



wetenschappelijk bureau voor [onderzoek](#),
[expertise](#) en [advies](#) op het gebied van
[leefwijzen](#), [verslaving](#) en daaraan
gerelateerde maatschappelijke
ontwikkelingen

Toeleiding naar zorg bij kindermishandeling

Inzicht in de toeleiding naar hulpverlening vanuit Bureau Jeugdzorg

Maartje Cobussen
Alice Hammink
Ireen de Graaf
Elske Wits
Dike van de Mheen

Colofon

Toeleiding naar zorg bij kindermishandeling

Inzicht in de toeleiding naar hulpverlening vanuit Bureaus Jeugdzorg

Auteurs:

Maartje Cobussen

Alice Hammink

Ireen de Graaf

Elske Wits

Dike van de Mheen

Met medewerking van: Collin Hoogeveen (Bureau Alpha) en Mariët Brandts

Met dank aan: Bureau Jeugdzorg Noord-Holland (regio Midden- en Zuid-Kennemerland), Bureau Jeugdzorg Limburg, Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Rotterdam, 18 december 2014



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T +31 10 425 33 66
E secretariaat@ivo.nl
W www.ivo.nl

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Achtergrond	4
1.2	Toeleiding naar zorg bij gevallen van kindermishandeling	5
1.3	Transitie Jeugdzorg	5
1.4	Vraagstelling	5
1.5	Leeswijzer	6
2	Methode	7
2.1	Dataverzameling	7
2.2	Analyse	8
3	Kindermishandeling en de gevolgen hiervan	10
3.1	Typen kindermishandeling	10
3.2	Gevolgen van kindermishandeling	11
4	Risicotaxatie en besluitvorming over hulpverlening	12
4.1	Werkwijze deelnemende Bureaus Jeugdzorg	12
4.2	Risicotaxatie, beoordeling en besluitvorming over hulpverlening	13
5	Kenmerken van gezinnen waar sprake is van kindermishandeling	16
5.1	Kenmerken van alle gezinnen	17
5.2	Risicofactoren voor kindermishandeling	17
5.3	Soorten hulpverlening	18
6	Negen profielen van kindermishandeling	21
6.1	Toelichting op de profielen	21
6.2	Profiel 1: Kinderen die ooggetuige zijn (geweest) van partnergeweld en daarna naar traumabehandeling zijn doorverwezen	22
6.3	Profiel 2: Kinderen met gedrag- of ontwikkelingsproblemen die ooggetuige zijn (geweest) van partnergeweld en waarbij geen traumabehandeling is ingezet	24
6.4	Profiel 3: Middelenproblematiek bij één of beide ouders	27
6.5	Profiel 4: Kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik	29
6.6	Profiel 5: Kinderen die thuis wonen bij hun moeder die psychische problemen heeft	32
6.7	Profiel 6: Pedagogische onmacht van ouders bij kinderen met gedragsproblemen	34
6.8	Profiel 7: Vechtscheiding zonder relationeel huiselijk geweld	36
6.9	Profiel 8: Jonge kinderen die fysiek zijn of worden mishandeld	38
6.10	Profiel 9: Onthouden van (medische) zorg	40
7	Samenvatting en conclusie	43
7.1	Beantwoording onderzoeksvragen	43
7.2	Veranderingen in de (jeugd)zorg	46
7.3	Kanttekeningen bij het onderzoek	47
7.4	Tot slot	48
	Literatuur	49
	Bijlage 1: Scoringsformulier voor dossieronderzoek	51
	Bijlage 2: Afspraken over dataverzameling uit dossiers	60
	Bijlage 3: Topiclijst aanvullende interviews overige BJz's	62

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Kindermishandeling staat in Nederland al jaren in de politieke en maatschappelijke belangstelling. In 2007 werd onderzoek gepubliceerd over de aard en omvang van kindermishandeling in het jaar 2005 aan de hand van twee studies. In het eerste onderzoek, de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling (NPM) (van IJzendoorn et al., 2007) werd de omvang van kindermishandeling in 2005 door professionals geschat op ruim 100.000 (3% van alle kinderen in de leeftijd van nul tot en met zeventien jaar). Het tweede onderzoek 'Scholieren over Mishandeling' (SOM) (Lamers-Winkelmann, Slot, Bijl, & Vijlbrief, 2007) is gebaseerd op de ervaringen van jeugdigen zelf. De omvang van kindermishandeling werd geschat op ruim 160.000 scholieren (37%). De uitkomsten van de SOM en de NPM-2007 onderzoeken zijn niet goed te vergelijken vanwege verschillen in onderzoeksgroep, uitkomstmaat en gehanteerde methodiek. In 2010 is in opdracht van het Ministerie van Jeugd en Gezin een herhaald onderzoek naar de prevalentie van kindermishandeling uitgevoerd door de Universiteit Leiden en TNO (Alink et al., 2010). Hieruit blijkt dat het aantal slachtoffers van kindermishandeling in ieder geval niet gedaald is. Meer beleidsmatige en preventieve aandacht voor kindermishandeling heeft wel geleid tot een toename in het aantal meldingen, maar nog niet tot een merkbare daling in het feitelijk aantal slachtoffers. Volgens de tweede NPM (oordeel deskundigen) is de prevalentie 3,4% in 2010. Volgens het deelonderzoek bij scholieren (waar een ruimere definitie wordt gehanteerd) heeft ruim een derde ooit met één of meerdere vormen van kindermishandeling te maken gehad. Ook dit is geen significante daling ten opzichte van het scholierenonderzoek van 2007.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid bracht in januari 2011 een rapport uit (na bestudering van 27 gevallen van kindermishandeling met fatale en bijna fatale afloop), waarin wordt aangegeven dat de overheid onder de huidige omstandigheden onvoldoende in staat is om haar verantwoordelijkheid voor de veiligheid van jonge kinderen tussen 0 en 12 jaar binnen gezinnen waar te maken. De Onderzoeksraad geeft als aanbeveling dat de professionaliteit in het kindveiligheidsstelsel moet worden vergroot (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011). In het Actieplan Aanpak Kindermishandeling 'Kinderen Veilig thuis' van oud-Minister Rouvoet en het voorstel van RAAK (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling) wordt aangegeven dat zorgprogramma's nodig zijn, waarbij een integrale benadering van het gezin wordt gehanteerd en die intersectoraal zijn (Programmaministerie Jeugd en Gezin, 2007). Ook het advies van de Gezondheidsraad inzake Kindermishandeling (2011) bevestigt de noodzaak van een integrale benadering. Ook daarin constateert men dat de behandeling van slachtoffers van kindermishandeling voor verbetering vatbaar is (Gezondheidsraad, 2011). Met het 'Actieplan aanpak kindermishandeling 2012-2016: Kinderen Veilig', en het instellen van de Taskforce Kindermishandeling en Seksueel Misbruik zet de Rijksoverheid dit programma en de aanpak van kindermishandeling voort.

De invoering van de Regionale aanpak kindermishandeling van 2008 tot 2010 heeft geresulteerd in vele nieuwe werkwijzen, samenwerkingsafspraken, plannen en instrumenten om te komen tot een sluitende aanpak van kindermishandeling (Van Rooijen, Berg, & Bartelink, 2013). De jeugdzorg heeft de afgelopen jaren een professionalisering doorgemaakt, waarin deze nieuwe werkwijzen en intensievere samenwerking in de keten een plek hebben gekregen. In de verschillende regio's zijn onafhankelijk van elkaar deze veranderingen ingezet, maar de aanpakken hebben veelal een vergelijkbare basis. Veel regio's gebruiken inmiddels de benaderingswijze 'Signs of Safety' als uitgangspunt voor hun werkwijze. In deze benaderingswijze staat het gezin en diens netwerk centraal. De focus ligt hierbij ook op de krachten van het gezin, in plaats van alleen op de zorgen. Ook is er groeiende aandacht voor een integrale benadering van zorgverlening. Samenwerking tussen organisaties is steeds belangrijker geworden, in de toeleiding naar zorg maar ook met betrekking tot de coördinatie van hulpverlening. In veel regio's wordt gewerkt volgens het principe van 1 gezin 1 plan 1 regisseur, waarbij één organisatie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de aanwezige hulpverlening in een gezin. Zeker waar het gaat om multiprobleem-gezinnen – waar vaak ook kindermishandeling speelt – is het van belang om langdurig en intensief, op meerdere terreinen tegelijk, goed gecoördineerde hulpverlening in te zetten (Zoon & Berg-Le Clercq, 2013).

1.2 Toeleiding naar zorg bij gevallen van kindermishandeling

Specifiek gericht op de aanpak van kindermishandeling wordt de laatste jaren steeds meer samen gewerkt in multidisciplinaire teams, om (herhaling van) kindermishandeling te voorkomen en vanuit de thuissituatie behandeling te bieden aan gezinnen waar sprake is van kindermishandeling. Onlangs zijn zes van deze Nederlandse initiatieven voor een multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling geëvalueerd (Hurdeman & De Jong, 2014). Belangrijk onderscheid van deze initiatieven ten opzichte van de meer klassieke aanpak van kindermishandeling is het gezamenlijk beoordelen en diagnosticeren van een casus aan de start van het hulpverleningstraject. De structurele samenwerking en afstemming zorgen voor meer zicht op elkaars organisaties en disciplines, wat een goede basis geeft voor een integrale aanpak van (vermoedens van) kindermishandeling direct vanaf het begin van het traject.

In Nederland komen gezinnen waar kindermishandeling speelt op dit moment terecht bij Bureau Jeugdzorg¹. Er zijn verschillende routes die gezinnen kunnen doorlopen. Gezinnen komen binnen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), de 'vrijwillige' hulpverlening (in sommige regio's 'drang' genoemd) of de jeugdbescherming. Sommige gezinnen doorlopen al deze trajecten. Bureau Jeugdzorg is er voor de veiligheid van het kind. De eerste stap van een hulpverleningstraject met een gezin is de inschatting van de veiligheid voor de kinderen binnen het gezin. Vervolgens wordt gekeken naar de risicofactoren en de gevolgen van kindermishandeling. Bureau Jeugdzorg beoordeelt de problematiek, van zowel het gezin als het kind, en besluit welke hulpverlening het gezin nodig heeft. In verschillende databases (onder andere NJI, CGL) is een overzicht te vinden van beschikbare interventies voor gezinnen waar sprake is van kindermishandeling. Het is echter onduidelijk naar welke interventies en hulpverlening deze gezinnen worden doorverwezen in de praktijk. In opdracht van ZonMw heeft het IVO dossieronderzoek uitgevoerd om inzicht te geven in de problematiek van gezinnen waar kindermishandeling speelt, de hulpverlening waar gezinnen naar toe worden doorverwezen, en op basis van welke overwegingen dit gebeurt. Deze informatie geeft betrokken organisaties overzicht over de achtergrond en problematiek van deze gezinnen en het proces van zorgtoeleiding. Gemeenten geeft het inzicht in de complexe doelgroep waarvoor zij vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk worden en dat specifieke expertise nodig is om voor deze gezinnen de benodigde hulpverlening te bieden.

1.3 Transitie Jeugdzorg

Het is evident dat dit onderzoek niet los kan worden gezien van de transitie jeugdzorg. Officieel is de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten vanaf 1 januari 2015 een feit. De jeugdzorgsector, waaronder de Bureaus Jeugdzorg, heeft zich de afgelopen jaren hier al volop op voorbereid. De meeste Bureaus hebben zoals genoemd de afgelopen jaren nieuwe werkwijzen ontwikkeld en geïmplementeerd, meer gericht op de eigen kracht van de cliënt en de inzet van diens netwerk. Ook de verandering in de toeleiding naar zorg is reeds in gang gezet. De 'Toegang' naar de jeugdzorg is in de meeste regio's verplaatst naar sociale wijkteams, onder regie van de gemeente. Dit alles met het idee om de zorg dichterbij de burger te brengen. In het onderzoek hebben we zoveel mogelijk aangesloten bij de veranderende situatie waarin Bureaus Jeugdzorg zich bevinden, zowel procesmatig als inhoudelijk. Alle Bureaus Jeugdzorg bevinden zich in een extreem drukke en onzekere tijd met vele reorganisaties, waarin erg veel van medewerkers wordt gevraagd. In de uitvoering van het onderzoek hebben we deze medewerkers zo minimaal mogelijk belast met een zo optimaal mogelijk resultaat. Inhoudelijk hebben we ons gericht op resultaten die ook na de decentralisatie relevant zijn.

1.4 Vraagstelling

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Met welke problematiek krijgt Bureau Jeugdzorg te maken bij gevallen van kindermishandeling en op welke wijze wordt deze problematiek beoordeeld? Is er sprake van triage en/of risicotaxatie? Hoe wordt onderscheid gemaakt tussen hoog en laag risico?
2. Op basis waarvan wordt de keuze voor een bepaalde interventie/hulpverlening gemaakt?
3. Naar welke instantie, hulp of interventie worden gezinnen die bij Bureau Jeugdzorg worden aangemeld inzake kindermishandeling doorverwezen (of niet doorverwezen)?

¹ Vanaf 1 januari 2015 gaan de Bureaus Jeugdzorg, volgens de nieuwe Jeugdwet, verder als Gecertificeerde Instellingen. In iedere regio opereren deze organisaties onder een andere naam.

In dit onderzoek hanteren wij de definitie van kindermishandeling uit de Wet op de Jeugdzorg (2005), die luidt: "Elke vorm van een 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 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. Het gaat hierbij om: seksuele mishandeling, fysieke mishandeling, emotionele/psychische mishandeling, fysieke verwaarlozing, emotionele/psychische verwaarlozing en getuige zijn van partnergeweld."

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de methode van onderzoek toegelicht. In hoofdstuk 3 lichten we de typen kindermishandeling toe. In hoofdstuk 4 bespreken we de werkwijzen, risicotaxatie en het besluitvormingsproces van de deelnemende Bureaus Jeugdzorg. In hoofdstuk 5 bespreken we de kenmerken van de gezinnen en de soorten hulpverlening waar deze gezinnen naar toe zijn doorverwezen. In hoofdstuk 6 worden de profielen uiteengezet die we hebben onderscheiden op basis van de verzamelde gegevens uit het dossieronderzoek. Hoofdstuk 7 geeft tot slot samengevat antwoord op de onderzoeksvragen en daarna volgen de discussie en aanbevelingen.

2 Methode

Voor beantwoording van de onderzoeksvragen is informatie verzameld vanuit verschillende bronnen: dossieronderzoek bij drie Bureaus Jeugdzorg, aanvullende interviews met professionals van de betreffende Bureaus en interviews met professionals van de overige Bureaus Jeugdzorg. In paragraaf 2.1 lichten we de gebruikte onderzoeksmethoden toe en in paragraaf 2.2 is uiteengezet hoe de analyse heeft plaatsgevonden.

2.1 Dataverzameling

Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek is uitgevoerd bij drie Bureaus Jeugdzorg, namelijk Noord-Holland (regio Midden- en Zuid-Kennemerland), Limburg en stadsregio Rotterdam. We hebben de data verzameld tussen juni en oktober 2014. Bij ieder Bureau Jeugdzorg hebben we 75 dossiers bekeken, evenredig verdeeld over de 'vrijwillige' hulpverlening (Toegang/ JHV/ drang, de benaming verschilt per Bureau), Jeugdbescherming en het AMK. In de periode waaruit wij de dossiers hebben geselecteerd werd bij alle drie de Bureaus (nog) gewerkt volgens deze verdeling van werksoorten. In voorbereiding op de transitie Jeugdzorg is dit in alle regio's aan het veranderen. In een aantal gevallen werd er al gewerkt in gemengde teams, waarin meerdere werksoorten vertegenwoordigd zijn. Bij de 'vrijwillige' hulpverlening en het AMK hebben we dossiers geselecteerd uit het gehele jaar 2013. We hebben gekozen voor de periode van een jaar zodat in alle dossiers de doorverwijzing naar hulpverlening inmiddels heeft plaatsgevonden. Bij de jeugdbescherming hebben we gekozen voor de verlenging van deze periode met een half jaar (dus vanaf 1 juli 2012), omdat dit langer lopende trajecten zijn waar in veel gevallen meerdere vormen van hulpverlening worden ingezet. Om de privacy van cliënten te waarborgen en zorgvuldig om te gaan met de verzamelde gegevens hebben we een aantal maatregelen genomen. We hebben hiertoe onder andere een geheimhoudingsverklaring ondertekend. De dossiers zijn door de Bureaus random geselecteerd uit het totale aantal dossiers waarbij sprake is van kindermishandeling in de afgebakende periode. We hebben zowel lopende als afgesloten dossiers onderzocht. Tabel 1 geeft een overzicht van de selectiecriteria die we hanteerden voor de selectie van dossiers.

Tabel 1: Overzicht criteria dossierselectie

Werksoort	Netto steekproef <i>KM = ja</i>	Selectie criterium: instroomperiode	Criteria
Toegang/ JHV	25 dossiers	Instroom: 1/1/13 – 31/12/13	
JB	25 dossiers	Startdatum OTS 1/7/12 – 31/12/13	1e Plan van Aanpak gereed
AMK	25 dossiers	Instroom (melding): 1/1/13 – 31/12/13	Onderzoek AMK voltooid
Totaal per Bureau	75 dossiers		

We hebben telkens per gezin één dossier gescoord. Vaak betrof dit het dossier van het jongste kind, omdat dit dossier de meeste informatie bevatte. In enkele gevallen was slechts één van de kinderen uit een gezin onder toezicht gesteld of ging de AMK melding over één specifiek kind, dan hebben we ervoor gekozen het dossier van dit kind te scoren. De dossiers zijn onderzocht met behulp van een door ons ontwikkeld scoringsformulier (zie bijlage 1 voor de uitwerking hiervan). Vier codeurs hebben tezamen de dossiers gescoord. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te garanderen hebben we een deel van de dossiers dubbel gescoord en waar nodig afspraken gemaakt over de codering van gegevens. Bijlage 2 geeft deze afspraken weer. Uit de dossiers hebben we informatie verzameld over een aantal thema's:

- achtergrondkenmerken van de gezinnen
- eventuele betrokkenheid van het AMK (in de JHV en JB dossiers)
- juridische maatregelen die van toepassing zijn
- problematiek van gezinnen (o.a. typen en beschrijving signalen van kindermishandeling)

- risico- en beschermende factoren bij ouders, kind en omgeving
- hulpverleningsgeschiedenis van een gezin en de doorverwijzing naar hulpverlening.

Bij het laatste punt is van belang te vermelden dat het gaat om de *doorverwijzing*. Dit betekent dat wij de hulpverlening hebben geregistreerd die Bureau Jeugdzorg voor de gezinnen nodig heeft geacht, en waar het gezin naar toe is doorverwezen. Binnen de scope van dit onderzoek beschikken we niet over de informatie of de hulpverlening daadwerkelijk is ingezet en wat de resultaten hiervan zijn (geweest). Ook in de uitwerking van de profielen als onderdeel van de resultaten spreken we steeds over de doorverwijzing naar hulpverlening. Niet uit ieder dossier hebben we alle bovenstaande informatie kunnen registreren. Dit komt doordat niet ieder dossier dezelfde informatie bevat. In de gevallen dat enkele gegevens ontbraken hebben we dit geregistreerd in de dataset. Redenen voor deze ontbrekende gegevens zijn dat de werkwijze per Bureau Jeugdzorg in sommige gevallen verschilt, maar ook de wijze waarop een individuele medewerker registreert is niet altijd hetzelfde. Waar nodig hebben wij bij enkele dossiers nog aanvullende of verduidelijkende vragen gesteld.

Aanvullende interviews met professionals drie deelnemende Bureaus Jeugdzorg

Naast het dossieronderzoek hebben we met een aantal professionals van de betrokken Bureaus een aanvullend interview afgenomen, in totaal vijf gedragswetenschappers en zes maatschappelijk werkers. Het betrof face-to-face interviews en telefonische interviews die wij hebben afgenomen aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 3) en een groepsinterview (bijwonen van een casuïstiek-bespreking). In deze interviews zijn wij dieper ingegaan op de werkwijze van Bureau Jeugdzorg in de toeleiding naar zorg en op de overwegingen en besluitvorming over de hulpverlening die wordt ingezet of geadviseerd.

Interviews professionals overige Bureaus Jeugdzorg

Naast de aanvullende interviews met professionals van de drie deelnemende Bureaus Jeugdzorg hebben wij de voorlopige resultaten getoetst bij acht andere Bureaus (van de in totaal vijftien Bureaus Jeugdzorg), om te bekijken of de resultaten van het dossieronderzoek een indicatie kunnen geven voor de algemene werkwijze en de zorg die wordt ingezet bij gevallen van kindermishandeling. De Bureaus die hebben meegewerkt aan de interviews zijn: Jeugdbescherming Regio Amsterdam, Bureau Jeugdzorg Drenthe, Gelderland, Friesland, Overijssel, Utrecht, Flevoland en Groningen. Het betrof telefonische interviews van ongeveer een uur met een gedragswetenschapper of andere deskundige (bijvoorbeeld een programmamanager en een adjunct-directeur) van het betreffende Bureau Jeugdzorg. Ook deze interviews hebben wij aan de hand van een topiclijst afgenomen. In verband met reorganisaties en voorbereidingen op de decentralisatie van de jeugdzorg bleek het voor veel Bureaus Jeugdzorg lastig om tijd te maken voor een interview. Dit was de reden voor de overige vier Bureaus om niet mee te werken aan een interview.

2.2 Analyse

De gegevens die zijn verzameld uit het dossieronderzoek hebben we ingevoerd in SPSS. Hiermee hebben we beschrijvende analyses uitgevoerd. Om de problematiek van de gezinnen en de doorverwijzing naar hulpverlening in kaart te brengen hebben we een kwalitatieve analyse uitgevoerd op de verzamelde gegevens uit de dossiers. Hiervoor hebben we de volgende kenmerken systematisch onderzocht op patronen:

- achtergrondgegevens van de gezinnen
- problematiek bij de start van het traject
- aanwezigheid van een juridische maatregel
- eerdere betrokkenheid van het AMK
- risicofactoren en beschermende factoren van het gezin
- hulpverleningsgeschiedenis
- huidige doorverwijzing naar hulpverlening

In het dossieronderzoek bleek dat we de problematiek van de kinderen niet uitgebreid konden analyseren. Zoveel als mogelijk hebben we de problematiek van de kinderen en de (mogelijke) gevolgen van kindermishandeling geregistreerd. Dit geldt met name voor de risico- en beschermende factoren voor kindermishandeling. Eén van de redenen dat we deze kindfactoren niet uitgebreid konden bekijken is dat het deels gaat om jonge kinderen waarbij

bepaalde kenmerken van het kind nog onvoldoende duidelijk op de voorgrond zijn (waaronder persoonlijkheidskenmerken) en dus kindsignalen niet altijd inzichtelijk zijn.

Uitwerking profielen

Met als uitgangspunt de problematiek van gezinnen en typen kindermishandeling hebben we uit de gehele dataset vervolgens negen inhoudelijk relevante profielen onderscheiden. Deze worden beschreven in hoofdstuk 6. Om tot deze negen profielen te komen hebben we eerst een kwalitatieve analyse gemaakt van de signalen van kindermishandeling bij aanmelding bij Bureau Jeugdzorg. Dit leverde dertien variaties op van typen kindermishandeling gecombineerd met specifieke kenmerken:

1. Emotionele kindermishandeling
 - a. Kinderen die getuige zijn (geweest) van partnergeweld, waarbij wel of geen traumabehandeling is ingezet (specifiek kenmerkend is het grote aantal kinderen met externaliserende gedragsproblemen)
 - b. Kinderen die genegeerd of gekleineerd worden door hun (stief)ouder
 - c. Kinderen die ontvoerd zijn door één van hun ouders
2. Fysieke kindermishandeling
 - a. Fysieke kindermishandeling door ouders die moeite hebben met de opvoeding (pedagogische onmacht)
 - b. Specifieke vormen van fysieke kindermishandeling zoals: 'Münchhausen by proxy' en 'Shaken Baby Syndrome'
3. Seksueel misbruik
4. Lichamelijke verwaarlozing
 - a. Kind krijgt niet de (medische) zorg die hij of zij nodig heeft
 - b. Verwaarloosde of vervuilde woonomgeving, onvoldoende of ongezonder eten, slechte verzorging van de kinderen
 - c. Geen huisvesting of vaak wisselen van woning
5. Emotionele verwaarlozing
 - a. Pedagogische onmacht door psychiatrische of verslavingsproblemen
 - b. Ouders sluiten onvoldoende aan bij kinderen met een (verstandelijke) beperking
 - c. Middelengebruik en criminaliteit waar het kind in betrokken wordt of mee belast wordt
 - d. Vechtscheiding, met of zonder partnergeweld

Vervolgens hebben we deze variaties onderzocht door middel van kwantitatieve analyses, voornamelijk de demografische kenmerken en risico- en beschermende factoren, om de profielen nader te specificeren. Op basis van deze analyse en van kennis uit de literatuur hebben we de profielen vervolgens specifieker uitgewerkt. Sommige groepen bleken te klein (minder dan 5 dossiers) om nader uit te werken, andere groepen waren juist te groot en moesten verder worden onderverdeeld (bijvoorbeeld in 126 dossiers was sprake van kinderen die getuige waren van huiselijk geweld). In andere gevallen (bijvoorbeeld gebrek aan huisvesting, variatie 4c) bleken alle gezinnen binnen deze groep ook vertegenwoordigd in een ander profiel (profiel 3 middelenmisbruik bij één of beide ouders) en hebben we die groep niet in een apart profiel uitgewerkt. Een inhoudelijke toelichting op de totstandkoming van de profielen is te lezen in paragraaf 6.1.

