

Richtlijn

Kindermishandeling

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

© NVO, BPSW en NIP

© 2020 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.

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*'.

Derde herziene druk (2020) op basis van de herziene versie (2017).

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?* (stap 0).
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 bij een vermoeden of verdenking van kindermishandeling eerst na of er sprake is van een acuut onveilige of levensbedreigende situatie voor de jeugdige en de eventuele broertjes of zusjes. Handel in dat geval direct: overleg met je leidinggevende / aandachtsfunctionaris / Veilig Thuis.
Breng in kaart (stap 1):
 - a. de psychische gesteldheid van de jeugdige;
 - b. de lichamelijke gesteldheid van de jeugdige (denk aan het *Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling of Centrum Seksueel Geweld* voor advies of consult);
 - c. de beide ouders, als persoon (Kindcheck) en als opvoeder; gebruik valide vragenlijsten voor de opvoedingskwaliteit;
 - d. de omgeving van de jeugdige en het gezin (sociaal netwerk).
6. Raadpleeg collega's, aandachtsfunctionaris, andere professionals en Veilig Thuis en werk met hen samen (stap 2).
7. Praat zonder (voor)oordeel 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 (stap 3 en alle andere stappen).
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. Gebruik het voor de beroepsgroep geldende *afwegingskader* (stap 4).

9. Beslis nooit alleen. Neem twee beslissingen (stap 5):
 - a. Is melden noodzakelijk (als er sprake is van acute of structurele onveiligheid)?
 - b. Is hulp verlenen of organiseren (ook) mogelijk?
En handel overeenkomstig.

10. Bied ouders met een verhoogd risico op kindermishandeling een opvoedingsondersteunend programma aan dat zich richt op:
 - a. het vergroten van het competentiegevoel bij ouders;
 - b. het bijsturen van verwachtingen die ouders over de opvoeding hebben;
 - c. het vergroten van hun opvoedvaardigheden en persoonlijke vaardigheden;
 - d. het behandelen van of leren omgaan met GGZ-problematiek bij ouders en/of jeugdige.

11. Wanneer er sprake blijkt van kindermishandeling:
 - Maak een veiligheidsplan om kindermishandeling te stoppen en de veiligheid in het gezin te herstellen en te bevorderen. Werk met het hele gezin en het sociale en professionele netwerk aan het gemeenschappelijke hoofddoel (veiligheid) via concrete haalbare doelen, en versterk de positieve krachten van het gezin. Werk zoveel mogelijk met goed onderbouwde interventies en programma's.
 - Ga na welke hulp, gericht op de eigen (psychiatrische en psychosociale) problemen, ouders en jeugdigen nodig hebben. Zie ook de *Richtlijn Signaleren traumagerelateerde problemen (te verschijnen in 2021)* en de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.
 - Spreek altijd *expliciet* met de betrokken professionals, ouders en jongere af wie de regie heeft over de hulp aan het gezin.

12. Geef jeugdigen vanaf ongeveer 8 jaar (of jonger afhankelijk van ontwikkelingsleeftijd) minimaal psycho-educatie die de jeugdige o.a. 'ontschuldigt' en uitlegt dat ieder kind recht heeft op veiligheid;
 - bied jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis een gerichte interventie aan, ingebed in een gezinsgericht programma;
 - bied jeugdigen indien nodig aanvullend individuele traumabehandeling aan.

13. Bied ouders bij kinderverwaarlozing de volgende hulpvormen (gelijktijdig) aan:
 - a. hulp gericht op opvoedvaardigheden;
 - b. hulp gericht op het vervullen van de basisbehoeften van jeugdigen;
 - c. hulp gericht op de eigen (psychiatrische en psychosociale) problemen.

14. Blijf kritisch de veiligheid van de jeugdige monitoren, plus de effecten van de interventies of methodieken die worden ingezet.

15. 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 Doel.....	12
1.2 Knelpuntanalyse en 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.....	21
2.5.1 Kortetermijngevolgen (in de jeugd merkbaar).....	21
2.5.2 Langetermijngevolgen.....	22
DEEL A (KENNIS): Risicofactoren, beschermende factoren en signalen.....	25
Hoofdstuk 3. Risicofactoren voor kindermishandeling.....	27
3.1 Wat is een risicofactor?.....	28
3.2 Indeling van risicofactoren.....	28
3.3 Overzicht van risicofactoren voor kindermishandeling.....	28
3.4 Meer risicofactoren voor kindermishandeling.....	30
3.5 Specifieke risicofactoren voor verwaarlozing.....	31
3.6 Specifieke risicofactoren voor seksueel misbruik.....	32
3.7 Aanbevelingen.....	33
3.8 Overwegingen uit de praktijk.....	34
Hoofdstuk 4. Beschermende factoren voor kindermishandeling	35
4.1 Aanbevelingen.....	38
Hoofdstuk 5. Signalen van kindermishandeling	39
5.1 Gedragssignalen en signalen van psychische gesteldheid	40
5.2 Lichamelijke signalen	41
5.3 Signalen uit de omgeving	42
5.4 Aanbevelingen.....	43



DEEL B (PRAKTIJK): Overwegen, vermoeden, wegen en beslissen.....	45
Hoofdstuk 6. Als je je zorgen maakt	47
6.1 Stap 1. De situatie in kaart brengen (exploratiefase).....	50
6.1.1 Veiligheids-, risico- en behoeftetaxatie.....	52
6.1.2 Kijk naar de algehele ontwikkeling van de jeugdige	55
6.1.3 Kijk naar de beide ouders.....	57
6.1.4 Kijk naar de omgeving	62
6.2 Stap 2. Overleg met andere professionals	64
6.2.1 Informatie-uitwisseling	66
6.2.2 Overleg met Veilig Thuis	69
6.2.3 Raad voor de Kinderbescherming.....	69
6.2.4 Overleg met de politie en justitie	70
6.3 Stap 3 Praat met ouder(s) en jeugdigen	71
6.3.1 Praten met ouders	73
6.3.2 Praten met jeugdigen	74
6.4 Stap 4. Weeg de ernst en risico's.....	77
6.5 Stap 5. Beslis: helpen, hulp organiseren en/of melden?	77
6.5.1 Multidisciplinaire aanpak kindermishandeling (MDA++)	78
6.5.2 Beslissen in onzekerheid	79
6.5.3 Gedeelde besluitvorming (shared decision-making).....	80
6.5.4 Multidisciplinair beslissen.....	81
6.5.5 Systematisch beslissen	82
6.6 Aanbevelingen.....	83
Hoofdstuk 7. Kennis, attitude en vaardigheden (competenties).....	87
7.1 Kennis.....	88
7.2 Attitude.....	89
7.3 Vaardigheden	90
7.4 Aanbevelingen.....	92
Hoofdstuk 8. Organisatorische randvoorwaarden	95
8.1 Aanbevelingen.....	96
DEEL C (PRAKTIJK): Naar veiligheid en herstel	97
Hoofdstuk 9. Interventies voor veiligheid en herstel.....	99
9.1 Veiligheidsplan	100
9.2 Kinderbeschermingsmaatregelen	101
9.2.1 Ondertoezichtstelling (OTS).....	101
9.2.2 Machtiging uithuisplaatsing (MUHP)	102
9.2.3 Gezag beëindigende maatregel	102
9.3 Drie typen interventies.....	102
9.3.1 Preventieve interventies in gezinnen waarin (nog) geen mishandeling speelt ..	103



9.3.2 Interventies om kindermishandeling te stoppen en veiligheid te bevorderen..	106
9.3.3 Interventies gericht op herstel en behandeling van de gevolgen van kindermishandeling	110
9.3.4 Conclusie en discussie	114
9.4 Aanbevelingen.....	116
Literatuur.....	117
Bijlage Samenstelling herzieningswerkgroep en ontwikkelwerkgroep.....	131





Voorwoord

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 (op basis van geïnventariseerde praktijk-knelpunten) voor het opstellen van de eerste druk van deze richtlijn, waren breed. 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, signaleren, 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. We denken dat we ondanks deze uitdaging in onze opzet geslaagd zijn.

De richtlijn is in 2020 geactualiseerd. Het raamwerk van de richtlijn is volledig gehandhaafd, maar er is nieuwe wetenschappelijke en praktijkkennis toegevoegd en actualisaties in beleid en regelgeving (zoals de aangescherpte *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*).

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

Remy Vink

mede namens collega's en werkgroep *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*





Hoofdstuk 1

Inleiding



1.1 Doel

Het doel van deze richtlijn is om bij te dragen aan de preventie en aanpak van kindermishandeling, door professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming te ondersteunen bij beslissingen omtrent situaties van (vermeende) kindermishandeling.

Van deze richtlijn is ook een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen¹ en hun ouders².

1.2 Knelpuntanalyse en uitgangsvragen

Voorafgaand aan deze richtlijn is een knelpuntanalyse uitgevoerd. Op basis daarvan zijn diverse uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn vervolgens door de werkgroep aangescherpt en teruggebracht tot de volgende set uitgangsvragen. Op deze vragen geeft de richtlijn antwoord.

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

1. Hoe kan de jeugdprofessional de situatie in kaart brengen en weten wat er aan de hand is?
2. Wat moeten jeugdprofessionals doen bij signalen van en risicofactoren voor kindermishandeling?
3. Welke instrumenten zijn beschikbaar voor veiligheids- en risicotaxatie?
4. 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

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

¹ Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot achttien jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. De richtlijn geldt conform de Jeugdwet ook voor personen tot 23 jaar, wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

² 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.

1.3 Leeswijzer

De *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (met bijbehorende werkkaarten) is bedoeld voor jeugdprofessionals³ die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. De richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Ook deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Op deze richtlijn is een aantal basisteksten van toepassing die voor alle *richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* gelden. Deze zijn te vinden op www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Het gaat om de volgende onderwerpen:

- doelgroep van de richtlijnen;
- gedeelde besluitvorming;
- diversiteit;
- beschikbaarheid interventies;
- juridische betekenis van de richtlijnen.

Op deze website is ook een algemene verantwoording van de werkwijze bij de ontwikkeling en herziening van de *richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* te vinden.

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. 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)?

In **Deel B** staat de praktijk, het proces van wikken en wegen rond kindermishandeling, centraal. In hoofdstuk 6 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. In hoofdstuk 7 bespreken we welke kennis, attitude en vaardigheden dit van de jeugdprofessional vraagt (uitgangsvraag 7). In hoofdstuk 8 worden organisatorische randvoorwaarden beschreven.

In **Deel C** staat het (be)handelen gericht op veiligheid en herstel centraal. In hoofdstuk 9 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.

³ Onder 'jeugdhulpprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan.



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 wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt.

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;
- getuige zijn (geweest) van partnergeweld tussen de ouders en/of mishandeling van broertjes en/of zusjes.

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 (of een ander in een machtspositie) 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 et al., 2013).

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.

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;
- 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?

De omvang van kindermishandeling wordt in ons land gemonitord met de *Nationale Prevalentiestudie Mishandeling*. Er zijn drie metingen gedaan: in 2005, 2010 en 2017. Uit de meting van 2017 rijst het volgende beeld op (Alink et al., 2018).

- De jaarprevalentie van kindermishandeling (in al zijn verschijningsvormen) betreft naar schatting 90.000 à 127.000 jeugdigen. Dat betekent dat er op jaarbasis per 1000 jeugdigen 26 tot 37 het slachtoffer zijn van kindermishandeling. Dat is rond de 3 procent. Dit is vergelijkbaar met de eerdere gegevens van 2010 en 2005.

- Emotionele verwaarlozing is de meest voorkomende vorm van kindermishandeling.
- Bij 29 procent van alle jeugdigen die kindermishandeling hadden meegemaakt, is er sprake van meer dan één vorm van kindermishandeling.
- Bij bijna de helft van de mishandelde of verwaarloosde kinderen blijken ook andere vormen van huiselijk geweld in het gezin te spelen, waarbij het in ruim de helft van die gevallen gaat om partnergeweld tussen de ouders.
- In 60 procent van de gerapporteerde gevallen zijn de ouders gescheiden of is er een op handen zijnde scheiding/relatiebreuk. Met name bij emotionele mishandeling en emotionele verwaarlozing is er vaak sprake van een scheiding/relatiebreuk.

Kanttekening: aangezien het onderzoek via informanten verloopt en via registratie van gemelde gezinnen bij Veilig Thuis, kunnen de resultaten beschouwd worden als een ondergrens.

Twee zelfrapportage-studies laten de volgende resultaten zien.

- Naar schatting 12 procent van de scholieren tussen de 12 en 17 jaar in het regulier voortgezet onderwijs heeft naar eigen zeggen het 'afgelopen jaar' (2016) wel eens met kindermishandeling te maken gehad bijna een kwart (24,7 procent) van de scholieren heeft naar eigen zeggen 'ooit in het leven' kindermishandeling meegemaakt (Schellingerhout & Ramakers, 2017). Dit betreft alle vormen van kindermishandeling; alleen bij seksueel misbruik/geweld kan dit ook geweld buiten het gezin betreffen.
- In de Nederlandse ACE-study (Adverse Childhood Experiences; Vink et al., 2016; 2019) onder leerlingen van groepen 7 en 8 in het reguliere basisonderwijs rapporteerde ruim een kwart (26,4 procent) (ooit) slachtoffer te zijn (geweest) van kindermishandeling.

Kanttekening: het verschil in percentages tussen de twee zelfrapportage studies komt voort uit een verschil in type prevalentie: in Schellingerhout en Ramakers (2017) betreft 12 procent de prevalentie over 'het afgelopen jaar'; bij Vink et al. (2016; 2019) betreft het de prevalentie 'nu, op dit moment' en 'ooit in het leven' samen. Kijken we naar de prevalentie 'ooit in het leven' bij Schellingerhout en Ramakers, dan is dit met 24,7 procent wel vergelijkbaar.

Kanttekening: het verschil tussen de jaarprevalenties van Alink et al. (2018) en die van Schellingerhout en Ramakers (2017) wordt waarschijnlijk veroorzaakt door verschil in methodologie (informanten onderzoek respectievelijk zelfrapportage bij alleen de groep adolescenten) waarbij het percentage van Alink et al. (2018) beschouwd moet worden als ondergrens.

Seksueel misbruik:

Volgens de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014) heeft één op de tien meisjes tijdens de minderjarigheid wel eens (dus prevalentie 'ooit in het leven'), tegen haar wil, manuele seks gehad en heeft 5 tot 10 procent ervaring met ongewilde orale seks of geslachtsgemeenschap. Dit betreft seksueel geweld zowel binnen als buiten het gezin.

In 2018 berekende de Nationaal Rapporteur op basis van data van Schellingerhout en Ramakers (2017) dat naar schatting 12 procent van de meisjes en 3 procent van de jongens in het regulier onderwijs vóór hun achttiende te maken krijgt met (ernstig) seksueel geweld (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2018). De monitor *Seks onder*

je 25e (H. de Graaf et al., 2017) geeft vergelijkbare resultaten: naar schatting 3 procent van de jongens en 14 procent van de meisjes maakt vóór hun achttiende verjaardag een vorm van ernstig hands-on seksueel geweld mee.

Onder volwassenen met een LVB komt seksueel misbruik vier keer vaker voor dan in de gemiddelde populatie (Centrum voor Seksueel Geweld, 2019). Hoe dit bij jeugdigen met een LVB is, is niet bekend. Wel noemt bijvoorbeeld de Commissie Samson (2012) dat uithuisgeplaatste kinderen met een LVB naar schatting driemaal zo vaak slachtoffer zijn van seksueel misbruik dan uithuisgeplaatste kinderen zonder beperking.

Overlijden:

Hoeveel jeugdigen jaarlijks overlijden ten gevolge van kindermishandeling is in Nederland niet precies bekend. Kuyvenhoven et al. (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 et al. (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 et al., 2003).

2.5.1 Kortetermijngevolgen (in de jeugd merkbaar)

Directe en kortetermijngevolgen die al in de jeugd zichtbaar zijn, zijn bijvoorbeeld de volgende.

- Kinderen in groep 7/8 van het reguliere basisonderwijs die ingrijpende gebeurtenissen meemaken of hebben meegemaakt (zoals kindermishandeling), zijn negatiever over hun kwaliteit van leven dan leeftijdgenoten die zulke gebeurtenissen niet (hebben) ervaren. Hoe meer ingrijpende gebeurtenissen, des te geringer de kwaliteit van leven (Vink et al., 2016; 2019).
- Mishandelde jeugdigen hebben een twee tot drie keer hoger risico op een onveilige gehechtheid (Baer & Martinez, 2006; Van Ijzendoorn et al., 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 et al., 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 et al., 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 *toxic stress* en het ontwikkelen van een chronische posttraumatische stress-stoornis (CPTSS) (Gilbert et al., 2009). Van de bij Veilig Thuis gemelde jeugdigen in Nederland blijkt 41% een klinisch of subklinisch trauma te vertonen. Het meest voorkomende klinische symptoom is het post-traumatisch stress syndroom (PTSS), bij ruim 20 procent van de jeugdigen, gevolgd door depressie en angst, elk bij 10 procent van de jeugdigen (Verwey-Jonker Instituut, 2016).
- Er is consistent bewijs dat zowel lichamelijke als seksuele mishandeling leidt tot een verdubbeling van het risico op poging tot suicide bij jongeren (Fergusson et al., 2008; Widom et al., 1999).
- Er is toenemend bewijs dat (*toxic stress* door) langdurige kindermishandeling een ongunstig effect heeft op de neurobiologische hersenontwikkeling van het jonge kind en op de ontwikkeling van het hormonale en immuunsysteem (Heim et al., 2000; Heim et al., 2008; Heim et al., 2010; Kaufman & Charney, 2001; Johnson et al., 2013).
- Mishandeling van het ongeboren kind (door alcohol- en drugsgebruik, roken, partnergeweld en ernstige zelfverwaarlozing van de zwangere) kunnen leiden tot vroeggeboorte, een (te) laag geboortegewicht en aangeboren aandoeningen – factoren die op hun beurt geassocieerd zijn met een verhoogd risico op kindermishandeling in de eerste levensjaren van het kind (Huizink, 2013; Hafekost et al., 2017; Ahmadabadi, 2018; Prindle et al., 2018).

