprofessional de situatie in kaart brengen en weten wat er aan de hand is?
5. Wat moeten jeugdprofessionals doen bij signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling?
6. Welke instrumenten zijn beschikbaar voor veiligheids- en risicotaxatie?
7. Welke houding en vaardigheden (competenties) heeft de jeugdprofessional nodig om (het risico op) kindermishandeling adequaat te kunnen signaleren en aansluitend te kunnen handelen en beslissen?

Knelpunt: interventies

8. Wat zijn (de werkzame componenten van) interventies om kindermishandeling te stoppen en om herhaling te voorkomen?

1 Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel 'gedragwetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) bedoeld als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken.

2 Met 'kinderen' worden jeugdigen van 0 tot 12 jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van 12 tot 18 jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

3 Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

9. Wat zijn (de werkzame componenten van) interventies om de schadelijke gevolgen van kindermishandeling te beperken?
10. Hoe kan de jeugdprofessional bepalen welke interventie(s) voor een jeugdige en een gezin aangewezen is (zijn)?
11. Hoe kan de jeugdprofessional de veiligheid van de jeugdige en de resultaten van de ingezette interventie(s) monitoren?

1.3 Leeswijzer

De *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Het onderhavige document bevat de onderbouwing van de richtlijn waarin gedetailleerd en gedocumenteerd wordt onderbouwd hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Het is vanwege zijn omvang minder bruikbaar voor de dagelijkse praktijk. De *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is in een apart document weergegeven zonder uitgebreide onderbouwing (Vink, De Wolff, Broerse, & Kamphuis, 2015). Daarnaast is de richtlijn samengevat in werkkaarten. De richtlijn en werkkaarten ondersteunen jeugdprofessionals om de richtlijn toe te passen in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Na deze leeswijzer zetten we in hoofdstuk 2 eerst op een rij wat we precies onder kindermishandeling verstaan, hoe groot het probleem is en wat de gevolgen ervan kunnen zijn. Daarna komt de beantwoording van de uitgangsvragen aan bod, in drie verschillende delen.

Deel A draait om kennis. Deel A draait om kennis. De beantwoording van de uitgangsvragen 1 tot en met 3 staat hierin centraal: wat zijn risicofactoren (hoofdstuk 3), beschermende factoren (hoofdstuk 4) en signalen van kindermishandeling (hoofdstuk 5)? We sluiten Deel A af met aanbevelingen (hoofdstuk 6).

In **Deel B** staat de praktijk, het proces van wikken en wegen rond kindermishandeling, centraal. In hoofdstuk 7 bespreken we aan de hand van de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling het handelen van de jeugdprofessional en beantwoorden we de uitgangsvragen 4 tot en met 6. De aanbevelingen die daaruit voortkomen staan in hoofdstuk 8. In hoofdstuk 9 bespreken we welke houding en vaardigheden (competenties) dit alles van de jeugdprofessional vraagt (uitgangsvraag 7). Dit mondt eveneens uit in een set aanbevelingen (hoofdstuk 10).

In **Deel C** staat het (be)handelen gericht op veiligheid en herstel centraal. In hoofdstuk 11 komen de uitgangsvragen 8 tot en met 11 aan bod en wordt een overzicht gegeven van de beschikbare interventies die binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming kunnen worden ingezet. Ook Deel C besluit met een aantal aanbevelingen (hoofdstuk 12).

Tot slot volgen de verantwoording van de richtlijn (hoofdstuk 13) en de literatuurlijst.



Hoofdstuk 2

Waar gaat deze richtlijn over?

2.1 Definitie en afbakening

Deze richtlijn gaat over kindermishandeling. Daarbij wordt de definitie van kindermishandeling gehanteerd zoals die in de Jeugdwet (2015) is omschreven:

'Kindermishandeling is elke vorm van, voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.'

Kindermishandeling is een vorm van huiselijk geweld. Onder huiselijk geweld verstaan we (Wet Publieke Gezondheid, 2008 en Wet Maatschappelijke ondersteuning, 2015):

'Lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld of bedreiging daarmee door iemand uit de huiselijke kring; huiselijke kring: een familielid, een huisgenoot of een mantelzorger'.

In deze richtlijn zijn de volgende afbakeningen aangebracht.

1. Leeftijdsgrenzen

Hoewel in de definitie van 'de minderjarige' wordt gesproken, is deze richtlijn ook van toepassing op ongeborenen en op jeugdigen tot 23 jaar (bijvoorbeeld bij jeugdigen met een (lichte) verstandelijk beperking (LVB)). Alleen bij deze laatste groep is de richtlijn van toepassing op meerderjarigen.

2. Relatie pleger en slachtoffer

Deze richtlijn is van toepassing op kindermishandeling zowel in de privésfeer als wanneer gepleegd door 'andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat', dus van kindermishandeling door bijvoorbeeld de sporttrainer, docent of opvangleidster. Immers:

- voor de jeugdprofessional is bij het eerste signaal niet direct duidelijk wie de plegers zijn;
- wanneer de pleger iemand buiten het gezin is en ouders structureel verzuimen hun kind daartegen te beschermen, kan dit worden gezien als een vorm van verwaarlozing.

3. Andere vormen van huiselijk geweld

De richtlijn heeft ook betrekking op (het getuige zijn van) geweld tussen ouders onderling (partnergeweld, vechtscheiding) en tegen (stief)broertjes of (stief)zusjes.

2.2 Vormen van kindermishandeling

Kindermishandeling kan zich uiten in de volgende vormen:

1. lichamelijke (fysieke) mishandeling;
2. emotionele (psychische) mishandeling;
3. lichamelijke (fysieke) verwaarlozing;
4. emotionele (psychische) verwaarlozing;
5. seksueel misbruik;
6. combinaties van lichamelijke en emotionele mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.

Hieronder lichten we deze indeling kort toe.

In het vervolg van de richtlijn gebruiken we de algemene term 'kindermishandeling' voor de hierboven beschreven vormen. Alleen daar waar nodig gebruiken we de meer specifieke onderscheidende term.

1. *Lichamelijke mishandeling*

Onder lichamelijke mishandeling vallen alle vormen van lijfelijk geweld tegen een jeugdige. Bijvoorbeeld: slaan, stompen, schoppen, bijten, krabben, haren trekken, brandwonden toebrengen, letsel toebrengen met voorwerp, botbreuken toebrengen, (poging tot) wurging of smoren. De ernst van de mishandeling kan variëren van licht tot zeer ernstig of zelfs fataal. De frequentie en duur kunnen variëren van eenmalig tot structureel en langjarig. Bijzondere vormen van lichamelijke mishandeling zijn:

- *abusive head trauma* (shaken baby syndroom);
- vrouwelijke genitale verminking (meisjesbesnijdenis);
- gebruik van alcohol (FAS: Foetaal Alcohol Syndroom) of drugs tijdens de zwangerschap;
- 'er tussen komen' bij partnergeweld bij de ouders.

2. *Emotionele mishandeling*

Van emotionele mishandeling is sprake wanneer ouders niet-incidenteel vijandigheid of afwijzing jegens de jeugdige vertonen. Daartoe behoren bijvoorbeeld: uitschelden, manipuleren, kleineren, (be)dreigen, bang maken, isoleren, uitsluiten, opsluiten, te hoge eisen stellen op cognitief of ander gebied. Ook de niet passende 'inzet' van de jeugdige bij partnergeweld, een vechtscheiding of ziekte (parentificatie) kan onder emotionele mishandeling geschaard worden. Het getuige zijn (geweest) van partnergeweld tussen de ouders en mishandeling van broertjes of zusjes wordt eveneens gezien als emotionele mishandeling.

3. *Lichamelijke verwaarlozing*

Waar bij mishandeling sprake is van actief handelen, is bij verwaarlozing juist sprake van nalaten. Bij lichamelijke verwaarlozing laten ouders langdurig na om de jeugdige in voldoende mate te voorzien in de noodzakelijke basisbehoeften zoals voeding, kleding, onderdak, bescherming, (medische) verzorging, leefruimte. De ernst van de lichamelijke verwaarlozing kan variëren van licht tot ernstig of zelfs fataal. Verwaarlozing is, anders dan lichamelijke mishandeling, per definitie niet-incidenteel: "fysieke mishandeling kan plaatsvinden op zaterdagmiddag om vijf over twaalf; verwaarlozing niet" (Baartman, 2009).

4. *Emotionele verwaarlozing*

Van emotionele verwaarlozing is sprake wanneer ouders langdurig tekortschieten in responsiviteit en het geven van positieve aandacht aan de jeugdige. Jeugdigen moeten kunnen rekenen op liefde, warmte, geborgenheid, steun, ontwikkelingsruimte en (consequente) grenzen. Bijzondere vormen van emotionele verwaarlozing zijn:

- pedagogische verwaarlozing als verzamelnaam voor onvoldoende ouderlijk gezag en onvoldoende structuur;
- nalaten of belemmeren van inzet van noodzakelijke hulpverlening;
- educatieve verwaarlozing, oftewel het bewust toestaan van chronisch spijbelen, het niet registreren en inschrijven op school of het ontbreken van aandacht voor onderwijskundige noden. Ook het weigeren van een professioneel aangeraden beoordeling of behandeling voor onderwijskundige noden valt hieronder.

5. *Seksueel misbruik*

Hoewel seksueel misbruik in wezen een vorm van lichamelijke en emotionele mishandeling is, wordt dit doorgaans apart benoemd. Seksueel misbruik betreft alle seksuele activiteiten die een volwassene een jeugdige opdringt met als doel de seksuele behoefte van ouder(s) of derde(n) te bevredigen of financieel gewin te halen. De ernst kan variëren van licht (begluren, dwingen te kijken) tot ernstig (verkrachting, seksuele exploitatie) en van eenmalig tot frequent en langjarig. Seks met jeugdigen onder de 16 jaar is in Nederland strafbaar; daarboven wanneer dit onvrijwillig en ongelijkwaardig is, zoals bij verkrachting, vanzelfsprekend ook (Wetboek van Strafrecht).

6. *Combinaties van lichamelijke en emotionele mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.*

In de praktijk komen vaak combinaties van vormen van kindermishandeling voor.

Lichamelijke mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik hebben meestal ook een emotionele component.

Omgekeerd heeft emotionele mishandeling en verwaarlozing niet altijd ook een lichamenlijk component en komt seksueel misbruik vaak wel solitair voor, zonder dat er ook sprake is van andere vormen van kindermishandeling (met uitzondering van de eerder genoemde emotionele component). Een voorbeeld van een 'combinatievorm van mishandeling' is Pediatric Condition Falsification (PCF), voorheen aangeduid als het Münchhausen by proxy syndroom (MBPS). In het medisch handboek Kindermishandeling wordt PCF omschreven als 'een spectrum van minder en meer ernstige casuïstiek, waarbij een gezonde jeugdige als ziek of gehandicapt gepresenteerd wordt in het medische circuit door de ouder(s), of een zieke jeugdige wordt gepresenteerd met een ernstiger probleem dan hij of zij⁴ in werkelijkheid heeft, met schade tot gevolg' (Van de Putte, Kamphuis, & Kramer, 2013). Het spectrum omvat de volgende mogelijkheden:

- een overbezorgde angstige ouder, een ouder met gebrekkige kennis en een interpretatie van normale symptomen als ziekteverschijnselen;
- een ouder die, als gevolg van een psychiatrische ziekte, werkelijk denkt dat zijn of haar kind ziek is;

4 In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

- een ouder die een ander ziekteconcept heeft van de oorzaak van symptomen (bijv. 'mijn kind is "allergisch" voor alles');
- een ouder die falsificeert (verzint) of symptomen induceert (veroorzaakt).

2.3 Frequentie, duur en ernst

De ernst of gradatie van kindermishandeling wordt als volgt ingedeeld (Willems, 1999):

- 1 = licht (minst ernstig);
- 2 = matig (tamelijk ernstig);
- 3 = ernstig;
- 4 = zeer ernstig;
- 5 = (bijna) fataal (meest ernstig).

Voorbeelden van lichte tot (bijna) fatale kindermishandeling worden voorts ook genoemd in Willems (1999).

De ernst van kindermishandeling wordt niet alleen bepaald door de *heftigheid* van de mishandeling op enig moment, de *mate van* verwaarlozing of de *frequentie* van seksueel misbruik. Ook andere factoren spelen een rol, zoals de *chroniciteit* van slachtofferschap. Kindermishandeling is zelden een eenmalig incident en tegenwoordig wordt steeds meer gesproken van de 'chroniciteit van kindermishandeling' waarbij mishandeling en/of verwaarlozing een continue manier van interactie en opvoeden is geworden (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2011).

De impact van kindermishandeling op de jeugdige wordt naast de ernst van kindermishandeling bepaald door factoren zoals de *tijdigheid* waarmee gesignaleerd wordt, de (*ontwikkelings-*) *leeftijd* van de jeugdige, de *veerkracht* van de jeugdige, de reactie van andere volwassenen en professionals, en beschermende factoren zoals *coping-strategieën* en de *sociale steun* voor de jeugdige (o.a. Van de Putte et al., 2013). Zie ook hoofdstuk 4 over beschermende factoren.

De frequentie, duur en ernst van kindermishandeling moeten dan ook altijd in context worden gezien (zie Deel B).

2.4 Hoe vaak komt kindermishandeling voor?

Sinds 2005 wordt iedere vijf jaar de omvang van kindermishandeling in ons land gemonitord met de *Nederlandse Prevalentiestudie Mishandeling* (NPM; Alink et al., 2011).

Op basis hiervan kan het volgende worden gezegd over de omvang en aard van kindermishandeling in Nederland:

- de jaarprevalentie van kindermishandeling in al zijn verschijningsvormen is in Nederland naar schatting 3,4 procent. Dat wil zeggen dat er, op enig moment per jaar, 34 jeugdigen per 1000 worden mishandeld, verwaarloosd of misbruikt. Dit komt overeen met bijna 119.000 jeugdigen per jaar;
- van de scholieren in de leeftijd van 12 tot 17 jaar zegt 9,9 procent, dus 99 op de 1000, zich slachtoffer te voelen van kindermishandeling en dit in het voorafgaande jaar te hebben meegemaakt;

- in 45 procent van de gevallen van kindermishandeling komen combinaties van twee of meer vormen van mishandeling voor;
- verwaarlozing in alle vormen komt het meeste voor. De jaarprevalentie van lichamelijke verwaarlozing is naar schatting 8,1 procent (81 jeugdigen per 1000) en van onderwijs- en emotionele verwaarlozing 8,4 procent (84 per 1000);
- de jaarprevalentie (2010) van slachtofferschap van seksueel misbruik wordt op basis van de informantenstudie geschat op bijna 1 op de 1000 jeugdigen (0.1 %). Van de scholieren van 12 tot 17 jaar zeggen er 14 per 1000 (1,4%) in het afgelopen jaar gedwongen te zijn om te kijken naar de geslachtsdelen van een volwassene (binnen het gezin) of deze aan te raken.

Volgens de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014) is de omvang van het aantal slachtoffers van seksueel geweld (zowel binnen als buiten het gezin) veel groter. Volgens de Rapporteur heeft één op de tien meisjes tijdens de minderjarigheid wel eens (dus niet jaarprevalentie maar 'ooit'), tegen haar wil, manuele seks gehad en 5 tot 10 procent heeft ervaring met ongewilde orale seks of geslachtsgemeenschap.

Het aantal meldingen, adviezen en onderzoeken betreffende kindermishandeling bij Veilig Thuis steeg explosief sinds 2001 tot 60.000 per jaar, waarschijnlijk door de toegenomen aandacht voor kindermishandeling en meldingsbereidheid bij professionals. Vanaf 2012 lijken deze cijfers zich te stabiliseren (Jeugdzorg Nederland, 2014).

Hoeveel jeugdigen jaarlijks overlijden ten gevolge van kindermishandeling is in Nederland niet precies bekend. Kuyvenhoven, Hekkink en Voorn (1998) maakten op basis van vragenlijstonderzoek onder huisartsen en kinderartsen de schatting dat er 33 à 40 jeugdigen van 0 tot 12 jaar vermoedelijk overleden waren als gevolg van kindermishandeling in het jaar 1996.

Soerdjbalie-Maikoe, Bilo, Van den Akker en Maes (2010) bekeken de dossiers van alle gerechtelijke secties van minderjarigen (vanaf 24 weken zwangerschap tot 18-jarige leeftijd) in de periode 1996 tot 2009. Daaruit kwam naar voren dat er gedurende die periode gemiddeld jaarlijks 15 à 17 jeugdigen, direct of indirect, door kindermishandeling waren gestorven. In beide studies is waarschijnlijk sprake van onderrapportage.

2.5 Gevolgen van kindermishandeling

Het meemaken van kindermishandeling is schadelijk. De gevolgen kunnen direct en al tijdens de jeugd zichtbaar zijn. Daarnaast is er steeds meer wetenschappelijk bewijs dat kindermishandeling langdurige en niet- of moeilijk omkeerbare levenslange gevolgen heeft voor zowel de psychische als de lichamelijke gezondheid, inclusief de neurobiologische schade.

Ook de gevolgen van blootstelling aan partnergeweld tussen de ouders, als vorm van kindermishandeling, zijn schadelijk en vergelijkbaar met de gevolgen die jeugdigen ondervinden wanneer zij zelf mishandeld worden (Kitzman, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003).

2.5.1 Kortetermijgevolgen (in de jeugd merkbaar)

Directe en kortetermijgevolgen die al in de jeugd zichtbaar zijn, zijn bijvoorbeeld de volgende:

- Mishandelde jeugdigen hebben een twee tot drie keer hoger risico op een onveilige gehechtheid (Baer & Martinez, 2006; Van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans - Kranenburg, 1999).
- Kindermishandeling kan ernstige gevolgen hebben voor de psychosociale ontwikkeling van de jeugdige. Hoe jonger de jeugdige is ten tijde van de mishandeling en hoe langer de mishandeling voortduurt, des te ernstiger de impact is op de ontwikkeling (Cunningham, 2003). Onder andere kan daardoor de concentratie op school en bij spel verminderen. Uit onderzoek blijkt dat mishandelde jeugdigen gemiddeld een lagere opleiding voltooien en vaker speciaal (basis)onderwijs volgen dan niet-mishandelde jeugdigen (Jonson-Reid, Drake, Kim, Porterfield, & Han, 2004; Olds et al., 2004).
- Kindermishandeling verhoogt het risico op gedragsproblemen, zoals externaliserend gedrag (agressie, antisociaal gedrag) en internaliserend gedrag (angst, depressiviteit). Dit kan worden veroorzaakt doordat de ouders bijvoorbeeld onvoldoende grenzen stellen aan het gedrag van hun kind, of omdat de jeugdige het meegemaakte gedrag van de ouders herhaalt (Zahrt & Melzer-Lange, 2011).
- Mishandelde jeugdigen voelen zich niet gehoord of erkend en vooral jonge kinderen leggen de oorzaak voor de mishandeling vaak bij zichzelf, wat kan leiden tot een negatief zelfbeeld (Nanni, Uher, & Danese, 2012).
- Door diverse factoren die een rol spelen bij kindermishandeling kunnen psychische stoornissen ontstaan. Slachtoffers van mishandeling en verwaarlozing hebben een matig verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie (Cicchetti & Toth, 2005; Gilbert et al., 2009; Tennant, 2002). Ook kunnen herhaalde traumatische ervaringen leiden tot het ontwikkelen van een chronische posttraumatische stress-stoornis (CPTSS) (Gilbert et al., 2009).
- Er is consistent bewijs dat zowel lichamelijke als seksuele mishandeling leidt tot een verdubbeling van het risico op poging tot suïcide bij jongeren (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Widom, Weiler, & Cottler, 1999).
- Er is toenemend bewijs dat langdurige kindermishandeling een ongunstig effect heeft op de neurobiologische hersenontwikkeling van het jonge kind (Heim et al., 2000; Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008; Heim, Shugart, Craighead, & Nemeroff, 2010; Kaufman & Charney, 2001).

2.5.2 Langetermijnevolgen

Veel van de genoemde kortetermijnevolgen van kindermishandeling zoals angststoornissen, depressie, CPTSS, werken door tot in de volwassenheid of laten sporen na voor het leven. De zogenaamde Adverse Childhood Experiences (ACE)-studie (Felitti et al., 1998) heeft bewijs aangedragen voor de ongunstige langetermijnevolgen van negatieve ervaringen in de kindertijd of vroegkinderlijke traumatisering door kindermishandeling en andere problemen binnen het gezin (middelengebruik, psychische ziekte, geweld naar moeder, criminaliteit). Er blijkt een verband tussen het meemaken van negatieve ervaringen in de kindertijd en (het risico op) roken, ernstig overgewicht, lichamelijke inactiviteit, risicovol seksueel gedrag, een lager inkomen, depressieve stemming, laag zelfbeeld en poging tot suïcide. Hoe meer verschillende soorten negatieve ervaring men heeft meegemaakt, hoe hoger het risico.

Verder hebben slachtoffers van kindermishandeling op volwassen leeftijd een hoger risico – tot 50 procent - om als pleger of slachtoffer opnieuw betrokken te zijn bij mishandeling (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Edleson, 1999; Ronan, Canoy, & Burke, 2009). Wanneer de jeugdige heeft geleerd geweld te gebruiken in interpersoonlijk contact, kan dit patroon zich voortzetten naar de volwassenheid. De kinderen van deze slachtoffers, lopen vervolgens ook weer risico op kindermishandeling. Dit wordt 'intergenerationele overdracht van geweld' genoemd.

De directe en kortetermijnevolgen die al in de jeugd zichtbaar zijn kunnen beschouwd worden als signalen van kindermishandeling (zie ook hoofdstuk 5). Ze laten, samen met de bewezen langetermijnevolgen, zien dat het tijdig signaleren van kindermishandeling en adequaat handelen van professionals cruciaal is om de schade ten gevolge van kindermishandeling te beperken.

DEEL A (KENNIS): **risicofactoren,** **beschermende factoren** **en signalen**



Hoofdstuk 3

Risicofactoren voor kindermishandeling

In Deel A staat de *kennis* over risicofactoren, beschermende factoren en signalen van kindermishandeling centraal (wat vervolgens te doen wordt in Deel B besproken). In dit hoofdstuk wordt de onderstaande uitgangsvraag beantwoord.

Uitgangsvraag:

Wat zijn risicofactoren voor (verschillende vormen van) kindermishandeling?

3.1 Wat is een risicofactor?

Risicofactoren voor kindermishandeling zijn factoren (gedragingen, omstandigheden, kenmerken) die kindermishandeling voorspellen of de kans dat kindermishandeling voorkomt binnen een bepaalde populatie vergroten (Flisher et al., 1997; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001).

Een *signaal* van kindermishandeling is niet hetzelfde als een risicofactor; omgekeerd kunnen risicofactoren wel een signaalfunctie voor kindermishandeling hebben. Een signaal is een actueel teken of kenmerk bij de jeugdige dat er wat aan de hand is (de verklaring daarvoor kan kindermishandeling zijn maar dit kan ook een aandoening of andere verklaring hebben). Signalen worden in hoofdstuk 5 besproken.

3.2 Onderzoek naar risicofactoren

Voor deze richtlijn is gezocht naar systematische reviews en meta-analyses over risicofactoren voor kindermishandeling. In een systematische review worden met gestructureerde zoekstrategieën en met behulp van methodologische kwaliteitscriteria alle gepubliceerde studies op een bepaald terrein, in een bepaalde periode naast elkaar gezet en op basis daarvan conclusies getrokken. In een meta-analyse worden bovendien de kwantitatieve gegevens uit de afzonderlijke studies statistisch samengevat en gemiddeld tot één uitkomst (effectgrootte). Daardoor kunnen de conclusies van een meta-analyse met een grotere betrouwbaarheid worden gegeneraliseerd naar andere populaties dan die van de afzonderlijke studies, dan wanneer alleen wordt samengevat zoals in een review of wanneer alleen naar afzonderlijke studies zou worden gekeken.

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag zijn met name drie meta-analyses (De Jong & Meeuwse, 2014; Mulder, 2014; Stith et al., 2009) als basis gekozen omdat deze voor zover bekend, de enige in hun soort zijn en elkaar aanvullen. Ook zijn de resultaten van de NPM- 2010 meegenomen.

Stith et al. hebben in hun meta-analyse 155 studies samengevoegd waarin de samenhang tussen allerlei verschillende risicofactoren en het risico op verschillende vormen van kindermishandeling is vastgesteld. Uit de set van studies werden 39 risicofactoren geselecteerd waarover samenhangen met fysieke mishandeling en verwaarlozing werden gerapporteerd. De 39 risicofactoren hebben Stith et al. ingedeeld in vier groepen, namelijk: factoren met betrekking tot de ouder, tot jeugdige, tot de ouder-kind interactie en met betrekking tot het gezin. Per groep is een meta-analyse verricht. Deze indeling van risicofactoren is gebaseerd op het 'transactioneel ecologisch model van gedragsverandering' (Bronfenbrenner, 1979; 2000; Lynch & Cicchetti, 1998)

dat onderscheid maakt tussen het ontogene systeem, het micro- meso en macrosysteem oftewel: factoren in de jeugdige zelf, factoren in de nabije gezins- en factoren in verdere omgeving. De meta-analyse van Stith et al. kent echter enkele methodologische beperkingen die de validiteit van de uitkomsten mogelijk beperken. Om te beginnen hebben Stith et al. geen moderator analyses gedaan op de primaire studie-uitkomsten, waardoor niet bekend is in hoeverre studiekenmerken zoals de steekproef, de gebruikte meetinstrumenten of de opzet van de studie samenhangen met de gevonden uitkomsten in die studie (Rose, Holmbeck, Coackley, & Franken, 2004). Verder hebben Stith et al. slechts één databank van studies geraadpleegd (Psychinfo) en is de uitkomst van de meta-analyse niet gecorrigeerd voor het zogenaamde 'bureaulade probleem' waarbij (ongepubliceerde) studies die geen significante uitkomsten hebben, ten onrechte in de kast blijven liggen (Rosenthal, 1995). Hierdoor kunnen de uitkomsten van Stith et al. iets naar boven toe vertekend zijn. Tenslotte hebben zij geen rekening gehouden met het feit dat sommige studies meerdere databronnen bevatten voor de gegevens met betrekking tot één bepaalde risicofactor. Per studie zijn de uitkomsten met betrekking tot risicofactoren gemiddeld, waardoor het gevaar aanwezig is dat alle uitkomsten naar het midden toe getrokken worden.

Een recent verschenen masterthesis van Mulder (2014) van een meta-analyse geeft een update van de meta-analyse van Stith et al. door recente studies op te nemen en de genoemde methodologische beperkingen in de meta-analyse van Stith et al. te omzeilen. De masterthesis is als excellent (cijfer 9) beoordeeld en is tot stand gekomen binnen een programma van de faculteit (forensische) orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam (UvA), onder leiding van Drs. M. Assink en Prof. GJ. Stams. Een gesprek heeft plaatsgevonden tussen ontwikkelaars van de richtlijn en de UvA. Om die redenen, en omdat er geen vergelijkbare studies beschikbaar waren, is er voor gekozen om deze meta-analyse mee te nemen in de richtlijn.

Mulder voerde een multi-level meta-analyse uit op 34 geïncludeerde recente primaire studies, die samen data bevatten over 128 afzonderlijke risicofactoren, en 468 effectgroottes rapporteren. Voor het berekenen van een overall effect van alle geïncludeerde risicofactoren, en voor het uitvoeren van de moderator analyses, is gebruik gemaakt van een 'multi-level random-effects' model (Hox, 2002; Van den Noortgate & Onghema, 2003). Data zijn gezocht in een vijftal wetenschappelijke databases en er is op twee manieren gecontroleerd voor het 'bureaulade probleem'. De set van studies bleek homogeen. Na uitvoering van moderator analyses, bleken er geen significante samenhangen te bestaan tussen de kenmerken van de studies (onder andere gekozen onderzoeksdesign; methode van dataverzameling; herkomst data) en de studie-uitkomsten. Ook kenmerken van de steekproef (onder andere etniciteit; SES; opleidingsniveau) bleken niet van invloed op de uiteindelijke resultaten. Dit vormt een belangrijke indicatie voor de betrouwbaarheid van de uitkomsten van deze meta-analyse.

Mulder heeft, net als Stith et al., in navolging van Bronfenbrenner (1997; 2000) en Lynch en Cicchetti (1998), de afzonderlijke risicofactoren in 'domeinen' ingedeeld, waarbij nauw verwante factoren zijn geclusterd. Daarnaast maakt hij onderscheid tussen *statische* (onveranderbare) en *dynamische* (veranderbare) risicofactoren (Douglas & Skeem, 2005) met het oog op risicotaxatie, preventie en interventie (onder andere Douglas & Skeem, 2005; Lodewijks & Van Domburgh, 2012).

Een clustering in 25 domeinen maakt het mogelijk om uitspraken te doen over welk van deze domeinen de grootste voorspellende waarden hebben, en zodoende welke clusters van

risicofactoren het meest van belang zijn voor (preventieve) interventies, beleid, en risicotaxaties. De uitkomsten van Mulder tonen aan dat alle vier de bestudeerde domeinen van risicofactoren, namelijk: factoren met betrekking tot de jeugdige zelf, de ouder, het gezin en de ouder-kind interactie significant samenhangen met het voorkomen van kindermishandeling. Deze uitkomsten onderstrepen de relevantie van de ecologische benaderingswijze. Wel bleek dat de factoren met betrekking tot de ouder relatief belangrijk zijn. Van de vijf sterkste voorspellers zijn er drie die met de ouders te maken hebben. De sterkste risicofactoren volgens Mulder zijn grafisch weergegeven in Figuur 1.

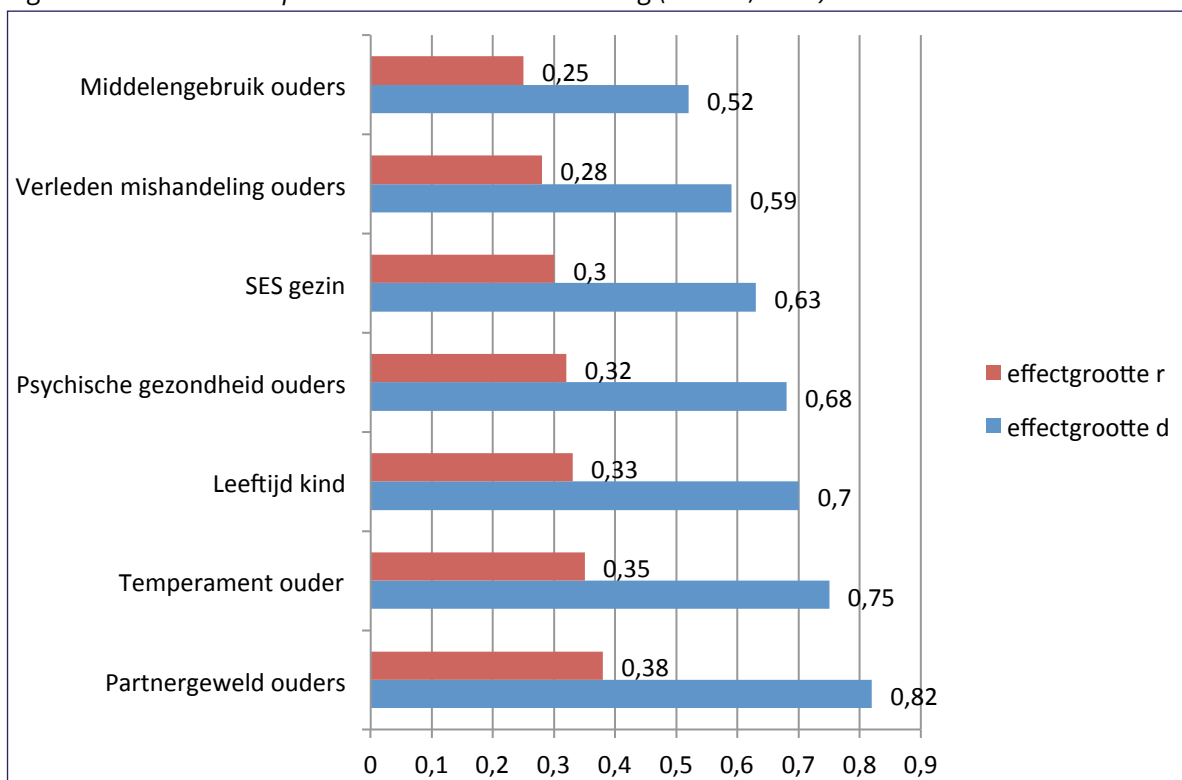
Mulder hanteert in zijn masterthesis alleen de effectgrootte d ('difference') voor het verschil tussen twee groepen, terwijl Stith et al. zowel d als de correlatie coëfficiënt r hanteren als effectmaat. Beide maten kunnen naar elkaar omgerekend worden (Rosenthal, 1984). Om de uitkomsten van beide meta-analyses goed te kunnen vergelijken hebben we gebruik gemaakt van de volgende formules:

- $r = d / \sqrt{d^2 + a}$ met $a = ((n_1 + n_2) / (n_1 * n_2))$ met n_1 = steekproefgrootte groep 1 en n_2 = steekproefgrootte groep 2
- $d = (2r) / (\sqrt{1 - r^2})$

In onderstaande figuren geven we de uitkomsten van Mulder op beide maten. Het voordeel van r is dat deze maat makkelijker te interpreteren is in deze context, namelijk als de sterkte van het verband tussen een specifieke risicofactor en het feit dat mishandeling voorkomt.

De effectgrootte r ligt tussen -1 en 1. Cohen's d ligt meestal tussen -2 en + 2 (Cohen, 1992). Wij hanteren de richtlijnen van Cohen voor de interpretatie van beide effectgroottes.

Figuur 1. Sterkste voorspellers van kindermishandeling (Mulder, 2014)



Criteria van Cohen (1992) voor de interpretatie van effectgroottes:

$r = 0.10 - < 0.30$ klein; $r = 0.30 - < 0.50$ middel; $r \geq 0.50$ groot effect.

$d = 0.20 - < 0.50$ klein; $d = 0.50 - < 0.80$ middel; $d \geq 0.80$ groot effect

De sterkste voorspeller 'partnergeweld tussen ouders' ($d = 0.82$; $p < .001$) heeft een groot effect op de prevalentie van kindermishandeling, uitgaande van de criteria van Cohen (1992). Alle overige risicofactoren hebben volgens de criteria van Cohen een matig effect.

3.3 Indeling van risicofactoren

Voor een indeling van risicofactoren is het Ecologisch model van gedragsverandering, van Bronfenbrenner (1979; 2000) gangbaar. Andere modellen die nadien zijn verschenen (Belsky, 1980; 1993; Lynch & Cicchetti, 1993; 1998) zijn gebaseerd op dit model. Bronfenbrenner maakt onderscheid tussen het zogenaamde ontogene systeem, het micro- meso en macrosysteem waarin groepen factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van het kind tot volwassene, kunnen worden ingedeeld:

- factoren in de jeugdige zelf;
- factoren in de directe omgeving (ouders, het gezin, familie);
- factoren in de nabije omgeving (de school, kerk, buurt, sportclub, etc.);
- factoren in de omgeving verder weg (cultuur, maatschappij als geheel).

Later voegde hij daar het 'chronosysteem' aan toe waardoor het tijdsaspect wordt belicht. Dit 'systeem' loopt dwars door de eerder genoemde systemen heen en laat patronen zien die door de tijd, als 'levensfasen' kunnen ontstaan en ook de invloeden vanuit andere systemen medebepalen. Voorbeelden van dergelijk 'levensfasen' zijn: scheiding, een verhuizing, daling van het gezinsinkomen. Zie ook paragrafen 2.3 en 2.5.

Om aan te geven of een bepaalde moderator variabele inderdaad een significant effect heeft op de studie-uitkomsten van een set van studies is het gangbaar om *Fisher Z* te hanteren. *Fisher Z* is een transformatie van de effectmaat r (Mullen, 1989). Ook Mulder gebruikt *Fisher Z* om de relatieve zwaarte van een moderator aan te geven. Mulder (2014) maakt in zijn meta-analyse onderscheid tussen *statische* en *dynamische* risicofactoren. Statische factoren zijn onveranderbare factoren zoals leeftijd, geslacht etc. Dynamische factoren zijn wel veranderbaar en betreffen bijvoorbeeld de interactie tussen ouder en kind, partnergeweld etc. Veranderbare factoren zijn relevant met het oog op interventie.

3.4 Overzicht van risicofactoren voor kindermishandeling

Hieronder volgt een overzicht van risicofactoren voor kindermishandeling, ingedeeld naar de systemen van Bronfenbrenner (1979; 2000). Deze factoren zijn gevalideerd in wetenschappelijke studies (zie de onderbouwing; Vink, De Wolff, Broerse, & Kamphuis, 2015), dat wil zeggen dat aangetoond is dat er een redelijk tot sterk verband is tussen deze factoren en het vóórkomen van kindermishandeling. Dat wil echter niet zeggen dat dat verband er ook altijd is in individuele gevallen, of dat het vóórkomen van een risicofactor per definitie leidt tot kindermishandeling. Ook kan er risico op kindermishandeling blijken op basis van factoren die niet op onderstaande lijst staan. Niet alle factoren zijn namelijk in goede wetenschappelijke studies onderzocht. De invloed van risicofactoren verschilt per situatie van kindermishandeling en moet altijd in de context en in samenhang met andere risicofactoren en beschermende factoren (Hoofdstuk 4) worden geïnterpreteerd (zie Deel B).

Algemeen wordt aangenomen dat kindermishandeling geen eenduidige oorzaak heeft, maar vrijwel altijd het gevolg is van een combinatie en opeenstapeling van risicofactoren (MacKenzie,

Kotch, & Lee, 2011; Mulder, 2014; Van Rooijen et al., 2013). Van sommige (groepen van) risicofactoren kan echter wel gezegd worden dat die zwaarder wegen dan andere factoren. De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling blijken de factoren te zijn die puur met de ouder(s) of verzorger(s) te maken hebben. Deze factoren vormen bovendien een groter risico wanneer die bij beide ouders worden gevonden, zo blijkt uit een recente meta-analyse (Mulder, 2014). De belangrijkste risicofactoren die met goed wetenschappelijk onderzoek zijn onderbouwd (Alink et al., 2011; Mulder, 2014; Stith et al., 2009) worden hieronder weergegeven.

De belangrijkste factoren bij de ouder(s):

Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- partnergeweld;
- psychische en psychiatrische problemen zoals depressie;
- temperament, prikkelbaarheid, hyperreactiviteit;
- ouder heeft kindermishandeling in de jeugd meegemaakt en/of was getuige van partnergeweld;
- ongewenste zwangerschap.

Lage voorspellende waarde:

- alcoholmisbruik en drugsgebruik;
- gezondheidsproblemen;
- crimineel gedrag;
- laag gevoel van eigenwaarde;
- veel persoonlijke stress;
- gering probleemoplossend vermogen of lage intelligentie.

De belangrijkste factoren in en om het gezin:

Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- geringe samenhang of cohesie in het gezin;
- veel conflicten in het gezin.

Lage voorspellende waarde:

- lage SES (sociaaleconomische status) of werkloosheid;
- geringe sociale steun;
- status als nieuwe allochtoon of vluchteling;
- alleenstaande ouder;
- groot gezin.

De belangrijkste factoren in de ouder-kind interactie:

Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- ouder ziet de jeugdige als een probleem.
- gebruik van fysieke straf;
- geen goede gehechtheidsrelatie.

Lage voorspellende waarde:

- opvoedingsstress.

De belangrijkste factoren bij de jeugdige:

Middelmatig tot grote voorspellende waarde:

- erg jonge leeftijd (< 3 jaar).

Lage voorspellende waarde:

- geringe fysieke gezondheid;
- internaliserend probleemgedrag;
- externaliserend probleemgedrag;
- gebrekkige sociale vaardigheden.

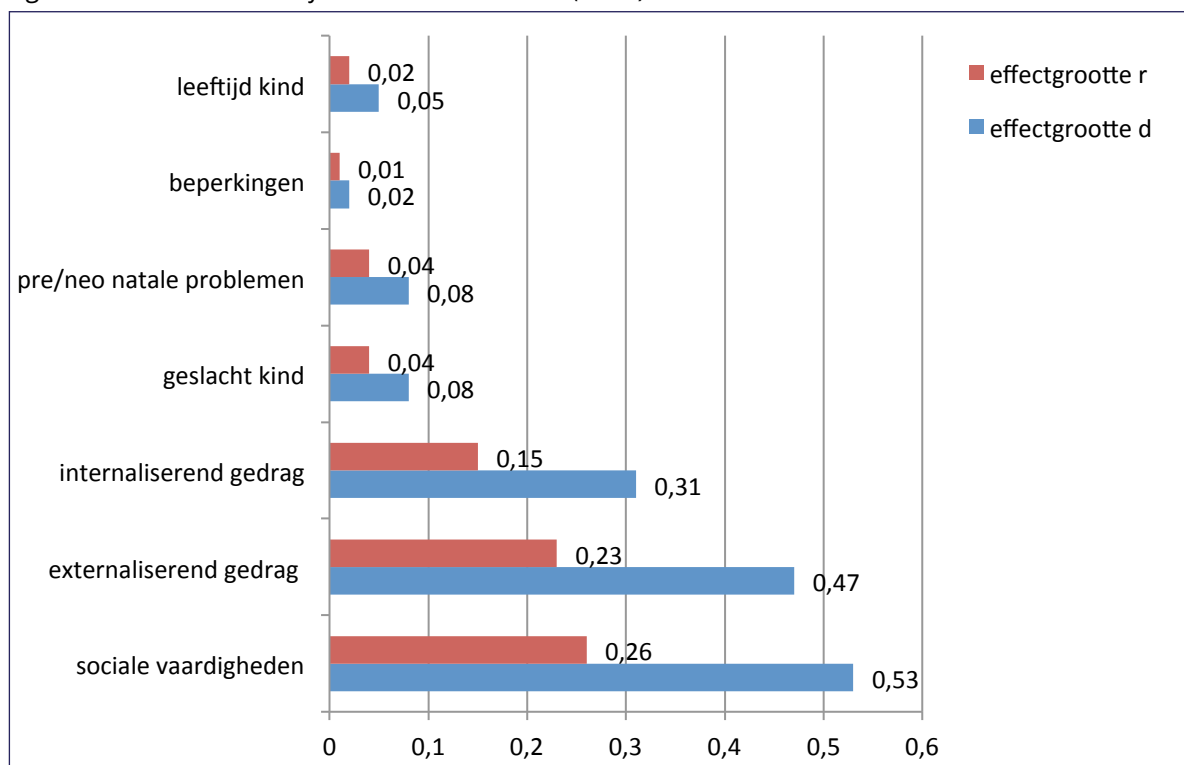
Een aantal (groepen) factoren wordt hierna toegelicht.

3.4.1 Factoren bij het kind

Als we naar de jeugdige zelf kijken, dan zijn er volgens Stith et al. (2009) middelgrote associaties tussen de sociale vaardigheden ($d = 0.53$; $p < .001$) en externaliserend probleemgedrag ($d = 0.47$; $p < .001$) van de jeugdige enerzijds, en het feit van de mishandeling anderzijds (zie Figuur 2). Mulder (2014) rapporteert daarentegen kleine effecten van externaliserende problemen ($d = 0.27$; $p > .05$) en internaliserende problemen bij jeugdigen ($d = 0.20$; $p < .05$) op het voorkomen van kindermishandeling.

Ook over de vraag of kinderen met een beperking meer kans hebben om mishandeld te worden, verschillen de onderzoeksuitkomsten. In de meta-analyse van Stith et al. werd een zwakke samenhang vastgesteld tussen het hebben van beperkingen of problemen rond de geboorte en het optreden van mishandeling (Figuur 2). Dit lijkt strijdig met eerder gevonden gematigde samenhang tussen sociale vaardigheden van het kind en kindermishandeling, aangezien juist kinderen met een beperking gemiddeld genomen minder sociale vaardigheden hebben en meer probleemgedrag laten zien. Andere studies constateren ook dat kinderen met een beperking een significant grotere kans hebben om slachtoffer te worden van mishandeling (Dubowitz et al., 2011). Echter, deze uitkomsten worden niet in alle studies bevestigd. Wu et al. (2004) vonden bijvoorbeeld dat kinderen die te vroeg geboren zijn of een te laag geboortegewicht hebben, meer mishandeling meemaken, mogelijk door hun verblijf in de couveuse waardoor de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind moeilijker verloopt. Een andere verklaring is dat juist ouders met een ongezonde leefstijl zoals roken een grotere kans op vroeggeboorte of een baby met laag geboortegewicht hebben. Door Mulder werd een klein, niet-significant effect vastgesteld van de factor 'fysieke gezondheid van het kind' ($d = 0.27$; $p > .05$) op mishandeling.

Figuur 2. Uitkomsten kindfactoren in Stith et al. (2009).



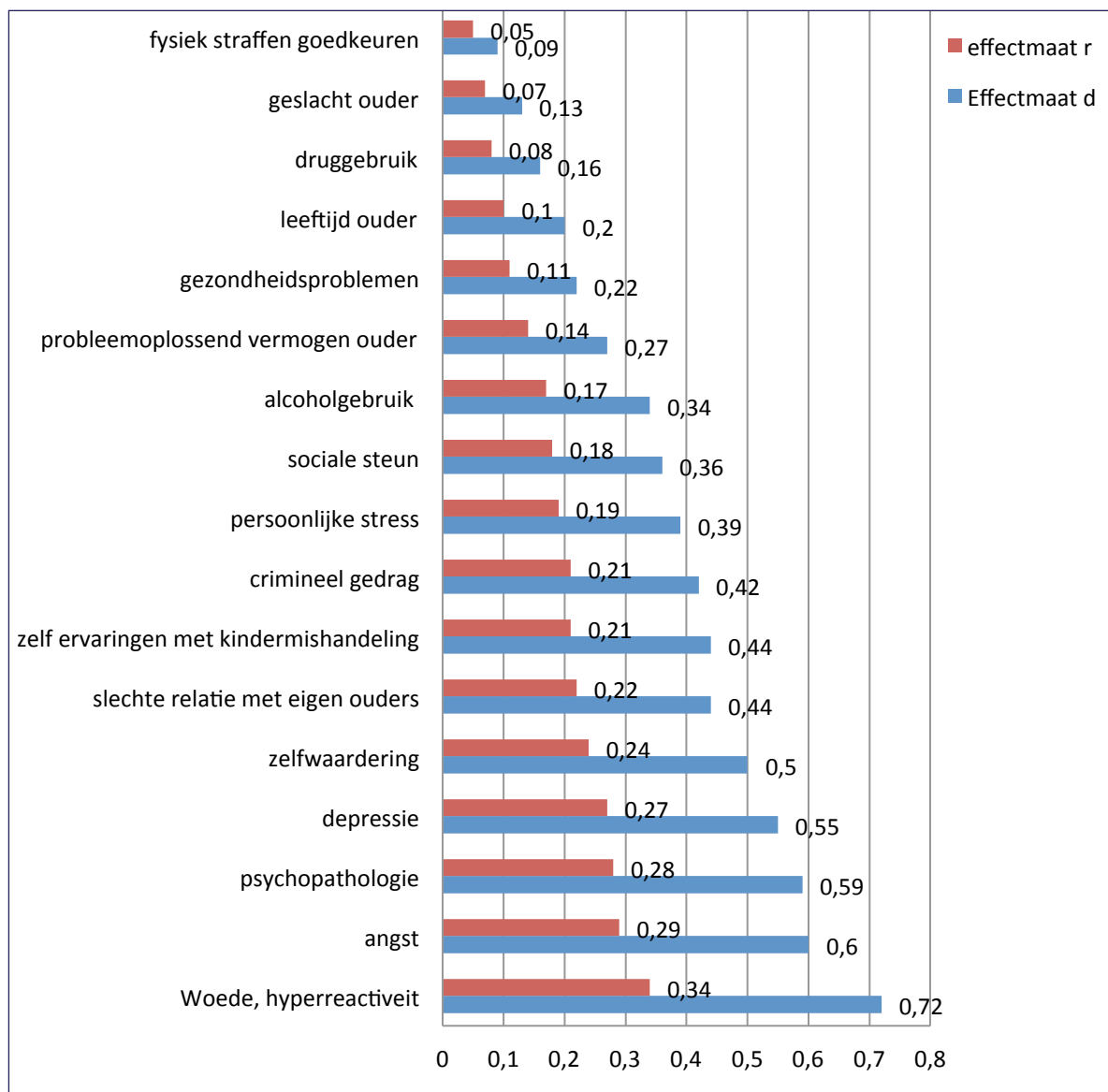
Criteria van Cohen (1992) voor de interpretatie van effectgroottes:
 $r = 0.10 - < 0.30$ klein; $r = 0.30 - < 0.50$ middel; $r \geq 0.50$ groot effect.
 $d = 0.20 - < 0.50$ klein; $d = 0.50 - < 0.80$ middel; $d \geq 0.80$ groot effect

In de meta-analyse van Mulder komt (een jonge) leeftijd van de jeugdige als een middelgroot gemiddeld effect op kindermishandeling naar voren ($d = 0.70, p < .001$). Ook in de Nederlandse NPM-2010 komen jeugdigen onder de 3 jaar twee keer zo vaak voor in de groep mishandelde jeugdigen dan in de algemene Nederlandse bevolking. Jonge kinderen zijn relatief vaak slachtoffer van lichamelijke mishandeling en van emotionele verwaarlozing. Daarbij is er geen verschil tussen jongens en meisjes. Alleen seksueel misbruik lijkt significant meer bij meisjes voor te komen dan bij jongens (vanwege de geringe prevalentie van seksueel misbruik kon dit in de NPM-2010 niet statistisch significant genoemd worden). Ten aanzien van het geslacht van de jeugdige wordt door Mulder als een van de weinige risicofactoren géén significante effecten gevonden ($d = 0.07, p > .10$).