De profielen geven inzicht in de soorten problematiek die voorkomen bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling en waar Bureau Jeugdzorg mee te maken krijgt, en naar welke hulpverlening deze gezinnen vervolgens worden doorverwezen. Er kan overlap in de profielen zijn omdat bij sommige gezinnen meerdere problemen spelen. Eén gezin kan daardoor in meerdere profielen voorkomen. Ook is het zo dat niet alle dossiers (letterlijk) zijn vertegenwoordigd in de profielen. De problematiek uit alle dossiers is echter wel volledig ondervangen met de profielen. In hoofdstuk 6 gaan we uitgebreid in op de uitwerking van deze profielen.

3 Kindermishandeling en de gevolgen hiervan

In de inleiding noemden we kort de wettelijke definitie van kindermishandeling. In dit hoofdstuk lichten we nader toe wat we verstaan onder kindermishandeling. In paragraaf 3.1 bespreken we de verschillende typen kindermishandeling die worden onderscheiden. In paragraaf 3.2 gaan we in op de gevolgen van kindermishandeling en verwaarlozing voor jeugdigen.

3.1 Typen kindermishandeling

In de Wet op de Jeugdzorg (2005) worden verschillende typen kindermishandeling onderscheiden. Het gaat om seksueel misbruik, fysieke mishandeling, emotionele mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, emotionele verwaarlozing en getuige zijn van partnergeweld. In dit onderzoek hanteren wij dezelfde definitie en categorieën, maar wij beschouwen het getuige zijn van partnergeweld – volgens de definitie van het AMK – als onderdeel van emotionele kindermishandeling. In gezinnen waar kindermishandeling speelt, komen vaak meerdere vormen van mishandeling tegelijkertijd voor. De ernst van de mishandeling verschilt per situatie. Deze wordt bepaald door de vorm, duur en frequentie van het geweld.

Seksueel misbruik²

Onder seksueel misbruik wordt verstaan alle seksuele aanrakingen die een volwassene een kind opdringt. Door het lichamelijke of relationele overwicht, de emotionele druk, of door dwang en geweld van de volwassene kan het kind die aanrakingen niet weigeren. In totaal waren in 2010 ruim 118.000 kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar slachtoffer van kindermishandeling (Alink et al., 2010). In vier procent van deze gevallen betrof het seksueel misbruik, dit zijn ruim 4700 kinderen.

Fysieke mishandeling

Fysieke kindermishandeling betreft alle vormen van lichamelijk geweld tegen het kind, zoals slaan, schoppen, bijten, knijpen, krabben, het toebrengen van brandwonden of het kind laten vallen. Bijzondere vormen van fysieke mishandeling zijn het Shaken Baby-syndroom (het schudden van de baby met ernstig letsel als gevolg), het Münchhausen By Proxy-syndroom (voortdurend blootstellen van het kind aan medische onderzoeken voor fictieve ziektes en/of het kind opzettelijk verwonden) en meisjesbesnijdenis. In de prevalentiestudie uit 2010 was in totaal in 18 procent van de gevallen sprake van fysieke mishandeling, dit zijn circa 21.240 jeugdigen (Alink et al., 2010).

Emotionele mishandeling

Wanneer ouders of andere opvoeders met hun houding en hun gedrag afwijzing en vijandigheid uitstralen tegenover het kind is er sprake van emotionele mishandeling. Ouders schelden het kind regelmatig uit of maken het kind opzettelijk bang. Ook getuige zijn van partnergeweld is een vorm van emotionele kindermishandeling. Kinderen die getuige zijn van partnergeweld zien of horen ernstige ruzies en/of geweld tussen hun ouders. In sommige gevallen worden zij ook geconfronteerd met de gevolgen hiervan, zoals verwondingen bij de ouder of het moeten vluchten van een ouder. In de prevalentiestudie uit 2010 was in 11 procent van de gevallen sprake van emotionele kindermishandeling. Dit zijn ongeveer 13.000 jeugdigen (Alink et al., 2010).

Lichamelijke verwaarlozing

Van lichamelijke verwaarlozing is sprake wanneer ouders of opvoeders gedurende langere tijd onvoldoende tegemoet komen aan de lichamelijke basisbehoeften van het kind. Het kind krijgt niet de zorg en verzorging waar het gezien zijn leeftijd en ontwikkeling behoefte en recht op heeft. In 24 procent van het totaal aantal gevallen van kindermishandeling volgens in 2010 was sprake van lichamelijke verwaarlozing, in 28.320 gevallen (Alink et al., 2010).

Emotionele verwaarlozing

Bij psychische of emotionele verwaarlozing schieten de ouders of opvoeders doorlopend tekort in het geven van positieve aandacht aan het kind. Daarmee negeren ze structureel de basale behoeften van het kind aan liefde, warmte, geborgenheid en steun. Ook een vechtscheiding is een vorm van emotionele verwaarlozing. In totaal steeg

² Uitwerking definities van kindermishandeling ontleend aan NJI, <http://www.nji.nl/Vormen> (11-11-2014)

het percentage kinderen dat slachtoffer is van emotionele verwaarlozing van ruim 24 procent in 2005 naar 36 procent van het totale aantal gevallen van kindermishandeling in 2010 (Alink et al., 2010).

Vechtscheiding

Zoals genoemd is de vechtscheiding een vorm van emotionele verwaarlozing. Omdat dit een relatief grote groep is in onze dataset (een vijfde) bespreken we deze als aparte categorie. Jaarlijks maakt 1,6 procent van de thuiswonende kinderen een echtscheiding mee (Spruijt & Kormos, 2010). Er is sprake van een vechtscheiding als de scheiding zo conflictueus verloopt dat de ouders het belang van de kinderen uit het oog verliezen. Jeugdzorg Nederland schat het aantal kinderen dat jaarlijks knel komt te zitten in een vechtscheiding op 3.500 kinderen. In totaal zijn er op dit moment 16.000 kinderen die ernstig last hebben van de vechtscheiding waarin hun ouders zich bevinden (De Kinderombudsman, 2014b). Vooral kinderen die langdurige en frequente conflicten tussen hun ouders hebben meegemaakt hebben een verhoogd risico op problemen (Fischer & De Graaf, 2001). Voor ongeveer 10 procent van de kinderen leidt dit na de scheiding tot specifieke negatieve gevolgen zoals loyaliteitsconflicten, oudervervreemding en ouderverstoting.

3.2 Gevolgen van kindermishandeling

Kindermishandeling heeft vaak negatieve gevolgen voor het kind. Bij kinderen die slachtoffer zijn van mishandeling ontbreekt veelal positieve aandacht vanuit ouders. Dit zorgt ervoor dat de ontwikkeling van het kind onder druk komt te staan, evenals het vertrouwen van het kind in zichzelf en anderen (Wolzak & Ten Berge, 2008). Hoe ernstig de schade is voor het kind is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de ernst van de mishandeling, de leeftijd waarop het begint, hoe lang het voortduurt en de persoonlijkheid van het kind. Per jaar overlijden ongeveer 50 kinderen aan de gevolgen van kindermishandeling (De Kinderombudsman, 2014a). De gevolgen van kindermishandeling zijn vaak groter voor kinderen die op jonge leeftijd slachtoffer zijn, bij ernstige vormen van mishandeling en wanneer het geweld langer voortduurt of regelmatig voorkomt. Uit verschillende studies blijkt dat circa 40 procent van de kinderen die getuige zijn van (partner)geweld daar ernstige schade van ondervindt. Een aantal van hen raakt getraumatiseerd. Maar vermoedelijk geldt ook voor veerkrachtige kinderen dat zij gevolgen ondervinden van het geweld, al dan niet in dezelfde mate (Dijkstra, 2001). De schade van het getuige zijn van partnergeweld is vergelijkbaar met de gevolgen voor kinderen die zelf direct (fysiek of emotioneel) slachtoffer zijn van mishandeling (Wolzak & Ten Berge, 2008). Er zijn echter ook mishandelde kinderen die geen ernstige problemen ondervinden (McGloin & Widom, 2001). Kindermishandeling kan leiden tot verschillende vormen van fysiek en psychisch letsel. Soms zijn de gevolgen van de mishandeling direct duidelijk, maar regelmatig komt de schade pas later aan het licht. Lichamelijke mishandeling kan leiden tot kortdurende schade als blauwe plekken en botbreuken, maar ook langdurige (hersens)schade zoals bijvoorbeeld bij het Shaken Baby-syndroom het geval is. Kinderen die worden verwaarloosd hebben soms overgewicht, groeiachterstanden of problemen in de motorische ontwikkeling. Ook kan kindermishandeling leiden tot verschillende emotionele- en gedragsproblemen. Sommige kinderen gaan agressief en antisociaal gedrag vertonen. Andere kinderen trekken zich juist terug, piekeren veel en zijn angstig (Wolzak & Ten Berge, 2008). Andere mogelijke psychische gevolgen van kindermishandeling (o.a. als gevolg van seksueel misbruik) zijn de ontwikkeling van PTSS, dissociatieve stoornissen, verslaving of psychosomatische klachten (Draijer, 1990). De Adverse Childhood Experiences study (ACE study) van Felitti en anderen (1998) heeft aangetoond dat er een sterke relatie bestaat tussen negatieve emotionele ervaringen in de jeugd en fysieke gezondheid en welzijn op volwassen leeftijd (Felitti et al., 1998). Daarnaast zijn er aanwijzingen voor een intergenerationele overdracht van kindermishandeling. Dit betekent dat ouders die zelf verwaarloosd, mishandeld of seksueel misbruikt zijn vervolgens hun eigen kind slachtoffer maken van dezelfde vorm van kindermishandeling (Wolzak & Ten Berge, 2008).

4 Risicotaxatie en besluitvorming over hulpverlening

In dit hoofdstuk gaan we in op het proces van risicotaxatie en besluitvorming over de hulpverlening waar gezinnen door Bureau Jeugdzorg naar toe worden doorverwezen. De informatie hiervoor hebben we verkregen uit enkele beleidsdocumenten, de verdiepende interviews die wij hebben afgenomen met professionals van de drie deelnemende Bureaus Jeugdzorg en de interviews met acht overige Bureaus Jeugdzorg. In paragraaf 4.1 bespreken we beknopt de algemene werkwijze van de deelnemende drie Bureaus Jeugdzorg. In paragraaf 4.2 worden de risicotaxatie, beoordeling van de problematiek en besluitvorming over welke hulpverlening passend en nodig is nader toegelicht. Dit laatste is gebaseerd op de interviews met professionals van de in totaal elf genoemde Bureaus Jeugdzorg.

4.1 Werkwijze deelnemende Bureaus Jeugdzorg

De werkwijze van de Bureaus Jeugdzorg kan verschillen per regio en in sommige gevallen ook binnen regio's. Zoals genoemd zijn de werkwijzen mede door de decentralisatie van de jeugdzorg sterk onderhevig aan veranderingen. We beschrijven beknopt van ieder deelnemend Bureau de huidige werkwijze in de aanpak van kindermishandeling, specifiek gericht op de toeleiding naar zorg.

4.1.1 Bureau Jeugdzorg Noord-Holland (regio Midden- en Zuid-Kennemerland)

Bij Bureau Jeugdzorg Noord-Holland hebben wij het dossieronderzoek uitgevoerd in de regio Midden- en Zuid-Kennemerland. Sinds 1 april 2014 werkt Bureau Jeugdzorg Noord-Holland volgens de nieuwe werkwijze 'Beschermen en Versterken'. De Toegang is in deze regio al overgegaan naar de CJG's. Bureau Jeugdzorg Noord-Holland voert alleen nog 'drang en dwang' uit. Dit betekent dat dit Bureau nog wel vrijwillige hulpverlening uitvoert, maar alleen bij gezinnen waar sprake is van meervoudige problematiek en een juridische maatregel dreigt. Daarnaast blijft Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor de uitvoering van jeugdbescherming- en jeugdreclasseringsmaatregelen. Alle medewerkers van Noord-Holland worden getraind in de Signs of Safety (SoS) benaderingswijze. Bij iedere casus maakt de medewerker samen met het gezin een gezinsplan en indien nodig een veiligheidsplan (geïntegreerd in het gezinsplan). Daarin worden de gezamenlijke afspraken vastgelegd die worden gemaakt met de betrokkenen uit het gezin en netwerk. Dit om ervoor te zorgen dat de veiligheid en ontwikkeling van het kind gewaarborgd blijft.

Daarnaast wordt in de regio Midden- en Zuid-Kennemerland sinds eind 2012 met een Hoog Risico Team (HRT) gewerkt. In het voorjaar van 2014 is dit concept verder uitgewerkt in een pilot waarin dit team werkt volgens de Hoog Risico Module. De Hoog Risico Module is gebaseerd op de SoS benaderingswijze, en heeft als doel het terugdringen/verminderen van dwang en inzet van gespecialiseerde jeugdzorg. Vooralsnog is er één specialistisch team dat volgens deze module werkt en de hoog risico-zaken oppakt. Na evaluatie zal worden bekeken of deze werkwijze organisatie breed wordt ingevoerd. In deze hoog risico-zaken werken twee medewerkers samen op één zaak. De verwachting is dat bij 5 tot 10 procent van het totaal aantal zaken deze zware module moet worden ingezet. Met name voor de zaken waar zware incidenten plaatsvinden, op het gebied van huiselijk geweld, seksueel misbruik of fysieke kindermishandeling en waar ouders de mishandeling ontkennen is de Hoog Risico Module geschikt. In deze gevallen wordt de veiligheid van het kind ernstig bedreigd.

Tot slot heeft Bureau Jeugdzorg Noord-Holland een vechtscheidingsmethodiek ontwikkeld. Deze methodiek wordt toegepast bij gezinnen met een jeugdbeschermingsmaatregel waarin de strijd tussen ouders zo hevig is dat zij het belang van hun kinderen (ernstig) schaden. Deze kinderen worden daardoor in hun ontwikkeling bedreigd. In deze gevallen zet Bureau Jeugdzorg twee gezinsvoogden in per gezin. Eén gezinsvoogd richt zich op de ouders en de andere gezinsvoogd is er specifiek voor de kinderen.

4.1.2 Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam

Bij Bureau Jeugdzorg Rotterdam hebben wij onderzoek gedaan binnen de stad Rotterdam. Dit Bureau Jeugdzorg heeft een gedeelte van de Toegang inmiddels ook overgedragen naar de gemeente. Het Bureau blijft zelf verantwoordelijk voor de ernstigere zaken in het 'vrijwillig' kader en de uitvoering van jeugdbescherming- en jeugdreclasseringsmaatregelen. Als de veiligheid van het kind in het geding is werkt Bureau Jeugdzorg Rotterdam volgens de methode Beter Beschermd Plus. Deze methode wordt ingezet bij gevallen waarbij er zorgen zijn over een kind in het vrijwillig kader en er al een raads melding is gedaan. In de tijd tussen de raads melding en de mogelijke maatregel (en daarmee ook hulpverlening) die ingezet wordt, houdt Bureau Jeugdzorg zicht op de veiligheid van het

kind binnen het gezin en wordt vanuit de zorgaanbieder alvast hulpverlening opgestart. Daarnaast is Bureau Jeugdzorg Rotterdam bezig met de implementatie van een nieuwe methodiek gebaseerd op de principes van Signs of Safety (Samen Veilig). Naar verwachting werkt eind volgend jaar de gehele organisatie volgens deze methodiek.

Op initiatief van de gemeente Rotterdam, de Raad voor de Kinderbescherming (Raad) en Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam werkt laatstgenoemde tevens samen met onder andere het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), de Raad, William Schrikker Groep (WSG) en MEE op het 'Jeugdbeschermingsplein'. Op het Jeugdbeschermingsplein organiseren deze organisaties tezamen de zorg voor gezinnen waarin de veiligheid en ontwikkeling van kinderen onvoldoende gegarandeerd zijn. De verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen in het gezin liggen hierbij bij de ouders, en de hulp vanuit het Jeugdbeschermingsplein is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. In het geval dat ouders niet meewerken aan de hulpverlening of dit niet ten goede komt van de veiligheid van het kind kan de Raad een onderzoek starten en waar nodig de Rechtbank verzoeken om een jeugdbeschermingsmaatregel. Het Jeugdbeschermingsplein is begonnen als proeftuin in Rotterdam Zuid, maar wordt nu uitgerold over het hele werkgebied van Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam.

Ook in Rotterdam gebruikt men bij vechtscheidingszaken vaak de door Bureau Jeugdzorg Noord-Holland ontwikkelde Vechtscheidingsmethodiek. Deze wordt niet standaard bij iedere zaak toegepast.

4.1.3 Bureau Jeugdzorg Limburg

Het dossieronderzoek in Limburg is verspreid over alle regio's binnen het werkgebied uitgevoerd. Dit zijn de regio's Noord- en Midden-Limburg, Westelijke Mijnstreek, Parkstad-Limburg en Maastricht-Heuvelland. Bureau Jeugdzorg Limburg werkt in gemengde lokale teams, bestaande uit jeugdhulpverleners, jeugdbeschermers en jeugdreclasserders. Ieder team wordt aangestuurd door een teamleider en gedragswetenschapper. De teams werken op postcodegebied. Bij dit Bureau werkt men met Teams Rondom de Jeugdige (TRJ). In het TRJ zijn standaard de maatschappelijk werker en de gedragswetenschapper vertegenwoordigd, en in sommige gevallen ook de teamleider. Deze overleggen vinden tweewekelijks tot maandelijks plaats. In sommige gevallen zijn ook ouders hierbij aanwezig. Alle belangrijke beslissingen (kernbesluiten) worden in het TRJ genomen. Kernbesluiten betreffen onder meer het wel of niet verlengen van de OTS en het besluit tot uithuisplaatsing (UHP) of thuisplaatsing van de jeugdige. Naast de TRJ's vinden er ook nog casuïstiek-besprekingen en intervisiegroepen plaats, waar maatschappelijk werkers gezamenlijk overleggen.

Ook in het werkgebied van Bureau Jeugdzorg Limburg zijn de afgelopen jaren de 'lichtere' zaken in het vrijwillig kader al ondergebracht bij CJG's en gemeentelijk aangestuurde wijkteams. In het vrijwillig kader komen op dit moment voornamelijk zorgmeldingen van de politie binnen. Deze zaken komen binnen bij de Bureaudienst en worden, mede op basis van de ernst en urgentie, vanuit daar verdeeld.

4.2 Risicotaxatie, beoordeling en besluitvorming over hulpverlening

4.2.1 Inschatting van risico's en beoordeling van de problematiek

Bij binnenkomst van een casus bij Bureau Jeugdzorg wordt eerst een inschatting gemaakt van de urgentie en de ernst van de situatie. Factoren die hiervoor bepalend zijn, zijn de directe veiligheid van het kind, leeftijd, de aard van de mishandeling (bij lichamelijk letsel is het bijvoorbeeld belangrijk dat dit direct geobjectiveerd wordt) en de omgeving van het kind. Bij het AMK is het daarnaast ook van belang hoe een melding binnenkomt: wie is de melder en over hoeveel informatie beschikt deze persoon? Deze eerste inschatting wordt bij de meeste Bureaus Jeugdzorg *multidisciplinair* gemaakt. In de meeste gevallen gebeurt dit door de betrokken maatschappelijk werker ('intaker'), samen met een of meerdere gedragswetenschappers, en in sommige gevallen ook een teamleider. Bij medische zaken, zwangerschap of wanneer psychiatrische problematiek op de voorgrond staat kan ook een vertrouwensarts worden betrokken voor advies.

Als ondersteunend middel bij de inschatting van de risico's gebruiken alle Bureaus Jeugdzorg risicotaxatie instrumenten. Welk instrument men gebruikt verschilt per Bureau, per afdeling en moment in het traject. De instrumenten die worden gebruikt zijn de LIRIK, STEP, CARE-NL (in mindere mate, vooral gebruikt door het AMK) en de Delta Veiligheidslijst (als onderdeel van de Delta methodiek bij de jeugdbescherming). Daarnaast wordt het planning- en assessmentformulier (vanuit SoS) gebruikt voor de inventarisatie van de zorgen met betrekking tot de veiligheid en de aanwezige beschermende factoren. Deze informatie dient vervolgens als basis voor het Veiligheidsplan. De Delta Veiligheidslijst wordt van de risicotaxatie instrumenten het meest gebruikt. In twee regio's is de Delta Veiligheidslijst

doorontwikkeld. In Groningen is aan de Veiligheidslijst een box (onderdeel met vragen) toegevoegd om problemen van jongeren (12 jaar en ouder) nader uit te vragen, en in Utrecht gebruikt men de Delta Veiligheidslijst van de William Schrikker Groep. In deze lijst zijn items over seksueel misbruik uitgebreider opgenomen en is het algemene taalgebruik versimpeld. In Amsterdam en Limburg is men bezig met het doorontwikkelen van de LIRIK.

Bij de meeste Bureaus is het risicotaxatie instrument een verplicht onderdeel aan de start van een traject. Bij enkele Bureaus wordt het instrument later nogmaals ingevuld, bijvoorbeeld na zes maanden, of bij verlenging of opheffen van een ondertoezichtstelling. Hoewel het invullen van een instrument bij de meeste Bureaus verplicht is, en hier bij een aantal Bureaus actief op wordt gestuurd, wordt het risicotaxatie instrument nog niet in alle gevallen daadwerkelijk ingevuld. Bij het AMK is het risicotaxatie instrument geïntegreerd in het digitale werkproces van het informatiesysteem (KITS) en speelt dit zodoende minder dan bij de 'vrijwillige' hulpverlening en jeugdbescherming.

4.2.2 Besluitvorming over en inzet van hulpverlening

Om te komen tot een besluit welke hulpverlening nodig en passend is voor een gezin verzamelt de maatschappelijk werker van Bureau Jeugdzorg zoveel mogelijk informatie. Hij/ zij maakt de inschatting wat nodig is op basis van gesprekken met ouders, het kind, zorgaanbieder(s), overleg met collega's en de risicotaxatie. Bij twijfel kan bij de meeste Bureaus ook nog een GZ psycholoog worden geraadpleegd. Op basis van alle verzamelde informatie nemen de professionals van Bureau Jeugdzorg in (multidisciplinair) overleg een gezamenlijk besluit. Hieronder gaan we nader in op de afzonderlijke stappen in het besluitvormingsproces.

Samenwerking met ouders

De maatschappelijk werker van Bureau Jeugdzorg voert gesprekken met het gezin over hun problemen. In een aantal regio's (waaronder Amsterdam en Midden- en Zuid-Kennemerland) doen ze dat steeds meer outreachend, zij zoeken de gezinnen zoveel mogelijk thuis op. Bijna alle Bureaus die betrokken waren bij dit onderzoek werken in het contact met ouders met een methodiek gebaseerd op Signs of Safety. Dit is een oplossingsgerichte benaderingswijze waarin veel aandacht is voor de krachten binnen het gezin en hun netwerk. Ouders worden hierdoor meer betrokken in het besluitvormingsproces. Overleggen over de problematiek en hulpverlening vinden steeds vaker plaats in het bijzijn van ouders. Dit zorgt voor meer betrokkenheid van ouders, maar ook helpt het de maatschappelijk werkers om besluiten te kunnen toelichten. In het geval dat een veiligheidsplan wordt gebruikt, wordt deze samen met ouders gemaakt. Ouders en betrokkenen uit het netwerk leggen samen met de maatschappelijk werker afspraken vast om de veiligheid van de jeugdige te waarborgen. Vervolgens bekijken zij wat het meest passende hulpaanbod is om de problemen van het gezin aan te pakken. Daarbij wordt ook gekeken hoe het netwerk betrokken kan worden. Het kan bijvoorbeeld zijn dat het kind bij opa en oma kan wonen in plaats van in een pleeggezin. Maar ook wordt het netwerk gevraagd aan de bel te trekken als het niet goed gaat. Met een vergelijkbare opzet vinden Familie Netwerk Beraden (FNB) plaats. In dit FNB wordt ook het netwerk rondom het gezin in kaart gebracht en geactiveerd om er, in het kader van de veiligheid van het kind, samen met het gezin voor te zorgen dat afspraken worden nageleefd. Vanaf 1 januari 2015 wordt het FNB een verplicht onderdeel bij de start van een jeugdbeschermingsmaatregel³.

Met betrekking tot het inzetten van hulpverlening geldt dat de maatschappelijk werkers de sociale kaart kennen en kennis hebben over welke hulpverlening werkt bij welke problematiek. Daar wordt een passend aanbod uit gezocht, of er wordt gekeken of hulpverlening die al bij het gezin betrokken is kan worden uitgebreid. De persoonlijke kenmerken van de ouders kunnen ook bepalend zijn in de keuze voor het hulpaanbod, bijvoorbeeld als bij de ouders sprake is van psychiatrische problematiek of een (licht) verstandelijke beperking. Voor welk aanbod wordt gekozen is ook afhankelijk van de doelen die behaald moeten worden binnen het gezin. Een voorbeeld hiervan is een onveilige thuissituatie waarin verandering nodig is voor zowel ouders als het kind. In dit geval kan bijvoorbeeld de behandeling Veilig, Sterk en Verder (VSV) worden ingezet, omdat deze zich richt op hulpverlening aan het hele gezin. Ouders werken in dit geval aan het creëren van veiligheid en het stoppen van de mishandeling, terwijl aan het kind traumabehandeling wordt geboden.

