

Stoppen en helpen

Stoppen en helpen

Een adequaat antwoord
op kindermishandeling

Ingrid ten Berge

Anne Addink

Mariska de Baat

Cora Bartelink

Jessica van Rossum

Anneke Vinke

Nederlands
Jeugd
instituut



De publicatie *Stoppen en helpen* is tot stand gekomen met financiering van de Bernard van Leer Foundation.



Stoppen en helpen

Een adequaat antwoord op kindermishandeling

Ingrid ten Berge, Anne Addink, Mariska de Baat, Cora Bartelink,
Jessica van Rossum en Anneke Vinke

ISBN 978 90 8560 060 2

NUR 746

© 2012 Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Utrecht / Uitgeverij SWP, Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j°, het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

Inhoud

Inleiding 7

Deel 1: Theorie

1. Kindermishandeling in het kort 13
 - 1.1 Inleiding 13
 - 1.2 Aard en omvang 13
 - 1.3 Het ontstaan van mishandeling en verwaarlozing 18
 - 1.4 Gevolgen van kindermishandeling 27
 - 1.5 Kernpunten 31
2. Hulp na kindermishandeling: wat werkt? 33
 - 2.1 Inleiding 33
 - 2.2 Werkzame factoren 33
 - 2.3 Stoppen van kindermishandeling en herhaling voorkomen 39
 - 2.4 Gevolgen voor kinderen beperken 43
 - 2.5 Kernpunten 45

Deel 2: Praktijk

3. Onderzoeken wat er aan de hand is 49
 - 3.1 Systematisch en zorgvuldig werken 50
 - 3.2 Beoordelen: veiligheidstaxatie 61
 - 3.3 Beoordelen: oorzaken en in stand houdende factoren 69
 - 3.4 Beoordelen: risicotaxatie 73
 - 3.5 Kernpunten 75
4. Praten over veiligheid tijdens het onderzoek 77
 - 4.1 Basishouding 78
 - 4.2 Context en volgorde van de gesprekken 79
 - 4.3 Gesprek met de ouders 82
 - 4.4 Praten met kinderen 87
 - 4.5 Kernpunten 91

- 5. Aan de slag met het gezin: het hulpverleningsplan 93
 - 5.1 Het maken van een hulpverleningsplan 93
 - 5.2 Het veiligheidsplan 95
 - 5.3 Hulpverleningsdoelen opstellen 97
 - 5.4 Oplossingen in gezin en netwerk 99
 - 5.5 Inzetten van professionele interventies en werkwijzen 104
 - 5.6 Monitoren en evalueren 119
 - 5.7 Kernpunten 121

- 6. Samen werken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders 123
 - 6.1 Onderzoek naar samenwerking bij hulp na kindermishandeling 124
 - 6.2 Samenwerken: een ontwikkelingsproces 125
 - 6.3 Succesfactoren en belemmeringen 127
 - 6.4 Checklist 'SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders' 140
 - 6.5 Kernpunten 144

Literatuur 145

Bijlagen

- Bijlage 3.1 Vragenlijsten voor onderzoek rond kindermishandeling 155
- Bijlage 4.1 Checklist Veilig thuis? 161
- Bijlage 5.1 Beschrijving van interventies: stoppen van kindermishandeling en herhaling voorkomen 163
- Bijlage 5.2 Beschrijving van interventies: gevolgen voor kinderen beperken 169

Inleiding

Waarom deze handreiking?

Kinderen hebben een veilige opvoedingsomgeving nodig om gezond en wel op te groeien. Voor sommige kinderen is een veilige opvoedings situatie niet vanzelfsprekend. Hun opvoeders zijn niet in staat hen de zorg, aandacht en/of bescherming te bieden die zij nodig hebben. In Nederland zijn naar schatting bijna 119.000 kinderen slachtoffer van kindermishandeling (Alink e.a., 2011). Deze kinderen zijn afhankelijk van volwassenen die signaleren dat zij thuis niet veilig zijn en actie ondernemen om de kindermishandeling te stoppen. Alle mishandelde kinderen en hun ouders hebben, ongeacht de aard van de mishandeling, recht op adequate hulp om de kindermishandeling zo snel mogelijk te stoppen, herhaling te voorkomen en de schadelijke gevolgen te beperken. Zij moeten kunnen rekenen op beroepskrachten die, met kennis van zaken, samen met hen in kaart brengen wat er aan de hand is en welke hulp nodig is. Om vervolgens deze hulp rondom het gezin te organiseren zodat de mishandeling stopt en gezinsrelaties zo mogelijk worden hersteld.