2.5.2 Langetermijnevolgen

Veel van de genoemde kortetermijnevolgen van kindermishandeling zoals angststoornissen, depressie, Complex Post Traumatisch Stress Syndroom (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 suicide. 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 et al., 2006; Edleson, 1999). 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 kortetermijneffecten die al in de jeugd zichtbaar zijn kunnen beschouwd worden als signalen van kindermishandeling (zie ook hoofdstuk 5). Ze laten, samen met de bewezen langetermijneffecten, 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 (Fisher 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 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; Cicchetti & Lynch, 1993; Lynch & Cicchetti, 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, en daling van het gezinsinkomen.

3.3 Overzicht van risicofactoren voor kindermishandeling

Hierna 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), 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 situaties, of dat de aanwezigheid van een risicofactor per definitie leidt tot kindermishandeling. Ook kan er risico op kindermishandeling blijken op basis van factoren die niet op de hierna volgende 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 et al., 2011; Mulder et al., 2018; Van Rooijen et al., 2018). Van sommige (groepen) risicofactoren kan echter wel gezegd worden dat die zwaarder wegen dan andere factoren.

De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling blijken de factoren te zijn die met de ouder(s)/verzorger(s) te maken hebben (Stith et al., 2009). Deze factoren vormen bovendien een groter risico wanneer die bij beide ouders worden gevonden, zo blijkt uit een meta-analyse (Mulder et al., 2018). De belangrijkste, wetenschappelijk onderbouwde, risicofactoren worden hierna weergegeven.

De belangrijkste risicofactoren voor alle vormen van kindermishandeling zijn (op basis van internationale literatuur):

- problemen tussen ouders (partnergeweld en ander huiselijk geweld, (vecht)scheiding);
- psychische en psychiatrische problemen bij ouder(s), actueel of in het verleden (denk aan: depressie, autisme, ADHD, bipolaire stoornis, antisociale gedragsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis en LVB);
- ouder heeft kindermishandeling in de jeugd meegemaakt;
- problematisch alcohol-/drugsgebruik door ouders.

Significante risicofactoren voor kindermishandeling, op basis van de *Nationale Prevalentiestudies Mishandeling* (Alink et al., 2011; 2018):

Ouderfactoren:

- lage SES (sociaal-economische status) van ouder(s);
- werkloosheid van ouder(s);
- niet-Nederlandse afkomst van ouders (eerste meer dan tweede generatie);
- eenoudergezinnen;
- grote gezinnen, met meer dan vier kinderen;
- stiefgezinnen.

Kindfactoren:

- 0-3 jarige leeftijd van de jeugdige;
- enig kind.

Significante risicofactoren voor fysieke kindermishandeling en emotionele en fysieke verwaarlozing, op basis van een meta-analyse met 155 studies (Stith et al., 2009):

Ouderfactoren:

- prikkelbaarheid/agressie/hyper-activiteit bij de ouder(s);
- conflicten in het gezin (partnergeweld);

- ouder ziet de jeugdige als een probleem (jeugdige vertoont al of niet problematisch gedrag);
- geringe cohesie in het gezin;
- verstoorde ouder-kindrelatie;
- (psychische en fysieke) gezondheidsproblemen/angst en depressie/psychopathologie bij de ouders;
- stiefouderschap;
- voorstander van 'pedagogische tik'.

Kindfactoren:

- problemen rond de geboorte en/of beperking van de jeugdige;
- ontwikkelingsstoornis en/of beperking van de jeugdige zoals LVB;
- sociale competenties van de jeugdige.

LVB bij de jeugdige als risicofactor:

Een Licht Verstandelijke Beperking (LVB, lage intelligentie in combinatie met beperkte sociale vaardigheden) maakt een jeugdige extra kwetsbaar. Hij kan zowel slachtoffer als dader worden van seksueel misbruik, mishandeling, verwaarlozing, seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld. Vaak hebben jeugdigen met een LVB bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen of problemen in het gezin (Kaal et al, 2016, Blanckstein et al., 2016). Zo'n 313.000 jeugdigen in Nederland hebben een LVB (Stoll et al., 2004). De publicatie van Zoon en Van Rooijen (2018) gaat dieper in op LVB-problematiek bij jeugdigen en de herkenning daarvan.

3.4 Meer risicofactoren voor kindermishandeling

Voor de bovenstaande factoren is er sterk bewijs op grond van meta-analyses en de NPM-2010 en 2017 dat die een risico vormen voor het ontstaan van (vormen van) kindermishandeling. Het is echter waarschijnlijk dat ook andere risicofactoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van kindermishandeling maar dat daar nog onvoldoende onderzoek naar is gedaan. In een meta-analyse komen deze risicofactoren dan niet of als minder sterk naar voren.

Andere factoren die waarschijnlijk ook (in samenhang) een risico vormen voor het ontstaan van kindermishandeling, zijn:

Ouderfactoren:

- alcoholmisbruik en drugsgebruik;
- leeftijd (tiener- of jonge ouders);
- gering probleemoplossend vermogen of lage intelligentie;
- chronische ziekte of kwetsbare gezondheid;
- suïcide(pogingen);
- ongewenste zwangerschap;
- verstoorde interactie tussen ouders onderling;
- (vecht)scheiding, nieuwe relatie/huwelijk;
- beperkte of inadequate opvoedvaardigheden.

In en om het gezin:

- eerdere OTS en bemoeienis Veilig Thuis/Raad voor de Kinderbescherming;
- criminaliteit in de buurt;
- weinig sociale cohesie in buurt;
- gemengde cultuur in het gezin;
- slechte relatie met (stief)broertjes/zusjes;
- weinig of geen (functionerend) sociaal netwerk;
- geen sociale controle vanuit netwerk en buurt;
- stress en instabiliteit in het gezin;
- ouder in hechtenis;
- inwonende familieleden;
- afwezigheid van volwassenen en geen toezicht.

In de ouder-kindinteractie:

- negatieve verbale reacties van ouder naar jeugdige;
- irritatie van de ouder bij huilen jeugdige;
- fysiek corrigeren of straffen bij ongewenst gedrag (pedagogische tik);
- gebrek aan betrokkenheid;
- gebrek aan warmte;
- problematische gehechtheid tussen ouder(s) en jeugdige.

Kindfactoren:

- beneden gemiddelde intelligentie / LVB;
- geboortecomplicaties, laag geboortegewicht, lage APGAR-score, prematuur, afwijking bij geboorte;
- chronische ziekte, gezondheidsproblemen;
- externaliserende gedragsproblemen;
- internaliserende gedragsproblemen;
- psychische problemen / psychiatrische aandoening;
- achterblijvende taalontwikkeling of -vermogen.

3.5 Specifieke risicofactoren voor verwaarlozing

Voor verwaarlozing gelden volgens wetenschappelijk onderzoek in het bijzonder de volgende risicofactoren.

Op basis van de *Nationale Prevalentiestudies Mishandeling* (Alink et al., 2018):

Ouderfactoren:

- lage SES (sociaal-economische status) van ouder(s);
- werkloosheid van ouder(s);
- niet-Nederlandse afkomst van ouders (eerste meer dan tweede generatie);
- eenoudergezinnen;
- stiefgezinnen (alleen in relatie tot emotionele verwaarlozing significant);
- grote gezinnen, met meer dan 4 kinderen.

Kindfactoren:

- 0-3 jarige leeftijd van de jeugdige.



Uit de meta-analyse van Stith et al. (2009):

Ouderfactoren:

- slechte kwaliteit van de ouder-kindrelatie (sterke voorspeller);
- de mate waarin de ouder de jeugdige ervaart als een probleem of belasting (de jeugdige vertoont al of niet problematisch gedrag) (sterke voorspeller);
- geringe reflectie, lage eigen effectiviteit, laag zelfvertrouwen en -waardering van de ouder
- psychopathologie bij de ouder(s);
- LVB (lichte verstandelijke beperking) bij de ouder(s);
- de mate van boosheid, agressie en hyperreactiviteit bij de ouders;
- ouderlijke (opvoed)stress.

Kindfactoren:

- beperkte sociale vaardigheden van de jeugdige.

Significante risicofactoren voor verwaarlozing, op basis van een meta-analyse met 36 studies (Assink et al., 2016; Mulder et al., 2018):

Ouderfactoren:

- (opvoed)stress bij ouders;
- partnergeweld en ander huiselijk geweld;
- problematisch alcohol-/drugsgebruik door ouders;
- lage SES (sociaal-economische status) van ouder(s);
- psychische en psychiatrische problemen bij ouder(s);
- problemen prenataal en rond de geboorte van het kind;
- ouder heeft kindermishandeling in de jeugd meegemaakt en/of was getuige van partnergeweld tussen de ouders;
- antisociaal of crimineel gedrag of verleden van ouder(s).

Kindfactoren:

- sociale competenties en gedragsproblemen bij de jeugdige;
- etniciteit (niet-westers heeft verhoogd risico).

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 (Assink et al., 2019; Nationaal Rapporteur Mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen, 2014; 2018).

Microsysteem (sterk voorspellend):

- een (verstandelijke) beperking/LVB, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand bij de jeugdige;

- geslacht (meisje);
- eerder slachtofferschap van seksueel geweld bij zowel het slachtoffer zelf als bij broertjes/zusjes;
- andere vormen van kindermishandeling in het gezin;
- ouder(s) heeft/hebben ervaring met kindermishandeling in de eigen jeugd;
- lage SES (sociaal-economische status) van ouder(s);
- risicogedrag van de jeugdige, zoals alcohol- en drugsgebruik en delinquentie of geweldpleging;
- beperkte sociale vaardigheden van de jeugdige;
- overmatig internetgebruik van de jeugdige (denk aan sexting).

Ouder-kindrelatie en de houding van ouders:

- fysieke of emotionele afwezigheid van de moeder (bijvoorbeeld bij verslaving of psychiatrie en (L)VB);
- overmatige bescherming van de jeugdige;
- 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:

- beperkt sociaal netwerk, geïsoleerd leven;
- wonen in een stedelijk gebied;
- wonen in een omgeving met veel geweld.

Zie ook de *Richtlijn Seksuele ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

3.7 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 naar de beschermende en (veiligheid) bevorderende factoren.

3.8 Overwegingen uit de praktijk

Professionals beschouwen in de praktijk meer factoren als een risico voor kindermishandeling, dan die in dit hoofdstuk worden genoemd. Dat die factoren niet uit grootschalige robuuste studies als sterke risicofactoren naar voren komen, betekent niet dat dit over het algemeen of in individuele situaties 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 – en maakt zich daarover zorgen

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 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. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat jeugdigen uit hoog-risico-gezinnen juist *minder* profiteren van de eventueel aanwezige beschermende factoren. Het beschermende effect dat van deze factoren uitgaat, is bij kinderen in hoog-risicogezinnen minder dan bij kinderen in laag-risicogezinnen (Luthar & Goldstein, 2004; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008a; 2008b).

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 direct gunstige invloed hebben op de ouder-kindrelatie en omstandigheden, zodat *actuele* kindermishandeling afneemt of stopt, of de impact van de mishandeling kleiner wordt (bijvoorbeeld: er is een sociaal netwerk of een familielid bij wie de jeugdige in de weekenden terecht kan);
- (veiligheids)bevorderende factoren, moderators of buffers: dit zijn factoren die het gedrag van ouders of jeugdige zodanig beïnvloeden dat kindermishandeling (of escalatie of herhaling) wordt *voorkomen*, ongeacht de aanwezigheid van risicofactoren. (Folger & Wright, 2013; Jenson & Fraser, 2011; Kraemer et al., 1997). Hieronder valt bijvoorbeeld vroege begeleiding van tienerouders of ouders met een LVB.

Er is weinig onderzoek gedaan naar beschermende en veiligheidsbevorderende factoren voor kindermishandeling. In het *Protective Factor Framework* (Development Services Group, 2013) blijken de volgende belangrijkste beschermende factoren:

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 et al., 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 et al., 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 kunnen vier functies van sociale steun onderscheiden worden (Ince et al., 2013) en deze kunnen zowel op ouders als op jeugdigen worden toegepast:

1. emotionele steun bij vragen, twijfels en problemen van ouders en jeugdigen (bv. burens of ouders van vriendjes/vriendinnetjes);
2. praktische steun (bijvoorbeeld voor oppas of hulp in de huishouding; of kleding via de kerk voor de jeugdigen);
3. 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);
4. 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).

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.

Hoofdstuk 5

Signalen van kindermishandeling



Uitgangsvraag:

Wat zijn signalen van (verschillende vormen van) kindermishandeling?

Signalen van kindermishandeling, ook wel 'kindsignalen' genoemd, 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.

De *afwezigheid* van evidente kindsignalen wil niet zeggen dat er niets aan de hand is en dat het veilig is in het gezin.

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 et al., 2013).

5.2 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;

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).

- 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.

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 et al., 2013), bij een vertrouwensarts bij Veilig Thuis, forensische artsen, het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) (een samenwerkingsverband tussen het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en diverse kinderziekenhuizen) en bij de Centra Seksueel Geweld verbonden aan enkele ziekenhuizen (www.centrumseksueelgeweld.nl).

5.3 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;

⁶ Ook wel 'shaken baby syndroom' genoemd.

- 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.

5.4 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



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* (2013; 2019). 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. Bekijk de meldcode met afwegingskader voor de eigen beroepsgroep/ beroepsvereniging.

Een meldcode is een vijfstappenplan waarin staat wat een professional moet doen bij een vermoeden van huiselijk geweld (waaronder partnergeweld) of kindermishandeling. Per 2019 is de wet verbeterd door uitbreiding met een afwegingskader in de stappen 4 en 5. Het is nu de professionele norm om een melding te doen bij Veilig Thuis als er vermoedens zijn van ernstig huiselijk geweld of ernstige kindermishandeling; dat wil zeggen wanneer vermoedens bestaan van acute of structurele onveiligheid. Om te bepalen of daar sprake van is, dient het Afwegingskader in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te worden gehanteerd.

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 een collega of aandachtsfunctionaris en eventueel raadplegen van Veilig Thuis of een deskundige op het gebied van letselduiding;
3. praten met ouders en jeugdige;
4. wegen (aan de hand van het afwegingskader; bij twijfel Veilig Thuis raadplegen):
 - is er een vermoeden van acute of structurele onveiligheid?
 - Is er een vermoeden van huiselijk geweld of de kindermishandeling?
5. twee beslissingen:
 - is melden bij Veilig Thuis noodzakelijk?
 - is hulp bieden of organiseren in voldoende mate (ook) mogelijk?En dienovereenkomstig handelen.

Jeugdigen hebben een positie in de meldcode: op grond van het *Kinderrechtenverdrag* hebben zij - recht op informatie en het geven van hun eigen mening. Ook moeten zij invloed kunnen uitoefenen op besluiten in zaken die hen aangaan. Zie ook de Handreiking Participatie van kinderen in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2018).

Kanttekeningen

- De stappen van de meldcode hoeven niet per se in volgorde afgelopen te worden of afgerond te worden voor een volgende stap en stappen kunnen gelijktijdig en opnieuw gezet worden. Het spreken van 'stappen' is dus enigszins verwarrend. Een meldcode leidt de professional door het proces vanaf een vermoeden tot aan het moment dat hij of zij beslist over hulpverlening en melden bij Veilig Thuis.
- Aan stap 1 van de meldcode gaat in feite een stap 0 vooraf: het constateren van gedragingen, fysieke kenmerken en omgevingsfactoren 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. Zie paragraaf 6.0.

6.0 Stap 0. Overweeg: *kan* er sprake zijn van kindermishandeling?

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 dat 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 *Clinical Guideline Child Abuse*, 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) ouder(s) – 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 of kindermishandeling aan de orde kan zijn 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:

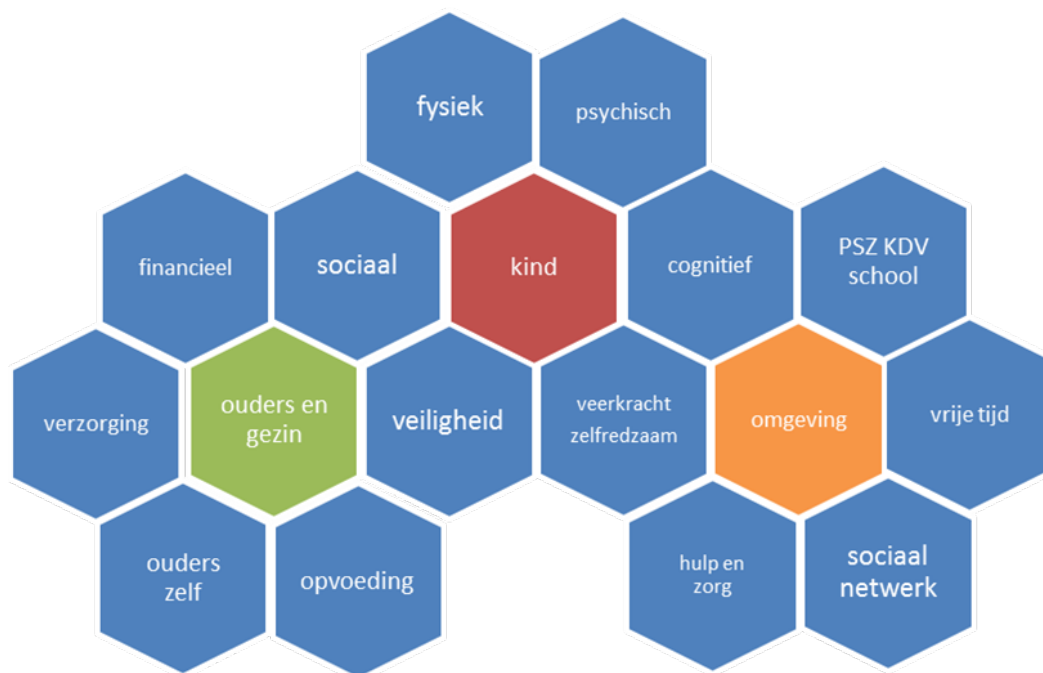
- bestaande dossiers;
- navraag bij betrokkenen (ouders en zo mogelijk jeugdige, sociaal netwerk);
- professionals (mogelijk via de Verwijsindex Risicjongeren, zie paragraaf 6.2.1);
- observaties;
- vragenlijsten, checklists, taxatie-instrumenten.