3.4.2 Factoren bij de ouder(s)

In figuur 3 worden de bevindingen van Stith et al. (2009) weergegeven voor wat betreft ouderfactoren.

Figuur 3. Uitkomsten ouderfactoren in Stith et al. (2009)



Criteria van Cohen (1992) voor de interpretatie van effectgroottes:
 $r = 0.10 - < 0.30$ klein; $r = 0.30 - < 0.50$ middel; $r \geq 0.50$ groot effect.
 $d = 0.20 - < 0.50$ klein; $d = 0.50 - < 0.80$ middel; $d \geq 0.80$ groot effect

De etniciteit van de ouder(s) heeft volgens Mulder (2014) geen significant effect op het voorkomen van kindermishandeling ($d = 0.07, p > .10$). Op het gehele domein van ouderfactoren vertonen de statische ouderlijke factoren gemiddelde effectgroottes ($d = 0.50, p < .001$).

In de meta-analyse van Stith et al. werd het sterkste effect gevonden voor prikkelbaarheid van de ouder: $d = 0.72 (p < .001)$. Ouders die hun kinderen mishandelen reageren significant negatiever en heftiger op prikkels of stimuli in laboratorium testen of geven dat zelf aan op een vragenlijst, dan ouders die niet mishandelen. Een middelgroot effect van ouderlijke persoonlijkheid en temperament op kindermishandeling wordt ook door Mulder gevonden ($d = 0.75; p < .001$).

Verder komt in de meta-analyse Stith et al. naar voren dat psychische of psychiatrische problemen, zoals depressie, emotionele instabiliteit en een gebrek aan eigenwaarde bij de ouder in redelijke mate samenhangt met het voorkomen kindermishandeling. In Mulder (2014) is dit ook een middelgroot gemiddeld effect (geestelijke gezondheid: $d = 0.68$; $p < .001$). Andere studies bevestigen dit beeld: ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen hebben relatief vaak last van psychische of psychiatrische problemen, zoals depressie, emotionele instabiliteit en een laag gevoel van eigenwaarde (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2009; Dubowitz et al., 2011; Lee, Taylor, & Bellamy, 2012; MacKenzie, Nicklas, Brooks-Gunn, & Waldfogel, 2011; Ronan et al., 2009; Sidebotham & Heron, 2006).

Ouders die zelf als kind mishandeld zijn of andere negatieve ervaringen in gezinsomstandigheden hebben meegemaakt, lopen een groter risico om hun eigen kind te mishandelen (Chicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Edleson, 1999; Ronan et al., 2009). Het hebben ervaren van mishandeling door één of beide ouders is met name een risicofactor voor fysieke mishandeling, blijkt uit de meta-analyse van Stith et al. ($d = 0.44$; $p < .001$). Ook in Nederland is de aanwezigheid van een moeder die in haar jeugd getuige was van geweld of die zelf te maken had met seksueel misbruik een sterke risicofactor voor kindermishandeling (Bouwmeester-Landweer, 2006; Klein Velderman & Pannebakker, 2008).

Mulder (2014) vindt ten aanzien van de risicofactor 'ouderlijke intergenerationale overdracht' een middelgroot effect zien ($d = 0.59$, $p < .001$). De meningen zijn verdeeld over de effectgrootte van intergenerationale overdracht van geweld (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2009; Ertem, Leventhal, & Dobbs, 2000). Volgens Thornberry et al. (2014) bestaat het risico op intergenerationale overdracht van (kinder)mishandeling met name wanneer dit begint in de adolescentie of vanaf de kindertijd doorzet in de adolescentie, mogelijk omdat er dan vaak ook sprake zal zijn van ernstig geweld.

Dixon et al. (2009) benadrukken dat intergenerationale overdracht van mishandeling nooit 'automatisch' verloopt. Voor intergenerationale overdracht van kindermishandeling zijn méér risicofactoren nodig zijn dan alleen het ervaren van mishandeling in de jeugd. Intergenerationele overdracht (binnen een jaar na geboorte) blijkt bij 6,7 procent van de ouders die zelf mishandeld zijn, voor te komen; de rest doorbreekt de cirkel. Belangrijke beschermende of cirkel-doorbrekende factoren waren: de afwezigheid van financiële problemen en het beschikken over een sociaal netwerk. Dixon et al. benadrukken daarmee het belang van vroege ondersteuning van ouders die zelf mishandeld zijn in de jeugd.

Tenslotte blijkt ouderlijke verslaving aan alcohol of drugs een risicofactor te zijn voor mishandeling. In de meta-analyse van Stith et al. gaat het om een kleine, maar significante effectgroottes ($d = 0.16$; $p < .05$), terwijl dit in Mulder een middelgroot gemiddeld effect geeft ($d = 0.52$, $p < .001$). Andere studies laten zien dat naar schatting de helft van de fysiek mishandelende ouders verslavingsproblemen heeft (Berger, 2004; Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2009; Gilbert et al., 2009; Ronan et al., 2009; Williams, Tonmyr, Jack, Fallon, & MacMillan, 2011).

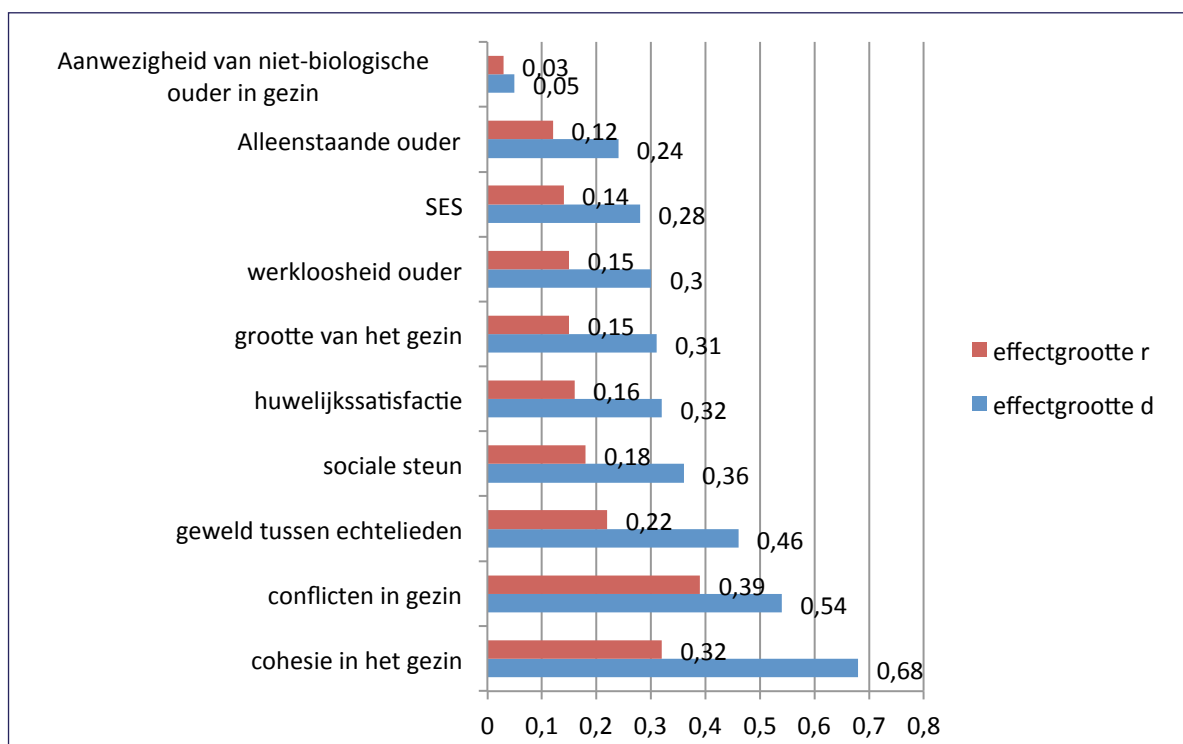
Partnergeweld tussen de ouders wordt door Mulder geschaard onder ouderfactoren; door Stith et al. onder gezinsfactoren. Voor het signaleren is dit arbitrair, maar wanneer risicofactoren geclusterd worden vergeleken in domeinen, vindt Mulder de meeste en grootste gemiddelde effecten van risicofactoren op het voorkomen van kindermishandeling in het domein betreffende de *ouders*, met name wanneer dit *beide* ouders betreft ($d = 0.54, p < .001$), te weten (zie ook Figuur 4):

- partnergeweld tussen ouders;
- persoonlijkheid en temperament (agressie) van ouders;
- psychische en psychiatrische problemen (depressie) bij ouders;
- alcoholmisbruik en drugsgebruik door ouders;
- intergenerationele overdracht: ouder heeft kindermishandeling in de jeugd meegemaakt en/of was getuige van partnergeweld.

3.4.3 Factoren in de (leef)omgeving

In de meta-analyse van Stith et al. (2009) worden matige effectgroottes gevonden voor omgevingsfactoren zoals conflicten ($d = 0.46; p < .001$) cohesie ($d = 0.68; p < .001$) en geweld tussen de ouders ($d = 0.46; p < .001$); zie figuur 4. Meer globale kenmerken zoals sociaal economische status (SES) en de grootte van het gezin hangen veel minder sterk samen met mishandeling (SES: $d = 0.28; p < .001$; gezinsgrootte: $d = 0.31; p < .001$).

Figuur 4. Uitkomsten gezinsfactoren in Stith et al. (2009)



Criteria van Cohen (1992) voor de interpretatie van effectgroottes:
 $r = 0.10 - < 0.30$ klein; $r = 0.30 - < 0.50$ middel; $r \geq 0.50$ groot effect.
 $d = 0.20 - < 0.50$ klein; $d = 0.50 - < 0.80$ middel; $d \geq 0.80$ groot effect

Wat de sociale context van de opvoedingssituatie betreft: Stith et al. rapporteren zwakke, maar significante samenhangen tussen werkloosheid en mishandeling ($d = 0.30$; $p < .001$) en tussen alleenstaand ouderschap en mishandeling ($d = 0.24$; $p < .001$). Deze uitkomst wordt sterker in Nederlands onderzoek gevonden: in de NPM- 2010 bleek dat in ongeveer een derde van de gezinnen waar mishandeling voorkomt, geen van beide ouders betaald werk hebben. Dat is 4,8 keer meer dan het geval is in de algemene Nederlandse bevolking. Ook alleenstaand ouderschap blijkt aanmerkelijk meer voor te komen in gezinnen waarbij sprake is van kindermishandeling. Het risico op mishandeling is 4,6 keer hoger in gezinnen waar slechts een ouder aanwezig is (Alink et al., 2011). Ook Mulder vindt een middelgroot gemiddeld effect op SES-factoren zoals werkloosheid of het hebben van een uitkering ($d = 0.63$, $p < .001$).

In de studie van Mulder komt partnergeweld naar voren als sterkste voorspeller van kindermishandeling (als getuige dan wel als zelf mishandeld worden). Op dit domein is de grootste effectmaat gevonden in relatie tot kindermishandeling ($d = 0.82$, $p < .001$).

De studie van Sidebotham en Heron (2006), een grote Britse studie onder meer dan 14.000 gezinnen, heeft laten zien dat lage SES en de daarmee gepaard gaande deprivatie, een sterke risicofactor is voor kindermishandeling. Volgens Sidebotham en Heron (2006) zijn lage SES, laag opleidingsniveau, en het hebben van psychiatrische problemen de sterkste risicofactoren voor kindermishandeling. Nederlands onderzoek bevestigt dit beeld: het risico op kindermishandeling is bijna zeven keer groter in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders en werkloosheid van beide ouders vergroot het risico hierop met maar liefst ruim vijf keer (Alink et al., 2011; Klein Velderman & Pannebakker, 2008; Van Ijzendoorn et al., 2007).

Wanneer breder werd gekeken naar de woon- en leefcontext van gezinnen waarbij sprake is van mishandeling dan blijkt dat deze gezinnen relatief vaak in buurten wonen die gekenmerkt worden door een gebrek aan sociale voorzieningen, met veel criminaliteit, drugsproblematiek, armoede en achterstand (Coulton, Crampton, Irwin, Spilsbury, & Korbin, 2007; Gilbert et al., 2009; Kooijman & Wolzak, 2004).

Daarnaast hangen de volgende buurtkenmerken samen met hogere kindermishandelingscijfers, zoals een buurt waar mensen voortdurend verhuizen ('residential instability'), veel leegstand en overbevolking (Coulton et al., 2007). Problemen als werkloosheid, armoede en slechte huisvesting veroorzaken stress en kunnen het ontstaan en voortbestaan van kindermishandeling bevorderen (Berger, 2004; Dubowitz et al., 2011; Slack et al., 2011).

Armoede betekent echter niet automatisch dat ouders hun kind verwaarlozen of mishandelen. Slack et al. (2011) pleiten ervoor om onderscheid te maken tussen gezinnen die in armoede leven, maar wel goed voor hun kind kunnen zorgen ondanks financiële problemen, en gezinnen die in armoede leven en ook niet goed voor hun kind zorgen. Self-efficacy blijkt daarbij een beschermende factor te zijn: ouders die vertrouwen hebben in de mogelijkheden die zij zelf hebben om hun problemen aan te pakken, bleken in het onderzoek van Slack et al. minder vaak hun kind(eren) te verwaarlozen.

Een allochtone achtergrond is niet meegenomen als risicofactor in de meta-analyse van Stith et al. In de NPM-2010 wordt vastgesteld dat met name nieuwe allochtonen in Nederland een verhoogd risico hebben om hun kinderen te mishandelen, ook als gecorrigeerd wordt voor opleiding en werk (lage SES). Wanneer bij het kenmerk traditioneel-allochtoon gecorrigeerd wordt op lage SES, valt het effect op kindermishandeling goeddeels weg. In de groep nieuwe allochtonen waarbij de ouders afkomstig zijn uit Afrika (uitgezonderd Marokko), Oost-Europa, Zuid- en Midden-Amerika en West-Azië, wordt kindermishandeling mogelijk toegeschreven aan de vluchtelingenstatus van een deel van deze groep en traumatische ervaringen die de ouders hebben opgedaan in het land van herkomst.

3.4.4 Factoren in de ouder-kind interactie

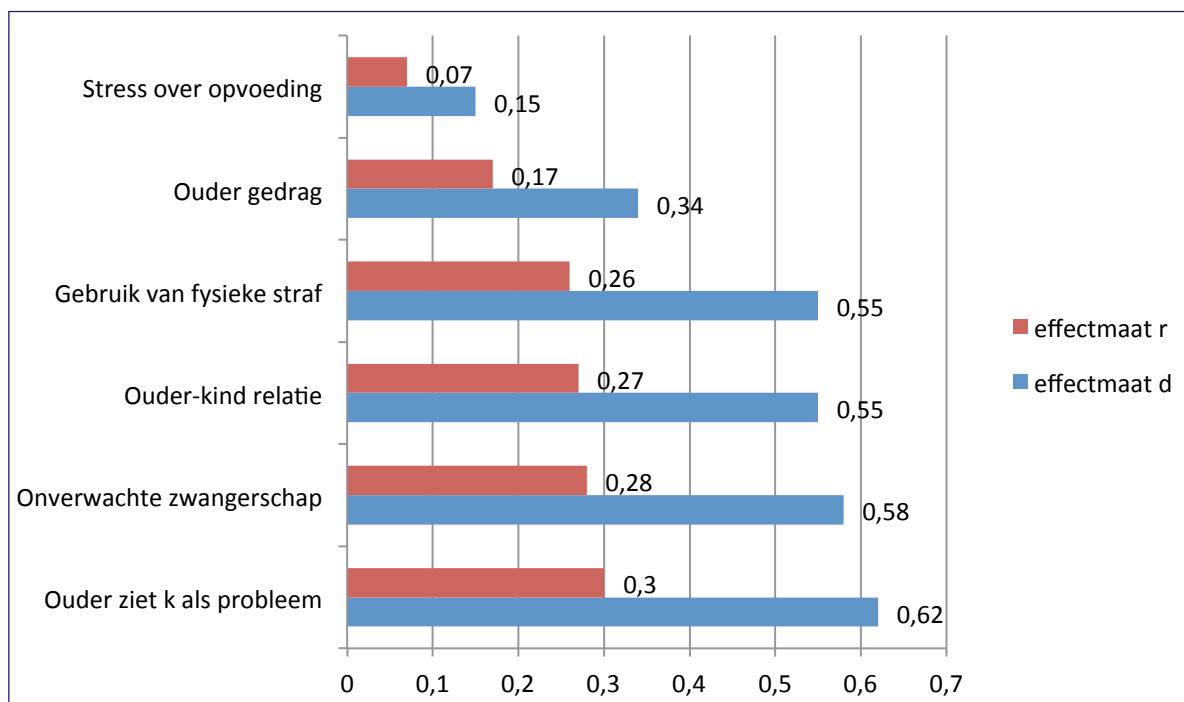
In een andere meta-analyse (Wilson, Rack, Shi, & Norris, 2008) zijn 33 observationele studies samengevoegd waarbij het oudergedrag in gezinnen waar mishandeling voorkomt werd vergeleken met het gedrag van ouders in gezinnen waar geen sprake is van mishandeling. Verondersteld werd dat ouders in mishandelende gezinnen minder vaardig zijn in het disciplineren van hun kinderen: ze reageren meer extreem en schrijven eerder vijandige motieven aan hun kinderen toe bij ongewenst gedrag van hun kind (*attributie*). Wilson et al. (2008) hebben drie oudergedragingen van ouders in de interactie met hun kinderen in kaart gebracht:

- *aversief gedrag*: een verzamelterm voor negatief, vijandig, agressief gedrag van de ouder richting de jeugdige al dan niet vergezeld van negatief, vijandig, afkeurend commentaar.
- *positief gedrag*, als verzamelterm voor plezierige interactie met de jeugdige zoals samen plezier hebben eventueel vergezeld van positieve, prijzende opmerkingen, benoemen van gewenst gedrag.
- *betrokkenheid* van de ouder als verzamelterm voor warmte, interesse tonen, vragen stellen, uitleggen, aandacht tonen of begrip hebben voor de jeugdige en wat het doet.

Op alle drie de oudergedragingen vonden Wilson et al. middelgrote gemiddelde effectgroottes: ouders in mishandelende gezinnen vertonen significant meer aversief gedrag ($d = 0.40$), minder positief gedrag ($d = 0.47$), en minder betrokkenheid ($d = 0.40$) dan ouders in gezinnen waar geen sprake was van mishandeling.

In de meta-analyse van Stith et al. worden de grootste effecten gevonden voor de groep factoren die betrekking hebben op de ouder-kind interactie (Figuur 5). Stith et al. heeft echter minder fijnmazig naar het oudergedrag gekeken: de samenhang tussen oudergedrag en mishandeling is zwak: $d = 0.34$ ($p < .001$). Daarnaast onderscheiden Stith et al. de volgende ouder-kind -factoren die zwak tot redelijk samenhangen met het voorkomen van mishandeling: of de ouder het kind als een probleem ziet ($d = 0.62$; $p < .001$) en ouderlijke stress ($d = 0.15$; $p < .001$). Ook Mulder vindt gemiddeld kleine effectgrootte ($d = 0.20$; $p < .001$) voor ouder-kind interactie.

Figuur 5. Uitkomsten ouder-kind interactie in Stith et al. (2009)



Criteria van Cohen (1992) voor de interpretatie van effectgroottes:
 $r = 0.10$ -< 0.30 klein; $r = 0.30$ -< 0.50 middel ; $r \geq 0.50$ groot effect.
 $d = 0.20$ - < 0.50 klein; $d = 0.50$ -< 0.80 middel ; $d \geq 0.80$ groot effect

3.5 Specifieke risicofactoren voor verwaarlozing

Verwaarlozing blijkt volgens de genoemde meta-analyses statistisch moeilijker te voorspellen op basis van risicofactoren dan wanneer naar kindermishandeling in het algemeen gekeken wordt. Voor verwaarlozing gelden volgens wetenschappelijk onderzoek in het bijzonder de volgende risicofactoren (Stith et al. 2009):

- slechte kwaliteit van de ouder-kindrelatie (sterkste voorspeller);
- de mate waarin de ouder de jeugdige ervaart als een probleem of belasting (sterkste voorspeller);
- geringe reflectie, lage eigen effectiviteit, zelfvertrouwen en -waardering van de ouder
- psychopathologie bij de ouder(s);
- de mate van boosheid, agressie en hyperreactiviteit bij de ouders;
- ouderlijke stress;
- gebrek aan sociale vaardigheden van de jeugdige;
- werkloosheid ouder(s);
- gezinsgrootte (hoe groter hoe meer risico).

In paragraaf 3.5.1 volgt nadere uitleg over het onderzoek naar deze factoren.

3.5.1 Wetenschappelijke onderbouwing risicofactoren voor verwaarlozing

Stith et al. (2009) veronderstelden dat dezelfde risicofactoren die gekoppeld zijn aan mishandeling ook aan verwaarlozing zouden zijn verbonden, maar dit bleek niet het geval. Alleen de 'mate waarin ouders de jeugdige als probleem ervaren' de factor 'agressie en hyperreactiviteit bij de ouders' zijn risicofactoren die een sterk effect hebben op zowel fysieke mishandeling als verwaarlozing (respectievelijk $d = 0.62$; $p < .001$ en $d = 0.74$; $p < .001$). Bij Stith et al. bleken de factoren 'ouder-kind relatie' ($d = 1.09$; $p < .001$) en 'mate waarin ouders de jeugdige als probleem ervaren' ($d = 0.91$; $p < .001$) de sterkste risicofactoren voor verwaarlozing te zijn. Daarnaast zijn de volgende factoren van belang bij verwaarlozing: eigen effectiviteit, zelfvertrouwen en -waardering van de ouder ($d = 0.69$), ouderlijke stress ($d = 0.81$), werkloosheid ($d = 0.51$; $p < .001$), psychopathologie van de ouder ($d = 0.52$; $p < .001$), gezinsgrootte ($d = 0.54$; $p < .001$) en van de kindfactoren de sociale vaardigheden van de jeugdige ($d = 0.62$; $p < .001$).

Ook is door Mulder (2014) gekeken naar de voorspellende kracht van risicofactoren op verschillende typen kindermishandeling; het effect van risicofactoren bleek in hoge mate te verschillen (zie tabel als bijlage). In vergelijking met de referentiecategorie werden significant kleinere effecten gevonden voor seksuele mishandeling (*Fischer Z* = -1.97, $p < .05$), ongespecificeerde verwaarlozing (*Fischer Z* = -2.29, $p < .05$), en comorbiditeit van meerdere vormen van kindermishandeling (*Fischer Z* = -3.65, $p < .001$). Deze resultaten tonen aan dat deze typen mishandeling het moeilijkst voorspeld kunnen worden met behulp van risicofactoren met betrekking tot de ouders, het kind zelf, of het gezin. Dit betekent dat seksuele mishandeling, ongespecificeerde verwaarlozing en het tegelijk voorkomen van meerdere vormen van mishandeling het moeilijkst accuraat voorspeld kunnen worden met behulp van risicofactoren (Mulder, 2014). De geringe voorspelbaarheid van seksueel misbruik en verwaarlozing kunnen mogelijk worden verklaard vanuit verschillen in de mate van zichtbaarheid en geheimhouding rondom deze typen mishandeling. Fysieke mishandeling is per definitie een relatief openlijke vorm van kindermishandeling, met een inherent risico op zichtbaar letsel bij jeugdigen, terwijl seksuele mishandeling vaak geheim wordt gehouden (McCoy & Keen, 2009).

De kleine effecten die werden gevonden voor risicofactoren die samenhangen met verwaarlozing en de daaraan gerelateerde moeilijkheid om tot een accurate voorspelling van verwaarlozing te komen, worden waarschijnlijk veroorzaakt door een gebrek aan consensus over de definitie van verwaarlozing. Daarnaast heeft verwaarlozing zelden voldoende 'visuele impact' waardoor professionals deze jeugdigen minder gauw beschouwen als in gevaar of in behoefte aan hulp (McSherry, 2007; Mulder, 2014).

3.6 Specifieke risicofactoren voor seksueel misbruik

De risicofactoren met de sterkst voorspellende waarde bevinden zich binnen het microsysteem (in de omgeving dichtbij de jeugdige). Echter, ook het exosysteem (omgeving verder van de jeugdige af) blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van slachtofferschap van seksueel kindermisbruik. Factoren met betrekking tot de ouder-kindrelatie en de houding van ouders ten opzichte van de jeugdige blijken, in tegenstelling tot wat verwacht zou worden, een kleine tot zeer kleine voorspellende waarde te hebben. Specifiek voor slachtofferschap van seksueel misbruik zijn de volgende risicofactoren (Berger, 2004; De Jong & Meeuwse, 2014; Nationaal Rapporteur Mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen, 2014).

Microsysteem (sterkst beïnvloedend):

- een (verstandelijke) beperking, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand bij de jeugdige;
- geslacht (meisje);
- eerder slachtofferschap van seksueel geweld;
- delinquentie van de jeugdige.

Ouder-kindrelatie en de houding van ouders:

- fysieke of emotionele afwezigheid van de moeder (bijvoorbeeld bij verslaving of psychiatrie en (L)VB); het ontbreken van een ondersteunende relatie tussen ouder en kind en een tekort aan opvoedingsvaardigheden bij de niet-plegende ouder;
- huiselijk geweld in het gezin, verstoorde interactiepatronen, verstoorde gezinsrelaties;
- gezinssamenstelling: aanwezigheid van een stiefvader.

Exosysteem:

- wonen in een stedelijk gebied;
- wonen in een omgeving met veel geweld.

In de volgende paragraaf volgt nadere uitleg over de studies die deze risicofactoren onderzocht hebben en de factoren zelf.

3.6.1 Wetenschappelijke onderbouwing risicofactoren voor seksueel misbruik

Naar specifieke risicofactoren voor slachtofferschap van seksueel misbruik is nog weinig onderzoek gedaan. Onderzoek is vooral gericht op risicofactoren bij plegers van seksueel geweld, zowel plegers in de privésfeer als onbekende plegers.

Naar analogie van de meta-analyse van Mulder (2014) en Stith et al. (2009) is bij de UvA een meta-analyse uitgevoerd betreffende risicofactoren voor slachtofferschap van seksueel kindermisbruik op basis van zeventien gevonden studies (De Jong & Meeuwssen, 2014). Een dergelijke meta-analyse is niet eerder uitgevoerd. Er is een indeling van risicofactoren gehanteerd op basis van Bronfenbrenner (1997; 2000), Lynch en Cicchetti (1993; 1998) en Stith et al. In totaal zijn er 304 risicofactoren gecodeerd die ondergebracht zijn in 21 domeinen. Er is rekening gehouden met een mogelijk effect van publicatiebias. Een multi-level 'random effects' model is gebruikt om gecombineerde effectgroottes te berekenen en een moderator-analyse uit te voeren (Hox, 2002; Van den Noortgate & Onghena, 2003). Studie- en steekproefkenmerken bleken niet van invloed op de studie-uitkomsten. Wel moet in ogenschouw worden genomen dat de set van studies die in de meta-analyse was opgenomen gering was (maar dit had geen invloed op de gevonden effecten), enigszins gedateerd was, en geen Europese studies bevatte.

Een belangrijke uitkomst van de meta-analyse van De Jong en Meeuwssen (2014) is dat de risicofactoren van seksueel kindermisbruik andere blijken te zijn dan de risicofactoren voor fysieke kindermishandeling en verwaarlozing. De resultaten tonen verder aan dat de onderzochte risicofactoren gezamenlijk in kleine, maar significante mate het slachtofferschap van seksueel kindermisbruik voorspellen. De risicofactoren met de sterkst voorspellende waarde bevinden zich, zoals van tevoren verwacht, binnen het microsysteem (beperking,

delinquentie, en het vrouwelijk geslacht van de jeugdige). Echter, ook het exosysteem blijkt een grote voorspeller te zijn voor het slachtofferschap van seksueel kindermisbruik (wonen in een stedelijk gebied en wonen in een omgeving waarin veel geweld voorkomt). Factoren met betrekking tot de ouder-kindrelatie en de houding van ouders ten opzichte van de jeugdige blijken, in tegenstelling tot wat verwacht werd, een kleine tot zeer kleine voorspellende waarde te hebben voor seksueel misbruik.

Factoren bij de jeugdige

Meisjes lopen een groter risico dan jongens om slachtoffer te worden van seksueel misbruik, zo blijkt uit de meta-analyse van De Jong en Meeuwse (2014). Dit wordt bevestigd in andere literatuur (Gilbert et al., 2009). Zowel voor jongens als voor meisjes geldt dat zij een grotere kans hebben seksueel misbruikt te worden wanneer zij opgroeien bij slechts één biologische ouder (Berger, 2004). Kanttekening is dat onderzoek naar seksueel geweld vaker onder meisjes/vrouwen wordt uitgevoerd en dat jongens als slachtoffer nog minder snel naar buiten treden dan meisjes (De Jong & Meeuwse, 2014). Jonge kinderen en jeugdigen met een beperking, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand zijn extra kwetsbaar voor seksueel misbruik (Berger, 2004). Over het algemeen lopen jeugdigen in sterke afhankelijkheidsposities een groter risico om slachtoffer te worden van seksueel misbruik (Sullivan & Beech, 2002).

Factoren bij de (niet-plegende) ouder(s)

Seksueel misbruik komt vaker voor in gezinnen waarin de moeder – fysiek of emotioneel – afwezig is. Dat is bijvoorbeeld het geval als de moeder buitenshuis werkt of verslaafd of ziek is. Het ontbreken van een ondersteunende relatie tussen ouder en kind en een tekort aan opvoedingsvaardigheden bij de niet-plegende ouder verhogen ook het risico op seksueel misbruik (Berger, 2004).

Seksueel kindermisbruik vindt vaak buiten het gezin plaats (Black, Heyman, & Smith Slep, 2001a). Mogelijk spelen ouderfactoren en ouder-kind interactie factoren daarom een minder grote rol in het ontstaan van seksueel kindermisbruik.

Factoren bij de pleger

Het is niet zomaar te zeggen waarom iemand tot seksueel misbruik van een jeugdige in staat is. Bekend is dat plegers vaak een jeugd hebben gehad met nare ervaringen, zoals emotionele verwaarlozing of misbruik. Ook is duidelijk dat plegers zich niet of nauwelijks in de jeugdige kunnen inleven en geen besef hebben van wat de jeugdige doormaakt (Berger, 2004).

Een van de belangrijkste multifactoriële theorieën is de 'Precondition Theory' van Finkelhor in Stinson, Sales, & Becker (2008). Deze theorie onderscheidt vier condities waaraan voldaan moet worden alvorens een seksueel delict gepleegd wordt, te weten:

1. *Motivatie* van de pleger.
2. *Interne inhibitie*: de pleger moet innerlijke drempels overwinnen voordat hij daadwerkelijk tot misbruik over gaat. Zo'n drempel is bijvoorbeeld het besef dat misbruik van jeugdigen niet acceptabel is. Het wegvallen van zulke drempels maakt voor de pleger de weg vrij om seksueel misbruik te plegen. Hierbij speelt bijvoorbeeld het gebruik van alcohol een rol omdat het deze drempels kan verlagen.
3. *Externe inhibitie*: Hierbij gaat het om drempels van buitenaf die de drang tot het plegen van

misbruik onderdrukken. Denk aan gezinssamenstelling, sociaal netwerk, maatschappelijke sancties en toezicht op de jeugdige.

4. *Verzet van de jeugdige*: Dit hangt af van de weerbaarheid van de jeugdige. Het gaat hier niet alleen om het daadwerkelijke verzet, maar ook de uitstraling van de jeugdige. Plegers hebben snel door wanneer een jeugdige gevoelig is voor manipulatie. De kwetsbaarheid wordt extra in de hand gewerkt door emotionele verwaarlozing. Dat wil niet zeggen dat jeugdigen die weerbaar zijn, niet misbruikt worden. De volwassene heeft volop overwicht en machtsmiddelen tot zijn beschikking om seks af te dwingen. De jeugdige heeft maar weinig mogelijkheden om zich hier tegen te verzetten.

Whitaker et al. (2008) hebben een review en meta-analyse uitgevoerd naar risicofactoren bij seksueel misbruik. Plegers van seksueel misbruik van jeugdigen werden door hen vergeleken met drie andere groepen:

1. plegers van seksueel misbruik van volwassenen;
2. 'non-sex offenders' (plegers van andere misdrijven);
3. 'non-offenders' (niet-overtreders).

Deze groepen werden vergeleken op verschillende gebieden: risicofactoren in het gezin, internaliserende problemen, externaliserende problemen, sociale beperkingen en opvattingen. Vergeleken met de eerste groep hebben plegers van seksueel misbruik van jeugdigen alleen minder externaliserende problemen; ze waren significant minder boos en vijandig. Ten opzichte van de tweede groep verschillen ze vooral qua seksuele problemen. Ook hadden ze meer 'ondersteunende opvattingen' over seksmisdrijven. Ze verschillen ook van plegers van andere misdrijven, maar in mindere mate, wat betreft risicofactoren in het gezin en sociale beperkingen, zoals slechte sociale vaardigheden, eenzaamheid en problemen met intieme relaties. Tot slot verschillen de plegers van seksueel misbruik van jeugdigen van de niet-overtreders op alle onderzochte gebieden, vooral op het gebied van sociale beperkingen (Whitaker et al. 2008).

3.7 Conclusies

Algemeen wordt aangenomen dat kindermishandeling geen eenduidige oorzaak heeft, maar vrijwel altijd het gevolg is van een combinatie en opeenstapeling van risicofactoren (Van Rooijen, Berg, & Bartelink, 2013; Mulder, 2014; MacKenzie, Kotch, & Lee, 2011). Van sommige (groepen van) risicofactoren kan echter wel gezegd worden dat die zwaarder wegen dan andere factoren.

De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling blijken de factoren te zijn die puur met de ouder(s) of verzorger(s) te maken hebben. Deze factoren vormen bovendien een groter risico wanneer die bij *beide* ouders worden gevonden, blijkt uit een recente meta-analyse (Mulder, 2014).

De belangrijkste risicofactoren zijn volgens wetenschappelijk onderzoek (Stith et al., 2009; Mulder, 2014; Alink et al., 2011):

- partnergeweld tussen de ouders (dit is de sterkste voorspeller);
- een agressieve persoonlijkheid of temperament van de ouder(s);
- de mate van boosheid, agressie en hyperreactiviteit bij de ouder(s);

- de ouder ziet de jeugdige als een probleem;
- ouder(s) is (zijn) zelf ook slachtoffer van kindermishandeling;
- psychische problemen of psychopathologie bij de ouder(s);
- LVB (lichte verstandelijke beperking) bij de ouder(s);
- alcohol en/of drugsgebruik door de ouder(s).

Sterke voorspellers, maar volgens wetenschappelijk onderzoek minder sterk dan voorgaande risicofactoren, zijn (Stith et al., 2009; Mulder, 2014):

- jonge leeftijd van de jeugdige (onder de 3 jaar);
- een lage SES (sociaal-economische status) zoals bij werkloosheid en een uitkering in het gezin;
- geringe cohesie of betrokkenheid binnen gezin;
- het voorkomen van veel conflicten in het gezin;
- gebrek aan sociale vaardigheden van de jeugdige;
- vluchtelingenstatus of 'nieuw-allochtoon' zijn (door tradities, opvoedingsopvattingen en trauma).

3.8 Aanbevelingen

- Weet wat (wetenschappelijk onderbouwde) risicofactoren van kindermishandeling zijn, maar besef dat deze factoren in ieder individueel geval anders werken en niet per se tot kindermishandeling hoeven te leiden.
- Weet dat kindermishandeling een breed scala aan oorzaken en beïnvloedende factoren kent, waarbij het vrijwel altijd gaat om een samenspel van meerdere factoren tegelijkertijd.
- Weet dat de meest zwaarwegende factoren die factoren zijn die met de ouder(s) te maken hebben, en dat het risico op kindermishandeling groter is wanneer risicofactoren bij *beide* ouders aanwezig zijn.
- Kijk bij constatering van risicofactoren ook altijd de beschermende en (veiligheid) bevorderende factoren.
- Houd de ontwikkeling van relevante kennis op dit gebied bij via vakliteratuur en scholing.

3.9 Overwegingen uit de praktijk

Professionals beschouwen in de praktijk meer factoren bij ouders, jeugdigen of omgeving als een risico voor kindermishandeling, dan die welke in dit hoofdstuk worden genoemd. Hoewel die factoren niet uit grootschalige robuuste studies als sterke risicofactoren naar voren komen, wil dit niet zeggen dat dit over het algemeen of in individuele gevallen geen risicofactoren zijn. Zorgelijke situaties moeten daarom altijd in de context worden beoordeeld (Deel B).

Het onderscheid tussen risicofactoren en signalen (Hoofdstuk 5) wordt in de praktijk niet zo strikt gemaakt: de jeugdprofessional ziet in de praktijk, leest in het dossier of verneemt van ouders of derden: opmerkelijke uiterlijke kenmerken, (de afwezigheid van) gedragingen bij de

jeugdige, problemen in of rond het gezin en patronen in de interactie tussen ouders en jeugdige en tussen ouders onderling.

Dit Deel A van de richtlijn betreft *kennis* over kindermishandeling. Daarom wordt in vaktermen gesproken over 'risicofactoren', factoren die een grotere kans geven op de aanwezigheid van of het ontstaan van kindermishandeling. Spreek met ouders echter niet in deze vaktermen maar liever over 'zorgen', 'aandachtsfactoren', of 'wat gaat goed en waarover maken we ons zorgen' (zie ook paragraaf 6.3).

Hoofdstuk 4

Beschermende factoren voor kindermishandeling

Uitgangsvraag:

Wat zijn beschermende factoren voor kindermishandeling?

Beschermende factoren kunnen tegenwicht bieden aan risico's waaraan jeugdigen worden blootgesteld. De aanwezigheid van beschermende factoren kan de negatieve werking van risicofactoren beperken maar niet per definitie compenseren.

Beschermende factoren zijn relevant voor het schatten van de grootte van een risico op kindermishandeling, voor de impact van kindermishandeling op jeugdigen en voor het succes van (preventieve) interventies bij kindermishandeling.

Bij deze factoren kan onderscheid gemaakt worden tussen:

- beschermende factoren: dit zijn factoren die een *directe* gunstige invloed hebben op risicofactoren of de situatie, zodat de kindermishandeling afneemt of stopt of de impact van de mishandeling kleiner wordt;
- (veiligheids)bevorderende factoren, moderators of buffers: dit zijn factoren die het gedrag van ouders of jeugdige zodanig beïnvloeden dat kindermishandeling wordt voorkomen of wordt gestopt, ongeacht de aanwezigheid van risicofactoren. Deze factoren beïnvloeden het *verband* tussen risicofactoren en het voorkomen van kindermishandeling in gunstige zin (Folger & Wright, 2013; Jenson & Fraser, 2011; Kraemer et al., 1997).

Er is weinig onderzoek gedaan naar beschermende en veiligheidsbevorderende factoren voor kindermishandeling maar recentelijk is het *Protective Factor Framework* ontwikkeld (Development Services Group, 2013). De belangrijkste beschermende factoren bleken:

1. Intrapersoonlijke factoren (bij de jeugdige zelf) die de impact van kindermishandeling op de jeugdige gunstig kunnen beïnvloeden:
 - gevoel van perspectief, zingeving;
 - eigen effectiviteit beleving (positieve interne 'locus of control' oftewel 'ik bepaal en beïnvloed mijn leven zelf');
 - vermogen tot zelfregulatie;
 - oplossingsvermogen;
 - sociale vaardigheden;
 - positieve betrokkenheid bij activiteiten;
2. Interpersoonlijke factoren (bij de ouder(s) of andere volwassenen):
 - opvoedvaardigheden, competenties ouder(s);
 - positieve invloedrijke andere volwassenen (niet-professionals uit eigen netwerk);
 - welzijn van de ouder(s);
3. Omgevingsfactoren:
 - positieve schoolomgeving;
 - stabiele woonsituatie.

Naast de factoren in het *Protective Factor Framework* worden ook de factoren veerkracht en sociale steun in de literatuur beschreven.

Veerkracht (resilience) van zowel ouders als jeugdigen komt in veel studies als positieve factor naar voren (Horton, 2013; Langford, Lewis, Solomon, & Warin, 2001; Sahlberg, 2012). Kenmerken van veerkrachtige jeugdigen zijn: een gemakkelijk temperament, flexibiliteit, oplossings- en planningsvaardigheden en sociale vaardigheden in combinatie met een ondersteunende sterke gezinsband, aanwezige (beide) ouders, een intact gezin en steun uit de nabije omgeving (zowel van leeftijdsgenoten als van familie en professionals) (Sahlberg, 2012).

Sociale steun/functionerend sociaal netwerk is volgens meerdere studies ook een beschermende factor. Bij laagopgeleide moeders beschermt een hoog niveau van sociale steun: het risico op kindermishandeling wordt dan tot de helft verminderd (Li, Godinet, & Arnsberger, 2011).

Kaufman en Charney (2001) onderzochten waarom sommige jeugdigen ondanks kindermishandeling goed functioneren en zich normaal ontwikkelen. De betrokkenheid van warme, stabiele andere verzorgenden bleek de belangrijkste factor.

Er worden in de literatuur vier functies van sociale steun onderscheiden (Ince, Van Yperen, & Valkestijn, 2013) en deze kunnen zowel op ouders als op jeugdigen worden toegepast:

- emotionele steun bij vragen, twijfels en problemen van ouders en jeugdigen (bv. burens of ouders van vriendjes/vriendinnetjes);
- praktische steun (bijvoorbeeld voor oppas of hulp in de huishouding; of kleding via de kerk voor de jeugdigen);
- informatieve ondersteuning waarbij advies, informatie of feedback gegeven wordt waardoor de kennis en vaardigheden van ouders en jeugdigen kunnen toenemen (denk bijvoorbeeld aan de Kindertelefoon voor jeugdigen; websites zoals 'Feel the Vibe' of informatie voor ouders vanuit de jeugdgezondheidszorg/opvoedloketten);
- normatieve ondersteuning door het stellen van gedragsnormen en modellen van gewenst gedrag (denk aan een oma die met haar zoon praat over zijn alcoholgebruik en agressie in het gezin van haar kleinkinderen).

Op basis van een aantal modellen (Benson, Leffert, Scales, & Blyth, 1998; Hawkins & Weis, 1985; Kesselring, Winter, Horjus, & Van Yperen, 2012; National Research Council & Institute of Medicine, 2002) is door het Nji (Ince, Van Yperen, & Valkestijn, 2013) een Top-10 van beschermende factoren geformuleerd die in het algemeen bijdragen aan een positieve ontwikkeling van jeugdigen en die tegenwicht bieden aan risico's waaraan jeugdigen worden blootgesteld:

1. sociale binding;
2. gelegenheid voor betrokkenheid;
3. pro-sociale normen;
4. erkenning en waardering voor positief gedrag;
5. steun van belangrijke volwassenen in de omgeving;
6. constructieve tijdsbesteding;
7. sociale, emotionele en gedragscompetenties van de jeugdige;
8. cognitieve vaardigheden;
9. schoolmotivatie;
10. positieve identiteit (eigenwaarde en zelf-effectiviteit).

4.1 Aanbevelingen

- Weet wat (wetenschappelijk onderbouwde) beschermende factoren van kindermishandeling zijn, maar besef dat deze factoren in ieder individueel geval anders werken.
- Weet dat beschermende en (veiligheid)bevorderende factoren van groot belang zijn in relatie tot risicofactoren, en kijk altijd naar beschermende en (veiligheid)bevorderende factoren wanneer je risicofactoren constateert.
- Houd de ontwikkeling van relevante kennis op dit gebied bij via vakliteratuur en scholing.

Hoofdstuk 5

Signalen van kindermishandeling



Uitgangsvraag:

Wat zijn signalen van (verschillende vormen van) kindermishandeling?

Signalen van kindermishandeling zijn gedragingen of (uiterlijke) kenmerken *bij de jeugdige* die kunnen wijzen op het vóórkomen van kindermishandeling, nu of in het verleden.

Ook de risicofactoren besproken in hoofdstuk 3 kunnen een signaalfunctie voor kindermishandeling hebben, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een verslaving bij de ouder(s) of negatieve interactiepatronen tussen ouder en kind. De signalen zijn dan de gevolgen van deze risicofactoren voor de jeugdige.

Om actuele kindermishandeling te stoppen of de gevolgen van kindermishandeling in het verleden te behandelen dan wel herhaling te voorkomen, is het belangrijk om signalen van kindermishandeling tijdig te constateren.

Er bestaan vele overzichten van signalen van kindermishandeling en geen enkel overzicht is volledig. Vrijwel alle signalen van kindermishandeling zijn namelijk specifiek: niet één kenmerk in uiterlijk, gedrag of ontwikkeling is specifiek voor kindermishandeling, en alle kenmerken kunnen ook een signaal zijn van andere problemen. Belangrijker dan kennis over signalen is daarom misschien wel een 'gevoeligheid' voor signalen en het wegen ervan. Dit komt in Deel B aan bod.

Van de in de volgende paragrafen genoemde signalen is er voldoende tot sterk wetenschappelijk bewijs of expert-consensus dat dit signalen van kindermishandeling *kunnen* zijn (zoals beschreven in de *Richtlijn Kindermishandeling* van het National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Ze zijn ingedeeld naar aard van de signalen.

De jeugdprofessional zal niet altijd zelf deze signalen kunnen constateren, bijvoorbeeld wanneer het lichamelijke signalen zijn die alleen met medische apparatuur aan het licht kunnen komen. Ze staan hier vermeld omdat deze signalen in het dossier kunnen voorkomen, genoemd kunnen worden door andere professionals of nagevraagd (moeten) worden.