Over het algemeen geldt dat hulpverlening niet zal werken als ouders hiervoor niet gemotiveerd zijn. Het betrekken van ouders bij de keuze voor hulpverlening kan bijdragen aan hun motivatie om te starten met hulpverlening. Echter, in het geval dat ouders echt niet willen en de situatie is (nog) niet ernstig, acuut of onveilig

³ Op 1 januari 2015 wordt de Wet herziening kindbeschermingsmaatregelen van kracht, waar het FNB standaard onderdeel wordt van de jeugdbeschermingsmaatregel.

genoeg voor de Rechtbank om een juridische maatregel uit te spreken kan Bureau Jeugdzorg ook weinig beginnen. Dit zijn lastige situaties, wanneer Bureau Jeugdzorg wel signaleert dat de ontwikkeling van een kind in het geding komt of dreigt te komen. Eén van de geïnterviewde professionals van het AMK benoemde dat wanneer het echt niet lukt om ouders te motiveren voor hulp, het AMK het professionele netwerk om een gezin heen 'op scherp' zet. Het AMK informeert de overige betrokken hulpverleners (o.a. huisarts, ziekenhuis, school) over wat het AMK heeft gedaan, welke conclusies het AMK heeft getrokken op basis van het onderzoek en waarom ouders het advies niet oppakken. Hierbij vraagt het AMK de betrokkenen in het netwerk om contact op te nemen bij veranderingen in de situatie. Regelmatig komt er dan na een paar weken een flinke escalatie in het gezin, waarop het AMK bij het gezin aangeeft dat ze dit juist wilden voorkomen en dat hulpverlening hen kan helpen om hun problemen aan te pakken. Dit kan soms helpen om het probleembesef bij ouders te vergroten.

Samenwerking met zorgaanbieder

De doorverwijzing naar hulpverlening is ook een samenspel tussen Bureau Jeugdzorg en de zorgaanbieder. Hierbij is van belang dat Bureau Jeugdzorg de vraag bij de juiste zorgaanbieder neerlegt. Zorgaanbieders zijn niet altijd op de hoogte van elkaars aanbod. Bureau Jeugdzorg is degene die het totaaloverzicht heeft. Er zijn ook regio's waar slechts één zorgaanbieder actief is. Bij een aantal Bureaus wordt samen met de zorgaanbieder bekeken welk hulpaanbod het meest passend is. In dat geval bepalen Bureau Jeugdzorg en de zorgaanbieder in een zorgmatchingsgesprek gezamenlijk – en in sommige gevallen ook samen met ouders en jeugdige – welke hulpverlening het beste passend is bij de doelen die zijn gesteld. In de andere regio's is het zo dat Bureau Jeugdzorg bepaalt welke doelen behaald moeten worden, en dat de zorgaanbieder bepaalt welke zorgmodule daar het beste op aan sluit.

Het is afhankelijk van de regio welk hulpaanbod beschikbaar is. Een aantal geïnterviewde professionals benoemde hierbij dat het hulpaanbod door de bezuinigingen in de sector de afgelopen jaren kleiner is geworden, zowel qua aanbod als de intensiteit hiervan. Als voorbeeld werd de Intensieve Thuis Begeleiding genoemd, waarbij een hulpverlener eenmaal per 7 of 14 dagen bij het gezin langskomt. Voor *intensieve* begeleiding is dit erg weinig. Gespecialiseerde Thuis Begeleiding werd in deze context als beter aanbod genoemd. Hiervoor is echter een psychiatrisch beeld bij ouder vereist, dus daar komen gezinnen niet altijd voor in aanmerking.

Samenwerking binnen Bureau Jeugdzorg

Binnen Bureau Jeugdzorg vinden op regelmatige basis (multidisciplinaire) casuïstiekoverleggen plaats, waarbij alle lopende zaken meerdere keren worden besproken. Bij alle Bureaus bestaat dit overleg minimaal uit een aantal maatschappelijk werkers en een senior maatschappelijk werker (ook wel praktijkbegeleider of werkbegeleider genoemd). Bij een aantal Bureaus is de gedragsdeskundige standaard aanwezig bij het overleg. In sommige gevallen wordt ook de teamleider betrokken. Bij de meeste Bureaus gebeurt dit met name bij specifieke zaken, bijvoorbeeld bij mediagevoelige of zeer gewelddadige zaken. Met betrekking tot de rol van de gedragswetenschapper is echter een trend zichtbaar dat deze minder intensief wordt betrokken bij de keuze voor hulpverlening. Bezuinigingen lijken hiervoor de voornaamste reden te zijn. De gedragswetenschapper moet betrokken zijn bij het nemen van kernbeslissingen⁴ en kan daarnaast door een maatschappelijk werker geconsulteerd worden waar hij of zij dat nodig acht. Hij/ zij is dus niet bij alle Bureaus Jeugdzorg meer standaard aanwezig bij de casuïstiekoverleggen en de besluiten die daaruit voortkomen, tenzij het om een kernbeslissing gaat. Bespreking van een zaak in een multidisciplinair overleg gebeurt in de meeste gevallen op initiatief van de maatschappelijk werker. Risico-zaken worden vaker besproken (wekelijks of om de week). In dit overleg wordt steeds de veiligheid van het kind besproken en de controle hierop. Keuzes worden met elkaar besproken. In het casuïstiekoverleg wordt niet standaard besproken welke hulpverlening nodig is, maar in de meeste gevallen wordt daarover wel overlegd. De maatschappelijk werker is degene die de benodigde hulpverlening voorstelt, en waar nodig deze inschatting toetst in het multidisciplinair overleg. Het totale hulpverleningsaanbod is erg complex. Wanneer hierover vragen zijn is de gedragswetenschapper, naast collega's uit het team, degene die geraadpleegd kan worden voor advies. Ook bij het AMK worden in sommige werkgebieden casuïstiek-overleggen gehouden. Dit is een overleg waarin de maatschappelijk werker met de

⁴ Kernbeslissingen bij Bureau Jeugdzorg zijn: Het doen van een raads melding, verlenging of beëindiging van een OTS-maatregel, uithuisplaatsing of thuisplaatsing van een jeugdige, netwerkplaatsingen of een gesloten plaatsing (JeugdzorgPlus).

gedragswetenschapper de gehele caseload bespreekt, voor ieder gezin ingaat op de actuele stand van zaken en wat er te doen staat.

Naast de wekelijkse casuïstiekoverleggen zijn in een aantal regio's regelmatig methodische leerbijeenkomsten, gericht op het bespreken van ervaringen van de maatschappelijk werkers. Deze bijeenkomsten vinden plaats in samenwerking met externe partners, waaronder de Raad voor de Kinderbescherming en de William Schrikker Groep. In de leerbijeenkomsten bespreken de professionals zowel inhoudelijke als procesmatige aspecten van een traject met een gezin. In Amsterdam organiseert men vier tot zes keer per jaar een zogenaamde Jeugdbeschermingsacademie waarbij bepaalde onderwerpen verder worden uitgediept.

4.2.3 Aandachtspunten bij besluitvorming

Naast de bovengenoemde aspecten is er een aantal andere factoren dat van invloed is op het besluitvormingsproces en op de hulpverlening die wordt ingezet. In de meeste gezinnen spelen er meerdere problemen tegelijkertijd waarvoor verschillende typen hulpverlening nodig zijn. De vraag is dan in welke volgorde deze hulpverlening het beste kan plaatsvinden. Op hetgeen dat het meest urgent is in een gezin wordt in principe als eerste hulpverlening ingezet. Bureau Jeugdzorg bekijkt wat er minimaal nodig is en veranderd dient te worden om de kindermishandeling te stoppen en ervoor te zorgen dat het beter gaat met een gezin. Hierin is Bureau Jeugdzorg mede afhankelijk van de motivatie van een gezin (meestal ouders) voor hulpverlening. Zoals eerder benoemd zal hulpverlening niet werken als ouders hiervoor niet gemotiveerd zijn. In die gevallen wordt in aansluiting bij ouders bekeken waar zij wel aan mee willen werken. Een voorbeeld dat één van de professionals hierbij aangaf is dat ouders geen hulpverlening vanuit de GGZ willen voor hun persoonlijke problematiek. Wel accepteren zij opvoedondersteuning en hulp bij de financiën. Deze hulp kan er al voor zorgen dat er minder stress is in een gezin. Dat kan dienen als eerste stap. Aansluitend zet Bureau Jeugdzorg er op in om alsnog hulpverlening vanuit de GGZ specifiek gericht op de persoonlijke problematiek van ouders te laten plaatsvinden.

De keuze voor een uithuisplaatsing van een kind is in bijna alle gevallen een dilemma. In gevallen van ernstige bedreiging van de veiligheid is het helder dat (direct) ingrijpen vereist is. Maar in andere gevallen is dit minder duidelijk. Een uithuisplaatsing is dan een laatste redmiddel. Het is een zeer ingrijpende gebeurtenis voor een kind en er is uiteraard ook een band met ouders. Van belang is dat het gezin, maar vaak ook de verdere familie, deze stap ondersteunt. Alleen als het door iedereen wordt gedragen kan het goed zijn voor een kind. Maar als de veiligheid en ontwikkeling van een kind zodanig wordt bedreigd dat het kind op alle leefgebieden niet meer kan functioneren dan is ingrijpen in de vorm van een uithuisplaatsing echt vereist. Als een uithuisplaatsing aan de orde is probeert men zoveel mogelijk de kinderen in een netwerkpleeggezin te plaatsen (vaak bij grootouders). In andere gevallen verblijven kinderen in een regulier pleeggezin of op een groep bij een zorginstelling.

Bekend is dat wanneer kinderen getuige zijn geweest van huiselijk geweld zij hiervan (ernstige) gevolgen kunnen ondervinden. Deze gevolgen komen niet altijd direct tot uiting (Wolzak & Ten Berge, 2008). Kinderen die zulk geweld hebben meegemaakt krijgen hiervoor niet altijd hulp. Als het heel goed gaat met de kinderen wordt niet per sé hulpverlening specifiek voor de kinderen ingezet. Maar als het huiselijk geweld dusdanig ernstig is dat Bureau Jeugdzorg verwacht dat kinderen daar problemen van ondervinden, adviseert de gedragswetenschapper bijvoorbeeld 'Piep zei de muis' of een andere lichte interventie preventief in te zetten. Het komt voor dat ouders dit niet willen of het heel zwaar hebben, waardoor het ze niet lukt daar naar toe te gaan. Dan is de (moeilijke) afweging wat op dat moment de meerwaarde is, als er geen kindsignalen (bijvoorbeeld signalen van trauma) zijn.

5 Kenmerken van gezinnen waar sprake is van kindermishandeling

In dit hoofdstuk geven we eerst een beschrijving van de kenmerken van alle gezinnen in onze dataset (paragraaf 5.1). Vervolgens geven we een overzicht van de risicofactoren voor kindermishandeling binnen deze gezinnen (paragraaf 5.2) en tot slot beschrijven we de soorten hulpverlening die we in de profielen tegenkwamen (paragraaf 5.3).

5.1 Kenmerken van alle gezinnen

Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van de kinderen in alle 221 dossiers waaruit we data hebben verzameld.

Demografische kenmerken

Bijna de helft van de kinderen is 5 jaar of jonger, en iets meer dan helft is meisje. Iets minder dan een derde van de kinderen is enig kind, en iets minder dan een derde heeft twee of meer broertjes of zusjes. Daarnaast woont iets meer dan een derde nog bij beide ouders thuis, een vijfde woont alleen bij moeder, bijna een vijfde woont bij zowel vader als moeder (met een omgangsregeling) en bijna een vijfde woont bij moeder of vader samen met een andere persoon (bijvoorbeeld een nieuwe vriend(in) of de grootouders). Vanwege enkele ontbrekende waarden tellen niet alle totalen in de tabel op tot 221.

Typen kindermishandeling

Emotionele kindermishandeling en emotionele verwaarlozing komen het meest voor in de 221 dossiers, beide in rond de zeventig procent van de gezinnen. Fysieke kindermishandeling komt in bijna dertig procent van de gezinnen voor en lichamelijke verwaarlozing in iets meer dan een kwart van de gezinnen. Seksueel misbruik komt het minst vaak voor, in bijna zeven procent van de gezinnen. In bijna alle gezinnen (n=218) komen meerdere vormen van kindermishandeling voor.

Tabel 2: Kenmerken van de totale groep (N=221)

Kenmerken	% (N)
<i>Sekse</i>	
Jongen	46,6 (103)
Meisje	53,4 (118)
<i>Leeftijd</i>	
0 t/m 5 jaar	46,6 (103)
6 t/m 12 jaar	36,2 (80)
13 t/m 18 jaar	17,2 (38)
<i>Aantal broertjes en zusjes</i>	
Enig kind	30,3 (67)
1 broertje/zusjes	38,5 (85)
2 of meer broertjes/zusjes	30,8 (68)
<i>Huidige woonsituatie</i>	
Beide ouders samen	35,7 (79)
Moeder alleen	20,4 (45)
Vader alleen	1,4 (3)
Moeder en vader (gescheiden, omgangsregeling)	17,6 (39)
Moeder of vader samen met een andere persoon	18,1 (40)
<i>Type kindermishandeling</i>	
Emotionele kindermishandeling	71,9 (159)
Fysieke kindermishandeling	29,4 (64)
Seksueel misbruik	6,8 (15)
Lichamelijke verwaarlozing	26,5 (57)
Emotionele verwaarlozing	69,1 (150)

5.2 Risicofactoren voor kindermishandeling

Tabel 3 geeft een overzicht van de aanwezige risicofactoren. De risicofactoren die we hebben gescoord betreffen de ouders, het kind en de omgeving van het gezin. De meest voorkomende en/of relevante risicofactoren zijn weergegeven. Eén risicofactor kwam in vrijwel alle gezinnen voor ('ingrijpende levensgebeurtenissen meegemaakt') en is daarom niet weergegeven. Enkele andere risicofactoren zijn al besproken in tabel 2 ('het kind is 5 jaar of jonger' en 'eenouder/ stiefgezin') of komen specifiek terug in de profielen (vechtscheiding). Een aantal risicofactoren was

relatief vaak onbekend. Dit betrof onder andere psychiatrische problematiek en verstandelijke beperking bij de ouders. Mogelijk zijn de aantallen die wij hebben gevonden een onderschatting van de totale aantallen.

Voor 'gedrag- en/of ontwikkelingsproblemen bij het kind' geldt dat dit een risicofactor is voor kindermishandeling. Uit de observaties in de dossiers kunnen wij echter niet met zekerheid zeggen dat dit in alle gevallen is geïnterpreteerd als een *oorzaak* voor kindermishandeling. Gedrag- en ontwikkelingsproblemen kunnen namelijk ook een *gevolg* zijn van kindermishandeling. Wij hebben deze problematiek gescoord als deze in het dossier was aangegeven als risicofactor. Wat verder opviel was dat internaliserende gedragsproblemen bij het kind weinig naar voren kwamen in de dossiers. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat externaliserende gedragsproblemen (zoals agressie of boosheid) bij het kind vaak zichtbaarder zijn dan internaliserende gedragsproblemen (zoals angstig, stil en teruggetrokken gedrag). We kunnen echter niet zeggen dat deze problematiek niet aanwezig is. Deze waarnemingen maken het lastig om uitspraken te doen over de aanwezige problematiek van kinderen als gevolg van kindermishandeling.

Tabel 3: Kenmerken problematiek ouders en kinderen (N=221 dossiers)

Risicofactoren	% (N)
Ouders	
Eerder kind mishandeld	28,2 (62)
Zelf slachtoffer kindermishandeling	35,3 (78)
Op jonge leeftijd (< 18 jaar) ouder geworden	5,4 (12)
Problemen met kennis/ vaardigheden opvoeding	57,5 (127)
Problemen ouder/ kind interactie	60,6 (134)
Psychiatrische problematiek	57,5 (127)
Middelenproblematiek	32,6 (72)
Suïcidale/ gewelddadige gedachten	19,0 (42)
Verstandelijke beperking	12,7 (28)
Negatieve houding t.o.v. het kind	18,6 (41)
Niet fysiek beschikbaar voor het kind	32,6 (72)
Niet emotioneel beschikbaar voor het kind	57,9 (128)
Minimaliseren/ ontkennen aangetoonde kindermishandeling	59,7 (132)
Eerder geweld gebruikt tegen personen	39,1 (86)
Kind	
Gedrag- en/ of ontwikkelingsproblemen	48,4 (107)
Prematuur geboren	7,2 (16)
Moeilijk temperament	29,4 (65)
(Ernstige) ziekte of handicap	6,4 (14)
Ongewenste geboorte	5,4 (12)
Omgeving	
Relationeel huiselijk geweld	63,3 (140)
Werkloosheid/ armoede	56,1 (124)
Gebrek aan huisvesting	26,7 (59)
Sociaal isolement	24,9 (55)
Problematische partnerrelatie	53,8 (119)
Grote verschillen opvoedgedrag (tussen ouders)	21,7 (48)
Culturele invloeden opvoedgedrag	14,9 (33)

5.3 Soorten hulpverlening

In hoofdstuk 6 geven we een beschrijving van de negen profielen die we nader hebben uitgewerkt. Per profiel geven we aan naar welke hulpverlening Bureau Jeugdzorg de gezinnen heeft doorverwezen. Bureau Jeugdzorg heeft de wettelijke taak gezinnen, waar nodig, door te verwijzen naar zorgverleners om problemen binnen het gezin op te lossen. Binnen deze taak valt officieel niet de hulpverlening die buiten het terrein van de jeugdhulpverlening ligt, zoals bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk, schuldhulpverlening of psychologische behandeling voor de ouders.

Daarom wordt dit niet standaard vastgelegd in de dossiers. Dit hoeft niet te betekenen dat deze hulpverlening niet wordt ingezet. Vaak is bij aanmelding bij Bureau Jeugdzorg al hulpverlening betrokken bij het gezin of wordt gedurende het traject bij Bureau Jeugdzorg opgestart. Bureau Jeugdzorg heeft vaak een coördinerende rol met betrekking tot de betrokken hulpverleners en organisaties in een gezin. Het AMK heeft echter juist een adviesrol. Het AMK verwijst niet direct door naar hulpverlening, maar kan wel een gezin overdragen aan Bureau Jeugdzorg als een doorverwijzing naar (vrijwillige) jeugdhulpverlening noodzakelijk is. Het advies van het AMK kan breder zijn dan de jeugdhulpverlening en kan wel de eerder genoemde vormen van hulpverlening omvatten.

In alle gevallen betreft het adviezen en doorverwijzingen, het is niet gezegd dat de hulpverlening ook daadwerkelijk is opgestart en (succesvol) afgerond.

Omdat de hulpverlening in iedere regio en per zorgaanbieder anders werd genoemd hebben we de hulpverlening onderverdeeld in categorieën van hulpaanbod: (intensieve) opvoedondersteuning, (crisis)uithuisplaatsing, behandeling gericht op traumaverwerking, Signs of safety, gesprekken met ouders en kinderen, psychologische behandeling, behandeling gericht op gedragsproblemen van het kind, hulpverlening gericht op specifieke problemen behorend bij het profiel (bijvoorbeeld verwerking van seksueel misbruik of vechtscheiding) en overige doorverwijzingen. Deze categorieën hebben we gebruikt om de hulpverlening per profiel te structureren en te Eerst lichten we de verschillende soorten hulpverlening nog kort toe.

5.3.1 (Intensieve) opvoedondersteuning

Opvoedondersteuning is het geven van voorlichting, advies en hulp aan ouders of andere opvoeders in het gezin bij vragen en problemen rond de opvoeding van kinderen en het vervullen van het ouderschap. Doelen van opvoedingsondersteuning kunnen zijn: het voorkomen van problemen in de opvoeding of de ontwikkeling van de kinderen, het helpen oplossen van bestaande vragen en problemen, en het versterken van de draagkracht en competenties van ouders en opvoeders (Ince, 2013). De gezinnen worden vaak in hun thuissituatie begeleid, en de mate van ondersteuning kan variëren. In sommige gezinnen is de opvoedondersteuning intensief, de begeleider komt dan meerdere keren per week bij het gezin thuis. Deze vorm van opvoedondersteuning wordt ook wel Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding genoemd, wat een vorm van Intensieve Pedagogische Thuis hulp is. Doel van deze opvoedondersteuning is, naast de eerder genoemde doelen, ook zorgen dat een kind thuis kan blijven wonen. In deze categorie hebben we ook ambulante spoedhulp opgenomen, een methode waarbij in een periode van maximaal vier weken spoedeisende problemen of crisissituaties die zich voordoen bij het opvoeden en het opgroeien van kinderen worden aangepakt. Een andere vorm van opvoedingsondersteuning is de gespecialiseerde thuisbegeleiding. Dit is een vorm van thuisbegeleiding specifiek gericht op gezinnen met multiproblematiek, waaronder psychiatrische problematiek of verslaving. Ook onderdeel van de categorie opvoedondersteuning is de doorverwijzing naar een medisch kinderdagverblijf. Deze biedt hulp bij de ontwikkeling van het kind, maar ondersteunen ook de ouders met opvoedvragen.

5.3.2 (Crisis) uithuisplaatsing

Onder de categorie uithuisplaatsing verstaan we zowel gedwongen als vrijwillige uithuisplaatsing. In sommige gezinnen is sprake van een acuut dreigende situatie, dan wordt een kind per direct uit huis geplaatst en is er sprake van een crisisplaatsing. Kinderen kunnen geplaatst worden in een gezinnen binnen hun netwerk (bijvoorbeeld bij opa en oma of bij oom en tante), binnen een neutraal pleeggezin, of kunnen geplaatst worden in een jeugdzorginstelling (bijvoorbeeld een woon- of behandelgroep).

5.3.3 Behandeling gericht op traumaverwerking

Slachtoffer zijn van kindermishandeling is voor veel kinderen een traumatische ervaring. Voor sommige kinderen is het daarom nodig specifiek begeleid te worden bij de verwerking van dit trauma. Binnen deze categorie vallen doorverwijzingen naar het Kinder- en Jeugd Trauma Centrum, maar ook verwijzing naar een psycholoog (met als doel te praten over de meegemaakte gebeurtenissen) en diagnostisch onderzoek om vast te stellen of er sprake is van trauma. In enkele gevallen wordt de inhoud van de traumabehandeling in een dossier benoemd, zoals het toepassen van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

5.3.4 *Signs of Safety*

Signs of Safety is een oplossingsgerichte benaderingswijze voor gezinnen waar de veiligheid van het kind in het geding is. Er wordt nauw met het gezin samengewerkt om een veiligheidsplan op te stellen en afspraken te maken om de veiligheid van het kind te waarborgen. Soms is het de zorgaanbieder die Signs of Safety toepast, soms gebruikt Bureau Jeugdzorg deze benadering. Veel Bureaus hebben deze benaderingswijze inmiddels geïncorporeerd in hun methodiek.

5.3.5 *Gesprekken met ouders of kinderen*

De categorie 'gesprekken met ouders of kinderen' bevat onder andere gesprekken met de gezinsvoogd, die soms als hulpverlener gesprekken heeft met het kind of de ouders. Dit kan bijvoorbeeld ook het toepassen van een vechtscheidingsmethodiek zijn om de communicatie tussen ouders te verbeteren. Daarnaast kan deze categorie ook een doorverwijzing naar schoolmaatschappelijk werk bevatten specifiek gericht op gesprekken met het kind.

5.3.6 *Psychologische behandeling*

Kinderen kunnen met verschillende redenen doorverwezen worden naar psychologische hulp. Hierboven beschreven we de doorverwijzing naar behandeling gericht op traumaverwerking. In de categorie GGZ behandeling vallen de overige doorverwijzingen naar psychologische behandelingen, bijvoorbeeld naar multisysteemtherapie voor het hele gezin (binnen de GGZ) of individuele therapie bij een psycholoog voor het kind om te leren omgaan met de echtscheidingsstrijd tussen ouders.

5.3.7 *Behandeling gericht op gedragsproblemen van het kind*

Een deel van de kinderen die slachtoffer worden van kindermishandeling hebben of ontwikkelen gedragsproblemen. Als een gezin wordt doorverwezen naar opvoedondersteuning worden daarbij vaak specifieke doelen geformuleerd. Dit zijn onder andere het leren stellen van regels en grenzen en het uitoefenen van gezag. Voor sommige ouders en kinderen is dit echter nog niet voldoende om de bestaande problemen op te lossen. Een kind kan dan doorverwezen worden naar behandeling gericht op gedragsproblemen, bijvoorbeeld een dagbehandeling in een ADHD kliniek. Medicatievoorschriften, zoals Ritalin, hebben we niet meegenomen in deze categorie omdat hierover vaak onvoldoende informatie was opgenomen in de dossiers.

5.3.8 *Hulpverlening gericht op specifieke problemen behorend bij het profiel*

Bij een aantal profielen wordt hulpverlening ingezet die specifiek bij het profiel hoort, bijvoorbeeld behandeling gericht op het verwerken van seksueel misbruik (profiel 4) of hulpverlening bij (het verwerken van) vechtscheiding (profiel 7). Dit kan reguliere hulpverlening zijn, bijvoorbeeld gesprekken met schoolmaatschappelijk werk, met doelen gericht op het verwerken van seksueel misbruik of vechtscheiding. Dit kunnen ook doorverwijzingen zijn naar specifieke interventies, zoals Contextuele behandeling en Leergroepen voor Alle betrokkenen bij Seksueel Misbruik (CLAS), de KIES (Kinderen In Echtscheidings Situaties) – cursus of 'Kinderen uit de knel', gericht op ouders en hun kinderen in vechtscheidingssituaties.

5.3.9 *Overige doorverwijzingen*

De doorverwijzingen die niet te categoriseren zijn in bovenstaande acht categorieën vallen binnen deze laatste categorie. Dit kan bijvoorbeeld praktische hulpverlening zijn (algemeen maatschappelijk werk, schuldhulpverlening), maar het kan ook een verzoek tot Raadsonderzoek zijn als de situatie toch een juridische maatregel vereist, omdat de ouders bijvoorbeeld niet meewerken met vrijwillige hulpverlening.