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 Bronfenbrenner's *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 *analyse van de situatie* of *exploratie* dan van 'assessment'. Het gaat immers niet om een statische eenmalige

activiteit waarin door de jeugdprofessional veiligheid en 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 Veiligheids-, risico- en behoeftetaxatie

1. Gebruik een instrument voor *veiligheidstaxatie* 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 structurele onveiligheid 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?

Veiligheidstaxatie-instrumenten zijn: de ARIJ-Veiligheidstaxatie, de LIRIK, het Triage-instrument Veilig Thuis, Delta Veiligheidslijst.

2. Gebruik een *risicotaxatie* -instrument om de risico's voor de veiligheid in de toekomst 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?

Risicotaxatie-instrumenten zijn: de ARIJ-Risicotaxatie, CARE-NL, de CFRA-NL en RiS.

Doorgaans geven risicotaxatie-instrumenten een betere inschatting van de kans op kindermishandeling dan wanneer professionals zelf, zonder instrument, een inschatting maken (o.a. White & Walsh, 2006).

Risicotaxatie-instrumenten kunnen onderscheiden worden in 'actuariële' en 'klinische' instrumenten. Bij een klinisch instrument bepaalt de beoordelaar of sprake is van een hoog, gemiddeld, of laag risico (professioneel of klinisch oordeel), terwijl dit bij actuariële instrumenten met een statistisch onderbouwde score wordt bepaald (Van der Put & Assink, 2018). Valide actuariële instrumenten met score geven betrouwbaarder uitkomsten dan klinische instrumenten zonder score (o.a. Aegisdóttir et al., 2006; Van der Put & Assink, 2018).

3. Gebruik een *behoeftetaxatie* -instrument om na te gaan welke dynamische risicofactoren – en andere zorgbehoeften – aanwezig zijn en aanknopingspunten bieden voor hulpverlening. Het gaat bij risicogestuurde zorg dan met name om factoren die kindermishandeling veroorzaken en/of in stand houden, en bij herstelgerichte zorg om factoren die het gevolg zijn van kindermishandeling (Van der Put et al., 2018).

Behoeftetaxatie-instrumenten zijn: de ARIJ-Veiligheidstaxatie en het Triage-instrument Veilig Thuis.

Hierna bespreken we de genoemde instrumenten.

- De *ARIJ* (Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming; Van der Put, Assink et al., 2016; Vial et al., 2017; Van der Put et al., 2018) bestaat uit:
 - een veiligheidstaxatie waarmee wordt bepaald of de jeugdige direct veilig moet worden gesteld;
 - een risicotaxatie waarmee de kans op terugval wordt ingeschat (gebaseerd op de LIRIK, Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid);
 - een dynamisch risicoprofiel (gebaseerd op de LIRIK) waarmee verandering over tijd kan worden gemonitord en aanknopingspunten kunnen worden verkregen voor interventie;
 - een behoeftetaxatie waarmee nagegaan wordt *wat* er in en met het gezin aangepakt moet worden.

De betrouwbaarheid en voorspellende waarde van de ARIJ Risicotaxatie zijn significant gunstiger dan die van de LIRIK (zie onder) maar nog steeds voor verbetering vatbaar. Dit is momenteel in onderzoek.

De ARIJ is digitaal en in een Excel-format beschikbaar voor een brede professionele doelgroep in de jeugdhulp en jeugdbescherming.

- *LIRIK* (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid, 2007; Ten Berge et al., 2014), is een checklist voor vermoedens van actuele kindermishandeling of anderszins onveilige opvoedingssituaties, en een klinisch instrument voor 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, De Kwaadsteniet et al. (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 et al., 2011).

Let op: 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.

- Het *Triage-instrument Veilig Thuis versie 1.0* heeft als doel om "medewerkers van Veilig Thuis 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 versie 1.0* is bedoeld om iedere melding van (een vermoeden van) huiselijk geweld en kindermishandeling 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 (Vogtländer et al., 2015).

Aan de basis van het *Triage-instrument Veilig Thuis versie 1.0* ligt de visie dat “samenwerking tussen professionals en met ouders voorop staat en dat deze samenwerking in de eerste plaats gericht moet zijn op het werken aan directe veiligheid en pas daarna gericht kan worden op het aanpakken van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de onveiligheid. Dit laatste wordt ‘risicogestuurde zorg’ genoemd en moet leiden tot stabiele veiligheid. Deze stabiele veiligheid legt weer de basis voor het werken aan herstel. Dit model, waarbij eerst samengewerkt wordt voor veiligheid en daarna samengewerkt wordt voor risicogestuurde en herstelgerichte zorg, noemen we ‘gefaseerde ketenzorg’ (Vogtländer & Van Arum, 2016).

- *CFRA-NL (California Family Risk Assessment)*, door Hermanns (2006) vertaald, is een actuair instrument dat bestaat uit een vragenlijst voor de professional. Op basis van een 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. De CFRA is gevalideerd voor de Nederlandse situatie (Van der Elst et al., 2012; Van der Put, Hermanns et al., 2016) en heeft een grote voorspellende waarde wanneer de totaalscore wordt gebruikt in plaats van de gecategoriseerde score of wanneer alleen de significante items worden meegewogen. Daarnaast is een veelbelovende set items gevonden die mogelijk een nog beter risicotaxatie-instrument vormen. Onderzoek hiernaar loopt.
- *CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie; De Ruiter et al., 2012)* is een klinisch instrument waarmee de professional een risico-inschatting maakt. De Ruiter et al. (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 klinisch instrument om 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*).
- *Risicotaxatie-instrument Seksueel grensoverschrijdend gedrag (RiS) – versie 2.0* (Nji, 2016) is een klinisch instrument en een hulpmiddel om het risico in te schatten van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jeugdigen. Het gaat om zowel het risico dat een jeugdige slachtoffer wordt van seksueel grensoverschrijdend gedrag als het risico dat een jeugdige dit gedrag gaat vertonen ten opzichte van andere jeugdigen of volwassenen. Ook signalen van loverboy-problematiek maken deel uit van het RiS. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het RiS is matig tot goed bevonden (Bartelink et al., 2014).
- 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*.

Overwegingen

Aanbevolen wordt om voor risicotaxatie een actuair instrument te gebruiken, zoals de *ARIJ* of *CFRA-NL*.

Bij gebruik van een klinisch risicotaxatie-instrument moet men zich er bewust van zijn dat dit een subjectieve inschatting behelst van de veiligheid van de jeugdige in de toekomst.

Checklists (bijvoorbeeld met signalen) zijn geen gevalideerde instrumenten; het zijn vooral hulpmiddelen of een geheugensteun.

Onderzoek laat zien dat risicotaxatie-instrumenten onbedoeld ook schadelijke effecten kunnen hebben, als er te weinig aandacht is voor de implementatie en borging in de organisatie (Gillingham & Humphreys, 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.

Zie ook: *Veiligheid en risico's inschatten: wat helpt? De zin en onzin van risicotaxatie-instrumenten* (Bartelink et al., 2017).

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 hij 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, aandachtsfunctionaris, jeugdarts, (vertrouwensarts van) Veilig Thuis) en bepaal wie de aangewezen arts is voor een medisch onderzoek zodat de jeugdige maar één keer onderzocht hoeft te worden.
- 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).

Forensische artsen en het LECK kunnen adviseren over geconstateerd letsel en kunnen jeugdigen onderzoeken op verdachte verwondingen en blauwe plekken, (oude) breuken, (oude) brandwonden, tekenen van seksueel misbruik of andere fysieke tekenen van mishandeling. Bovendien kan medisch differentiaal diagnostisch onderzoek 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* 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

Overleg met een ter zake deskundige (gedragswetenschapper of aandachtfunctionaris, schoolpsycholoog, ggz-professional) of bespreek de situatie in een casuïstiekoverleg (Multidisciplinair overleg, Zorg Advies 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 (zie paragraaf 6.5.1). De psychische gesteldheid van de jeugdige komt tot uiting in het gedrag en zijn sociaal-emotioneel functioneren. Jeugdigen zijn echter 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 zes 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 een trauma te maken hebben.
- Bij pubers en adolescenten kent een trauma dezelfde verschijningsvormen als bij volwassenen: angst, agressie, hulpeloosheid, afgrijzen en 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).

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

Het is dus belangrijk dat slachtoffers van kindermishandeling worden gescreend op de aanwezigheid of ontwikkeling van een PTSS 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 (naar bijvoorbeeld de Jeugd-GGZ).

Op basis van de *Kennissynthese Kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten in Nederland* (Fleuren & Pannebakker, 2015) wordt jeugdprofessionals de volgende instrumenten aangeraden:

- *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13; in het Nederlands vertaald door Olff, 2005) bij vermoedens van trauma. De CRIES-13 is een zelf- invulvragenlijst voor screening op symptomen van PTSS. Deze korte vragenlijst is bruikbaar voor jeugdigen van acht tot achttien 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), *Sociaal Emotionele Vragenlijst* (SEV) en *Youth Self Report* (YSR). 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 et al., 2013).

Zie ook de *Richtlijn Signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (verwacht in 2021).

6.1.3 Kijk naar de beide ouders

De belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling zijn de factoren die betrekking hebben op de (beide) ouders (Mulder, 2018 in Deel A). Het is dus van belang informatie te vergaren met betrekking tot beide ouders. De eerst aangewezen bron daarvoor zijn gesprekken met de gezinsleden, waaronder de jeugdigen, en observaties van de situatie en interactie in de eigen omgeving van het gezin. Ga daarbij ook altijd na welke positieve, sterke kanten de ouders hebben, wanneer het goed gaat in het gezin, waar zij trots op zijn.

Maak onderscheid tussen:

- 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?);
- 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'?).

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

6.1.3.1 De ouder als opvoeder

Er bestaan diverse (over het algemeen) valide vragenlijsten die de kwaliteit van de opvoeding in kaart brengen, zoals:

- *Pedagogische Variabelen Lijst* (PVL; Bakker, 2001; 2008) bij gezinnen met een kindbeschermingsmaatregel;
- *Gezinsvragenlijst* (GVL; Van der Ploeg & Scholte, 2008) bij gezinnen met kinderen van vier tot achttien jaar; subschalen: responsiviteit, communicatie, organisatie, partnerrelatie, sociaal netwerk;
- *Vragenlijsten Gezin & Opvoeding* (VG&O; Vermulst et al., 2015) bij gezinnen met kinderen van nul tot achttien jaar, bestaande uit vier, ook los af te nemen, vragenlijsten:
 - *Opvoedingsbelasting vragenlijst* (OBVL; Vermulst et al., 2012); subschalen: problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemmingen, rolbeperking, gezondheidsklachten. De verkorte versie, de OBVL-K, beperkt zich tot de subschalen problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden en depressieve stemmingen;
 - *Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders* (VGFO; Veerman et al., 2011; 2016); subschalen: basiszorg, opvoeding, sociale contacten, jeugdbeleving, partnerrelatie;
 - *Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag* (VSOG; Van Leeuwen et al., 2011; 2018); subschalen: positieve betrokkenheid, regels aanleren, materieel belonen, straffen, fysiek straffen;
 - *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen* (VMG; Veerman et al., 2011).

Bij het gebruiken van een instrument is het belangrijk om de kwaliteit ervan vast te stellen.

Raadpleeg bijvoorbeeld:

- www.nji.nl/instrumenten (opgenomen zijn: GVL, OBVL(-K), VGFO, VMG);
- www.cotandocumentatie.nl (NIP; inloggen vereist) (beoordeeld zijn: GVL, OBVL(-K), VGFO, VMG).

Daarnaast bestaat er de *Zelfredzaamheidsmatrix* (www.zelfredzaamheidmatrix.nl; Lauriks et al., 2013) om 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 te beoordelen van volwassenen die de verantwoordelijkheid hebben voor minderjarige jeugdigen (Fassaert et al., 2013).

Met MijnZRM.nl kunnen cliënten zelf hun mate van zelfredzaamheid meten.

De Zelfredzaamheidsschaal voor Jeugdigen (ZRJ; Addink et al., 2017) is een soortgelijk instrument dat in kaart brengt hoe leeftijdsadequaate de zelfredzaamheid van een jeugdige is, of ouderfiguren passende ondersteuning bieden en wat de kwaliteit van de bredere omgeving is. Zie ook de *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

6.1.1.2 De ouder als persoon: psychische problemen bij ouder(s)

Het is van belang dat jeugdprofessionals voldoende kennis hebben over psychische problematiek bij volwassenen. Kinderen van ouders met psychische problemen lopen een verhoogd risico het slachtoffer te worden van kindermishandeling (Verdurmen et al., 2007) en verwaarlozing (Klein Velderman & Pannebakker, 2008).

Volwassenen met ernstige psychische aandoeningen blijken net zo vaak kinderen te hebben als volwassenen zonder psychische problemen (Jacobson, 2016). In een groot, langlopend

Amerikaans onderzoek bij meer dan achtduizend volwassenen met psychische problemen stelde Jacobson vast dat alle soorten psychopathologie bij de ouder (zoals depressie, autisme, bipolaire stoornis of middelengerelateerde stoornis) negatieve effecten hebben op de kwaliteit van de ouder-kindrelatie (door de ouder zelf beoordeeld). Bij moeders werd een groter negatief effect gevonden dan bij vaders.

Volgens Koper et al. (2018) zijn er drie factoren die meespelen bij de impact van psychische problemen bij de ouder op het ouderlijk functioneren en de relatie met de jeugdige:

- de leeftijd van de jeugdigen als de psychische problematiek ontstaat (hoe jonger de jeugdige, hoe meer impact);
- de genetische kwetsbaarheid van de jeugdige zelf;
- de ouder-kindinteractie en het opvoedgedrag van de ouder.

Mensen met ernstige psychische problemen hebben minder draagkracht dan gezonde volwassenen en laten doorgaans minder adequaat, minder sensitief opvoedgedrag als gevolg van hun symptomen zien (Beardslee et al., 2011; Dix & Meunier, 2009; Van den Ende et al., 2011; Van der Zanden et al., 2017). Ouders bieden bijvoorbeeld weinig emotionele ondersteuning, geven onvoldoende structuur, of zijn overbeschermend of autoritair (Romijn et al., 2010). Het vermogen om te mentaliseren (reflecteren op jezelf als opvoeder en op (het gedrag van) de jeugdige) is bijna altijd verminderd bij psychische problemen. Beide aspecten (sensitief gedrag en het kunnen mentaliseren) zijn van belang voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie (zie ook de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*). Hieronder wordt van enkele veelvoorkomende psychische stoornissen bij volwassenen beschreven hoe deze invloed kunnen hebben op het opvoedgedrag van ouders.

Depressie en postpartum depressie

Bijna zes op iedere honderd volwassenen (Smit et al., 2013) hebben wel eens last van serieuze depressieve klachten, gedurende een periode van minimaal twee weken. Bij vrouwen komt een depressie bijna twee keer zoveel voor als bij mannen (R. de Graaf et al., 2011). Er is sprake van een depressie als ten minste vijf van de volgende symptomen gedurende twee weken aanwezig zijn, én als er sprake is van veranderingen ten opzichte van het eerdere functioneren van de ouder:

- een depressieve stemming of wanhoop;
- vermindering van interesse voor of plezier aan (bijna) alle activiteiten;
- onopzettelijk gewichtsverlies of -toename;
- slaapklachten;
- psychomotorische gejaagdheid of geremdheid;
- vermoeidheid of verlies van energie;
- gevoelens van waardeloosheid en inadequate schuldgevoelens;
- vermindering van het vermogen om te denken en zich te concentreren.

Jaarlijks krijgt in Nederland ongeveer een op de tien vrouwen die bevallen zijn een postpartum depressie (Smit et al., 2013). Volgens Koper et al. (2018) ligt de incidentie van postpartum depressie tussen de 7 en 29 procent, en hebben hun kinderen een drie tot vijf keer hogere kans om zelf een depressie te ontwikkelen (Koper et al., 2018). Uit onderzoek blijkt dat ouders met een depressie veeleisend kunnen zijn, vlakker zijn in de communicatie met hun

kind, minder fysiek contact hebben met hun kind, minder uitingen van goedkeuring laten zien, en meer moeite hebben om sensitief te reageren op de behoeften van hun kind (Beardslee et al., 2011; Dix & Meunier, 2009). Vooral bij jonge kinderen kan verminderd sensitief gedrag een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Volwassenen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (prevalentie 3 procent; R. de Graaf, 2011) kunnen agressief en vijandig reageren, veel ruzie maken, driftbuien hebben, actief weigeren om verzoeken van gezagsdragers in te willigen en anderen opzettelijk hinderen. Ze hebben geen spijt en kunnen zich niet inleven in anderen. Deze stoornis komt vaker bij mannen voor. Rond middelbare leeftijd nemen de symptomen doorgaans af. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft veel invloed op het opvoedgedrag: het meest opvallend is het onvermogen om zich in te leven in de jeugdige en het onvermogen om sensitief te reageren op de jeugdige (Koper et al., 2018). Dit vormt een bedreiging voor het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie.

ADHD

Naar schatting 2 procent van de volwassenen in Nederland lijdt aan *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*, dat zich kenmerkt door rusteloosheid, impulsiviteit en gebrek aan concentratie (R. de Graaf et al., 2011). Volwassenen met ADHD vallen op door hun gebrek aan concentratie en aandacht, problemen met plannen en organiseren, chaotisch gedrag zoals te laat komen en druk praten. Er is weinig bekend over de invloed van ADHD op opvoeden en ouderschap. Mensen met ADHD kunnen last hebben van stemmingswisselingen waardoor ze mogelijk onvoorspelbaar kunnen zijn in hun gedrag naar hun kind. Bovendien kunnen mensen met ADHD gevoeliger zijn voor externe prikkels zoals lawaai of huilen. Of dit ook negatief uitpakt in opvoedgedrag is nog niet specifiek onderzocht.