5.1 Gedragssignalen en signalen van psychische gesteldheid

De volgende gedragssignalen en signalen van psychische gesteldheid *kunnen* volgens wetenschappelijk bewijs of expert-consensus signalen van kindermishandeling zijn:

- emotionele en gedragsproblemen waaronder angst;
- verandering in gedrag of emoties;
- selectief mutisme (niet spreken);
- gehechtheidsproblemen;
- emotieregulatieproblemen;
- dissociatie;
- veel onduidelijke buikpijnklachten;
- eetproblemen;
- automutilatie (zelfverwonding zoals krassen, snijden, branden)
- hoofdbonken en wiegen;

- bedplassen en broekpoepen;
- slaapproblemen;
- geseksualiseerd gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag, uitlatingen die niet passen bij de leeftijd;
- weglopen;
- veel schoolverzuim;
- verslaving;
- mishandeling van (huis)dieren;
- signalen van (langdurig) trauma:
 - peuters en kleuters: cognitieve verwarring, angstig hechtgedrag, (separatie)angsten, regressief gedrag, posttraumatisch spel, agressief of destructief gedrag;
 - basisschoolleerlingen: verminderde schoolprestaties, afgenomen concentratie, agressieve of angstige fantasieën, onterechte schuldgevoelens, bezorgdheid over veiligheid, bezorgdheid om anderen;
 - pubers en adolescenten: problemen op school, schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid, schaamte voor afhankelijkheid van ouders, radicale gedragsveranderingen, risicovol gedrag, neiging om gebeurtenis in gedrag te herhalen, toename van conflicten met ouders, alcohol- en/of drugsmisbruik, destructieve en agressieve fantasieën, angst om controle te verliezen over deze fantasieën, beperkt toekomstperspectief (Beer, Verlinden, & Lindauer, 2013).

5.2 Signalen uit de omgeving

De volgende signalen uit de omgeving *kunnen* volgens wetenschappelijk bewijs of expert-consensus signalen van kindermishandeling zijn:

- onvoldoende lichamelijke verzorging, ongezonde voeding, slechte hygiëne;
- onvoldoende toezicht op de jeugdige (loopt bijvoorbeeld 's avonds laat nog op straat);
- onvoldoende toegang tot (medische) zorg (tandartsbezoek, JGZ);
- onvoldoende toegang tot onderwijs;
- in de interactie tussen ouder en jeugdige is agressieve bejegening te zien;
- negatieve interactie tussen ouders (ruzie, agressie, conflicten);
- meldingen of signalen van dierenmishandeling in het gezin;
- er zijn meerdere mensen die zich zorgen maken om de jeugdige bijvoorbeeld op basis van de *Kindcheck* (zie paragraaf 6.1.3) of meldingen bij Veilig Thuis of de politie;

5.3 Lichamelijke signalen

De volgende lichamelijke signalen *kunnen* volgens wetenschappelijk bewijs of expert-consensus signalen van kindermishandeling zijn:

- blauwe plekken;
- beten;
- snij- en schaafwonden en/of littekens;
- botbreuken;
- signalen van verstikking, kelen;
- brandwonden;
- bevriezing;
- (veelvuldige) buikpijnklachten;
- kale plekken in het hoofdhaar;
- interne kneuzingen;
- interne bloedingen;
- ruggengraatfracturen;
- (geh)oorbeschadigingen;
- uitdroging;
- ALTE (Apparent Life Threatening Event)/ 'schijnbaar levensbedreigende gebeurtenis'⁵;
- hyperventilatie;
- bijna-verdrinking;
- vergiftiging;
- onder- en overvoeding;
- zelfverwonding (automutilatie);
- veelvuldig medisch bezoek;
- onvoldoende lichamelijke verzorging, slechte hygiëne;
- (vinger)afdrukken op de huid;
- schedelfractuur (let op Abusive Head Trauma⁶);
- hersenbloedingen (let op Abusive Head Trauma);
- oogletsel, retinale (netvlies) bloedingen (let op Abusive Head Trauma);
- ribfracturen, kneuzingen, blauwe plekken als vingerafdrukken (let op shaken baby syndroom);
- geconstrueerde ziekte, aandoening (let op Pediatric Condition Falsification (PCF); voorheen Münchhausen by proxy (MBPS));
- anale problemen en kwetsuren (let op seksueel geweld);
- terugkerende urineweginfecties, pijn bij lopen/zitten, keelpijn (let op seksueel geweld);
- genitale problemen en kwetsuren (let op seksueel geweld);
- SOA (let op seksueel geweld);
- zwangerschap (let op seksueel geweld);
- psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, slikklachten en chronische vermoeidheid.

5 Een plotseling en onverwacht optredende, ogenschijnlijk levensbedreigende situatie (bleke of blauwe kleur, slap kind) bij een tevoren gezond kind in de leeftijd van 0-2 jaar. De ouder of verzorger moet de jeugdige sterk stimuleren en is ervan overtuigd dat de jeugdige zonder stimulatie zou zijn overleden (Richtlijn NVK, 2006).

6 Ook wel 'shaken baby syndroom' genoemd.

Bij de beoordeling van lichamelijke signalen (door een arts) is de locatie zeer van belang. Sommige plaatsen zijn daarbij meer verdacht dan andere. Denk bijvoorbeeld aan de veelvoorkomende blauwe plekken op de onderbenen van een peuter, ten opzichte van een pasgeborene met blauwe plekken op de arm, wat zeer verdacht is. Zie ook Deel B.

Meer kennis over medische forensische signalen (lichamelijk letsel) is te vinden in het Medisch Handboek Kindermishandeling (Van de Putte, Kamphuis, & Kramer, 2013), bij een vertrouwensarts bij Veilig Thuis, bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) (een samenwerkingsverband tussen het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en diverse kindziekenhuizen) of FPKM (Forensische Polikliniek Kindermishandeling) en bij de Centra Seksueel Geweld verbonden aan enkele ziekenhuizen (www.centrumseksueelgeweld.nl).

5.4 Aanbevelingen

- Weet wat (wetenschappelijk onderbouwde) signalen van kindermishandeling zijn.
- Weet dat de meeste signalen van kindermishandeling *aspecifiek* zijn, en er dus niet één signaal kenmerkend of uniek is voor kindermishandeling;
- Houd de ontwikkeling van relevante kennis op dit gebied bij via vakliteratuur en scholing.



DEEL B (PRAKTIJK):

Overwegen, vermoeden, wegen en beslissen



Hoofdstuk 6

Als je je zorgen maakt



Uitgangsvragen:

- Wat moeten jeugdprofessionals doen bij signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling?
- Hoe kan de jeugdprofessional de situatie in kaart brengen en weten wat er aan de hand is?
- Welke instrumenten zijn beschikbaar voor veiligheids- en risicotaxatie?

In dit hoofdstuk worden algemene handelingsadviezen gegeven bij signalen en vermoedens van kindermishandeling. Als kapstok dient de *Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling* uit 2013. Deze wet verplicht professionals die met ouders en/of jeugdigen werken om een meldcode over huiselijk geweld en kindermishandeling vast te stellen en het gebruik daarvan te bevorderen. De *Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling* vormt het kader waarbinnen de jeugdprofessional handelt, naar aanleiding van geconstateerde signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling zoals die in Deel A beschreven zijn.

In Deel B volgen we de stappen die deel uit moeten maken van een Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Een meldcode is een vijfstappenplan waarin staat wat een professional moet doen bij een vermoeden van huiselijk geweld (waaronder partnergeweld) of kindermishandeling. De stappen hoeven niet per se in volgorde afgelopen te worden of afgerond te worden voor een volgende stap. Het spreken van 'stappen' is daarom enigszins verwarrend. Een meldcode leidt de professional door het proces vanaf een vermoeden tot aan het moment dat hij of zij moet beslissen over hulpverlening of het doen van een melding bij Veilig Thuis.

De wet schrijft voor dat een Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling minimaal de volgende onderdelen (stappen) moet bevatten:

1. in kaart brengen van de situatie (signalen, risico- en beschermende factoren);
2. overleggen met Veilig Thuis, collega's, en interne en externe deskundigen;
3. gesprek met betrokkene(n);
4. wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling (bij twijfel: Veilig Thuis raadplegen);
5. beslissen: zelf hulp organiseren of melden.

Verder moet een meldcode aan de volgende minimumeisen voldoen:

- Er moet een verantwoordelijkheidsverdeling zijn voor de diverse groepen medewerkers binnen de organisatie.
- Er moet specifieke aandacht zijn voor bijzondere vormen van geweld die speciale kennis en vaardigheden van het personeel vereisen (bijvoorbeeld eengerelateerd geweld).
- Er moet indien van toepassing overwogen worden om een case te registreren in de Verwijsindex Risicjongeren (VIR) (zie paragraaf 6.2).
- Er moet specifieke aandacht zijn voor het omgaan met vertrouwelijke gegevens.

De onderdelen (stappen) van een Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling worden hierna toegelicht.

6.0 Stap 0 Overwegen: dát er hier sprake is van kindermishandeling?

Aan stap 1 van de meldcode gaat in feite een 'Stap 0' vooraf: het constateren van gedragingen, fysieke kenmerken en risicofactoren die een signaal van kindermishandeling *kunnen* zijn: de jeugdprofessional en/of anderen maken zich zorgen en kindermishandeling *kan* een van de verklaringen zijn. Deze alertheid op mogelijke signalen van kindermishandeling moet behoren tot de basishouding van iedere jeugdprofessional.

Jeugdprofessionals moeten standaard bij de intake van nieuwe cliënten, actief vragen naar de veiligheid in het gezin – in brede zin en voor alle gezinsleden. Er is in Nederland geen standaard voor dit actief vragen. Belangrijk is dát veiligheidsthema's zoals partnergeweld, ervaring in de eigen jeugd, omgaan met conflicten etc. aan bod komen zodat daarop doorgevraagd en -gesproken kan worden of zodat jeugdprofessional, ouders en jeugdigen daar later op terug kunnen komen. Doe dat in neutrale bewoordingen, bijvoorbeeld: hebben jullie wel eens ruzie? Wat gebeurt er dan? Hoe lossen jullie dat op? Het vragen ernaar normaliseert bovendien het praten over veiligheid in het gezin, ook al is dat op een ander moment, en leidt op zichzelf tot bewustwording bij betrokkenen.

Naar voorbeeld van de *Richtlijn Kindermishandeling* uitgegeven door het National Institute for Health and Care Excellence (2009) maken we onderscheid tussen het in overweging nemen ('*consider*') van kindermishandeling en het vermoeden of verdenken ('*suspect*') van kindermishandeling. Dat wil zeggen:

- overwegen: kindermishandeling kan een verklaring zijn voor hetgeen geconstateerd is. Op basis van gevonden verklaringen kan de uitkomst zijn dat in het geheel geen sprake is van kindermishandeling of dat een derde – dus niet de (verzorgende) ouders – daarvan de pleger is;
- vermoeden of – sterker – verdenken: er zijn sterke aanwijzingen voor kindermishandeling maar dit kan (*nog*) *niet aangetoond* worden.

In hoofdstuk 5 is op basis van wetenschappelijke literatuur een aantal signalen genoemd.

Overzichtslijsten van signalen zijn echter nooit uitputtend en de signalen van kindermishandeling zijn specifiek, dat wil zeggen: ze kunnen ook op andere problematiek duiden. Bij het beoordelen of gedragingen, uiterlijke kenmerken, letsel etc. een signaal van kindermishandeling zijn, moet de jeugdprofessional nagaan in welke richting de verklaringen wijzen en of die daarvoor passend zijn. Hij doorloopt dan de volgende stappen.

1. De jeugdprofessional overweegt kindermishandeling en vraagt bij de ouders na wat verklaringen kunnen zijn voor hetgeen hij bij de jeugdige of omgeving geconstateerd heeft. Een overweging wordt een vermoeden of verdenking van kindermishandeling wanneer deze verklaringen (*Richtlijn Kindermishandeling*, National Institute for Health and Care Excellence, 2009):
 - niet passend zijn;
 - niet aannemelijk zijn;
 - niet consistent zijn
 - ten aanzien van de jeugdige zelf:
 - hoe de jeugdige zich presenteert;
 - hoe de jeugdige zich medisch presenteert;
 - wat de jeugdige normaliter doet;
 - wat de jeugdige zelf zegt;

- in relatie tot (ontwikkelings)leeftijd;
 - tussen ouders onderling;
 - in de tijd;
 - voortkomen uit (culturele of religieuze) overtuigingen maar niet stroken met de veiligheid van jeugdigen (bijvoorbeeld wanneer het slaan van jeugdigen wordt verklaard vanuit het geloof).
2. Wanneer de jeugdprofessional geen andere passende verklaringen vindt voor hetgeen hij geconstateerd heeft bij de jeugdige, de zorgen blijven bestaan en er om die redenen een vermoeden of verdenking van kindermishandeling ontstaat, treedt de meldcode in werking.

6.1 Stap 1 De situatie in kaart brengen (exploratiefase)

Breng de situatie in beginsel *altijd* in kaart in overleg met en bij voorkeur in het bijzijn van de ouders tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken (bijvoorbeeld wanneer daarmee reëel gevaar dreigt voor de jeugdige anders dan dat er sowieso zou bestaan in verband met kindermishandeling). Als er al een dossier bestaat of gegevens van externe professionals zijn overgedragen, ga dan na op welke terreinen er informatie ontbreekt (zie figuur 1) en hoe dit aangevuld kan worden, wie benaderd moet(en) worden om een totaalbeeld van de situatie te verkrijgen. Voorkom zo veel mogelijk dat ouders en jeugdigen hun verhaal meerdere keren moeten vertellen.

Informatie kan verkregen worden via:

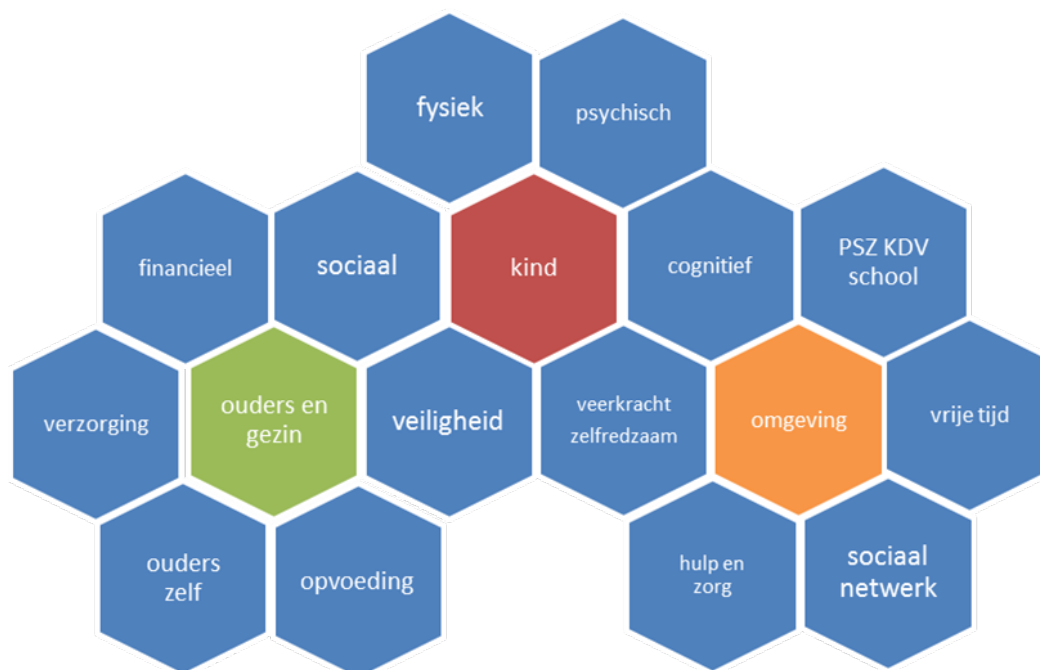
- bestaande dossiers;
- navraag bij betrokkenen (ouders en zo mogelijk jeugdige, sociaal netwerk);
- andere professionals (mogelijk via de Verwijsindex Risicjongeren, zie paragraaf 6.2);
- observaties;
- vragenlijsten, checklists.

Ga na: wat is er aan de hand? Waaruit bestaan de zorgen en zijn deze levensbedreigend of niet, is er acuut gevaar? Welke risico's bestaan er, wat is er nodig voor de jeugdige en ouders? Daarvoor is inzicht nodig in de gezinssituatie en het systeem daaromheen, de ouders als opvoeders en als persoon, de veiligheid binnen het gezin, de veiligheid van (stief)broertjes en -zusjes, de ouder-kindrelatie, evenals kennis van de ontwikkeling van de jeugdige en mogelijke psychische, fysieke en sociale problemen.

Naast inzicht in de dingen die niet goed gaan, is het voor het succes van de begeleiding of behandeling belangrijk te weten wat er wél goed gaat in het gezin en met de jeugdige, wat krachten van het gezin en het netwerk zijn die (kunnen) zorgen voor veiligheid, wat *beschermende factoren* zijn (zie hoofdstuk 4) en wat de mening van ouders en zo mogelijk de jeugdige is.

Figuur 1 geeft schematisch de domeinen en aspecten weer die nader in kaart gebracht moeten worden bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling. Daarbij is gebruik gemaakt van het *Assessment model* zoals door de Gezondheidsraad (2011) is weergegeven, aangevuld met elementen uit het *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, 2000, in Ten Berge et al., 2012). Aan de basis ligt Bronfenbrenners Ecologisch model van gedragsverandering (1979; 2000).

Figuur 1. In kaart brengen van de situatie bij zorgen of vermoedens van kindermishandeling



Alle bevindingen bij dit verzamelen van informatie moeten zo objectief en concreet mogelijk vastgelegd worden in het dossier (dus: 'Moeder is drie nachten in de week bij haar vriend, Pietje is dan alleen thuis en gaat zelfstandig naar school, moeder weet niet of hij ontbijt'). Eventuele verklaringen voor letsel, gedrag, psychische gesteldheid, veronderstellingen, overwegingen of hypothesen worden concreet weergegeven met vermelding van de bron ('Volgens ...').

In navolging van onder andere Stanley en Mills (2014) spreken we liever van '*risk analysis*' of '*exploratie*' dan van '*risk assessment*'. Het gaat immers niet om een statische eenmalige activiteit waarin door de jeugdprofessional de risico's worden vastgesteld, maar om een proces van in kaart brengen, zo veel mogelijk samen met alle gezinsleden, het sociaal netwerk en professionals.

Hierna bespreken we kort de verschillende domeinen en aspecten van deze exploratiefase.

6.1.1 Kijk naar de veiligheid

In deze paragraaf wordt onderscheid gemaakt tussen risicotaxatie en veiligheidstaxatie.

Risicotaxatie heeft als doel mogelijke *toekomstige* risico's in kaart te brengen zodat met effectieve hulp de kans op (herhaling van) kindermishandeling verkleind kan worden. Bij risicotaxatie wordt een inschatting gemaakt van kindermishandeling in de (nabije) toekomst of van de kans op herhaling. Risicotaxatie geeft antwoord op de vragen:

- Wat kan er gebeuren?
- Hoe waarschijnlijk is het dat dit gebeurt?
- Hoe ernstig is het als dit gebeurt?

Het doel van *veiligheidstaxatie* is om na te gaan in hoeverre er actueel, dus op dit moment, bedreigingen zijn in de veiligheid of ontwikkeling van de jeugdige. Leidend zijn daarbij de volgende vragen (Ten Berge et al., 2012):

- Is er sprake van acuut of direct gevaar voor de jeugdige?
- Is er sprake van bedreigend nalaten of handelen van de ouders?
- Zijn er signalen bij de jeugdige die wijzen op kindermishandeling?
- Welke gevolgen heeft de kindermishandeling voor de jeugdige?

6.1.1.1 Risicotaxatie-instrumenten

In Nederland worden momenteel de volgende instrumenten gebruikt om risico's op kindermishandeling in te schatten. Geen van deze instrumenten zijn momenteel in voldoende mate wetenschappelijk onderzocht en op basis daarvan geschikt bevonden. Daarom kan niet één van onderstaande instrumenten aanbevolen worden voor gebruik.

- *CFRA (California Family Risk Assessment)*, door Hermanns (2006) vertaald, bestaat uit een vragenlijst voor de professional. Op basis van de score kan een objectieve inschatting worden gemaakt van de kans dat een jeugdige in de komende 18 tot 24 maanden binnen het gezin mishandeld of verwaarloosd wordt. Van der Elst, Sundeijker, Vogel, Jansen, en Hermanns (2012) hebben een beperkte valideringsstudie naar de *CFRA* gedaan en concluderen dat de *CFRA* "aantoonbare toegevoegde waarde heeft bij het inschatten van veiligheidsrisico's voor jeugdigen".
- *CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie: De Ruiter, Hildebrand, & Van der Hoorn, 2012)* is ook een instrument waarmee de professional een risico-inschatting maakt. De *CARE-NL* wordt bij Veilig Thuis gebruikt. De Ruiter, De Jong, en Reus (2013) hebben een eerste verkennend onderzoek gedaan naar de *CARE-NL* en concluderen dat dit instrument mogelijk leidt tot een meer gestructureerde inschatting van de risico's.
- *Delta Veiligheidslijst* (PI Research & Van Montfoort, 2009) is een checklist voor gezinsvoogden om de huidige veiligheid van de jeugdige en het risico op kindermishandeling te beoordelen. De checklist is gebaseerd op de risicofactoren in de *CARE-NL* en maakt deel uit van de *Deltamethode* – een werkwijze voor de gezinsvoogdij ontwikkeld door Adviesbureau Van Montfoort. In de praktijk wordt de lijst ook gebruikt in andere settings binnen de jeugdhulp

en jeugdbescherming. De validiteit van de *Delta Veiligheidslijst* is niet onderzocht (behalve als *CARE-NL*, zie vorige alinea).

- *LIRIK* (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid, 2007; Ten Berge, Eijgenraam, & Bartelink, 2014), is een checklist voor vermoedens van kindermishandeling of anderszins onveilige opvoedingssituaties, en het inschatten van het risico op kindermishandeling in de nabije toekomst in gezinnen met een of meerdere kinderen van 0 tot 23 jaar. Uit onderzoek van Bartelink, Kwaadsteniet, Ten Berge, Witteman, en Van Gastel (2015) blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde van de *LIRIK* onvoldoende zijn. De onderzoeksuitkomsten kunnen volgens de onderzoekers verklaard worden door kenmerken van de *LIRIK* zelf, de implementatie van de *LIRIK*, kenmerken van de gebruiker (zoals de eigen opvattingen, ervaring met de *LIRIK*), de complexiteit van de problematiek en beperkingen van het onderzoek. Wel helpt de *LIRIK* professionals om gestructureerd te werken en oog te hebben voor risicofactoren voor kindermishandeling (Ten Berge, Bartelink, & De Kwaadsteniet, 2011). De onderzoekers bevelen professionals aan om zich bij gebruik van de *LIRIK* bewust te zijn van de subjectiviteit van hun oordeel, en de veiligheid en risico's samen met een collega en waar mogelijk de ouders in te schatten.

Doorgaans geven risicotaxatie-instrumenten een betere inschatting van de kans op kindermishandeling dan wanneer professionals zelf een inschatting maken (o.a. White & Walsh, 2006). Dat is niet gebleken voor de *LIRIK*. Een risicotaxatie-instrument moet dus gezien worden als een hulpmiddel, geen wondermiddel. Het is belangrijk om je bewust te blijven van de subjectiviteit van een oordeel over de veiligheid van de jeugdige. Geen enkel instrument levert een harde voorspelling op over de vraag of kindermishandeling zich in het individuele geval in de toekomst zal voordoen.

Inzicht in veranderbare en beschermende factoren is daarnaast noodzakelijk voor een weloverwogen beslissing over de meest geschikte hulp.

Onderzoek laat overigens zien dat screenings- en risicotaxatie-instrumenten onbedoeld ook schadelijke effecten kunnen hebben als er te weinig aandacht is voor de implementatie en borging in de organisatie (Gillingham & Huphreys, 2010). Het gebruik van (vooral ICT) instrumenten kan volgens auteurs een doel op zich worden, onvoldoende de complexiteit van de problematiek belichten, schijnzekerheid bieden, onvoldoende gevalideerd blijken etc. Het is dus belangrijk dat een instrument zodanig is ingebed in het werkproces dat het kan worden ingezet en gebruikt zoals het bedoeld is.

6.1.1.2 Veiligheidstaxatie-instrumenten

Voor het vaststellen van de fysieke en emotionele veiligheid zijn er checklists zoals (het eerste deel van) de *LIRIK* en de *Delta Veiligheidslijst*. Deze checklists gaan aspecten na zoals:

- fysieke, emotionele en/of seksuele mishandeling of misbruik;
- basale verzorging en bescherming;
- de affectieve relatie tussen ouder en jeugdige;
- regelmaat, structuur en continuïteit in het gezin en huishouden;
- toezicht van een volwassene;

- het gevoel van veiligheid bij de jeugdige zelf;
- veranderingsmogelijkheden van de ouders;
- de kwaliteit van en steun uit het sociaal netwerk.

Voor Veilig Thuis is het *Triage-instrument Veilig Thuis* in ontwikkeling. Doel van dit instrument is om “medewerkers handvatten te geven om te beoordelen welke spoed en expertise nodig is om in te grijpen ten einde de fysieke en emotionele veiligheid van gezinsleden direct en op termijn te borgen”. Het *Triage-instrument Veilig Thuis* is bedoeld om iedere melding van (een vermoeden van) huiselijk geweld te beoordelen op direct gevaar, op ernst van de onveiligheid en de complexiteit van de problematiek, om vervolgens toe te kunnen leiden naar de specifieke expertise die nodig is om de veiligheid op maat te managen en op termijn risicogestuurde zorg te bieden’ (Vogtlander, Van Arum, Lünemann, Van Eijkern, & Hummeling, 2015). Evaluatie-onderzoek naar het *Triage-instrument Veilig Thuis* vindt plaats in 2015/2016.

Verder worden in de oplossingsgerichte benadering *Signs of Safety™* (Turnell & Edwards, 1999) zogenaamde schaalvragen gebruikt door zowel professionals als in gesprek met de ouders en jeugdige(n), bijvoorbeeld: ‘Geef aan op een schaal van 0 tot 10 hoe veilig het naar jouw idee is. Daarbij betekent 10 dat de zaak kan worden afgesloten omdat iedereen weet dat de situatie veilig is voor de jeugdigen; 0 betekent dat het zó onveilig is voor de jeugdigen dat ze (direct) uit huis geplaatst moeten worden.’

Schaalvragen zijn echter niet als een eigenstandig instrument voor veiligheids- en risicotaxatie te gebruiken omdat zij daarvoor onvoldoende informatie geven. Schaalvragen kunnen deel uitmaken van andere instrumenten zoals bijvoorbeeld het geval is bij het *Triage-instrument Veilig Thuis*.

Checklists zijn geen gevalideerde instrumenten; het zijn vooral hulpmiddelen en een geheugensteun. De Gezondheidsraad (2011) is van mening dat het belangrijk is de betrouwbaarheid en validiteit van dit soort instrumenten wetenschappelijk te onderbouwen.

Concluderend

Zolang niet duidelijk is welk instrument geschikt en betrouwbaar is, kan niet één specifiek instrument worden aanbevolen. Aanbevolen wordt om wel met een instrument voor veiligheids- en risicotaxatie te werken, omdat het aannemelijk is dat daarmee een betere inschatting wordt gemaakt dan zonder een instrument (o.a. White & Walsh, 2006); er wordt dan meer gestructureerd gewerkt en een scala aan risicofactoren van kindermishandeling kan de revue passeren. Wees je daarbij bewust van de subjectiviteit van een oordeel en kom bij voorkeur tot een oordeel samen met een collega of andere professional, en waar mogelijk met de ouder(s) en/of jeugdige(n) zelf.

6.1.2 Kijk naar de algehele ontwikkeling van de jeugdige

Hoe is het met de algehele motorische, fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige? Zijn de groeicurve en motoriek leeftijdsadequaat? Hoe is het met de gezondheid van de jeugdige? Heeft het vriendjes? Hoe gaat het op school? Is er sprake van ziekteverzuim?

Wat zeggen de ouders hierover? Wat staat hierover in het dossier? Opvallende punten in de ontwikkeling kunnen aanwijzingen zijn voor eventuele problemen thuis of op school of voor nadere psychische en medische diagnostiek. Neem contact op met de huisarts en eventueel betrokken specialisten voor aanvullende informatie.

Fysieke gesteldheid

Wanneer fysiek letsel, fysieke verwaarlozing en/of seksueel misbruik wordt geconstateerd of vermoed, is een nader medisch onderzoek door een arts aangewezen. Overleg met het team (gedragswetenschapper, (vertrouwensarts van) Veilig Thuis, jeugdarts) en bepaal wie de aangewezen arts is voor een medisch onderzoek. Afhankelijk van de ernst van de fysieke gesteldheid, de ernst van het vermoeden en de noodzaak tot snel handelen (liefst binnen 24 maar uiterlijk binnen 72 uur) zoals bij seksueel misbruik, moet verwezen worden naar een (gespecialiseerde) kinderarts, forensisch arts, of huisarts al of niet in overleg met het LECK (Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling).

Bij het LECK kan te allen tijde advies gevraagd worden over geconstateerd letsel en kunnen jeugdigen onderzocht worden op verdachte verwondingen en blauwe plekken, (oude) breuken, (oude) brandwonden, tekenen van seksueel misbruik of andere fysieke tekenen van mishandeling. Bovendien wordt medisch differentiaal diagnostisch onderzoek gedaan naar mogelijke andere medische oorzaken bij gevonden afwijkingen of een onderliggend lijden op grond waarvan signalen van kindermishandeling kunnen worden verklaard.

Ook zijn er in Nederland Centra seksueel geweld (in ontwikkeling – op het moment van schrijven zijn er drie) waar zowel professionals als slachtoffers advies en hulp kunnen krijgen. Zie: www.centrumseksueelgeweld.nl.

Bij de spoedeisende hulp (SEH) en ook bij andere afdelingen in ziekenhuizen wordt het zogenaamde SPUTOVAMO-formulier⁷ gebruikt om de uiterlijke kenmerken en letsels die signalen van kindermishandeling kunnen zijn, weer te geven.

Psychische gesteldheid

De psychische gesteldheid van de jeugdige komt tot uiting in zijn gedrag en zijn sociaal-emotioneel functioneren. Jeugdigen zijn niet altijd even specifiek in het uiten van de schade die ze hebben opgelopen; er is dus niet altijd een duidelijke diagnose te stellen. Een voorbeeld hiervan is posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Het is van belang dat wordt gekeken of er signalen van trauma of PTSS zijn, door een zorgvuldige anamnese met de jeugdige en de ouders. PTSS-symptomen kunnen er heel verschillend uitzien, al naar gelang de leeftijd van de jeugdige (Beer et al., 2013). Vanaf een jaar of 6 kunnen lichamelijke klachten, slaapproblemen, nachtmerries en irrationele of dwangmatige gedachten wijzen op de aanwezigheid van een trauma. Basisschoolleerlingen zullen soms in hun spel of in tekeningen gebeurtenissen uitbeelden die met het trauma te maken hebben. Bij pubers en adolescenten kent een trauma dezelfde verschijningsvormen als bij volwassenen: angst, agressie, hulpeloosheid, afgrijzen en

⁷ Soort letsel, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd ongeluk, Oorzaak, Veroorzaker, Anderen aanwezig, Maatregelen getroffen door ouders, Oude letsels zichtbaar.

opgewonden gedrag komen voor, maar ook vermijding van prikkels, afvlakking van emoties, desinteresse, concentratieproblemen en verhoogde waakzaamheid. Jongeren kunnen nadrukkelijk doen alsof er niets aan de hand is (vermijding) en zich overgeven aan risicovol gedrag en excessief drank- of drugsgebruik (zie ook Hoofdstuk 5).

Het is belangrijk dat slachtoffers van kindermishandeling worden gescreend op de aanwezigheid of ontwikkeling van een trauma en of specifieke behandeling nodig is. Het protocol *Classificatie Screening en diagnostiek* (Beer et al., 2013) beschrijft hoe professionals kunnen screenen op traumagerelateerde klachten. Daarbij worden drie globale stappen onderscheiden:

- een interview met jeugdige en ouders waarin vooral wordt gevraagd naar belevingen en gedragingen van de jeugdige;
- een kort (screenings)instrument;
- de beslissing om de jeugdige wel/niet door te verwijzen.

Op basis van de *Kennissynthese Kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten in Nederland* (Fleuren & Pannebakker, 2015) wordt jeugdprofessionals aangeraden de *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13)*; Children and War foundation, 1998; Nederlandse vertaling: Olff, 2005) te gebruiken. De *CRIES-13* is een zelf-invulvragenlijst voor screening op symptomen van PTSS. Deze korte vragenlijst is bruikbaar voor jeugdigen van 8 tot 18 jaar, en is gevalideerd (Verlinden et al., 2014).

Voor het toetsen van een vermoeden van gedrags-, sociaal-emotionele of psychiatrische problemen buiten de geestelijke gezondheidszorg zijn er signalerende instrumenten zoals de *Teacher's Report Form (TRF)*, de *Child Behavior Checklist (CBCL)*, de *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* – wordt in de Jeugdgezondheidszorg gebruikt) en de *Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Deze signalerende en diagnostische instrumenten zijn breed van opzet en kunnen problemen dan ook breed in kaart brengen. Zie ook de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof, & Vermeij, 2013).

Overleg met een terzake deskundige (gedragswetenschapper, schoolpsycholoog, ggz-professional) of bespreek de situatie in een casuïstiekoverleg (ZorgAdvies Team of Zorgbreedte-overleg). Mogelijk heeft de jeugdarts of schoolpsycholoog al een eerste inschatting gemaakt van het psychisch welbevinden van de jeugdige. Bepaal wie het beste de diagnostiek kan uitvoeren om de psychische gesteldheid van de jeugdige te beoordelen en te bepalen of en welke behandeling nodig is. Ook kan expertise ingeschakeld worden van een gespecialiseerd multidisciplinair traumacentrum voor jeugdigen (TRTC) of een multidisciplinair centrum kindermishandeling.

6.1.3 Kijk naar de beide ouders

De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling zijn de factoren die betrekking hebben op de (beide) ouders (Mulder, 2014 in Deel A). Het is dus van belang informatie te vergaren met betrekking tot beide ouders. Maak daarbij onderscheid tussen:

- de ouder als *persoon* (bijvoorbeeld: hebben zij zelf (psychische of psychiatrische) problemen, een verslaving, hoe is hun temperament, zijn er agressieregulatie-problemen, hoe gaan zij om met psychische, psychiatrische en psychosociale problemen ('coping'?);
- de ouder als *opvoeder* (hoe is de interactie tussen ouders en jeugdige, is er toezicht, is er betrokkenheid met elkaar in het gezin, is er sprake van vechtscheiding?).

Beide punten moeten nagegaan worden; vaak zijn ze met elkaar verbonden.

Ga daarbij ook altijd na welke *positieve, sterke kanten* de ouders hebben, wanneer het goed gaat in het gezin, waar zij trots op zijn.

Er bestaan diverse gevalideerde vragenlijsten die de kwaliteit van de opvoeding in kaart brengt, zoals de *Pedagogische Variabelen Lijst (PVL; Bakker, 2008)* bij gezinnen met een kindbeschermingsmaatregel, *Gezinsvragenlijst (GVL; Van der Ploeg & Scholte, 2008)* bij gezinnen met kinderen van 4 tot 18 jaar en de *Opvoedingsbelasting vragenlijst (OBVL; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen, & Veerman, 2012)* bij gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar.

Daarnaast bestaat er de *Zelfredzaamheidsmatrix* (Janssen et al., 2011) om mee te beoordelen of er sprake is van acute problematiek, of het gezin op een aantal domeinen niet, beperkt, voldoende of volledig zelfredzaam is. Er is een supplement beschikbaar om het ouderschap van volwassenen te beoordelen die de verantwoordelijkheid hebben voor minderjarige jeugdigen. Zie ook de *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Van der Steege & Zoon, 2015).

In 2014 is de zogenaamde *Kindcheck* toegevoegd als verplicht onderdeel aan de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Dit betekent dat zorgprofessionals die met volwassenen werken (en bijvoorbeeld agressief of riskant gedrag vertonen) altijd moeten nagaan of er bij hun cliënt minderjarige wonen en dat zij zich ervan moeten vergewissen dat deze veilig zijn. De *Kindcheck* is ook van toepassing op zwangere vrouwen. Zie verder de *Handleiding Kindcheck voor ggz en Verslavingszorg* (Augeo Foundation, 2013a).

Zo wordt tegenwoordig door de politie en door de spoedeisende hulp (SEH) in steeds meer ziekenhuizen volgens de KNMG-Meldcode uit 2014 altijd een melding gedaan bij Veilig Thuis wanneer een volwassene met psychiatrische problematiek, zelfmoordpoging, geweldsproblematiek of verslavingsproblemen zich bij de SEH of de politie meldt en, bij standaard navraag, kinderen blijkt te hebben.

Als de ouder niet de pleger is

De jeugdprofessional gaat na in welke relationele context de vermoede kindermishandeling plaatsvindt. Welke rol spelen de ouder(s) daarbij? Zijn zij of is een van hen de pleger(s)? Zijn er andere familieleden betrokken of mensen van buiten de huiselijke kring? Zijn de ouders op de hoogte en in staat de jeugdige te beschermen?

De relatie tussen pleger en slachtoffer heeft consequenties voor de behandeling en begeleiding van jeugdige en gezin. Is een of zijn beide ouders betrokken bij de mishandeling of hebben de ouders de jeugdige onvoldoende kunnen of willen beschermen, dan zullen ook de ouders behandeld en/of begeleid moeten worden. Als zij niet de plegers zijn en voldoende bescherming bieden, is de jeugdige in beginsel veilig bij hen. Begeleiding van de ouders en/of behandeling van de jeugdige kan dan evengoed nodig zijn maar is dan anders van aard

In 2014 is de zogenaamde *Kindcheck* toegevoegd als verplicht onderdeel aan de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Dit betekent dat zorgprofessionals die met volwassenen werken (en bijvoorbeeld agressief of riskant gedrag vertonen) altijd moeten nagaan of er bij hun cliënt

kinderen of jongeren wonen en dat zij zich ervan moeten vergewissen dat deze veilig zijn. De *Kindcheck* is ook van toepassing op zwangere vrouwen. Zie verder de *Handleiding Kindcheck*, voor gg en Verslavingszorg (Augeo Foundation, 2013a).

Zo wordt tegenwoordig door de politie en door de spoedeisende hulp (SEH) in steeds meer ziekenhuizen volgens de KNMG-Meldcode uit 2014 altijd een melding gedaan bij *Veilig Thuis* wanneer een volwassene met psychiatrische problematiek, zelfmoordpoging, geweldsproblematiek of verslavingsproblemen zich bij de SEH of de politie meldt en, bij standaard navraag, kinderen blijkt te hebben.

6.1.4 Kijk naar de omgeving

Breng ook de sociaal-maatschappelijke en sociaal-economische factoren in kaart. Voor het gezin als geheel gaat het bijvoorbeeld om de buurt waarin het gezin woont, de voorzieningen, de veiligheid op straat, de huisvesting (adequaat of niet), het gezinsinkomen en het vermogen daarvan rond te komen, eventuele schulden en het sociale netwerk.

Realiseer je dat het vaak om statische factoren gaat die niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn, en dat hulp daarbij gericht moet zijn op het hanteren van deze problemen. In de exploratiefase is het belangrijk om na te gaan hoe ouders en jeugdige omgaan met deze problemen en omstandigheden. Soms kan met praktische hulp (denk aan huisvesting, financiën, naschoolse opvang) worden voorkomen dat direct ingegrepen moet worden, doordat opgelopen spanningen beter hanteerbaar zijn geworden voor ouders.

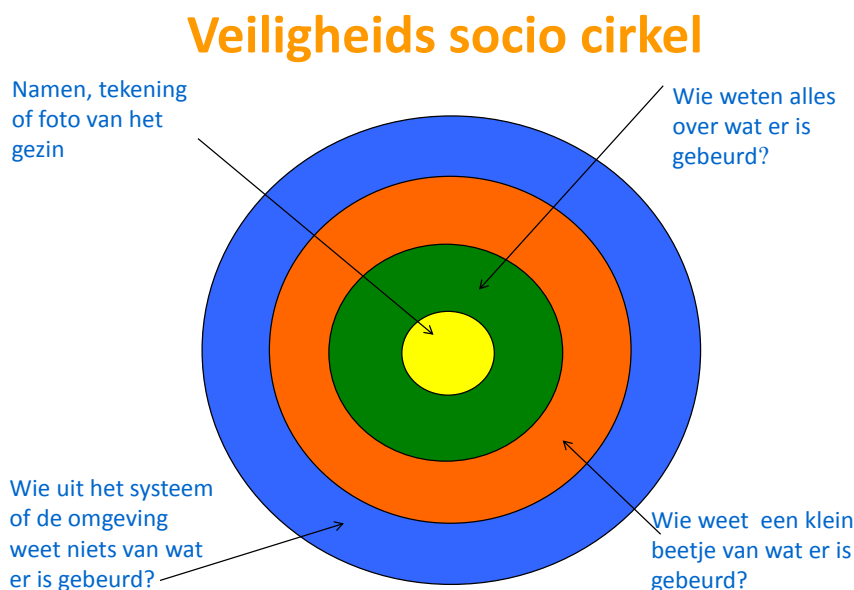
Breng het sociale netwerk van de ouders, jeugdigen, en het gezin in kaart. Een sociaal netwerk betreft alle min of meer duurzame relaties die de ouders en jeugdigen hebben met andere personen (vrienden, burens, mantelzorger, sporttrainer, vrijwilligers en (uitgebreide) familieleden zoals ooms, tantes, neven en nichten die in niet-Westerse culturen vaak net zo belangrijk kunnen zijn), groepen (bv. voetbalteam, schoolklas, kerk of moskee) of instanties (bv. buurthuis, wooncoöperatie, hulpverlening). Denk ook aan relaties via sociale media.

Het gaat daarbij om het aantal relaties, de kwaliteit ervan, rol of functie, en de mate waarin men het gevoel heeft 'erbij te horen'.

Het in kaart brengen van het sociale netwerk kan drie functies hebben: het sociale netwerk kan dienen als informant, je leert er ook de context van het gezin door kennen, en ten slotte kan het dienen als ondersteuning bij een interventie. Deze ondersteuning kan op vier manieren worden geboden: praktische ondersteuning, psychologische of emotionele ondersteuning, informatieve en voorlichtende ondersteuning, en normatieve ondersteuning (voorbeeld)functie (Baartman, 2010; Ince, Van Yperen, & Valkestijn, 2013).

De jeugdprofessional kan het sociale netwerk op uiteenlopende manieren in kaart brengen: door hier gericht vragen over te stellen aan ouders en jeugdigen en door het te visualiseren met een sociogram of netwerkkaart, of het drie-dimensioneel weer te geven. Bij een drie-dimensionale weergave wordt het sociaal netwerk ingedeeld in drie 'ringen'. Het gezin, de naaste familie, goede vrienden en burens vormen de binnenste ring. Daaromheen bevinden zich vrienden, familie en collega's die verder van het gezin af staan. In de buitenste schil ten slotte staan groepen en instanties zoals de school, kerk, sportclub etc. Zie ook Figuur 6.

Figuur 2. Veiligheids Socio cirkel (Bron: Jeugdbescherming Noord o.b.v. Signs of Safety™)



6.2 Stap 2 Overleg met andere professionals

Handel bij vermoedens of verdenking van kindermishandeling nooit alleen. Ga na welke andere professionals betrokken zijn bij het gezin. Vraag dit allereerst na bij de ouders of jeugdige zelf. Wanneer de jeugdige geregistreerd is in de VIR, zal bij een 'match' ook blijken of en welke andere professionals en organisaties betrokken zijn.

Overleg met relevante andere professionals, zowel intern met collega's en de aandachtsfunctionaris kindermishandeling als met externen en Veilig Thuis.

Denk bij overleg met andere professionals aan:

- Veilig Thuis (telefoonnummer: 0800-2000);
- Jeugdbescherming (gezinsvoogdij);
- Jeugdreclassering;
- sociale wijkteams (wijkteam, jeugdteam of jeugd en gezinsteam) – vaak inclusief de JGZ;
- politie (zedes)/OM (Openbaar Ministerie);
- Raad voor de Kinderbescherming;
- huisarts;
- peuterspeelzaal, kinderopvang;
- school;
- Jeugd-ggz;
- Algemeen maatschappelijk werk (schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen) meestal ook in sociaal wijkteam;
- Volwassenen ggz en psychiatrie, waaronder verslavingszorg;
- maatschappelijke opvang / vrouwenopvang (Blijf van m'n Lijf);
- MEE bij lichamelijke en geestelijke beperking, chronisch zieken;
- LECK (Landelijk ExpertiseCentrum Kindermishandeling) / FPKM (Forensische Polikliniek Kindermishandeling);

- Centrum Seksueel Geweld;
- paramedici zoals logopediste, fysiotherapeut, diëtist, verloskundige etc.;
- medisch specialisten (waaronder tandartsen);
- werkers in de alternatieve geneeswijzen;
- professionals met een specifieke expertise zoals op het gebied van seksueel geweld, eengerelateerd geweld, loverboy-problematiek, huwelijksdwang.

Multidisciplinaire aanpak kindermishandeling

Soms is het overleg met andere belangrijke instanties verankerd in een multidisciplinair samenwerkingsverband. Er zijn diverse initiatieven in het land die werken aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling, te weten:

- Transmuraal Academisch Samenwerkingsverband Kindermishandeling (TASK) Amsterdam;
- Transmurale Aanpak voor veilige Leefomgeving Kind (TALK) Utrecht;
- Multidisciplinair centrum kindermishandeling Friesland;
- Multidisciplinair Centrum aanpak Kindermishandeling (MDC-K) Kennemerland;
- Veilig Verder-team Den Haag;
- Intersectorale aanpak van kindermishandeling in Gelderland.

Alle zes werken multidisciplinair, in meer of mindere mate naar voorbeeld van de Amerikaanse Child Advocacy Centers.

In Kennemerland is daarbij tevens het '*one-stop-shop*-principe' gerealiseerd waarbij op één locatie zowel medisch onderzoek als kindvriendelijk studioverhoor door de politie, psychodiagnostisch onderzoek en risicotaxatie worden uitgevoerd. Het team bestaat uit een samenwerkingsverband van professionals van diverse regionale organisaties zoals de ggz, de Jeugd-ggz, MEE, de forensische polikliniek, kindergeneeskunde en de politie. Daardoor hoeven ouders en jeugdigen maar één keer hun verhaal te doen en kan er veel sneller toegewerkt worden naar een veiligheids-, hulpverlenings- en herstelplan. De uitgangspunten van deze geïntegreerde aanpak zijn:

- de jeugdige staat centraal;
- één jeugdige, één gezin, één (centrale) professional, één plan;
- de aanpak richt zich op het hele gezin of systeem;
- directe en zo compact mogelijke zorg;
- de jeugdige en het gezin worden gevolgd om zeker te stellen dat het integrale behandelplan wordt uitgevoerd (Nji, 2014; Hurdeman & De Jong, 2014).

6.2.1 Veilig Thuis

Overleggen met en advies vragen bij Veilig Thuis over een casus kan op ieder moment in de meldcode maar ook eerder bij de allereerste zorgen. Overleggen is *niet* hetzelfde als het doen van een melding. Overleggen kan anoniem of met een geanonimiseerde casus. Veilig Thuis-medewerkers hebben kennis van signalen en risicofactoren en juridische kwesties, zij denken mee en geven tips. Overleg met Veilig Thuis of een situatie meldingswaardig is, gezien de zorgen die er zijn, en welke stappen dan van belang zijn te zetten. Ook indien er acuut gevaar dreigt en er direct gemeld moet worden, kan Veilig Thuis adviseren wie het best de melding kan doen, hoe te handelen en dit te bespreken met de ouders en eventueel jeugdige(n). In sommige situaties

kan Veilig Thuis vooronderzoek doen om de urgentie van een casus te bepalen door te starten met informatie verzamelen bij andere instellingen of professionals, voordat of zonder dat de betrokkenen hiervan op de hoogte zijn.

Veilig Thuis werkt met een *triage-instrument* om een situatie te beoordelen op direct gevaar, op ernst van de onveiligheid en de complexiteit van de problematiek (zie paragraaf 6.1.1.2).

Veilig Thuis stelt, in samenwerking met andere betrokken professionals en indien mogelijk de ouders, een veiligheids-, hulpverlenings- en herstelplan op.