6 Negen profielen van kindermishandeling

Op basis van kwalitatieve en kwantitatieve analyses hebben we negen profielen vastgesteld die we in dit hoofdstuk nader toelichten. In paragraaf 6.1 geven we eerste een korte toelichting op de profielen, hoe deze inhoudelijk tot stand zijn gekomen. Vervolgens beschrijven we per profiel de problematiek bij aanmelding, de hulpverleningsgeschiedenis en de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen (paragraaf 6.2 tot en met 6.10).

6.1 Toelichting op de profielen

Zoals beschreven in paragraaf 2.2 hebben we op basis van kwalitatieve analyse, kwantitatieve analyse en kennis uit de literatuur negen profielen vastgesteld die we nader hebben uitgewerkt. Bij ieder profiel speelden andere overwegingen een rol.

In een groot deel van de door ons onderzochte dossiers bleek bijvoorbeeld dat kinderen getuige zijn (geweest) van partnergeweld (126 van 221 dossiers). Uit de literatuur weten we dat kinderen die ooggetuige zijn geweest van partnergeweld hierdoor ernstig beschadigd kunnen raken (Wolzak & Ten Berge, 2008). Een vijfde van de kinderen die getuige zijn van partnergeweld wordt doorverwezen naar traumascreening- of behandeling (profiel 1). Het is mogelijk dat bij de overige dossiers ook sprake is van trauma bij het kind, maar dat hier (nog) geen traumabehandeling voor is ingezet. Om inzicht te krijgen in deze specifieke groep hebben we een selectie gemaakt van de dossiers waar het kind getuige is (geweest) van partnergeweld en *externaliserende gedragsproblemen* had (profiel 2). Dit omdat moeilijk, opstandig of agressief gedrag één van de mogelijke uitingsvormen van trauma bij kinderen (Wolzak & Ten Berge, 2008).

Ook wanneer er sprake is van middelenproblematiek en psychische problemen bij de ouders is het risico groter dat kinderen slachtoffer worden van kindermishandeling (Berger, Ten Berge, & Geurts, 2004; Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2012). Uit de signalen van kindermishandeling in de dossiers viel op dat middelengebruik bij een of beide ouders vaak gepaard ging met lichamelijke verwaarlozing van de kinderen, daarom hebben we dit als profiel uitgewerkt (profiel 3). Bij de groep kinderen die opgroeien bij één of beide ouders met psychische problematiek bleek een grote groep kinderen alleen bij moeder te wonen (met psychische problemen), waar moeder de enige verzorger was. We hebben daarom specifiek deze groep uitgewerkt in een profiel (profiel 5).

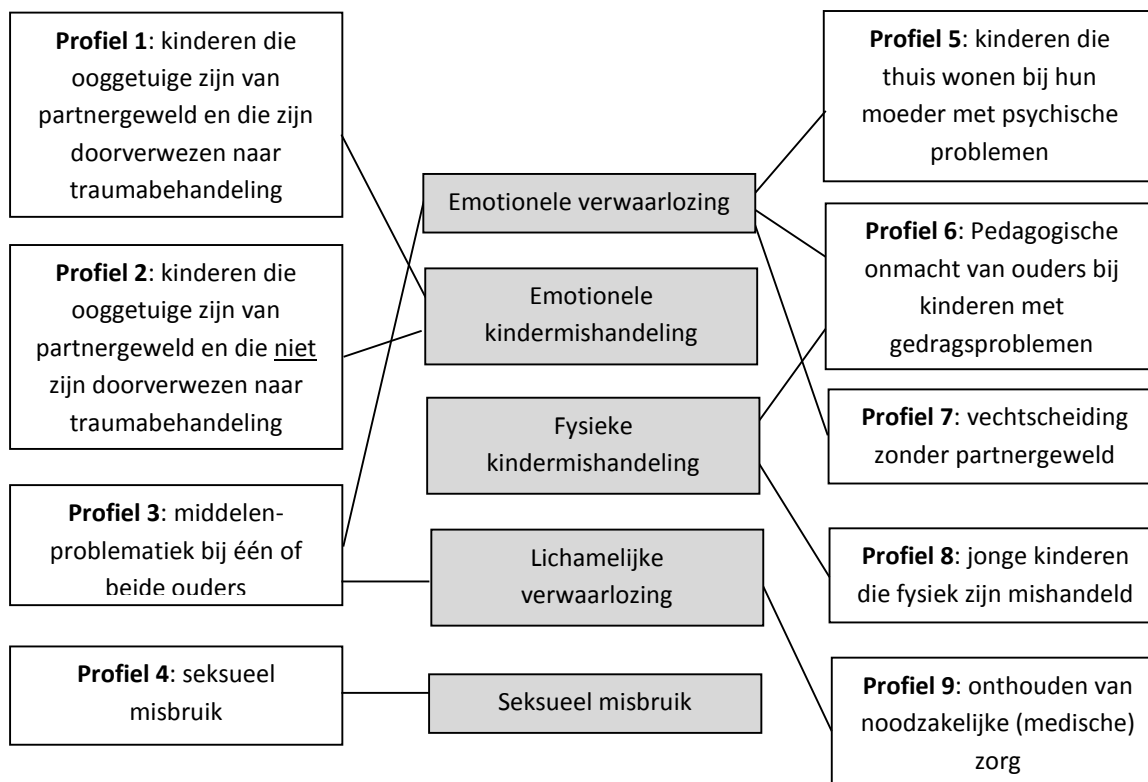
Bekend is dat jonge kinderen extra kwetsbaar zijn voor (fysieke) kindermishandeling en de gevolgen hiervan voor deze groep vaak ernstig zijn (Wolzak & Ten Berge, 2008). We hebben er daarom voor gekozen deze groep nader te onderzoeken, in plaats van alle kinderen die fysiek mishandeld worden in één profiel uit te werken (profiel 8). Daarnaast viel op in de dossiers dat sommige ouders moeilijk om kunnen gaan met gedragsproblemen van hun kind. Zij verliezen de controle en straffen hun kinderen fysiek. Dit profiel hebben we ook nader uitgewerkt (profiel 6).

In de dossiers was er verder relatief vaak sprake van een vechtscheiding tussen ouders (in 44 van 221 dossiers). We hebben ervoor gekozen om het aandeel vechtscheidingen nader te onderzoeken waar *geen* sprake was van relationeel geweld (profiel 7), omdat de dossiers waar sprake is van relationeel huiselijk geweld en tegelijk een vechtscheiding speelt in bijna alle andere profielen vertegenwoordigd waren. Bij de profielen over seksueel misbruik (profiel 4) en onthouding van noodzakelijke (medische) zorg (profiel 9) hebben we geen nadere specificatie gemaakt omdat het een klein aantal van de dossiers betrof.

Figuur 1 geeft een overzicht van de profielen verdeeld over de verschillende typen kindermishandeling

De profielen bevatten zoals eerder genoemd voornamelijk informatie over de ouders en één van de kinderen uit het gezin (vaak het jongste kind). We hebben telkens per gezin één dossier geselecteerd. Vaak betrof dit het dossier van het jongste kind, omdat dit dossier de meeste informatie bevatte. In enkele gevallen was slechts één van de kinderen uit een gezin onder toezicht gesteld of ging de AMK melding over één specifiek kind, dan hebben we ervoor gekozen het dossier van dit kind te scoren. De casusbeschrijvingen in de boxen die dienen ter illustratie van de profielen zijn gebaseerd op echte gezinnen, maar zijn zodanig aangepast dat zij niet meer te herleiden zijn naar de oorspronkelijke gezinnen. Er kan overlap in de profielen zijn omdat bij sommige gezinnen meerdere problemen spelen. Eén gezin kan daarom zoals gezegd in meerdere profielen voorkomen.

Figuur 1. Overzicht van de negen profielen verdeeld over type kindermishandeling



6.2 Profiel 1: Kinderen die ooggetuige zijn (geweest) van partnergeweld en daarna naar traumabehandeling zijn doorverwezen

Shirley is een meisje van vijf jaar. Zij woont samen met haar zus Rosanne van negen jaar bij haar ouders thuis. De ouders van Shirley hebben regelmatig heftige ruzie waarbij haar vader zo boos wordt dat hij haar moeder slaat of met de dood bedreigt. De ouders zijn het vaak niet met elkaar eens over de opvoeding. Shirley's moeder is vaak depressief en haar vader drinkt regelmatig te veel. Haar ouders hebben financiële problemen waardoor ze erg onder druk staan. Vijf keer eerder heeft het AMK onderzoek gedaan naar de situatie bij Shirley thuis. Het AMK heeft Shirley's ouders doorverwezen naar relatietherapie, maar vanwege de ernst van de problematiek (onder andere het partnergeweld) heeft de therapeut de ouders doorverwezen naar de Waag. Shirley en Rosanne zijn doorverwezen naar behandeling voor traumaverwerking, maar situatie thuis was te instabiel om daarmee te kunnen starten. Het AMK heeft toen een verzoek tot onderzoek gedaan bij de Raad voor de Kinderbescherming. In april 2013 stelde de rechter Shirley en Rosanne onder toezicht. Reden hiervoor is dat Bureau Jeugdzorg zorgen heeft over het voorbeeldgedrag van de ouders en het gebrek aan stabiliteit voor Shirley en Rosanne. De kans op herhaling van partnergeweld waar de meisjes getuige van zijn is groot. Bureau Jeugdzorg adviseert Shirley's ouders een ambulante thuisbegeleider die kan helpen bij het meer op één lijn komen over de opvoeding. Ook kunnen ze dan leren om geen ruzie te maken waar hun kinderen bij zijn en bewust te kiezen om de alcohol te laten staan zodat ze beter voor hun dochters kunnen zorgen. In juli hebben zij de eerste afspraak met de ambulante hulpverlener. In december, als de situatie thuis wat rustiger is, worden Shirley en Rosanne alsnog doorverwezen naar behandeling voor traumaverwerking.

Kenmerken van profiel 1

Aantal dossiers	26 dossiers van de 126 dossiers waar kinderen getuige waren van huiselijk geweld tussen ouders (9 Toegang, 12 Jeugdbescherming en 5 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=19), Rotterdam (n=1) en Limburg (n=6)
Type kindermishandeling	Emotionele kindermishandeling
Geslacht	12 jongens, 14 meisjes
Leeftijd	Tussen 1 en 14 jaar, waarvan 11 kinderen 5 jaar of jonger zijn
Woonsituatie	25 thuiswonend, waarvan 19 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	6 enig kind, 13 één broertje of zusje, 7 twee broertjes of zusjes of meer;
Belangrijkste risicofactoren*	Psychiatrische problematiek (voornamelijk bij moeder, n=20) Problematische (huidige) partnerrelatie (n=20) Middelenproblematiek bij een of beide ouders (n=14) Werkloosheid en/of armoede (n=16) Verstoorde interactie ouder-kind (n=13) Gedrags- en ontwikkelingsproblemen bij het kind (n=14) Minimaliseren of ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (n=19)
Belangrijkste beschermende factoren*	Warmte en affectie richting de kinderen (n=15) Steun van netwerk (buren en familie, n=16) Ouders zijn bereid en in staat te veranderen (n=15) Kind heeft goede relatie met belangrijke volwassene (n=15)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

De aard van het fysieke geweld tussen de ouders of opvoeders waar de kinderen getuige van zijn varieert van verbaal geweld met een enkel (ernstig) incident van fysiek geweld tot structurele fysieke mishandeling. Het geweld kan eenzijdig zijn (vaak van de man gericht op de vrouw), maar kan ook wederzijds zijn. In negen gezinnen was ook sprake van fysieke kindermishandeling. Vaak zijn er ook zorgen om de basale verzorging van de kinderen, bijvoorbeeld doordat er te weinig eten in huis is of het huis niet goed wordt schoongemaakt. Kenmerkend is het hoge aantal ouders met psychische problemen binnen dit profiel, onder andere doordat zij zelf slachtoffer zijn geweest van kindermishandeling. Hierdoor zijn zij niet fysiek of emotioneel beschikbaar voor hun kind en zijn zij niet in staat om het belang van hun kind voorop te stellen. Zij creëren geen veilige, stabiele thuissituatie voor hun kinderen doordat zij toch (al dan niet gedwongen door de omstandigheden) in de relatie blijven waarin partnergeweld plaatsvindt of doordat zij een nieuwe relatie aangaan met een partner die hen ook mishandelt. De kinderen vertonen signalen van kindermishandeling bij aanmelding bij Bureau Jeugdzorg. Signalen die genoemd werden in de dossiers zijn: sociaal emotionele problemen, onzeker gedrag, frustratie, boosheid, tekenen van depressie, parentificatie, slecht eten, vaak ziek, achterstand in de taal- en spraakontwikkeling, relativiseren van de situatie en te veel begrip hebben voor de situatie.

Hulpverleningsgeschiedenis

Het AMK was in meer dan de helft van de gezinnen al eerder betrokken, in de meeste gevallen droegen zij het gezin over aan Bureau Jeugdzorg voor doorverwijzing naar hulpverlening of deden ze een Raadsmelding. Bijna alle gezinnen waren al bekend bij Bureau Jeugdzorg, deels doordat er eerder zorgmeldingen gedaan zijn en vijftien gezinnen kregen eerder hulpverlening in vrijwillig kader. Deze hulpverlening was gericht op zowel de ouders (onder andere opvoedondersteuning of relatietherapie) als de kinderen (onder andere Jeugd GGZ). In de meeste gezinnen werd de hulp vroegtijdig afgebroken vanwege een gebrek aan motivatie of doordat de thuissituatie te onrustig was. Stabiliteit in de thuissituatie is een voorwaarde voor bijvoorbeeld traumabehandeling bij kinderen (Van Rooijen et al., 2013).

Doorverwijzing naar hulpverlening

Alle kinderen binnen dit profiel zijn doorverwezen naar traumabehandeling of een ander soort behandeling gericht op het verwerken van de ruzies en/of geweld, die zij gezien en gehoord hebben doordat zij getuige waren van huiselijk geweld. Meestal werden de ouders daarnaast ook doorverwezen naar hulpverlening. In een kwart van de gezinnen

werd eerst opvoedondersteuning ingezet om de thuissituatie te stabiliseren voordat het kind doorverwezen werd naar traumabehandeling (zoals bij Shirley en Rosanne). Voor vijf kinderen werd deze stabiliteit en rust gecreëerd door hem of haar tijdelijk uit huis te plaatsen. In tabel 4 staat een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 4. Doorverwijzingen binnen profiel 1

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Tien voor Toekomst (1x)	- Rust, stabiliteit, veiligheid brengen in thuissituatie - Leren omgaan met agressie en boosheid (voor ouder) - Begeleiden of herstellen van omgang met vader - Belangen van het kind leren voorop te stellen - Hulp bij praktische zaken (o.a. financiële hulp) - Organiseren familienetwerkberaad
	Ambulante thuisbegeleiding (wekelijks) (6x), o.a. Video Home Training (1x)	
	Intensieve thuisbegeleiding (3x)	
	AMW (1x)	
2. (Crisis) uithuisplaatsing	Crisisplaatsing pleegzorg, omgezet in langdurige plaatsing (4x)	- Bieden van een veilige, stabiele woonomgeving - Opbouwen van gezond contact tussen ouders en kind(eren) - Ontlasten van moeder (die de druk niet meer aan kan)
	Vrijwillige uithuisplaatsing (1x)	
	Plaatsing K&J GGZ kliniek (1x)	
3. Behandeling gericht op traumaverwerking	EMDR (1x)	- Traumascreening - Behandeling voor traumaverwerking (o.a. gebeurtenissen een plek geven, leren uiten over de gebeurtenissen) - Herstellen relatie ouder-kind, of onderzoek naar hechting - Kinderen zijn geen getuige meer van huiselijk geweld
	En nu ik...(1x)	
	Kindercoach (1x)	
	KJTC (11x)	
	Kindertherapie (2x)	
	Verwijzing jeugd GGZ algemeen (6x)	
	Speltherapie (2x)	
	Groep Geweldige Kinderen (1x)	
	Groepstherapie Ruzies en Geweld (1x)	
	Veilig Sterk en Verder (3x)	
4. Signs of Safety	Ambulante Spoedhulp (voor maken veiligheidsplan) (1x)	- Waarborgen veiligheid van het kind - Inzetten netwerk van het gezin - Inschatten welke hulpverlening nodig is
	Familienetwerkberaad (1x)	
	Signs of Safety (3x)	
5. Gesprekken met de ouders of kinderen	Schoolmaatschappelijk werk (1x)	Gesprekken met de kinderen
6. Psychologische behandeling	Multi Systeem Therapie (2x)	Stabiliseren opvoedingssituatie
		Aansluiten bij behoeften van het kind

6.3 Profiel 2: Kinderen met gedrag- of ontwikkelingsproblemen die ooggetuige zijn (geweest) van partnergeweld en waarbij geen traumabehandeling is ingezet

Jerome is vijftien jaar en een bekende van Bureau Jeugdzorg. In 2006 en 2011 heeft zijn moeder de hulp van Bureau Jeugdzorg ingeschakeld vanwege zijn onhandelbare gedrag thuis. In die tijd zijn Jerome's ouders nog bij elkaar, maar ze hebben vaak hoogoplopende ruzie waarbij vader moeder slaat, schopt en uitscheldt waar Jerome getuige van is.

Jerome heeft al eerder sociale vaardigheidstraining gevolgd en op late leeftijd werd bij hem vastgesteld dat hij een licht verstandelijke beperking heeft. Dit kan betekenen dat hij al jaren overvraagd is, waardoor hij gefrustreerd kan zijn geraakt. Toen deze beperking werd vastgesteld is hij op het speciaal onderwijs ingeschreven. Jerome's onhandelbare gedrag verbetert niet ondanks de opvoedondersteuning die moeder krijgt. Hij wordt steeds agressiever tegen zijn moeder en in mei 2013 wordt hij onder toezicht gesteld. Hij woont op dat moment bij zijn vader omdat het bij moeder thuis niet meer ging. Vanwege de nog steeds moeizame communicatie tussen vader en moeder en de verstoorde interactie tussen Jerome en zijn ouders verwijst Bureau Jeugdzorg het gezin door naar Multisysteem Therapie. Deze therapie wordt succesvol afgerond en even lijkt er rust te zijn bij Jerome en zijn vader thuis. Maar dan krijgt Jerome knallende ruzie met zijn vader. Jerome besluit om bij de ouders van zijn vriendin te gaan wonen. Als blijkt dat dit voor langere tijd is wordt het gezin ondersteund door pleegzorg. Ondertussen verblijft Jerome weer regelmatig bij zijn moeder, maar wederom escaleert de situatie waarbij Jerome zijn moeder bedreigt. Bureau Jeugdzorg plaatst Jerome op een neutrale plek in een LVB-voorziening voor jongeren met gedragsproblemen zodat hij tot rust kan komen. Jerome vindt het hier niet prettig en zijn vader haalt hem daarom weer bij hem in huis, tegen het advies van Bureau Jeugdzorg in.

Kenmerken van profiel 2

Aantal dossiers	22 dossiers (5 Toegang, 13 Jeugdbescherming, 4 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=7), Rotterdam (n=8) en Limburg (n=7)
Type kindermishandeling	Emotionele kindermishandeling
Geslacht	15 jongens, 7 meisjes
Leeftijd	Tussen 1 en 17 jaar, waarvan 9 kinderen 5 jaar of jonger
Woonsituatie	21 thuiswonend, waarvan 15 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	5 enig kind, 11 één broertje of zusje, 5 twee broertjes of zusjes of meer;
Belangrijkste risicofactoren*	Problemen met kennis of vaardigheden opvoeding (n=13) Verstoorde ouder-kind interactie (n=15) Minimaliseren of ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (n=14) Vechtscheiding (n=12) Problematische (huidige) partnerrelatie (n=15)
Belangrijkste beschermende factoren*	Steun van het netwerk (n=16) Bereid en in staat te veranderen (n=12) Warmte en affectie richting kind (n=13) Kind heeft goede relatie met belangrijke volwassene (n=14)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

De thuissituatie van deze gezinnen wordt bij aanmelding beschreven als onrustig, gespannen en onveilig. Bij een groot deel van de gezinnen is de aard van het geweld niet gespecificeerd in de dossiers, en is dus onduidelijk wat voor soort partnergeweld gebruikt wordt en wat de intensiteit ervan is. Bij in ieder geval drie gezinnen vond een ernstig geweldsdelict plaats (vader slaat moeder bewusteloos) waar de kinderen getuige van zijn. In zes gezinnen worden de kinderen zelf ook fysiek mishandeld. De meeste ouders hebben weinig inzicht in de gevolgen van het huiselijk geweld voor hun kinderen. Meer dan de helft van de ouders bevindt zich in een vechtscheidingssituatie met een ex-partner, al dan niet de biologische ouders van het kind. De kinderen vertonen moeilijk gedrag, zijn boos of agressief richting de ouders, en houden zich niet aan afgesproken regels. Het is niet gezegd dat dit gedrag het gevolg van het partnergeweld is, maar het zou daar wel mee kunnen samenhangen. Jongere kinderen vertonen andere problemen, zoals bedplassen of claimend gedrag richting vader of moeder.

Hulpverleningsgeschiedenis

In het merendeel van de gezinnen (n=14) was het AMK al eerder betrokken vanwege zorgmeldingen die een aantal keer tot een onderzoek leidden. Zes onderzoeken leidden vervolgens tot een verzoek tot Raadsonderzoek. De meeste gezinnen hebben een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis in het vrijwillig kader bij Bureau Jeugdzorg. Onder andere intensieve opvoedondersteuning, relatietherapie of mediation werd eerder geadviseerd of ingezet. In zeven

gezinnen is in het verleden een poging gedaan om behandeling voor eventueel trauma in te zetten (CLAS, speltherapie, KJTC, Groep Geweldige Kinderen), maar bij bijna al deze gezinnen (n=6) kwam dit niet van de grond vanwege een te onrustige en onveilige thuissituatie.

Doorverwijzing naar hulpverlening

In de meeste gezinnen verwijst Bureau Jeugdzorg door naar hulpverlening gericht op de gedrags- of ontwikkelingsproblemen van de kinderen. Dit kan persoonlijke begeleiding van het kind zijn (bijvoorbeeld op een medisch kinderdagverblijf, door individuele therapie of door opname in een Kinderkliniek), maar kan ook gericht zijn op hoe de ouders om moeten gaan met de gedragsproblemen van hun kind (bijvoorbeeld door multisysteemtherapie of opvoedondersteuning). In vier gezinnen was het noodzakelijk dat de kinderen tijdelijk of voor langere tijd uithuisgeplaatst werden, zoals in het voorbeeld van Jerome. Tabel 5 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 5. Doorverwijzingen binnen profiel 2

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Een Taal Erbij (1x)	- Moeder biedt duidelijkheid en structuur - Ouders leren consequent zijn - Leren voorzien in basisbehoeften kind - Kind leert vertrouwen op moeder - Herstellen goed contact met ouders
	Ambulante crisishulp (1x)	
	Intensieve ambulante gezinsbegeleiding (4x)	
	Triple P (2x)	
	Medisch Kinderdagverblijf (3x)	
	Ambulante thuisbegeleiding (3x)	
2. (Crisis) uithuisplaatsing	Netwerkleeggezin (2x)	- Stabiele, veilige woonomgeving - Neutrale plek om tot rust te komen
	Crisisplaatsing, en daarna langdurige pleegzorg (1x)	
	Langdurige plaatsing LVB zorg (1x)	
4. Signs of Safety/ veiligheidsplan	Onderdeel Drie Huizen (1x)	- Waarborgen veiligheid van kind - Inzicht krijgen in visie kind op de thuissituatie
	Veiligheidsplan (1x)	
5. Gesprekken met ouders/kinderen	Noord Holland vechtscheidingsmethode door gezinsvoogd (1x)	- Opstellen ouderschapsplan - Begeleiding bij persoonlijke problematiek kind
	Gesprekken gezinsvoogd (2x)	
	Gesprekken met schoolmaatschappelijk werk (1x)	
6. Psychologische behandeling	Multisysteemtherapie (3x)	- Kind leert omgaan met het niet nakomen van afspraken van moeder (afwijzing) - Kind ervaart geen spanningen meer door vechtscheiding - Kind accepteert regels en gezag - Voorspelbare, veilige thuissituatie - Passende begeleiding bij gedragsproblemen
	Opname Kinderkliniek (1x)	
	Therapie kind (1x)	
	Kinderen uit de knel (2x)	
9. Overige hulpverlening	Stichting Integratie Vroeghulp (1x)	- Voor hulp bij ontwikkelingsachterstand

6.4 Profiel 3: Middelenproblematiek bij één of beide ouders

De situatie bij de driejarige Derrick thuis is op zijn zachtst gezegd problematisch te noemen. Hij woont alleen bij zijn moeder, maar zijn ouders zien elkaar regelmatig en hebben heftige ruzies in het bijzijn van Derrick. Vaak is dit vooral geschreeuw en schelden, maar af en toe gebruiken ze ook fysiek geweld. Derrick's vader heeft moeder al eens zo'n heftige bloedneus geslagen dat ze er voor naar de Eerste Hulp afdeling van het ziekenhuis moest. Het huis waar Derrick nu woont is het vijfde huis sinds hij geboren is. Telkens moeten ze verhuizen omdat zijn moeder de huur niet betaalt en ze hun huis worden uitgezet. Zijn moeder is verslaafd aan alcohol. Zij drinkt soms zoveel dat ze de rest van de dag alleen maar in bed haar roes ligt uit te slapen. Zij kan dan geen boodschappen doen, dus Derrick heeft regelmatig niets te eten. Ook vergeet ze de verwarming aan te zetten waardoor het heel koud is in huis, en zij maakt vrijwel nooit het huis schoon. Wel zijn er regelmatig vrienden van Derrick's moeder over de vloer die samen met moeder alcohol drinken of drugs gebruiken. Bij zijn vader kan Derrick niet wonen, want die heeft geen eigen huis en slaapt bij vrienden op de bank. Vader heeft geen werk en drinkt ook teveel.