Bipolaire stoornis

Volwassenen met een bipolaire stoornis (ook wel manisch-depressieve stoornis, prevalentie 1 procent; R. de Graaf et al., 2011) hebben te maken met sterke stemmingswisselingen: op het ene moment heel erg uitgelaten zijn (manie), en het andere moment neerslachtig (depressie). Een bipolaire stoornis kan niet worden genezen, wel kunnen symptomen met medicatie verminderen of verdwijnen en kan een nieuwe episode worden voorkomen. Een bipolaire stoornis heeft veel invloed op het ouderschap: de prikkelbare stemming kan enkele dagen tot weken duren. In een manische periode zijn mensen overdreven vrolijk, boos, overactief en druk, en houden ze geen rekening met de consequenties van hun gedrag. Er zijn geen specifieke studies gedaan naar de invloed van een bipolaire stoornis op het ouderlijk functioneren, maar verondersteld wordt dat ouders met deze stoornis zowel in de manische als de depressieve perioden verminderd sensitief kunnen reageren op de behoeften van hun kind. Ook wordt aangenomen dat zij dan onvoorspelbaar zijn in hun gedrag, wat weer een bedreiging vormt voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie.

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis valt op door sterke wisselingen in stemmingen, gedachten en gedrag. Mensen met een borderline stoornis reageren impulsief

en extreem, en denken vaak zwart-wit. Relaties zijn moeilijk te onderhouden en wisselen sterk. In Nederland heeft 1,1 procent van de mensen tussen de 21 en 67 jaar een borderline persoonlijkheidsstoornis (Koper et al., 2018). De sterke wisselingen in stemming en gedrag maken dat de stoornis veel invloed heeft op het ouderlijk functioneren. Ouders met een borderline stoornis vertonen vaker onvoorspelbaar gedrag ten opzichte van hun kind, en verwaarlozen hun kinderen vaker (Cuijpers et al., 2005). Ook hebben ouders met een borderline stoornis moeite om sensitief te reageren op de behoeften van hun kind, wat de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie bedreigt.

Autisme spectrum stoornis (ASS)

Naar schatting 1 procent van de volwassenen (meer mannen dan vrouwen) heeft een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), een psychische aandoening die de normale ontwikkeling belemmert en levenslang aanhoudt. Kinderen van ouders met ASS hebben een fors hoger risico om zelf ook ASS-problemen te ontwikkelen (Koper et al., 2018). ASS-problematiek heeft veel invloed op het ouderlijk functioneren: ouders met ASS kunnen zich (afhankelijk van de ernst) minder goed inleven in hun kind, reageren daardoor minder sensitief op de behoeften van hun kind, en bieden hun kind minder emotionele ondersteuning, wat een bedreiging vormt voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie.

Ouders met een (licht) verstandelijke beperking bij ouders (LVB)

LVB is geen psychische of psychiatrische stoornis, maar wel een onzichtbare beperking die veel invloed heeft op het ouderlijk functioneren van een persoon. Ouders met een LVB zijn ouders die een laag IQ hebben (tussen 50 en 85) en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen (Zoon & Van Rooijen, 2018). Met 'sociaal aanpassingsvermogen' worden vaardigheden bedoeld zoals het kunnen lezen, schrijven en rekenen, sociale vaardigheden en praktische vaardigheden zoals persoonlijke verzorging en gebruik maken van openbaar vervoer.

Mensen met een LVB

- denken heel concreet, en zijn gericht op het hier en nu;
- denken sterk vanuit zichzelf, en zijn – ook in de opvoeding – meestal op hun eigen behoeften gericht;
- kunnen zich niet goed in anderen verplaatsen;
- reageren doorgaans impulsief en hebben moeite om hun impulsen te beheersen;
- vinden het lastig om een langere tijdsperiode te overzien;
- hebben moeite om hun aandacht en concentratie vast te houden;
- hebben tijd nodig om nieuwe informatie te verwerken en aan te leren;
- hebben moeite om over hun eigen emoties te praten; ook het herkennen van emoties bij anderen is een probleem (A. de Jong et al., 2014).

Bij ouders met een LVB zien we vaker een pedagogisch onvermogen, verwaarlozing of mishandeling van hun kinderen. In tweederde van de Nederlandse gezinnen waarbij één of beide ouders een LVB hebben, functioneren de ouders niet 'goed genoeg' (D. L. Willems et al., 2007). *Goed genoeg ouderschap* definiëren we hier als ouderschap waarbij de ouders, al of niet met hulp van het netwerk, minimaal over de volgende vaardigheden beschikken (Durinck & Racquet, 2003; Lever, 2015):

- Ouders kunnen de basisbehoeften van hun kind vervullen, zoals: kinderen hebben schone kleren, gezond eten, een schoon en warm huis.
- Ouders kunnen hun kind affectie en steun bieden: kinderen worden getroost bij verdriet, gekalmeerd bij boosheid, gerustgesteld bij angst, er wordt samen met hen gelachen.
- Ouders kunnen hun kind steun bieden bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties binnen en buiten het gezin in termen van liefde, vertrouwen, en burgerschap.
- Het gezin kan omgaan met de buitenwereld. Kinderen leren wat wel en niet mag, ouders houden zich aan de wet, en ouders leven veilig en gezond.

Of het ouderschap van ouders met een LVB als 'goed genoeg' beoordeeld kan worden, hangt af van de balans tussen de beschermende en bedreigende factoren (De Vries et al., 2005). Er zijn diverse ondersteuningsprogramma's beschikbaar voor ouders met een LVB (zie ook Hoofdstuk 9 - Interventies).

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 minderjarigen 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.

6.1.3.3 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 evengoed nodig zijn, maar is dan anders van aard.

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 brengt informant(en) in kaart;
- om de context van het gezin te leren kennen;
- als ondersteuning bij een interventie. Deze ondersteuning kan op vier manieren worden geboden (Baartman, 2010; Ince et al., 2013):
 - praktische ondersteuning;
 - psychologische of emotionele ondersteuning;
 - informatieve en voorlichtende ondersteuning;
 - normatieve ondersteuning (voorbeeld)functie.

De aanwezigheid van een sociaal netwerk is een beschermende factor voor ouders en kinderen (zie hoofdstuk 4). Dat geldt zowel voor gezinnen met als zonder veel problemen. Een sociaal netwerk kan kinderen beschermen, wanneer er problemen of risicofactoren aan de orde zijn. Doordat ouders en kinderen praktische of emotionele steun krijgen van mensen die het gezin goed kennen, is de kans kleiner dat opvoedingsproblemen escaleren en een kind in een problematische opvoedingssituatie komt. Gezinnen kunnen meer aan, als er mensen zijn die hen praktisch en emotioneel ondersteunen. De jeugdprofessional kan het sociale netwerk op uiteenlopende manieren in kaart brengen: door hier gericht vragen over te stellen aan ouders en jeugdigen en anderen die hen goed kennen, en door het te visualiseren met bijvoorbeeld een sociogram, ecogram of netwerkkaart, of het drie-dimensioneel weer te geven met materiaal zoals Playmobil.

Er zijn vele varianten van eco- of sociogrammen. Het is gebruikelijk om het sociale netwerk weer te geven als een gelaagd model. Meestal wordt gewerkt met cirkels of ringen:

- Het gezin, de naaste of soms juist uitgebreide familie, goede vrienden en burens vormen de binnenste ring.
- Daaromheen bevinden zich vrienden, leden van de uitgebreide 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.

6.2 Stap 2. Overleg met andere professionals

Handel bij vermoedens of verdenking van kindermishandeling nooit alleen. Overleg intern met relevante collega's, de leidinggevende en/of de aandachtsfunctionaris kindermishandeling.

Overleg met Veilig Thuis (telefoonnummer: 0800-2000).

- Weet welke afspraken er in de regio zijn over de samenwerking bij de preventie en aanpak van kindermishandeling.
- Wanneer de jeugdige geregistreerd is in de VIR, zal bij een 'match' blijken of en welke andere professionals en organisaties betrokken zijn.
- Ga na welke andere professionals/organisaties betrokken zijn bij het gezin. Vraag dit allereerst na bij de ouders of jeugdige zelf.
- Vraag toestemming aan ouders en jeugdige (indien zestien jaar of ouder) om met deze professionals te overleggen. Veilig Thuis is bevoegd om zo nodig zonder toestemming van ouders informatie in te winnen bij betrokken professionals.

Zie ook paragraaf 6.2.1 (Informatie-uitwisseling).

Overleg met andere professionals betreft:

- *verzoeken* om informatie bij andere professionals, om de gezinssituatie in kaart te brengen;
- *verstrekken* van informatie aan professionals die daarom vragen, om de gezinssituatie in kaart te brengen;
- *uitwisselen* in (multidisciplinair) overleg, ten behoeve van afstemming, besluitvorming en vorming van een veiligheidsplan of behandelplan.

Professionals kunnen vanuit diverse domeinen bij een gezin betrokken zijn. Denk aan:

1. Basisvoorzieningen

- *Welzijn en sociaal*:
 - peuterspeelzaal;
 - kinderopvang;
 - algemeen maatschappelijk werk (o.a. schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen);
 - buurtwerk, kinderwerk.
- *Onderwijs*:
 - primair onderwijs (met o.a. intern begeleider, aandachtsfunctionaris kindermishandeling, schoolpsycholoog of schoolmaatschappelijk werk);
 - voortgezet onderwijs (mentor, zorgcoördinator of schoolmaatschappelijk werk);
 - speciaal onderwijs (idem);
 - ondersteuningsstructuur/multidisciplinaire overleggen (MDO)/ Samenwerkingsverband Passend Onderwijs of onderwijsadviesbureau.
- *Preventieve zorg*:
 - jeugdgezondheidszorg (incl. consultatiebureau);
 - lokaal team/sociaal team/wijkteam/ jeugdteam/jeugd- en gezinsteam;
 - CJG (Centrum voor Jeugd en Gezin).

2. Veilig Thuis

3. Hulpverlening en zorg

- *Jeugdhulp en -bescherming:*
 - jeugdzorg;
 - jeugdbescherming (gezinsvoogdij);
 - jeugdreclassering;
 - jeugd-GGZ;
 - pleegzorg;
 - jeugd-LVB;
 - gesloten jeugdzorg (residentieel);
 - ambulante hulpverlening;
 - particuliere praktijken.

- *Geestelijke gezondheidszorg volwassenen:*
 - volwassenen GGZ;
 - verslavingszorg;
 - particuliere praktijken;
 - POH-GGZ (Praktijk Ondersteuner Huisartsen voor geestelijke gezondheidszorg).

- *Opvang:*
 - maatschappelijke opvang;
 - vrouwenopvang (Blijf van m'n Lijf);
 - Leger des Heils.

- *Medische gezondheidszorg:*
 - huisarts;
 - paramedici zoals logopediste, fysiotherapeut, diëtist, verloskundige etc.;
 - medisch specialisten (waaronder tandartsen);
 - alternatieve genezers.

- *Specialistisch:*
 - MEE (bij lichamelijke en geestelijke beperking, chronisch zieken);
 - LECK (Landelijk ExpertiseCentrum Kindermishandeling);
 - Centrum Seksueel Geweld;
 - trauma behandelcentra en MDA++ (Multidisciplinaire Aanpak);
 - professionals/organisaties met een specifieke expertise zoals op het gebied van seksueel geweld, eengerelateerd geweld, loverboy-problematiek en huwelijksdwang.

- *Veiligheid:*
 - politie (o.a. zeden);
 - OM (Openbaar Ministerie);
 - Raad voor de Kinderbescherming;
 - Beschermtafel;
 - Veiligheidshuis.

6.2.1 Informatie-uitwisseling

Jeugdprofessionals moeten goed weten onder welke omstandigheden zij wel en niet informatie over gezinnen mogen delen.

Hier toe dienen:

- het privacyreglement van de eigen instelling;
- organisatie-afspraken en -protocollen;
- de eigen beroepscode;
- de *Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)*;
- het *Burgerlijk Wetboek*;
- de *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*;
- *Herziening kinderbeschermingsmaatregelen* (14 november 2014);
 - het *Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK)* met onder andere:
 - het recht op informatie;
 - het recht op (bescherming van) de privacy van de jeugdige (Art. 16 IVRK);
 - het recht van de jeugdige om de eigen mening in te brengen en serieus genomen te worden bij alle beslissingen die hem of haar aangaan (Art. 17 IVRK en Art. 12 IVRK); er dient serieus naar de mening van de jeugdige te worden geluisterd en teruggekoppeld te worden wat er met de mening van de jeugdige is gedaan;
- de *Jeugdwet*, met onder andere:
 - 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;
- de *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)*. Deze bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening en beschermt cliënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners;
- de *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek)*. Deze wet is van toepassing op geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op personen (patiënten) en die ertoe strekken hen van een ziekte te genezen, hen voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, hun gezondheidstoestand te beoordelen of hun verloskundige bijstand te verlenen (Art. 7:446 BW). Hieronder vallen ook aanpalende handelingen, zoals het verplegen en verzorgen van personen in het kader van een geneeskundige behandeling. De patiënt heeft een aantal rechten waar de hulpverlener aan tegemoet moet komen, zoals de informatieplicht, toestemmingsvereiste voor onderzoek en behandeling, dossierplicht en geheimhoudingsplicht. De bepalingen in de WGBO zijn vrijwel identiek aan die in de Jeugdwet. Wanneer de jeugdprofessional zorg levert in de zin van geneeskundige behandeling, is naast de Jeugdwet ook de WGBO van toepassing.

Iedere professional die zorg biedt aan cliënten heeft een beroepsgeheim op grond van de *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG; Art. 88)* en de *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO; Art. 7.457 BW)*. Deze 'zwijgplicht' verplicht de professional om geen informatie over de cliënt aan derden te verstrekken tenzij de cliënt hem daarvoor toestemming geeft. Met toestemming van de jeugdige (indien 16 jaar of ouder) en/of ouders mag de betrokken professional altijd overleggen met relevante andere, externe professionals.

Daarbij is het belangrijk dat de professional de jeugdige en de ouders vooraf goed informeert, zodat voor hen duidelijk is waar zij toestemming voor geven.

Dat wil niet zeggen dat gegevensuitwisseling met andere professionals alleen maar mogelijk is als de jeugdige (indien zestien jaar of ouder) en/of ouders expliciet toestemming geven. Bij het beroepsgeheim gaat het om geheimhouding waar mogelijk, en zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig. Bij vermoedens van kindermishandeling spant de beroepskracht zich in om toestemming te krijgen voor bijvoorbeeld een melding bij Veilig Thuis.

Als dit niet lukt, kan een wettelijke 'plicht tot spreken' of een 'conflict van plichten' ontstaan. Als de professional meent de zwijgplicht te moeten doorbreken, kan het belang van de jeugdige tegenover het belang van de ouder komen te staan. Overleg hierover met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis, en noteer je beslissing met beargumentering in het dossier. Houd daarbij (bijvoorbeeld in formulering) rekening met het dossier-inzagerecht van ouders. Bij vermoedens van kindermishandeling is er bovendien het wettelijke recht van geheimhouders om vermoedens te melden bij Veilig Thuis.

Leg ouders en jeugdigen de werking van het beroepsgeheim uit. Beloof jeugdigen nooit een 'geheim te bewaren'; beloof wel om ze altijd te zullen informeren en niet iets 'achter hun rug om' te zullen ondernemen.

Bij de afweging om het beroepsgeheim te doorbreken en zonder toestemming gegevens uit te wisselen met andere professionals, is het van belang de volgende vragen te beantwoorden:

- 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?
- Welk doel moet bereikt worden met het geven van de informatie?
- Kan dit doel ook bereikt worden zonder de informatie te verstrekken?
- 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?

Bovenstaande geldt ook voor multidisciplinaire overlegstructuren met bijvoorbeeld leerkrachten, kinderopvang, maatschappelijk werkenden, de jeugdgezondheidszorg en andere jeugdprofessionals. De casuïstiek wordt zoveel mogelijk anoniem of met toestemming van betrokkenen behandeld. Ook hier geldt dat het belang van de jeugdige zwaarder kan wegen dan het belang dat gediend is met de handhaving van de zwijgplicht. Gegevensuitwisseling kan plaatsvinden als daarmee kindermishandeling kan worden voorkomen of gestopt. Professionals in bijvoorbeeld onderwijs en kinderopvang vallen niet onder de Wet BIG en WGBO maar hebben wel geheimhoudingsplicht.

Let op: voor het uitwisselen van relevant schriftelijke informatie, audio- en beeldmateriaal etc. met andere betrokken instellingen en professionals dienen jeugdhulp- en jeugdbeschermingsorganisaties te beschikken over een veilig (e-mail)systeem, applicaties of software.

Let op: ten gevolge van de wetwijziging *Herziening kindbeschermingsmaatregelen* (14 november 2014) heeft de gezinsvoogd/jeugdbeschermer 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 wetwijziging 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).

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 dat 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 van 16 jaar of ouder) 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). Alle cases bij de Raad vd Kinderbescherming worden geregistreerd in de Verwijsindex.

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 (Verpleegkundigen & 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;
- 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>).

6.2.2 Overleg met 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 het *Triage-instrument Veilig Thuis versie 1.0* om een situatie te beoordelen op direct gevaar, op ernst van de onveiligheid en de complexiteit van de problematiek. Veilig Thuis stelt, in samenwerking met andere betrokken professionals (al of niet in een MDA++) en indien mogelijk de ouders, een veiligheids-, hulpverlenings- en herstelplan op. In de meldcode is een rol voor casusregie bij Veilig Thuis belegd, met name in eerste instantie en bij ernstige en structurele vormen van kindermishandeling).

De wettelijk taken van Veilig Thuis zijn (*Jeugdwet, 2015; Handelingsprotocol Veilig Thuis, VNG, 2019*):

- advies geven aan professionals en omstanders;
- meldingen in ontvangst nemen;
- onderzoek doen of er daadwerkelijk sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling;
- zo nodig vervolgstappen in gang zetten in de vorm van overdragen naar vrijwillige hulp, een MDA++, Raad voor de Kinderbescherming informeren en/of aangifte doen bij de politie;
- een terugkoppeling geven aan de melder.

6.2.3 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 gecertificeerd, doet dan een verzoek tot onderzoek aan de Raad voor Kinderbescherming. De Raad onderzoekt of een maatregel zoals een (voorlopige) ondertoezichtstelling ((V)OTS), al of 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. Alle casussen bij de Raad voor de Kinderbescherming worden geregistreerd in de Verwijsindex (zie paragraaf 6.2.1). Zie ook de *Richtlijnen Crisisplaatsing* (Bartelink, Van Vianen et al., 2015) en *Uithuisplaatsing* (Bartelink, Ten Berge et al., 2015) voor jeugdhulp en jeugdbescherming.