6.2.2 Raad voor de Kinderbescherming

Het gedwongen kader komt pas in beeld wanneer er sprake is van een ernstige bedreiging van de ontwikkeling (en veiligheid) van de jeugdige en de ouders niet bereid of in staat zijn deze bedreiging met hulp op vrijwillige basis af te wenden. Veilig Thuis, de gemeente of de instelling die door de gemeente hiervoor is gemachtigd, doet dan een verzoek tot onderzoek aan de Raad voor Kinderbescherming. De Raad onderzoekt of een maatregel zoals een (voorlopige) ondertoezichtstelling ((V)OTS), al dan niet met een uithuisplaatsing noodzakelijk is. Als dit het geval is wordt hierom bij de kinderrechter verzocht.

In ernstige en acute situaties waarin ouders de zorg niet kunnen of willen bieden die noodzakelijk is om de acute bedreiging van de ontwikkeling weg te nemen, moet een verzoek tot *direct* onderzoek of voorlopige maatregel bij de Raad voor de Kinderbescherming overwogen worden. Bij twijfel kan de Raad altijd voor advies of consult worden benaderd. Zie ook de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Van Vianen, Mourits, Ten Berge, & Meuwissen, 2015) en de *Richtlijn Uithuisplaatsing* (Bartelink, Ten Berge, & Van Vianen, 2015) (*richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*).

6.2.3 Politie

Wanneer door de signalen een vermoeden ontstaat van een ernstig misdrijf of een mogelijk strafbaar feit, moet overlegd worden met de politie (eventueel via Veilig Thuis). Overleg en overweeg altijd aangifte wanneer er sprake is van:

- een mogelijk strafbaar feit;
- ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling of lichamelijke verwaarlozing;
- seksueel misbruik;
- eengerelateerd geweld;
- vrouwelijke genitale verminking;
- huwelijksdwang.

Overweeg ook aangifte als alleen *daardoor* de kindermishandeling tijdig en duurzaam gestopt kan worden, bijvoorbeeld als meer druk en bewijs nodig is. Bij twijfel over het overleggen met de politie: vraag advies aan Veilig Thuis. Het is ook mogelijk dat Veilig Thuis aangifte doet. Veilig Thuis kan aanvullende informatie navragen bij de politie over alle personen die direct betrokken zijn bij een melding.

Stem te ondernemen stappen dus af met de interventies van de politie indien er sprake is van een mogelijk strafbaar feit. Gesprekken met slachtoffer en getuige(n) kunnen namelijk het leveren van bewijs in een strafzaak belemmeren. Dit geldt zowel voor het spreken met de ouders als met de

jeugdige. Omgekeerd kan de politie aanvullende informatie verstrekken die relevant is voor de jeugdprofessional om een veiligheids- en risicotaxatie te kunnen maken voor het gehele gezin. Indien nodig kan de politie assisteren om de fysieke veiligheid van jeugdigen en jeugdprofessionals te bewaken bij een huisbezoek of een gesprek.

Wijs ouders op de mogelijkheid om aangifte te doen of op het bestaan van het 'tijdelijk huisverbod'. Het tijdelijk huisverbod is een bestuursrechtelijke maatregel die de politie, onder verantwoordelijkheid van de burgemeester, kan opleggen aan een pleger van huiselijk geweld (waaronder ook kindermishandeling). Dit betekent dat de pleger gedurende tien dagen geen contact met het gezin mag hebben of in het huis mag komen. Deze kan verlengd worden met achttien dagen en daarna eventueel nog eens met achttien dagen. Een pleger krijgt met een tijdelijk huisverbod geen strafblad. Het doel is om verdere escalatie te voorkomen en direct in deze 'afkoelperiode' hulp voor het gezin in gang te zetten.

In Nederland bestaan er tevens zogenaamde 'Veiligheidshuizen' waarin politie, justitie, welzijn en zorg samenwerken rondom casuïstiek waarin de diverse domeinen een rol spelen. In de meeste Veiligheidshuizen maken huiselijk geweldsincidenten (waaronder kindermishandeling) een belangrijk deel uit van de casuïstiek. De jeugdprofessional kan overleggen met het Veiligheidshuis en/of zelf benaderd worden voor overleg over een casus.

6.2.4 Onderwijs

Het is goed als de jeugdprofessional contact onderhoudt met de scholen in de regio. Overleg of de school de signalen van mogelijke kindermishandeling herkent en welke rol school kan spelen zodra er een concreet vermoeden van kindermishandeling is (met inachtneming van de privacyregels).

Bij een vermoeden van kindermishandeling geldt: raadpleeg (in overleg met de ouders en eventueel de jeugdige) de leerkracht, intern begeleider, schoolpsycholoog of het schoolmaatschappelijk werk als de jeugdige in het primair onderwijs zit. Raadpleeg de mentor, zorgcoördinator of het schoolmaatschappelijk werk als het gaat om een leerling in het voortgezet onderwijs. Vraag naar het functioneren van de jeugdige op school. Denk daarbij aan schoolprestaties, sociaal-emotioneel functioneren, en aan problematiek zoals verzuim, pesten, agressie, teruggetrokken gedrag, verzorging en fysieke gesteldheid van de jeugdige. De jeugdverpleegkundige of jeugdarts vanuit de jeugdgezondheidszorg kan hiervoor ook een ingang zijn.

Tevens zijn aan scholen Zorg Advies Teams (ZAT) of andere overlegstructuren verbonden. Een psycholoog of orthopedagoog vanuit bijvoorbeeld het Samenwerkingsverband Passend Onderwijs of een onderwijsadviesbureau (voorheen schoolbegeleidingsdienst) maakt deel uit van deze zorgstructuur, al of niet op afstand. Deze professional kan eveneens geraadpleegd worden of zelfs ingezet worden als onderdeel van de exploratiefase.

6.2.5 Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Bij de JGZ werken jeugdverpleegkundige, jeugdarts en doktersassistent samen aan collectieve preventie van problemen rondom jeugdigen. De JGZ is ook kernpartner in de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). De JGZ maakt doorgaans deel uit van een sociaal wijkteam/jeugdteam/ buurtteam en van de ZorgAdviesTeams (ZAT) in het onderwijs. De JGZ is soms ook vertegenwoordigd in zogenaamde Vangnet/OGGZ-teams (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) die bemoezorg leveren aan dak- en thuislozen, zorgmijders en anderen in multiprobleemsituaties.

De JGZ signaleert, verheldert problemen, motiveert ouders, biedt lichte opvoedingsondersteuning en verwijst indien nodig. De JGZ is zeer goed op de hoogte van de regionale kaart en kan daarvoor ook laagdrempelig benaderd worden. De JGZ monitort de lichamelijke, sociaal-emotionele en psychische ontwikkeling van alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar via zogenaamde periodieke controles die landelijk zijn bepaald in het Basispakket preventie JGZ dat alle gemeenten in Nederland uitvoeren. Deze consulten zijn intensief in de eerste vier jaar (consultatiebureau) en nemen daarna in frequentie af. Gemeenten kunnen daarnaast via een maatpakket aparte aanvullende afspraken maken met de JGZ, bijvoorbeeld over prenatale huisbezoeken van de jeugdverpleegkundige en programma's zoals Voorzorg en Prenataal Stevig Ouderschap.

De jeugdverpleegkundige of -arts kan een jeugdige (en/of ouders) ook extra oproepen voor een gesprek of onderzoek op verzoek van bijvoorbeeld de school, leerplichtambtenaar, huisarts of de jeugdhulpverlening, en dan een huisbezoek doen. Afhankelijk van de casuïstiek en regionale afspraken daarover kan de jeugdarts ingeschakeld worden voor (een extra oproep voor) medisch onderzoek bij (vermoedens van) fysieke kindermishandeling of seksueel misbruik.

6.2.6 Jeugd-ggz

De Jeugd-ggz (geestelijke gezondheidszorg) diagnosticeert en biedt hulp aan jeugdigen van 0 tot 23 jaar, met psychiatrische of psychosociale klachten die zodanig zijn dat de jeugdigen daardoor in hun ontwikkeling worden bedreigd. De hulp kan intramuraal of ambulantly zijn of via een vrijgevestigde psycholoog of -psychiater, (ortho)pedagoog of een hulpverlener van de gespecialiseerde Jeugd-ggz.

De beoordeling van de psychische gesteldheid van jeugdigen moet uitgevoerd worden door een gedragswetenschapper of (ggz-) deskundige. Bij vermoedens van kindermishandeling is het van belang om na te gaan in welke mate er sprake is van psychische schade en trauma bij de jeugdige ten gevolge van kindermishandeling. Daarnaast kan er sprake zijn van co-morbiditeit wanneer er tevens een psychiatrische aandoening is, of er gedragsstoornissen of psychische problemen zijn. Overleg hierover, met de behandelend specialist of therapeut en betrek de ouders hierbij. De Jeugd-ggz is tevens vertegenwoordigd in de multidisciplinaire traumacentra voor jeugdigen (TRTC) en multidisciplinair centrum kindermishandeling.

Verwijsindex

De VIR is een landelijk digitaal systeem waarin alleen geautoriseerde professionals inzage hebben en een registratie op basis van het burgerservicenummer kunnen doen van jongeren tot 23 jaar met problemen. Ga na wie dit bij jouw organisatie is of zijn. De VIR koppelt

persoonsgegevens van jeugdigen op hetzelfde adres en van kinderen van dezelfde ouders, waardoor eventuele signalen bij elkaar kunnen komen. Bij een 'match' wordt duidelijk welke professionals of politie of justitie bij de jeugdige en het gezin betrokken zijn. Er is dan nog geen inhoudelijke informatie-uitwisseling, er is alleen een signaal dát er meerdere professionals betrokken zijn. Zij kunnen dan vervolgens overleggen wat de beste aanpak is voor hulpverlening. Over de registratie van een jeugdige in de VIR moeten ouders en jongeren vanaf 16 jaar vooraf geïnformeerd worden, maar toestemming is daarbij niet nodig. De professional heeft een *meldrecht* (geen meldplicht) bij een 'redelijk vermoeden' dat 'de noodzakelijke condities voor een gezonde en veilige ontwikkeling van de jeugdige daadwerkelijk wordt bedreigd'. Wanneer er een match blijkt met andere professionals of politie en justitie en men in overleg wil treden, is toestemming van de ouders of jeugdige (indien 16 jaar of ouder) vereist. Wanneer zij geen toestemming geven is er sprake van een 'conflict van plichten' en moeten professionals afwegen of zij hun beroepsgeheim moeten doorbreken in belang van de jeugdige (zie ook de Jeugdwet uit 2015 en de website www.handreikingmelden.nl).

Informatie-uitwisseling

Met toestemming van de ouders en jeugdige vanaf 16 jaar mag altijd overlegd worden met relevante andere, externe professionals. Dat wil niet zeggen dat gegevensuitwisseling met andere professionals alleen maar mogelijk is als ouders en eventueel jeugdige expliciet toestemming geven. In het belang van de jeugdige kan het soms nodig zijn om zonder toestemming, maar met medeweten van de ouders en eventueel jeugdige, informatie te vragen bij en te overleggen met andere professionals. Soms is het zelfs niet mogelijk om de ouders van tevoren te informeren in verband met de veiligheid van de jeugdige of de professional. Overleg dan met Veilig Thuis en noteer dit met beargumentering in het dossier.

Bij de afweging om privacygevoelige informatie zonder toestemming uit te wisselen met andere professionals is het van belang de volgende vragen te beantwoorden zoals beschreven in het Model samenwerkingsconvenant Verwijsindex (Maessen, 2014):

- Welk doel moet bereikt worden met het geven van de informatie?
- Kan dit doel ook bereikt worden zonder de informatie te verstrekken?
- Is echt al het nodige geprobeerd om toch toestemming te verkrijgen van de gezinsleden?
- Weegt het gevaar of ernstig nadeel bij een van de gezinsleden (een of meer jeugdigen) wel op tegen het belang dat een ander gezinslid bij geheimhouding heeft?
- Wie heeft de informatie echt nodig om het gevaar of het ernstige nadeel voor het gezinslid af te wenden? Welke informatie heeft die professional echt nodig?

Jeugdprofessionals moeten dus goed weten onder welke omstandigheden zij wel en niet informatie over gezinnen mogen delen. Dat wil zeggen:

- informatie *verstrekken* aan professionals die daarom vragen;
- *verzoeken* om informatie bij andere professionals;
- *uitwisselen* in multidisciplinair overleg.

Hier toe dienen:

- het Privacyreglement van de eigen instelling;
- organisatie-afspraken en -protocollen;

- de eigen beroepscode;
- de Wet Bescherming Persoonsgegevens;
- Burgerlijk Wetboek;
- de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst) – paragraaf beroepsgeheim;
- de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld & Kindermishandeling;
- Herziening kinderbeschermingsmaatregelen (14 november 2014);
- de Jeugdwet, met onder meer:
 - meldrecht wanneer Veilig Thuis of de Raad voor de Kinderbescherming om informatie vraagt;
 - wettelijk recht van Veilig Thuis om bij grote onveiligheid van jeugdigen ook zonder toestemming van de ouders (maar onderbouwd) informatie op te vragen.

LET OP: ten gevolge van de wetswijziging Herziening kinderbeschermingsmaatregelen (14 november 2014) heeft de gezinsvoogd/jeugdbeschermer per 2015 een eigenstandig recht op informatie. Op grond daarvan moeten artsen, verpleegkundigen en andere professionals met een beroepsgeheim desgevraagd en zonder toestemming van de betrokkenen een gezinsvoogd/jeugdbeschermer informatie verstrekken (spreekplicht). Dit geldt alleen als de informatieverstrekking noodzakelijk is voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling (OTS). De wetswijziging maakt het juridisch ook mogelijk dat professionals met beroepsgeheim desgevraagd of uit eigen beweging, zonder toestemming en met doorbreking van de geheimhoudingsplicht de gezinsvoogd/jeugdbeschermer informeren (art 7.3.11 lid 4 Jeugdwet 2015).

Bij vragen en dilemma's over het beroepsgeheim en de informatie-uitwisseling kan altijd overlegd worden met Veilig Thuis.

Andere informatiebronnen zijn:

- *Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden*: een wegwijzer voor zorgprofessionals (2014) opgesteld door artsenfederatie KNMG, GGZ Nederland, AJN (Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland), LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), NIP (Nederlands Instituut van Psychologen), NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), SVG (Stichting Verslavingsreclassering GGZ), V&VN (Verplegenden en Verzorgenden Nederland) en VVAK (Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling): <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/147782/Beroepsgeheim-in-samenwerkingsverbanden-wat-mag-eeen-arts-delen.htm>;
- *Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg* (GGZ Nederland i.s.m. GGD GHOR Nederland en KNMG, 2014): www.ggznederland.nl/actueel/handreiking-gegevensuitwisseling-in-de-bemoeizorg-klaar;
- *Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie* (KNMG, 2012): <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62512/Handreiking-beroepsgeheim-en-politiejustitie-2012-1.htm>;
- een app over informatie-uitwisseling bij signalen van kindermishandeling tussen hulp- en zorgverleners en Veilig Thuis, gezinsvoogdij en de Raad voor de Kinderbescherming: app 'Info Delen' (zie <https://itunes.apple.com/nl/app/info-delen/id903359458?mt=8>).

Verder dient iedere jeugdhulporganisatie te beschikken over een veilig (email)systeem voor informatie-uitwisseling met andere betrokken instellingen.



6.3 Stap 3 Praat met ouder(s) en jeugdigen

Uitgangspunt is om in openheid de zorgen en te ondernemen stappen te bespreken met de ouders en/of jeugdige. Openheid is van belang voor de stappen die daarna volgen. In het eerste gesprek wordt de toon gezet. Zie ook Hoofdstuk 9.

In uitzonderlijke situaties kan er echter voor gekozen worden om niet met de ouders en/of jeugdige in gesprek te gaan. Dat is het geval wanneer daarmee de veiligheid van betrokkenen ernstig in het geding is (denk aan seksueel geweld, huwelijksdwang, eer gerelateerd geweld, loverboy problematiek). Vraag dan advies aan een deskundige. Soms is het wel mogelijk om samen met een andere professional het gesprek aan te gaan. Noteer redenen om (nog) niet met ouders of jeugdige te spreken altijd in het dossier.

De wet (WGBO en Burgerlijk Wetboek) maakt onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën: tot 12 jaar, van 12 tot 16 jaar en 16 jaar of ouder.

Een gesprek met een jeugdige tot 12 jaar vindt in beginsel alleen plaats met toestemming van de ouders (of wettelijk vertegenwoordigers) met gezag.

Een jongere van boven de 16 jaar kan zelfstandig bepalen of hij met de jeugdprofessional alleen wil spreken, tenzij de jongere wilsonbekwaam wordt geacht. Ook moet je jongeren van boven de 16 eerst toestemming vragen om met de ouders te mogen praten, tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te wijken (bijvoorbeeld wanneer de jongere daardoor gevaar loopt).

Er bestaat een lacune in de wet voor wat betreft de minderjarige van 12 jaar of ouder die niet in staat is tot een weloverwogen waardering van zijn belangen (bijvoorbeeld bij LVB). De wet voorziet niet in een mogelijkheid om een eventuele weigering van ouders om toestemming te geven te doorbreken.

Toch mag een jeugdprofessional in acute en dreigende situaties waarin de toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers niet gegeven is handelen indien dit kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen (art. 7:466 lid 1 Burgerlijk Wetboek). Ook mag de jeugdprofessional handelen zonder toestemming van de ouders als de jeugdprofessional in een individueel geval van mening is niet als goede hulpverlener te functioneren wanneer de geldende regels in acht genomen worden (lees: door niet te handelen). Hiervoor moet de jeugdprofessional goede argumenten hebben.

Veilig Thuis is bevoegd om in uitzonderlijke gevallen zonder medeweten van ouders (eerst) met een jeugdige (onder de 16 jaar) te spreken. Het is bijvoorbeeld niet altijd mogelijk om toestemming te verkrijgen om met de jeugdige apart te spreken – of om deze toestemming van beide ouders te verkrijgen (denk aan vechtscheidingen, een ouder die niet meer in beeld is, een ouder als pleger van seksueel geweld).

In het algemeen geldt dat bij twijfel of onduidelijkheid het altijd raadzaam is om Veilig Thuis te raadplegen voor advies.

6.3.1 Praten met ouders

Bedenk vooraf en leg uit wat het doel van het gesprek is: het in kaart brengen van de situatie en/of het aangaan van een samenwerkingsrelatie om veiligheid in het gezin tot stand te brengen. Bereid het gesprek goed voor en ga na wat al bekend is en wat nog niet.

Zet een erkende tolk in (via het TolkVertaalCentrum) bij allochtone ouders die onvoldoende Nederlands spreken en ga na wat de belangrijkste gedragsregels zijn in de betreffende cultuur.

Overweeg de locatie van het gesprek: bij de ouders thuis, op kantoor of elders. Overweeg ook wie het gesprek het beste kan voeren en welke collega of andere professional daarbij aanwezig zal zijn. Vraag hulp en/of oefen een gesprek eventueel van tevoren met een collega en/of met behulp van een video-opname.

Wees je ervan bewust dat woordkeuze en formulering in een gesprek met ouders heel nauw luisteren. Bedenk per situatie vooraf welke formulering de minste weerstand bij ouders zal oproepen, zónder bezorgdheid te bagatelliseren of weg te laten en zonder af te doen aan de eventuele ernst van de boodschap.

Vermijd het gebruik van afkortingen en vaktermen zoals 'factoren', 'risicofactoren', signalen/signaleren' 'pedagogisch', 'eigen kracht', 'sociaal netwerk' etc.

Gebruik 'algemene (maar wetenschappelijk onderbouwde) kennis' in het gesprek: 'we weten dat kinderen in dit soort situaties ...' (Ten Berge et al., 2012).

Het kan verstandig zijn, met name in een eerste explorerende fase, om niet van 'huiselijk geweld', 'kindermishandeling', 'geweld' of 'verwaarlozing' te spreken. Gebruik dan liever woorden en omschrijvingen zoals: 'zorgen maken over ...', 'wat gaat goed, waarover maken we ons zorgen', 'zorgpunten /aandachtspunten', 'ongunstige omstandigheden', 'zorgen delen over de jeugdige', 'veiligheid'.

Als er al hulpverlening betrokken is en er wordt gewerkt aan de veiligheid in het gezin, kan het anderzijds juist wel goed zijn om expliciet te zijn en er 'niet omheen te draaien'.

Benoem concreet de zorgen en spreek over feiten, zonder oordeel en zonder aannames of interpretaties van die feiten. Stel vooral open vragen die niet alleen met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden vanuit een oprecht betrokken houding.

Pas motiverende gesprekstechnieken toe, zoals:

Laat OMA thuis, gebruik LSD, neem ANNA mee, smeer NIVEA, maar wees een OEN en maak je DIK.

OMA: Oordelen, Meninge/Moralisering en (goedbedoelde) Adviezen.

LSD: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen. Luister naar wat de ander zegt, vat dit samen en vraag hierop door. Let bij het luisteren niet alleen op de woorden die worden gebruikt, maar ook op de lichaamstaal. Door samen te vatten check je of je goed hebt begrepen wat de ander duidelijk wilde maken. Door goed door te vragen zorg je ervoor dat alles duidelijk wordt.

ANNA: Altijd Navragen en Nooit Aannemen.

NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander

OEN: een Open, Eerlijke en Nieuwsgierige (oprecht geïnteresseerde of onderzoekende) houding aannemen. Sta open voor een andere mening, wees eerlijk in wat je er zelf van vindt en wees nieuwsgierig naar de motivatie van de ander.

DIK: Denk In Kwaliteiten. Vaak geven mensen alleen aandacht aan de dingen die niet goed gaan of aan negatieve eigenschappen, maar probeer ook aandacht te geven aan de dingen die wel goed gaan en aan goede eigenschappen.

Bron: onbekend

Geef ouders de ruimte om te reageren en hun kant van het verhaal te vertellen: wat zijn hún verklaringen voor de geconstateerde problemen? Bevestig wat goed gaat en complimenteer ouders daarvoor. Maak concrete afspraken over het vervolg en wat van de ouders verwacht wordt.

Signs of Safety™ (Turnell & Edwards, 1999) is een manier van werken waarbij het betrekken van zowel ouders, jeugdigen als het sociaal netwerk centraal staat. *Signs of Safety™*, indien toegepast zoals bedoeld, wordt gezien als een respectvolle methode die iedere betrokkene in zijn waarde laat. *Signs of Safety™* wordt in Deel C uitgebreider besproken.

6.3.2 Praten met jeugdigen

Alle minderjarigen, ongeacht hun leeftijd, hebben het recht om hun mening of kijk op gebeurtenissen te geven (Internationaal Verdrag inzake de Rechten van de jeugdige). Aan deze mening of kijk van de jeugdige wordt een passend gewicht toegekend waarbij niet de leeftijd maar de capaciteiten van de jeugdige leidend zijn. Hiertoe dient de minderjarige op zijn niveau aangepaste informatie te ontvangen.

Onderzoek laat zien dat vanaf de leeftijd van ongeveer 4 jaar open vragen aan de jeugdige kunnen worden gesteld die voldoende informatie en details geven (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin, & Horowitz, 2007). Hoe en wanneer met jeugdigen gesproken wordt over signalen, vermoedens en verdere plannen is tevens afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige en de situatie.

Bij vermoedens van kindermishandeling of een onveilige opvoedsituatie moet altijd met de jeugdige zelf (meerdere malen) gesproken worden en moet de jeugdige betrokken blijven bij besluit- en planvorming en monitoring gedurende het gehele proces, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken.

Jeugdigen voelen aan dat er iets aan de hand is, ook al heeft niemand hun dat uitgelegd. Zij bedenken daarbij vaak hun eigen – niet altijd juiste – verklaringen voor de situatie en hebben de

neiging zichzelf daarbij medeschuldig te voelen of vinden. Zij zijn onvoorwaardelijk loyaal aan hun ouders; indien (een van) de ouders zelf een rol heeft/hebben in de mishandeling of verwaarlozing van hun kind, is dit voor met name jonge kinderen moeilijk te plaatsen ten opzichte van hun loyaliteit aan hen. Bij allochtone jeugdigen kan daarbij ook de loyaliteit aan de familie en aan de cultuur en het geloof (en daarmee samenhangende normen met betrekking tot opvoeding) een belangrijke rol spelen.

Het is daarom belangrijk om jeugdigen uit te leggen wat er gebeurt en welke zorgen er zijn over de veiligheid in het gezin, en om hen te betrekken bij de planvorming gericht op veiligheid en herstel.

Vraag ouders toestemming om met de jeugdige te spreken. Als ouders niet direct of geen toestemming geven, probeer hen dan te overtuigen van het belang van een gesprek met hun jeugdige; ook voor de jeugdige zelf. Vertel wat je weet en benoem dat jij niet weet wat er verder gebeurd is en dat je daarom het verhaal van de jeugdige zelf wilt horen.

Houd rekening met het tijdstip op de dag en denk na over de locatie (het gesprek vindt bij voorkeur plaats op een voor de jeugdige neutrale locatie waar hij/zij het gevoel heeft vrij te kunnen spreken).

Zet een erkende tolk in (via Tolk VertaalCentrum) bij allochtone jeugdigen die onvoldoende Nederlands spreken en ga na wat de belangrijkste gedragsregels zijn in de betreffende cultuur.

Hieronder volgt een aantal aandachtspunten voor gesprekken met jeugdigen (o.a. genoemd door de werkgroep en in Ten Berge et al., 2012):

- stel de jeugdige op zijn/haar gemak en begin met algemene onderwerpen;
- leg duidelijk uit wat de bedoeling is en wat er met de informatie die de jeugdige geeft gaat gebeuren;
- beloof geen geheimhouding, leg uit waarom, en spreek af de jeugdige wel te informeren wanneer informatie met andere professionals gedeeld moet worden;
- maak duidelijk dat de jeugdige niet schuldig is aan de situatie, maar dat ouders verantwoordelijk zijn voor een veilige en prettige thuissituatie;
- heb oog voor de verwarring die kan ontstaan bij een jeugdige, rondom loyaliteit, zelfbeschuldiging en angst rondom verlies;
- leg aan een jong kind uit dat je er niet bij bent geweest;
- laat het jonge kind eerst oefenen met zeggen 'weet ik niet' en 'begrijp ik niet' en geef de jeugdige toestemming om de interviewer te 'verbeteren';
- laat bij het bespreken van de thuissituatie vooral de jeugdige aan het woord;
- vraag welke mogelijke oplossingen de jeugdige zelf ziet en wat er volgens hem of haar nodig is om die te realiseren;
- spreek bij het afsluiten van het gesprek expliciet af met wie de besproken informatie gedeeld wordt en wat de jeugdige aan zijn ouders gaat vertellen;
- zorg ervoor dat na afloop van het gesprek de jeugdige opgevangen wordt door een voor hem of haar vertrouwd persoon;
- bied de jeugdige een bereikbaarheids telefoonnummer aan.

In *Signs of Safety*TM is een aantal hulpmiddelen ontwikkeld die hulpverleners kunnen ondersteunen bij de gespreksvoering met jeugdigen, zoals de *Drie Huizen*, *Words and Pictures* en *Safety House* (zie Parker, 2009; Turnell, Essex, & Kaaij, 2010; Weld & Greening, 2004).

Als er sprake is van mogelijk strafbare feiten

Een gesprek met de jeugdige is geen verhoor. In paragraaf 6.2.3 is uitgelegd waarom het belangrijk is om de te ondernemen stappen af te stemmen met de interventies van de politie. Gesprekken met slachtoffers en getuigen kunnen namelijk het leveren van bewijs in een strafzaak belemmeren. Tegelijkertijd moet hierom niet geschuwd worden om met jeugdigen en jongeren te spreken. Om dit dilemma te overwinnen is door het Chadwick Center (San Diego County Child Protection Team, 2012) het zogenaamde Minimum Facts Interview (en checklist) ontwikkeld dat erop gericht is met een minimum aan informatie, te bepalen of er sprake van kindermishandeling kan zijn en wat er nodig is om de veiligheid van de jeugdige zeker te stellen. De kernelementen van een dergelijk gesprek zijn:

- praat met de jeugdige apart, zonder ouders of andere betrokkenen;
- let op non-verbaal gedrag en emoties bij de jeugdige;
- laat de jeugdige zijn verhaal doen in de eigen bewoordingen; geef geen 'cues' met woorden (in de mond leggen), voordoen, iets laten zien;
- gebruik geen gesloten of suggestieve vragen, gebruik wel open vragen, zoals 'Wat is er gebeurd?' Stel dus vragen die beginnen met:
 - Wat ...?
 - Waar ... ?
 - Wie ... ?
 - Wanneer ...?
 - Hoe?

Hoe jonger de jeugdige, des te globaler de antwoorden. Veel kinderen van 5 jaar oud kunnen nog niet goed een tijdstip en adres exact verwoorden;

- ga na of de jeugdige (met spoed) medisch onderzocht moet worden;
- ga na wat er nodig is om de acute veiligheid van de jeugdige te waarborgen;
- ga na hoe je zelf de jeugdige een gevoel van veiligheid kan geven;
- neem zelf een neutrale houding aan ten opzichte van de jeugdige: prijs de jeugdige niet voor bepaalde uitspraken en toon geen afkeer (boosheid/walging etc.) over de mogelijk met de jeugdige uitgevoerde (seksuele) handelingen (Lamb et al., 2007).

6.4 Stap 4 Weeg de ernst en risico's

In Deel A zijn de wetenschappelijk onderbouwde risico- en beschermende factoren op een rij gezet. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat deze factoren elkaar (volledig) kunnen opheffen of dat de kans op kindermishandeling eenvoudigweg een kwestie van plussen en minnen van risico- en beschermende factoren is. Per definitie betreft het *kansen* dat deze factoren leiden tot kindermishandeling, onderzocht in groepen, die niet altijd in individuele gevallen gelden. Wel is het waarschijnlijk dat de kans op kindermishandeling groter wordt bij de aanwezigheid van meer dan drie risicofactoren (Sidebotham & Heron, 2006). Dit wordt *risicocumulatie* of -oopenstapeling genoemd. Of het omgekeerde effect (in gelijke mate) uitgaat van beschermende factoren is niet bekend.

Desondanks is het belangrijk dat de jeugdprofessional zowel de risico- als beschermende factoren in kaart brengt, de frequentie en duur waarin factoren spelen en dit geheel weegt om zo een inschatting te maken van de ernst en impact van de kindermishandeling, welke acties en interventies aangewezen zijn en wat daarvan het verwachte effect is.

Een veiligheids- en/of risicotaxatie-instrument helpt bij de weging van de ernst van kindermishandeling en/of het risico (van herhaling) voor kindermishandeling. Zie paragraaf 6.1.1. Vraag bij twijfel altijd (opnieuw) advies bij Veilig Thuis.

6.5 Stap 5 Beslis: helpen, hulp organiseren en/of melden?

In deze fase gaat de jeugdprofessional na of hij in voldoende mate zelf effectieve hulp kan bieden of kan organiseren. Hulp moet in eerste instantie gericht zijn op het creëren of herstellen van de veiligheid voor de jeugdige. Wat kan de jeugdprofessional zelf, samen met de ouder(s) oppakken, welke oplossingen ziet/zien de ouder(s) zelf, welke rol kan het sociale netwerk spelen? Welke andere deskundigheid en vormen van begeleiding zijn aangewezen? De jeugdprofessional monitort het effect van de begeleiding die hij of zij zelf biedt maar ook dat van andere formele en informele hulp daaromheen. Daarbij is de veiligheid voor de jeugdige steeds leidend.

In alle gevallen waarin de jeugdprofessional meent dat de veiligheid van de jeugdige opnieuw bedreigd wordt, neemt hij een nieuwe beslissing over de consequenties daarvan. Indien er voldoende actuele informatie beschikbaar is en de hulpverlening niet leidt tot een verbeterde veiligheid, dan volgt een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming (door een door de gemeente gemandateerde professional); wanneer er onvoldoende actuele informatie is of er geen ingang meer is bij het gezin, dan volgt melding bij Veilig Thuis. Zie ook de *Richtlijn Crisisplaatsing* (Bartelink et al., 2015) en de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) (*richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*).

6.5.1 Beslissen in onzekerheid

Jeugdprofessionals moeten beslissingen nemen in complexe situaties waarin (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Beslissen in dergelijke situaties is per definitie moeilijk. Werken met kindermishandeling is vooral weten om te gaan met onzekerheden. Besluitvorming is een proces en vindt niet 'plotseling' plaats als 'laatste stap' van een meldcode kindermishandeling: een besluit ontwikkelt zich. De scheidslijn tussen de onderdelen 4 (wegen van ernst en risico) en 5 (beslissen) in de meldcode valt dan ook niet scherp te trekken. Beslissen over kindermishandeling is bovendien lastig omdat:

- kindermishandeling een psychosociaal probleem is waarbinnen allerlei vormen en gradaties bestaan en er – anders dan bijvoorbeeld bij een medische aandoening – geen sprake kan zijn van zogenaamde 'slagboom-diagnostiek' (een vrouw kan niet een 'beetje zwanger' zijn);
- de implicaties van een verkeerd besluit ernstig kunnen zijn;
- iedere betrokkene zijn of haar eigen verhaal, perspectief en belangen heeft;
- jeugdprofessionals vaak moeten beslissen onder tijdsdruk;
- ouders in veel gevallen zelf (nog) geen hulpvraag of motivatie hebben.

Het gaat dus om 'beslissen in onzekerheid' (Munro, 1999). Het werken met onzekerheden betekent dat er fouten gemaakt kunnen worden. Fouten ontstaan door valkuilen in de oordeelsvorming (Ten Berge & Vinke, 2006) maar ook door kenmerken van processen en systemen (Munro, 2005):

- factoren bij de professional zelf, zoals emoties en eigen normen en waarden;
- de beperkingen van instrumenten: instrumenten kunnen maar tot op zekere hoogte informatie geven of voorspellen; even belangrijk is de professionele blik en onderbouwde intuïtie;
- factoren met betrekking tot de context van de organisatie: jeugdprofessionals moeten enerzijds opkomen voor de jeugdige en het gezin, maar hebben daarnaast te maken met de doelstellingen van de organisatie (financiële beperkingen, capaciteit etc.).

Volgens Reason (2000) moet geanticipeerd worden op fouten en moet het systeem zodanig ingericht zijn dat de schade ten gevolge van fouten geminimaliseerd wordt: "*We cannot change the human condition, but we can change the conditions in which humans work*". In een goed functionerend systeem zijn er 'checks' geïnstalleerd die voorkomen dat fouten zich kunnen opstapelen. Zogenaamde feedback-loops (terugkoppeling) en het leren van fouten door bijvoorbeeld intervisie spelen daarbij een belangrijke rol.

Valkuilen en knelpunten zijn bijvoorbeeld (Munro, 1999):

- De neiging om besluitvorming te vereenvoudigen en zich op basis van beperkte informatie een oordeel te vormen. Vaak past men een eerste oordeel niet snel meer aan. Daarbij wordt gezocht naar informatie die het eerste oordeel bevestigt en wordt informatie die tegenstrijdig is aan het eerste oordeel genegeerd (tunnelvisie).
- De neiging om te beslissen op basis van informatie die recent of levendig is of sterke emoties oproept. Hierdoor kan een vertekend beeld van de situatie ontstaan.
- De neiging om snel een oorzakelijk verband te veronderstellen zonder na te gaan of dat verband er daadwerkelijk is.
- De neiging om impliciet en intuïtief te beslissen, waarbij persoonlijke kenmerken, ervaringen en beeldvorming van de persoon die de besluiten neemt een invloedrijke rol hebben.
- De neiging om ongestructureerd beslissingen te nemen. De relatie tussen de verzamelde informatie en de genomen beslissingen blijkt mager (De Jong, 2004; De Langen, 2004).
- De verschillen tussen professionals in de 'beslisdrempels' die zij hanteren, oftewel hoe snel zij geneigd zijn om in te grijpen. De hoogte van de beslisdrempel verschilt per hulpverlener en hangt vooral af van de soort fouten dat hij het liefst wil vermijden: vals positieven (onterecht ingrijpen) of vals negatieven (onterecht niet ingrijpen) (Dagleish, 1997). Naast werkervaring hebben ook de eigen normen en waarden en voorgeschiedenis van de professional en eerdere incidenten (in de media) invloed op de hoogte van de beslisdrempel.

Echter: "*Fouten maken mag, ze verzwijgen niet*" (Doeleman, Opvoedpoli, in TKM-special professionaliteit & professionalisering) (Augeo Foundation, 2013b), dus: "*Admit that you may be wrong*" (Turnell & Edwards, 1999).

Daarom is het belangrijk om te bedenken wat goede besluitvorming is. Goede besluitvorming rond kindermishandeling voldoet aan de volgende criteria (o.a. Bartelink, Ten Berge, & Van Yperen, 2010):

- Besluitvorming is professioneel: beslissingen zijn transparant en goed onderbouwd en komen systematisch en doelgericht tot stand (volgens principes van 'structured decision making' (SDM). Beslis nooit alleen, overleg altijd en werk samen, registreer alle stappen bij besluitvorming en overwegingen in het dossier.
- Besluitvorming is evidence- of science-based: beslissingen zijn gebaseerd op theorieën over het ontstaan en instandhouden van kindermishandeling en onveilige opvoedingssituaties en op kennis over 'wat werkt'.
- Besluitvorming komt 'in dialoog' met ouders en jeugdigen tot stand: beslissingen worden samen met ouders en indien mogelijk met de jeugdige genomen, tenzij de omstandigheden dermate dreigend zijn dat overleg met ouders structureel onmogelijk blijkt.
- De veiligheid van jeugdigen staat centraal.

Hierna bespreken we drie methoden voor besluitvorming rond kindermishandeling.

6.5.2 Gedeelde besluitvorming (shared decision-making)

In diverse Nederlandse publicaties over kindermishandeling wordt gesproken van *shared decision-making* (gedeelde besluitvorming). Dit begrip, afkomstig uit de medische wereld, werd geïntroduceerd vanuit de behoefte aan een meer patiëntgerichte zorg. Daarbij gelden de volgende kenmerken (Charles, Whelan, & Gafni, 1997):

- Er zijn minimaal twee personen: de professional en de cliënt.
- Zij wisselen de benodigde informatie uit.
- Beide partijen zetten zich in om tot consensus te komen over een behandeling of interventie;
- er wordt een besluit genomen over de uit te voeren behandeling (of: "*agree to disagree*") (Elwyn & Charles, 2001).

De volgende stappen worden hierbij doorlopen, over en weer in interactie:

- definiëring van het probleem waarover besloten moet worden;
- informatieverstrekking (voor- en nadelen);
- definiëring van risico's;
- bepalen welke mogelijkheden en afwegingen er zijn;
- samen kiezen (beslissen).

Bij (vermoedens van) kindermishandeling is *shared decision-making* in de oorspronkelijke betekenis echter niet altijd mogelijk. Ouders waarbij er een vermoeden is van kindermishandeling komen niet zelf met een hulpvraag en zijn daarom in eerste instantie lang niet altijd gemotiveerd voor hulp. Echter, het betrekken van de ouders en jeugdigen bij het besluitvormingsproces en transparantie daarover is juist daarom wel vanaf het begin belangrijk; het is een investering voor de hulp die volgt. Het geeft vertrouwen, berust op respect en vergroot de kans op een positieve samenwerking. Beslissen *in dialoog* met ouders en jeugdigen vormt een belangrijke kans om de veiligheid van jeugdigen te vergroten en hun welzijn te bevorderen (Howe, 2010). Ouders en jeugdigen kunnen binnen gestelde kaders ook meedenken over oplossingen (Turnell & Edwards, 1999). Van belang is dat de *jeugdige* centraal staat, en niet de schuldvraag.

Gedeelde besluitvorming betekent in de exploratiefase dus dat de jeugdprofessional met het gezin overeenkomt wat de vraag en het probleem van de jeugdige en het gezin is en hoe de veiligheid van de jeugdige bewerkstelligd kan worden. Gedeelde besluitvorming is *niet* van toepassing op het verifiëren van vermoedens of verdenking en het vaststellen van kindermishandeling. Het is belangrijk om dit onderscheid te maken

6.5.3 Multidisciplinair beslissen

De input van verschillende professionals, zowel extern van betrokken instanties als intern (werkbegeleider, gedragswetenschapper, vertrouwensarts, teamleider) is essentieel voor een goede oordeelsvorming over de problematiek en voor de beslissing welke interventie nodig is om een jeugdige te beschermen en zijn welzijn te bevorderen (Sidebotham et al., 2010). Bij het beslissen over de veiligheid van jeugdigen hebben jeugdprofessionals te maken met diverse instanties of teams, zoals het wijkteam, de school, het ZAT (ZorgAdviesTeam) en het CJG, zoals beschreven in paragraaf 6.2. Om de best mogelijke hulp en ondersteuning in het gezin te krijgen is het belangrijk dat instanties samen optrekken en zowel onderling als met ouders en jeugdigen afspraken maken over de regie. Neem als jeugdprofessional het voortouw als dat nodig lijkt en wijs andere professionals daar ook op. Kom tot besluitvorming bij voorkeur samen met ouders, zo mogelijk ook met jeugdigen en eventueel het sociaal netwerk.

Team- en multidisciplinaire besluitvorming heeft als voordeel dat professionals met elkaar in gesprek gaan over de afwegingen die zij maken. Verschillen tussen professionals komen zo aan het licht, waardoor zij elkaar kunnen aanscherpen. Teams komen vaker tot eenduidige beslissingen dan individuele professionals (Pijnenburg, 1996). Onderzoek wijst echter ook uit dat teambesluitvorming niet per definitie tot *beter*e beslissingen leidt. Professionals blijken in teams lang stil te staan bij de verzamelde informatie. Dit leidt niet per definitie tot heldere en systematische besluitvorming. Er blijkt weinig verband tussen de verzamelde informatie en de genomen beslissingen. Bovendien kunnen valkuilen zich ook in teambesluitvorming voordoen. Het risico bestaat bijvoorbeeld dat iedereen in dezelfde richting gaat denken als degene die de zaak inbrengt (De Jong, 2004; De Langen, 2004; Pijnenburg, 1996). Ook multidisciplinaire beslisteams kunnen last hebben van tunnelvisie. Munro (2005) raadt daarom aan om in ieder multidisciplinair overleg, per toerbeurt, expliciet een professional het proces te laten bewaken (als 'advocaat van de duivel').

Voor effectieve team- en multidisciplinaire besluitvorming is het nodig dat elke professional vanuit zijn organisatie het mandaat heeft om de beschikbare informatie te delen en beslissingen te nemen. Het vraagt ook van professionals dat zij goed voorbereid naar de bijeenkomst komen, zodat zij hun bijdrage kunnen leveren aan het besluitvormingsproces. Het proces moet gestructureerd en doelgericht verlopen, zodat er na afloop een heldere beslissing ligt en elke deelnemer weet wat er van hem verwacht wordt. Effectieve samenwerking tussen organisaties op cliëntniveau vraagt om commitment van de organisaties (management), een omgeving die wederzijds vertrouwen en samenwerking bevordert, processen en systemen die de samenwerking vergemakkelijken en ondersteuning van individuele professionals (Bartelink & Kooijman, 2013).

6.5.4 Systematisch beslissen

Ter verbetering van de besluitvorming over kindermishandeling is voor Veilig Thuis de *ORBA-werkwijze* ontwikkeld (Ten Berge & Vinke, 2006). ORBA staat voor Onderzoek, Risicotaxatie, Besluitvorming AMK's. Gedeelde besluitvorming (paragraaf 6.5.2) maakt geen expliciet deel uit van deze werkwijze maar kan ondervangen worden door het incorporeren van noties uit de oplossingsgerichte benadering (De Shazer, 1993) en *Signs of Safety*TM (Turnell & Edwards, 1999). Ook wordt geen expliciete aandacht besteed aan 'wat werkt' in de aanpak van kindermishandeling: kennis over welke hulp effectief is om kindermishandeling te stoppen, in de toekomst te voorkomen en/of de gevolgen ervan te verminderen.

De *Deltamethode* (PI Research & Van Montfoort, 2009) vertoont overeenkomsten met de *ORBA-werkwijze* maar richt zich op gezinsvoogden die werken met jeugdigen waarover een ondertoezichtstelling (OTS) is uitgesproken. De *Deltamethode* wordt daarom in Deel C besproken.

De doelen van *ORBA* zijn:

- gestructureerde besluitvorming binnen Veilig Thuis bevorderen;
- ondersteuning bieden aan hulpverleners bij het analytisch denken over zaken waarin mogelijk kindermishandeling speelt door:
 - het besluitvormingsproces inzichtelijk te maken. Dat doe je door in dit proces een aantal processtappen te onderscheiden: verzamelen, ordenen, analyseren, concluderen en beslissen;
 - handreikingen te bieden voor de informatieverzameling; door checklists zoals de *LIRIK* (zie paragraaf 6.1.1.1) worden Veilig Thuis-medewerkers gewezen op relevante aandachtspunten op verschillende momenten in het besluitvormingsproces;
- een kader te bieden voor het ordenen van de informatie volgens de indeling:
 - vermoedelijke kindermishandeling;
 - jeugdige;
 - opvoeding en verzorging;
 - ouder;
 - gezin en omgeving;
 - hulpverlening.

6.6 Aanbevelingen

Overwegen

- Stel standaard – in ieder geval bij de intake – neutraal geformuleerde vragen aan ouders en jeugdige over de veiligheid in het gezin, nu of in het verleden en in de toekomst.
- Overweeg altijd bij alles wat je opmerkt als afwijkend, opvallend of zorgelijk bij jeugdigen en hun ouders, betreffende psychosociale omstandigheden, gedrag en ontwikkeling, psychische gesteldheid en fysieke kenmerken: ‘Kàn hier sprake zijn van kindermishandeling?’

Vermoeden of verdenken

- Werk bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling altijd in de geest van en volgens de *Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling*.
- Ga na of er sprake is van een acuut onveilige of levensbedreigende situatie voor de jeugdige en de eventuele broertjes of zusjes, en handel in dat geval direct: overleg met je leidinggevende, gedragswetenschapper, vraag advies bij Veilig Thuis, overleg eventueel met de Raad voor de Kinderbescherming en de politie. Zie de *Richtlijn Crisisplaatsing* (Bartelink et al., 2015) en de *Richtlijn Uithuisplaatsing* (Bartelink et al., 2015) (*richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*).

Exploratiefase

- Breng de situatie in kaart (exploratiefase) door informatie te verzamelen over wat er goed gaat en waarover er zorgen bestaan, ten aanzien van:
 - a. de veiligheid van de jeugdige;
 - b. de algehele ontwikkeling van de jeugdige:
 - de psychische gesteldheid van de jeugdige;
 - de lichamelijke gesteldheid van de jeugdige;
 - c. de beide ouders;
 - d. de omgeving van de jeugdige en het gezin.

Ad a.

Gebruik de *CFRA*, *CARE-NL*, *LIRIK*, *Delta Veiligheidslijst* of een triage-instrument voor veiligheids- en risicotaxatie, maar realiseer je daarbij dat deze (nog) onvoldoende onderzocht zijn. Wees je bewust van de subjectiviteit van je oordeel, kom bij voorkeur tot een eendoordeel samen met een collega of andere professional en waar mogelijk met de ouder(s) en/of jeugdige(n) zelf.

Ad b.

Vraag bij een vermoeden van lichamelijke kindermishandeling en seksueel misbruik, een (jeugd-, huis-, kinder- vertrouwens- of forensisch) arts en/of het LECK (Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling), FPKM (Forensische Polikliniek Kindermishandeling) of Centrum Seksueel Geweld om de lichamelijke signalen te duiden. Screen op traumasymptomen met behulp van de (gevalideerde) *CRIES-13*.

Ad c.

Kijk naar de ouders als persoon en als opvoeder. Ga na of er sprake is van een (lichte) verstandelijke beperking, psychiatrische problemen en/of verslaving. Ga na wat de krachten van de ouders zijn. Ga na of er zorgen over de kinderen bestaan naar aanleiding van een Kindcheck.