Het gezin is twee keer gemeld bij het AMK, waarbij beide keren het middelenmisbruik en huiselijk geweld aan de orde is geweest. De ouders werd geadviseerd relatietherapie te nemen en er werd systeemtherapie opgestart, maar geen van deze hulpverlening is van de grond gekomen. De ouders verschenen niet op afspraken en zij waren onbereikbaar voor de hulpverleners. Na het tweede onderzoek heeft het AMK besloten een spoedmelding bij de Raad voor de Kinderbescherming te doen. De rechter vindt de situatie van Derrick zodanig bedreigend dat hij met spoed uit huis geplaatst wordt in een voor de ouders geheim crisis pleeggezin. Vervolgens wordt hij in een perspectief zoekend pleeggezin geplaatst omdat er op korte termijn geen kans is dat hij bij zijn vader of moeder kan gaan wonen. Bureau Jeugdzorg raadt ook aan Veilig Sterk en Verder op te starten voor zijn ouders en Derrick, maar zijn ouders komen tot drie keer toe niet opdagen op het intakegesprek.

Kenmerken van profiel 3

Aantal dossiers	15 dossiers (3 Toegang, 9 Jeugdbescherming, 3 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=6), Rotterdam (n=6) en Limburg (n=3)
Type kindermishandeling	Lichamelijke en emotionele verwaarlozing
Geslacht	9 jongens, 6 meisjes
Leeftijd	Tussen 0 en 12 jaar, waarvan 6 kinderen jonger dan 5 jaar
Woonsituatie	15 thuiswonend, waarvan 8 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	4 enig kind, 9 één broertje of zusje, 2 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Niet emotioneel beschikbaar (n=12) Werkloosheid en/of armoede (n=11) Minimaliseren of ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (n=13) Eerder geweld gebruikt tegen personen (n=8) Relationeel huiselijk geweld (n=11) Problematische (huidige) partnerrelatie (n=10)
Belangrijkste beschermende factoren*	Kind heeft goede relatie met belangrijke volwassene (n=8) Steun van netwerk (n=8)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

Alcoholmisbruik of –verslaving komt in de meeste gezinnen voor of een combinatie van alcohol en andere middelen. In enkele gezinnen komt alleen cannabis- of cocaïnemisbruik voor. Eén moeder is, naast dat zij veel blowt, een groot deel van de dag aan het gamen waardoor zij niet beschikbaar is voor haar kind. Niet beschikbaar zijn voor de kinderen uit zich in andere gezinnen ook doordat de ouder dronken is of in bed blijft liggen gedurende de dag. Twee moeders gebruikten regelmatig (minimaal dagelijks) cannabis tijdens hun zwangerschap, waarmee zij de gezondheid van hun kind in gevaar brachten. De meeste kinderen leven in een vervuilde woning, krijgen onvoldoende (gezond) eten en zien er onverzorgd uit. In verhouding met de andere profielen is bij deze gezinnen vaak sprake van instabiele

huisvesting, bijvoorbeeld door dreigende huisuitzetting vanwege huurachterstand en van financiële problemen of werkloosheid.

Hulpverleningsgeschiedenis

Elf gezinnen van de 15 dossiers waren eerder gemeld bij het AMK, waarvan het AMK bij acht gezinnen een verzoek tot Raadsonderzoek heeft gedaan. In de meeste gezinnen waar al eerder vrijwillige hulpverlening werd ingezet (bijvoorbeeld opvoedondersteuning) werd dit voortijdig afgebroken vanwege gebrek aan motivatie van de ouders. Bij sommige ouders kan ook een licht verstandelijke beperking (bij vier ouders was dit vastgesteld) of de verslaving een rol spelen in het niet nakomen van afspraken.

Hulpverlening

In de meeste gezinnen wordt een vorm van opvoedondersteuning of een uithuisplaatsing (in zeven gezinnen) ingezet om de thuissituatie te stabiliseren en veiligheid en rust te bieden voor de kinderen. Uithuisplaatsing is in de meeste gevallen langdurig. Een derde van de ouders werd doorverwezen naar verslavingszorg of waren daar al in behandeling. Tabel 6 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 6. Doorverwijzingen binnen profiel 3

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Integrale Vroeghulp vanuit MEE (1x)	- Begeleiden omgang met vader - Afspraken maken over voeding kind en blowen ouder - Organiseren familienetwerkberaad - In kaart brengen welke hulpverlening precies nodig is - Ouders leren regels en grenzen te bieden, kind leert gezag accepteren - Versterken opvoedersrol - Aandacht voor taal- en spraakontwikkeling
	Tien voor Toekomst (1x)	
	Ambulante thuisbegeleiding (5x)	
	Ambulante spoedhulp (1x)	
	Intensieve ambulante gezinsbegeleiding (1x)	
	Medisch Kinderdagverblijf (2x)	
2. (Crisis)uithuisplaatsing	Crisisuithuisplaatsing (2x)	- Rust, stabiliteit en veiligheid voor kind - Gezonde leefomgeving - Begeleiden gedragsproblemen kind
	Perspectief zoekend pleeggezin (1x)	
	Opname Kinder- en Jeugdpsychiatrie (1x)	
	Netwerkpleeggezin (3x)	
	Langdurige plaatsing pleeggezin (2x)	
	Gezinsopname (1x)	
	Aanvraag MUHP (maar afgewezen) (1x)	

Tabel 6 – vervolg. Doorverwijzingen binnen profiel 3

3. Behandeling gericht op traumaverwerking	VSV (2x)	- Positief en veilig contact met ouders
	KJTC (traumabehandeling kind) (1x)	- Zicht op middelengebruik
	Begeleiding door Jongeren Begeleidingsteam van zorgaanbieder (1x)	- Traumascreening en -behandeling - Bespreken van dingen die belastend zijn geweest
7. Hulpverlening gericht op middelengebruik ouders	Advies verslavingszorg (2x)	- Hulpverlening bij verslavingsproblematiek
	Advies huisarts (leveronderzoek) (1x)	- Toelichten van leveronderzoek aan ouders
8. Overige hulpverlening	Verzoek tot Raadsonderzoek (2x)	- Vanwege terugval moeder - Vanwege weigeren hulpverlening
	Algemeen Maatschappelijk werk (1x)	- Inzicht krijgen in financiële situatie
	Sociaal Team (1x)	- Hulp bij financiën en administratie
	Schuldhulpverlening	

6.5 Profiel 4: Kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik

In oktober 2013 ontvangt het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling een melding van de politie dat een vijftienjarig meisje bij hen aangifte heeft gedaan van seksueel misbruik. Het betreft Shakira, de oudste dochter in een gezin van zes kinderen. Haar moeder is niet meer samen met haar biologische vader, maar woont samen met haar stiefvader, de vader van haar broertjes en zusjes. De kinderen zijn regelmatig getuige geweest van ruzies en fysiek geweld tussen moeder en stiefvader. Shakira heeft aangifte gedaan van seksueel misbruik door haar stiefvader. Hij kwam bij haar in bed liggen, begluurde haar als zij onder de douche stond en kneep haar vaak in haar billen. Shakira vertelde haar moeder over het gedrag van haar stiefvader en moeder nam dit heel serieus op. Op het moment dat Shakira's moeder haar man betrapte terwijl hij haar dochter aan het begluren was heeft ze hun relatie verbroken. Zij is met Shakira meegegaan toen zij aangifte deed bij de politie.

Het AMK onderzoekt de zaak en bevestigt dat het om seksueel misbruik gaat. Omdat moeder de relatie met stiefvader verbroken heeft en zij open staat voor hulpverlening adviseert het AMK opvoedondersteuning voor moeder waarbij specifieke aandacht moet zijn voor de gevolgen bij alle kinderen van het getuige zijn van partnergeweld. Shakira wordt doorverwezen naar de schoolmaatschappelijk werker, met wie zij al gesprekken had. Als er andere hulpverlening nodig is voor het verwerken van het seksueel misbruik kan de schoolmaatschappelijk werker daar naar toe doorverwijzen.

Kenmerken van profiel 4

Aantal dossiers	15 dossiers
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=9), Rotterdam (n=4) en Limburg (n=2) (10 Toegang, 1 Jeugdbescherming, 4 AMK)
Type kindermishandeling	Seksueel misbruik
Geslacht	3 jongens, 12 meisjes
Leeftijd	Tussen 2 en 17 jaar, waarvan 10 kinderen jonger zijn dan 12 jaar
Woonsituatie	15 thuiswonend, waarvan 9 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	2 enig kind, 5 één broertje of zusje, 8 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Verstoorde ouder-kind interactie (n=9) Minimaliseren of ontkennen aangetoonde kindermishandeling (n=9)
Belangrijkste beschermende factoren*	Steun van het netwerk (voornamelijk familie, n=8) Warmte en affectie richting kind (n=9) Sociale competentie van het kind (n=9) Goede relatie van het kind met belangrijke volwassene (n=8)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

In de meeste gezinnen zijn er vermoedens van seksueel misbruik, maar is dit niet vastgesteld op basis van lichamelijk letsel of een bekentenis van de dader. De (vermoedelijke) dader is meestal een familielid: de (stief/pleeg)vader, de broer, een oom of de grootvader. Bijna de helft van de kinderen was eerder getuige van partnergeweld tussen de ouders. De kinderen kunnen bij aanmelding seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, bijvoorbeeld erg vrij gedrag richting volwassenen of maken van seksueel getinte opmerkingen. Bijna de helft van de kinderen heeft gedrags- of ontwikkelingsproblemen bij aanmelding.

Hulpverleningsgeschiedenis

Bij negen gezinnen was het AMK al eerder betrokken, waarbij ze in vijf gezinnen een verzoek tot onderzoek hebben ingediend bij de Raad. In één gezin heeft het AMK aangifte gedaan van kindermishandeling bij de politie. Bij een derde van de vijftien gezinnen was al meer dan vier jaar hulpverlening in vrijwillig kader betrokken. Deze hulpverlening was voornamelijk gericht op het partnergeweld dat heeft plaatsgevonden in de thuissituatie en was in geen van de gezinnen gericht op het verwerken van seksueel misbruik.

Doorverwijzing naar hulpverlening

Twee derde van de gezinnen werd doorverwezen naar behandeling die specifiek gericht is op het verwerken van het seksueel misbruik, voornamelijk individuele therapie of traumascreening voor het kind waar ook de ouders bij worden betrokken. De opvoedondersteuning in de overige gezinnen heeft ook signalen van trauma (als gevolg van seksueel misbruik) als aandachtspunt. Eén gezin wordt doorverwezen naar CLAS, een specifieke behandeling voor gezinnen waar sprake is (geweest) van seksueel misbruik. Tabel 7 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen

Tabel 7. Doorverwijzingen binnen profiel 4

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (o.a. Video Home Training en Triple P) (3x)	- Creëren goede en veilige leefomgeving voor het kind - Verbeteren communicatie binnen het gezin - Kinderen vragen minder negatieve aandacht - Ouders leren regels en grenzen stellen, ondersteuning bij opvoedvaardigheden - Kinderen worden niet belast met relatieproblematiek ouders - Focus op seksueel risicogedrag kind - Aandacht voor traumasignalen n.a.v. huiselijk geweld bij het kind
	Ambulante thuisbegeleiding (2x)	
	Beter Beschermd Plus (1x)	
2. (Crisis)uithuisplaatsing	Netwerkpleegezin (1x)	- Rust en veiligheid voor het kind
	Crisisplaatsing (op verzoek kind)	
4. Signs of Safety/veiligheidsplan	Signs of Safety (3x)	- Creëren van veiligheid kind in het gezin - Inzetten van netwerk
	Opstellen veiligheidsplan (i.s.m. de Waag) (1x)	
7. Behandeling gericht op gedragsproblemen kind	Kinderkliniek (1x)	- Aanpakken van onhandelbaar gedrag van kind op school - Ouders/kinderen leren omgaan met ADHD/hechtingsstoornis
	Dagbehandeling ADHD kliniek (1x)	
8. Behandeling gericht op verwerken van seksueel misbruik	KJTC (6x)	- Voorkomen terugval dwanghandelingen van kind - Seksuele screening - Ouders leren aanvoelen wat kind nodig hebt (o.a. emoties) - Traumabehandeling (voor verwerken uithuisplaatsing)
	Schoolmaatschappelijk werk (gesprekken) (1x)	
	CLAS (Contextuele behandeling en Leergroepen voor Alle Betrokkenen bij Seksueel misbruik) (1x)	
	Therapie (systeemgericht vanwege seksueel misbruik) (1x)	
9. Overige hulpverlening	Veilig Sterk en Verder (1x)	- Veiligheid in het gezin waarborgen - Behandeling voor ouders en voor kind(eren)
	Verzoek tot Raadsonderzoek (2x)	- Vanwege nieuwe ontwikkelingen: suïcidepoging moeder en moeder die weer relatie is aangegaan met ex (pleger van partnergeweld)

6.6 Profiel 5: Kinderen die thuis wonen bij hun moeder die psychische problemen heeft

De zevenjarige Latifah woont samen met haar broertje Abdul bij haar moeder. Haar moeder slaapt slecht, ze droomt telkens over de vlucht die zij en haar ex-man moesten maken uit Afghanistan. Ze heeft veel last van angsten, schrikt als ze harde geluiden hoort en durft niet goed de straat op. Latifah's vader en moeder hadden een moeilijke relatie toen zij nog bij elkaar waren. Haar vader schreeuwde vaak en veel tegen haar moeder en sloeg en stompte haar als de ruzie hoog opliep. Latifah en Abdul waren daar getuige van. In 2010 zijn zij gescheiden, Latifah was toen 4 jaar. Sindsdien wonen zij en Abdul met hun moeder in een appartementje met één slaapkamer. Als ze 's ochtends wakker worden maakt Latifah ontbijt en lunch voor zichzelf en haar broertje en helpt Abdul met aankleden voor school. Als ze thuiskomen uit school is hun moeder meestal ook uit bed. Soms is ze heel lief, maar vaak is ze snel boos en dan schreeuwt ze tegen haar kinderen. De buurman hoort vaak dit geschreeuw en besluit om het AMK te bellen. Moeder schrikt als ze het AMK spreekt over de melding. Zij geeft aan dat het inderdaad niet goed gaat en dat zij het heel moeilijk vindt om rustig te blijven tegen de kinderen. Ze heeft eerder al ambulante begeleiding gekregen om rust te creëren in haar leven na een huwelijk vol partnergeweld. Maar moeder heeft dit zelf beëindigd omdat zij geen klik voelde met de begeleider. Het AMK besluit om moeder naar een Afghaanse psycholoog/pedagoog door te sturen. Deze kan helpen bij het inzichtelijk maken van opvoedingspatronen en kan ruimte geven om te praten over het traumatische verleden van moeder en kinderen. Bovendien kan deze persoon helpen bij het opzetten van omgang tussen vader en de kinderen. AMK verwijst moeder ook door naar Bureau Jeugdzorg voor hulp op vrijwillige basis. De intensieve thuisbegeleiding waar moeder naar toe wordt doorverwezen is gericht op het leren communiceren van moeder richting de kinderen en het verbeteren van hun relatie.

Kenmerken van profiel 5

Aantal dossiers	23 dossiers (8 Toegang, 6 Jeugdbescherming, 9 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=8), Rotterdam (n=9) en Limburg (n=6)
Type kindermishandeling	Emotionele verwaarlozing
Geslacht	6 jongens, 17 meisjes
Leeftijd	Tussen 0 en 14 jaar, waarvan 12 kinderen jonger dan 5 jaar
Broertjes/zusjes	9 enig kind, 4 één broertje of zusje, 10 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Problemen met kennis of vaardigheden van de opvoeding (n=15) Verstoorde interactie ouder-kind (n=17) Minimaliseren of ontkennen aangetoonde kindermishandeling (n=12) Relationeel huiselijk geweld (in het verleden) (n=19) Werkloosheid of armoede (n=16) Gedrag- of ontwikkelingsproblemen kind (n=12)
Belangrijkste beschermende factoren*	Steun van het netwerk (n=12) Warmte en affectie richting kind (n=13)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

Driekwart van de moeders was in het verleden slachtoffer van (ernstig) fysiek en/of verbaal partnergeweld. In de meeste gevallen was het kind daar getuige van. Daarnaast was bijna de helft van de moeders in het verleden zelf ook slachtoffer van kindermishandeling. In de meeste gezinnen was moeder niet in staat goed voor haar kind(eren) te zorgen. Zij had geen gezag over haar kinderen, gaf te weinig regels en grenzen aan en was niet in staat om de ontwikkeling van het kind op een leeftijdsadequate manier te stimuleren. In enkele gezinnen was sprake van hoog schoolverzuim van de kinderen. In twee derde van de gezinnen werden de kinderen lichamelijk verwaarloosd. Dit uitte zich onder andere in een verwaarloosde, vervuilde woning, slechte hygiëne van het kind en te weinig eten in huis. Psychische problemen bij moeder varieerden van depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis tot depressieve klachten, trauma en suïcidale gedachten. De psychische problematiek van moeder was veelal niet de hoofdreden voor (aan)melding bij Bureau Jeugdzorg of AMK. De aanleiding was vaker specifieke vormen van kindermishandeling, zoals (het vermoeden van) seksueel misbruik, fysieke mishandeling of getuige zijn van partnergeweld.

Hulpverleningsgeschiedenis

Bij dertien van de 23 gezinnen was het AMK al eerder betrokken, vijf keer deden zij een verzoek tot onderzoek bij de Raad. Bijna alle gezinnen waren al een aantal jaren bekend bij Bureau Jeugdzorg of zorgaanbieders voor hulpverlening in vrijwillig kader. Deze hulpverlening was bijvoorbeeld (al dan niet intensieve) ambulante thuisbegeleiding, een tienermoederproject, bemoeizorg en gezinshulp van het Sociaal Team. Voor een aantal kinderen werd in het verleden al psychologische of psychiatrische hulp ingezet. Dit waren onder andere EMDR, psychotherapie, cursus 'Minder boos en opstandig', persoonlijkheidsonderzoeken, diagnostiek en dagbehandeling. De hulpverlening in het verleden kwam bijna nooit op gang of werd afgesloten door toedoen van één of beide ouders, doordat zij bijvoorbeeld niet kwamen opdagen of niet mee wilden werken.

Doorverwijzing naar hulpverlening

Twaalf kinderen binnen deze groep van 23 staan onder toezicht. In totaal werden zes kinderen (al dan niet met spoed) uithuisgeplaatst. In de meeste gezinnen werd naar (een vorm van) opvoedondersteuning doorverwezen met verschillende doelen. Eén deel van de doelen was gericht op ondersteunen van de opvoedvaardigheden van moeder en de omgang tussen kind en vader of tussen moeder en vader. Een ander deel van de doelen was gericht op het inzetten van het netwerk bij het gezin. De kinderen werden niet doorverwezen naar interventies specifiek. Wel werd doorverwezen naar hulpverlening gericht op het verwerken van het partnergeweld (traumabehandeling en multisysteemtherapie). In vier gezinnen bleek een verzoek tot Raadsonderzoek noodzakelijk om de veiligheid van het kind te waarborgen. Tabel 8 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 8. Doorverwijzingen binnen profiel 5

Categorie	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Opvoedondersteuning MEE (1x)	- Omgang met vader herstellen/stimuleren
	Tien voor Toekomst (1x)	- Duidelijke regels en grenzen stellen aan kind(eren)
	Specialistische thuishulp (3x)	- Duidelijkheid over welke rol het netwerk kan spelen bij het gezin
	Medisch Kinderdagverblijf (2x)	- Versterken opvoedersrol
	Intensieve thuisbegeleiding (1x)	- Verbeteren communicatie tussen ouders
	Ambulante spoedhulp (2x)	
	Beter Beschermd Plus (2x)	
2. (Crisis)uithuisplaatsing	Netwerkpleeggezin (2x)	- Ontlasten van moeder
	Leefgroep en kamertraining (1x)	- Veilige, stabiele omgeving voor kind
	Opname Kinder- en Jeugdpsychiatrie (1x)	- Stimuleren van leeftijdsadequate ontwikkeling
	Crisis uithuisplaatsing, later langdurig (2x)	
3. Behandeling gericht op traumaverwerking	Traumabehandeling (4x)	- Traumascreening
	Multisysteemtherapie (2x)	- Behandeling voor verwerking trauma
	Diagnostiek KSCD (1x)	
	MDFT (1x)	
4. Signs of Safety	Veiligheidsplan (1x)	- Duidelijkheid over welke rol het netwerk kan spelen
	Eigen Kracht Centrale (1x)	- In kaart brengen veiligheid in het gezin

Vervolg tabel 8. Doorverwijzingen binnen profiel 5

8 Hulpverlening gericht op psychiatrische problematiek moeder	Agressieregulatietherapie (1x)	- Moeder leert omgaan met emoties en agressie
9 Overige doorverwijzingen	Verzoek tot Raadsonderzoek (4x)	- Veiligheid waarborgen van kind
	VSV (1x)	- Herstellen van relaties binnen het gezinnen

6.7 Profiel 6: Pedagogische onmacht van ouders bij kinderen met gedragsproblemen

De vierjarige Tim woont samen met zijn moeder bij zijn opa en oma, omdat zijn moeder uit hun huurwoning is gezet vanwege een huurachterstand. Tim heeft ernstig overgewicht, wat hem ernstig belemmert in zijn beweging. Tim houdt van lekker en veel eten, vooral van snoep en chips, daar is hij dol op. Zijn moeder is niet in staat om te zorgen dat hij gezonder gaat eten, zodra Tim zeurt om 'iets lekkers' geeft ze het hem. Als hij niet krijgt wat hij wil wordt Tim opstandig en boos, hij schreeuwt en huult net zo lang totdat hij toch wat lekkers krijgt. Zijn moeder kan er niet goed tegen als Tim zo'n bui heeft, soms geeft ze hem dan een harde klap tegen zijn gezicht met haar vlakke hand. Begin 2013 doet de huisarts een melding bij het AMK omdat Tim ernstig overgewicht heeft en moeder er niets aan doet. Het AMK verwijst moeder door naar het algemeen maatschappelijk werk, maar daar is ze niet naar toegegaan. In oktober 2013 doet oma een melding bij het AMK omdat zij zich zorgen maakt over Tim vanwege zijn overgewicht, maar ook omdat zij het gevoel heeft dat moeder de opvoeding niet goed aan kan. Moeder heeft Tim nog niet ingeschreven op school en hij speelt de hele dag binnen computerspelletjes of kijkt tv. Het AMK heeft Tim doorverwezen naar de GGZ om te onderzoeken of hij een eetstoornis heeft en moeder moet voor hem een afspraak maken bij een diëtist. Bij rappel blijkt dat moeder geen van beide adviezen heeft opgevolgd. Het AMK besluit een verzoek tot Raadsonderzoek te doen. De Raad adviseerde vervolgens hulpverlening eerst in vrijwillig kader op te starten. Moeder wordt doorverwezen naar Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG), welke gericht is op het versterken van moeder in haar rol als opvoeder en haar handvaten bieden om een veilig en positief opvoedklimaat voor haar zoon te creëren. De ambulante hulpverlener maakt onder andere gebruik van Video Home Training om moeder inzicht te geven in haar opvoedvaardigheden en de interactie tussen haar en haar zoon.

Kenmerken van profiel 6

Aantal dossiers	11 dossiers (6 Toegang, 4 Jeugdbescherming, 1 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=4), Rotterdam (n=2) en Limburg (n=5)
Type kindermishandeling	Emotionele verwaarlozing en fysieke kindermishandeling
Geslacht	6 jongens, 5 meisjes
Leeftijd	Tussen 0 en 13 jaar, waarvan 5 kinderen jonger zijn dan 5 jaar
Woonsituatie	11 thuiswonend, waarvan 9 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	4 enig kind, 4 één broertje of zusje, 3 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Verstoorde interactie ouder-kind (n=10) Minimaliseren of ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (n=10) Problematische (huidige) partnerrelatie (n=6) Negatieve houding ten opzichte van kind (n=6) Niet emotioneel beschikbaar voor het kind (n=9) Moeilijk temperament van kind (7)
Belangrijkste beschermende factoren*	Steun van het netwerk (voornamelijk familie, n=8)

*Bij (meer dan) de helft aangekruist

Problematiek bij aanmelding

De kinderen in dit profiel vertonen opstandig en moeilijk gedrag (bijvoorbeeld agressief of 'losgeslagen' gedrag, schreeuwen, losbandigheid). De ouders zijn niet in staat om duidelijke regels en grenzen te stellen en handhaven. Meer dan de helft van de ouders schelden en schreeuwen langdurig tegen hun kind. De ouders passen geen adequate straf toe, maar slaan hun kinderen met hun hand of een gebruiksvoorwerp (bijvoorbeeld slipper of stok) om hen terecht te wijzen. In meer dan de helft van de gezinnen werden de kinderen lichamelijk verwaarloosd, bijvoorbeeld doordat moeder geen actie ondernam op het ernstige overgewicht van haar kind of doordat er te weinig eten in huis was en het huis niet schoon was. De problemen en risicofactoren die in deze gezinnen spelen hebben voornamelijk betrekking op de relatie tussen ouder en kind, weinig gezinnen kampen met psychiatrische problematiek, financiële problemen, werkloosheid of middelenmisbruik in vergelijking met de andere profielen.