Beschermtafel

Een 'Beschermingstafel', 'Beschermtafel' of het 'Beschermoverleg' kan bijeen worden geroepen door een betrokken hulpverlener/jeugdprofessional wanneer de gezinssituatie:

- voor de jeugdige onveilig is en/of
- de vrijwillige hulpverlening niet toereikend blijkt en/of
- er een kindbeschermingsmaatregel wordt overwogen.

Dit wordt altijd met de ouders vooraf besproken.

Aan tafel zitten:

- de ouder(s) en de jongere(n) (indien twaalf jaar of ouder);
- de hulpverlener of jeugdprofessional die het verzoek heeft ingediend;
- een vertegenwoordiger van de Raad voor de Kinderbescherming;
- een medewerker van het CJG, het wijkteam of de jeugdbescherming;
- een voorzitter en secretaris.

Zie ook: <https://www.rsj.nl/documenten/rapporten/2019/11/25/advies-intensieve-vrijwillige-hulp>.

6.2.4 Overleg met de politie en justitie

Ook in contacten met politie of justitie bewaart de professional het beroepsgeheim (zie paragraaf 6.2.1).

Het beroepsgeheim kan doorbroken worden als er sprake is van:

- toestemming van de cliënt;
- een wettelijke plicht tot spreken (o.b.v. de *Wet op de lijkbezorging* en de *Wet publieke gezondheid*);
- een conflict van plichten: alleen met het vrijgeven van informatie aan politie of justitie kan ernstige schade voor de cliënt of anderen worden voorkomen. Hiervan kan sprake zijn bij een ernstig misdrijf of een mogelijk strafbaar feit, binnen of buiten de hulpverlening, zoals:
 - seksueel misbruik;
 - geweld;
 - wapenbezit;
 - ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling of lichamelijke verwaarlozing;
 - eengerelateerd geweld;
 - vrouwelijke genitale verminking;
 - huwelijksdwang.

Bij een vermoeden van (strafbare) kindermishandeling kunnen Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming, in afstemming met politie en justitie, taxatiegesprekken uitvoeren om de signalen die mogelijk zouden kunnen wijzen op (strafbare) kindermishandeling te verhelderen.

Bij twijfel over het doen van aangifte of overleggen met politie of justitie: overleg intern met de aandachtsfunctionaris en/of leidinggevende, vraag advies aan Veilig Thuis en zo mogelijk ook bij de beroepsvereniging. Maak vervolgens een gezamenlijke afweging of aangifte wordt gedaan, besluit wie dit doet (dit kan ook door Veilig Thuis gedaan worden) en/of welke informatie gedeeld wordt en met welk doel.

Afstemming van te ondernemen stappen in relatie tot politie of justitie is ook belangrijk omdat gesprekken van de jeugdprofessional met (minderjarige) slachtoffers en getuige(n) het leveren van bewijs in een strafzaak kunnen belemmeren of beïnvloeden. Dit geldt zowel voor het spreken met de ouders als met de jeugdige, en zowel met als zonder toestemming. Zie ook: *Handreiking Praten met kinderen bij mogelijk seksueel misbruik* (Kwakman & Polders, 2017). Omgekeerd kan de politie aanvullende informatie verstrekken die relevant is voor de jeugdprofessional om een veiligheids- en risicotaxatie te kunnen maken voor het hele gezin. Veilig Thuis kan tevens aanvullende informatie navragen bij de politie over alle personen die direct betrokken zijn bij een melding.

Verwijs slachtoffers van seksueel misbruik (zowel binnen als buiten het gezin) naar een *Centrum voor Seksueel Geweld* (bij (vermoeden van) verkrachting: zo snel mogelijk en niet douchen).

Een andere rol van de politie kan zijn om te assisteren of aanwezig te zijn bij een huisbezoek of een gesprek en de fysieke veiligheid van jeugdigen en de jeugdprofessional te bewaken.

Wijs ouders op de mogelijkheid om aangifte te doen of op het bestaan van het *Tijdelijk Huisverbod*. Dit is een bestuursrechtelijke maatregel die de politie, onder verantwoordelijkheid van de burgemeester, kan opleggen aan een pleger van huiselijk geweld (waaronder ook kindermishandeling).

Tevens zijn er 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. Ook hiervoor geldt dat de professional het beroepsgeheim bewaart 'tenzij' (zie paragraaf 6.2.1).

Verschil tussen een Veiligheidshuis en MDA++ (zie paragraaf 6.5.1) is dat een MDA++ gespecialiseerd is in de aanpak van kindermishandeling (acuut, ernstig en structurele onveiligheid) en samen met het gezin - en waar mogelijk het sociale netwerk - werkt aan duurzame veiligheid. In het Veiligheidshuis wordt multidisciplinair casuoverleg gevoerd op basis van incidenten en recidive plegers; voor hulp wordt vervolgens verwezen.

Zie ook:

- Handvat Gegevensuitwisseling in het Zorg- en Veiligheidsdomein (<https://www.veiligheidshuizen.nl>).
- KNMG Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie (2012).
- Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie (KNMG, 2012): <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62512/Handreiking-beroepsgeheim-en-politiejustitie-2012-1.htm>.

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 en daarbij zijn openheid en een respectvolle bejegening belangrijk.

In uitzonderlijke situaties kan er 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, eengerelateerd 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.

Wat mag op welke leeftijd?

De wet (*WGBO* en *Burgerlijk Wetboek*) maakt onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën.

- Tot twaalf jaar: de gezagdragende ouders beslissen over hulp aan en praten met hun kind. Formeel speelt de wil van het kind zelf geen rol, maar zal een hulpverlener de wensen van het kind zoveel mogelijk bij beslissingen over de hulp moeten betrekken. Bovendien heeft het kind wel recht op informatie. De jeugdprofessional moet de voorlichting afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind. Weigeren ouders toestemming te geven voor een dringend noodzakelijke ingreep of behandeling, dan kan via de Raad voor de Kinderbescherming worden bewerkstelligd dat dit tijdelijk wordt overruled door een kinderbeschermingsmaatregel. Het ouderlijk gezag kan in dat geval tijdelijk geheel of gedeeltelijk worden geschorst (Art. 1:268 lid 1 onder b BW). Zie ook de *Handreiking Toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling* (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).
- Van twaalf tot en met vijftien jaar: in principe is dubbele toestemming vereist, zowel van de ouders als van de jeugdige zelf (KNMG, 2019).
Voor de minderjarige van twaalf jaar of ouder die niet in staat is tot een 'weloverwogen waardering van zijn belangen' (bijvoorbeeld bij LVB) voorziet de wet 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 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 van mening is niet goed hulp te kunnen verlenen 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 situaties zonder medeweten van ouders (eerst) met een jeugdige (onder de zestien 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).
- Zestien jaar of ouder: de jongere kan zelfstandig bepalen of hij met de jeugdprofessional alleen wil spreken en diagnostisch onderzoek of behandeling wil ondergaan, tenzij de jongere wilsonbekwaam wordt geacht. Ook moet aan jongeren van boven de zestien jaar eerst toestemming worden gevraagd om met de ouders te mogen praten, tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te wijken (bijvoorbeeld wanneer de jongere daardoor gevaar loopt).

Bij twijfel of onduidelijkheid is het altijd raadzaam om Veilig Thuis te raadplegen voor advies.



6.3.1 Praten met ouders

Doel: 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.

Waar spreek je af? 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. Zie ook de app 'Veilig Huisbezoek': <https://www.jeugdzorg-werkt.nl/checklist-agressie-risico-inschatting-huisbezoek>.

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

Leg aan ouders uit wat het doel van het gesprek is, wat jouw rol en verantwoordelijkheid is, wat je met de informatie gaat doen en wat ouders van jou kunnen verwachten.

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, wat van de ouders verwacht wordt, en wat zij van jou als professional kunnen verwachten.

Signs of Safety™

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

Formulering

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'.



Gesprekstechnieken

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 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.

6.3.2 Praten met jeugdigen

Bij vermoedens van kindermishandeling of een onveilige opvoedsituatie moet de jeugdige zelf (meerdere malen) gehoord worden om een goed beeld te verkrijgen in hetgeen gebeurt of gebeurd is.

Daarnaast hebben alle minderjarigen, ongeacht hun leeftijd, recht op informatie en het recht om hun mening of kijk op gebeurtenissen te geven (*Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind*) met betrekking tot besluiten en kwesties die hen aangaan. De jeugdige dient begrijpelijke informatie te ontvangen die past bij de (ontwikkelings)leeftijd en capaciteiten. Ook moet de jeugdige betrokken worden en serieus genomen worden bij besluit- en planvorming en de monitoring gedurende het gehele proces, tenzij er gegronde redenen zijn om daarvan af te wijken. Hoe en wanneer met een jeugdige gesproken wordt over signalen, vermoedens van kindermishandeling en verdere plannen is afhankelijk van de (ontwikkelings)leeftijd van de jeugdige en de situatie. Zie ook: *Handreiking Participatie van kinderen in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (2018).

Onderzoek laat zien dat vanaf de leeftijd van ongeveer vier jaar open vragen aan de jeugdige kunnen worden gesteld die voldoende informatie en details geven (Lamb et al., 2007).

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 de 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). Bereid een gesprek goed voor. Denk niet meteen in oplossingen. Wees voorbereid op wat je mogelijk te horen krijgt en hoe je dan reageert.

Realiseer je dat het (extra) tijd kost om met een jeugdige te praten die kindermishandeling meemaakt of meegemaakt heeft. Houd daar rekening mee en rond een gesprek altijd zorgvuldig af. Zet een erkende tolk in (via Tolk Vertaal Centrum) bij allochtone jeugdigen die onvoldoende Nederlands spreken en ga na wat de belangrijkste gedragsregels zijn in de betreffende cultuur.

In *Signs of Safety™* 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 et al., 2010; Weld & Greening, 2004).

Hieronder volgt een aantal aandachtspunten voor gesprekken met jeugdigen (o.a. genoemd door de werkgroep en 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 mogen 'verbeteren' ("nee, ik bedoelde ...").
- 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 bereikbaarheidstelefoonnummer aan.

Zie ook: *Praktijkboek praten met kinderen over kindermishandeling* (Van Gemert, 2019).



Loyaliteit

Jeugdigen voelen aan dat er iets aan de hand is, ook al heeft niemand hen 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.

Als er sprake is van mogelijk strafbare feiten

Een gesprek met de jeugdige is geen verhoor. In paragraaf 6.2.4 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. Toch moet je met de jeugdige 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).

Zie ook: *Handreiking Praten met kinderen bij mogelijk seksueel misbruik* (Kwakman & Polders, 2017).

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 is van plussen en minnen van risico- en beschermende factoren. Per definitie betreft het kansen dat deze factoren leiden tot kindermishandeling, onderzocht in groepen, die niet altijd in individuele situaties 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 -opstapeling genoemd. Of het omgekeerde effect (in gelijke mate) uitgaat van beschermende factoren is niet bekend. Wel is intussen duidelijk dat kinderen uit hoog-risico-gezinnen minder profijt hebben van de eventueel aanwezige beschermende factoren (Luthar & Goldstein, 2004).

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. Vraag bij twijfel altijd (opnieuw) advies bij Veilig Thuis.

In stap 4 weeg je af:

- heb ik op basis van de stappen 0 tot en met 3 van de meldcode een vermoeden van kindermishandeling?
- heb ik er alleen een vermoeden van of is er sprake van acute of structurele onveiligheid?

Zie: *Afwegingskader Jeugdprofessionals* (2018):

<https://www.nvo.nl/nvo-in-t-kort/themadossiers/afwegingskader-meldcode.aspx>, ook als app verkrijgbaar.

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 situaties 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, 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, Van Vianen et al., 2015) en de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp* (Bartelink, Meuwissen et al., 2015).

In stap 5 neem je twee beslissingen op basis van de volgende vragen:

- a. Is melden noodzakelijk? Dit is noodzakelijk als er sprake is van acute of structurele onveiligheid.
- b. Is hulp verlenen of organiseren (ook) mogelijk? Hulp verlenen is mogelijk als:
 - de professional in staat is om effectieve/passende hulp te bieden of te organiseren;
 - de betrokkenen meewerken aan de geboden of georganiseerde hulp;
 - de hulp leidt tot duurzame veiligheid.

6.5.1 Multidisciplinaire aanpak kindermishandeling (MDA++)

MDA++ staat voor: Multidisciplinaire Aanpak: de aanpak waarbij de verschillende sectoren (de eerste +), specialisten (de tweede +), het sociaal team en het gezin met sociale netwerk, samenwerken. In iedere Veilig Thuis-regio is er een MDA++ (in ontwikkeling).

Een MDA++ is er voor gezinnen waarin sprake is van ernstige, acute of structurele onveiligheid en waarin geweldspatronen doorbroken moeten worden. Een MDA++ team kan wisselen van samenstelling al naar gelang de fase waarin het gezin zich bevindt en wat er nodig is.

Uitgangspunten van een MDA++ zijn:

- integraal (op alle leefgebieden) en multi-sectoraal werken;
- beschikking over specialismen (o.a. op gebied van trauma) en diverse disciplines;
- systeemgericht;
- met casusregie (door Veilig Thuis of sociaal wijkteam/lokaal team);
- gefaseerd werken: eerst zorgen voor directe veiligheid, onderzoeken wat er gebeurd is en de noodzakelijke eerste behandeling bieden; daarna risicogestuurde zorg; trauma-geïnformeerde en herstelgerichte zorg; en tot slot de structurele borging van de veiligheid;
- vanuit gedeelde informatie;
- met een gezamenlijk plan;
- met ouders/gezin en betrokkenen samen;
- volgen van de jeugdige en het gezin om zeker te stellen dat het integrale behandelplan wordt uitgevoerd (Hurdeman & De Jong, 2014).

Gezinnen worden verwezen of overgedragen aan een MDA++ wanneer dit op basis van de veiligheidstaxatie (Triage-instrument) en na afstemming met politie en Openbaar Ministerie (OM), nodig wordt geacht. Bij acute zaken betreffende seksueel misbruik is er directe toegang tot de MDA++ via het Centrum voor Seksueel Geweld (CSG).

De voorlopers van de MDA++ staan ook wel bekend als:

- Multidisciplinair Centrum aanpak Kindermishandeling (MDCK) Kennemerland;
- Multidisciplinair centrum kindermishandeling Friesland;
- Veilig Verder-team Den Haag; Intersectorale aanpak van kindermishandeling in Gelderland;

- Transmuraal Academisch Samenwerkingsverband Kindermishandeling (TASK) Amsterdam;
- Transmurale Aanpak voor veilige Leefomgeving Kind (TALK) Utrecht.

Alle werken multidisciplinair. 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. 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.

6.5.2 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 vaak 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) (Dalglish, 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 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 et al., 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.

6.5.3 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 et al., 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.

6.5.4 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 sociaal (wijk)team, de school, het MDO (Multidisciplinair overleg) en het CJG (zie ook 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 *expliciete* afspraken maken over de regie. Vaak kan de regie bij het sociaal wijkteam/lokaal team belegd worden, maar belangrijk is vooral dat het afgesproken wordt en voor iedereen duidelijk is wie de regie heeft en centraal aanspreekpunt is. Neem als jeugdprofessional het initiatief 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 betere 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 beslisteamen 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).

6.5.5 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™* (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 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;
 - 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 – Stap 0

- 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 - Stap 1-5

- 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 voor risicotaxatie de *CFRA* of *ARIJ*.

Gebruik voor veiligheidstaxatie de *ARIJ*, *Delta Veiligheidslijst* of *Triage-instrument voor Veilig Thuis*.

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) 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 valide vragenlijst 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 leidinggevenden, 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.
- Ga aan de hand van het Afwegingskader na of er sprake is van acute of structurele onveiligheid.

Beslissen

- Beslis nooit alleen. Beslis:
 - Is melden noodzakelijk (als er sprake is van acute of structurele onveiligheid)?
 - Is hulp verlenen of organiseren (ook) mogelijk?
En handel dienovereenkomstig.
- 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) 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 et al., 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).

Jeugdprofessionals moeten kennis bijhouden. Dat is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van elke jeugdprofessional zelf, maar zij 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:

- 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;
- 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 mishandeld 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 kinderrechter 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);*
- beoordelingsvaardigheden en omgevingssensitief kunnen reageren: goed onderscheid weten te maken tussen de eigen en andermans waarneembare feiten en interpretaties en dit ook kunnen verwoorden;
- gestructureerd en effectief kunnen werken;
- eenduidig, concreet en zorgvuldig kunnen registreren;
- een sterk analytisch vermogen bezitten;
- zelfvertrouwen hebben maar ook advies of hulp kunnen vragen;
- vermogen tot zelfreflectie hebben;
- een goed ontwikkelde intuïtie bezitten: *“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.” (Doelman in TKM-special professionaliteit & professionalisering; Augeo Foundation, 2013b);*

- kennis en expertise kunnen toepassen, onder andere om vragen te stellen ('we weten uit onderzoek dat ... hoe is dat bij jullie?');
- 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™*).
- 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).

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 luister-, gespreks- en communicatieve vaardigheden toe (zowel mondeling, non-verbaal als schriftelijk), in relatie tot zowel interne als externe professionals als ouders en jeugdigen.
- Zet complexe problematiek helder uiteen in de taal en op het niveau van alle betrokkenen. Pas reflectieve vaardigheden toe.
- Pas analytische vaardigheden toe.
- Heb zelfvertrouwen maar vraag ook om advies of hulp.
- Ontwikkel je intuïtie.
- Ontwikkel beoordelingsvaardigheden en omgevings sensitiviteit; 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) en het Kwaliteitskader Jeugd (2016), 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 leidinggevend 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 leidinggevend 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': leidinggevend 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.

Binnen *Signs of Safety*TM bestaat een veiligheidsplan 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*).

9.2.1 Ondertoezichtstelling (OTS)

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. Dit kan ook al tijdens de zwangerschap.

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.

9.2.2 Machtiging uithuisplaatsing (MUHP)

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. Dit kan het geval zijn bij acute onveiligheid of wanneer de doelen van de ondertoezichtstelling niet of niet tijdig bereikt kunnen worden wanneer 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.