Gebruik een gevalideerde vragenlijst zoals de *Pedagogische Variabelen Lijst (PVL)* bij een kindbescherminingsmaatregel, *Gezinsvragenlijst (GVL)* of *Opvoedingsbelasting vragenlijst (OBVL)* om de opvoedingskwaliteit van de ouders in kaart te brengen.

Ad d.

Breng het sociale netwerk rond het gezin expliciet (bv. visueel) in kaart.

Werk samen met ouders en jeugdige

- Overleg met en betrek ouders en jeugdige in het gehele proces, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken (bv. in verband met veiligheid).
 - Vraag toestemming van de 16+ jeugdige om met zijn of haar ouders te spreken.
 - Vraag toestemming aan de ouders van een jeugdige jonger dan 12 jaar om met de jeugdige apart te spreken.
- Gebruik in de communicatie met ouders en jeugdigen geen vaktermen zoals 'risicofactoren'. Gebruik liever formuleringen zoals 'zorgen maken over ...', 'wat gaat goed en waarover zijn er zorgen', 'zorgpunten/aandachtspunten'.
- Beloof de jeugdige geen geheimhouding; vertel wanneer en waarom je informatie moet delen met andere professionals.
- Schakel indien nodig een professionele tolk in.

Raadpleeg andere professionals en werk met hen samen

- Weet wanneer je wel en niet informatie over gezinnen kan of moet delen, dat wil zeggen:
 - informatie *verstrekken* aan professionals die daarom vragen;
 - *verzoeken* om informatie bij andere professionals;
 - *uitwisselen* in multidisciplinair overleg.
- Denk aan collega's, aandachtfunctionarissen of leidinggevendenden, Veilig Thuis, arts of specialist, hulpverleners betrokken bij het gezin, onderwijs, politie.
- Overleg en stem af met de politie en Veilig Thuis wanneer er sprake is van een mogelijk strafbaar feit, ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling, lichamelijke verwaarlozing, seksueel misbruik, eengerelateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking of huwelijksdwang.
- Overweeg altijd aangifte in een van de hiervoor genoemde situaties. Overweeg ook aangifte als alleen via die weg kindermishandeling tijdig en duurzaam gestopt kan worden.
- Wijs de ouder(s) op de mogelijkheid om aangifte te doen, of wijs op het tijdelijk huisverbod (bij partnergeweld en kindermishandeling).
- Bij twijfel en melden: overleg met Veilig Thuis.

Wegen van ernst en risico

- Weeg alle (ongunstige en gunstige) factoren, de ernst en de risico's en blijf dit gedurende het gehele proces telkens weer doen bij nieuwe informatie en signalen.

Beslissen

- Beslis nooit alleen.
- Beslis voor hulp (organiseren) en/of voor het doen van een melding bij Veilig Thuis.
- Spreek expliciet met betrokken professionals en ouders en jeugdige af wie de regie heeft over de hulp rond het gezin.
- Werk gestructureerd en methodisch naar een beslissing toe (bv. *ORBA-werkwijze*, *Deltamethode*) volgens de principes van 'structured decision making', waar relevant multidisciplinair, en zoveel mogelijk in dialoog met de ouders ('shared decision making').
- Realiseer je dat het werken met (vermoedens van) kindermishandeling gepaard gaat met onzekerheden; ook voor ouders, jeugdigen en andere betrokkenen is het een onzekere tijd.

Communiceer eenduidig

- Houd in het dossier zorgvuldig verslag bij van vermoedens en feiten, alle overleg en overwegingen, besluiten en handelen.
- Noteer waarom zonder instemming of medeweten van ouders en/of jeugdige is overlegd of gehandeld.
- Praat en schrijf in eenduidige taal, maak onderscheid tussen feiten en meningen, vermeld wiens mening het is (vraag daarvoor toestemming en vraag of de mening juist is weergegeven).

Hoofdstuk 7

Kennis, attitude en vaardigheden (competenties)

Uitgangsvraag:

Welke houding en vaardigheden (competenties) heeft de jeugdprofessional nodig om (het risico op) kindermishandeling adequaat te kunnen signaleren en aansluitend te kunnen handelen en beslissen?

Besluitvorming in situaties waarin kindermishandeling speelt, vraagt veel van jeugdprofessionals.

“Kindermishandeling raakt ouders en kind zo intens, dat het hoge eisen stelt aan de expertise van degene die zich om de jeugdige en de ouders bekommert” (Baartman, 2013).

Natuurlijk zijn jeugdprofessionals hiervoor opgeleid en mag verwacht worden dat zij beschikken over de benodigde competenties. Aan de andere kant gaat het om besluitvorming in onzekere, complexe situaties waarbij het maken van ‘fouten’ vrijwel onvermijdelijk is, terwijl de consequenties daarvan ingrijpend kunnen zijn. Dit is een belangrijke reden om beslissingen rond (vermoedens van) kindermishandeling nooit alleen te nemen, transparant te werken en te blijven leren en reflecteren.

Onder competenties verstaan we: vermogens op basis van *kennis, attitude* en *vaardigheden*.

Deze drie elementen worden hieronder toegelicht.

7.1 Kennis

De jeugdprofessional moet up-to-date kennis hebben van:

- signalen, risicofactoren, beschermende factoren en gevolgen van kindermishandeling (Deel A);
- hoe te handelen (Deel B);
- interventiemogelijkheden (Deel C).

De jeugdprofessional moet daarnaast kennis hebben van:

- de algemene, sociaal-emotionele, cognitieve en (psycho)seksuele ontwikkeling van jeugdigen, plus de ontwikkeling op andere terreinen, zoals motorische en spraak-taalontwikkeling;
- wat jeugdigen minimaal nodig hebben om zich optimaal te kunnen ontwikkelen en wat de (opvoed)taken van ouders hierin zijn (Van Rossum, Ten Berge, & Anthonijsz, 2008);
- wettelijke regels omtrent het delen van informatie en persoonsgegevens van cliënten met andere professionals;
- hoe te handelen bij een conflict van plichten (beroepsgeheim, zorgplicht, meldrecht);
- de regionale sociale kaart en mogelijkheden voor interventies in het gezin;
- op casusniveau: informatie over de jeugdige, het gezin, het sociale netwerk en de culturele achtergrond van het gezin (welke normen en waarden, welke gedragsregels?).

Echter: *“Met alleen theoretische kennis red je het niet. Je moet intellectueel en emotioneel volwassen zijn. Het werk is zo uitdagend, zo intens en je bent zo belangrijk voor een kind. Je moet zoveel afwegingen maken, analyseren, logisch redeneren en tegelijk een emotionele intelligentie hebben. Als je een kind bezoekt dat in angst leeft, dan moet je niet alleen een intellectuele afweging maken, je zult ook een fysieke en emotionele reactie hebben.”* (Munro in TKM-special professionaliteit & professionalisering) (Augeo Foundation, 2013b).

Kennis moet bijgehouden worden. Dat is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van elke jeugdprofessional zelf, maar jeugdprofessionals moeten hiervoor ook in de gelegenheid gesteld worden. De jeugdprofessional kan daarvoor gebruik maken van de faciliteiten van de eigen organisatie, e-learning, literatuur, intervisie, bij- en na scholing, congresbezoek en de faciliteiten en scholingsactiviteiten van de beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW.

7.2 Attitude

Er is weinig wetenschappelijke literatuur over de benodigde attitude van professionals voor het werken met gezinnen waarin kindermishandeling speelt of vermoedens van kindermishandeling zijn. 'De enige juiste' attitude bestaat niet en soms is er geen 'klik' met een gezin – dit kan de meest ervaren jeugdprofessional overkomen. Om te kunnen werken met deze gezinnen is het een vereiste om het vertrouwen te winnen en te onderhouden.

De jeugdprofessional dient zich ervan bewust te zijn dat kindermishandeling voorkomt en dat hij/zij een verantwoordelijkheid heeft in de aanpak daarvan (Van Rossum et al., 2008). De houding van de jeugdprofessional dient daarbij, volgens de werkgroep, gericht te zijn op het aangaan van *partnerschap* met ouders en jeugdigen.

De volgende aandachtspunten kunnen daarbij behulpzaam zijn (o.b.v. *Signs of Safety™*):

- Durf, wees moedig!
- Reflecteer: wees je bewust van je eigen ontwikkeling en grenzen aan je kennis, vaardigheden en bevoegdheden. Wat zijn jouw sterke kanten en wat vind je moeilijk? Vraag om hulp en advies. Misschien kan een collega of andere professional dit gezin beter begeleiden? Je hebt dan niet gefaald maar toont juist dat je inzicht hebt in jezelf en wat het gezin nodig heeft. Als jeugdprofessional moet je ook zelf in evenwicht zijn. Als je bijvoorbeeld door ingrijpende gebeurtenissen uit balans bent, dien je je af te vragen of je op dat moment de juiste persoon bent om dit probleem adequaat aan te pakken, of dat je het gezin moet overdragen aan een collega. Dat kun je bespreken met een collega en/of manager.
- Wees je bewust van je eigen normen en waarden, eigen referentiekader (eigen jeugd, opvoeding en problemen met de eigen kinderen of partner, eigen overtuigingen, religie) en de invloed die dit heeft op jouw contact met ouders en jeugdigen en jouw oordeelsvorming.
- Respecteer andere culturele en levensbeschouwelijke opvattingen, maar stel daaraan grenzen wanneer dat in het belang van de jeugdige is.
- Respecteer alle gezinsleden als individuen die het waard zijn om mee te werken. Ga uit van het standpunt dat het gezin het vermogen heeft om te veranderen. Dat geeft hoop en perspectief.
- Verwar de details van de zaak niet met oordelen. Onthoud je van een oordeel totdat zo veel mogelijk informatie is verzameld. Bedenk dat anderen, met name het gezin, de details anders zullen benaderen. Oordeel over de veiligheid, niet de persoon.
- Luister om te begrijpen, niet om te reageren. Hanteer een houding van 'niet-weten', dat wil zeggen onbevooroordeeld zo veel mogelijk informatie vergaren met een onderzoekende houding.
- Wees bescheiden of "*humble*" (Turnell & Edwards, 1999), durf een oordeel over de veiligheid van een jeugdige bij te stellen wanneer een verklaring van de ouders aannemelijk is: "*Admit that you may be wrong*" (Turnell & Edwards, 1999).

- Werk samen met de persoon, niet met 'de kindermishandeling'. Jeugdprofessionals kunnen een relatie met de leden van een gezin opbouwen zonder het misbruik op enigerlei wijze te rechtvaardigheden. Wees 'meerzijdig partijdig': erken alle partijen en trek partij voor het slachtoffer zonder je tegen de pleger te keren.
- Gun het gezin keuzemogelijkheden en kansen. Ga na wat de gezinsleden willen. Accepteer de zorgen en verlangens van alle gezinsleden. Gebruik hun doelen bij het opstellen van een plan van aanpak en om de gezinsleden tot verandering te motiveren. Definieer gezamenlijke doelen: het welzijn en de veiligheid van de jeugdige. Daarmee worden de gezinsleden bij het proces betrokken en wordt de samenwerking bevorderd.
- Wees openhartig en eerlijk (ook gedurende het onderzoek).
- Besef dat samenwerken ook mogelijk is wanneer dwang is vereist. Jeugdprofessionals zullen bijna altijd een zekere mate van dwang moeten gebruiken en moeten vaak hun wettelijke gezag uitoefenen om situaties te voorkomen waarin gevaar aanwezig blijft, maar dit mag hen er niet van weerhouden om te streven naar een partnerschap met de ouders.
- Erken dat in elk gezin signalen van veiligheid aanwezig zijn. Die zorgen ervoor dat de kinderen in elk geval voor een deel – vaak het grootste deel – van de tijd veilig zijn.
- Blijf veiligheid centraal stellen. Het centrale aandachtspunt van de jeugdbescherming is altijd het vergroten van de veiligheid. Vraag je voortdurend af: welk effect heeft dat wat ik doe op de jeugdige en ouder(s)?
- Zoek altijd naar de details. Probeer altijd concrete, gedetailleerde informatie te krijgen, of het nu gaat om een verkenning van negatieve of positieve aspecten van de situatie. Oplossingen ontstaan uit details, niet uit generalisaties.
- Concentreer je op het totstandbrengen van kleine veranderingen. Raak niet gefrustreerd wanneer grote doelen niet onmiddellijk worden bereikt. Richt je op kleine, haalbare doelen en wees erkentelijk wanneer die zijn bereikt.
- Beschouw het gesprek als een 'platform voor verandering'.

7.3 Vaardigheden

De concrete vaardigheden die een jeugdprofessional nodig heeft bij het signaleren, handelen en beslissen over kindermishandeling zijn (volgens de werkgroep op basis van de praktijk; op basis van Turnell & Edwards, 1999; Van Rossum et al., 2008):

- geldende wetgeving, richtlijnen, de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en protocollen kunnen toepassen;
- signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling kunnen herkennen, benoemen, en zorgen concreet kunnen onderbouwen;
- kunnen beoordelen of er sprake is van een levensbedreigende situatie (waarin onmiddellijk handelen nodig is);
- binnen de grenzen van de eigen professionele rol en mogelijkheden een vermoeden van kindermishandeling nader (laten) uitzoeken en waar nodig anderen inschakelen;
- relevante checklists of instrumenten kunnen toepassen en op waarde schatten (hanteren als hulpmiddel, niet als doel op zich);
- op een deskundige en respectvolle manier met jeugdigen en ouders kunnen praten over vermoedens en stoppen van kindermishandeling;
- kunnen afwegen wat er nodig is om de kindermishandeling te (laten) stoppen en de schade

- te beperken;
- binnen de grenzen van de eigen professionele rol en mogelijkheden hulpverlening kunnen bieden en/of laten inzetten gericht op veiligheid en herstel voor alle gezinsleden;
- kunnen beoordelen of een jeugdige voor (trauma)behandeling in aanmerking komt;
- kunnen samenwerken met ouders, jeugdigen, het sociaal netwerk en professionals aan veiligheid en herstel;
- de voortgang en resultaten van begeleiding en hulp aan jeugdigen en ouders kunnen monitoren vanuit het belang van veiligheid voor de jeugdige.

Algemene vaardigheden:

- sterk analytisch vermogen;
- zelfvertrouwen maar ook advies of hulp kunnen vragen;
- vermogen tot zelfreflectie;
- een goed ontwikkelde intuïtie: *"Een goede intuïtie is van belang, maar je moet altijd nagaan of je intuïtie klopt met de feiten. Je ziet zo veel aan omstandigheden en aan gedrag. Iemand die normaliter bijvoorbeeld alles redelijk op orde heeft, maar nu niet. Iemand die meer gesloten is dan anders. Als je langer in een gezin komt en mensen beter kent, zie je soms al aan een gelaatsuitdrukking, dat er iets is. Dan vraag je door. Door vragen te blijven stellen kun je dit juist openbreken. Vaak zie je dat ouders dan ook opgelucht zijn. Soms kan het lang zoeken zijn en soms is het voor een kind of ouder nog te vroeg".* (Doeleman, Opvoedpoli, in TKM-special professionaliteit & professionalisering) (Augeo Foundation, 2013b);
- beoordelingsvaardigheden en omgevingsgevoelig kunnen reageren: goed onderscheid weten te maken tussen de eigen en andermans waarneembare feiten en interpretaties en dit ook kunnen verwoorden;
- luister- gespreks- en communicatieve vaardigheden in relatie tot zowel interne als externe professionals als met ouders en jeugdigen: complexe problematiek in de taal en op het niveau van de betrokkenen helder uiteen kunnen zetten;
- gestructureerd en effectief kunnen werken;
- eenduidig, concreet en zorgvuldig kunnen registreren;
- kennis en expertise kunnen toepassen, onder andere om vragen te stellen ('we weten uit onderzoek dat ... hoe is dat bij jullie?');
- zowel mondelinge, non-verbale als schriftelijke vaardigheden (dit laatste punt wordt vaak onderschat). *"Je moet leren praten met mensen in gewone taal en ook om het in de dossiers in gewone taal op te schrijven. Niet: 'Moeder geeft aan dat vader de jeugdige mishandelt zou hebben', maar: 'Moeder zegt dat vader de jeugdige mishandelt' (direct taalgebruik, red.).* *"Ik leerde ze op te schrijven wat ze zelf dachten en niet van die wollige nonsenszinnen, die er alleen maar omheen draaien. Het geheim is dat je je rapport aan de ouders laat lezen voordat je het aan de kinderrechtster stuurt. Dan moet je het wel zo schrijven dat de ouders het snappen, dus geen 'dossier'-zinnen. Je kunt eigenlijk alles schrijven als je het maar doet met respect voor de persoon. Wat ouders ons vertellen is trouwens hun informatie en zij blijven eigenaar van die informatie. We mogen daar niet een leuk papiertje omheen doen en dan uitsturen. Nee, het moet weer terug naar hen. Dat is de beste methode. Dat moet je leren. Je moet leren lezen en schrijven en praten als ouderbegeleider."* (Van der Pas in TKM-special professionaliteit & professionalisering) (Augeo Foundation, 2013b);

- zich kunnen engageren: het vermogen om jeugdige, ouders en andere betrokkenen te motiveren tot actieve medewerking;
- zich kunnen positioneren: de jeugdprofessional stelt (de veiligheid van) de jeugdige centraal, stelt van daaruit concreet grenzen aan het gezin en benoemt concreet onder welke voorwaarden samengewerkt wordt (ook wel 'bodemeisen' in *Signs of Safety*TM).
In de *Deltamethode* (zie Deel C) wordt gesproken van het kunnen schakelen tussen zich engageren en zich positioneren (PI Research & Van Montfoort, 2009). Het eenzijdig benadrukken van een van beide aspecten leidt tot problemen in de communicatie met gezinnen. Wanneer de jeugdprofessional zich te veel engageert zonder zich te positioneren, leidt dat ertoe dat hij 'ingezogen raakt' in het gezin en het zicht op het noodzakelijke positioneren verloren gaat. Wanneer hij zich te sterk positioneert, kan het zijn dat hij geen vertrouwen meer krijgt van het gezin. "Als hulpverlener moet je over een haast onmogelijke combinatie van vaardigheden beschikken. Je moet autoriteit hebben, uitdagende vragen stellen over het familieleven en tegelijk zodanig betrokken zijn bij de ouders dat je met ze samen kunt werken aan het oplossen van hun problemen." (Munro in TKM-special professionaliteit & professionalisering) (Augeo Foundation, 2013b).

"Als hulpverlener moet je over een haast onmogelijke combinatie van vaardigheden beschikken. Je moet autoriteit hebben, uitdagende vragen stellen over het familieleven en tegelijk zodanig betrokken zijn bij de ouders dat je met ze samen kunt werken aan het oplossen van hun problemen." (Munro, in TKM-special professionaliteit & professionalisering) (Augeo Foundation, 2013b).

7.4 Aanbevelingen

Blijf je competenties ontwikkelen:

Kennis

- Pas theoretische kennis toe op het gebied van signalen, risicofactoren, beschermende factoren en gevolgen van kindermishandeling (zie Deel A). Weet hoe te handelen (Deel B) en welke interventiemogelijkheden er zijn (Deel C).
- Pas theoretische kennis toe op het gebied van de algemene ontwikkeling, de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling plus de (psycho)seksuele ontwikkeling van jeugdigen en pas basiskennis toe over de ontwikkeling op andere terreinen, zoals motorische en spraak-taalontwikkeling.
- Weet wat jeugdigen minimaal nodig hebben om zich optimaal te kunnen ontwikkelen en weet wat de (opvoed)taken van ouders hierin zijn.

Attitude

- Beroepshouding: wees je ervan bewust dat kindermishandeling voorkomt en dat je een verantwoordelijkheid hebt in de preventie en aanpak ervan; richt je op het aangaan van partnerschap met ouders en jeugdigen.
- Reflecteer: wees je bewust van je eigen ontwikkeling en grenzen aan je kennis, vaardigheden en bevoegdheden.
- Wees je bewust van je eigen normen en waarden.
- Respecteer andere culturele en levensbeschouwelijke opvattingen, maar stel daaraan grenzen wanneer dat in het belang van de jeugdige is.

- Respecteer alle gezinsleden als individuen die het waard zijn om mee te werken.
- Luister om te begrijpen en niet om te reageren, zonder oordeel, vraag oprecht nieuwsgierig.
- Onthoud je van een oordeel totdat zo veel mogelijk informatie is verzameld. Oordeel over de veiligheid, niet de persoon.
- Durf een oordeel over de veiligheid van een jeugdige bij te stellen wanneer een verklaring van de ouders aannemelijk is.
- Werk samen met de persoon, niet met 'de kindermishandeling'; wees 'meerzijdig partijdig'.
- Bied het gezin keuzemogelijkheden en kansen. Ga na wat de gezinsleden willen. Accepteer de zorgen en verlangens van alle gezinsleden. Gebruik hun doelen bij het opstellen van een plan van aanpak.
- Wees openhartig en eerlijk (ook gedurende het onderzoek).
- Besef dat samenwerken ook mogelijk is wanneer dwang is vereist.
- Erken dat in elk gezin signalen van veiligheid aanwezig zijn.
- Blijf veiligheid centraal stellen. Vraag je voortdurend af: welk effect heeft dat wat ik doe op de jeugdige en ouder(s)?
- Probeer altijd concrete, gedetailleerde informatie te krijgen, zowel t.a.v. de negatieve als de positieve aspecten: oplossingen ontstaan uit details, niet uit generalisaties.
- Concentreer je op het tot stand brengen van kleine veranderingen; richt je op kleine, haalbare tussendoelen.

Vaardigheden

Specifiek voor kindermishandeling:

- De geldende wetgeving, richtlijnen, protocollen en Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling kunnen toepassen.
- Signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling kunnen herkennen, benoemen, en zorgen concreet kunnen onderbouwen.
- Kunnen beoordelen of er sprake is van een levensbedreigende situatie (waarin onmiddellijk handelen nodig is).
- Binnen de grenzen van de eigen professionele rol en mogelijkheden een vermoeden van kindermishandeling nader (laten) uitzoeken en waar nodig anderen inschakelen.
- Relevante checklists of instrumenten kunnen toepassen en op waarde schatten (hanteren als hulpmiddel, niet als doel op zich).
- Op een deskundige en respectvolle manier met jeugdigen en ouders kunnen praten over vermoedens en stoppen van kindermishandeling.
- Kunnen afwegen wat er nodig is om de kindermishandeling te (laten) stoppen en de schade te beperken.
- Binnen de grenzen van de eigen professionele rol en mogelijkheden hulpverlening kunnen bieden en/of laten inzetten gericht op veiligheid en herstel voor alle gezinsleden.
- Kunnen beoordelen of een jeugdige voor (trauma)behandeling in aanmerking komt.
- Kunnen samenwerken met ouders, jeugdigen, het sociaal netwerk en professionals aan veiligheid en herstel.
- De voortgang en resultaten van begeleiding en hulp aan jeugdigen en ouders kunnen monitoren vanuit het belang van veiligheid voor de jeugdige.

Algemeen:

- Pas reflectieve vaardigheden toe.
- Pas analytische vaardigheden toe.
- Heb zelfvertrouwen maar vraag ook om advies of hulp.
- Ontwikkel je intuïtie.
- Pas luister-, gespreks- en communicatieve vaardigheden toe (zowel mondeling, non-verbaal als schriftelijk), in relatie tot zowel interne als externe professionals als met ouders en jeugdigen.
- Zet complexe problematiek helder uiteen in de taal en op het niveau van alle betrokkenen.
- Ontwikkel beoordelingsvaardigheden en omgevingssensitiviteit; weet onderscheid te maken tussen waarneembare feiten en interpretaties – bij jezelf en anderen.
- Engageer je en positioneer je (d.w.z. betrek, motiveer en stel (veiligheids)grenzen / 'bodemeisen').
- Werk gestructureerd, snel en effectief.
- Registreer eenduidig, concreet en zorgvuldig.
- Weet met onzekerheden om te gaan en risico's in te schatten.
- Weet om te gaan met wettelijke bevoegdheden.

Hoofdstuk 8

Organisatorische randvoorwaarden



Goede besluitvorming over kindermishandeling vraagt niet alleen een specifieke attitude, kennis en vaardigheden van professionals. Het is ook belangrijk dat een aantal randvoorwaarden in de organisatie en in het professionele netwerk is gerealiseerd.

- Organisaties dienen zich te houden aan de gestelde (wettelijke) kaders zoals de verplichting om te werken volgens de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, de Jeugdwet (2015), het Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg (2013).
- Om het werk goed te doen en kritisch te blijven is het nodig dat jeugdprofessionals training en intervisie volgen en voortdurend met elkaar in gesprek blijven over de (resultaten van de) aanpak.
- Daarnaast moeten de caseload en personele capaciteit van de organisatie realistisch zijn.
- Ook de veiligheid van de jeugdprofessional zelf moet geborgd zijn (denk aan een vluchtroute, alarmknop op locatie, assistentie van de politie op locatie, in tweetallen op huisbezoek indien nodig en hulp bij secundaire traumatisering van medewerkers).
- In geval van een juridisch proces, bijvoorbeeld wanneer de jeugdprofessional als getuige gevraagd wordt in een proces, dient er juridische steun te zijn voor de betrokken jeugdprofessional.
- Een deugdelijk, werkbaar, praktisch digitaal dossier is noodzakelijk.
- Duidelijke afspraken over samenwerking in het zorgnetwerk zijn nodig zodat er een soepele informatie-uitwisseling kan plaatsvinden en werkwijzen van verschillende instanties die met een gezin te maken hebben op elkaar zijn afgestemd. In het zorgnetwerk is het belangrijk dat een goede samenwerking tussen instanties gerealiseerd wordt, zodat er afstemming plaatsvindt over de geboden hulp en de verwachte uitkomsten daarvan voor gezinnen.

Wanneer organisaties goede randvoorwaarden weten te realiseren, kunnen hulpverleners zich de benodigde kennis, vaardigheden en attitude eigen maken en in hun dagelijkse praktijk gaan toepassen.

Als organisaties oog hebben voor de behoeften van hun medewerkers, kunnen medewerkers op hun beurt oog hebben voor de behoeften en belangen van jeugdigen. Turnell en Edwards (1999) gebruiken daarvoor de term '*practice leadership*' om aan te geven dat leidinggevenden en begeleiders van jeugdprofessionals op eenzelfde manier moeten werken en (bege)leiding geven, zoals dat van de jeugdprofessional in de gezinssituatie wordt verwacht. Bijvoorbeeld door het stellen van de juiste vragen, de jeugdprofessional zelf mogelijke antwoorden laten bedenken en gebruik maken van best practices.

8.1 Aanbevelingen

- Vraag bij collega's en leidinggevenden om randvoorwaarden die genoemde competenties bevorderen: informatie, training, inter- en supervisie, hulp bij persoonlijke onveiligheid of juridische kwesties, een realistische 'caseload', goede dossiervorming, en beleids- en samenwerkingsafspraken met andere organisaties en gemeenten.
- Vraag om '*practice leadership*': leidinggevenden werken in partnerschap met jeugdprofessionals op eenzelfde manier zoals dat van de jeugdprofessional in de gezinssituatie wordt verwacht.

DEEL C (PRAKTIJK):

Naar veiligheid en herstel



Hoofdstuk 9

Interventies voor veiligheid en herstel

In Deel B stond het proces centraal om tot een besluit te komen òf er daadwerkelijk sprake is van kindermishandeling in een gezin. In Deel C ligt de focus op de hulp zelf. We beantwoorden de volgende uitgangsvragen.

Uitgangsvragen:

- Wat zijn (de werkzame componenten van) interventies om kindermishandeling te stoppen en om herhaling te voorkomen?
- Wat zijn (de werkzame componenten van) interventies om de schadelijke gevolgen van kindermishandeling te beperken?
- Hoe kan de jeugdprofessional bepalen welke interventie(s) voor een jeugdige en een gezin aangewezen is (zijn)?
- Hoe kan de jeugdprofessional de veiligheid van de jeugdige en de resultaten van de ingezette interventie(s) monitoren?

Er is een vermoeden van mishandeling ontstaan, de signalen, risico- en beschermende factoren zijn in kaart gebracht, er is gesproken met deskundigen, Veilig Thuis, met de betrokken ouders en de jeugdige zelf. Als laatste stap gaat de jeugdprofessional na of hij zelf effectieve hulp kan bieden of organiseren. De centrale vragen zijn nu: wat moet er veranderen om de situatie voor de jeugdige (weer) voldoende veilig te maken, gezinsrelaties waar mogelijk te herstellen, veranderingen effectief en blijvend te realiseren en voor welke mogelijke schade is behandeling van de ouder(s) en/of jeugdige nodig? Hiervoor wordt een plan opgesteld (veiligheids-, hulpverlenings- en herstelplan) in overleg met professionals (o.a. Veilig Thuis) en in samenspraak met ouders en jeugdige.

9.1 Veiligheidsplan

Het veiligheidsplan vormt de basis voor de verdere begeleiding. Onderdelen van dit plan zijn (op basis van Ten Berge et al., 2012):

- een veiligheidsplan;
- hulpverleningsdoelen;
- de inzet van eigen kracht en netwerk;
- de inzet van professionele interventies;
- de inzet van behandeling;
- monitoren van veiligheid en resultaten;
- evalueren van de begeleiding.

Een veiligheidsplan bestaat binnen *Signs of Safety™* uit:

- de namen van de belangrijkste veilige personen met wie de jeugdige contact kan opnemen als er problemen zijn;
- de namen van personen die de ouders bijstaan en met wie is afgesproken dat zij toezicht houden op de veiligheid van de jeugdige;
- de namen van personen die zullen bijspringen wanneer de primaire verzorger ziek, te gespannen of anderszins niet beschikbaar is;
- afspraken voor situaties zoals verjaardagen, feestjes of wanneer de ouders alcohol of drugs willen gebruiken;

- afspraken over andere jeugdigen wanneer familieleden of vrienden op bezoek komen of komen oppassen;
- de leeftijd waarop het veiligheidsplan aan jonge kinderen moet worden uitgelegd en wie daarvoor verantwoordelijk is;
- een beschrijving van de ontwikkeling van de jeugdige en hoe het plan moet worden aangepast naarmate de jeugdige ouder wordt;
- een uitspraak over de vraag hoe lang het veiligheidsplan van toepassing is (Turnell & Edwards, 1999; momenteel in herontwikkeling).

De hoofddoelen voor ouders en jeugdige zijn: het creëren van (voldoende) veiligheid in de opvoedsituatie en het verwerken, herstellen of verminderen van de gevolgen voor de jeugdige, zodat die zich (weer) goed kan ontwikkelen. Om die doelen te bereiken zet de jeugdprofessional bij voorkeur een specifieke, effectieve interventie in. Daarnaast kan het nodig zijn om specifieke behandelmethoden die gericht zijn op de aanpak van de (gevolgen) van kindermishandeling te integreren in het hulpaanbod.

Bij kindermishandeling gaat het vaak om combinaties van problemen bij de ouders, de jeugdige, het gezin en de omgeving. Een effectieve aanpak van kindermishandeling dient daarom gericht te zijn op alle factoren die hieraan bijdragen of er het gevolg van zijn. Dit vraagt om een systeemgerichte aanpak met aandacht voor wat het gezin en alle individuele leden nodig hebben en welke mogelijkheden zij en hun sociale netwerk hebben om zelf, al of niet met ondersteuning, duurzaam veiligheid voor de jeugdige te realiseren.

9.2 Kinderbeschermingsmaatregelen

De hulp die aan gezinnen geboden wordt staat meestal niet op zichzelf, maar sluit vaak aan bij maatregelen die de kinderrechter kan uitspreken. In deze paragraaf geven we een korte toelichting op de verschillende kinderbeschermingsmaatregelen die de kinderrechter kan opleggen. Zie ook de *Richtlijn Uithuisplaatsing* (Bartelink et al., 2015) en de *Richtlijn Crisisplaatsing* (Bartelink et al., 2015) (*richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*).

De kinderrechter kan jeugdigen die opgroeien in een situatie waarin hun welzijn of gezondheid bedreigd wordt onder toezicht stellen (OTS), waarbij het gezag van de ouder beperkt wordt. Het gezin krijgt te maken met een gezinsvoogd, en krijgt hulp aangeboden om de bedreiging van de ontwikkeling te verminderen. Ouders blijven zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging van hun kinderen. De hulp is vooral gericht op het vergroten van de mogelijkheden van ouders om deze verantwoordelijkheid te dragen. De hulp kan ook gericht zijn op het vergroten van de zelfstandigheid van een jeugdige als dit, gezien zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau, noodzakelijk is. De kinderrechter stelt een jeugdige onder toezicht voor maximaal een jaar. Elk jaar kan de OTS met maximaal een jaar verlengd worden.

Indien noodzakelijk in het belang van de verzorging en opvoeding van de minderjarige of tot onderzoek van diens geestelijke of lichamelijke gesteldheid kan de kinderrechter op verzoek van de gecertificeerde instelling Jeugdbescherming of Jeugdreclassering (of op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming of het Openbaar Ministerie) een machtiging uithuisplaatsing

(MUHP) verlenen. Tot een uithuisplaatsing wordt alleen overgegaan als dit noodzakelijk is. Met andere woorden, een uithuisplaatsing kan alleen als de doelen van de ondertoezichtstelling niet bereikt kunnen worden als de jeugdige thuis blijft wonen. Voor een uithuisplaatsing is altijd een machtiging nodig. Sinds 1 januari 2015 is het dus niet meer mogelijk dat de met het gezag belaste ouder met instemming van de uitvoerder van de ondertoezichtstelling – en dus zonder tussenkomst van de kinderrechter - zijn kind uit huis plaatst.

Bij een *gezagsbeëindigende maatregel* verliezen de ouders het gezag over hun kind tot het achttien is en wordt dit gezag overgedragen aan een daartoe gecertificeerde instelling.

Het gezag van ouders kan beëindigd worden wanneer:

- de ontwikkeling van de jeugdige ernstig wordt bedreigd en ouders niet binnen een aanvaardbare termijn de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding op zich kunnen nemen;
- de ouders het gezag misbruiken.

Vaak gaat een ondertoezichtstelling (OTS) vooraf aan een gezagsbeëindiging, maar een acute gezagsbeëindiging is in bepaalde gevallen ook mogelijk. Indien beide ouders gezamenlijk het gezag uitoefenen en slechts één van hen uit het gezag wordt ontheven, dan oefent de andere ouder na de beëindiging voortaan het gezag alleen uit. Wanneer het gezag van beide ouders is beëindigd, moet het gezag of de voogdij over de jeugdige worden toegewezen aan een persoon of instelling (rechtspersoon). Dit is ook het geval wanneer het eenhoofdig gezag van één van de ouders wordt beëindigd. De andere ouder – die geen gezag had – kan een verzoek indienen om met het gezag te worden belast. Voor wat betreft de voogdij wordt deze, als er sprake is van een OTS, vaak toegewezen aan de uitvoerder van de ondertoezichtstelling. (Jeugdwet, 2015)

9.3 Drie typen interventies

Hieronder geven we een overzicht van beschikbare programma's en interventies die ingezet kunnen worden om kindermishandeling te stoppen, herhaling te voorkomen en schadelijke gevolgen te beperken. De interventies zijn ingedeeld in drie groepen:

1. interventies die gericht zijn op het beïnvloeden van risicofactoren in gezinnen waarin mishandeling (nog) niet aan de orde is;
2. interventies die gericht zijn op het bevorderen van veiligheid;
3. interventies die gericht zijn op herstel (na trauma).

Het overzicht van interventies is niet uitputtend en aan verandering in de tijd onderhevig. Het is de verantwoordelijkheid van de jeugdprofessional om het effect van interventies in de praktijk te monitoren.

Bij de interventies wordt vermeld of ze in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) zijn opgenomen. Daarnaast wordt voor een aantal interventies aangegeven wat de beoordeling van de werkzaamheid is door de expertgroep Trauma en Mishandeling van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP; www.kenniscentrum-kjp.nl). Slechts een klein deel van de genoemde interventies is door deze expertgroep beoordeeld.

De DEJ hanteert de volgende beoordelingssystematiek:

- *goed onderbouwd*: de interventie is goed beschreven en er is aannemelijk gemaakt dat gestelde doelen kunnen worden bereikt;
- *effectief volgens eerste aanwijzingen*: uit onderzoek met zwakke of indicatieve bewijskracht (zoals bijvoorbeeld veranderingsonderzoek) blijkt dat voldoende effect optreedt, ook al staat nog niet vast dat dit effect (helemaal) door de interventie wordt veroorzaakt;
- *effectief volgens goede aanwijzingen*: uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen;
- *effectief volgens sterke aanwijzingen*: uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

Als de interventie één van bovenstaande beoordelingen heeft, wordt de interventie als 'erkend' beschouwd. Als dat niet het geval is, wordt de interventie als 'niet erkend' omschreven. Sommige interventies die in navolgende paragrafen genoemd worden, zijn niet bij de DEJ aangemeld.

Het KJP hanteert de volgende beoordelingssystematiek:

- *werkzaam*: uit experimenteel onderzoek en/of RCT's blijkt de werkzaamheid;
- *werkzaamheid moet nog bewezen worden*: de interventie is descriptief, theoretisch onderbouwd en er is een indicatie voor de werkzaamheid.

9.3.1 Preventieve interventies in gezinnen waarin (nog) geen mishandeling speelt

In deze paragraaf bespreken we programma's die zich richten op kwetsbare gezinnen met een verhoogde kans op kindermishandeling en gezinnen met beginnende (opvoed)problemen. Bij verdere escalatie zouden deze beginnende problemen kunnen leiden tot kindermishandeling. Te denken valt bijvoorbeeld aan gebrekkig toezicht door ouders, een inadequate manier van disciplineren, en overspannenheid en gevoelens van onmacht bij de ouders in de opvoeding.

Onderstaande programma's beogen gedragsproblemen bij de jeugdige te voorkomen of te verminderen door het versterken van opvoedingsvaardigheden van de ouders en het benutten van het sociaal netwerk. Het gaat over het algemeen om jonge kinderen, niet ouder dan 12 jaar.

- *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)*; Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Pijlman, Mesman, & Juffer, 2008; Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2006; Van Zeijl et al., 2006);
- *Moeders informeren moeders (MIM)*; Hanrahan-Cahuzak, 2002) gebaseerd op Community Mothers Program (Molloy, 2002);
- *Home-Start* (Asscher, 2005; Asscher, Deković, Prinzie, & Hermanns, 2008; Hermanns, Asscher, Zijlstra, Hoffenaar, & Deković, 2013);
- *Incredible Years* (Pittige Jaren; Webster-Stratton, 2006; 2007);
- *Triple P Niveau 4* (Sanders, 2008; 2011);
- *Parent Management Training Oregon (PMTO)*; Ogden & Hagen, 2008);
- *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*; Coelman, 2007).

Deze programma's zijn bedoeld voor alle ouders die extra steun bij de opvoeding kunnen gebruiken. Tijdens de huisbezoeken leren ouders onder andere met behulp van video-opnames strategieën aan om met het gedrag van hun (jonge) kind om te gaan. De programma's hebben een cognitief-gedragsmatige aanpak: ouders oefenen met concreet, gewenst gedrag en leren dit toe te passen in de omgang met hun kinderen. Voorbeelden van belangrijke vaardigheden die ouders leren, zijn communicatievaardigheden, sensitief reageren, op een goede manier belonen en straffen, en time-outs geven.

MIM richt zich op moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden die onzeker zijn over de opvoeding en/of weinig ondersteuning ervaren vanuit hun sociale netwerk. Zie ook: www.moedersinformeremoeders.nl.

Home-Start wil voorkomen dat alledaagse problemen van ouders met jonge kinderen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen. Getrainde vrijwilligers bezoeken gezinnen met ten minste één kind van 6 jaar of jonger die behoefte hebben aan ondersteuning.

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD; Mesman et al., 2008; zie bijlage) is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 3 jaar. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in zes huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind. De VIPP SD is 'effectief volgens sterke aanwijzingen' (Bakermans et al., 2008a; Bakermans et al., 2008b; Ince, 2009). Na deelname aan het programma laten jeugdigen in de interventiegroep significant minder probleemgedrag zien en blijken de ouders gaan vaker gebruik maken van sensitief disciplineren in plaats van ineffectieve strategieën. Ook zijn de opvattingen van de ouders over hun eigen opvoedvaardigheden en hun kinderen in positief opzicht veranderd.

Incredible Years (Pittige Jaren) (Webster-Stratton, 2006; 2007; zie bijlage) is een groepstraining voor ouders van kinderen van 3 tot en met 6 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen. In achttien wekelijkse sessies worden de ouders getraind in opvoedvaardigheden, waardoor de gedragsproblemen afnemen. Net als de VIPP SD zijn er sterke aanwijzingen voor de effectiviteit van Incredible Years (Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Van Engeland, & Matthys, 2012; Zwikker, 2011).

Triple P Niveau 4 (Sanders, Dadds, & Turner, 2003; Sanders, 2008; 2011; zie bijlage).

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar. Doel van het programma is het voorkomen van emotionele- en gedragsproblemen bij jeugdigen door het bevorderen van competent ouderschap. Het programma onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning. Triple P niveau 4 is één van de intensievere niveaus van Triple P en wordt vooral aangeboden aan ouders van jeugdigen in de leeftijd van 3 tot 12 jaar.

Parent Management Training Oregon (PMTO); Ogden & Hagen, 2008; Öry & De Ruiter, 2005; zie bijlage) is een behandeling voor gezinnen met een jeugdige die externaliserende gedragsproblemen heeft, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit. Het doel van de behandeling is dat de jeugdigen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT); Coelman, 2007; Eyberg, 1999; zie bijlage) is net als PMTO bedoeld voor gezinnen met een jeugdige van 2 tot 7 jaar die gedragsproblemen heeft. Door het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders beoogt de interventie de gedragsproblemen bij de jeugdigen en de stress bij de ouders te verminderen.

Drie programma's richten zich op specifieke kwetsbare groepen:

- *KOPP* (Van Doesum, Kroeze, Leer-Ternisien, & Bool, 2002);
- *VoorZorg* (Kooijman & Zwikker, 2001);
- *HouVast* (Lever & De Beer, 2015).

KOPP staat voor 'kinderen van ouders met psychische problemen'. Kinderen van ouders met psychische problemen lopen een vergroot risico om zelf psychische problemen te krijgen, en zijn kwetsbaar voor mishandeling. De psycho-educatieve gezinsinterventie *KOPP* (Van Doesum et al., 2002) is een interventie voor gezinnen met een jeugdige van 9 tot 14 jaar waarin een van de ouders een psychiatrische stoornis heeft. Doel is te voorkomen dat jeugdigen zelf problemen ontwikkelen. Dat beoogt het programma door de communicatie binnen het gezin te stimuleren en de veerkracht van de jeugdige te versterken.

Het programma *VoorZorg* (Kooijman & Zwikker, 2001) is een programma dat via de JGZ wordt ingezet, bedoeld voor jonge vrouwen die in verwachting zijn van hun eerste kind en verschillende problemen hebben. Tijdens het programma, dat zo vroeg mogelijk in de zwangerschap begint en doorloopt tot de jeugdige 2 jaar is, worden via huisbezoeken van een *VoorZorg*-verpleegkundige risicofactoren systematisch aangepakt waardoor het risico op kindermishandeling kleiner wordt. Een recent onderzoek naar de effecten van *VoorZorg* (Mejdoubi, 2014) laat zien dat kinderen van moeders die aan *VoorZorg* hebben meegedaan minder vaak gemeld werden bij Veilig Thuis.

HouVast (Lever & De Beer, 2015) is een ambulante zorgaanbod voor ouders met een lichte verstandelijke beperking (LVB) die opvoed- en opgroeioproblemen hebben of dreigen te krijgen. Het doel is dat de ouders in staat zijn om hun kinderen veilig en 'goed genoeg' op te voeden. Hiertoe wordt gemiddeld twee uur per week gewerkt aan acceptatie van hulp, het bouwen van een steunend netwerk en het vergroten van opvoedvaardigheden. *HouVast* ligt momenteel bij de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nji ter beoordeling.

Concluderend, bij gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling hebben algemene huisbezoekprogramma's die gebruik maken van video-interactiebegeleiding een gunstig effect op de kennis en opvoedingsvaardigheden van ouders. De VIPP-SD en de groepstraining *Incredible Years* zijn beide effectief in het bijsturen van opvoedgedrag. Ouders krijgen door deelname meer realistische verwachtingen van hun kinderen en zijn beter in staat om kinderen op een

adequate manier te benaderen. Het is niet vastgesteld of beide programma's ook daadwerkelijk kindermishandeling kunnen voorkomen, in de zin dat gezinnen minder vaak gemeld worden vanwege signalen van kindermishandeling.

Opvallend is dat er nauwelijks preventieve programma's zijn die zich specifiek richten op vaders. Aan algemene preventieprogramma's nemen vrijwel uitsluitend moeders deel (Smith, Duggan, Bair-Merritt, & Cox, 2012).

Overzicht van preventieve interventies gericht op risicofactoren

	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) en/of het KJP
<i>VIPP-SD</i>	Gedragsproblemen voorkomen of verminderen.	Ouders van jeugdigen met lastig gedrag in de leeftijd van 1 tot en met 3 jaar.	DEJ: Effectief volgens sterke aanwijzingen
<i>MIM</i>	Het zelfvertrouwen (als opvoeder) van moeders met een eerste kind te vergroten en de ervaren steun uit hun sociale netwerk te versterken, zodat zij zich beter in staat en gesteund voelen om voor hun baby te zorgen en minder afhankelijk zijn van deskundigen voor de opvoeding en verzorging van de baby.	Moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden die onzeker zijn over de opvoeding en/of weinig ondersteuning ervaren vanuit hun sociale netwerk.	DEJ: Goed onderbouwd
<i>Home-Start</i>	Voorkomen dat alledaagse problemen van ouders met jonge kinderen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen.	Gezinnen met ten minste één kind van 6 jaar of jonger.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>Incredible Years</i>	Gedragsproblemen bij de jeugdige laten afnemen en sociale vaardigheden verbeteren.	Ouders van jeugdigen van 3 tot 6 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen.	DEJ: Effectief volgens sterke aanwijzingen
<i>Triple-P niveau 4</i>	Psychosociale problemen voorkomen.	Ouders van jeugdigen in de leeftijd van 0-16 jaar. <i>Triple P Niveau 4</i> is bedoeld voor ouders van jeugdigen met ernstige emotionele en gedragsproblemen.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>PMTO</i>	Gedragsproblemen voorkomen.	Ouders van jeugdigen van 4 tot 12 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen die voldoen aan de diagnostische criteria voor de DSM-IV diagnoses antisociale of oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een combinatie van beide.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>PCIT</i>	Verbetering van ouder-kindinteractie zodat gehoorzaamheid van de jeugdige erop vooruit gaat.	Ouders van jonge jeugdigen (2-7 jaar) met ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen

<i>KOPP</i>	Voorkomen dat jeugdigen zelf problemen ontwikkelen doordat hun ouder(s) een psychiatrische stoornis heeft/hebben.	Gezinnen met een jeugdige van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft/hebben	DEJ: Goed onderbouwd
<i>VoorZorg</i>	Voorkomen van kindermishandeling of verwaarlozing.	Jonge, aanstaande moeders die bij aanvang niet langer dan 28 weken zwanger zijn en behoren tot een zogenaamde hoogrisicogroep,	DEJ: Goed onderbouwd
<i>Houvast</i>	Kinderen veilig en 'goed genoeg' opvoeden.	Ouders met een lichte verstandelijke beperking (LVB) die (dreigende) opvoed- en opgroei problemen hebben.	DEJ: In procedure ter beoordeling

9.3.2 Programma's en methodieken gericht op veiligheid

In deze paragraaf gaat het om brede programma's of methodieken die ingezet kunnen worden om kindermishandeling te stoppen en/of een veilige opvoedingssituatie te creëren ter voorkoming van een maatregel. Het gaat vrijwel altijd om gezinnen waarin al sprake is (geweest) van mishandeling of onveiligheid. De programma's worden in de regel aanvullend op een kinderbeschermingsmaatregel aangeboden; of beogen expliciet een uithuisplaatsing te voorkomen. Door middel van intensieve hulp in de thuissituatie worden de vaardigheden van de gezinsleden verbeterd zodat een veilige gezinssituatie tot stand komt. In bijna alle programma's wordt het netwerk van het gezin geactiveerd. Programma's die zich specifiek richten op jeugdigen die getuige zijn (geweest) van geweld tussen partners worden in een aparte paragraaf gebundeld (9.3.3.1). In de bijlagen is uitgebreidere informatie over deze programma's te vinden. Naast de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nji, vermelden we hier ook enkele behandelingen die zijn beoordeeld zijn door de expertgroep Trauma en Mishandeling van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP; www.kenniscentrum-kjp.nl).