Hulpverleningsgeschiedenis

Het AMK ontving over twee derde van de gezinnen al eerder een of meerdere meldingen. Bij drie gezinnen deden zij een verzoek tot onderzoek bij de Raad. De meeste gezinnen kregen al eerder hulpverlening in vrijwillig kader via Bureau Jeugdzorg, voornamelijk ambulante begeleiding of psychologische hulpverlening voor de ouders. Bijna de helft van de kinderen kreeg eerder psychologische hulp of diagnostisch onderzoek in de GGZ. Andere hulpverlening gericht op het kind was behandeling voor spraak- en taalontwikkeling, schoolmaatschappelijk werk en een diëtiste.

Doorverwijzing naar hulpverlening

Meer dan de helft van de gezinnen wordt naar een vorm van opvoedondersteuning doorverwezen, voornamelijk intensieve begeleiding. Doel hiervan is het ondersteunen van opvoedvaardigheden van de ouders, maar ook het leren omgaan met de gedragsproblemen van hun kind(eren). Een aantal kinderen wordt doorverwezen naar hulpverlening gericht op hun gedragsproblemen: twee kinderen worden in een groep geplaatst specifiek voor jongeren met ernstige gedragsproblemen (één Jeugdzorgplus instelling (gesloten jeugdzorg) en één behandel- en woongroep) en twee kinderen worden doorverwezen naar dagbehandeling. Voor de kinderen is dit specifiek gericht op hun gedragsproblematiek en voor de ouders om te leren omgaan met het gedrag van hun kinderen. Tabel 9 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 9. Doorverwijzingen binnen profiel 6

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (1x)	- Opvoedondersteuning voor ouder(s) - Rust en veiligheid creëren in thuissituatie - Taal- en spraakontwikkeling stimuleren - Ouders leren omgaan met gedragsproblemen kind - Voorkomen uithuisplaatsing
	Medisch Kinderdagverblijf (1x)	
	Families First (1x)	
	Ambulante Spoedhulp (2x)	
	Ambulante thuisbegeleiding (1x)	
	Beter Beschermd Plus (1x)	
	Gespecialiseerde thuisbegeleiding (1x)	
2. (Crisis)uithuisplaatsing	Jeugdzorg Plus (1x)	- Stabiele woonplek voor kind - Goede omgang met ouders - Kind ontwikkelt zich leeftijdsadequaat en krijgt inzicht in eigen problematiek - Rust en structuur voor kind
	Netwerkpleegezin (1x)	
	Behandel- en woongroep (1x)	
	Crisisuithuisplaatsing, verlengd naar langdurige plaatsing (2x)	

Vervolg tabel 9. Doorverwijzingen binnen profiel 6

3. Behandeling gericht op traumaverwerking	KJTC (2x)	- Traumabehandeling vanwege fysieke mishandeling door ouder - Psychoseksuele screening
7 Behandeling gericht op gedragsproblemen kind	Dagbehandeling ADHD kliniek (1x)	- Ouders leren omgaan met gedragsproblemen van kind
	Dagbehandeling, inclusief gezinsbehandeling (1x)	- Kind leert omgaan met emoties en agressie
9. Overige hulpverlening	Verzoek tot Raadsonderzoek (1x)	- Ouder weigert vrijwillige hulpverlening

6.8 Profiel 7: Vechtscheiding zonder relationeel huiselijk geweld

De tweeling Anna en Lotte wonen bij hun moeder en haar nieuwe vriend. Hun moeder is gescheiden van hun vader. De meisjes zijn telkens een week bij hun vader en daarna een week bij hun moeder. Hun ouders hebben nog regelmatig heftige ruzies over deze omgangsregeling en zijn niet in staat om afstemming te vinden over de opvoeding van de kinderen. Vader heeft een directieve opvoedstijl en moeder vindt het juist belangrijk dat de kinderen spelenderwijs leren wat wel en niet mag. Ze verwijten elkaar dat de ander niet goed voor de kinderen zorgt, en dat de spanning bij de kinderen veroorzaakt wordt door de ander. Anna en Lotte komen hierdoor in een loyaliteitsconflict. Ze willen graag een goede band met hun moeder en hun vader, maar worden belast met de problemen tussen hun ouders. In 2008 werd mediation geadviseerd voor de ouders en werden de meisjes doorverwezen naar een kinderpsycholoog. Deze hulpverlening is niet tot stand gekomen. Beide meisjes hebben nog steeds veel last van de spanningen, ze gedragen zich onzeker en passief en eten niet goed. In februari 2013 doet school een melding bij het AMK. Het AMK onderzoekt de situatie en doet een verzoek tot onderzoek bij de Raad. In mei 2013 worden Anna en Lotte onder toezicht gesteld. Tijdens het raadsonderzoek heeft vader besloten om de omgangsregeling voorlopig stop te zetten, om op die manier meer rust te bieden voor zijn dochters. Bureau Jeugdzorg stelt twee gezinsvoogden aan voor het gezin, één voor de ouders en één voor de kinderen. Bureau Jeugdzorg verwijst het gezin door naar de Opvoedpoli, waar de ouders gecoacht kunnen worden in het afstemmen van hun opvoedstijl en de meisjes therapie kunnen krijgen om te praten over hun gevoelens en problemen. Nadat vader heeft aangegeven de omgangsregeling stop te zetten wordt ambulante opvoedondersteuning ingezet omdat moeder nu meer verantwoordelijkheden heeft. Na een jaar stelt vader voor dat zijn dochters tweewekelijks een weekend bij hem komen, maar deze omgangsregeling moet nog officieel vastgelegd worden.

Kenmerken van profiel 7

Aantal dossiers	9 dossiers (5 Toegang, 4 Jeugdbescherming)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=5), Rotterdam (n=2) en Limburg (n=2)
Type kindermishandeling	Emotionele verwaarlozing
Geslacht	3 jongens, 6 meisjes
Leeftijd	Tussen 1 en 12 jaar, waarvan 2 kinderen jonger dan 5 jaar
Woonsituatie	9 thuiswonend, waarvan 8 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	3 enig kind, 4 één broertje of zusje, 2 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Niet emotioneel beschikbaar voor kind (n=5) Minimaliseren of ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (n=5) Gedrag- of ontwikkelingsproblemen kind (n=5)
Belangrijkste beschermende factoren*	Steun van het netwerk (n=7) Warmte en affectie richting kind (n=5) Kind heeft goede relatie met belangrijke volwassene (n=6) Bereid en in staat te veranderen (n=5)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

De problematiek in de gezinnen waar een vechtscheiding speelt (maar geen relationeel huiselijk geweld) duurt al jaren. Meestal was tijdens de relatie al sprake van hoogoplopende ruzies en is de vechtscheiding ook al jaren bezig. Twee ouders hadden een nieuwe relatie waar in ook veel ruzie was in het bijzijn van de kinderen. De ouders hebben voornamelijk problemen met de opvoeding, onder andere door grote verschillen in opvoedingsstijlen tussen moeder en vader. De ouders hebben (te) weinig inzicht in de invloed die de vechtscheiding heeft op hun kinderen en zijn door hun eigen problemen niet emotioneel beschikbaar voor hun kinderen. Kenmerkend is dat geen van deze ouders zelf slachtoffer van kindermishandeling was en geen van hen zich in een sociaal isolement bevond. Zij ervoeren bijna allemaal steun vanuit hun omgeving, voornamelijk van familieleden buiten het gezin. In vergelijking met de andere profielen was bij deze ouders ook minder vaak sprake van werkloosheid of financiële problematiek. De ouders zijn echter niet in staat om hun kinderen buiten de strijd te houden, zij belasten hun kinderen met volwassenenproblematiek en de kinderen komen in loyaliteitsconflicten terecht. Andere problematiek van de kinderen die bij aanmelding bij Bureau Jeugdzorg zichtbaar was zijn angsten, onzeker en passief gedrag, zorgen om eetgedrag (eten naar binnen proppen of juist controle eten) en spanning.

Hulpverleningsgeschiedenis

De helft van de kinderen stond onder toezicht, waarvan bij twee gezinnen de kinderen ook uit huis geplaatst waren. Ook binnen dit profiel waren de meeste gezinnen al bekend bij Bureau Jeugdzorg of AMK. Uit hun hulpverleningsgeschiedenis blijkt dat vaak al wel geprobeerd is om de omgang tussen ouders te verbeteren, bijvoorbeeld door mediation in te zetten. Dit komt echter niet goed van de grond omdat één of beide ouders niet op de afspraken verschijnen. Bij twee gezinnen was (een vermoeden van) een licht verstandelijke beperking bij één of beide ouders die ook invloed kan hebben op het verloop van de hulpverlening.

Hulpverlening

In twee derde van de gezinnen wordt opvoedondersteuning ingezet. Bij meer dan de helft heeft dit als doel een verbetering van de omgang tussen vader en kinderen of tussen ouders. De opvoedondersteuning was in combinatie met Signs of Safety of andere hulpverlening gericht op de (v)echtscheidingsproblematiek. Deze laatste hulpverlening richtte zich op het verbeteren van de communicatie tussen de ouders, verbeteren of opzetten van de omgang tussen vader en kinderen of het aanpakken van de gevolgen van de problematiek voor de kinderen (spanningen, belast met ouderproblematiek). In twee gezinnen was de situatie zodanig ernstig dat de kinderen niet langer thuis konden wonen. Tabel 10 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 10. Doorverwijzingen binnen profiel 7

Categorie	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Gespecialiseerde thuiszorg (1x)	- Consequent gezag uitoefenen over kind(eren) - Herstellen of begeleiden van omgang met vader, begeleiden contacten moeder en vader
	Ambulante gezinsondersteuning (3x)	
	Een Taal Erbij (1x)	
	Beter Beschermd Plus (1x)	
2. (Crisis) uithuisplaatsing	Crisisplaatsing pleegzorg, omgezet in langdurige plaatsing (1x)	- Bieden van een veilige, stabiele woonomgeving - Opbouwen van gezond contact tussen ouders en kind(eren)
	Vrijwillige uithuisplaatsing (1x)	
4 Signs of Safety/ veiligheidsplan	Signs of Safety (3)	- Waarborgen veiligheid van het kind - Veiligheid in kaart brengen bij vader thuis - Opzetten van omgang tussen vader en kind(eren)

7 Behandeling gericht op gedragsproblemen kind	ADHD behandelcentrum (2x)	- Ouders leren regels en structuur te bieden - Kind ontvangt passende zorg voor gedragsproblemen - Onderzoeken welke hulpverlening nodig is voor gedragsproblemen - Behandeling voor hechtingsstoornis
	Diagnostisch onderzoek (1x)	
8. Hulpverlening gericht op omgaan met de (v)echtscheiding	Twee gezinsvoogden (vechtscheidingsmethodiek) (1x)	- Gesprekken met de kinderen - Niet belasten van kinderen met volwassenproblematiek - Verhelpen van verstoorde communicatie tussen ouders - Afstemmen van opvoedstijlen en afspraken maken over omgang - Kinderen hebben geen last meer van de spanningen
	Schoolmaatschappelijk werk (1x)	
	Mediation (1x)	
	Creatieve therapie/speltherapie (2x)	
	KIES-cursus (1x)	
9. Overige hulpverlening	GGZ KJTC (1x)	- Psychoseksuele screening kind

6.9 Profiel 8: Jonge kinderen die fysiek zijn of worden mishandeld

Janice is een meisje van twee jaar. Ze heeft twee broertjes, eentje is pasgeboren en de ander is zes jaar. Alle drie de kinderen hebben een andere vader. Janice is verwekt in een one night stand. Ze heeft geen contact met haar vader. De oppas meldt Janice aan bij het AMK. Zij geeft aan dat moeder geen gevoelens heeft voor Janice. Ze is vaak boos op haar, geeft haar veel straf en zet haar dan onder een koude douche. Janice heeft wonden en blauwe plekken waar haar moeder geen goede verklaring voor kan geven. Er zijn veel zorgen over de opvoedingssituatie van Janice, waarin weinig stabiliteit is en zij onvoldoende aandacht krijgt. Moeder geeft aan het vooral moeilijk te vinden om met Janice om te gaan, haar broertjes hebben geen blauwe plekken en krijgen niet telkens straf. In psychologisch onderzoek is een reactieve hechtingsstoornis vastgesteld bij Janice. Vrijwel tegelijkertijd met de AMK melding is de spoedeisende hulp van Bureau Jeugdzorg betrokken geraakt, naar aanleiding van een melding van de huisarts. Janice is toen in een netwerkpleeggezin geplaatst om haar te beschermen en in veiligheid te brengen. Moeder is erg wantrouwend naar Bureau Jeugdzorg en AMK. Zij wil niet meewerken aan het AMK onderzoek naar de veiligheid voor en ontwikkelingsmogelijkheden van Janice, waardoor geen geschikte hulpverlening ingezet kan worden. Het AMK en Bureau Jeugdzorg doen daarom een verzoek tot onderzoek bij de Raad.

Kenmerken van profiel 8

Aantal dossiers	18 dossiers van de 64 dossiers waar fysieke kindermishandeling plaatsvindt (8 Toegang, 8 Jeugdbescherming, 2 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=7), Rotterdam (n=5) en Limburg (n=6)
Type kindermishandeling	Fysieke kindermishandeling
Geslacht	10 jongens, 8 meisjes
Leeftijd	Tussen 0 en 5 jaar
Woonsituatie	18 thuiswonend, waarvan 9 in een eenouder- of stiefgezin
Broertjes/zusjes	7 enig kind, 4 één broertje of zusje, 7 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Minimaliseren of ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (n=16) Problemen met kennis of vaardigheden opvoeding (n=9) Niet emotioneel beschikbaar voor het kind (n=9) Werkloosheid en/of armoede (n=11) Problematische (huidige) partnerrelatie (n=11)
Belangrijkste beschermende factoren*	Steun van het netwerk (voornamelijk familie en burens, n=14)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

Bij een aantal kinderen is fysieke kindermishandeling bevestigd op basis van fysiek letsel, en bij een aantal kinderen is wel een vermoeden dat zij fysiek mishandeld worden, maar is dit (nog) niet bevestigd op basis van fysiek letsel. Een ernstige vorm van fysieke kindermishandeling bij baby's is het zogeheten 'Shaken Baby Syndrome', het schudden van de baby. Bij één kind is aan de hand van fysiek letsel bevestigd (op de spoedeisende hulp) dat zij geschud was en bij twee kinderen was het vermoeden van schudden. Andere vormen van fysieke kindermishandeling bij kleine kinderen waren knijpen, slaan, stevig vastpakken. Ook heeft een aantal kinderen onverklaarbare blauwe plekken of verwondingen en botbreuken waar moeder geen eenduidige verklaring voor kan geven. In vergelijking met de andere profielen zijn er binnen dit profiel (nog) meer ouders die de kindermishandeling ontkennen of minimaliseren.

Hulpverleningsgeschiedenis

Het merendeel van de kinderen (n=11) staat niet onder toezicht. Vier kinderen zijn in crisis uit huis geplaatst, waarbij één kind vervolgens voor langere periode in een pleeggezin is geplaatst. De meeste gezinnen waren al bekend bij AMK of Bureau Jeugdzorg. Het AMK heeft bij drie gezinnen verzocht tot Raadsonderzoek. Meer dan de helft van de gezinnen kreeg eerder hulpverlening in vrijwillig kader, voornamelijk opvoedondersteuning of contacten met Steunpunt Huiselijk Geweld (in verband met partnergeweld) en AMK.

Doorverwijzing naar hulpverlening

De twee vormen van hulpverlening waar het meest naar wordt doorverwezen is opvoedondersteuning, vaak intensief, en GGZ behandeling voor het kind (en in sommige gevallen voor moeder). In de helft van de gezinnen (n=9) zijn de kinderen voor korte of lange tijd uit huis geplaatst, omdat de situatie thuis voor hen niet veilig genoeg was. In één gezin is het Nederlands Forensisch Instituut betrokken om vast te stellen of het letsel bij het kind veroorzaakt is door mishandeling. Tabel 11 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 11. Doorverwijzingen binnen profiel 8

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Ambulante Spoedhulp (4x)	- Hulp bij uitvoeren opvoedersrol, ondersteunen van opvoedvaardigheden, leren regels en grenzen stellen - Veilige, rustige, schone omgeving bieden voor kind - Structureren en aanpakken thuissituatie en opvoeding - Bepalen welke hulpverlening nodig is - Taal- en spraakontwikkeling van het kind
	Ambulante thuisbegeleiding (3x)	
	Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (2x)	
	Gespecialiseerde Thuisbegeleiding (1x)	
	Beter Beschermd Plus (2x)	
	Medisch Kinderdagverblijf (2x)	
2. (Crisis) uithuisplaatsing	Crisis uithuisplaatsing (2x)	- Veiligheid van het kind waarborgen
	Netwerkgezin (3x)	
	Langdurige plaatsing (2x)	
	Vrouwenopvang (1x)	
3. Behandeling gericht op traumaverwerking	KJTC (5x)	- Traumascreening, onderzoek naar hechting en kind - Traumabehandeling voor kind - EMDR voor moeder - Verwerken van verlies moeder
4. Signs of Safety/veiligheidsplan	Signs of Safety (1x)	- Veiligheid in thuissituatie in kaart brengen - Opvoedersrol ouders in kaart brengen
9. Overige hulpverlening	Nederlands Forensisch Instituut (1x)	- Vaststellen kindermishandeling
	Verzoek tot Onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming (2x)	- Veiligheid van kind garanderen - Hulpverlening op gang brengen

6.10 Profiel 9: Onthouden van (medische) zorg

Thomas is 11 maanden oud. Zijn moeder en vader zijn niet meer bij elkaar, zij hadden vaak ruzie en moeder werd door vader geslagen. Thomas heeft na zijn geboorte drie weken in het ziekenhuis gelegen omdat hij een herseninfarct heeft gehad en moet nu nog iedere maand op controle komen. Zijn moeder komt vaak niet op de afspraken. Zij meldt zich niet af en als er een nieuwe afspraak gemaakt wordt komt zij weer niet opdagen. Het CJG en het ziekenhuis zijn van mening dat een plaatsing op een medisch kinderdagverblijf heel goed voor Thomas zou zijn, maar moeder is het hier niet mee eens. De specialist besluit een melding te doen bij het AMK. Tijdens een huisbezoek van het AMK valt het op dat het huis van moeder en Thomas erg rommelig is. Overal liggen spullen, speelgoed, lege kopjes en folders. Moeder blijkt een aantal hoogoplopende schulden te hebben, waaronder een huurachterstand van een aantal maanden. Daarnaast blijkt uit gesprekken met familieleden dat moeder Thomas wel eens alleen thuis laat als zij geen oppas kan vinden. Hij is dan soms een uur of twee alleen thuis. Moeder heeft last van angsten en depressieve gevoelens als gevolg van het meemaken van partnergeweld. Zij heeft hiervoor afspraken bij de psycholoog, maar ook hier komt zij vaak niet opdagen.

Het AMK heeft ernstige zorgen om de veiligheid van Thomas, deels vanwege het niet opvolgen van de ziekenhuisafspraken, en deels vanwege de opvoedingsvaardigheden en psychische gezondheid van moeder en de huidige leefsituatie van Thomas. Het AMK besluit een verzoek tot onderzoek te doen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Thomas wordt onder toezicht gesteld voor de duur van een jaar. Meteen wordt psychiatrische

thuishulp ingezet bij moeder, die haar onder andere begeleidt in haar afspraken met zorginstellingen, haar eigen behandelaar, Bureau Jeugdzorg en de woningbouwvereniging. Thomas wordt aangemeld op een medisch kinderdagverblijf.

Kenmerken van profiel 9

Aantal dossiers	7 dossiers (2 Toegang, 1 Jeugdbescherming, 4 AMK)
Verdeling per regio	Midden- en Zuid-Kennemerland (n=1), Rotterdam (n=4) en Limburg (n=2)
Type kindermishandeling	Lichamelijke verwaarlozing
Geslacht	3 jongens, 4 meisjes
Leeftijd	Tussen 0 en 17 jaar
Woonsituatie	7 thuiswonend, waarvan 4 alleen bij moeder
Broertjes/zusjes	5 enig kind, 1 één broertje of zusje, 1 twee broertjes of zusjes of meer
Belangrijkste risicofactoren*	Minimaliseren of ontkennen aangetoonde kindermishandeling (n=6) Gebrek aan huisvesting (n=4) Werkloosheid en/of armoede (n=4) Gedrags- of ontwikkelingsproblemen bij het kind(n=6)
Belangrijkste beschermende factoren*	Warmte en affectie richting kind (n=4)

*Bij (meer dan) de helft van de gezinnen aangekruist

Problematiek bij aanmelding

De medische zorg die de ouders hun kinderen onthielden betrof: ziekenhuiszorg en medicatie voor chronische aandoeningen of slechte gezondheid (obesitas en slecht gebit) of passende hulpverlening of onderwijs voor kinderen met gedragsproblemen. De ouders zien niet in dat hulpverlening voor hun kinderen noodzakelijk is, of handelen hier niet naar. In één gezin is sprake van een bedreigende situatie vanwege ernstige psychische problemen bij het kind waarbij vader geen actie onderneemt voor psychiatrische hulp en geen toestemming geeft aan het AMK om met informanten te spreken tijdens hun onderzoek. In twee derde van de gezinnen is ook sprake van emotionele verwaarlozing doordat het kind niet naar school gaat of belast wordt met ouderproblematiek (in een vechtscheidingssituatie). De ouders hebben, in verhouding tot de andere profielen, weinig problemen met de opvoeding of een verstoorde interactie met hun kind(eren). Daar staat tegenover dat ook minder beschermende factoren, zoals steun van familie en burens, op hen van toepassing zijn.

Hulpverleningsgeschiedenis

Bij drie gezinnen was het AMK eerder betrokken, waarbij zij bij twee gezinnen een verzoek tot onderzoek deden bij de Raad voor de Kinderbescherming. Bijna alle gezinnen hadden in het verleden al meerdere vormen van hulpverlening in vrijwillig kader gehad. Dit betrof onder andere schoolmaatschappelijk werk, algemeen maatschappelijk werk, MEE, GGZ en hulp van een praktijkondersteuner van de huisarts. In alle gezinnen werd de eerder geadviseerde hulp niet opgevolgd of niet succesvol afgerond (vanwege het niet verschijnen op afspraken).

Hulpverlening

In verhouding met de andere profielen werden gezinnen binnen dit profiel minder vaak naar hulpverlening doorverwezen. In de helft van de gezinnen werd een vorm van opvoedondersteuning ingezet, onder andere gericht op het regelen van praktische zaken en versterken van de opvoedersrol. Bij twee gezinnen deed Bureau Jeugdzorg een verzoek tot onderzoek bij de Raad omdat hulpverlening in het vrijwillig kader niet op gang kwam. Tabel 12 geeft een overzicht van de hulpverlening waar Bureau Jeugdzorg naar heeft doorverwezen.

Tabel 12. Doorverwijzingen binnen profiel 9

Soort hulpverlening	Type	Doelen
1. (Intensieve) opvoedondersteuning	Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (2x)	- Versterken opvoedersrol - Ondersteunen van opvoedingsvaardigheden - Ouders leren omgaan met gedragsproblemen kind - Hulp bij contacten met instellingen (GGZ, woningbouwvereniging, ziekenhuis) - Rust voor kind, goede begeleiding voor zijn medische problemen
	Psychiatrische thuishulp (1x)	
	Medisch Kinderdagverblijf (1x)	
5. Gesprekken met ouders of kinderen	Gesprekken gezinsvoogd (1x)	- Nieuwe afspraken gemaakt over op controleafspraken bij het ziekenhuis komen
9. Overige doorverwijzingen	Verzoek tot Raadsonderzoek (2x)	- Hulpverlening in vrijwillig kader komt niet op gang - Ouders hebben externe aansturing nodig om in actie te komen of al ingezette hulpverlening na te komen

7 Samenvatting en conclusie

Dit rapport geeft inzicht in de werkwijze van Bureau Jeugdzorg bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling en in de problematiek waarmee zij te maken krijgen. Daarnaast geeft het inzicht in de beoordeling en inschatting van deze problematiek en naar welke hulpverlening de gezinnen worden doorverwezen. In dit hoofdstuk bespreken we de antwoorden op de onderzoeksvragen (paragraaf 7.1), plaatsen we het onderzoek in het licht van de veranderingen die gaan plaatsvinden in de jeugdzorg vanaf 1 januari 2015 (paragraaf 7.2), bespreken we de kanttekeningen bij het onderzoek (7.3) en komen we tot een slotconclusie (paragraaf 7.4).

7.1 Beantwoording onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen waren:

1. Met welke problematiek krijgt Bureau Jeugdzorg te maken bij gevallen van kindermishandeling en op welke wijze wordt deze problematiek beoordeeld? Is er sprake van triage en/of risicotaxatie? Hoe wordt onderscheid gemaakt tussen hoog en laag risico?
2. Op basis waarvan wordt de keuze voor een bepaalde interventie/hulpverlening gemaakt?
3. Naar welke instantie, hulp of interventie worden gezinnen die bij Bureau Jeugdzorg worden aangemeld inzake kindermishandeling doorverwezen (of niet doorverwezen)?

Onderzoeksvraag 1a: Met welke problematiek krijgt Bureau Jeugdzorg te maken?

We gaven een beschrijving van negen profielen van gezinnen waar sprake is van kindermishandeling:

- kinderen die ooggetuige zijn geweest van partnergeweld waarbij wel traumabehandeling is ingezet
- kinderen die ooggetuige zijn geweest van partnergeweld waarbij geen traumabehandeling is ingezet
- kinderen die lichamelijk verwaarloosd worden en waarbij één of beide ouders verslaafd is
- gezinnen waar sprake is van seksueel misbruik
- kinderen die thuis wonen bij hun moeder met psychische problematiek
- pedagogische onmacht van ouders bij kinderen met gedragsproblemen
- gezinnen waar sprake is van een vechtscheiding en geen sprake is van partnergeweld
- jonge kinderen die fysiek worden mishandeld
- het onthouden van noodzakelijke (medische) zorg aan kinderen door hun ouders

Deze profielen geven inzicht in de problematiek waar Bureau Jeugdzorg mee te maken krijgt bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling.