9.2.3 Gezag beëindigende maatregel

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 situaties 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 eenhoofd 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 Interventies bij kindermishandeling

In deze paragraaf 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. preventieve interventies voor gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling;
2. interventies om kindermishandeling te stoppen en de veiligheid te bevorderen in gezinnen met (signalen van) kindermishandeling (inclusief het getuige zijn (geweest) van geweld in het gezin), of in gezinnen waarvoor een kinderbeschermingsmaatregel geldt;
3. interventies die gericht zijn op behandeling en herstel van de gevolgen van kindermishandeling.

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; <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>) zijn opgenomen. Indien bekend, is ook de beoordeling door de expertgroep Trauma en Mishandeling van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie gerapporteerd in de tabel (KJP; www.kenniscentrum-kjp.nl). Slechts een klein deel van de genoemde interventies is door deze expertgroep beoordeeld. Zie ook: *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* (Van Rooijen et al., 2018). Het is de verantwoordelijkheid van de jeugdprofessional om het effect van interventies in de praktijk te monitoren.

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

In Tabel 1 zijn programma's opgenomen 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 of te autoritair gedrag, 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. Alle interventies zijn bedoeld voor kinderen tot en met 12 jaar. Vijf interventies zijn effectief in het verbeteren van het opvoedgedrag en het omlaag brengen van gedragsproblemen bij de jeugdige: *VIPP-SD*, *Incredible Years*, *PCIT*, *PMTO* en *Triple P Niveau 4 en 5*.

VIPP SD (*Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline*) is geschikt voor gezinnen die kampen met mild probleemgedrag. De overige effectieve programma's (*Incredible Years*, *PCIT* (*Parent-Child Interaction Therapy*), *PMTO* (*Parent Management Training Oregon*) en *Triple P niveau 4/5*) richten zich op zwaardere gedragsproblematiek bij jonge kinderen. Het is niet vastgesteld of al deze programma's ook daadwerkelijk kindermishandeling voorkómen (d.w.z. er is bijvoorbeeld niet onderzocht of deze gezinnen daardoor minder vaak gemeld worden bij Veilig Thuis).

Tabel 1: Overzicht van preventieve interventies gericht op gezinnen met risicofactoren

Interventie	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugd-interventies (DEJ)
VIPP-SD (Juffer et al., 2017)	Huisbezoek programma met video feedback om milde gedragsproblemen te voorkomen of te verminderen.	Ouders van jeugdigen met lastig gedrag in de leeftijd van 1 tot en met 7 jaar. Er zijn diverse varianten van de VIPP-SD voor specifieke doelgroepen.	DEJ: Effectief volgens <i>sterke</i> aanwijzingen
<i>Incredible Years</i> (basis) (Webster-Stratton, 2006; 2007)	Groepstraining om ernstige gedragsproblemen bij de jeugdige te laten afnemen en sociale vaardigheden te 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 <i>sterke</i> aanwijzingen

<i>PCIT</i> (Coelman, 2007)	Ouder-kindtherapie in combinatie met huisbezoeken om de ouder-kind-interactie te verbeteren zodat gedragsproblemen van de jeugdige verminderen	Ouders van jonge jeugdigen (2-7 jaar) met ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen
<i>PMTO</i> (Ogden & Hagen, 2008)	Individuele behandeling van ouders en kind om ernstige gedragsproblemen te voorkomen.	Ouders van jeugdigen (4-12 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: Effectief volgens eerste aanwijzingen
<i>Triple P Niveau 4 en 5</i> (Sanders, 2008; 2011)	Groepstraining om de ouder-kindband te stimuleren, wenselijk gedrag en nieuwe vaardigheden en gedrag aan te leren, zodat de ouder beter kan omgaan met ongewenst gedrag. Niveau 5 vormt een aanvulling op niveau.	Kinderen tot 16 jaar met milde tot ernstige emotionele en gedragsproblemen	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen
<i>K-VHT (0-4)</i> (Eliens & Prinsen, 2017)	Huisbezoekprogramma met video feedback om de communicatie met het kind te verbeteren.	Ouders met opvoedingsvragen over kinderen tot 4 jaar	DEJ: Goed onderbouwd
<i>VHT (4-12)</i> (Hoogland 2014)	Huisbezoekprogramma met video feedback om de opvoedingsvaardigheden van de ouder te verbeteren.	Gezinnen met kinderen van 4-12 jaar waar de ouders lichte tot matige opvoedingsproblemen ervaren en/of één of meerdere kinderen thuis en/of op school probleemgedrag vertonen. Indien gewenst kan ook de leerkracht op school bij de begeleiding betrokken worden.	DEJ: Goed onderbouwd
<i>MIM (Hanrahan-Cahuzak, 2002)</i>	Huisbezoeken en groepsessies die 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> (van Aar et al., 2015)	Huisbezoekprogramma met getrainde vrijwilligers om te voorkomen dat alledaagse problemen van ouders met jonge kinderen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen.	Gezinnen met ten minste één kind in de leeftijd van 6 jaar of jonger.	DEJ: Goed onderbouwd
<i>VoorZorg</i> (Kooijman & Zwikker, 2001; Mejdoubi, 2014)	Intensief huisbezoek programma om kindermishandeling of verwaarlozing bij een jonge, alleenstaande risicomoeders te voorkomen.	Jonge, aanstaande moeders die bij aanvang niet langer dan 28 weken zwanger zijn en behoren tot een zogenaamde hoog-risicogroep,	DEJ: Goed onderbouwd
<i>NIKA</i> (Draaisma 2014)	Huisbezoekprogramma met video feedback om Een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind in hoog risico-gezinnen te voorkomen of verminderen.	Gezinnen waarbij sprake is (geweest) van mishandeling, verwaarlozing, huiselijk geweld en/of meervoudige risico's in de opvoedingscontext en waarbij de opvoeder 'verstorend opvoedgedrag' laat zien t.o.v. het jonge kind (0-6 jaar) .	DEJ: Goed onderbouwd
<i>HouVast</i> (Lever & De Beer, 2015)	Intensieve, gezinsgerichte vorm van ambulante hulp voor ouders met LVB om te stimuleren dat zij hun kinderen veilig en 'goed genoeg' opvoeden.	Ouders met een lichte verstandelijke beperking (LVB) die (dreigende) opvoed- en opgroei problemen hebben.	DEJ: Goed onderbouwd

Discussie

Preventieve programma's bij gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling hebben doorgaans een klein effect, vooral op de opvoedvaardigheden van de ouder en het probleemgedrag van de jeugdige. Dat is ook de bevinding van het consortium Kindermishandeling, die in een meta-analyse meer dan honderd (internationale) studies naar de effectiviteit van preventieve interventies onderzocht heeft (Van der Put et al., 2017).

Uit deze meta-analyse blijken interventies vooral effect te sorteren als zij

- het competentiegevoel van de ouders vergroten;
- de verwachtingen van ouders over de opvoeding bijstellen;
- de opvoedvaardigheden van de ouders vergroten;
- GGZ-problematiek bij de ouders aanpakken;
- vaardigheden bij de jeugdige versterken;
- persoonlijke vaardigheden van de ouders verbeteren.

Preventieve Interventies blijken gemiddeld genomen een lager effect te sorteren als zij

- ouders stimuleren om gebruik te maken van lokale voorzieningen;
- ouderlijke kennis over de ontwikkeling van kinderen vergroten.

Volgens de onderzoekers is slechts 20 procent van de onderzochte preventieve interventies gericht op het vergroten van het competentiegevoel bij ouders (wat bijdraagt aan de

effectiviteit), terwijl veel interventies vooral informatie overdragen om de kennis bij ouders te vergroten – wat juist contraproductief blijkt.

De onderzoekers hebben ook meer specifiek naar de inhoud van de interventie gekeken.

Preventieve interventies sorteren effect als zij:

- ouders via 'modeling' (voordoen) en rollenspel positieve en effectieve opvoedvaardigheden aanleren, waaronder disciplineren en het bevorderen van gewenst gedrag van hun kind;
- huiswerk geven: het thuis oefenen van geleerde (opvoed)vaardigheden;
- vaardigheden van de jeugdige verbeteren, zoals weerbaarheid en sociaal-emotionele vaardigheden;
- een steunend sociaal netwerk van het gezin creëren, uitbreiden en activeren;
- GGZ-problematiek en praktische problemen aanpakken, waaronder huisvesting, financiën, werk en inkomen.

In aanvulling op deze meta-analyse zijn er nog twee aandachtspunten:

- Er zijn nauwelijks preventieve programma's die zich specifiek richten op vaders. Aan algemene preventieprogramma's nemen vrijwel uitsluitend moeders deel, dus het bereiken van vaders is nog een punt van zorg (Smith et al., 2012).
- Speciale aandacht is nodig voor ouders en/of jeugdigen met een LVB. Een licht verstandelijke beperking uit zich in een IQ-score tussen de 50 en 70, maar ook mensen met een IQ-score tussen de 70 en 85 met (ernstige) bijkomende problematiek kunnen tot deze groep gerekend worden. LVB-problematiek bij de ouder maakt gezinnen extra kwetsbaar voor mishandeling en/of verwaarlozing. In het algemeen geldt dat de reguliere programma's ook inzetbaar zijn bij ouders en jeugdigen met een LVB, mits de professional voldoende vaardig is om de communicatie goed af te stemmen op de ouder en/of jeugdige, veel structuur en herhaling weet aan te brengen en geduld heeft. Met andere woorden: reguliere interventies kunnen goed ingezet worden bij een LVB-doelgroep, maar het is niet aangetoond dat de interventies dan even effectief zijn. Het werken met deze doelgroep vraagt soms ook een andere aanpak dan de interventie beschrijft - zie ook de publicatie van Zoon en Van Rooijen (2018) met aandachtspunten voor professionals hoe om te gaan met LVB-problematiek bij jeugdigen. Er is één interventie (*HouVast*) beschikbaar voor ouders met een LVB, maar deze interventie is nog niet op effectiviteit onderzocht.

9.3.2 Interventies om kindermishandeling te stoppen en veiligheid te bevorderen

In Tabel 2. wordt een overzicht gegeven van beschikbare interventies die ingezet kunnen worden om kindermishandeling te stoppen en/of een veilige opvoedsituatie te creëren door onveilig gedrag van ouders om te buigen ter voorkoming van een maatregel. Het gaat doorgaans om gezinnen waarin al sprake is (geweest) van kindermishandeling 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.

Slechts één interventie van de gezinsgerichte programma's blijkt effectief: *Families First*. Dit is een intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en

uithuisplaatsing van één of meer jeugdigen te voorkomen. De hulp van *Families First* duurt vier tot zes weken, waarbij een gezinsmedewerker bijna dagelijks in het gezin komt. De geboden hulp sluit zoveel mogelijk aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van de gezinsleden. Uit onderzoek blijkt dat in gezinnen waar de interventie werd ingezet een meerderheid van de jeugdigen nog thuis woont, ook na een follow-up van de interventie. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van de jeugdigen in het gezin en op de ervaren opvoedingsbelasting bij de ouders (Damen & Veerman, 2009; 2013).

Veelbelovend is verder de behandeling *Multisysteem Therapie-Child Abuse and Neglect (MST-CAN; www.mst-nederland.nl)*. Dit is een aangepaste variant van het behandelprogramma Multi Systeem Therapie (MST). MST-CAN is een intensieve vorm van behandeling voor gezinnen met jeugdigen van zes tot zeventien jaar, waarin sprake is van kindermishandeling. MST-CAN is erop gericht uithuisplaatsing vanwege kindermishandeling te voorkomen. In een meta-analyse (Van der Stouwe et al., 2014) werd MST-CAN als een effectieve interventie aangewezen om kindermishandeling te voorkomen.

Hoewel *Ambulante Spoedhulp* niet erkend is in de DEJ, laat onderzoek zien dat de interventie weliswaar geen uithuisplaatsing kan voorkomen, maar wel leidt tot een verbetering van het gezinsfunctioneren (Al et al., 2014).

Tabel 2. Overzicht van interventies om kindermishandeling te stoppen en veiligheid te bevorderen

Interventie	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) en/of het KJP
<i>Families First</i> (Damen & Veerman, 2009; 2013)	Intensief huisbezoek programma om een crisis in het gezin op te lossen, de veiligheid in het gezin te vergroten, teneinde een uithuisplaatsing van een of meer van de kinderen te voorkomen.	Gezinnen in een acute crisissituatie diedusdanig ernstig is dat de uithuisplaatsing van een of meer kinderen in het gezin dreigt.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen
<i>Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)</i>	Intensieve begeleiding aan gezinnen om 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 in het maatschappelijk functioneren van het gezin.	DEJ: Goed onderbouwd.
<i>Relationele Gezinstherapie (voorheen Functional Family Therapy -FFT)</i>	Kortdurende gezinsbehandeling, van gezinnen met 11-18 jarigen, met als doel 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>Signs of Safety™</i>	Methode voor de aanpak en bejegening van gezinsleden van gezinnen waar mishandeling aan de orde is. Doel is een samenwerkingsrelatie opbouwen met gezinnen waarin (mogelijk) sprake is van kindermishandeling; en het creëren van veiligheid voor de jeugdige met inzet van het eigen sociale netwerk	Gezinnen met jeugdigen van alle leeftijden waarover zorgen m.b.t. kindermishandeling bestaan.	DEJ: Goed onderbouwd KJP: werkzaamheid moet nog bewezen worden.
<i>Multisysteem Therapie-Child Abuse & Neglect (MST-CAN)</i>	Aangepaste variant van het behandelprogramma Multi- Systeem Therapie met als doel om uithuisplaatsing voorkomen en kindermishandeling stoppen.	Gezinnen met jeugdigen (6-17 jaar) waarbij er binnen de laatste 180 dagen een melding van kindermishandeling 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.	Niet in de DEJ KJP: Werkzaam
<i>Veilig, Sterk & Verder (VSV)</i>	Behandelmethode voor gezinnen waarin geweld aan de orde is. Er is een dader module en een trauma module (voor de kinderen en de niet beschermende ouder). De methode beoogt de veiligheid in het gezin te herstellen zodat de jeugdige zich weer veilig kan voelen in de relatie met zijn ouders. Daarnaast beoogt het programma psychopathologie (ten gevolge van het geweld) te laten afnemen.	Gezinnen waarin jeugdigen van 0 tot 18 jaar stelselmatig of levensbedreigend fysiek mishandeld worden, of getuige zijn van geweld tussen ouders.	Niet in de DEJ; KJP: werkzaamheid moet nog bewezen worden.
<i>Werkwijzen zoals:</i> - <i>Verve</i> - <i>SAVE werkwijze</i> - <i>Methode Integrale jeugdbescherming in Rotterdam,</i> - <i>Generiek gezinsgericht werken</i> - <i>Beter Beschermd</i>	Een brede benadering van de gezinnen om een ondertoezichtstelling in een gezin op te heffen en de veiligheid in het gezin te herstellen. In deze benaderingen staat de attitude van de professional centraal staat en er kunnen ook andere interventies ingezet worden.	Gezinnen waarin sprake is van mishandeling, of geweld tussen ouders en ondertoezichtstelling.	Niet in de DEJ; wordt niet vermeld door KJP

<i>Ambulante Spoedhulp (Al et al., 2014)</i>	Korte, intensieve hulp bij crisis in gezinnen. 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.	Gezinnen met jeugdigen van 0 tot 18 jaar waarin sprake is van spoedeisende problematiek of een crisissituatie.	DEJ: Niet erkend; wordt niet vermeld door KJP
--	--	--	---

Naast specifieke interventies zijn er ook meer algemene werkwijzen zoals *Veilig, Sterk & Verder (VSV; De Waag Nederland, 2013)*, en *Signs of Safety™* (Turnell & Edwards, 1999), die in aanpak afwijken van de 'traditionele' programma's. Het gaat bij deze werkwijzen namelijk 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. Het gaat om de volgende benaderingen:

- *Signs of Safety™* (Turnell & Edwards, 1999) is een benadering waarbij de professional vanuit partnerschap samenwerkt met ouders aan de veiligheid van jeugdigen. Daarbij worden er wel duidelijk bodemeisen gesteld ten aanzien van de veiligheid voor alle gezinsleden. Uitgangspunt van *Signs of Safety™* is dat ieder gezin, ook als er sprake is van kindermishandeling of -verwaarlozing, beschikt over positieve eigenschappen en een sociaal netwerk, hoe beperkt ook. Ouders en jeugdigen worden actief betrokken bij het zoeken naar praktische oplossingen voor de problemen in het gezin. Zij blijven zelf verantwoordelijk. Dit zorgt voor een beter draagvlak bij ouders. Ook kunnen soms onconventionelere oplossingen worden gevonden dan die welke de professional aandraagt. Een studie naar de effectiviteit van *Signs of Safety™* waarbij de aanpak werd vergeleken met de reguliere werkwijze in de jeugdbescherming (Vink et al., 2017) kon de meerwaarde van *Signs of Safety™* echter niet aantonen op het niveau van het opvoedgedrag, betrokkenheid van ouders bij de hulpverlening en het aantal uithuisplaatsingen;
- *Veilig, Sterk & Verder* (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;
- De vroegere Deltamethode is regionaal doorontwikkeld door Van Montfoort in samenwerking met gecertificeerde instellingen naar regionaal toegepaste, integrale werkwijzen om een ondertoezichtstelling in een gezin op te heffen en de veiligheid in het gezin te herstellen. Het gaat om werkwijzen zoals *Verve* in Overijssel, de *SAVE*-werkwijze in de provincie Utrecht, de *Methode Integrale jeugdbescherming* in Rotterdam, de *Nieuwe jeugdbescherming* in Gelderland, *Generiek gezinsgericht werken* en *Beter Beschermd*. De werkwijzen zijn nog niet onderzocht op effectiviteit.