Ambulante Spoedhulp (Al, Stams, Asscher, & Laan, 2014) biedt korte, intensieve hulp bij crisis in gezinnen met jeugdigen tot 18 jaar. De professional ordent de problematiek, ziet toe op veiligheid, helpt het netwerk te activeren, en vergroot de probleemoplossingsvaardigheden van de gezinsleden. Met het gezin stelt hij ten slotte doelstellingen voor vervolghulp vast en begeleidt hij de verwijzing, teneinde uithuisplaatsing te voorkomen. Onderzoek heeft laten zien dat het programma weliswaar geen uithuisplaatsing kan voorkomen, maar wel leidt tot een verbetering van het gezinsfunctioneren (Al et al., 2012). Met het gezin stelt hij tenslotte doelstellingen voor vervolghulp vast en begeleidt hij de verwijzing, teneinde uithuisplaatsing te voorkomen. Onderzoek laat zien dat de Spoedhulp een positieve bijdrage leverde aan het functioneren van het gezin, maar dat niet altijd een UHP voorkomen kon worden. De interventie wordt in de Databank Effectieve Jeugdinterventies vermeld als "Niet erkend" omdat de interventie in verschillende opzichten (nog) niet voldoet aan de erkenningscriteria die de Erkenningscommissie Interventies hanteert.

Multisysteem Therapie-Child Abuse and Neglect (MST-CAN; www.mst-nederland.nl) is een aangepaste variant van het behandelprogramma *Multi Systeem Therapie (MST)*. Het gaat hier om een intensieve vorm van behandeling voor gezinnen met jeugdigen van 6 tot 17 jaar met ernstig antisociaal en delinquent gedrag. In de regel dreigt in dit soort situaties veelal een

uithuisplaatsing naar een justitiële inrichting of een gesloten jeugdhulp-plus-instelling. De MST-CAN behandeling wil een alternatief zijn voor een dergelijke plaatsing. MST-CAN wordt door de expertgroep van het KJP beoordeeld als 'werkzaam, niveau 4'.

De programma's *Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG)*; Van der Steege, 2005) (voorheen: *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling*), *Relationele Gezinstherapie* (voorheen Functionele Gezinstherapie) en *Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)*; Heuves & Bartelink, 2010) bieden intensieve begeleiding aan gezinnen die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Doel is het verbeteren van het gezinsfunctioneren zodat de jeugdige er veilig kan opgroeien en zich kan ontwikkelen. Daarnaast is het aanleren van meer vaardigheden van belang, zodat het gezin gebruik kan maken van het eigen sociale netwerk. *Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG)* is erkend als 'goed onderbouwd' door de Erkeningscommissie (Jeugd)interventies.

Families First betreft intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. Dit wordt bereikt via de volgende vijf subdoelen: 1. de gedragsproblemen van de jeugdigen zijn verminderd; 2. de competenties van de gezinsleden zijn vergroot; 3. de ervaren opvoedingsbelasting bij de ouders is verminderd; 4. de opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn verbeterd en 5. de gezinsleden maken meer gebruik van hun sociale netwerk. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt vier tot zes weken, sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van gezinsleden door middel van het versterken van datgene wat goed gaat en het aanleren van nieuwe vaardigheden. Uit veranderingsonderzoeken naar de effectiviteit van *Families First* in Nederland blijkt dat de meerderheid van de kinderen bij beëindiging van de hulp nog thuis woont, ook na een follow-up. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van de kinderen in het gezin en op de ervaren opvoedingsbelasting bij de ouders (onder andere Damen & Veerman, 2009; 2013).

Werkwijzen zoals *Veilig, Sterk & Verder* (De Waag Nederland, 2013), de *Deltamethode* (PI Research & Van Montfoort, 2009) en *Signs of Safety™* (Turnell & Edwards, 1999) wijken in aanpak af van de 'traditionele' programma's. Het gaat bij deze werkwijzen niet zozeer om een enkele interventie, maar om een brede benadering van de gezinnen waarbij vooral de attitude van de professional centraal staat en ook andere interventies ingezet kunnen worden.

Veilig, Sterk & Verder (VSV) (De Waag Nederland, 2013) is een behandelprogramma voor gezinnen waarin sprake is van stelselmatige of levensbedreigende mishandeling, of geweld tussen ouders. Traumabehandeling, daderbehandeling en interventies gericht op veiligheid vormen bouwstenen van het programma en worden geïntegreerd aangeboden. Het programma wordt momenteel onderzocht. In de eerste fase Veilig vinden gedurende drie maanden intensieve gezins- en netwerkgesprekken plaats. In de tweede fase Sterk vinden 21 individuele of groepsessies plaats waarin vaardigheden aangeleerd worden. Jeugdigen en ouders nemen deel aan parallel te houden bijeenkomsten. Het team richt zich zowel op dader- als op traumabehandeling. In de derde fase Verder vinden gezinsgesprekken plaats waarin de vaardigheden geïntegreerd worden in het dagelijks leven en gezinnen leren om te gaan met terugval aan de hand van hun eigen

Veiligheidsplan. VSV wordt door de expertgroep van het KJP beoordeeld als 'werkzaam, niveau 1-3', hetgeen betekent dat de werkzaamheid nog bewezen moet worden.

De *Deltamethode* (PI Research & Van Montfoort, 2009) is een werkwijze voor gezinsvoogden die werken met jeugdigen waarover een ondertoezichtstelling (OTS) is uitgesproken. Doel van de *Deltamethode* is de opheffing van de ontwikkelingsbedreiging van de jeugdige. In de werkwijze speelt de communicatie tussen de gezinsvoogd en het gezin een belangrijke rol, waarbij ook principes uit het oplossingsgericht werken toegepast worden. Onderzoek heeft laten zien dat gezinsvoogden die volgens de *Deltamethode* werken minder snel besluiten om de jeugdige uit huis te plaatsen en een OTS minder lang laten duren. De kern van de werkwijze is het 'vierstappenmodel'. De vier stappen zijn:

1. het formuleren van zorgpunten, sterke punten en de visie van het gezin op de problemen;
2. het vertalen van zorgpunten in mogelijke verstoringen in en bedreigingen van de ontwikkeling van het kind;
3. het benoemen van gewenste ontwikkelingsuitkomsten;
4. het opstellen van werkdoelen, actiepunten en het werken met het 'plan op tafel'.

In de werkwijze speelt de communicatie tussen de gezinsvoogd en het gezin een belangrijke rol, waarbij ook principes uit het Oplossingsgericht werken toegepast worden. Onderzoek heeft laten zien dat gezinsvoogden die volgens Delta werken minder snel besluiten om het kind uit huis te plaatsen en een OTS minder lang laten duren.

Signs of Safety™ (Turnell & Edwards, 1999) is een van oorsprong Australische manier van werken die de eigen kracht van het gezin op respectvolle wijze beoogt te versterken, gebruik maakt van het sociaal netwerk en praktische handvatten biedt aan professionals, ouders en jeugdigen. De professional werkt vanuit partnerschap met ouders aan de veiligheid van jeugdigen. Uitgangspunt van *Signs of Safety™* is dat ieder gezin, ook als sprake is van kindermishandeling of -verwaarlozing, beschikt over positieve eigenschappen en een sociaal netwerk, hoe beperkt ook. De vooronderstelling is dat dit sleutels zijn voor verbetering van de opvoedingspraktijk en de veiligheid van de jeugdige. Samen met gezin en netwerk wordt gezocht naar wat er goed gaat in het gezin en hoe positieve elementen versterkt en ingezet kunnen worden als praktische oplossingen. Dit zorgt voor een beter draagvlak bij ouders waardoor andere, soms onconventionele, oplossingen kunnen worden gevonden dan die welke de professional aandraagt. Ouders en kinderen kunnen zo weer grip krijgen op hun leven en het veranderingsproces. Tegelijkertijd is er de zorg over de veiligheid van de jeugdigen die meestal de aanleiding vormde voor een (aan)melding bij Veilig Thuis of de jeugdhulp. De professional stelt op basis daarvan grenzen ('bodemeisen') waarbinnen het gezin zelf oplossingen bedenkt. Samen met ouders, jeugdigen en het sociale netwerk worden bereikbare doelen geformuleerd en wordt vastgelegd in een veiligheidsplan wie wat gaat doen om de veiligheid duurzaam te garanderen. De professional gebruikt daarbij gesprekstechnieken uit de oplossingsgerichte therapie (Berg, 1994; De Shazer, 1993). Geformuleerde doelen en afspraken zijn gedetailleerd en concreet, bijvoorbeeld: 'als mamma huilt, bel ik tante Lieke (tel.nr. ...)'. *Signs of Safety™* is een bestaande veelbelovende werkwijze die in toenemende mate in Nederland wordt toegepast. *Signs of Safety™* wordt in 2014 en 2015 onderzocht door TNO in samenwerking met het NJi en de Bureaus Jeugdzorg Drenthe en Groningen.

Buitenlandse studies betreffende *Signs of Safety*TM zijn te vinden in West-Australië, Nieuw-Zeeland, Engeland, Denemarken, Finland en de Verenigde Staten en richten zich meestal ook op de implementatie van *Signs of Safety*TM, training van professionals (Skrypek et al., 2010) en op de waardering van professionals en ouders van *Signs of Safety*TM in de praktijk. Ouders in gezinnen waarbij *Signs of Safety*TM is toegepast zeggen zich gerespecteerd te voelen en vinden dat zij een belangrijk aandeel in het proces kunnen leveren. Ouders zijn positief over de manier waarop de jeugdbeschermer met hen omgaat (Idzelis, 2013; Skrypek et al., 2012). Verder vinden hulpverleners dat hun vaardigheden verbeteren, vooral in het bieden van keuzemogelijkheden en het betrekken van ouders en sociaal netwerk bij het opstellen en uitvoeren van een veiligheidsplan. Het gezin merkt bijvoorbeeld eerder familieleden en vrienden aan als mogelijke bronnen van hulp. Zowel ouders als jeugdigen voelen zich op een positieve manier betrokken bij het proces (Lohrbach & Sawyer, 2004; Westbrook, 2006).

In Minnesota is tevens gekeken naar het aantal uithuisplaatsingen als uitkomstmaat. Turnell (in Wheeler & Hogg, 2011) concludeert dat in twaalf jaar tijd het aantal jeugdigen dat met jeugdhulp geholpen werd, verdrievoudigde terwijl het aantal jeugdigen dat uit huis geplaatst werd en het aantal gezinnen dat voor de rechter kwam voor een mogelijke kinderbeschermingsmaatregel, halveerde. Daarbij was het percentage terugval lager (2 procent) dan het landelijk gemiddelde van 6,7 procent. Niettemin zijn er aanwijzingen dat *Signs of Safety*TM tot positieve resultaten kan leiden met name via verbeterde vaardigheden van de professionals en een verbeterde relatie tussen professionals en gezin. Ook zijn positieve effecten te vinden in studies betreffende solution-based therapy, de werkwijze waarop *Signs of Safety*TM gebaseerd is (onder andere Antle, 2010; 2012). *Signs of Safety*TM wordt door de expertgroep van het KJP beoordeeld als 'werkzaam, niveau 1-3'.

Naast deze werkwijzen bestaat er voor gezinnen de mogelijkheid van de *Eigen Kracht Conferentie*, een van oorsprong Nieuw-Zeelandse methode die bedoeld is voor gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind en die samen met hun sociale netwerk (zonder de eigen professionele hulpverleners) een plan willen maken om die problemen op te lossen, te verminderen of draaglijk te maken. In een Eigen Kracht-conferentie nemen gezinnen zelf de verantwoordelijkheid om problemen op te lossen met hulp van hun sociale netwerk. Gemiddeld nemen 14 mensen deel aan een Eigen Kracht-conferentie. De Eigen Kracht-conferentie is louter een methodiek om te beslissen over gewenste hulp en om het netwerk te activeren (Wijnen-Lunenburg, Van Beek, Bijl, Gramberg, & Slot, 2008).

Eigen Kracht-conferenties worden georganiseerd door de Eigen Kracht Centrale. Deze instantie werkt met professionals die een training gevolgd hebben in het uitvoeren van de Eigen Kracht-conferenties. Zowel de Eigen Kracht centrale als de coördinator is onafhankelijk en niet verbonden aan een beslissingsbevoegde of hulpverlenende instantie. In de praktijk blijkt de Eigen Kracht-conferentie regelmatig ingezet te worden in situaties waarin een kinderbeschermingsmaatregel dreigt of zelfs van kracht is. Uit onderzoek blijkt dat ook wanneer de rechter een ondertoezichtstelling heeft uitgesproken over een of meerdere kinderen in een gezin, de Eigen Kracht-conferentie een geschikt middel is om hulp op gang te brengen samen met het netwerk, de sociale cohesie te versterken en de veiligheid van de jeugdige te waarborgen (Wijnen-Lunenburg et al., 2008).

Discussie

Intensieve pedagogische thuishulp (zoals *VIG*, *Families First* en *Relationele gezinstherapie*) is in zoverre effectief dat het de scherpe kantjes van de gezinsproblemen af haalt (Veerman, Janssens, & Delicat, 2005). Bij afsluiting van de hulp heeft het merendeel van de gezinnen echter nog steeds aanzienlijke problemen. Of de intensieve pedagogische thuishulp ook daadwerkelijk leidt tot een afname van het aantal meldingen van kindermishandeling, is nog niet onderzocht. Uit internationale studies blijkt dat intensieve thuishulpprogramma's in crisissituaties wél minder kindermishandeling tot gevolg hebben (MacLeod & Nelson, 2000; O'Reilly, Wilkes, Luck, & Jackson, 2010; Roberts, & Everly, 2006). Een belangrijke kanttekening hierbij is dat intensieve thuishulpprogramma's vooral effectief zijn in gezinnen waarin fysieke mishandeling aan de orde is (O'Reilly et al., 2010). Bij langdurige verwaarlozing zijn intensieve thuishulpprogramma's het minst effectief, terwijl de hulp wel effectief kan zijn in gezinnen waarbij de verwaarlozing nog maar kortgeleden begon (Berger, 2004).

Benaderingen zoals *Veilig, Sterk & Verder*, *Signs of Safety™* en de *Deltamethode* worden veel toegepast in de praktijk. Anders dan bij Intensieve thuisbegeleiding wordt hier nadrukkelijk ingezet op het versterken van de positieve krachten en het sociale netwerk van gezinnen. Naar verwachting hebben dergelijke methodieken een gunstig effect op de veiligheid van de jeugdige omdat ouders zich mogelijk meer gerespecteerd en empowered voelen.

Er is weinig onderzoek naar de werkzaamheid van Eigen Kracht Conferenties. Er worden soms positieve resultaten behaald, maar diverse onderzoekers plaatsten hier kanttekeningen bij.

De impact van de Eigen Kracht conferentie op het sociale netwerk is nauwelijks onderzocht. Onderzoek loopt momenteel vanuit de Universiteit van Amsterdam.

Overzicht van programma's en methodieken gericht op veiligheid

	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) en/of het KJP
<i>Ambulante Spoedhulp</i>	Het gezin als geheel helpen bij het hanteren van spoedeisende problemen en crisissituaties.	Gezinnen met jeugdigen van 0 tot 19 jaar waarin sprake is van spoedeisende problematiek of een crisissituatie.	DEJ: Niet erkend.
<i>Multisysteem Therapie-Child Abuse & Negelect (MST-CAN)</i>	Uithuisplaatsing voorkomen en de mishandeling stoppen.	Gezinnen met jeugdigen (6 – 17 jaar) waarbij er binnen de laatste 180 dagen een melding van mishandeling en/of verwaarlozing was. Gezinnen die langdurige geschiedenis met jeugdhulp en jeugdbescherming hebben en onvoldoende resultaat en/of zeer complexe problematiek. Gezinnen met jeugdigen die op dit moment een groot risico lopen uit huis geplaatst te worden.	KJP: Werkzaam

<i>Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG)</i>	Het gezinsklimaat verbeteren zodat de jeugdige veilig kan opgroeien en zich kan ontwikkelen. Gezinsleden meer vaardigheden aanleren om gebruik te maken van hun sociale netwerk.	Gezinnen met jeugdigen (0-23 jaar) waarbij gezins- en opvoedingsproblematiek aan de orde is en daarnaast ernstige problemen op andere gezinstaken als het huishouden of het maatschappelijk functioneren.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)</i>	Een veilige opvoedingssituatie creëren zodat hulpverlening in een vrijwillig kader (weer) mogelijk is.	Multi-probleemgezinnen met jeugdigen tot 16 jaar.	DEJ:Goed onderbouwd
<i>Relationele Gezinstherapie (voorheen Functional Family Therapy -FFT)</i>	Het functioneren van de jongere en het gezin verbeteren en de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.	Jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag) en hun gezinnen.	DEJ: Goed onderbouwd
<i>Families First</i>	Oplossen van crisis en de veiligheid in het gezin vergroten, teneinde een uithuisplaatsing van een of meer van de kinderen te voorkomen.	Gezinnen in een acute crisissituatie die dusdanig ernstig is dat de uithuisplaatsing van een of meer kinderen in het gezin dreigt.	DEJ: Effectief volgens <i>eerste</i> aanwijzingen
<i>Veilig, Sterk & Verder</i>	De veiligheid thuis herstellen zodat de jeugdige zich weer veilig kan voelen in de relatie met zijn ouders. Afname van psychopathologie die het geweld veroorzaakt of het gevolg is van het geweld, daderbehandeling.	Gezinnen waarin jeugdigen van 0 tot 18 jaar stelselmatig of levensbedreigend fysiek mishandeld worden, of getuige zijn van geweld tussen ouders.	DEJ: Niet aangemeld voor beoordeling. KJP: werkzaamheid moet nog bewezen worden.
<i>Deltamethode</i>	De ontwikkelingsbedreiging van de jeugdige opheffen doordat gezinsvoogden een samenwerkingsrelatie met ouders en jeugdigen aangaan waarin de ontwikkeling van de jeugdige centraal staat.	Alle jeugdigen waarover een ondertoezichtstelling (OTS) is uitgesproken.	DEJ: Niet aangemeld voor beoordeling.
<i>Signs of Safety™</i>	Veiligheid voor de jeugdige creëren met inzet van het eigen sociale netwerk; een samenwerkingsrelatie opbouwen met gezinnen waarin (mogelijk) sprake is van kindermishandeling.	Gezinnen met jeugdigen van alle leeftijden waarover zorgen m.b.t. kindermishandeling bestaan.	DEJ: Niet aangemeld voor beoordeling. KJP: werkzaamheid moet nog bewezen worden.
<i>Eigen Kracht Conferentie</i>	Ouders nemen zelf de verantwoordelijkheid om problemen op te lossen met hulp van hun sociale netwerk.	Gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind en die samen met hun sociale netwerk (zonder de eigen professionele hulpverleners) een plan willen maken om die problemen op te lossen, te verminderen of draaglijk te maken.	DEJ: Niet aangemeld voor beoordeling.

9.3.3 Interventies gericht op herstel

We beschrijven hier zeven interventies die gericht zijn op de (therapeutische) behandeling van jeugdigen om de negatieve gevolgen van het (seksueel) misbruik zo veel mogelijk tegen te gaan. In de bijlagen worden deze interventies nader beschreven. Ook hier is gebruik gemaakt van behandelingen die zijn beoordeeld zijn door de expertgroep Trauma en Mishandeling van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP; www.kenniscentrum-kjp.nl).

Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) (Elling, 2009) is een behandelmethode voor jeugdigen (en volwassenen) die lijden aan trauma-gerelateerde stoornissen, waaronder een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Bij eenmalig trauma duurt de behandeling slechts enkele sessies. Bij meervoudige of langdurige traumatisering, zoals incest, seksueel misbruik en mishandeling zijn meer sessies nodig. Bij de therapie voor jeugdigen worden altijd de ouders of verzorgers intensief bij de behandeling betrokken (www.emdr.nl) tenzij er gegronde redenen zijn om daar van af te wijken.

De Horizonmethodiek (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004; Wolzak, 2006) is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor jeugdigen (4-12 jaar) die seksueel misbruik hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin. Doel is de negatieve gevolgen van het misbruik voor het (sociale) functioneren van de jeugdige te herstellen. Ouders leren hun kind optimaal steun te bieden.

STEPS (Bicanic & Kremers, 2007) is een groepstherapie voor pubermeisjes (13-18 jaar) en hun ouders. De meisjes hebben eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt en daardoor een posttraumatische stress-stoornis ontwikkeld. Uit evaluatieonderzoek van Broeren (2006) blijkt dat meisjes direct na de behandeling minder klachten hadden. Voor de meisjes zijn er acht wekelijkse groepssessies van elk twee uur. De oudergroep behelst zes parallelle wekelijkse sessies. Uit evaluatie-onderzoek van Broeren (2006) blijkt dat meisjes direct na de behandeling minder klachten hadden. Een half jaar later waren deze verder afgenomen.

Asja (Dorrepaal, Thomaes, & Draijer, 2011) is een gestructureerd programma voor meisjes van 12 tot 23 jaar die via loverboys in de prostitutie terecht zijn gekomen of die het risico lopen daarin te belanden. Het programma is erop gericht de meisjes afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te maken. Afhankelijk van de ernst van de problemen duurt het programma zes tot twaalf maanden.

Write-junior (Van der Oord, Lucassen, Van Emmerik, & Emmelkamp, 2010) is een schrijftherapie voor getraumatiseerde jeugdigen. Tijdens individuele sessies beschrijft de jeugdige samen met de therapeut het verhaal van het trauma op de computer. De therapie is gericht op het verwerken van herinneringen aan ingrijpende ervaringen die de jeugdige hebben getraumatiseerd, waardoor PTSS-klachten zijn ontstaan. Bij de behandeling worden de ouders ook altijd betrokken tenzij er gegronde redenen zijn om daar van af te wijken, vorm van betrokkenheid en frequentie hangt af van de leeftijd en de problematiek van de jeugdige.

Traumagerichte Cognitieve GedragsTherapie (TF-CGT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008) is een individuele behandeling voor jeugdigen in de leeftijd van 3 tot 18 jaar, bij wie sprake is van ernstige trauma-gerelateerde symptomen, (complexe) PTSS, angst, depressie en gedragsproblemen als gevolg van seksueel misbruik of getuige zijn geweest van geweld tussen ouders. De behandeling omvat twaalf tot zestien sessies en de ouders worden intensief bij de behandeling betrokken. Naast Traumagerichte Cognitieve GedragsTherapie is er ook Abuse Focused Cognitieve Gedrags Therapie (AF-CGT ; Kolko, 1996).

Concluderend worden *Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)* en *EMDR* (op basis van internationale studies) gezien als effectieve methoden voor de behandeling van posttraumatische stress die zich kan voordoen bij verschillende typen mishandeling (Gezondheidsraad, 2011). De Nederlandse Horizonmethodiek (een vorm van traumagerichte cognitieve gedragstherapie) is veelbelovend voor de behandeling van seksueel misbruikte jeugdigen.

Overzicht van interventies gericht op herstel

	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) en/of het KJP
<i>EMDR</i>	Verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen die de cliënt hebben getraumatiseerd.	Voor jeugdigen en volwassenen die lijden aan trauma-gerelateerde stoornissen, waaronder PTSS.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>Horizon-methodiek</i>	Herstellen van vertrouwen en negatieve gevolgen door seksueel misbruik.	Voor jeugdigen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar.	DEJ:Goed onderbouwd/ in procedure.
<i>Steps</i>	Verminderen van PTSS-klachten ten gevolge van eenmalig seksueel geweld buiten het gezin en het normaliseren van gedrag. Ondersteuning ouders.	Voor meisjes van 13 t/m 18 jaar met een posttraumatische stress-stoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld buiten het gezin.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>Asja</i>	Zorgen dat het meisje veilig en beschermd is tegen het loverboy-circuit; zorgen dat het meisje leeftijdsadequaat functioneert en zich fysiek, sociaal-emotioneel, psychisch, cognitief en seksueel goed ontwikkelt.	Meisjes van 12 tot 23 jaar die via loverboys in de prostitutie terecht zijn gekomen of die het risico lopen daarin te belanden.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>WRITE junior</i>	Verdwijnen of laten afnemen van posttraumatische klachten.	Getraumatiseerde jeugdigen van 4 tot 18 jaar.	DEJ:Goed onderbouwd.
<i>Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)</i>	Verminderen of doen verdwijnen van traumatische ervaringen door eerdere mishandeling.	Jeugdigen van 4 tot 18 jaar met posttraumatische stressklachten en hun ouders.	DEJ:Niet aangemeld voor beoordeling.

9.3.3.1 Interventies voor jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis

De gevolgen van blootstelling aan partnergeweld tussen de ouders, als vorm van kindermishandeling, zijn schadelijk en vergelijkbaar met de gevolgen die jeugdigen ondervinden wanneer zij zelf mishandeld worden (Kitzman, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003).

Tierolf, Lünemann en Steketee (2014) adviseren voor duurzaam herstel in deze gezinnen een 'gelaagde' aanpak, bestaande uit:

- bescherming en stoppen van het geweld;
- aanpak van risicofactoren die het geweld in stand houden;
- praktische hulp bij de consequenties van relationeel geweld (huisvesting, financiën);
- behandeling van de problematiek van alle gezinsleden;
- pedagogische hulp voor een veilige opvoeding.

Hulp aan gezinnen waarin partnergeweld speelt is in eerste instantie gericht op het creëren van veiligheid. Het stoppen van het geweld heeft een gunstige invloed op traumaklachten bij jeugdigen en vergroot hun emotionele veiligheid. Naast de hulp voor ouders zelf is het belangrijk dat ouders zich bewust worden van de gevolgen van partnergeweld voor hun kind(eren) en leren het geweld met hen bespreekbaar te maken. Een belangrijk deel van deze jeugdigen heeft tevens gespecialiseerde traumabehandeling nodig. Daarnaast zijn er laagdrempeliger programma's voor jeugdigen die getuige zijn geweest van partnergeweld (Tierolf et al., 2014). Er zijn momenteel slechts twee interventies beschikbaar die zich specifiek richten op hulp na partnergeweld en mishandeling van (stief-) broertjes of zusjes.

Let op de kleintjes (De Ruiter, 1999; Lamers-Winkelmann, 2003) is een psycho-educatieve cursus voor jeugdigen die getuige zijn (geweest) van partnergeweld, en hun moeders. De cursus beoogt in de eerste plaats de jeugdigen bewust te maken van de gevoelens die ze onder druk van de omstandigheden hebben weggestopt. In de loop der jaren is *Let op de kleintjes* verder ontwikkeld en aangepast voor verschillende doelgroepen, zodat er nu een aantal varianten bestaat, onder andere *En nu ik...!*

Storm en Spettters (Van Heteren, 2014) is een cursus voor jeugdigen van 4 tot 7 jaar die getuige zijn geweest van partnergeweld en hun (verzorgende) ouders. In zeven groepsbijeenkomsten werken ouders en jeugdigen zowel samen als apart aan vijf thema's met als doel posttraumatische stress-symptomen en internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij de jeugdigen te voorkomen of verminderen. Daarnaast is er een kennismakings- en eindgesprek en een bijeenkomst voor de niet-verzorgende ouder.

Overzicht van de interventies voor jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis

	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) en/of het KJP
<i>Let op de kleintjes</i>	<p>Jeugdigen bewust maken van de gevoelens die ze onder druk van de omstandigheden hebben weggestopt. Meer specifieke doelen zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zorgen dat de jeugdige zijn ervaringen kan verwerken; 2. zorgen dat de gevolgen van die ervaringen verminderen en de jeugdige zich meer beschermd gaat voelen. 3. moeder ondersteunen in haar ouderrol. 	Jeugdigen van 6 tot 12 jaar die getuige zijn (geweest) van geweld in huis; hun moeders.	DEJ:Niet aangemeld voor beoordeling.
<i>Storm en Spetters</i>	Herstellen van vertrouwen en negatieve gevolgen door seksueel misbruik.	Jeugdigen in de leeftijd van 4 tot 7 jaar die te maken hebben gehad met geweld in huis; hun verzorgende ouder.	DEJ:Goed onderbouwd.

9.4 Bevorderende factoren voor interventies

Wetenschappelijk onderbouwde algemene werkzame factoren (onafhankelijk van type hulp en doelgroep) voor jeugdhulp en jeugdbescherming zijn (Van Yperen, 2003):

- goede werkrelatie tussen professional en cliënt;
- aansluiting bij de motivatie van de cliënt;
- consensus over het probleem en hulpvraag en het type interventie dat daarbij past;
- gestructureerde interventie (doel, opzet, planning, fasering, ed.);
- programma integriteit: de interventie wordt uitgevoerd zoals die bedoeld is;
- professionaliteit van de professional (kennis en vaardigheden worden systematisch bijgehouden);
- goede werkomstandigheden (met onder andere reële caseload en aandacht voor de veiligheid van de professional).

Wat werkzame factoren zijn van interventies die specifiek gericht zijn op kindermishandeling is niet goed bekend. Er zijn aanwijzingen dat deze interventies meer kans van slagen hebben wanneer (Ten Berge et al., 2012):

- de hulp zich richt op meerdere domeinen (bv. schoolprestaties, gezondheid, gedrag, etc), en betrokkenen (jeugdige, ouders, het gezin);
- 'abuse-specifiek' is (hulp of behandeling na seksueel misbruik is dus anders dan hulp bij verwaarlozing);
- een cognitief-gedragsmatig uitgangspunt heeft;
- in samenhang geboden wordt;
- op maat is;
- gericht is op het gehele gezin;

- ook plaatsvindt in de eigen leefsituatie;
- substantiële duur en intensiteit heeft;
- uit gaat van de krachten van het gezin.

Een *herstelgerichte* behandeling (van de jeugdige, ouders en/of andere gezinsleden) heeft bovendien meer kans van slagen wanneer (Gezondheidsraad, 2011):

- tevens psycho-educatie is of wordt gegeven, ook zonder dat er van (direct) aanwijsbare schade bij de jeugdige sprake lijkt; dit helpt om het gebeurde in het juiste perspectief te plaatsen: geweld (verbaal of fysiek) is niet de juiste manier om conflicten op te lossen; geweld is geen normaal onderdeel van gezinsrelaties; iemand onder controle houden met geweld is niet normaal ("we weten uit onderzoek dat ...")
- de ouders achter de behandeling staan, de problemen van de jeugdige serieus nemen en erkennen wat er gebeurd is;
- de behandeling integraal is, dat wil zeggen gericht op verschillende problemen van de jeugdige en het systeem daaromheen;
- het grote geheel continu in beeld blijft maar daarbinnen geprioriteerd is wat eerst moet, wat daarbij meteen meegenomen kan worden en wat beter opgepakt kan worden nadat andere problemen zijn opgelost;
- de situatie rondom de jeugdige veilig is, dat gewerkt wordt aan het stoppen van de kindermishandeling.

LET OP: dit wil niet zeggen dat afgewacht moet worden en niet aan behandeling begonnen zou kunnen worden.

9.5 Aanbevelingen

- Organiseer of bied ouders met een verhoogd risico op kindermishandeling een opvoedingsondersteunend programma aan zoals *VIPP-SD*, *MIM*, *Home-Start*, *Incredible Years*, *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*, *PMTO* en *Triple P niveau 4*.

Voor bepaalde risicogroepen:

- *KOPP* (bij psychische problemen van de ouders);
 - *VoorZorg* (bij hoogrisico jonge zwangeren/moeders);
 - *HouVast* (voor LVB-ouders).
- Om veiligheid in het gezin te creëren of te herstellen: werk met het gehele gezin en het sociaal en professioneel netwerk aan het gemeenschappelijk hoofddoel (veiligheid) via concrete haalbare doelstellingen, en versterk de positieve krachten van het gezin via programma's zoals *Ambulante Spoedhulp*, *MST-CAN*, *IAG*, *VIG*, *FFT*, *Families First* of werkwijzen zoals *Veilig Sterk & Verder*, *Signs of Safety™* en de *Deltamethode* (indien Kinderbeschermingsmaatregel). Overweeg of een *Eigen Kracht Conferentie* toegevoegde waarde heeft.
 - Organiseer of bied jeugdigen vanaf ongeveer 8 jaar die slachtoffer zijn van kindermishandeling (onafhankelijk van de vorm) minimaal psycho-educatie aan die hen o.a. 'ontschuldigt' en uitlegt dat ieder kind recht heeft op veiligheid.

- Organiseer of bied jeugdigen die getuige zijn geweest van partnergeweld een preventief programma zoals *Let op de kleintjes* (en varianten) aan.
- Overweeg altijd of een aanvullende (trauma)behandeling voor jeugdigen nodig is.
- Organiseer of bied ouders die hun kind(eren) verwaarlozen de volgende hulpvormen (gelijktijdig) aan:
 - hulp gericht op de eigen (psychiatrische en psychosociale) problemen;
 - hulp gericht op opvoedvaardigheden;
 - hulp gericht op het vervullen van de basisbehoeften van jeugdigen.
- Organiseer of bied jeugdigen die slachtoffer zijn van kindermishandeling *Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)* aan zoals de *Horizonmethodiek* (bij getuigenis van partnergeweld, kindermishandeling, seksueel misbruik) of – specifiek bij seksueel misbruik – *STEPS*. Overweeg tevens *EMDR*.
- Blijf kritisch de veiligheid van de jeugdige monitoren, plus de effecten van de interventies of methodieken die worden ingezet.
- Spreek expliciet met betrokken professionals en ouders af wie de regie heeft over de hulp rond het gezin.

Hoofdstuk 10

Verantwoording

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens beschreven:

- hoe de beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal tot stand is gekomen;
- hoe cliënten zijn betrokken;
- hoe het bijstellen en herzien in zijn werk gaat;
- wat de juridische betekenis van de richtlijn is;
- gedeelde besluitvorming, dat wil zeggen het beslissen met ouders en/of jeugdige samen;
- hoe met het thema diversiteit is omgegaan;
- het bestaan van lokale verschillen tussen gemeenten en de daarmee samenhangende veranderingen in de zorg.

10.1 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies gevolgd (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze methode is toegesneden op de onderzoekspraktijk die in de jeugdhulp en jeugdbescherming gangbaar is. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor de beoordeling van studies die niet over interventies gaan, is een ander passend beoordelingskader gebruikt.

10.2 Totstandkoming aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare '*evidence*'. Dit is een ruim begrip. 'Evidence' behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk en de voorkeur van cliënten. Naast de laatste twee zijn ook andere zogenaamde 'overige overwegingen' van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's. Aanbevelingen komen dus niet uit de lucht vallen. Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen.

10.3 Commentaarfase

Een eerste versie van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de volgende partijen:

- De Richtlijnadviescommissie jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) heeft de richtlijn bekeken vanuit het perspectief van het projectplan en de opdrachtverstrekking, en heeft globaal de inhoud en de geschiktheid voor de proefinvoering beoordeeld.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW hebben zich gebogen over de tekst van de richtlijn en de daarbij behorende onderbouwing.
- Defence for Children Nederland heeft advies uitgebracht over de mate waarin de richtlijn overeenstemt met het VN-verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep is nagegaan of de richtlijn en aanbevelingen ook van toepassing zijn op kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Alle feedback is daarna door de ontwikkelaars gewogen. Dit heeft in veel gevallen tot aanpassing van de richtlijn geleid. Waar dit niet is gebeurd, is dit door de ontwikkelaars in een separaat document gemotiveerd.

10.4 Proefimplementatie

Aan de invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan. Voor elke proefinvoering is een invoerteam geformeerd. Dit team stelde jeugdprofessionals in staat de richtlijn op proef uit te proberen in een context die voor de richtlijn relevant was. Uiteindelijk hebben drie organisaties verspreid over het land deelgenomen aan de proefinvoering: Jarabee (Hengelo), Timon (Houten) en Fier! Fryslan (Leeuwarden). Vanuit Jarabee hebben drie teams deelgenomen: team spoedzorg kindermishandeling, team pleegzorg, en een ambulante team. Vanuit Fier! Fryslân hebben afgevaardigden uit vier teams deelgenomen: kindspoor, jongerenspoor, directe hulp huiselijk geweld en sporen+. Bij het kindspoor worden kinderen aangemeld met een achtergrond van huiselijk geweld en (v)echtscheidingen en het jongerenspoor biedt begeleiding aan jongeren tot en met 23 jaar (en hun ouders) die te maken hebben (gehad) met geweld in afhankelijkheidsrelaties of risico lopen om in zo'n situatie terecht te komen. Als er volgens deze teams meer nodig is aan behandeling of diagnostiek, dan kan ondersteuning vanuit het sporen+ team worden ingezet. Het team Directe Hulp bij Huiselijk Geweld (DHHG) is een samenwerkingsverband van verschillende instellingen, dat direct en outreachend hulp biedt bij huiselijk geweld. Het gaat om casussen die vanwege huiselijk geweld gemeld worden bij de politie. Vanuit Timon hebben de teams Talitha en Mevita deelgenomen aan de proefinvoering. Beiden betreffen begeleid wonen voor tienermoeders en hun baby. Binnen alle drie de organisaties is de richtlijn gedurende drie maanden uitgetoetst.

Door een tijdlang op proef met een richtlijn te werken, is bekeken of een richtlijn voldeed. Waren de aanbevelingen die erin worden gedaan bijvoorbeeld concreet genoeg? Konden de professionals in de dagelijkse praktijk met de richtlijn uit de voeten? En hoe kon de invoering van de richtlijn worden vergemakkelijkt? Op dergelijke vragen moest de proefinvoering antwoord geven. Een proefinvoering werd daarom steeds nauwkeurig voorbereid. Eerst werd, in samenspraak met de ontwikkelaar, vastgesteld wat de kernelementen van de richtlijn zijn zodat duidelijk was op welke punten geëvalueerd moest worden. Vervolgens kregen de organisaties die op proef met de richtlijn gingen werken een voorbereidings- en instructiebijeenkomst. Daarna ging de proefperiode van drie maanden in. Gedurende deze periode hielden de jeugdprofessionals aan de hand van een registratieformulier bij welke onderdelen van de richtlijn ze konden toepassen, en welke problemen ze daarbij eventueel tegenkwamen. Zo werden ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht.

Alle teams die de richtlijn hebben uitgetoetst werden na afloop van de proefperiode geïnterviewd in een focusgroep. Ook is een aantal cliënten en iemand van het management gevraagd naar hun bevindingen. De uitkomsten van de evaluatie zijn teruggegeven aan de richtlijnontwikkelaars. Zij konden indien nodig de richtlijn verder aanscherpen. Na autorisatie door de beroepsverenigingen kon de richtlijn vervolgens worden verspreid en ingevoerd volgens een algemeen invoerplan voor alle richtlijnen.

10.5 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)⁸ benaderd.

De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

10.6 Bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot en met 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

10.7 Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen.

⁸ Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.

Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Uitgangspunt is dat richtlijnen door de jeugdprofessional worden toegepast. Ze vormen immers de uitdrukking van wat er in het werkveld door de beroepsgroep als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Daarom worden ze ook wel een 'veldnorm' genoemd. Richtlijnen zijn dus niet vrijblijvend, maar ook geen 'dictaat'. Dat wil zeggen dat ze niet bindend zijn: de jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen. Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep. Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap.

Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan de tuchtrechter.

10.8 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betreft. Beslissingen hebben immers een grote impact op hun leven. Daarom horen de wensen en verwachtingen van ouders en jeugdige leidend te zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert bovendien het effect van de hulpverlening.

Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het zorgproces uit op een manier die voor hen begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist *niet*? Elke jeugdige heeft, ongeacht zijn leeftijd, het recht om zijn mening te geven. Aan deze mening wordt een passend gewicht toegekend: niet de leeftijd maar de capaciteiten van de jeugdige zijn leidend. Een jeugdige moet dan wel weten wat er aan de hand is. De jeugdprofessional hoort dus duidelijk uit te leggen wat er speelt, op een niveau dat aansluit bij de capaciteiten van de jeugdige.

In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn.

Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) op gang. Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;
- ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en behandeling;
- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;
- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij het jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee. Dit houdt in dat zij:

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de professional;
- vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;

- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het zorgproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.

De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het dossier.

10.9 Diversiteit

Om een goede werkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met ouders van belang. Nu vinden niet alle ouders het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. De jeugdprofessional moet daarom voldoende tijd nemen om dit vertrouwen te winnen. Ook is het raadzaam er rekening mee te houden dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan de professional denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. De jeugdprofessional hoort te onderzoeken met welke verwachtingen de ouders komen en zich bewust te zijn van de verwachtingen die hijzelf van de ouders heeft. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids) instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties is meer tijd nodig om het vertrouwen te winnen.

Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. De jeugdprofessional doet er daarom goed aan te zorgen voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en voor een interventie te kiezen die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de jeugdige.

10.10 Veranderingen in de zorg

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op beschermende of risicofactoren bij het gezin. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.



Literatuur

Al, C. M., Stams, G. J. J., Asscher, J. J., & Laan, P. H. (2014). A programme evaluation of the Family Crisis Intervention Program (FCIP): Relating programme characteristics to change. *Child & Family Social Work, 19*, 225-236.

Alexander, J., & Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. California: Brooks/Cole Publishing Company.

Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De tweede nationale prevalentiestudie van mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM - 2010)*. Leiden: TNO Child Health, Universiteit Leiden, Centrum voor Gezinsstudies.

Antle, B. F., Frey, S. E., Sar, B. K., Barbee, A. P., & van Zyl, M. A. (2010). Training the child welfare workforce in healthy couple relationships: An examination of attitudes and outcomes. *Children and Youth Services Review, 32*, 223-230.

Antle, B. F., Christensen, D. N., Zyl, M. A. van, & Barbee, A. P. (2012). The impact of the Solution Based Casework (SBC) practice model on federal outcomes in public child welfare. *Child Abuse & Neglect, 36*, 342-353.

Asscher, J. J. (2005). *Parenting support in community settings. Parental needs and effectiveness of the Home-Start program*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Asscher, J. J., Deković, M., Prinzie, P., Hermanns, J. (2008). Assessing change in families following the Home-Start parenting program: clinical significance and predictors of change. *Family Relations, 57*, 351-364.

Augeo Foundation (2013a). *Handleiding kindcheck voor ggz en verslavingszorg*. Driebergen-Rijsenburg: Augeo Foundation.

Augeo Foundation (2013b). *TKM-special professionaliteit & professionalisering*. Online beschikbaar op: <http://www.tijdschriftkindermishandeling.nl/>

Baartman, H. (2009). *Het begrip kindermishandeling: Pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid*. Driebergen-Rijsenburg: Augeo Foundation.

Baartman, H. (2010). Ouderschap en de betekenis van solidariteit om je heen. *Ouderschapskennis, 13*, 182-194.

Baartman, H. (2013, november). *Eigen kracht, daadkracht en de kracht van solidariteit*. Mulock Houwer lezing 2013 Leiden.

Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 24*, 187-197.

Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, Pijlman, F. T. A., Mesman, J., & Juffer, F. (2008a). Experimental evidence for differential susceptibility to intervention: Dopamine D4 Receptor Polymorphism (DRD4 VNTR) moderates effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized control trial. *Developmental Psychology, 44*, 293-300.

Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, Mesman, J., Alink, L. R. A., & Juffer, F. (2008b). Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by DRD4: A randomized control trial on 1-3-year-olds screened for externalizing behavior. *Development & Psychopathology, 20*, 805-820.

Bakker, L. W. H. (2008). Pedagogische variabelen lijst. *Tijdschrift Perspectief, 8*, 10-11.



- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: Care, Health and Development*, 31, 33-42.
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3*.
- Bartelink, C., Berge, I. ten, & Yperen, T. van (2010). *Beslissen over effectieve hulp: Wat werkt in indicatiestelling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2015). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Berge, I. J. ten, & Vianen, R. T. van (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2015). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., & Kooijman, K. (2013). Inschatten van veiligheid en kans op kindermishandeling: Noodzaak, instrumenten en ontwikkelingen. De toekomst van de (preventieve) zorg voor jeugd. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 7, 391-393.
- Bartelink, C., Kwaadsteniet, L., Berge, I. ten, Witteman, C., & Gastel, W. van (2015). *Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK. Eindrapport LIRIK valideringsonderzoek*. Utrecht/Nijmegen: Nederlands Jeugdinstituut/Radboud Universiteit Nijmegen.
- Beardslee, W., Ellen, M., Wright, E., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T., Versage, E. & Rothberg, P. (1997) Examination of children's response to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 36, 196-204
- Beer, R., & Roos, C. de (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten, Theorie en empirie. *Kind en Adolescent*, 1, 38-53
- Beer, R., & Roos, C. de (2006). EMDR, 't is een bijzondere methode, dat is het. *Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 33, 15-25.
- Beer, R., & de Roos, C. (2013). *EMDR: een behandeling voor jonge kinderen en adolescenten met traumageraleerde klachten*. In: C. Braet en S. Bögels (Eds). *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2*, 313-333. Amsterdam: Boom.
- Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2013). *Protocol Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek*. Amsterdam: De Bascule.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.

- Benson, P.L., Leffert, N., Scales, P. C. & Blyth, D. A. (1998). Beyond the 'village' rhetoric: creating healthy communities for children and adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 138-159.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: W.W. Norton & Co.
- Berge, I. ten (2012). *Is dit kind thuis veilig? Wegwijzer bij de beoordeling van veiligheid van kinderen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). *Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht: SWP.
- Berge, I. ten, Eijgenraam, K., & Bartelink, C. (2014). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK). Toelichting en instructie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I. ten & Vinke, A. (2006). *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling: Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies-en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht/Woerden: NIZW Jeugd/Adviesbureau Van Montfoort.
- Berger, M. & Vugt, M. van (2000). *Intensieve competentiegerichte hulp aan gezinnen*. Duivendrecht: PI Research.
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 26, 725-748.
- Berger, M.A., Berge, I. ten, & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Bicanic, I.A.E., & Kremers, A. H. A. (2007). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS handleiding*. Amsterdam: Boom Cure & Care Publishers.
- Borg, J. ter, & Pheiffer, A. (2007). *De meiden van Asja. Een studie naar subtypen en behandelingsmogelijkheden*. Leeuwarden: Fier Fryslân.
- Brandenburg, M. van, & Puts, M. (2002). *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling. Een methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Broeren, Y. (2006). *De effectiviteit van een Cognitief-Gedragstherapeutische Groepsbehandeling bij adolescente meisjes na eenmalig seksueel geweld*. Utrecht: UMC.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs, and empirical findings. *Social Development*, 9, 15-25.
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1997). Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes two to tango). *Social Science & Medicine*, 44, 681-692.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-118.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Coelman, F. J. G. (2007). *Parent Child Interaction Therapy (PCIT): Een evidence based behandelprogramma voor jonge kinderen met gedragsproblemen. Interne notitie ten behoeve van de Databank Effectieve jeugdinterventies*. Amsterdam: De Bascule.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexual abused children. *Child Abuse and Neglect*, 24, 983-994.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. (2004). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*, 21, 52 - 53.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1117-1142.
- Cunningham, S. M. (2003). The joint contribution of experiencing and witnessing violence during childhood on child abuse in the parent role. *Violence and Victims*, 18, 619-639.
- Dalglish, L. I. (1997). *Risk assessment and decision-making in child protection*. Brisbane, Australia: University of Queensland, Department of Psychology.
- Damen, H., & Veerman, J. W. (2009). *Effectiviteitsonderzoek Families First. De relatie tussen uitvoering en uitkomsten tot een jaar na afsluiting van de behandeling*. Nijmegen: Praktikon.
- Damen, H., & Veerman, J. W. (2013). Voorkomen van uithuisplaatsing bij Families First door behandelingsgetrouw handelen. *Kind & Adolescent*, 34, 147-164.
- De Shazer, S. (1993). Creative misunderstanding: There is no escape from language. In S. Giligan & R. Price (Eds). *Therapeutic Conversations.1st*, 81-90. New York: W.W. Norton & Co.
- Development Services Group (2013). *Protective factors for Populations Served by the administration on children, youth and families: A literature review and theoreticalframework*. Bethesda, MD: Development Services Group, Inc.
- De Waag Nederland (2013). *Huiselijk geweld – Veiligheid voor kinderen Veilig, Sterk & Verder (VSV). Een zorgprogramma voor kinderen, jongeren en ouders na geweld in het gezin*. Amsterdam: De Waag Nederland.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2009). Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment. *Journal of family Violence*, 24, 111-122.
- Doesum, K. van, Kroeze, A., Leer-Ternisien, K., & Bool, M. (2002). *Handleiding psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP*. Utrecht/Deventer: Trimbos-instituut, Landelijke steunfunctie preventie geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, Riagg IJsseland.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., & Draijer, N. (2011). *Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Handboek*. Amsterdam: Pearson.

Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*, *35*, 96-104.

Duin, L. van der (2006). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'VoorZorg'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *14*, 839-870.

Elling, M. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Elst, M. van der, Sondeijker, F., Vogel, I., Jansen, W., & Hermanns, J. (2012). *Veiligheidsrisicotaxatie bij opvoedhulp en opgroeihulp aan gezinnen met kinderen van 0-12 jaar. Validering van de California Family Risk Assessment*. Rotterdam/Woerden: GGD Rotterdam Rijnmond/ Van Montfoort Collegio.

Elwyn, G., & Charles, C. (2001). *Shared decision making: the principles and the competences*. In: Edwards, A. & Elwyn, G. Evidence-based patient choice: Inevitable or impossible, pp. 118-143. Oxford: Oxford University Press.

Ertem, I. O., Leventhal, J. M., & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet*, *356*, 814-819.

Es, E. van (2002). Functionele gezinstherapie. *Kind & Adolescent Praktijk*, *2*, 22-26.

Eyberg, S. (1999). *Manual Parent-Child Interaction Therapy. Vertaald en bewerkt in het Nederlands door PI Research*. Duivendrecht: PI Research.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). 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*, *14*, 245-258.

Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 607-619.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. (2011). School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *165*, 9-15.

Fisher, P. A., Burraston, B., & Pears, K. (2005). The early intervention foster care program: Permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment*, *10*, 61-71.

Flisher, A. J., Kraemer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H. R., & Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 123-131.

Fleuren, M. A. H. & Pannebakker, F. D. (2015). *Kennisynthese Kinderen en jongeren met trauma gerelateerde klachten in Nederland*. Leiden: TNO.

Folger, S. F., & Wright, M. O. D. (2013). Altering risk following child maltreatment: Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence*, *28*, 325-337.

- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., Patterson, G. R., & Steiner, H. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach*, 782-813.
- Gezondheidsraad. (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*, 40, 2598-2616.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32, 714.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., De Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on Parenting: A Meta-Analysis. *Family Relations*, 57, 553-566.
- Hanrahan-Cahuzak, M. (2002). *Mum to mum: An evaluation of a community based health promotion program for first-time mothers in the Netherlands*. Proefschrift. Wageningen: Universiteit van Wageningen.
- Hebert, S., Bor, W., Swenson, C. C., & Boyle, C. (2014). Improving collaboration: a qualitative assessment of inter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team. *Australasian Psychiatry*, 22, 370-373.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 693-710.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E. & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52, 671-690.
- Hermanns, J. (2006). California Family Risk Assessment. Nederlandse versie. Woerden: H&S Consult.
- Hermanns, J. M. A., Asscher, J. J., Zijlstra, B. J. N., Hoffenaar, P. J., & Deković, M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Services Review*, 35, 678-684.
- Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Invent rapportage*. Utrecht: Juliuscentrum.
- Hermanns, J., Venne, L. van der, & Leseman, P. (1997). *Home-Start geëvalueerd*. Amsterdam: SCO Kohnstamm Instituut.
- Heteren, J. van (2014). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Storm en Spetters'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Heuves, M., & Bartelink, C. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

- Horton, A. (2013). Disproportionality in Illinois child welfare: The need for improved substance abuse services. *Journal of Alcohol and Drugs Dependency*, 2, 2.
- Howe, D. (2010). The safety of children and the parent-worker relationship in cases of child abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 19, 330-341.
- Hox, J. (2002). *Multilevel analysis: Techniques and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Huiskes, S., & Plugge, K. (2004). *Het effect van de Horizonmethode, een therapie voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hurdeman, M., & Jong, J. de (2014). *Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling. "A wicked answer to a wicked problem." Onderzoek naar de kenmerken, werking en meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling aan de hand van zes regionale initiatieven*. Amsterdam: Van de Bunt Adviseurs.
- Ijzendoorn M. H. van, Schuengel, C., & Bakermans – Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-250.
- Ince, D. (2007a). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Ince, D. (2007b). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Ince, D. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Ince, D., Yperen, T. van, & Valkestein, M. (2013) *Top tien positieve ontwikkeling jeugd. Beschermende factoren in opvoeden en opgroeien*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Janssen, A., Osté, J., Vlierhuis, J., Fassaert, T., Lauriks, S. & Meeteren, S. van (2011) *De Zelfredzaamheidsmatrix. Factsheet over het eenvoudig en gestandaardiseerd meten van zelfredzaamheid*. Amsterdam: GGD Amsterdam Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG).
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2011). *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective*. London: Sage.
- Jeugdwet (2015). *Wet van houdende regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet)*. http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/geldigheidsdatum_16-10-2015.
- Jeugdzorg Nederland (2013). *Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Johnson, K., Wagner, D., & Scharenbroch, C. (2007). *Risk Assessment Validation, a prospective study*. Madison: Children's Research Center.
- Jong, E. M. de (2004). *Kind in nood II: Besluitvormingsprocessen en risicotaxatie in multidisciplinair teamverband*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Jong N. de, & Meeuwssen, M. (2014). *Predictieve factoren seksueel misbruik bij kinderen: Een multi-level meta-analyse. Ongepubliceerde masterscriptie Forensische Orthopedagogiek*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Jonson-Reid, M., Drake, B., Kim, J., Porterfield, S., & Han, L. (2004). A prospective analysis of the relationship between reported child maltreatment and special education eligibility among poor children. *Child Maltreatment, 9*, 382-394.
- Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology, 13*, 451-471.
- Kesselring, M., Winter, M. de, Horjus, B., & Yperen, T.A. van (2013). Allemaal opvoeders in de pedagogische civil society. Naar een theoretisch raamwerk van een ander paradigma voor opgroeien en opvoeden. *Pedagogiek, 33*, 5-20.
- Kinney, J. M., Madsen, B., Fleming, T., & Haapala, D. A. (1977). Homebuilders: Keeping families together. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 667.
- Kirkwood B.R., & Sterne J.A.C. (2003). *Essential medical statistics*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 339-352.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & IJzendoorn, van M. H. (2006). Preventing Preschool Externalizing Behavior Problems Through Video-feedback Intervention in Infancy. *Infant Mental Health Journal, 27*, 466-493.
- Kolko, D.J. (1996). Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment, 1*, 322-342.
- Kooijman, K., & Zwikker, M. (2001). *Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen: Beschrijving en analyse van home visitation programma's ter preventie van kindermishandeling en verwaarlozing*. Utrecht: NIZW.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337-343.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry, 158*, 848-856.
- Kuyvenhoven M. M., Hekking, C. F., & Voorn, T. B. (1998). Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 142*, 2515-2518.
- Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W., & Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect, 31*, 1201-1231.
- Lamers-Winkelmann, F. (2003). *Een Huilend Huis. Over de effecten van geweld in het gezin op kinderen en de mogelijkheden om hen te helpen de ervaringen te verwerken*. Rapport in opdracht van de Provincie Zeeland/ Scoop. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, afdeling Orthopedagogiek.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Langen, H. C. de (2004). *Nulmeting AMK's*. Leiden: TNO Preventie en gezondheid.

Langford, W., Lewis, C., Solomon, Y., & Warin, J. (2001). *Family understandings: Closeness and authority in families with a teenage child*. London: Family Policy Studies Centre.

Lever, M., & Beer, A. de (2015). Houvast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB. Een nieuwe interventie. *Onderzoek & Praktijk*, 13, 17-23.

Li, F., Godinet, M. T., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33, 139-148.

Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10, 235-257.

MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., & Lee, L. C. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 33, 1638-1647.

MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L. C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review*, 33, 2392-2398.

MacLeod, J. & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127-1149.

Maessen, M. C. G. H. (2014). *Model samenwerkingsconvenant Verwijsindex*. Gedownload op 14-10-2015 van: <http://www.multisignaal.nl/wp-content/uploads/2015/06/model-samenwerkingsconvenant-verwijsindex.pdf>.

McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the "neglect of neglect": Why are we making a molehill out of a mountain? *Child Abuse & Neglect*, 31, 607-614.

Mejdoubi, J. (2014) *The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg*. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Mesman, J., Stolk, M. N., Zeijl, J. van, Alink, L. R. A., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Extending the video-feedback intervention to sensitive discipline: The early prevention of antisocial behavior. In: F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, & M. H. van IJzendoorn (Red). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Taylor & Francis.

Molloy, B. (2002). *Still going strong: A tracer study of the community mothers programme, Dublin, Ireland. Early childhood development: Practice and reflections*. Following footsteps. Den Haag: Bernard van Leer Foundation.

Mulder, T. M. (2014). *Risk factors for child abuse and neglect: A meta-analytic review. Unpublished Master thesis, Forensic Child and Youth Care Sciences*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*, 23, 745-758.
- Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review*, 27, 375-391.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141-151.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014). *Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009). *NICE Clinical guideline 89: When to suspect child maltreatment*. London: NICE (National Institute for Health and Care Excellence).
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Olds, D., Hill, P. L., Mihalic, S. F., & O'Brien, R. (2001). *Nurse-Family Partnership*. Institute of Behavioral Science, Regents of University of Colorado.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1550-1559.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5-25.
- Olf, M. (2005). *Nederlandse vertaling van de Children's Impact of Event Scale (CRIES-13)*. *Herziene Kinderschokverwerkingslijst*. Amsterdam: AMC de Meren, afdeling psychotrauma.
- Onrust, S. A., Graaf, I. M. de, & Linden, D. van der (2012). De meerwaarde van Triple P. *Kind & Adolescent*, 33, 60-74.
- Oord, S. van der, Lucassen S., Emmerik, A. A. P. van, & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Treatment of posttraumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 240-249.
- O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L., & Jackson, D. (2010). The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: What the literature reveals. *Journal of Child Health Care*, 14, 82-94.
- Öry, F. G., & Rüter, C. de (2005). *Parent Management Training Oregon model (PMTO) in The Netherlands. Implementation and Research 2005 - 2008*. Leiden/Utrecht: TNO Kwaliteit van Leven/Trimbos instituut.
- Parker, S. (2009). *The safety house: A tool for including children in safety planning*. Perth: Aspirations Consultancy.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process: A social learning approach*. Eugene, OR: Castilia.
- Pijnenburg, H. M. (1996). *Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences. Exploring a domain*. Proefschrift. Nijmegen: NICI.

- PI Research, & Montfoort, A. van (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.
- Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL). Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A., Maassen, G. H., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 487-500.
- Putte, E. M. van de, Kamphuis, M., & Kramer, A. W. M. (2013). Hoe signaleren we kindermishandeling in Nederland? In E. M. Van de Putte, M. Kamphuis, & A. W. M. Kramer (Red). *Medisch handboek kindermishandeling*, pp. 395-413. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- RadarUitvoering (2008). *Handboek Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG) 2007/2008*. Rotterdam: RadarUitvoering.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Roberts, A. R., & Everly, G. S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.
- Romero-Martínez, A., Figueiredo, B., & Moya-Albiol, L. (2014). Childhood history of abuse and child abuse potential: The role of parent's gender and timing of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38, 510-516.
- Ronan, K. R., Canoy, D. F., & Burke, K. J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44, 195-213.
- Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Rossum, J. van, Berge, I. ten, & Anthonijsz, I. (2008) *Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Ruiter, A. de (1999). *Let op de Kleintjes. Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: TransAct.
- Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Hoorn, S. P. van der (2012). Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie (CARE-NL). *GZ-Psychologie*, 2012 (3), 10-17.
- Ruiter, C. de, Jong, E. M. de, & Reus, M. (2013). Risicotaxatie van kindermishandeling in teamverband: Een experimenteel onderzoek. *Kind en Adolescent*, 34, 30-44.
- Sahlberg, M. L. (2012). *Research review: Resilience in child maltreatment and abuse*. Unpublished master thesis, University of Washington.
- Sanders, M. R., Dadds, C. M. & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1, 1-21.
- Sanders, M. R. (2008). The Triple P - Positive Parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22, 506-517.

Sanders, M. R. (2011). Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P- Positive Parenting Program. *Annual Reviews Clinical Psychology*, 8, 345-379.

San Diego County Child Protection Team (2012). *Child victim witness checklists*. Gedownload op 14-10-2015 van <http://www.chadwickcenter.org/Documents/Checklist-%20Online%20version%20-%202001.2013.pdf>.

Sidebotham, P., Blair, P. S., Evason-Coombe, C., Edmond, M., Heckstall-Smith, E., & Fleming, P. (2010). Responding to unexpected infant deaths: Experience in one English region. *Archives of Disease in Childhood*, 95, 291-295.

Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30, 497-522. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.005.

Slack, K. S., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M. Y., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., & Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review*, 33, 1354-1363.

Smith, T. K., Duggan, A., Bair-Merritt, M. H., & Cox, G. (2012). Systematic review of fathers' involvement in programmes for the primary prevention of child maltreatment. *Child Abuse Review*, 21, 237-254.

Soerdjbalie-Maikoe, V., Bilo, R. A. C., Akker, E. van den, & Maes, A. (2010). Niet-natuurlijk overlijden door kindermishandeling; gerechtelijke secties 1996-2009. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A2285.

Spanjaard, H. J. M., & Breuk, R. E. (2009). *Theoretische onderbouwing van Functional Family Therapy in Nederland*. Amsterdam: PI Research & FFT Nederland/De Bascule.

Spirit, FlexusJeugdplein, & RadarUitvoering (2010). *Methodiekbeschrijving Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen VIG*. Amsterdam: Radar.

Sams, G. J. J. M., Top-Van der Eem, M., Limburg, S., Van Vugt, E. S., & Van der Laan, P. H. (2010). *Implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode Gezinsvoogdij: onderzoek naar de invloed van de Deltamethode Gezinsvoogdij op het verloop op de ondertoezichtstelling* (No. 844). SCO-Kohnstamm instituut.

Stanley, T., & Mills R. (2014). 'Signs of Safety' practice at the health and children's social care interface. *Practice: Social Work in Action*, 26, issue 1.

Steege M. van der (2005). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Steege, M. van der, & Zoon, M. (2015). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Stinson, J. D., Sales, B. D., & Becker, J. V. (2008). *Sex offending: Causal theories to inform research, prevention and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.

Stith S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29.

Swagers, J. (2007). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'STEPS'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Faldowski, R., Henggeler, S. W., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24*, 497-507.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 173-182.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P-positive parenting program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, 35*, 475-495.
- Thornberry, T. P., Matsuda, M., Greenman, S. J., Augustyn, M. B., Henry, K. L., Smith, C. A., & Ireland, T. O. (2014). Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 38*, 706-722.
- Tierolf, B., Lünemann K., & Steketee, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York/London: Norton.
- Turnell, A., Essex, S., & Kaaij, P. A. A. M. (2010). *Als er 'niets aan de hand' is: Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veerman, J. W., Janssens, J., & Delicat, J. W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek, 25*, 176-196.
- Veldt, M. C. A. E. van der, Eenshuistra, R. M., & Campbell, E. E. (2011). *FFT versterkt. Een evaluatiestudie naar de implementatie en de effecten van Functional Family Therapy in Nederland*. Amsterdam: PI Research.
- Verlinden, E., Meijel, E. P. van, Opmeer, B. C., Beer, R., Roos, C. de, Bicanic, I. A., & Lindauer, R. J. (2014). Signaleren van posttraumatische stressklachten bij kinderen en adolescenten: Betrouwbaarheid en validiteit van de screeningslijst CRIES-13. *Kind & Adolescent, 35*, 165-176.
- Vermulst, A., Kroes, G., Meyer, R. de, Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL) handleiding*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen/Praktikon.
- Vink, R. M., Wolff, M. S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2015). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Vogtländer, L., Arum, S. van, Lünemann, K. D., Eijkern, L. van, & Hummeling, T. (2015). *Triage veilig thuis. Bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. Landelijk prototype 0.6*. Utrecht: GGD GHOR Nederland.
- Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years - A troubleshooting guide for parents of children ages 2-8 years*. Toronto, Canada: Umbrella Press.
- Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Weld, N., & Greening, M. (2004). The three houses. *Social Work Now*, December, 34-37.
- Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2015).
http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/geldigheidsdatum_03-11-2015.

Wet Publieke gezondheid (2008). http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/geldigheidsdatum_03-11-2015.

Wheeler, J., & Hogg, V. (2011). Signs of safety and the child protection movement. In: C. Franklin, T. Trepper, E. McCollum, & W. Gingerich (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press USA.

White, A., & Walsh, P. (2006). *Risk assessment in child welfare: An issues paper*. Centre for Parenting and Research. Unpublished manuscript.

Whitaker, D. J., Le, B., Karl Hanson, R., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., & Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32, 529-548.

Widom, C. S., Weiler, B. L., & Cottler, L. B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: A comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 867.

Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B., Gramberg, P. & Slot, W. (2008). *De familie aan zet: De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie*. Duivendrecht/Voorhout: PI Research/WESP Jeugdzorg.

Willems, J. C. M. (1999). *Wie zal de opvoeders opvoeden? Kindermishandeling en het recht van de jeugdige op persoonswording*. Den Haag: T.M.C. Asser Press.

Wolzak, A. (2006). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Horizonmethodiek'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Wu, S. S., Ma, C. X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1253-1264.

Yperen, T. A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. A. van (2013). Met kennis oogsten: Monitoring en doorontwikkeling zorg voor jeugd. *Kind & Adolescent*, 34, 136-146.

Yperen, T. van, & Bommel, M. van (2009). *Erkenning interventies: Criteria 2009-2010*. Erkenningscommissie (Jeugd) Interventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zahrt, D. M., & Melzer-Lange, M. D. (2011). Aggressive behavior in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 32, 325-332.

Zeijl, J. van, Mesman, J., IJzendoorn, M. H. van, Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M., Alink, A., & Koot, H. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers 1- to 3-year old children at risk for externalizing behavior problems; a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74, 994-1005.

Zwikker, M. (2011). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Incredible Years (Basis)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Zwikker, M., & Everdingen, J. van (2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

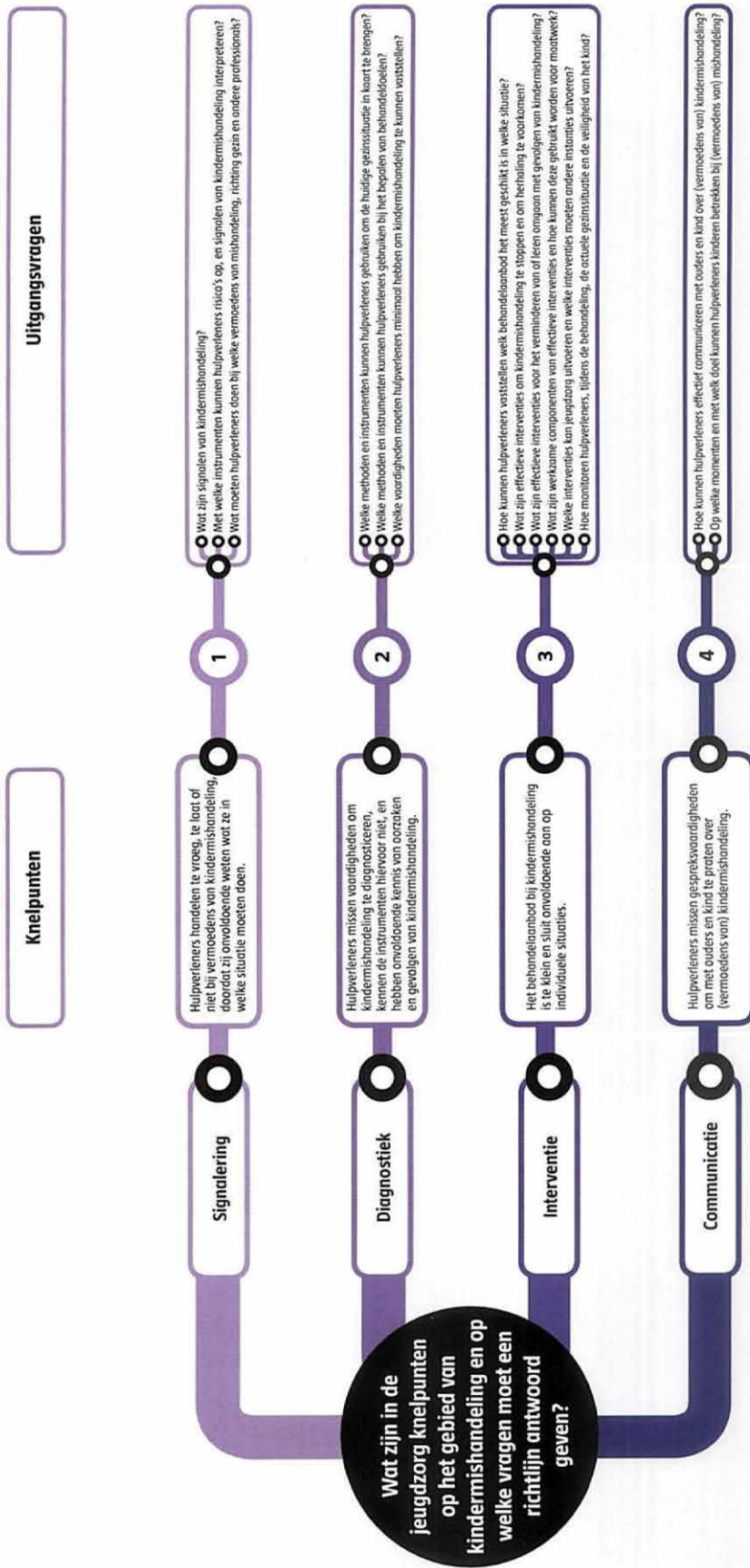


Bijlage 1

Knelpuntanalyse



KNELPUNTENANALYSE RICHTLIJN KINDERMISHANDELING



Deze informatiekaart dient als knelpuntenanalyse voor de ontwikkeling van een richtlijn kindermishandeling voor de jeugdzorg. De kaart geeft een overzicht van de uitgangsvragen waarop de richtlijn antwoord moet geven. Bij de totstandkoming van de kaart is kindermishandeling breed gedefinieerd: fysiek, psychisch en seksueel, gebeurt in de thuissituatie van het kind. De knelpuntenanalyse is gemaakt op basis van twee denktessies met deskundigen. Met dank aan allen voor hun denkwerk.

Bijlage 2

Overzicht van de Gemiddelde Effectgroottes van de Domeinen

Moderator variables	#Studies	#ES	β_1 (SE)	Z_1	Mean. d (SD)	Z_0	Heterogeneity	Δ Fit
Domain							4.022***	33135.617***
Child Static Factors Not Included Below (RC)	12	20			0.253 (0.051)	4.940***		
Child Age	8	13	0.447 (0.020)	22.905***	0.700 (0.054)	12.909***		
Child Gender	16	16	-0.186 (0.005)	-34.531***	0.067 (0.051)	1.314		
Child Ethnicity	6	8	0.041 (0.024)	1.729*	0.294 (0.056)	5.275***		
Child Internalizing Problems	8	10	-0.048 (0.022)	-2.161*	0.204 (0.055)	3.712***		
Child Externalizing Problems	4	5	0.017 (0.049)	0.343	0.270 (0.070)	3.852***		
Child Physical Health	5	5	0.017 (0.024)	0.721	0.270 (0.056)	4.847***		
Parental Static Factors	13	21	0.247 (0.004)	58.045***	0.499 (0.051)	9.782***		
Parental Ethnicity	8	19	-0.179 (0.005)	-39.690***	0.074 (0.051)	1.448		
Parental Age at Childbirth	8	10	0.033 (0.005)	7.370***	0.286 (0.051)	5.595***		
Parental Personality/Temperament	9	27	0.501 (0.013)	39.123***	0.754 (0.052)	14.471***		
Parental Mental Health Issues	15	23	0.422 (0.024)	17.675***	0.675 (0.055)	12.182***		
Parental Unemployment	11	16	0.109 (0.011)	9.695***	0.362 (0.052)	6.992***		
Parental Education	17	42	0.158 (0.005)	33.374***	0.411 (0.051)	8.038***		
Parental Upbringing Skills	14	21	0.201 (0.027)	7.482***	0.453 (0.057)	7.987***		
Parental Substance use	14	29	0.269 (0.010)	25.827***	0.522 (0.052)	10.127***		
Parental Intimate Partner Violence	9	15	0.568 (0.019)	30.663***	0.820 (0.054)	15.322***		
Parental Intergenerational Continuity	9	14	0.339 (0.014)	23.734***	0.592 (0.052)	11.295***		
Family Static Factors	15	25	-0.034 (0.005)	-7.166***	0.219 (0.051)	4.281***		
Family Marital Status	19	37	0.131 (0.012)	11.122***	0.384 (0.052)	7.422***		
Family SES Factors	17	38	0.380 (0.011)	34.832***	0.633 (0.052)	12.247***		
Family Environment	13	28	0.232 (0.017)	13.799***	0.485 (0.053)	9.143***		
Family Immigration Factors	4	9	-0.068 (0.023)	-2.896**	0.185 (0.056)	3.325***		
Child Parent Interaction	5	6	-0.050 (0.005)	-9.077***	0.203 (0.051)	3.968***		
Parental Interaction Factors	4	11	0.183 (0.013)	13.774***	0.436 (0.052)	8.341***		

Noot # Studies = aantal onafhankelijke studies; # ES = aantal effectgroottes; Mean d = gemiddelde effectgrootte; β_1 = regressie coëfficiënt; SD = standaard deviatie; SE = standaard error; Z_0 = significantie van het intercept / gemiddelde d; Z_1 = significantie van de moderator; Heterogeneity = intra-klass heterogeniteit (Z); Δ Fit = verschil met het model zonder moderatoren (c2); RC = referentie categorie; SES = sociaal economische status. + p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Bijlage 3

Interventies voor kwetsbare gezinnen waar nog geen kindermishandeling speelt

1. VIPP-SD

VIPP-SD staat voor Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (Mesman et al., 2008)

Doel en doelgroep

Het is een huisbezoekprogramma voor ouders met kinderen (tussen 1 en 3 jaar oud) met als doel het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij jeugdigen. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in zes huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind. Kern van de aanpak is het geven van positieve feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind in de thuissituatie. Tijdens huisbezoeken bekijken de ouder en de ondersteuner de videoband, bespreekt de ondersteuner samen met de moeder de relevante fragmenten en komen verschillende suggesties en adviezen aan bod. Dit gebeurt aan de hand van thema's. De ondersteuner werkt volgens een algemeen protocol, maar stemt de uitwerking van de thema's af op de behoeftes van de individuele ouder-kindparen. De VIPP-SD interventies worden uitgevoerd door een getrainde ondersteuner. De VIPP-SD is bedoeld voor ouders van jonge kinderen met lastig gedrag, en/of ouders die onzeker zijn over de opvoeding van hun kinderen.

Niveau effectiviteit

De VIPP-SD is beoordeeld als effectief volgens sterke aanwijzingen.

Twee buitenlandse studies hebben de effectiviteit van de interventie laten zien in een toename van sensitieve interactie en autonomie van de jeugdige en een afname van conflicten. Er zijn daarnaast twee Nederlandse studies gedaan naar de effectiviteit van de VIPP-SD. Uit de eerste studie bleek de houding van de interventiegroep ten aanzien van sensitiviteit en sensitief disciplineren significant te zijn verbeterd. Interventiemoeders maakten na afloop van de interventie significant meer gebruik van sensitief disciplineren. De jeugdigen in de interventiegroep toonden na afloop van de interventie minder overactief gedrag dan de controlegroep. Jeugdigen in de interventiegroep met het DRD4-7R (dopamine receptor D4 7 repeat) genotype lieten bovendien een sterke daling van externaliserend probleemgedrag zien bij de follow-up, en een significante afname van de dagelijkse productie van cortisol, een stresshormoon dat bij jeugdigen van deze leeftijd samenhangt met agressie. In de tweede studie bleken jeugdigen die aan VIPP hadden deelgenomen minder externaliserend probleemgedrag te vertonen dan jeugdigen die niet aan de interventie hadden deelgenomen. De makers van VIPP-SD onderbouwen hun interventie verder met een meta-analyse naar interventies gericht op sensitiviteit en gehechtheid in de vroege kindertijd en met buitenlandse studies naar de effecten van VIPP (dezelfde interventie, maar zonder de component van sensitieve disciplineringsstrategieën).

2. Incredible Years

Het programma 'Incredible Years', heet in het Nederlands "Pittige Jaren" en is ontwikkeld door Webster-Stratton (2006; 2007). Het programma is gebaseerd op de sociale leertheorie van Patterson (1982).

Doel en doelgroep

Incredible Years is een groepstraining voor ouders van kinderen van 3 tot 6 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen. De training heeft als doel de gedragsproblemen bij de jeugdigen te laten afnemen en hun sociale vaardigheden te verbeteren door de ouders opvoedingsvaardigheden te leren. In achttien wekelijkse sessies worden de ouders getraind in opvoedvaardigheden, waardoor de gedragsproblemen afnemen. Als de ouders meer tijd nodig blijken te hebben om zich de vaardigheden eigen te maken, worden sessies toegevoegd.

Niveau effectiviteit

Het programma is erkend als effectief volgens sterke aanwijzingen.

In internationaal onderzoek is aangetoond dat Incredible Years leidt tot een verbetering van opvoedgedrag bij de ouders (meer positief affect tonen, meer effectieve grenzen stellen), een verbetering in de communicatie in het gezin en een verlaging van de gedragsproblemen bij de jeugdigen thuis en op school (www.incredibleyears.com). Ook zijn twee meta-analyses uitgevoerd (Barlow, Parsons, & Stewar-Brown, 2005; Barlow, Johnston, Kendrick, Polnay, & Stewart-Brown, 2006) waarin studies naar de effectiviteit van ouderprogramma's zijn meegenomen. Een opvallende uitkomst van de meta-analyse uit 2005 was het feit dat RCT's waarin effectiviteit gemeten wordt met behulp van observaties sterkere uitkomsten te zien geven dan RCT's waarin men zich baseert op rapportages. Als uitkomstmaat werd gehanteerd de mate waarin het ouderprogramma psychosociale problemen bij jonge kinderen kan voorkomen. Verder concluderen de auteurs dat de effecten van zowel Incredible Years als parenting interventions na verloop van tijd uitdoven. Op lange termijn worden geen effecten meer gevonden.

Inmiddels is ook in Nederland een onderzoek uitgevoerd naar het effect van Incredible Years bij het UMC Utrecht onder leiding van Prof. Matthys. De resultaten lieten zien dat zowel de geobserveerde als door hen zelf beoordeelde opvoedingsvaardigheden van de ouders in vergelijking met die van de controlegroep verbeterd waren na twee jaar. Ook bleek twee jaar na afloop van de interventie dat de geobserveerde gedragsproblemen van de jeugdigen afgenomen waren, in vergelijking met de controlegroep. Ouders gaven echter aan geen verbeteringen te zien in het gedrag van hun kind.

3. Triple P

Triple P staat voor Positive Parenting Program en is in Australië ontwikkeld door professor Sanders en een team van de universiteit van Queensland, Australië (Sanders, 2008; 2011; Sanders, Dadds, & Turner, 2003).

Doel en doelgroep

Het algemene doel van het programma zijn de preventie en aanpak van psychosociale problemen bij jeugdigen door opvoedingsondersteuning aan ouders. Triple P is gericht op een gezonde psychosociale ontwikkeling van jeugdigen en een vergroting van hun zelfredzaamheid en veerkracht. Daarnaast wil Triple P het zelfvertrouwen en de tevredenheid van ouders over de opvoeding bevorderen. Kenmerkend voor Triple P is de integrale aanpak met vijf opeenvolgende niveaus van interventie: van algemene opvoedvragen (niveau 1) tot hulp voor ouders van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen (niveau 5). Triple P is in het algemeen bedoeld voor alle ouders van jeugdigen in de leeftijd van 0 tot 16 jaar.

Bij het eerste niveau gaat het om informatiecampagnes via kranten en andere media, bedoeld voor alle ouders die geïnteresseerd zijn in informatie over opvoeden en het bevorderen van de ontwikkeling van hun kind (universele preventie).

Niveau 2 zijn voorlichtingsgesprekken over gedrag en ontwikkeling van de jeugdige, bedoeld voor ouders met specifieke vragen en/ of onzekerheden over het gedrag en de ontwikkeling van hun kind, zoals bijvoorbeeld zindelijkheid of naar bed gaan (universele preventie).

Niveau 3 heeft betrekking op gericht advies bij specifieke zorgen over gedrag en ontwikkeling van de jeugdige. Dit interventieniveau is bedoeld voor gezinnen waar sprake is van beginnende gedragsproblematiek bij de jeugdige en gevoel van incompetentie bij ouders (selectieve preventie).

Niveau 4 heeft betrekking op een intensieve opvoedtraining (zowel individueel als in een groep) bij ernstige gedragsproblemen van de jeugdige. Dit niveau is bedoeld voor ouders met kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen (selectieve interventie).

Niveau 5 ten slotte is een individuele gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen van de jeugdige. Dit interventieniveau richt zich op ernstige gedragsproblemen van de jeugdige waarbij ook sprake is van andere problemen of disfunctioneren van het gezin (selectieve of mogelijk geïndiceerde preventie).

Naast het kernprogramma met vijf niveaus zijn er extra modules ontwikkeld voor specifieke doelgroepen, zoals gezinnen met een risico op kindermishandeling (Pathways Triple P), en alleenstaande ouders (Triple P StartingWell), en ouders die uit elkaar gaan en nieuw samengestelde gezinnen (Transitions Triple P). Ook deze modules worden in het Nederlands vertaald en onderzocht.

Niveau effectiviteit

Het complete programma Triple P staat in de Databank Effectieve Jeugdinterventies erkend als 'goed onderbouwd'. De niveaus 4 en 5 worden op dit moment beoordeeld op geschiktheid voor opname in de databank of bevinden zich in de opnameprocedure.

Inmiddels zijn vier meta-analyses verschenen naar de effecten van Triple P voor zowel de ouders als de jeugdigen (Thomas, Zihmer, & Gembeck, 2007; Nowak & Heinrich's, 2008;

De Graaf et al., 2008a; De Graaf et al., 2008b). In de meta-analyse van Thomas et al. (2007) werden 28 effectiviteitsstudies naar alle niveaus van Triple P samengevoegd. In de studie van Nowak ging het om een set van 55 studies die eveneens betrekking hadden op alle vijf de niveaus van Triple P, waarin in totaal bijna 12.000 gezinnen geparticipeerd hebben. In beide metastudies bleek dat meer intensieve varianten van Triple P (niveaus 4 en 5) effectiever waren dan varianten op niveau 1. Binnen niveau 4 bleek bovendien de individuele variant weer effectiever te zijn dan de groepsvariant. Ouders rapporteren na het afronden van de Triple P-interventies dat ze vooruit zijn gegaan wat betreft hun opvoedvaardigheden ($d = 0,38$) (Nowak et al. 2008). Ook het probleemgedrag van de jeugdigen was in de ogen van de ouders gedaald op de nameting ($d = 0,45$). Ook Thomas et al. (2007) rapporteren gematigde effecten wanneer ouders voor en na de Triple P-interventie het probleemgedrag van hun kind beoordeelden. Wanneer leerkrachten het gedrag van de jeugdigen beoordeelden, verdween het effect.

De Graaf et al. (2008a, 2008b) hebben de uitkomsten van 48 internationale studies naar niveau 4 van Triple P samengevoegd in twee meta-analyses. In de eerste meta-analyse was de uitkomstmaat probleemgedrag van de jeugdigen. Ouders kregen een vragenlijst over het gedrag van hun kind en in sommige studies is de moeder-kindinteractie geobserveerd. Uit de vragenlijsten bleek dat ouders na afsluiting van de hulp merkten dat hun kind minder ongewenst en meer positief gedrag liet zien ($d = 0,88$). Ook na zes maanden bleek deze middelgrote verandering te blijven bestaan. Studies waarin het gedrag van jeugdigen werd geobserveerd, rapporteerden direct na afloop van de interventie een kleine daling van probleemgedrag bij de jeugdigen. Maar ook deze verandering hield stand na zes maanden.

In de tweede meta-analyse (De Graaf et al., 2008b) lag de focus op het opvoedingsgedrag van de ouders. Na het afronden van een Triple P-interventie (niveau 4) vonden ouders dat ze een meer positieve opvoedingsstijl hanteerden in vergelijking met ouders die geen hulp kregen: ze gaven meer complimentjes en maakten minder negatieve opmerkingen ($d = 0,68$). Ouders waren zelf meer tevreden zijn over de opvoeding en hadden meer zelfvertrouwen hebben dan ouders die geen training hebben ontvangen. Deze veranderingen waren direct na afsluiting van de hulpverlening al aanwezig en bleven zichtbaar zes én twaalf maanden na het afsluiten van de hulp. In Australië is Triple P inmiddels uitgebreid onderzocht in twaalf wetenschappelijke RCT's. Op grond daarvan kan het programma in Australië als bewezen effectief worden beschouwd. Op alle niveaus van Triple P zijn effecten gevonden in de verwachte richting. Het beste bewijs voor effectiviteit is gevonden voor de niveaus 3 en 4: de gerichte adviezen en ondersteuning bij gedragsproblemen. In 2012 is een Nederlandse effectstudie gepubliceerd naar Triple P niveau 4 (Onrust, De Graaf, & Van der Linden, 2012). In deze studie zijn 170 gezinnen binnen de geïndiceerde jeugdhulp of Jeugd-ggz op basis van toeval toegewezen aan de experimentele groep (Triple P niveau 4) en de controlegroep die de gebruikelijke intensieve ambulante thuishulp kreeg. De studie laat zien dat beide groepen evenveel vooruitgang boeken in termen van terugdringen van probleemgedrag bij de jeugdige en verbeteren van de opvoedvaardigheden. Belangrijk verschil is dat met behulp van Triple P aanmerkelijk sneller vooruitgangen bij kind en ouders behaald werden. Geconcludeerd wordt daarom dat Triple P een goed alternatief is voor de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek.

4. Parent Management Training Oregon (PMTO)

PMTO (Ogden & Hagen, 2008; Öry & De Rooter, 2005) onderscheidt zich van andere ouderinterventies door de langdurige, intensieve opleiding van PMTO-therapeuten, de relatief intensieve werkbegeleiding na de opleiding en de strenge kwaliteitsbewaking van de uitvoering.

Doel en doelgroep

PMTO is een individuele therapie voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen en die voldoen aan de diagnostische criteria voor de DSM-IV-diagnoses antisociale gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een combinatie van beide. Daarnaast kan er bijkomend sprake zijn van ADHD.

Ouders leren tijdens de training 5 vaardigheden:

- het oplossen van problemen;
- het scheppen van een 'warm nest' thuis;
- het monitoren van hun kinderen;
- het disciplineren van de jeugdigen door straffen en belonen;
- het oefenen van leeftijds-adequate vaardigheden.

Een kernprincipe van de PMTO-behandeling is dat de ouder de balans moet houden tussen vijf positieve bekrachtigingen tegenover één negatieve. Elke keer wanneer een grens gesteld wordt door de ouder, moeten daar bijvoorbeeld vijf complimenten tegenover staan. Ouders van een kind met gedragsproblemen hebben over het algemeen voornamelijk aandacht voor het probleemgedrag en negeren het positieve, prosociale gedrag van de jeugdige. Door hun aandacht meer te richten op wat er goed gaat, zal het gewenste gedrag toenemen en vervolgens ook het zelfvertrouwen van de jeugdige (Forgatch, Bullock, Patterson, & Steiner, 2004). De training bestaat uit vijftien tot 25 wekelijkse sessies van een uur. Tijdens de therapie sessies wordt veel gebruikgemaakt van rollenspelen waarbij de nieuwe vaardigheden geoefend worden. De sessies worden vastgelegd op video en zijn gebaseerd op een handboek. Tussentijds wordt steeds gecontroleerd of het programma wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven.

Niveau effectiviteit

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies wordt PMTO gekwalificeerd als 'goed onderbouwd'.

In de Verenigde Staten en Noorwegen is veelvuldig onderzoek gedaan naar de effecten van PMTO bij verschillende doelgroepen, ook op de langere termijn. PMTO is niet alleen effectief gebleken bij gezinnen met twee biologische ouders, maar ook bij gescheiden ouders, stiefgezinnen, pleeggezinnen en als methodiek op basisscholen. PMTO blijkt in de VS en Noorwegen de opvoedvaardigheden van ouders te verbeteren en het externaliserende probleemgedrag van jeugdigen te verlagen, waardoor het risico op delinquent gedrag en middelenmisbruik tijdens de puberteit kleiner wordt. Depressieve klachten van de ouders verminderen alsook contacten van de jeugdige met antisociale vrienden. Binnen pleeggezinnen vergroot PMTO de kans op een succesvolle plaatsing, een belangrijke voorwaarde voor een gunstige sociale en emotionele ontwikkeling van het pleegkind (Fisher, Burraston, & Pears, 2005). In Noors onderzoek naar de effectiviteit van PMTO bleek dat gedragsproblemen van jeugdigen verminderden, terwijl hun sociale competentie toenam. Ook bleken ouders die PMTO ontvingen, na de behandeling beter in staat te zijn om grenzen te stellen (Ogden & Hagen,

2008). In Nederland doet de Universiteit Maastricht experimenteel effectonderzoek naar de effectiviteit van PMTO (Zwikker & Van Everdingen, 2008).

5. Moeders Informeren Moeders (MIM)

MIM richt zich op moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden die onzeker zijn over de opvoeding en/of weinig ondersteuning ervaren vanuit hun sociale netwerk. Het doel van de interventie is het zelfvertrouwen (als opvoeder) van moeders met een eerste kind te vergroten en de ervaren steun uit hun sociale netwerk te versterken, zodat zij zich beter in staat en gesteund voelen om voor hun baby te zorgen en minder afhankelijk zijn van deskundigen voor de opvoeding en verzorging van de baby.

MIM is gebaseerd op het Ierse programma Community Mothers Program (Molloy, 2002). MIM werkt met vrijwilligsters, ervaren moeders, die minimaal eens per maand op bezoek gaan bij moeders van een eerste kind. De vrijwilligsters worden begeleid en ondersteund door een coördinator. Naast de gesprekken in de huisbezoeken worden er door de coördinatoren en/of vrijwilligers vaak nog allerlei andere activiteiten georganiseerd om MIM-moeders met elkaar in contact te brengen en op die manier hun sociale netwerk uit te breiden. Bij de huisbezoeken maken de vrijwilligsters gebruik van twee hulpmiddelen: het praatpapier en 'Opgroeien en opvoeden in beeld', beeldmateriaal voor pedagogische gesprekken. Verder zijn er een methodiekhandleiding, een handleiding voor themabijeenkomsten, en een DVD beschikbaar voor de coördinatoren. Zie ook: www.moedersinformeremoeders.nl.

Er is in Nederland quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd (Hanrahan-Cahuzak, 2002), waarbij echter niet de doelen van het Nederlandse MIM centraal stond, maar die van de oorspronkelijke versie van het programma (Community Mothers Program). Het uitgevoerde onderzoek liet bij de MIM-moeders geen duidelijke positieve effecten zien. In de experimentele groep was het gevoel van competentie toegenomen, maar dit verschil bleek niet significant. Een buitenlandse effectstudie naar het Community Mothers Program laat wel positieve effecten zien (Molloy, 2002).

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies heeft MIM een beoordeling 'goed onderbouwd'.

6. Home-Start

Home-Start (Asscher, 2005) wil voorkomen dat alledaagse problemen van ouders met jonge kinderen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen. Getrainde vrijwilligers bezoeken gezinnen met ten minste één kind van 6 jaar of jonger die behoefte hebben aan ondersteuning. De vrijwilligers bieden ondersteuning en praktische hulp bij gezins- en opvoedende taken, waarbij de ouders bepalen wat voor ondersteuning zij wensen. De vrijwilliger is minimaal één dagdeel per week beschikbaar voor het gezin. De vrijwilliger is bereid een vertrouwensrelatie aan te gaan en wil hieraan werken. Het opbouwen van een vriendschappelijke band is hierdoor mogelijk.

Eerdere studies naar Home-Start in Nederland lieten positieve veranderingen in gezinnen zien. Hermanns, Van der Venne, en Leseman (1997) volgden 43 Home-Start -gezinnen. De moeders rapporteerden minder stress over de opvoeding, een toename in ervaren opvoedcompetentie

en welzijn. In een onderzoek door Asscher, Hermanns, en Dekovic (2008) zijn de volgende positieve effecten door moeders gerapporteerd: vergroting van hun opvoedcompetentie, minder depressieve gevoelens, meer consequent opvoedgedrag en een vermindering van negatief, controlerend opvoedgedrag. Asscher, Dekovic, Prinzie, en Hermanns (2008) toonden aan dat deze veranderingen klinisch significant waren, omdat bij de nameting een substantieel aantal (39 tot 84%) van de Home-Start -moeders even goede uitkomsten rapporteerden als een normgroep op de domeinen: welbevinden, opvoedgedrag en kindgedrag. Dekovic en collega's (2010) toonden aan dat de resultaten aansluiten bij de interventietheorie: Home-Start zorgt voor veranderingen in de gevoelens van de ouder over opvoedcompetentie, die op hun beurt de veranderingen in het opvoedgedrag voorspellen. In de nieuwste studie (Hermanns, Asscher, Zijlstra, Hoffenaar, & Deković, 2013) is onderzocht of de gevonden effecten over langere tijd behouden blijven. Inderdaad liet de Home-Start groep positieve veranderingen zien op zowel welzijn van moeders, opvoedgedrag van de moeder, als op het gedrag van de jeugdige.

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies heeft Home Start een beoordeling 'goed onderbouwd'.

7. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Parent Child Interaction Therapy (PCIT; Coelman, 2007; Eyberg, 1999) is een van oorsprong Amerikaans, behandelprogramma voor ouders van jonge kinderen (2 - 7 jaar) met ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen.

Doel en doelgroep

Bij de behandeling zijn zowel ouder als kind betrokken, maar het programma richt zich primair op de ouder. Ouders en kind worden samen, onder leiding van een therapeut in een spelkamer getraind. Doel is om de ouder-kind interactie te verbeteren zodat de gehoorzaamheid van de jeugdige vooruit gaat. Ook jeugdigen met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een gedragsstoornis in engere zin en ADHD komen in aanmerking voor de behandeling. PCIT blijkt ook effectief te zijn in het voorkomen van kindermishandeling/verwaarlozing en behandelen van gezinnen waar mishandeling en verwaarlozing plaatsvindt.

In de eerste fase van de behandeling wordt een assessment gedaan om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen. In de tweede fase leren de ouders positieve aandachtvaardigheden te gebruiken zoals het sensitief reageren en prijzen van goed gedrag. In de derde fase leren de ouders op het gedrag gerichte management strategieën zoals het effectief afgeven van directieven en opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van de jeugdige en het gebruiken van time-out procedures. PCIT duurt tussen de negen en twintig weken afhankelijk van het niveau van vaardigheden van de ouder en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituatie naar situaties in het dagelijks leven.

Niveau effectiviteit

PCIT is erkend door de Databank Effectieve Jeugdinterventies als 'goed onderbouwd'.