Zeer complexe problematiek

Hoewel de profielen onderling duidelijke verschillen vertonen, kan over het algemeen gesteld worden dat de problematiek van deze gezinnen zeer complex is. Bij vrijwel alle gezinnen is sprake van meerdere vormen van kindermishandeling. De aard en ernst van de kindermishandeling verschillen per gezin, en bij elk gezin spelen andere factoren een bepalende rol. Emotionele kindermishandeling en verwaarlozing komt onder de gezinnen die wij hebben onderzocht het meest voor. In een opvallend groot deel van de dossiers (meer dan de helft) waren de kinderen getuige (geweest) van partnergeweld. Vaak hebben deze ouders een belaste voorgeschiedenis: ze zijn vaak zelf slachtoffer (geweest) van kindermishandeling of van partnergeweld, hebben psychische problemen, een verslaving van middelengebruik. Ook hebben ze vaak een licht verstandelijke beperking en heeft een groot aantal gezinnen financiële problemen of is één of beide ouders werkloos. In alle gezinnen was sprake van meerdere risicofactoren op kindermishandeling. Naast het vergroten van het risico op kindermishandeling, kunnen deze factoren belemmerend werken in het al dan niet opvolgen van hulpverleningsadviezen.

De meeste gezinnen hebben al een lange hulpverleningsgeschiedenis in het vrijwillig kader

De meeste gezinnen hebben een hulpverleningsgeschiedenis, soms van jaren, bij jeugdhulpverlening in het voorliggend veld of bij Bureau Jeugdzorg in het vrijwillig kader. De meeste gezinnen zijn ook al eerder gemeld bij het AMK. Vaak zijn al meerdere pogingen gedaan om hulpverlening in te zetten, bijvoorbeeld opvoedondersteuning, relatietherapie, mediation of (jeugd ggz) behandeling voor het kind. Soms werd deze hulpverlening succesvol afgerond of lijkt de situatie stabiel te zijn. Later ontstaan er opnieuw problemen, bijvoorbeeld door een nieuwe relatie die

gewelddadig is of ouders die overbelast raken door werkloosheid of eigen ziektes of problemen. In het merendeel van de gezinnen werd de hulpverlening echter niet opgestart of doorgezet, vanwege gebrek aan motivatie of probleembesef bij de ouders.

Gebrek aan motivatie en probleembesef

Het ontbreken van motivatie voor hulpverlening bij ouders is in een deel van de gezinnen te wijten aan het feit dat ouders geen hulpverlening willen. Bij een deel van de gezinnen is het ook een kwestie van niet kunnen. Sommige ouders hebben te weinig probleembesef en vinden hulpverlening niet nodig. Zij ontkennen of minimaliseren de, vaak inmiddels aangetoonde, kindermishandeling. Dit gebrek aan inzicht in eigen aandeel maakt het moeilijk om ouders voor hulpverlening te motiveren. Ook door de eigen problemen van ouders, bijvoorbeeld psychiatrische problematiek, verslaving of een licht verstandelijke beperking, kan het moeilijk zijn om de hulpverleningsadviezen op te volgen. Hierdoor lukt het Bureau Jeugdzorg vaak niet om gezinnen te bewegen tot de noodzakelijke verandering. Omdat Bureau Jeugdzorg de verantwoordelijkheid heeft om de veiligheid van de kinderen te waarborgen, zal bij ernstige zaken een uithuisplaatsing worden uitgevoerd.

Problematiek van de kinderen

Een relatief groot deel van de kinderen in het dossieronderzoek had externaliserende gedragsproblemen (boos, opstandig en agressief gedrag). Uit de literatuur blijkt dat gedrag- en ontwikkelingsproblemen een risicofactor zijn voor het ontstaan van kindermishandeling (Rooijen & Berg, 2010). Gedragsproblemen kunnen ook een uitingvorm van trauma zijn (Wolzak & Ten Berge, 2008). Het is niet altijd gemakkelijk vast te stellen of de gedragsproblemen van een kind het gevolg zijn van de meegemaakte ervaringen of dat dit een andere oorzaak heeft.

Een deel van de kinderen in de dossiers is nog erg jong, wat maakt dat de gevolgen van kindermishandeling nog niet altijd inzichtelijk zijn. Bij deze kinderen zijn bepaalde kenmerken nog onvoldoende duidelijk (waaronder persoonlijkheidskenmerken).

In de dossiers zijn we weinig informatie tegengekomen over internaliserende gedragsproblemen (stil, angstig en teruggetrokken gedrag), terwijl dit bij een deel van de kinderen ook een uitingvorm van trauma zou kunnen zijn. Internaliserende gedragsproblemen worden wellicht onvoldoende opgemerkt. Deze groep kinderen verdient aandacht en passende hulpverlening om te voorkomen dat zij op latere leeftijd problemen krijgen. Kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling kunnen daar (ernstige) psychische of lichamelijke gevolgen van ondervinden. Kinderen die zich in een echtscheidingsstrijd tussen de ouders bevinden of die getuige zijn van partnergeweld kunnen daarvan heftige spanningen ondervinden, in een loyaliteitsconflict raken of belast worden met de problematiek van hun ouders. Niet bij alle kinderen zijn de gevolgen van kindermishandeling direct zichtbaar en sommige kinderen ondervinden pas op latere leeftijd problemen.

Ook is er een groep kinderen die geen problemen ondervindt als gevolg van kindermishandeling.

Onderzoeksvraag 1b en c: Op welke wijze wordt de problematiek beoordeeld, is er sprake van triage en/of risicotaxatie? Hoe wordt onderscheid gemaakt tussen hoog en laag risico?

Het inschatten van de risico's op (herhaling van) kindermishandeling en de veiligheid van het kind is een ingewikkeld proces voor Bureau Jeugdzorg. Bij deze inschatting zijn professionals grotendeels afhankelijk van wat de ouders, het netwerk en andere betrokken professionals hen vertellen. De inschatting van de ernst en urgentie van de situatie gebeurt daarom bij bijna alle Bureaus Jeugdzorg met een multidisciplinaire beoordeling. Dit betekent dat medewerkers vanuit verschillende functies (disciplines) hierbij betrokken zijn. Bij een crisissituatie wordt direct ingegrepen, bijvoorbeeld door middel van een spoeduisplaatsing en/ of de inzet van een crisisteam. Bij gezinnen waar geen sprake is van een directe crisis wordt per gezin bepaald wat de aanwezige risicofactoren zijn voor een onveilige (thuis)situatie. Ieder gezin is anders en bij ieder gezin kunnen andere factoren het risico op kindermishandeling vergroten of juist verkleinen. Ook de combinatie van risicofactoren kan hierbij een rol spelen. De professionals van Bureau Jeugdzorg gaven aan dat de moeilijkste gevallen de gezinnen zijn waar sprake is van sluimerende problematiek, het zogenoemde 'grijze' gebied. Dit zijn gezinnen in een problematische opvoedsituatie waarbij ouders niet gemotiveerd zijn voor hulpverlening en onvoldoende probleembesef hebben. Bureau Jeugdzorg signaleert dat kinderen in de knel zitten of in hun ontwikkeling bedreigd dreigen te raken. Dit is echter niet ernstig genoeg voor de Rechtbank om de kinderen onder toezicht te plaatsen.

In de praktijk wordt daarnaast gewerkt met risicotaxatie instrumenten. Deze ondersteunen de medewerkers bij het verkrijgen van overzicht van alle risicofactoren die van toepassing zijn op een gezinssituatie, om met behulp van dit overzicht een conclusie te kunnen trekken. Deze instrumenten werden ten tijde van het onderzoek echter nog niet structureel door iedere maatschappelijk werker van Bureau Jeugdzorg gebruikt. Het is aan te bevelen structureel risicotaxatie instrumenten te gebruiken, want door het in kaart brengen van alle factoren (bijvoorbeeld door ze met ouders te bespreken) wordt de hele gezinssituatie inzichtelijk gemaakt. Hierdoor worden geen belangrijke risicofactoren over het hoofd gezien bij de inschatting van de veiligheid van het kind en de toeleiding naar hulpverlening.

Er is een trend zichtbaar waarbij er, vanuit het gedachtegoed van Signs of Safety, steeds meer wordt gewerkt met veiligheidsplannen. Dit is een plan dat samen met het gezin, en waar mogelijk het bredere netwerk rondom het gezin, wordt opgesteld en waarin de kansen en bedreigingen in de gezinssituatie worden vastgesteld. In het plan worden ook afspraken gemaakt omtrent de veiligheid van het kind (wat is nodig om de veiligheid te waarborgen). Dit is een positieve ontwikkeling, want door het netwerk te betrekken bij de gezinssituatie kan sneller hulp ingeschakeld worden als er een dreigende situatie ontstaat (bijvoorbeeld dat grootouders dit bij professionals signaleren wanneer de situatie uit de hand dreigt te lopen). Bovendien past dit goed in de veranderende zorg, waarbij steeds meer verantwoordelijkheid bij de burger komt te liggen.

Onderzoeksvraag 2: Op basis waarvan wordt de keuze voor bepaalde hulpverlening gemaakt?

Bij de besluitvorming over welke hulpverlening nodig is voor een gezin spelen verschillende factoren een rol. Zoals hierboven beschreven, is de urgentie van de situatie als eerste bepalend voor de inzet van hulpverlening. In het geval van een crisissituatie wordt zo snel mogelijk intensieve hulpverlening ingezet (bijvoorbeeld ambulante spoedhulp of crisis interventie team, maar de benaming kan per regio verschillen) en waar nodig wordt het kind tijdelijk uithuisgeplaatst. De veiligheid van het kind staat hierbij voorop.

Bij gezinnen waar geen sprake is van acute dreiging gaat de besluitvorming met betrekking tot hulpverlening vaak langzamer en in samenwerking met drie partijen: de zorgaanbieder, de ouders en intern binnen Bureau Jeugdzorg. Het is de taak van Bureau Jeugdzorg om naar de juiste zorgaanbieder door te verwijzen, en soms kan in samenspraak met de zorgaanbieder al voor een specifieke behandeling of begeleiding gekozen worden. Door ouders te betrekken bij de besluitvorming kan de motivatie voor hulpverlening vergroot worden. Een complicerende factor, die we al eerder noemden, is dat ouders niet altijd voldoende inzicht hebben in hun eigen aandeel in de problematiek of dat zij de problemen ontkennen. In die gevallen is het voor Bureau Jeugdzorg moeilijk in te schatten hoe de situatie daadwerkelijk is, en het is dan vooral lastig om hulpverlening van de grond te krijgen. Binnen Bureau Jeugdzorg bespreekt de maatschappelijk werker de zaak in casuïstiekoverleg met meerdere collega's van verschillende disciplines, of rechtstreeks met een gedragswetenschapper die goed op de hoogte is van beschikbare behandelingen en de doelen daarvan. De werkwijze van de drie verschillende Bureaus Jeugdzorg in ons onderzoek verschilt sterk onderling, en de werkwijze in de overige Nederlandse regio's is ook weer anders. Wel werkt een groot aantal regio's zoals eerder benoemd met een methodiek geïnspireerd op Signs of Safety. Dit zorgt ervoor dat er in de verschillende regio's een vergelijkbare basis is voor de relatie met het gezin. De Richtlijn Kindermishandeling die in 2015 in werking zal treden, zal mogelijk het risico op nadelige gevolgen van de verschillen tussen regio's ondervangen. Een andere factor die meespeelt in de keuze voor hulpverlening is het zorgaanbod in de regio. In sommige regio's is er één zorgaanbieder voor alle Jeugd- en Opvoedhulp, in andere regio's zijn er meerdere zorgaanbieders. Bureau Jeugdzorg is bij het doorverwijzen naar hulpverlening afhankelijk van het aanbod in de regio.

Onderzoeksvraag 3. Naar welke instantie, hulpverlening of interventie worden gezinnen die bij Bureau Jeugdzorg worden aangemeld inzake kindermishandeling doorverwezen (of niet doorverwezen)?

Vanwege de complexe problematiek van gezinnen waar sprake is van kindermishandeling, vanwege het feit dat bij ieder gezin andere factoren bepalend zijn voor de (on)veiligheid van het kind, en vanwege het feit dat de zorgaanbieders in iedere regio een ander zorgaanbod hebben, is het onmogelijk een eenduidig overzicht te geven naar welke hulpverlening wordt doorverwezen bij welke problematiek. In paragraaf 5.3 gaven we een overzicht van de hulpverlening waar naar werd doorverwezen per profiel. In de meeste gezinnen wordt doorverwezen naar hulpverlening voor de ouders en hulpverlening voor het kind. Hulpverlening voor het kind kan dan ook een uithuisplaatsing zijn om (tijdelijk) rust, stabiliteit en veiligheid te creëren voor het kind. In veel gezinnen wordt gezocht

naar een plaatsing in een gezin binnen het netwerk, maar soms is het wenselijk (of niet anders mogelijk) om een kind op een neutrale plek te plaatsen zodat hij of zij rust kan krijgen.

Hulpverlening gericht op ouders of het hele gezin is vaak (intensieve) opvoedingsondersteuning

De meest voorkomende doorverwijzing binnen de profielen is een doorverwijzing naar (intensieve) opvoedondersteuning (ook genoemd thuisbegeleiding). Deze opvoedondersteuning kan verschillen in intensiteit en in doel. Bij de gezinnen waar sprake is van vechtscheiding was opvoedondersteuning bijvoorbeeld sterk gericht op de omgang tussen vader en kinderen en het begeleiden van contact tussen moeder en vader. In profielen waar sprake is van lichamelijke verwaarlozing werd de opvoedondersteuning juist ingezet met als doel de opvoedingsvaardigheden van ouders te verbeteren. In de meeste gezinnen en regio's waar we dit onderzoek uitvoerden is (intensieve) ambulante thuisbegeleiding dus een breed begrip dat breed wordt toegepast. Daarnaast worden specifieke interventies ingezet gericht op de ouders of het hele gezin, zoals Tien voor Toekomst, Een Taal Erbij, Integrale Vroeghulp, Triple P en Families First. Het aanbod van deze interventies verschilt per regio. De in 2015 beschikbare Richtlijn Kinder mishandeling geeft ook advies over de evidence-based en practice-based interventies, waardoor er mogelijk een meer uniform aanbod in de regio's komt.

Hulpverlening gericht op het kind

Kinderen worden regelmatig doorverwezen naar psychologische hulpverlening (zowel individueel als groepstherapie), bijvoorbeeld naar een cursus voor kinderen die zich in een echtscheidingsstrijd bevinden (KIES-cursus of Kinderen uit de knel). Soms wordt een uithuisplaatsing ingezet voor het kind, om zo te kunnen garanderen dat er rust en stabiliteit gecreëerd wordt voor het kind.

Uit recent onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut blijkt dat zestig procent van de kinderen die getuige waren van partnergeweld anderhalf jaar na aanmelding bij een instelling (SHG, de Waag, AMK of Vangnet Jeugd) nog geen hulpverlening hebben gekregen gericht op het verwerken van het partnergeweld (Tierolf, Lunnemann, & Steketee, 2014). Bij traumabehandeling voor het kind wordt het eerder genoemde verschil in zorgaanbod per regio duidelijk. In dit onderzoek zagen we dat het aanbod per regio verschillend is in behandeling gericht op traumaverwerking. In de regio Midden- en Zuid-Kennemerland is daarvoor een speciaal Kinder- en Jeugd Trauma Centrum ingericht. In de regio Rotterdam en de provincie Limburg is er geen dergelijk traumacentrum en valt op – uit de dossiers die wij hebben bestudeerd – dat veel minder kinderen naar behandeling worden doorverwezen gericht op traumaverwerking. Het is mogelijk dat in meer gevallen sprake is van trauma bij het kind, maar dat hier (nog) geen traumabehandeling voor is ingezet, of dat dit wellicht niet als zodanig is herkend. Dit kan schadelijke gevolgen hebben voor het kind, bijvoorbeeld doordat hij of zij een posttraumatische stress-stoornis kan ontwikkelen.

Eerst stabiliteit, dan hulpverlening voor het kind

Een spanningsveld in het doorverwijzen naar hulpverlening voor het kind is dat de thuissituatie vaak eerst veilig en stabiel gemaakt moet worden. In veel gevallen wordt daarom eerst doorverwezen naar hulpverlening voor de ouders om dit te bewerkstelligen (bijvoorbeeld door opvoedondersteuning of gebruik te maken van Signs of Safety). Hulpverlening gericht op het kind en de verwerking van mogelijk trauma is dan nog niet aan de orde. Traumabehandeling heeft vaak een grote impact op kinderen en kan herinneringen boven brengen aan de nare ervaring(en). Rust, stabiliteit en steun van ouders voor het kind is daarom in dit proces essentieel (Van Rooijen et al., 2013). Aangezien dit in veel multiprobleem-gezinnen ontbreekt kan hulpverlening voor het kind niet starten. Dit kan ernstige, nadelige gevolgen hebben voor het kind. De problemen die kinderen ervaren als gevolg van kindermishandeling kunnen hierdoor langdurig aanhouden en intensifiëren.

7.2 Veranderingen in de (jeugd)zorg

Decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten

In dit onderzoek hebben we ons gericht op dossiers uit 2012 en 2013. In deze periode werden al veranderingen ingezet in de werkwijze (via pilots), voorbereidend op de decentralisatie van de Jeugdzorg. Aangezien een gedeelte van de activiteiten van Bureau Jeugdzorg vanaf januari 2015 overgaat naar gemeenten zal de werkwijze vanaf dat moment substantieel anders zijn. De meeste Bureaus Jeugdzorg blijven een gedeelte van de huidige taken – waaronder jeugdbescherming- en jeugdreclasseringsmaatregelen – uitvoeren onder de vlag van Gecertificeerde

Instelling. In de meeste regio's is Bureau Jeugdzorg vanaf 2015 niet langer verantwoordelijk voor de toegang naar hulpverlening in het vrijwillig kader. Deze taak wordt – en is in veel gevallen al – bij bijvoorbeeld het Centrum voor Jeugd en Gezin of sociale wijkteams ondergebracht. Daarnaast werken vanaf januari 2015 het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Steunpunt Huiselijk Geweld samen in één organisatie, onder de noemer 'Veilig Thuis'. De aanpak voor geweld in huiselijke kring en de aanpak van kindermishandeling worden hiermee geïntegreerd. De rol van het AMK verandert niet, het blijft een advies- en meldpunt waar burgers en beroepskrachten hun zorgen kunnen melden over (signalen van) kindermishandeling of huiselijk geweld.

Voor Bureau Jeugdzorg blijft in het gedwongen kader de rol van regiehouder belangrijk. Bureau Jeugdzorg kan het hele gezin in beeld houden en snel handelen wanneer zich een acute situatie voordoet. De eerste prioriteit van Bureau Jeugdzorg bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling blijft het waarborgen van de veiligheid van het kind. Zoals eerder genoemd is het juridisch kader niet altijd toereikend. Een voorbeeld hiervan zijn gevallen van vechtscheiding. De huidige situatie is zo dat de kinderen onder toezicht worden gesteld, wanneer ouders ernstig in conflict zijn met elkaar en hierdoor de ontwikkeling van het kind in gevaar is. Gezinnen komen echter vaak pas in beeld bij rechtbank en jeugdbescherming als escalatie van dit conflict tussen ouders al een feit is (De Kinderombudsman, 2014b). Daarom is het wenselijk dat de wetgeving mogelijkheid biedt eerder in het conflict ouders aan te zetten tot het stoppen met de echtscheidingsstrijd en hun verstandhouding te verbeteren in het belang van de kinderen. Ouders moeten hiermee aan de slag, voordat het kinderen zodanig schaadt dat zij in hun ontwikkeling worden bedreigd en een ondertoezichtstelling nodig is. In andere gevallen is er sprake van verwachte of dreigende ontwikkelingsbedreigingen voor het kind, maar zijn die op het moment zelf nog niet zwaar genoeg voor de Rechtbank om een juridische maatregel uit te spreken. Bureau Jeugdzorg signaleert deze problemen en voorziet dat deze situatie des te ernstiger zal worden naarmate deze langer voortduurt en niet wordt ingegrepen. Ouders zijn in de meeste van deze gevallen niet gemotiveerd voor hulpverlening, en Bureau Jeugdzorg kan ouders in dit 'grijze gebied' niet dwingen tot hulpverlening.

Inzetten van het netwerk

Naast – of mede door – de organisatorische veranderingen in de zorg (transitie jeugdzorg) komt er steeds meer nadruk te liggen op de eigen kracht van de burger en het op een verantwoorde wijze inzetten van het netwerk. De al eerder ingezette trend om steeds meer gebruik te maken van de benaderingswijze Signs of Safety (en hierop geïnspireerde methodieken) bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling sluit daar goed op aan. Tegelijkertijd is dit ook een kwetsbaar proces, want mensen en hun netwerk worden zelf verantwoordelijk voor de veiligheid van hun kind. Sommige ouders (en hun netwerk) zullen daar niet toe in staat zijn. Dit wordt ook onderkend in de visie van de G4 op de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling, waar wordt benoemd dat ook in de aanpak van huiselijk geweld de ervaring leerde dat voor een aantal kwetsbare volwassen burgers ongevraagde bemoeienis noodzakelijk is om een situatie van onveiligheid te doorbreken (Baldewijns, Van der Burg, Everhardt, & De Jonge, 2013). Veel van de gezinnen in het dossieronderzoek kregen al eerder hulpverlening in het vrijwillig kader. In het veranderende veld is het belangrijk te beseffen dat deze gezinnen – die in de meeste gevallen een zeer complexe problematiek hebben – over het algemeen niet uit zichzelf zullen aangeven dat zij hulp nodig hebben, of uit zichzelf hulp gaan zoeken. Dit brengt een extra uitdaging en verantwoordelijkheid met zich mee voor de hulpverleners in het voorliggend veld. Zij moeten alert zijn op signalen van kindermishandeling en daar accuraat op handelen.

7.3 Kanttekeningen bij het onderzoek

Er zijn enkele kanttekeningen te plaatsen bij het onderzoek. Het huidige onderzoek geeft inzicht in de problematiek die voorkomt als het gaat om kindermishandeling in Nederland en de hulpverlening die bij deze problematiek wordt ingezet. Dit onderzoek is een kwalitatieve studie om inzage te geven in deze vraagstukken. Het onderzoek geeft inzicht in de *doorverwijzing* van gezinnen naar hulpverlening, maar geeft geen antwoord op de vraag of gezinnen deze hulpverlening ontvangen en/ of succesvol doorlopen. Noch geeft het antwoord op de effecten van deze zorg. Omdat wij het dossieronderzoek hebben uitgevoerd bij drie Bureaus Jeugdzorg zijn de resultaten hiervan niet te generaliseren naar de overige Bureaus Jeugdzorg in Nederland. Gezien de ontwikkelingen met betrekking tot de decentralisatie van de jeugdzorg is het echter onmogelijk om een beeld te schetsen van 'de jeugdzorg' in Nederland. Het jeugdzorgdomein is in iedere regio – of gemeente – anders georganiseerd en dit proces zal zich vanaf 1 januari

2015 verder voortzetten. Ook in ons onderzoek zagen wij verschillen tussen de werkwijze van de drie deelnemende Bureaus Jeugdzorg en het gehele (jeugd)zorgaanbod in de betreffende regio's.

7.4 Tot slot

Uit de informatie uit de dossiers kwamen profielen naar voren die zicht gaven op de problematiek van ouders en (in mindere mate) de kinderen, de wijze waarop keuzes voor hulpverlening zijn gemaakt en de doorverwijzingen die plaats vinden. Uit het onderzoek is een aantal zorgpunten naar voren gekomen, die wij hier nogmaals benoemen. Ten eerste is het zo dat hulpverlening voor kinderen specifiek gericht op de behandeling van trauma's pas kan worden ingezet nadat de thuissituatie gestabiliseerd is en de veiligheid in het gezin gewaarborgd is. Dit kan ervoor zorgen dat kinderen hiervan ernstige, nadelige gevolgen ondervinden, doordat de problemen die zij ervaren als gevolg van kindermishandeling hierdoor langdurig aanhouden en intensifiëren. Dit is een ernstige situatie. Het is daarom van belang om tijdens het werken aan de stabilisering van de gezinssituatie voldoende aandacht te hebben voor het kind en zijn of haar situatie. Ook is hierbij de vraag wat een aanvaardbare termijn is voor het werken aan een stabiele opvoedsituatie. De veiligheid én ontwikkeling van het kind dienen altijd het uitgangspunt te zijn.

Ten tweede zijn er zoals benoemd veel regionale verschillen, zowel in de werkwijze van Bureau Jeugdzorg, als in het zorgaanbod dat beschikbaar is. Gezinnen zijn afhankelijk van de zorg die er in hun regio wordt aangeboden door de aanbieder(s) van Jeugd & Opvoedhulp. In sommige regio's is er slechts één zorgaanbieder actief. De regionale verschillen in het aanbod van jeugdzorg zullen door de transitie jeugdzorg waarschijnlijk vanaf 2015 nog groter worden. Deze situatie kan risico's met zich meebrengen, waar het mogelijke kwaliteitsverschillen betreft. Anderzijds kan deze situatie ook kansen bieden, doordat er nieuwe aanbieders komen. Dit zal mogelijk leiden tot meer keuze en meer maatwerk. De gemeenten zullen hier straks een sturende rol in hebben. Van belang is dat deze gemeenten in beeld hebben welk zorgaanbod minimaal beschikbaar dient te zijn in de regio.