Verder kan een familienetwerkberaad, zoals een *Eigen Kracht-conferentie (EK-C)* als besluitvormingsmodel ingezet worden, gezinnen hebben er volgens de Jeugdwet (2015) recht op om (eerst) een familienetwerkberaad te houden. In een *Eigen Kracht-conferentie* nemen gezinnen zelf de verantwoordelijkheid om problemen op te lossen met hulp van hun sociale netwerk. In de praktijk blijkt de *Eigen Kracht-conferentie* regelmatig ingezet te worden in situaties waarin een kinderbeschermingsmaatregel dreigt of zelfs van kracht is. Een *Eigen Krachtconferentie* lijkt een geschikt middel te zijn om hulp op gang te brengen samen met het netwerk, ook wanneer de rechter een ondertoezichtstelling heeft uitgesproken over een of meerdere kinderen in een gezin (Wijnen-Lunenburg et al., 2008). De studie van Dijkstra et al. (2016) laat echter zien dat Eigen Kracht-conferenties niet effectiever zijn dan de reguliere werkwijze bij het verbeteren van de kindveiligheid en het vergroten van de ervaren sociale steun. Het consortium Kindermishandeling noemt het familienetwerkberaad (zoals *Eigen Kracht conferenties*) als methodiek het minst effectief, in gezinnen waar al sprake is van kindermishandeling. Zie voor meer informatie de Nji-publicatie 'Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?' (Bartelink & Verheijden, 2015).

Discussie

Intensieve gezinsgerichte programma's zoals *Families First* (effectief) en *MST-CAN* (veelbelovend) blijken tot een verbetering te leiden in het gedrag van jeugdigen en de opvoedingsvaardigheden van ouders (Veerman et al., 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 niet onderzocht.

Uit internationale studies blijkt dat intensieve thuishulpprogramma's in crisissituaties wél een afname van kindermishandeling tot gevolg hebben (MacLeod & Nelson, 2000; O'Reilly et al., 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 minder effectief, terwijl de hulp wel effectief kan zijn in gezinnen waarbij de verwaarlozing nog maar kortgeleden begon (Berger, 2004).

Benaderingen zoals *Veilig, Sterk & Verder*, de *SAVE-werkwijze*, *Methode Integrale jeugdbescherming* in Rotterdam, de *Nieuwe jeugdbescherming*, *Generiek gezinsgericht werken*, *Beter Beschermd* en *Signs of Safety™* 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. De effectiviteit van deze werkwijzen is nog niet onderzocht, maar naar verwachting hebben dergelijke methodieken een gunstig effect op de veiligheid van de jeugdige omdat ouders zich mogelijk meer gerespecteerd en empowered voelen. De effectiviteit van *Signs of Safety™* is wel onderzocht, maar is nog niet bewezen.

9.3.3 Interventies gericht op herstel en behandeling van de gevolgen van kindermishandeling

In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven van interventies die gericht zijn op de (therapeutische) behandeling van jeugdigen om de negatieve gevolgen van kindermishandeling zo veel mogelijk terug te dringen. Ook interventies voor jeugdigen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld worden in dit overzicht opgenomen.

Het niveau van bewijs voor deze interventies is (afgaand op Nederlands onderzoek) aan de lage kant. Twee behandelingen (*Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)* en *EMDR*) worden als effectieve methoden voor de behandeling van posttraumatische stress die zich kan voordoen bij verschillende typen kindermishandeling (Gezondheidsraad, 2011; Goldman et al., 2013). De effectiviteit van de *Nederlandse Horizonmethodiek* (een vorm van traumagerichte cognitieve gedragstherapie) is in de DEJ opgenomen als goed onderbouwd. De Horizonmethodiek blijkt (seksuele) gedragsproblemen, angst, depressie, posttraumatische stress en dissociatieve problemen te verminderen (Bicanic, 2002; Huiskes & Plugge, 2004). Zes maanden na de behandeling blijken gedragsproblemen nog verder afgenomen te zijn (Huiskes & Plugge, 2004).

De gevolgen van blootstelling aan partnergeweld tussen de ouders, zijn schadelijk en vergelijkbaar met de gevolgen die jeugdigen ondervinden wanneer zij zelf mishandeld worden (Kitzman et al., 2003). Niet alleen de jeugdige heeft hulp nodig, maar ook de ouders hebben dat. Tierolf et al. (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 vermindert traumaklachten bij jeugdigen en vergroot hun gevoel van veiligheid. Behalve dat ouders hulp wordt geboden is het belangrijk dat zij zich bewust worden van de gevolgen van partnergeweld op hun kind(eren), en dat zij leren het geweld met hen bespreekbaar te maken. Een belangrijk deel van deze jeugdigen heeft tevens gespecialiseerde traumabehandeling nodig. Daarnaast zijn er laagdrempelige programma's voor jeugdigen die getuige zijn geweest van partnergeweld (Tierolf et al., 2014).

Tabel 3: Overzicht van interventies gericht op herstel en behandeling

Interventie	Doel	Doelgroep	Effectiviteit volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) en/of het KJP
<i>Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) (Cohen et al., 2008)</i>	Individuele behandeling voor jeugdigen en hun ouders. De behandeling omvat 12 tot 16 sessies met als doel traumatische ervaringen door eerdere mishandeling te verminderen. De ouders worden intensief bij de behandeling betrokken.	Jeugdigen (en hun ouders) van 3 tot 18 jaar bij wie sprake is van ernstige trauma-gerelateerde symptomen, (complexe) posttraumatische stressstoornis (PTSS), angst, depressie en gedragsproblemen als gevolg van seksueel misbruik of getuige zijn geweest van geweld tussen ouders.	DEJ: in voorbereiding KJP: werkzaamheid is aangetoond

<p><i>Horizonmethodiek (versie seksueel misbruik en trauma) (Cohen et al., 2004; Wolzak, 2006)</i></p>	<p>groepsbehandeling met twee versies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voor jeugdigen 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. - voor jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in het gezin 	<p>Voor jeugdigen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar.</p>	<p>DEJ: Goed onderbouwd</p> <p>KJP: werkzaamheid moet nog bewezen worden.</p>
<p><i>EMDR (Elling, 2009)</i></p>	<p>Behandeling voor jeugdigen (en volwassenen) die lijden aan trauma-gerelateerde stoornissen met als doel het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen die de jeugdige hebben getraumatiseerd. 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.</p>	<p>Voor jeugdigen en volwassenen die lijden aan trauma-gerelateerde stoornissen, waaronder PTSS.</p>	<p>DEJ: erkenning verlopen, ontwikkelaaris voornemens opnieuw in te dienen.</p> <p>KJP: werkzaamheid (in Nederland) moet nog bewezen worden.</p>
<p><i>Asja (Dorrepaal et al., 2011)</i></p>	<p>Een gestructureerd programma voor meisjes in de prostitutie. Het programma is erop gericht de meisjes afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te maken om te zorgen dat het meisje veilig en beschermd is tegen het loverboy-circuit; dat ze leeftijdsadequaat functioneert en zich fysiek, sociaal-emotioneel, psychisch, cognitief en seksueel goed ontwikkelt.</p>	<p>Meisjes van 12 tot 23 jaar die via loverboys in de prostitutie terecht zijn gekomen of die het risico lopen daarin te belanden.</p>	<p>DEJ: Goed onderbouwd.</p>

<i>En nu ik!</i> (Reijmers et al., 2015)	Groepsprogramma voor jeugdigen die huiselijk geweld hebben meegemaakt het voorkomen en/ of verminderen van posttraumatische stress symptomen en internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij kinderen (7 t/m 11 jaar) die gewelddadige ruzies tussen hun ouders/ opvoeders hebben meegemaakt.	Kinderen van 7 t/m 11 jaar en hun verzorgende ouders die te maken hebben gehad met gewelddadige ruzies en geweld tussen de ouders/ verzorgers van het kind. Kinderen kunnen ook deelnemen wanneer zij (nog) geen problemen vertonen.	DEJ: Goed Onderbouwd
<i>Heibel Thuis</i>	Groepsprogramma voor jongeren die huiselijk geweld hebben meegemaakt, en hun ouders. Doel is het verminderen van de gevolgen van huiselijk geweld bij de jongere door het voorkomen en/ of verminderen van de ontwikkeling van sociale, internaliserende en/ of externaliserende gedragsproblematiek bij de jongere.	Jongeren tussen 12-16 jaar die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders en zich in een (redelijk) stabiele thuissituatie bevinden. De jongeren vertonen (voortekenen/ signalen van) gedrags- en/ of emotionele problematiek gerelateerd aan het huiselijk geweld. De intermediaire doelgroep bestaat uit de ouders/ verzorgers van de jongere.	DEJ: Goed onderbouwd
<i>Tijd voor Toontje</i> (Hell et al., 2012)	Groepsprogramma voor jonge kinderen en hun moeders in de (vrouwen)opvang. Het betreft een doorlopend groepsaanbod, dat op een vast moment in de week plaatsvindt, met als doel de gevolgen van huiselijk geweld bij kinderen te voorkomen en/of verminderen en ruimte/voorwaarden te creëren voor stabiele hechting tussen kinderen en moeders.	Kinderen van 0 tot 10 jaar en hun ouders, die in een (vrouwen)opvang verblijven en getuige dan wel slachtoffer zijn (geweest) van huiselijk geweld in het gezin.	DEJ: Goed Onderbouwd
<i>Storm en Spetters</i> (Van Heteren, 2014)	Groepsbijeenkomsten voor kinderen en ouders met als doel het 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.

<i>Blijf van mijn mama af!</i>	Ouder-kindpsychotherapie voor jonge kinderen die getuige of slachtoffer zijn (geweest) van huiselijk geweld. Doel is de emotionele en fysieke veiligheid van het kind te herstellen in geval van huiselijk geweld	Kinderen (0-5 jaar) en hun ouders die te maken hebben met huiselijk geweld	Niet in de DEJ KJP: werkzaamheid moet nog onderzocht worden.
<i>Piep zei de muis en Billie Boem</i>	Groepsbijeenkomsten voor kinderen die thuis veel meemaken op het gebied van stress en spanningen. Doel is het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen.	Kinderen (4-8 jaar; resp. 8-12 jaar) die opgroeien in een gezin met lage SES en ten minste één ouder psychische problemen en/of verslavingsproblemen	In opname -procedure DEJ Veel gebruikt in de praktijk.
<i>Let op de kleintjes (De Ruiter, 1999; Lamers-Winkelmann, 2003)</i>	Groepsbijeenkomsten waarin kinderen wordt geleerd hoe zij hun emoties kunnen uiten en hoe daar goed mee om kunnen gaan Naast de bijeenkomsten voor kinderen zijn er parallel bijeenkomsten voor de (verzorgende) ouders. Meer specifieke doelen zijn: - zorgen dat de jeugdige zijn ervaringen kan verwerken; - zorgen dat de gevolgen van die ervaringen verminderen en de jeugdige zich meer beschermd gaat voelen - Moeder ondersteunen in haar ouderrol.	Jeugdigen van 6 tot 12 jaar die getuige zijn (geweest) van geweld in huis; en hun moeders.	Niet in de DEJ, Niet vermeld door KJP. Basis voor veel psycho-educatieve programma's die zich richten op jonge kinderen die te maken hebben met geweld.

9.3.4 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk hebben we een overzicht gegeven van drie groepen interventies:

- preventieve interventies voor gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling;
- interventies om kindermishandeling te stoppen en de veiligheid te bevorderen in gezinnen met (signalen van) kindermishandeling (inclusief het getuige zijn (geweest) van geweld in het gezin), of in gezinnen waarvoor een kindbeschermingsmaatregel geldt;
- interventies die gericht zijn op behandeling en herstel van de gevolgen van kindermishandeling.

Samengevat:

Preventieve interventies

- Vijf interventies zijn effectief (klein effect) in het verbeteren van het opvoedgedrag en het verminderen van gedragsproblemen bij de jeugdige: *VIPP-SD*, *Incredible Years*, *PCIT*, *PMTO* en *Triple P Niveau 4 en 5*. Het is niet vastgesteld of al deze programma's ook daadwerkelijk kindermishandeling voorkomen.
- Effectieve interventies richten zich met name op het vergroten van het competentiegevoel bij ouders, het bijsturen van verwachtingen bij ouders over de opvoeding, het vergroten van hun opvoedvaardigheden, en het aanpakken van GGZ-problematiek bij ouders.
- Ouders stimuleren om lokale voorzieningen te gebruiken en het inzetten op het vergroten van kennis bij ouders over de ontwikkeling van kinderen werken contra-productief. Het is echter nog niet helemaal duidelijk hoe deze bevindingen geïnterpreteerd moeten worden.

Interventies om kindermishandeling te stoppen en veiligheid te bevorderen

- Intensieve gezinsgerichte programma's blijken tot een verbetering te leiden in het gedrag van jeugdigen en de opvoedingsvaardigheden van ouders.
- Slechts één behandeling (*Families First*) is effectief gebleken in het herstellen van de veiligheid in gezinnen. *MST-CAN* (een aangepaste versie van *Multisysteem therapie*) is veelbelovend.
- Benaderingen zoals *Veilig, Sterk & Verder*, *Signs of Safety™* zijn nog niet effectief gebleken.

Interventies gericht zijn op herstel en behandeling

- Traumagerichte *Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)* en *EMDR* worden internationaal gezien als effectieve methoden voor de behandeling van posttraumatische stress die zich kan voordoen bij verschillende typen kindermishandeling. In Nederland moet de effectiviteit nog verder onderzocht worden. TF-CGT is in voorbereiding voor opname in de DEJ, de erkenning van EMDR is verlopen. TF-CGT wordt door het KJP als effectief beoordeeld.
- De Nederlandse *Horizonmethodiek* (een vorm van traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij seksueel misbruik en trauma) is theoretisch goed onderbouwd voor de behandeling van seksueel misbruikte jeugdigen.
- Herstelgerichte interventies hebben meer kans van slagen wanneer de hulp zich richt op meerdere domeinen en betrokkenen (jeugdige, ouders, het gezin), 'abuse-specifiek' is, een cognitief-gedragsmatig uitgangspunt heeft, in samenhang en op maat aangeboden wordt. gericht is op het gehele gezin, substantiële duur en intensiteit heeft, uitgaat van de kracht van het gezin, en als de ouders achter de behandeling staan, de problemen van hun kind serieus nemen en erkennen wat er gebeurd is (Gezondheidsraad, 2011; Ten Berge et al., 2012).
- Bij herstel en behandeling heeft een systeemgerichte benadering de voorkeur.
- Doorgaans is psychotherapie nodig voor jeugdigen om hun trauma te kunnen verwerken.

9.4 Aanbevelingen

- Bied ouders met een verhoogd risico op kindermishandeling een erkend opvoedingsondersteunend programma aan dat zich richt op:
 - het vergroten van het competentiegevoel bij de ouders,
 - het bijsturen van de verwachtingen bij de ouders over de opvoeding,
 - het vergroten van hun opvoedvaardigheden en persoonlijke vaardigheden,
 - behandeling van of leren omgaan met GGZ-problematiek van de ouders.
- Wanneer sprake blijkt van kindermishandeling:
Maak een veiligheidsplan om kindermishandeling te stoppen en de veiligheid in het gezin te herstellen en te bevorderen. Werk met het hele gezin en het sociaal en professioneel netwerk aan het gemeenschappelijk hoofddoel (veiligheid) via concrete haalbare doelen, en versterk de positieve krachten van het gezin. Werk zoveel mogelijk met goed onderbouwde interventies en programma's.
- Ga na welke hulp, gericht op de eigen (psychiatrische en psychosociale) problemen, ouders en jeugdigen nodig hebben.
- Geef jeugdigen vanaf ongeveer 8 jaar (of jonger afhankelijk van ontwikkelingsleeftijd) minimaal psycho-educatie die de jeugdige o.a. 'ontschuldigt' en uitlegt dat ieder kind recht heeft op veiligheid;
- Bied jeugdigen die getuige zijn geweest van geweld in huis een gerichte interventie aan, ingebed in een gezinsgericht programma; bied jeugdigen indien nodig aanvullend individuele traumabehandeling aan.
- Bied ouders bij kinderverwaarlozing de volgende hulpvormen (gelijktijdig) aan:
 - hulp gericht op opvoedvaardigheden;
 - hulp gericht op het vervullen van de basisbehoeften van jeugdigen;
 - hulp gericht op de eigen (psychiatrische en psychosociale) problemen.
- Blijf kritisch de veiligheid van de jeugdige monitoren, plus de effecten van de interventies of methodieken die worden ingezet.
- Spreek altijd expliciet met betrokken professionals en ouders af wie de regie heeft over de hulp rond het gezin.

Literatuur

Aar, J. V. van, Asscher, J. J., Zijlstra, B. J., Deković, M., & Hoffenaar, P. J. (2015). Changes in parenting and child behavior after the home-start family support program: A 10 year follow-up. *Children and youth services review, 53*, 166-175.

Addink, A., Lekkerkerker, L., Van Yperen, & Van Dam, C. (2017). *Zelfredzaamheidschaal voor jeugdigen (ZRJ)*. Handleiding voor het meten van zelfredzaamheid van jeugdigen en ouders in de jeugdsector. Nji/Praktikon.

Aegisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., & Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341–382.

Ahmadabadi, Z., Najman, J. M., Williams, G. M., Clavarino, A. M., d'Abbs, P., & Abajobir, A. A. (2018). Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 23-3*.

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.

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)*. TNO Child Health, Universiteit Leiden, Centrum voor Gezinsstudies.

Alink, L., Prevoe, M., Berkel, S. van, Linting, M., Klein Velderman, M., & Pannebakker, F. D. (2018). *NPM-2017: Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden University, Institute of Education and Child Studies / TNO Child Health.

Assink, M., Put, C. van der, Kuiper, K., Mulder, T., & Stams, G. J. (2016). *Risicofactoren voor kindermishandeling: Een meta-analytisch onderzoek naar risicofactoren voor seksuele mishandeling, fysieke mishandeling en verwaarlozing*. Universiteit van Amsterdam.

Assink, M., Put, C. van der, Meeuwse, M. W. C. M., Jong, N. M. de, Oort, F. J., Stams, G. J., & Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 145*(5), 459–489. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000188>

Augeo Foundation (2013a). *Handleiding kindcheck voor ggz en verslavingszorg*.

Augeo Foundation. Augeo Foundation (2013b). *TKM-special professionaliteit & professionalisering*. www.tijdschriftkindermishandeling.nl.

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

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

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

Baeten, P. m.m.v. Van Beurden, M, Haxe, I., Janssen, L., Mourits, E. en Hille Ris Lambers, N. (2019). *Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019*. Landelijk Netwerk Veilig Thuis.



Bakker, L. W. H. (2001). *Pedagogische Variabelen Lijst (PVL): De ontwikkeling van een pedagogisch diagnostisch instrument voor de gezinsvoogden van de Ambulante Jeugdbescherming en Jeugdhulpverlening van het Leger des Heils (AJL)*. Garant.