Er is Amerikaans en Australisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PCIT die positieve effecten laten zien op zowel het gedrag van de jeugdigen als op de opvoedingsvaardigheden

van de ouders. In Nederland wordt op dit moment een vergelijkend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PCIT (Ince, 2007a).

8. KOPP Psycho-educatieve gezinsinterventie

Centraal doel van de Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP is voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen zelf problemen ontwikkelen (Beardslee et al., 1997; Ince, 2007b; Van Doesum, Kroeze, Leer-Ternisien, & Bool, 2002). Dit doel wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de jeugdigen.

Doelgroep

Het programma is gemaakt voor gezinnen met tenminste één kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft. De aanpak is gebaseerd op de praktijk en het onderzoek van Beardslee et al. (1997) in de VS. De interventie is erop gericht gezinsleden te helpen om de effecten van de depressie of angststoornis op de gezinsleden afzonderlijk en op het gezin als geheel te begrijpen en met elkaar te bespreken. De vorm van de interventie is kortdurend (zes tot acht bijeenkomsten), intensief, psycho-educatief, gezinsgericht met een follow-up op langere termijn. Er worden verschillende strategieën gebruikt om de gezinnen te helpen, onder meer het geven van informatie over depressie.

Materiaal

Er is een Handleiding Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP voor de preventiewerkers. Onderzoek effectiviteit De makers of uitvoerders voeren geen Nederlands onderzoek aan naar de effectiviteit van de interventie. Zij onderbouwen hun interventie met buitenlands onderzoek met een aselect samengestelde experimentele en controlegroep en een follow-up, anderhalf jaar na afloop van de interventie. Jeugdigen in de experimentele groep toonden anderhalf jaar na de interventie meer begrip voor de affectieve stoornis van hun ouder en functioneerden op alle terreinen beter dan jeugdigen in de controlegroep. Ouders in de experimentele groep communiceerden beter met hun kinderen en toonden meer begrip voor de ervaring van de jeugdigen. Ook vonden de ouders dat hun kinderen meer begrip hadden voor de ziekte van hun ouder.

Effectiviteit

De makers of uitvoerders voeren geen Nederlands onderzoek aan naar de effectiviteit van de interventie. Zij onderbouwen hun interventie met buitenlands onderzoek met een aselect samengestelde experimentele en controlegroep en een follow-up, anderhalf jaar na afloop van de interventie. Jeugdigen in de experimentele groep toonden anderhalf jaar na de interventie meer begrip voor de affectieve stoornis van hun ouder en functioneerden op alle terreinen beter dan jeugdigen in de controlegroep. Ouders in de experimentele groep communiceerden beter met hun kinderen en toonden meer begrip voor de ervaring van de jeugdigen. Ook vonden de ouders dat hun kinderen meer begrip hadden voor de ziekte van hun ouder. In de VS is het programma uitgebreid onderzocht door Beardslee et al. (1997).

9. VoorZorg

Het primaire doel van VoorZorg het programma (Kooijman & Zwikker, 2001; De Graaf, 2005; Van der Duin, 2006) is het voorkomen van kindermishandeling of -verwaarlozing. De specifieke doelen zijn: Verbetering van het zwangerschaps- en geboorteproces voor moeder en kind; verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van de jeugdige; verbetering van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind. Het programma start als de aanstaande moeder 14-28 weken zwanger is en eindigt als de jeugdige de leeftijd van 2 jaar bereikt.

VoorZorg is gebaseerd op het Amerikaanse programma 'Nurse Family Partnership' (NFP), dat ontwikkeld is door Olds (2006) en in een 25 jaar durend onderzoek effectief is gebleken (Olds et al., 2004; Olds, Hill, Mihalic, & O'Brien, 2001). Kinder- en jeugdpsychiater Crijnen nam het initiatief om het programma voor Nederland toegankelijk te maken (zie Van der Duin, 2006).

Doelgroep

Het programma is in eerste instantie gericht op jonge, aanstaande moeders, die bij aanvang niet langer dan 28 weken zwanger zijn. De moeders die mee kunnen doen aan het programma behoren tot een zogenaamde hoogrisico-groep, hetgeen wordt geselecteerd aan de hand van de criteria: geen eerder levengeboren kind, maximaal 28 weken zwanger, maximaal 25 jaar, maximale opleiding VMBO-P. Aanvullende criteria zijn: geen steunend sociaal netwerk, alcohol- en drugsgebruik, geweld en mishandeling, psychische problematiek, opvatting over moederschap. Tijdens het programma worden door de verpleegkundige tevens vragen gesteld aan de eventuele partner en/of vader en soms aan overige betrokkenen. Het programma begint tijdens de zwangerschap en loopt door tot de jeugdige 2 jaar is.

Programma

VoorZorg bestaat uit een intensief schema van huisbezoeken door ervaren verpleegkundigen van het consultatiebureau. De huisbezoeken beginnen bij voorkeur in de zestiende week van de zwangerschap - maar niet later dan in de 28e week van de zwangerschap - en gaan door tot de jeugdige 2 jaar is. De frequentie ligt op gemiddeld twee bezoeken per maand, met verhoogde frequenties (wekelijks) in de eerste maand van het programma en tijdens de eerste zes weken na de geboorte. Gedurende de laatste vier maanden neemt de frequentie van de huisbezoeken af tot een keer per maand. De huisbezoeken duren 1 à 1½ uur (De Graaf, 2005).

Een goede relatie tussen de verpleegkundige en de moeder is een belangrijk uitgangspunt voor het slagen van het programma én een leerervaring voor de moeder. Tijdens de uitvoering van VoorZorg werkt de verpleegkundige samen met de moeder aan: gestructureerde gedragsverandering, realistische en haalbare doelen, en het versterken van de vaardigheden van de moeder. Daarbij beantwoordt de verpleegkundige de vragen van de moeder en betreft zij het sociale netwerk van de moeder bij het programma.

De meest werkzame ingrediënten zijn tevens voorwaarden voor een goede uitvoering van het programma. Deze voorwaarden zijn:

- een goede relatie tussen de verpleegkundige en de moeder;
- een goede leerervaring voor de moeder;
- betrekken van het sociale netwerk van de moeder bij het programma;
- goede training en werkbegeleiding van de verpleegkundigen (www.voorzorg.info).

Effectiviteit

Naar de gedegen onderbouwde en goed repliceerbare interventie, die anno 2006 in ontwikkeling is in Nederland, is nog geen effectstudie gedaan in de Nederlandse context. Er is zodoende geen direct bewijs van het effect van VoorZorg. Het programma is gebaseerd op het Amerikaanse Nurse Family Partnership. Van NFP zijn significante effecten aangetoond in drie gerandomiseerde studies. De belangrijkste daarvan met betrekking tot kindermishandeling is een afname van kindermishandeling en verwaarlozing tijdens de eerste twee levensjaren (van negentien naar vier procent). Verder zijn er positieve lange-termijn-effecten op diverse andere ontwikkelingsgebieden. Een daarvan is 50 tot 60 procent minder antisociaal gedrag op vijftienjarige leeftijd (Olds et al., 2001). Er zijn twee meta-analyses, waaruit blijkt dat NFP in vergelijking met andere home visitation-programma's veel effect heeft.

Panel Jeugdgezondheidszorg en Preventie d.d. 06-06-2006

Oordeel Databank Effectieve Jeugdinterventies: Goed onderbouwd



Bijlage 4

Interventies gericht op veiligheid

1. Ambulante Spoedhulp

Ambulante Spoedhulp is een kortdurende (vier tot zes weken) ambulante interventieprogramma dat wordt ingezet om een crisissituatie in een gezin het hoofd te bieden en de veiligheid en het gezinsfunctioneren te verbeteren. Het programma is gebaseerd op het Homebuilders model uit de VS (Kinney, Madsen, Fleming, & Haapala, 1977).

In tegenstelling tot *Homebuilders*, hanteert het programma niet als instroomcriterium 'een crisis waarbij uithuisplaatsing van een kind dreigt' en is het voorkómen van uithuisplaatsing niet het primaire doel. *Ambulante Spoedhulp* helpt gezinnen in crisis, ongeacht of er risico op uithuisplaatsing is, dus ook gezinnen zonder dit risico of bij wie al sprake is van uithuisplaatsing kunnen de hulp ontvangen. Hoofddoelen zijn het bezweren van de crisis, het in kaart brengen en verbeteren van de veiligheid en de situatie van het gezin en het eventueel toeleiden naar vervolghulp.

De hulp is gericht op het hele gezin en de sociale omgeving, richt zich op de krachten van het gezin, stimuleert nieuwe vaardigheden en zoekt met de gezinsleden oplossingen die bij hen passen.

Uit de evaluatiestudie van Al et al. (2014) blijkt dat gezinnen die Spoedhulp ontvingen in crisis waren volgens gezinsleden en hulpverleners. Het ging beter met de gezinnen na de hulp: de crisis was afgenomen en de veiligheid en het gezinsfunctioneren (wat betreft opvoedingsstress, ouderlijke competentie, gedragsproblemen van jeugdigen en ouder-kind-interactie) waren verbeterd. Wel hadden de gezinnen vaak nog aanzienlijke problemen. De meeste jeugdigen en ouders die tijdens *Ambulante Spoedhulp* te maken hadden met (tijdelijk) verblijf buitenshuis voor een kind evalueerden dit als wenselijk en ondersteunend.

Niveau effectiviteit

goed onderbouwd

2. Families First

Families First (Berger, 2005) is een vorm van hulpverlening aan gezinnen die in een crisissituatie verkeren, en waarbij één of meer jeugdigen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar uit huis geplaatst dreigen te worden.

Doel en doelgroep

Het doel van *Families First* is om het gezin bij elkaar te houden en te voorkomen dat één of meer jeugdigen uit huis worden geplaatst. Om uithuisplaatsing te voorkomen wil *Families First* ervoor zorgen dat de veiligheid van de jeugdigen in het gezin gewaarborgd is.

De hulp van *Families First* duurt vier tot maximaal zes weken. Vier à vijf keer per week komt een hulpverlener in het gezin. Deze gezinsmedewerker is zeven-dagen-per-week, 24-uur-per-dag bereikbaar voor het gezin. De hulp sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het versterken van datgene wat goed gaat. De aanpak is ingedeeld in fasen en doelgericht. De eerste twee weken zijn gericht op het bezweren van de crisis, het verlenen van praktische en materiële hulp waar nodig en het verbeteren van de veiligheidssituatie voor de jeugdigen.

Tevens wordt een begin gemaakt met het versterken en uitbreiden van de krachten van de gezinsleden. Na twee weken worden doelen en plan van aanpak zo nodig bijgesteld. In de volgende twee weken ligt het accent op het versterken van het sociale netwerk van het gezin. De praktische en materiële hulp wordt afgebouwd opdat het gezin zoveel mogelijk weer zelfstandig de taken van het dagelijkse leven oppakt. Een ander belangrijk onderdeel van deze fase is het starten van vervolghulp. Na vier weken kan de hulp met maximaal twee keer één week worden verlengd. Na afsluiting van *Families First* vinden follow-up bezoeken plaats, waarbij de gezinsmedewerker nagaat hoe het gezin functioneert. Als blijkt dat er in de tussenliggende periode problemen ontstaan zijn, heeft de gezinsmedewerker de mogelijkheid om in maximaal drie contacten eerder geleerde vaardigheden op te frissen en ondersteuning te bieden bij het oplossen van problemen.

Uit veranderingsonderzoek naar de effectiviteit van *Families First* blijkt dat de jeugdigen in meerderheid bij beëindiging van de hulp nog thuis wonen, ook na een follow-up van drie, zes en twaalf maanden. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van jeugdigen en gezinnen, en op de ervaren opvoedingsbelasting van moeders. Amerikaans onderzoek naar Homebuilding (waarop *Families First* is gebaseerd) en Nederlands onderzoek naar *Families First* voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en hun gezinnen laten eveneens positieve effecten zien op het voorkomen van uithuisplaatsing (zie Berger, 2005).

Niveau effectiviteit

De interventie is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen als 'goed onderbouwd'.

3. Multi Systeem Therapie-Child And Neglect (MST-CAN)

Multi Systeem Therapie-CAN is een variant op *MultiSysteem Therapie (MST www.mst-nederland.nl)*.

Dat betreft een intensieve, ambulante behandelingsmethode waarbij de hulpverlener meerdere keren per week bij het gezin thuis komt en 24 uur per dag bereikbaar is. De therapie is bedoeld voor jongeren (en hun ouders) met ernstig antisociaal en delinquent gedrag, die op het punt staan om uit huis geplaatst te worden.

Doel en doelgroep

Hoofddoel is het stoppen van lichamelijke mishandeling en/of verwaarlozing.

Meer specifieke doelen zijn:

- ouders of verzorgers de vaardigheden en middelen geven die nodig zijn om zelfstandig de moeilijkheden, die zich voordoen in de opvoeding van jeugdigen, aan te pakken;
- jeugdigen leren omgaan met familie, vrienden, school en buurtproblemen;
- stoppen of aanzienlijk verminderen van het van hulpverlener naar hulpverlener gaan of gestuurd worden van de familie.

MST-CAN is gericht op het voorkomen van uithuisplaatsing. Een gezinsvoogd kan na indicatie van Bureau Jeugdzorg een gezin aanmelden voor MST-CAN.

Voor MST-CAN komen de volgende gezinnen in aanmerking:

- gezinnen met jeugdigen in de leeftijd van zes tot zeventien waarbij er binnen de laatste 180 dagen een melding van mishandeling en/of verwaarlozing was;

- gezinnen die al een langdurige geschiedenis met jeugdhulpverlening hebben, met onvoldoende resultaat en/of zeer complexe problematiek;
- gezinnen waar de jeugdigen op dit moment een groot risico lopen uit huis geplaatst te worden;
- gezinnen waar een jongere onlangs uit huis is geplaatst, die in aanmerking komt voor terugplaatsing in het gezin binnen zes weken;

Niveau effectiviteit

De algemene variant Multi Systeem Therapie is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen als goed onderbouwd. MST-CAN is ontwikkeld in de Verenigde Staten en daar bewezen effectief (Hebert, Bor, Swenson, & Boyle, 2014; Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, & Mayhew, 2010). MST-CAN is (nog) niet in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen.

4. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG ; Berger & Van Vugt, 2000; Van Brandenburg & Puts, 2002) richt zich op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis.

Doel en doelgroep

Bij de gezinnen die in aanmerking komen voor IOG speelt gezins- en opvoedingsproblematiek en er is sprake van ernstige problemen op andere gezinstaken als het huishouden of het maatschappelijk functioneren.

Het doel van IOG is tweeledig:

1. het zodanig verbeteren van het gezinsklimaat dat de jeugdige er veilig kan opgroeien en zich kan ontwikkelen;
2. de gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk.

De hulpverlening van IOG vindt bij het gezin thuis plaats en richt zich op de volle breedte van de problematiek. De behandeling duurt gemiddeld vijf maanden, de hulpverlener bezoekt het gezin twee keer per week maximaal anderhalf uur. De behandeling bestaat uit drie fasen. In de eerste zes weken bouwt de hulpverlener een werkrelatie op met het gezin, stelt samen met de gezinsleden de doelen op en gaat waar mogelijk reeds aan de slag. In de periode tot vier maanden gaan de hulpverlener en het gezin gericht aan de slag om de gewenste veranderingen te bereiken. De laatste maand staat in het teken van de afbouw van de hulpverlening. IOG kent daarnaast vormen van nazorg. Evaluaties vinden, op basis van schriftelijke rapportages, plaats op een aantal vaste momenten in aanwezigheid van het gezin en de casemanager van het Bureau Jeugdzorg. De hulpverlener sluit aan bij de vragen en wensen van het gezin, versterkt dat wat goed gaat en de aanwezige krachten en richt zich op het concreet aanleren van vaardigheden.

IOG laat over het algemeen een middelgroot tot groot effect zien op de vermindering van het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en een vermindering van de opvoedingsbelasting zoals die wordt ervaren door de ouders. Met name IOG zoals dat uitgevoerd wordt binnen de Hulp aan Huis programma's in Drenthe, Overijssel en Groningen en bij Dunamis in Nijmegen laten deze resultaten zien (Van der Steege, 2005).

5. Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)

VIG (RadarUitvoering, 2008; Spirit, FlexusJeugdplein, & RadarUitvoering, 2010) is een vorm van intensieve hulp bedoeld voor multiprobleemgezinnen met jeugdigen tot 16 jaar. Vaak gaat het om gezinnen die veel teleurstellende ervaringen hebben met hulpverleners waardoor ze wantrouwend en zorgmijndend zijn (Heuves & Bartelink, 2010).

Doel en doelgroep

Het hoofddoel van VIG is dat de ouders in staat zijn een veilige leefomgeving bieden voor hun kinderen in en om het huis en dat het gezin (weer) toegankelijk is voor hulp zonder externe dwangmiddelen. Elk gezin krijgt een coach toegewezen die gedurende maximaal zes maanden 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar is. De coach werkt gefaseerd en verleent hulp op zeven leefgebieden: opvoeding, veiligheid, huisvesting, administratie, gezondheid, overlast en scholing/werk. In eerste instantie neemt de coach de regie over in het gezin. Vervolgens leert hij het gezin om gaandeweg steeds meer zelf te gaan doen. Aan het eind draagt hij het gezin over aan een andere hulpverlener, die vrijwillige hulp biedt.

Inmiddels is VIG onderzocht in een eerste pilot met een procesevaluatie. Na begeleiding van 24 gezinnen blijkt 62 procent van de (in totaal 535) doelen die in de plannen van aanpak van de gezinnen zijn gesteld, behaald te zijn. Bij ongeveer 20 procent van de doelstellingen is een ontwikkeling ingezet, maar is het eindresultaat nog niet behaald. Met betrekking tot het belangrijkste aandachtsveld, de relatie tussen ouder en kind, wordt ongeveer 70 procent van de doelstellingen gehaald. Goede resultaten zijn er ook op de terreinen administratie (63 procent), scholing/werk (65 procent) en gezondheid (69 procent). Voor het gezin in zijn geheel, de moeder en de jeugdigen, wordt ook ongeveer 70 procent van de doelstellingen gehaald; voor de (vaak afwezige) vaders is dat slechts 40 procent. Samenwerking met en overdracht naar andere hulpverleningsinstanties blijken het moeilijkste haalbaar (20 procent).

Niveau effectiviteit

Erkenning Databank Effectieve Jeugdinterventies: goed onderbouwd.

6. Functionele Family Therapy/Functionele Gezinstherapie (FFT)

De *Functionele Gezinstherapie* (Alexander & Parsons, 1982; Spanjaard & Breuk, 2009; Van Es, 2002) wil het gedrag van de jongere in het gezin en op school of werk en het functioneren van het gezin verbeteren. Daarnaast wil de therapie de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.

De gezinstherapie is voor jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder delinquentie) en hun gezinnen. Het gaat daarbij onder meer om gezinnen die van hulpverleningsinstellingen, waarmee zij eerder in contact waren, het label 'ongemotiveerd', 'vol weerstand' en 'disfunctioneel communicerend' hebben gekregen.

De *Functionele Gezinstherapie* kent drie fasen:

1. De verbindings- en motiveringsfase waarin de therapeut een relatie legt met de jongere en zijn gezin en ze motiveert voor de rest van de therapie. Het is de bedoeling dat de individueel beleefde problemen een gezamenlijk ervaren gezinsprobleem worden. Hierop wordt de rest van de therapie afgestemd.



2. De gedragsveranderingsfase waarin de therapeut met verschillende methoden zoals conflicthantering, communicatietraining en het aanleren van vaardigheden werkt aan gedragsverandering van de gezinsleden.
3. De generalisatiefase waarin het gezin de resultaten van de gedragsverandering ook buiten het gezin toepast en waarin het gezin leert om terugval beter op te vangen met de geleerde vaardigheden.

De lengte van de therapie kan behoorlijk variëren. Gezinnen met matige problemen volstaan met acht tot twaalf zittingen; bij zware problemen kunnen er ruim dertig zittingen nodig zijn. De therapie wordt uitgevoerd door gespecialiseerde en speciaal getrainde therapeuten die op hun beurt weer functioneren in een netwerk van permanente intervisie en supervisie.

De *Functionele Gezinstherapie* is in 2003 in Nederland ingevoerd. Inmiddels is een evaluatie onderzoek uitgevoerd uitgevoerd door PI Research (Van der Veldt, Eenshuistra, & Campbell, 2011). Bij de relatief hoogopgeleide onderzoeksgroep werden enkele positieve veranderingen vastgesteld: de ouders vonden dat de gedragsproblemen van hun kinderen (voornamelijk zonen) waren verminderd, dat de moeder-kind relatie was verbeterd, en dat er beter gecommuniceerd werd in het gezin. De opvoedvaardigheden van de ouders bleken niet verbeterd, maar die waren bij aanvang van het onderzoek al hoog.

Niveau effectiviteit

De interventie is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen als 'goed onderbouwd'.

8. Veilig Sterk & Verder (VSV)

Doel en doelgroep

Dit programma - waarbinnen verschillende interventies kunnen worden aangeboden - richt zich op jeugdigen en ouders in gezinnen waar stelselmatig geweld aan de orde is en waar onveiligheid heerst door de dreiging van mishandeling.

Hoofddoel is het bevorderen van een gezonde en veilige ontwikkeling van jeugdigen die risico lopen symptomen van 'complex trauma' te ontwikkelen. Meer specifieke doelen zijn:

- Herstellen van de veiligheid thuis zodat de jeugdigen zich weer veilig te laten voelen in de relatie met hun ouders.
- Laten afnemen van psychopathologie bij de gezinsleden die het geweld onderhoudt of het gevolg is van het geweld moet afnemen.

Veilig, Sterk & Verder is ontwikkeld voor alle jeugdigen en niet uitsluitend voor jeugdigen met een traumagerelateerde stoornis. Traumabehandeling, daderbehandeling en interventies gericht op veiligheid vormen de bouwstenen van het programma en worden geïntegreerd aangeboden.

Het programma omvat drie fasen. In de eerste behandel fase Veilig vinden gedurende drie maanden intensieve gezins- en netwerkgesprekken plaats. In de tweede behandel fase Sterk vinden 21 individuele of groeps sessies plaats waarin vaardigheden geleerd worden. Jeugdigen en ouders nemen deel aan parallel te houden bijeenkomsten. Het team richt zich zowel

op vader- als op traumabehandeling. In de derde behandelfase Verder vinden een aantal gezinsgesprekken plaats waarin de vaardigheden geïntegreerd worden in het dagelijks leven en gezinnen leren om te gaan met terugval aan de hand van hun eigen Veiligheidsplan.

Recidive wordt voorkomen door behandeling van psychopathologie bij ouders en het focussen op de verstoorde interactiepatronen.

De interventie stelt de gezinsvoogd en daarmee het maatschappelijk gezag als voorwaarde voor behandeling. Behandelaren kunnen daardoor tijd en interventies richten op duurzame verandering van gedrag De gezinsvoogd stelt veiligheid van de jeugdige als doel en is gelegitimeerd gedrag van ouders, dat bijdraagt aan veiligheid van de jeugdige, af te dwingen.

Niveau effectiviteit

De interventie is niet opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Op dit moment (2014) wordt een onderzoek naar de effectiviteit van VSV uitgevoerd door De Waag Nederland en het KJTC in samenwerking met het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO).

www.kenniscentrum-kjp.nl/Trauma-en-kindermishandeling-2/Veilig-sterk-en-verder

7. Signs of Safety™

Het doel van *Signs of Safety™* (Turnell & Edwards, 1999) is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Het einddoel van *Signs of Safety™* is veiligheid voor de jeugdige te creëren. *Signs of Safety™* is bedoeld voor gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico's hierop groot zijn.

Signs of Safety™ is een oplossingsgerichte methode. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan. De hulpverlener stelt dit plan op met behulp van een aantal technieken:

- hij gaat na welke positie elk gezinslid inneemt ten opzichte van het probleem en de mogelijke oplossing;
- hij zoekt naar uitzonderingen op de mishandeling;
- hij moet sterke kanten en hulpbronnen van het gezin te zien ontdekken;
- hij moet het gezin zien te ontlocken welke doelen het voor de jeugdige heeft in plaats van zich te richten op het probleem;
- hij vraagt het gezin om indicatoren voor de veiligheid van de jeugdige te benoemen en te beoordelen hoe veilig zij menen dat de jeugdige is;
- hij moet beoordelen in hoeverre het gezin bereid en in staat meent te zijn om de plannen voor verandering uit te voeren.

Buitenlands onderzoek lijkt erop te wijzen dat op langere termijn het aantal gezinnen dat te maken krijgt met een kinderbeschermingsmaatregel, afneemt. Gezinnen blijken meer tevreden over de geboden hulp wanneer *Signs of Safety™* ingezet wordt dan wanneer care as usual geboden wordt. Jeugdigen blijken ook minder vaak opnieuw mishandeld te worden.

De effectiviteit van de *Signs of Safety™* methode is evenwel (nog) niet wetenschappelijk aangetoond. Onderzoek in Nederland is zojuist gestart. Daarnaast is bekend wat de werkzame factoren zijn van de oplossingsgerichte behandeling (Solution Focused Therapy; De Shazer, 1993) waar *Signs of Safety™* op gebaseerd is.



Niveau effectiviteit

Nog niet in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen en heeft dus geen classificatie voor de effectiviteit. Wel wordt de *Signs of Safety™* in 2014/2015 onderzocht als ZonMw-project door TNO in samenwerking met Nederlands jeugdinstituut en Bureaus Jeugdzorg Drenthe en Groningen.

8. Deltamethode

De *Deltamethode* (PI Research & Adviesbureau Van Montfoort 2009) is de werkwijze van de gezinsvoogdij bij de uitvoering van de ondertoezichtstelling. De *Deltamethode* is bedoeld voor alle jeugdigen waarover een ondertoezichtstelling is uitgesproken. Het belangrijkste doel is de ontwikkelingsbedreiging van de jeugdige op te heffen. Dat doen gezinsvoogden door een samenwerkingsrelatie met ouders en jeugdigen aan te gaan, waarin de ontwikkeling van de jeugdige centraal staat. De kern van deze werkwijze voor gezinsvoogden is het Vierstappenmodel. Het Vierstappenmodel helpt gezinsvoogden om de ontwikkelingsbedreiging op te heffen door samen met het gezin concrete werkdoelen op te stellen. De vier stappen zijn:

1. het formuleren van zorgpunten, sterke punten en de visie van het gezin op de problemen;
2. het vertalen van zorgpunten in mogelijke verstoringen in en bedreigingen van de
3. ontwikkeling van de jeugdige;
4. het benoemen van gewenste ontwikkelingsuitkomsten;
5. het opstellen van werkdoelen, actiepunten en het werken met het 'plan op tafel'.

In de werkwijze speelt de communicatie tussen de gezinsvoogd en het gezin een belangrijke rol. De vaardigheden die de gezinsvoogd hiervoor tot zijn beschikking heeft, zijn engageren, positioneren en het schakelen tussen deze twee vaardigheden. Engageren is de vaardigheid om kind, ouders en andere betrokkenen te motiveren tot actieve medewerking. Positioneren is de vaardigheid om het specifieke van de kindbeschermingsmaatregel, vooral de veiligheid en ontwikkeling van de jeugdige, te verduidelijken (PI Research & Adviesbureau Van Montfoort 2009).

Uit onderzoek van Stams, Top-Van der Eem, Limburg, Van Vugt en Van der Laan (2010) blijkt dat het werken met de Deltamethode ervoor zorgt dat jeugdigen korter onder toezicht gesteld zijn en minder vaak en korter uit huis geplaatst worden.

Bijlage 5

Interventies gericht op herstel

Hieronder worden zes interventies beschreven die als doel hebben de gevolgen van kindermishandeling te voorkomen of te behandelen. 'EMDR', 'Horizonmethodiek', 'STEPS' en 'Denken en voelen' zijn hiervoor bedoeld. Voordat deze interventies ingezet kunnen worden is het noodzakelijk dat de mishandeling, verwaarlozing of het misbruik is gestopt en dat de jeugdige in een veilige opvoedingssituatie verkeert.

1. Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)

EMDR (Beer & De Roos, 2013; Elling, 2009;) is een interventie gericht op het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt hebben getraumatiseerd. Hierdoor kunnen klachten, die zijn ontstaan als gevolg van die herinneringen en het lijden dat daarmee gepaard gaat, worden verminderd.

Doel en doelgroep

De interventie is aanvankelijk ontwikkeld voor volwassenen, die lijden aan traumagerelateerde stoornissen, waaronder Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Met de nodige aanpassingen is deze ook geschikt gemaakt voor jeugdigen vanaf 1 jaar en jeugdigen die op uiteenlopende manieren kunnen lijden aan de gevolgen van traumatische ervaringen.

Kindertherapeuten van diverse theoretische scholen kunnen EMDR in hun behandelingsarsenaal integreren, mits zij een specifieke EMDR opleiding hebben gevolgd.

De behandeling vindt plaats volgens een vast protocol dat uit acht stappen bestaat.

Kort geschetst houdt EMDR het volgende in: de cliënt concentreert zich op een maximaal negatief beladen beeld uit zijn herinnering aan een ervaring, met een daarmee verbonden negatieve opvatting over zichzelf, emoties en lichamelijke sensaties. Daarna zorgt de therapeut bij de cliënt voor afleiding, die wordt bewerkstelligd doordat de therapeut de cliënt:

1. hetzij met de ogen de heen-en-weer-bewegende vingers van de therapeut laat volgen;
2. hetzij op de handen van de therapeut laat trommelen, hetzij geluidstonen via een koptelefoon beurtelings in het linker- en rechteroor laat horen.

Zodra bereikt is dat de herinnering bij de cliënt geen spanning meer oproept, wordt op dezelfde manier een gewenste positieve opvatting versterkt, die aan het begin van de therapie is benoemd en die tegengesteld is aan de negatieve opvatting over zichzelf. Bij eenmalig trauma duurt de behandeling slechts enkele sessies (één tot vier sessies). Bij meervoudige of langdurige traumatisering, zoals incest, seksueel misbruik en mishandeling zijn meer sessies nodig. Bij therapie gericht op jeugdigen worden altijd de ouders of andere significante volwassenen op een of andere manier meer of minder intensief bij de behandeling betrokken.

Nederlands onderzoek (Beer & De Roos, 2004; 2006; 2013) toont positieve resultaten aan van EMDR. Er zijn aanwijzingen voor de werkzaamheid van de interventie op basis van buitenlands onderzoek en reviews. Via deze onderzoeken en reviews wordt aannemelijk gemaakt dat EMDR bij jeugdigen evenzeer als bij volwassenen een effectieve behandelmethodede is voor problematiek die gerelateerd is aan traumatische herinneringen. In die gevallen waarin EMDR even werkzaam blijkt als andere typen behandeling, - imaginaire blootstelling aan stressfactoren (exposure), cognitieve gedragstherapie - kan worden gesteld dat er bij EMDR minder sessies nodig zijn.

Niveau effectiviteit

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is EMDR opgenomen als 'Goed onderbouwd'.

www.emdr.nl

2. De Horizonmethodiek

De Horizonmethodiek (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004; Huiskes & Plugge, 2004; Wolzak, 2006) is bedoeld voor jeugdigen van 4 tot en met 12 jaar, die seksueel zijn misbruikt door iemand van binnen of buiten het gezin. Daarnaast is er een parallelaanbod voor de niet-misbruikende ouder(s) van de jeugdige. Het misbruik hoeft niet juridisch bewezen te zijn, maar de verwijzers en therapeuten moeten er wel van overtuigd zijn dat er sprake is geweest van seksueel misbruik. De methode is gebaseerd op Trauma-Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT).

Doel

Het doel van de Horizonmethodiek is bij seksueel misbruikte jeugdigen de negatieve gevolgen van de traumatische (seksuele) gebeurtenissen voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van de jeugdige te herstellen. Daaronder valt het voorkomen van symptomen van posttraumatische stress of, indien al aanwezig, het opheffen of verminderen van deze symptomen. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden bij het verwerken van de ervaringen, (tijdelijke) opvoedingsonmacht weten te overkomen, en dat ze weten om te gaan met hun eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van de jeugdige.

De groepstherapie bestaat uit vijftien wekelijkse sessies van 1 á 1,5 uur. Het programma staat per sessie vast, de therapie vindt altijd op dezelfde tijd plaats en met dezelfde jeugdigen. De sessies van de ouders vinden op hetzelfde tijdstip plaats als die van de jeugdigen. Vanaf de eerste sessie wordt het seksueel misbruik dat heeft plaatsgevonden aan de orde gesteld. Het programma is zo opgesteld dat alle thema's die te maken hebben met het misbruik aan bod komen. Dat zijn bijvoorbeeld thema's als schuld, schaamte, boosheid en angst. In iedere sessie staat één van die thema's centraal. In de sessies wordt niet alleen gepraat met de jeugdigen maar ook actief geoefend om het besprokene te ervaren, bijvoorbeeld door tekenen, spelen, toneelspelen en bewegen. In de sessies van de ouders komen dezelfde thema's aan bod als in de sessies van de jeugdigen. Ook hier staat dus per sessie één thema centraal. Daar wordt op verschillende manieren aan gewerkt, zoals praten, tekenen en rollenspelen. Bovendien krijgen de ouders regelmatig opdrachten voor thuis mee.

Niveau effectiviteit

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is de Horizonmethode opgenomen als 'Goed onderbouwd'.

Onderzoek (Huiskes & Plugge, 2004) laat een significante vermindering zien direct na de behandeling van (seksuele) gedragsproblemen. Voor de niet-seksuele gedragsproblemen zet die significante vermindering zich zelfs verder door in de zes maanden na de therapie. Er is een significante verbetering direct na de therapie gemeten op dissociatief gedrag. De onderzoekers vonden verder een significante afname voor angst, depressie en posttraumatische

stresstoornis (PTSS). Buitenlands onderzoek naar een vergelijkbaar behandelmodel toont ook significante verbeteringen bij jeugdigen aan wat betreft posttraumatische stresstoornis, depressie en externaliserende gedragsproblemen.

3. STEPS

STEPS (Bicanic & Kremers, 2007; Swagers, 2007) staat voor: Schrijven en spreken, Terugvalpreventie, Exposure in vivo en cognitieve herstructurering, Psycho-educatie en Seksueel geweld. Het is een groepsbehandeling is bedoeld voor meisjes (13 tot 18 jaar), die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt en daardoor een posttraumatische stresstoornis ontwikkeld. De behandeling heeft een aparte component voor de ouders/ verzorgers.

Doel en doelgroep

Het doel van de behandeling is het verminderen van PTSS klachten ten gevolge van eenmalig seksueel geweld en het normaliseren van gedrag. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat worden gesteld hun kind optimale steun te bieden tijdens de behandeling en dat zij leren om te gaan met hun eigen zorgen en gevoelens van boosheid, verdriet, schuld en angst.

Voor de meisjesgroep bestaat STEPS uit acht wekelijkse groepsessies van elk twee uur, die door een GZ-psycholoog en een gedragstherapeutisch medewerker geleid worden. De oudergroep behelst zes parallelle wekelijkse sessies van ieder twee uur, begeleid door een maatschappelijk werker. Voordat de groepsessies plaatsvinden, is er nog een individuele sessie (sessie nul) waarin een individueel behandelplan en stappenplan wordt opgesteld. Tijdens de groepsessies komt elke week een ander thema aan bod: kennismaking en uitleg over de therapie, psycho-educatie over seksueel geweld en over cognitieve gedragstherapie, schrijven en spreken over de traumatische herinneringen, cognitief herstructureren, het bespreken van seksuele problemen, een bezoek van de gynaecoloog, seksuele voorlichting, preventie revictimisering, een bezoek van de jeugd- en zedenrecherche en tot slot terugvalpreventie en de afsluiting. Na de laatste sessie volgen nog drie bijeenkomsten: na twee weken vindt het eindgesprek plaats en na zes en twaalf maanden een follow-up gesprek. De oudergroep wordt ook vooraf gegaan door een sessie 0, waarin het begeleidingsplan centraal staat. De opeenvolgende groepsessies bestaan uit verschillende thema's: uitleg over eenmalig seksueel geweld en over cognitieve gedragstherapie, seksueel geweld, bezoek aan gynaecoloog en jeugd- en zedenrecherche en de afsluiting. Net als bij de adolescenten zijn er na de groepsessies nog drie ontmoetingen: het eindgesprek en na zes en twaalf maanden het follow-up gesprek.

Onderzoek

Door Broeren (2006) is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van STEPS in het verminderen van posttraumatische stress en gerelateerde psychische symptomen bij adolescente meisjes na eenmalig seksueel geweld. Uit het onderzoek komt naar voren dat direct na de behandeling een aantal symptomen gerelateerd aan PTSS significant afnemen. Na zes maanden blijft deze afname behouden, waarbij ook symptomen als overprikkelbaarheid significant afnemen. Wat de psychische symptomen betreft rapporteren de onderzoekers een significante afname van

denkproblemen, die tevens behouden blijft na zes maanden. Overige psychisch gerelateerde symptomen nemen op de langere termijn significant af. Eveneens van belang is de conclusie dat de afname van symptomen niet beïnvloed wordt door de hoeveelheid tijd tussen het trauma en de start van de behandeling. Het onderzoek kent echter ook beperkingen door de kleine onderzoeksgroep (N=17). Dit maakt de gegevens uiterst kwetsbaar en beperkt de mogelijkheden tot generalisering. Het onderzoek is door Bicanic en De Roos (2008, nog te publiceren) uitgebreid naar N=37. Hieruit blijkt dat direct na de behandeling alle traumagerelateerde problemen statistisch en klinisch significant afnemen. Bij de zes-maanden follow-up zet deze positieve ontwikkeling zich in lichtere mate voort, waarna de verkregen progressie bij de twaalf-maanden meting stabiliseert.

Niveau effectiviteit

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is de interventie STEPS opgenomen als 'Goed onderbouwd'.

3. Asja

Asja (Dorrepaal, Thomaes, & Draijer, 2011; Van Dijke & Van den Ber, 2012) is een sterk gestructureerd 7x24 uursprogramma voor meisjes van 12 tot 23 jaar die via loverboys in de prostitutie terecht zijn gekomen of die het risico lopen daarin te belanden. Het programma is erop gericht de meisjes afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te maken. Afhankelijk van de ernst van de problemen duurt het programma zes tot twaalf maanden.

Doel en doelgroep

Het doel van het zorgprogramma Asja is om in een periode van zes tot twaalf maanden drie met elkaar samenhangende doelen te realiseren:

- Het meisje is veilig en beschermd tegen 'haar foute vriend(en)' en het loverboy-circuit of criminele netwerk waarin ze zich bevond.
- Het meisje functioneert leeftijdsadequaat.
- Het meisje heeft een goede uitgangspositie: een gezonde basis voor haar fysieke, sociaal-emotionele, psychische, cognitieve en seksuele ontwikkeling. Problemen, klachten en beperkingen die een leeftijdsadequaat ontwikkeling in de weg staan zijn opgelost of hanteerbaar.

Het programma richt zich op normaal begaafde meisjes en jonge vrouwen van 12 t/m 23 jaar die via loverboy-constructies in de prostitutie of in een 'grijs' prostitutiecircuit terecht zijn gekomen. Daarnaast richt het programma zich op meisjes en jonge vrouwen die een groot risico lopen om hierin terecht te komen omdat ze zich ophouden in circuits waarin sprake is van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, (seksueel) misbruik en criminaliteit. De meisjes en jonge vrouwen hebben een achtergrond met een groot aantal belastende en risicofactoren, doorgaans in combinatie met: (vroegkinderlijke) traumatisering, onveilige hechting, seksueel misbruik en middelenafhankelijkheid.

De meisjes en jonge vrouwen worden benaderd als gewone jongeren. Het accent ligt bij het hier-en-nu; bij de normale ontwikkeling. Zij moeten alles doen en laten wat gewone jongeren van hun leeftijd doen. Daarnaast krijgen de meiden hulpverlening en behandeling voor hun problematiek. De actuele, opvallende problemen - oppositioneel gedrag, contacten in het

loverboy-circuit, gedwongen prostitutie, middelengebruik – hangen samen met onderliggende problemen: ze zijn veelal onveilig gehecht en getraumatiseerd. Asja behandelt actuele en onderliggende problemen in samenhang. Asja biedt ook veiligheid en bescherming. Loverboys laten hun prooi doorgaans niet zomaar gaan. Maar omdat de meeste meiden ambivalent staan tegenover hun vriend en naar hem verlangen, moeten zij zowel tegen hun loverboy als tegen zichzelf worden beschermd. Asja is een multimodaal programma dat zich op alle pedagogische milieus richt: gezin en leefgroep; school, stage en (vrijwilligers)werk; en vrije tijd. Binnen elk van deze milieus gaat aandacht uit naar: veiligheid, de normale ontwikkeling en hulpverlening/ behandeling.

Onderzoek

In een studie van Ter Borg en Pheiffer (2007) is het diagnostisch onderzoek geanalyseerd dat gedurende een half jaar is uitgevoerd bij meisjes die waren opgenomen in Asja. Op basis hiervan is een advies voor diagnostiek en behandeling opgesteld. Op dit moment wordt er onderzoek verricht naar de achtergronden en de problematiek van de meisjes en jonge vrouwen die zijn opgenomen bij Asja. Het onderzoek wordt uitgevoerd door Lamers-Winkelmann en Werson.

Niveau effectiviteit

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is de interventie Asja opgenomen als 'Goed onderbouwd'.

5. WRITEjunior

WRITEjunior schrijftherapie (Van der Oord, Lucassen, Van Emmerik, & Emmelkamp, 2010;) is een behandelmethode waarbij de jeugdige samen met de therapeut zijn verhaal opschrijft. In een aantal sessies wordt niet alleen het trauma opgeschreven, maar ook wordt gewerkt aan nieuwe manieren om er tegenaan te kijken en er mee om te gaan, zodat de jeugdige na afloop van de therapie weer voort kan met zijn leven.

De schrijftherapie is geschikt voor getraumatiseerde jeugdigen tussen de 4 en 18 jaar. Het gaat daarbij om eenmalige traumatische gebeurtenissen zoals een ongeluk, een verkrachting, dood van een dierbare. Het kan ook gaan om meerdere traumatische gebeurtenissen over langere tijd, zoals langdurig seksueel misbruik, huiselijk geweld of het verlies van meerdere dierbare mensen. Voorwaarde is dat de traumatische ervaringen zijn gestopt.

De therapeut schrijft samen met de jeugdige het verhaal van het trauma op de computer, met jongere kinderen worden tekeningen gebruikt. Door de heftigheid van het trauma is de gebeurtenis vaak niet goed in het geheugen van de jeugdige opgeslagen, waardoor de jeugdige er nog last van heeft. Eigenlijk wordt het verhaal van de traumatische gebeurtenis in een veilige situatie, namelijk de therapie, weer "gereconstrueerd", zodat het nu wel goed in het geheugen kan worden opgeslagen. Tijdens het schrijven geeft de therapeut ook psycho-educatie. Op die manier wordt de jeugdige geholpen de traumatische ervaringen in een kader te plaatsen. Een belangrijk onderdeel is de social sharing. Samen met de jeugdige en de ouders wordt bepaald wie het verhaal mogen lezen. De feedback die de jeugdige op zijn verhaal krijgt geeft het erkenning, steun en begrip voor de moeilijke tijd die hij heeft doorgemaakt. Tijdens de therapie blijven ouders betrokken, ofwel door bij de schrijftherapie aanwezig te zijn ofwel door middel van aparte oudergesprekken.

Onderzoek

De effectiviteit van WRITEjunior is onderzocht op zowel korte als langere termijn. Het onderzoek werd gedaan in samenwerking met de Universiteit van Amsterdam. Aan het onderzoek heeft een hele gevarieerde groep van 49 jeugdigen meegedaan, ze hadden verschillende soorten traumatische ervaringen meegemaakt. Uit de eerste onderzoeksresultaten blijkt dat de behandeling effectief is in het verminderen van de post traumatische stress klachten, de depressie klachten en op de nare gedachten die jeugdigen hebben, zowel op de korte als op de lange termijn. Ook ouders geven aan dat de jeugdigen na behandeling weer goed functioneren thuis.

Niveau effectiviteit

Writejunior is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies als 'Goed onderbouwd'.
www.writejunior.nl

6. Trauma-focused cognitieve gedragstherapie (TF-CGT)

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008; <http://tfcbt.musc.edu/> is een individuele, kortdurende interventie met zowel individuele sessies met de jeugdige als gezamenlijke sessies met ouders en kind.

Doel en doelgroep

Het is bestemd voor jeugdigen met gedrags- en emotionele problemen gerelateerd aan traumatische ervaringen, waarbij de problemen soms wel en soms niet voldoen aan de criteria voor een volledige posttraumatische stressstoornis. Het is een psychotherapeutisch model dat traumagerichte interventies combineert met cognitieve gedragstherapie.

Onderzoek

TF-CBT is vooral onderzocht met betrekking tot jeugdigen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Er zijn verschillende RCT's uitgevoerd met TF-CBT voor seksueel misbruikte jeugdigen, zowel bij preschoolers als bij basisschoolleerlingen, en bij 'multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD' (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004). De resultaten van de verschillende studies tonen dat TF-CBT effectiever is dan non-directieve speltherapie of een steunende behandeling.

Niveau effectiviteit

Niet in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen



Bijlage 6

Interventies voor jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis

1. Let op de Kleintjes

Let op de Kleintjes (De Ruiter, 1999; Lamers-Winkelmann, 2003) is een psycho-educatieve cursus voor jeugdigen van 6 tot 12 jaar die uit een gezin komen waarin de moeder structureel mishandeld wordt door haar partner, en daarnaast de moeders zelf.

Doel en doelgroep

De cursus beoogt in de eerste plaats de jeugdigen bewust te maken van de gevoelens die ze onder druk van de omstandigheden hebben weggestopt.

Meer specifieke doelen zijn voor de jeugdigen:

- Het beginnen met de verwerking van de concrete ervaringen die de jeugdige heeft;
- Het verminderen van de gevolgen van die ervaringen en het opbouwen van bescherming.

Voor moeders is een aparte parallelle groep waarbij het doel is het bieden van ondersteuning bij de opvoeding, gericht op de ouderrol.

www.huiselijkgeweld.nl/interventies/hulpverlening/letopdekleintjes

2. Storm en Spetters

Storm en Spetters (Van Heteren, 2014) is een cursus die bestaat uit zeven groepsbijeenkomsten voor de verzorgende ouder en zijn/haar kind(eren) en één bijeenkomst voor de andere ouder.

Doel en doelgroep

Het hoofddoel van Storm en spetters is het voorkomen en/of verminderen van posttraumatische stresssymptomen en internaliserend en externaliserend probleemgedrag. Storm en spetters is bedoeld voor jeugdigen in de leeftijd van 4 tot 7 jaar die te maken hebben gehad met huiselijk geweld en voor hun verzorgende ouder.

De bijeenkomsten duren een uur en drie kwartier en kennen een vaste structuur: gedeeltelijk wordt de bijeenkomst aan ouder en kind gezamenlijk gegeven en gedeeltelijk aan ouders en jeugdigen apart.

De cursus is gebaseerd op theorieën over traumaverwerking, de Emotional Security Theory en de gehechtheidstheorie. Door het bieden van emotionele veiligheid aan ouders en jeugdigen, het verhogen van de responsiviteit en sensitiviteit van ouders, de jeugdigen te helpen bij het uiten van emoties en het bespreekbaar maken van het huiselijk geweld worden de eventuele schadelijke gevolgen van het huiselijk geweld verminderd of voorkomen.

Onderzoek

Voor het ontwikkelen van de interventie is gebruik gemaakt van onder meer focusgroeponderzoek, literatuuronderzoek en onderzoek volgens de Delphi methode. Er is veranderingsonderzoek gedaan naar een voorloper van de interventie. Daaruit bleek dat na het volgen van de cursus de gedragsproblemen van jeugdigen verminderd waren, psychische problemen bij de moeders waren afgenomen en de sensitiviteit van moeders volgens cursusleiders verhoogd was.

Niveau effectiviteit

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is EMDR opgenomen als 'Goed onderbouwd'.