Tenslotte zien we dat Bureau Jeugdzorg soms weinig kan doen als de problematiek zich het in 'grijze gebied' bevindt, dus (nog) niet ernstig genoeg is voor de Rechtbank om een juridische maatregel uit te spreken. Deze gezinnen doorlopen hierdoor vaak een langdurig hulpverleningstraject in het vrijwillige kader, veelal zonder gewenst resultaat. Wel is het zo dat Bureau Jeugdzorg met de werkzaamheden in het drangkader handvatten heeft om gezinnen aan te zetten tot hulpverlening. Een risico hierbij is dat in het nieuwe jeugdzorgstelsel een nieuwe knip ontstaat, waarbij de lokale wijkteams in een vergelijkbare situatie terecht komen als Bureau Jeugdzorg nu, waarin zij geen hulpverlening kunnen opstarten voor niet-gemotiveerde ouders. Of in een slechter geval, dat deze ouders juist onzichtbaar worden doordat zij geen hulpvraag hebben, en dus niet bij de wijkteams terecht komen. Daarnaast is het zo dat veel van deze gezinnen een instabiele woonsituatie hebben en relatief vaak verhuizen. De vraag is of deze gezinnen vanaf 1 januari 2015 bij de verschillende wijkteams voldoende in beeld blijven.

Deze inzichten kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de aanpak van kindermishandeling en het reduceren van de nadelige gevolgen hiervan.

Literatuur

- Alink, L., Van IJendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2010). *De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden.
- Baldewsingh, R., Van der Burg, E., Everhardt, V., & De Jonge, H. (2013). Een veilig thuis. Gemeentelijke visie op de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht: De Swart.
- Berger, M., Ten Berge, I., & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- De Kinderombudsman. (2014a). *Preventie van kindermishandeling in gemeenten. Van papier naar werkelijkheid*. Den Haag.
- De Kinderombudsman. (2014b). *Vechtende ouders, het kind in de knel*. Den Haag.
- Dijkstra, S. (2001). *Kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders: Een basisverkenning van korte en lange termijn effecten*. Bilthoven: in eigen beheer.
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: SUA.
- Felliti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Koss, M. P. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fischer, T., & De Graaf, P. M. (2001). Ouderlijke echtscheiding en de levensloop van kinderen: Negatieve gevolgen of schijnverbanden. *Sociale Wetenschappen*, 44(2), 138–163.
- Gezondheidsraad. (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). *De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving*. Rotterdam.
- Hurdeman, M., & De Jong, J. (2014). *Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling. "Wicked answer to a wicked problem."* Amsterdam.
- Ince, D. (2013). *Wat werkt in opvoedingsondersteuning?* (pp. 1–22). Utrecht.
- Lamers-Winkelmann, F., Slot, N. W., Bijl, B., & Vijlbrief, A. C. (2007). *Scholieren Over Mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs*. Amsterdam/ Duivendrecht.
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children growing up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021–1038.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2011). *Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop*. Den Haag.
- Programmaministerie Jeugd en Gezin. (2007). *Actieplan aanpak kindermishandeling Kinderen veilig thuis*.
- Rooijen, K. Van, & Berg, T. (2010). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling* (pp. 1–10). Utrecht.

- Spruijt, E., & Kormos, H. (2010). *Handboek scheiden en de kinderen. Voor de beroepskracht die met scheidingskinderen te maken heeft*. Houten: Bohn Stafleu & van Loghum.
- Tierolf, B., Lunnemann, K., & Steketee, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht.
- Van IJzendoorn, M. H., Prinzie, P., Euser, E. M., Groeneveld, M. G., Brilleslijper-Kater, S. N., van Noort-van der Linden, A. M. T., ... San Martin Beuk, M. (2007). *De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005)*. WODC.
- Van Rooijen, K., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* (pp. 1–24). Utrecht.
- Wolzak, A., & Ten Berge, I. (2008). *Gevolgen van kindermishandeling* (pp. 1–8). Utrecht.
- Zoon, M., & Berg-Le Clercq, T. (2013). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* (pp. 1–13). Utrecht.

Bijlage 1: Scoringsformulier voor dossieronderzoek

Datum (dd/mm/jjjj):	
Initialen onderzoeker:	
BJz:	☐ Noord-Holland (1) ☐ Limburg (2) ☐ ... (3)
Regio:	
Afdeling:	☐ Toegang (drang) (1) ☐ Jeugdbescherming (2) ☐ AMK (3)
Informatie dossier heeft betrekking op:	☐ Alleen de jeugdige (1) ☐ Meerdere kinderen in het gezin (2)
Dossier afgesloten, indien van toepassing (dd/mm/jjjj)	

Algemene gegevens

Gegevens jeugdige(n) <i>(bij meerdere kinderen in het gezin de gegevens noteren van max. 3 kinderen)</i>	
Jeugdige (1)	
Geslacht	☐ Jongen (1) ☐ Meisje (2)
Leeftijd (in jaren) bij start hulpverlening	

Jeugdige (1) (gegevens bij start hulpverlening)	
Thuiswonend bij ouders/verzorgers?	☐ Ja (1) ☐ Nee (2)
Huidige verzorgers	☐ Beide ouders samen (1) ☐ Alleen moeder (2) ☐ Alleen vader (3) ☐ Moeder en vader (gescheiden, omgangsregeling) (4) ☐ Moeder samen met andere persoon, namelijk: (5) ☐ Vader samen met andere persoon, namelijk: (6)
Aantal broertjes en zusjes (leeftijd) + evt. opmerkingen	
Aantal kinderen die bij jeugdige thuis wonen (<18 jaar)	

Betrokkenheid AMK	
Is het AMK betrokken geweest?	☐ Ja, de casus was in behandeling bij het AMK, maar is door AMK inmiddels afgesloten/overgedragen (1) ☐ Ja, de casus is (ook) in behandeling bij het AMK (2) ☐ Ja, met het AMK is/wordt alleen incidenteel afgestemd (3) ☐ Nee, het AMK was en is niet betrokken (door naar vraag X) (4)

Wanneer is het AMK betrokken geweest/ hoe lang geleden? <i>(bij meerdere momenten het meest recente moment)</i>

Wat heeft het AMK geadviseerd inzake de benodigde hulpverlening voor het kind/ gezin?
☐ Geen hulpverlening (1) ☐ Vrijwillige hulpverlening, namelijk..... (2) ☐ Er is een verzoek tot onderzoek gedaan bij de RvdK (3)
Heeft het AMK aangifte gedaan bij de politie?
☐ Ja (1) ☐ Nee (2)

Welke juridische maatregelen zijn van toepassing geweest op <u>de jeugdige</u> in het traject? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>
☐ Geen (1) ☐ VOTS (2) ☐ OTS (3) ☐ UHP crisis plaatsing (4) ☐ UHP langdurige plaatsing (5) ☐ Gesloten plaatsing civiel (6) ☐ Gesloten plaatsing justitieel (7) ☐ Jeugdreclassering (8) ☐ Anders, namelijk:..... (9)

Welke juridische maatregelen zijn op de broertjes en zusjes van toepassing of is aangevraagd door BJz/Raad? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>
☐ Geen (1) ☐ VOTS (2) ☐ OTS (3) ☐ UHP crisis plaatsing (4) ☐ UHP langdurige plaatsing (5) ☐ Gesloten plaatsing civiel (6) ☐ Gesloten plaatsing justitieel (7) ☐ Jeugdreclassering (8) ☐ Anders, namelijk:..... (9)

Is er een melding gedaan bij de Raad, of wordt er zeer binnenkort een melding verwacht? <i>(niet van toepassing (97) bij JB zaken)</i>
☐ Ja, reeds gedaan op (datum, dd/mm/jjjj): (1) ☐ Ja, verwacht op (datum, dd/mm/jjjj): (2) ☐ Nee (3)

Is er in het afgelopen half jaar vanwege een spoedeisende situatie via de korte route een maatregel van de rechter gevraagd en gekregen?
☐ Ja, namelijk (maatregel): (1) ☐ Nee (2)

Aanmelding	
Datum meest recente aanmelding (dd/mm/jjjj)	

Via welke route is de casus bij BJz binnengekomen? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	
Opties	Tijdsbestek <i>(indien relevant)</i>
☐ Eigen aanmelding gezin (1) ☐ CJG (2) ☐ AMK (3) ☐ Politie (4) ☐ Crisisdienst (5) ☐ Huisarts (6) ☐ Verwijzing door derden (professionals) (7) ☐ Toegang/ vrijwillige hulpverlening BJZ (8) ☐ Anders, namelijk: (9) Eventuele bijzonderheden: <i>(in geval van meerdere routes, meer dan 3 opties bijv.)</i>	
Datum laatste versie Plan van Aanpak (dd/mm/jjjj) <i>(meest recente en up-to-date document)</i>	

Problematiek

Is er sprake van kindermishandeling?
☐ Ja, er zijn vermoedens dat er kindermishandeling plaatsvindt (1) ☐ Ja, er zijn vermoedens dat er kindermishandeling heeft plaatsgevonden, maar dit is nu gestopt (2) ☐ Ja, er is vastgesteld dat er kindermishandeling heeft plaatsgevonden, en nu nog plaatsvindt (3) ☐ Ja, er is vastgesteld dat er kindermishandeling heeft plaatsgevonden, maar dit is nu gestopt (4) ☐ Nee (einde formulier) (5)

Om welke vormen van kindermishandeling gaat het? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>
☐ Emotionele kindermishandeling (incl. getuige van partnergeweld) (1) ☐ Fysieke kindermishandeling (2) ☐ Seksueel misbruik (3)

- ☐ Lichamelijke verwaarlozing (4)
- ☐ Emotionele verwaarlozing (5)

Geef een beschrijving van de signalen van kindermishandeling in steekwoorden

Is er aangifte gedaan van kindermishandeling bij politie/OM?

- ☐ Ja, op (datum, dd/mm/jjjj): (1)
- ☐ Nee (2)

Risicotaxatie

Risicotaxatie instrument gebruikt?	☐ Ja (1) ☐ Nee (2)	
Zo ja, welk instrument:		
		Heeft geleid tot bepaalde beslissingen
Op welk(e) moment(en) is het instrument ingevuld? (datum)		
	1.	
	2.	
	3.	
	etc.	

Directe veiligheid

- ☐ Bedreiging door ouder(s)/primaire opvoeder⁵ (1)
- ☐ Bedreiging door jeugdige zelf (2)
- ☐ Bedreiging door ander gezinslid/derde, namelijk: (3)

Risico's van toepassing op de jeugdige? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Levensbedreigende situatie of direct fysiek gevaar (1)
- ☐ Voortduren/herhaling van kindermishandeling (2)
- ☐ Ontstaan van kindermishandeling (3)

Zorgen over de opvoeding of verzorging op onderstaande factoren *(meerdere antwoorden mogelijk)*:

- ☐ Dagelijkse verzorging (schone kleren, hygiëne, gezonde voeding, etc) (1)
- ☐ Regelmatig dag- en nachtritme (2)
- ☐ Emotionele warmte, geborgenheid bij minimaal één vaste verzorger (3)
- ☐ Voorbeeldgedrag van de ouders (4)
- ☐ Regels en grenzen (5)

⁵ O.a. ernstige kindermishandeling, onvoldoende bescherming, onvoldoende basiszorg, opvoeder niet beschikbaar, ouder(s) belemmeren zicht op/toegang tot de jeugdige

- ☐ Stimulering, ingaan op behoeften van het kind (samen spelen, aanwezigheid van speelgoed, belangstelling voor de leefwereld van het kind, scholing- en ontplooiingsmogelijkheden bieden) (6)
- ☐ Stabiliteit (7)
- ☐ Bescherming en veiligheid (8)
- ☐ Anders, namelijk: (9)

Aanwezigheid van risicofactoren ouder (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- ☐ Eerder een kind mishandeld, verwaarloosd of misbruikt (1)
- ☐ Zelf slachtoffer van kindermishandeling (2)
- ☐ Op jonge leeftijd (<18 jaar) ouder geworden (3)
- ☐ Problemen met kennis en/of vaardigheden m.b.t. opvoeding (4)
- ☐ Problemen in de ouder-kind interactie (5)
- ☐ Psychiatrisch problematiek (inclusief persoonlijkheidsstoornis) (6)
- ☐ Middelenproblematiek (7)
- ☐ Suïcidale of gewelddadige/agressieve gedachten (8)
- ☐ (Vermoeden van) verstandelijke beperking (9)
- ☐ Negatieve opvattingen of houding ten aanzien van het kind (10)
- ☐ Niet fysiek beschikbaar voor het kind (11)
- ☐ Niet emotioneel beschikbaar voor het kind (12)
- ☐ Minimaliseren/ontkennen van aangetoonde kindermishandeling (13)
- ☐ Eerder geweld gebruikt tegen personen (14)
- ☐ Anders, namelijk: (15)

Aanwezigheid van risicofactoren jeugdige (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- ☐ Jonge leeftijd, 5 jaar of jonger (1)
- ☐ Prematuur geboren (2)
- ☐ Ongewenste geboorte (3)
- ☐ Gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen (o.a. hyperactiviteit of ernstige gedragsproblemen) (4)
- ☐ Moeilijk temperament (5)
- ☐ (Ernstige) ziekte of handicap (6)
- ☐ Anders, namelijk: (7)

Aanwezigheid risicofactoren in het gezin (*meerdere antwoorden mogelijk*):

- ☐ Ingrijpende levensgebeurtenissen (verhuizing, overlijden) (1)
- ☐ Problematische echtscheiding (vechtscheiding) (2)
- ☐ Eenoudergezin, stiefgezin, groot gezin (3)
- ☐ Relationeel (huiselijk) geweld (tussen ouders/verzorgers) (4)
- ☐ Materiële/financiële problemen (werkloosheid) (5)
- ☐ Materiële/financiële problemen (armoede, gebrek aan financiën) (6)
- ☐ Materiële/financiële (gebrek aan huisvesting) (7)
- ☐ Sociaal isolement, gebrek aan sociale steun (minder dan twee bronnen) (8)
- ☐ Veel conflicten/ problematische partnerrelatie (9)
- ☐ Grote verschillen tussen ouders in opvoedingsgedrag (10)
- ☐ Culturele invloeden (grote verschillen in attitude en opvoedingsgedrag, mate van aanpassing aan dominante cultuur (acculturatie)) (11)
- ☐ Anders, namelijk: (12)

Aanwezigheid beschermende factoren en steunbronnen sociale omgeving (<i>meerdere antwoorden mogelijk</i>):	
<u>Bij de opvoeder</u> ☐ Het hebben van een harmonieuze relatie met de partner; (1) ☐ Zich bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen; (2) ☐ Praktische en emotionele steun vanuit het sociale netwerk; (3) ☐ Warmte en affectie richting de jeugdige; (4) ☐ Bereid en in staat om te veranderen; (5) ☐ Overig, namelijk: (6) <u>Bij het kind</u> ☐ Zelfwaardering en zelfvertrouwen; (1) ☐ Bovengemiddelde intelligentie; (2) ☐ Goede interpersoonlijke vaardigheden (sociale competentie); (3) ☐ Ego-veerkracht; (4) ☐ Makkelijk temperament; (5) ☐ Aantrekkelijk uiterlijk; (6) ☐ Goede relatie belangrijke volwassene (kan ook ouder(s) zijn); (7) ☐ Bereid en in staat om te veranderen; (8) ☐ Overig, namelijk: (9) <u>In de omgeving</u> ☐ Steun van gezin; (1) ☐ Steun van familieleden (buiten gezin) (2) ☐ Steun van overig (buren en/ of anderen) (3) ☐ Positieve banden met leeftijdsgenoten; (4) <u>Beschermende factoren bij seksueel misbruik</u> ☐ Steun van een niet-misbruikende ouder, meestal de moeder, of andere belangrijke volwassenen; (1) ☐ Een gezinsklimaat met een sterke onderlinge betrokkenheid, een positief probleemoplossend vermogen, flexibiliteit en een duidelijke gezinsorganisatie. (2)	
Hulpverlening	
Is er sprake van een hulpverleningsgeschiedenis bij BJz? (<i>in steekwoorden het verloop en/of resultaat weergeven</i>)	
In <u>vrijwillig</u> kader:	
Datum/moment: (onderscheid zorgmelding en hulpverlening)	
In <u>gedwongen</u> kader:	

Datum/moment	

Doorverwijzing Welke hulpverlening is ingezet? <i>(chronologisch overzicht van welke hulp is ingezet, beginnend bij eerste indicatiebesluit)</i>						
	Type hulpverlening, zorgvorm (waar mogelijk informatie over interventies noteren)	Organisatie, zorgaanbod	Doel van hulpverlening of voor welke problemen	Voor wie	Datum start traject	Datum einde traject
1. Datum indicatiebesluit <i>(indien van toepassing)</i>						
2. Datum indicatiebesluit <i>(indien van toepassing)</i>						
3. Datum indicatiebesluit <i>(indien van toepassing)</i>						

Overige/ niet door BJz geïndiceerde hulpverlening (bijvoorbeeld voor ouders):
Hoe is het besluit wat nodig is tot stand gekomen?
Welke personen zijn betrokken geweest bij dit besluit? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>
☐ Eén uitvoerend medewerker (1) ☐ Meerdere uitvoerende medewerkers (2) ☐ Gedragswetenschapper (3) ☐ Teamleider (4) ☐ Het gehele MDT/ TRJ (5)

Bijlage 2: Afspraken over dataverzameling uit dossiers

Afspraken naar aanleiding van dubbele scoring dossiers

1. We hanteren de leeftijd van de jeugdige bij de start van de meest recente aanmelding
2. Codering voor nvt (97), onbekend (98), missing (99). We proberen zo veel mogelijk lege velden te vullen met deze codering
3. Bij huidige verzorgers: nemen we de partner wel mee als die ook door BJZ als verzorger wordt gezien in het dossier
4. Beschrijving van signalen van kindermishandeling: alleen de signalen opschrijven die gerelateerd zijn aan kindermishandeling
5. De open vraag bij risicotaxatie over tot welke beslissingen het heeft geleid vullen we alleen in als het instrument (nog een keer) tijdens het traject is ingevuld.
6. Bij hulpverleningsgeschiedenis zoeken we alleen uit welke hulpverlening er was ingezet, we hoeven niet uitgebreid te noteren waar iedere zorgmelding over ging
7. Bij doorverwijzing naar hulpverlening beschrijven we bij zorgvorm de algemene beschrijving van de hulpverlening, bij zorgaanbod geven we een nadere beschrijving van de zorg en de betrokken organisatie, bij doelen/problemen houden we de lange termijn doelen aan die in het indicatiebesluit beschreven staan
8. Als er meerdere keren een LIRIK is ingevuld nemen we LIRIK die in tijd het dichtst bij de aanmelddatum zit als uitgangspunt
9. We voegen ook aan het eind een veld toevoegen voor opmerkingen van de onderzoeker. 'Wat valt op aan dit dossier?'. Hier kun je vragen/opmerkingen kwijt, of bijvoorbeeld iets over het verloop van het dossier
10. Scoring kindermishandeling: baseren op *"Zijn er concrete aanwijzingen voor: lich psych geweld; verwaarlozing; seks misbruik; getuige van hg"*. Tenzij in de tekst elders anders wordt aangetroffen.
11. We scoren zowel de kindermishandeling die op dit moment nog speelt als wel de kindermishandeling die eventueel in het verleden heeft plaatsgevonden. Bij een beschrijving van de signalen van kindermishandeling gaan we uitgebreider in op de aard van de mishandeling.
12. Let goed op het tijdspectief van te scoren items. In 'welke maatregelen zijn van toepassing geweest?' gaat het dus om maatregelen voorafgaand aan de einddatum van de casus. Als een casus als Toegangscasus in de steekproef terecht komt en er aansluitend een OTS is opgelegd (zonder eerdere OTS) dan scoor je dus 'geen' (als ook van geen andere maatregel sprake is geweest).
13. We nemen in principe geen dossierinfo mee uit oude, eerdere BJZ-trajecten in een casus. Dit zijn dus eerdere trajecten waar een tijdsperiode zonder BJZ-contact tussen zit.
14. Bij risicofactoren moet het gaan om evidente factoren en niet slechts vermoedens.
15. *"Problematische relatie"* gaat over huidige relatie en *"relationeel (huiselijk geweld)"* kan ook gaan over vorige relatie.
16. In situaties waarin sprake is van oudermishandeling of een kind mishandelt een ander kind binnen het gezin, dan plaatsen we dat zo lang in de categorie 'overig'
17. Parentificatie komt terug bij *"Zorgen over opvoeding of verzorging"* = *"ingaan op behoeften kind"*
18. Beschermende factoren: Als kind bij 1 ouder (meest) woont, dan nemen we ook de factoren die gelden voor de andere ouder mee in de scoring. Ondergrens is 1 dagdeel per 14 dagen verblijven bij ouder 2 (ouder 2 moet wel als verzorger optreden).
19. Bepaling 'kindermishandeling' op moment start traject.
20. Getuige partnergeweld = emotionele kindermishandeling in nieuwe versie scoringsformat

Scoring AMK dossiers afspraken:

21. Vragen over betrokkenheid AMK scoren we 97, behalve de vraag: Heeft het AMK aangifte gedaan? Deze scoren we wel.
22. Datum meest recente aanmelding = datum meest recente (huidige) MELDING
23. Datum laatste versie Plan van Aanpak = 97
24. Doorverwijzing = doorverwijzing/ advies AMK, hier vullen we alleen het 1^e veld in (behalve als er echt concrete informatie is over meerdere ingezette hulpverleningstrajecten).
25. Via welke route binnengekomen = wie heeft gemeld bij het AMK?
26. Bij betrokkenen bij besluitvorming extra categorie toegevoegd: 'vertrouwensarts'.

Primaire vindplekken:**JB**

- Eerst eerste plan van aanpak, later pas laatste versie plan van aanpak
- Beschikkingen
- Indicatiebesluiten
- Raadsrapport (m.n. 'formulier C')
- Actieagenda
- TRJ verslagen
- LIRIK

JHV

- Aanmeldverslag
- Analyseverslag
- TRJ verslagen
- Indicatiebesluiten (indien aanwezig), documenten hulpverlening
- Afsluitverslag
- LIRIK
- *Secundair*
- Contactjournaals (Kan zoeken naar type document (bijvoorbeeld intern overleg))

AMK

- Dossierverloop > onderzoek > beoordeling en conclusies > is er sprake (geweest) van KM?
- Dossierverloop: intercollegiale toetsing; onderzoek: contacten; beoordeling en conclusies > ORBA overzicht.
- Tabblad *instanties* – al hulpverlening betrokken?
- Tabblad *Afsluit-informatie* – Advies AMK
- Tabblad *Documenten* – welke afspraken maken we met elkaar
- Tabblad *Beschrijving* – beknopt meldverhaal/ melder/ info over melding

Bijlage 3: Topiclijst aanvullende interviews overige BJz's

We hebben dit interview in het kader van een onderzoek van het IVO naar toeleiding naar zorg bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling. We hebben al uitgebreid dossieronderzoek gedaan bij drie Bureaus Jeugdzorg (Rotterdam, Noord-Holland en Limburg). Omdat de werkwijze (o.a. risicotaxatie, besluitvorming, multidisciplinaire overleggen, protocollen, etcetera) sterk kan verschillen per Bureau Jeugdzorg, willen we heel graag in dit interview jullie werkwijze binnen Jeugdbescherming bij BJz <invullen> bespreken.

In dit gesprek zal ik eerst wat vragen stellen over jullie werkwijze in het algemeen, en daarna zou ik graag nader willen inzoomen op de werkwijze bij kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld.

Heeft u voordat we beginnen nog vragen?

1. Welke functie heeft u binnen BJz?
2. Is er sprake van een bepaalde vorm van triage (inschatting urgentie en hoogte van de risico's) bij aanmelding?
 - Doorvragen: Zo ja, hoe gaat dat in zijn werk? Gebeurt dit volgens een vaste/ bepaalde structuur? Zo nee, zou dat wenselijk zijn?
3. Welke risicotaxatie instrumenten worden gebruikt? Wat zijn de regels en hoe is dat in de praktijk? Hoe helpen de risicotaxatie instrumenten bij de inschatting van wat nodig is qua urgentie van de situatie en de in te zetten hulpverlening?
4. Wie en wat bepaalt welke hulpverlening wordt ingezet?
 - Doorvragen: hebben ze multidisciplinair overleg? Wie zitten daar bij? Wie geeft input voor de te kiezen hulpverlening? Wie heeft het eindoordeel?
 - Welke factoren spelen een rol bij het bepalen welke hulpverlening wordt ingezet?
 - Maken jullie gebruik van standaardprocedures/protocollen bij het kiezen van de benodigde interventies of hulpverlening?
 - Samenwerking met zorgaanbieders: Wat bepaalt BJz qua hulpverlening en wat bepaalt de zorgaanbieder?
5. Gaat de werkwijze veranderen in de komende maanden/vanaf 1 januari? Of is deze al veranderd? Op welke manier?

De volgende vragen gaan over het inzetten van hulpverlening bij kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld.

6. Wat is de werkwijze bij gezinnen waarbij kinderen getuige zijn (geweest) van huiselijk geweld? (in het bijzonder bij vermoedens van trauma bij de kinderen)
 - Doorvragen: hoe wordt vastgesteld of er sprake is van trauma? Wordt het kind gezien/gesproken door bijvoorbeeld de gedragswetenschapper of iemand anders van BJz (bijvoorbeeld diagnostiek)?
7. Welk hulpaanbod bestaat er (in jullie regio) voor kinderen die getuige (zijn geweest) van huiselijk geweld/partnergeweld? (denk specifiek aan traumabehandeling, groepstherapie, etc