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

Bartelink, C., Berge, I. ten, & Prakken, J. (2017) *Veiligheid en risico's inschatten: wat helpt? De zin en onzin van risicotaxatie-instrumenten*. Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C., Berge, I. J. ten, & Vianen, R. T. van (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bartelink, C., Berge, I. ten, & Yperen, T. van (2010). *Beslissen over effectieve hulp: Wat werkt in indicatiestelling*. Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C., Eijgenraam, K., Kooijman, K., Daru, S. & Gastel, W. van (2014). *Ontwikkeling en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een risicotaxatie-instrument Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag*. Nederlands Jeugdinstituut.

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. de, Berge, I. ten, Witteman, C., & Gastel, W. van (2015). *Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK. Eindrapport LIRIK valideringsonderzoek*. Nederlands Jeugdinstituut / Radboud Universiteit.

Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2015). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2015). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., & O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1098-1109.

Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2013). *Protocol Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek*. 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.

Berge, I. ten (2012). *Is dit kind thuis veilig? Wegwijzer bij de beoordeling van veiligheid van kinderen*. 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*. SWP.

- Berge, I. ten, Bartelink, C., & Kwaadsteniet, L. de (2011) *Beter beslissen over kindermishandeling. Onderzoek naar de effecten van gestructureerde oordeelsvorming middels ORBA*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I. ten, Eijgenraam, K., & Bartelink, C. (2014). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK). Toelichting en instructie*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I. ten, & Vinke, A. (2006). *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling: Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies-en Meldpunt Kindermishandeling*. NIZW Jeugd / Adviesbureau Van Montfoort.
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review, 26*, 725-748.
- Bicanic, I. (2002). *Evaluation of a group treatment for sexually abused children in the Netherlands*. Vrije Universiteit & Kinder- en Jeugdtraumacentrum.
- Blanckstein, A., van der Rijken, R. E. A., Vuyst, K. D., Bruijn, J. D., Moonen, X. M. H., Leunissen, J., & Didden, H. C. M. (2017). Multisysteemtherapie voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun ouders: Een onderzoek naar de effectiviteit van een ambulante systeemgerichte interventie. *Directieve Therapie, 36*, 204-219.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. 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., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409-438.
- 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.
- 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. De Bascule.
- 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*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Amsterdam: Boom
- 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.

- Cuijpers, P., & Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie: een systematisch overzicht van meta-analyses. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(34), 1892-1897.
- Dalgleish, L. I. (1997). *Risk assessment and decision-making in child protection*. 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*. Praktikon.
- Damen, H., & Veerman, J. W. (2013). Voorkomen van uithuisplaatsing bij Families First door behandelingsgetrouw handelen. *Kind & Adolescent*, 34, 147-164.
- Development Services Group (2013). *Protective factors for Populations Served by the administration on children, youth and families: A literature review and theoretical framework*. 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*. De Waag Nederland.
- Dijkstra, S., Creemers, H., Asscher, J., & Stams, G. J. (2016). *De inzet van familienetwerkberaden in de jeugdbescherming*. Universiteit van Amsterdam.
- Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45-68.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., & Draijer, N. (2011). *Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling*. Handboek. Pearson.
- Draaisma, N. (2014). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'NIKA'*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 20-11-2019 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Durinck, K., & Racquet, L. (2003). *Opvoedingsondersteuning. Inventaris voor begeleiders*. Maklu.
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.
- Eliëns, M., & Prinsen, B. (2017). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Kortdurende Video-Hometraining'*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 10-11-2019 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Elling, M. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)'*. 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*. GGD Rotterdam Rijnmond / Van Montfoort Collegio.
- Elwyn, G., & Charles, C. (2001). Shared decision making: The principles and the competences. In A. Edwards & G. Elwyn (Eds.), *Evidence-based patient choice: Inevitable or impossible* (pp. 118-143). Oxford University Press.
- Ende, P. van der, Korevaar, L., van, Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). Ouders met ernstige psychische aandoeningen; Epidemiologische gegevens. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(11), 851-856.

- Fassaert, T., Lauriks, S., Buster, M., Wit, M. de, Weerd, S. van de, & Schönenberger, M. (2013). *ZRM supplement: Ouderschap. Handleiding & toelichting*. GGD Amsterdam.
- 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.
- Fleuren, M. A. H., & Pannebakker, F. D. (2015). *Kennisynthese Kinderen en jongeren met trauma gerelateerde klachten in Nederland*. TNO.
- 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.
- 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.
- Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Gezondheidsraad.
- Geurts, E., Hokwerda, Y, Bouma, H., Winder, L., Hoefnagels, C. (2018). *Handreiking Participatie van kinderen in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Ministerie van VWS.
- 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.
- Goldman Fraser, J., Lloyd, S., Murphy, R., Crowson, M., Zolotor, A. J., Coker-Schwimmer, E., & Viswanathan, M. (2013). A comparative effectiveness review of parenting and trauma-focused interventions for children exposed to maltreatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *34*, 353-368.
- Graaf, H. de, Borne, M. van den, Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017) *Seks onder je 25ste. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers / Soa Aids Nederland.
- Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, & Have, M. ten (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Trimbos-instituut.
- Hafekost, K., Lawrence, D., O'Leary, C., Bower, C., O'Donnell, M., Semmens, J., & Zubrick, S.R. (2017) Maternal alcohol use disorder and subsequent child protection contact: A record-linkage population cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 206-214.
- Hanrahan-Cahuzak, M. (2002). *Mum to mum: An evaluation of a community based health promotion programme for first-time mothers in the Netherlands*. Proefschrift Universiteit van Wageningen.

- 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.
- Hell, M., Ruinaard, M., Eringa, M., Geutjes, S., Grit, M., Petrovic-Dadic, D., & Vervoort, A. (2012). *Methodiek Tijd voor Toontje. Een steunend en stabiliserend programma voor kinderen en hun moeders in de opvang, die huiselijk geweld in het gezin hebben meegemaakt*. Blijf Groep.
- Hermanns, J. (2006). California Family Risk Assessment (Nederlandse versie). H&S Consult. Eteren, J. van (2014). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Storm en Spetters'*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Hoogland, M. (2014). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Video-hometraining (VHT) in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd'*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 10-11-2019 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: 145.
- 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.
- Huiskes, S. & Plugge, K. (2004). *Het effect van de Horizonmethode, een therapie voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Huizink, A. C. (2014). Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: Overview of studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 52, 45-52.
- 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*. 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., Yperen, T. van, & Valkestijn, M. (2013) *Top tien positieve ontwikkeling jeugd. Beschermende factoren in opvoeden en opgroeien*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Jacobson, N. C. (2016). Current evolutionary adaptiveness of psychiatric disorders: Fertility rates, parent-child relationship quality, and psychiatric disorders across the lifespan. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 824. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000185>.
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2011). *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective*. 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.

Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A., & Riis, J. (2013) The Science of Early Life Toxic Stress for Pediatric Practice and Advocacy. *Pediatrics*, 131(2), 319–327. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469>.

Jong, A. de, Stremmelaar, B., & Looij, J. (2014). *Goed genoeg opvoederschap: Handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking*. De Amerpoort. Gedownload van www.amerpoort.nl/.

Jong, E. M. de (2004). *Kind in nood II: Besluitvormingsprocessen en risicotaxatie in multidisciplinair teamverband*. Universiteit van Amsterdam.

Jong, N. de, & Meeuwssen, M. (2014). *Predictieve factoren seksueel misbruik bij kinderen: Een multi-level meta-analyse*. Ongepubliceerde masterscriptie Forensische Orthopedagogiek, 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.

Juffer, F., Struis, E., Werner, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2017). Effective preventive interventions to support parents of young children: Illustrations from the Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPPSD). *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(3), 202-214.

Kaal, H., Overvest, N. & Boertjes M. (Eds.) (2014). *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen*. Den Haag: Boom Lemma.

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.

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., & Pannebakker, F. D. (2008). *Primaire preventie van kindermishandeling: Bekende, gebaande en gewenste paden* Leiden. TNO.

KNMG (2012). *Handreiking Beroepsgeheim en Politie/Justitie*. KNMG.

KNMG (2019). *KNMG-Wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen*. KNMG.

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*. NIZW.

Koper, M., Prins, C. & Rijnberk, C. (2018). *Kwetsbaar ouderschap en gezinspsychiatrie*. Gedownload op 17-1-2020 van www.assets.trimbos.nl/docs/1d0ce63a-a5c2-4a29-aa37-c010af053b29.pptx.

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., Hekkink, 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.

Kwakman, E. H. G., & Polders, J. (2017). *Handreiking Praten met kinderen bij mogelijk seksueel misbruik*. Openbaar Ministerie / Raad voor de Kinderbescherming.

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

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

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

Lauriks, S., Buster, M., Wit, M. de, Weerd, S. van de, Theunissen, V., Schönenberger, M., & Fassaert, T. (2013). *Zelfredzaamheids-Matrix 2013. Handleiding*. GGD Amsterdam.

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.

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 www.multisignaal.nl/wp-content/uploads/2015/06/model-samenwerkingsconvenant-verwijsindex.pdf.

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

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Handreiking Toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling*. Ministerie van VWS.

Mulder, T. M., Kuiper, K. C., Put, C. E. van der, Stams, G. J. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect, 77(C)*, 198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>.

- 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*. Nationaal Rapporteur.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2018). *Slachtoffermonitor seksueel geweld tegen kinderen 2016*. Nationaal Rapporteur.
- National Institute for Health and Care Excellence (2009) *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline 89*. London: National Institute for Health and Care Excellence
- NVK (2006) *De richtlijn Apparent Life Threatening Event*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.
- 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. 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.
- Olf, M. (2005). *Nederlandse vertaling van de Children's Impact of Event Scale (CRIES-13). Herziene Kinderschokverwerkingslijst*. AMC de Meren, afdeling psychotrauma.
- 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.
- Parker, S. (2009). *The safety house: A tool for including children in safety planning*. Aspirations Consultancy.
- Pijnenburg, H. M. (1996). *Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences. Exploring a domain*. Proefschrift, NICI.
- Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL)*. Handleiding. Bohn Stafleu van Loghum.
- Prindle, P., Hoerr, J. J., Heard, A. M., Baker, M. M., Fogel, J., Glassgow, A. E., Kling, W. C., Clark, M. D. & Ronayne, J. P. (2018). Prenatal substance exposure diagnosed at birth and infant involvement with child protective services. *Child Abuse & Neglect*, 75-83.
- Programma Professionalisering Jeugdhulp & Jeugdbescherming (2016). *Kwaliteitskader Jeugd. Toepassen van de norm van de verantwoorde werktoedeling in de praktijk. Versie 2.0*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Put, C. van der, & Assink, M. (2018). Misvattingen in de Nederlandse visie op risicotaxatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(8), 508-510.
- Put, C. van der, Assink, M., Gubbels, J., Lent, J. van, & Stams, G.-J. (2018). *De ontwikkeling van ARIJ-Needs: Een instrument voor behoeftetaxatie in jeugdbescherming*. Universiteit van Amsterdam.

- Put, C. van der, Assink, M., & Stams, G. J. M. (2016). Het voorspellen van problematische opgroei- of opvoedingssituaties. Onderzoek naar de predictieve validiteit van het LIRIK en de ontwikkeling van een Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ). *Kind & Adolescent*, 37, 133-145.
- Put, C. van der, Boekhout, N., Solinge, J. van & Gubbels, J. (2017) *Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling Samenvatting Eindrapport Voorstudie Fase 1. Consortium effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling*. Universiteit van Amsterdam / ZonMw (projectnummer 741100001).
- Put, C. E. van der, Hermanns, J., & Sondeijker, F. (2016). Inschatten van het risico op kindermishandeling bij aanvang van gezinsinterventies: De predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de California Family Risk Assessment (CFRA). *Kind & Adolescent*, 37, 213-229.
- 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 (Eds). *Medisch handboek kindermishandeling*, pp. 395-413. Bohn Stafleu van Loghum.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Reijmers, E., Mommers, J., Overbeek, M., & Weijns, C. (2015). *Handleiding Groepsaanbod En nu ik...! Een laagdrempelig en preventief interventieprogramma voor kinderen van 7 t/m 11 die getuige zijn geweest van geweld en ruzies thuis en hun ouders*. Blijf Groep.
- Roberts, A. R., & Everly, G. S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.
- Romijn, G., Graaf, I. de, & Jonge, M. de (2010). *Kwetsbare kinderen. Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2018). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Nederlands Jeugdinstituut.
- Rossum, J. van, Berge, I. ten, & Anthonijsz, I. (2008). *Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Ruiter, A. de (1999). Let op de Kleintjes. *Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. 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*, 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. (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 Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379.
- San Diego County Child Protection Team (2012). *Child victim witness checklists*. Gedownload op 14-10-2015 van www.chadwickcenter.org/Documents/Checklist-20Online20version20-2001.2013.pdf.

Schellingerhout, R., & Ramakers, C. (2017). *Scholierenonderzoek Kindermishandeling 2016*. Instituut voor Toegepaste Sociologie & Radboud Universiteit.

Shazer, S. de (1993). Creative misunderstanding: There is no escape from language. In S. Giligan & R. Price (Eds), *Therapeutic Conversations*, 1, 81-90. WW Norton & Co.

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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>.

Slot, N.W. , & Montfoort, A. van (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. PI Research / Van Montfoort.

Smit, F., Vlasveld, M., Beekman, A., Cuijpers, A., Schoevers, R., Ruiter, M., & Boon, B. (2013). *Depressiepreventie: Stand van zaken, nieuwe richtingen*. Programmeringsstudie ZonMw, Trimbos-instituut.

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.

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

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.

Stoll, J., Bruinsma, W., & Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg? Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Utrecht: NIZW.

Stouwe, van der, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & Laan, P. H. van der (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 468-481.

Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.

Tierolf, B., Lünemann K., & Steketee, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Verwey-Jonker instituut.

Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. 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*. Bohn Stafleu van Loghum.

Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008a). Protective factors and the development of resilience in the context of neighborhood disadvantage. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(6), 887-901.

- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008b). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 11, 30-58.
- Veerman, J. W., Janssens, J., & Delicat, J. W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25, 176-196.
- Verdurmen, J., Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2007). *Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de 'Netherlands mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Trimbos-instituut.
- 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*. Radboud Universiteit / Praktikon.
- Verwey-Jonker instituut (2016) *Factsheet Werkt de aanpak van kindermishandeling en partnergeweld?* Utrecht/Driebergen: Verwey-Jonker instituut/Augeo Foundation
- Vial, A., Put, C. E. van der, Assink, M., & Stams, G. J. J. M. (2017). *De doorontwikkeling van de ARJ-veiligheidstaxatie: Onderzoek naar de inhoudsvaliditeit en bruikbaarheid*. Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Forensische Orthopedagogiek.
- Vink, R., Pal, S. van der, Eekhout, E., Pannebakker, F., & Mulder, T. (2016). *Ik heb al veel meegemaakt. Ingrijpende jeugdervaringen (ACE) bij leerlingen in groep 7/8 van het regulier basisonderwijs*. TNO/Augeo Foundation Jongerentaskforce.
- Vink, R., Wolff, M. S. de, Dommelen, P. V., Bartelink, C., & Veen, S. (2017). *Empowered door Signs of Safety? Onderzoek naar de werkzaamheid van Signs of Safety in de jeugdzorg*. TNO Child Health.
- Vink, R. M., Dommelen, P. van, Pal, S.M. van der, Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Klein Velderman, Haagmans, M., Mulder, T. & Dekker, M. (2019). Self-reported adverse childhood experiences and quality of life among children in the two last grades of Dutch elementary education. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104051. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104051>.
- Vogtländer, L., & Arum, S. van (2016) *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risico gestuurde zorg. Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld, seksueel geweld en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*. VNG / GGD GHOR Nederland.
- 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*. GGD GHOR Nederland.
- Vries, J. N. de, Willems, D. L., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2005). *Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Universiteit van Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam
- Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years - A troubleshooting guide for parents of children ages 2-8 years*. Umbrella Press.
- Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren*. 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.

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

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*, 867-880.

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*. PI Research / WESP Jeugdzorg.

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

Willems, D. L., Vries, J. N. de, Isarin, J., & Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: An explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(7), 537-544.

Wolzak, A. (2006). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Horizonmethodiek'*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-10-2015 van www.nji.nl/jeugdinterventies.

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

Zanden, R. van der, Meeuwissen, J., Havinga, P. Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M., Besselink, R., Celi, P., Dijk, J. van, Doesum, K. van, Meerendonk, M. van, Tesselaar, S., & Hosman, C. (2017). *Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. 3e herziene druk 2017. Trimbos-instituut.

Zeijl, J. van, Mesman, J., IJzendoorn, M. H. van, Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M., Alink, R.A., Koot, H.M. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 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.

ZonMw Publicatie *Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling, Samenvatting Eindrapport*. Voorstudie Fase 1. (ZonMw-projectnummer 741100001). Gedownload van https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/Kindermishandeling/Publicatie_Effectief_vroegtijdig_handelen_ter_voorkoming_van_kindermishandeling_digitaal_def.pdf

Zoon, M., & Rooijen, K. van (2018). *Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders?* Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage

Samenstelling herzieningswerkgroep en ontwikkelwerkgroep



Herzieningswerkgroep

Remy Vink (voorzitter en projectleider)	TNO Child Health
Marianne de Wolff (projectmedewerker)	TNO Child Health
Evelien Kroeze	Jeugdbescherming Overijssel
Habiba Haaras	Samen Veilig Amersfoort
Janet Nieuwland	Jeugdbescherming Overijssel
Lenny Konijn	Parlan
Marie Anne de Bruijn	CJG Barneveld
Mariska Ynema	Sociaal team Woudenberg
Jeroen Brouwer	Samen Veilig Utrecht
Claudia van der Put	Universiteit van Amsterdam (consortium Kindermishandeling)

Ontwikkelwerkgroep

Ingrid ten Berge (voorzitter)	Nederlands Jeugdinstuut
Sonja Ariëns	BJZ/Veilig Thuis Brabant Noordoost / NIP
Mariska de Baat	Nederlands Jeugdinstuut
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	Lijn 5
Nico van Oosten	Movisie
Marieke van Oosteren	De Rading / NVO
Vera Schuller	Lid namens Raad voor de Kinderbescherming