De afgelopen jaren is in Nederland hard gewerkt aan een betere aanpak van kindermishandeling. Ondersteund door het actieplan Kinderen Veilig Thuis (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007) en de Regionale Aanpak Kindermishandeling (Kooijman e.a., 2011)¹, hebben instellingen, beroepskrachten en overheden zich samen ingespannen om kindermishandeling zo veel mogelijk te voorkomen, beter te signaleren en snel te stoppen. Er is veel bereikt, vooral op het gebied van preventie en signalering, maar er is ook nog veel te doen (Kooijman, 2011). Beroepskrachten en mensen in de omgeving van een gezin signaleren vaker dat een kind mogelijk mishandeld wordt. Ook weten zij steeds beter waar ze terecht kunnen met hun zorgen. Goede hulp om kindermishandeling te stoppen en de schadelijke gevolgen voor het kind te beperken, is echter nog lang niet overal ontwikkeld of beschikbaar (Gezondheidsraad, 2011; Kooijman, 2011). Er is een tekort aan goede diagnostiek en er wordt nog weinig gewerkt met effectieve interventies of effectieve elementen in het hulpaanbod. Voor kinderen,

1 Voor meer informatie over de landelijke aanpak van kindermishandeling zie: www.nji.nl/kindermishandeling, www.aanpakkindermishandeling.nl.

ouders, beroepskrachten en burgers is het teleurstellend en demotiverend als na het signaleren van kindermishandeling onvoldoende actie volgt die ouders en kinderen daadwerkelijk verder helpt.

Nu preventie en signalering van kindermishandeling goed op gang zijn gekomen, is het tijd om te investeren in het hulpaanbod. In de praktijk blijkt het vormgeven van een goed hulpaanbod niet gemakkelijk. Gezinnen waar kindermishandeling speelt, hebben vaak problemen op meer levensgebieden, waardoor hulp uit verschillende sectoren nodig is. Dat vraagt om afstemming en samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. In de praktijk is dat nog niet vanzelfsprekend. Daarnaast is kennis over wat voor deze doelgroep het beste werkt beperkt en de beschikbare kennis is niet bij alle professionals bekend.

Deze publicatie is tot stand gekomen in het kader van een vervolg op de Regionale aanpak kindermishandeling en met financiering van de Bernard van Leer Foundation.

Met deze handreiking wil het Nederlands Jeugdinstituut een bijdrage leveren aan de verbetering van het hulpaanbod aan mishandelde kinderen en hun ouders. De handreiking richt zich op fysieke en emotionele mishandeling en verwaarlozing binnen het gezin. Seksueel misbruik en kindermishandeling buiten het gezin vallen buiten het bestek van dit boek, hoewel bepaalde onderdelen (zoals behandeling) wel bruikbare algemene informatie bevatten voor deze problematiek.

De handreiking biedt beroepskrachten informatie, tips en hulpmiddelen voor het beoordelen van (vermoedens van) kindermishandeling, het bieden van hulp bij het stoppen en verwerken daarvan en het praten met ouders en kinderen.

De nadruk ligt daarbij op de psychosociale zorg; er wordt niet specifiek ingegaan op medische zorg en civielrechtelijke of strafrechtelijke interventies. Ten slotte wordt aandacht besteed aan mogelijke succesfactoren voor het realiseren van een samenhangend hulpaanbod en effectieve samenwerking tussen beroepskrachten.

Voor wie is deze handreiking bedoeld?

Deze handreiking is bedoeld als ondersteuning van professionals die in en met gezinnen werken in de jeugdzorg, de jeugdbescherming en de jeugd-ggz, en daarbij kindveiligheid beoordelen of hulp bieden bij (vermoedelijke) kindermishandeling. Denk hierbij bijvoorbeeld aan medewerkers van bureaus jeugdzorg, jeugdzorgaanbieders of centra voor jeugd en gezin, of hulp-aan-huis-werkers. Daarnaast kan de handreiking behulpzaam zijn voor professionals die vanuit hun zorg voor de

gezondheid of het welzijn van kinderen of ouders betrokken zijn bij het stoppen van kindermishandeling of het beperken van de gevolgen, zoals (jeugd)artsen, maatschappelijk werkers of werkers in de verslavingszorg of vrouwenopvang.

De handreiking is niet primair bedoeld voor preventiewerkers of beroepskrachten die vooral een signaleringsverantwoordelijkheid hebben (zoals leerkrachten of werkers in de kinderopvang), hoewel sommige onderdelen voor hen mogelijk wel informatief zijn.

De heterogeniteit van de doelgroep professionals waarop dit boek zich richt, brengt met zich mee dat professionals voor zichzelf kunnen nagaan welke elementen in hun eigen werkpraktijk toepasbaar zijn.

Leeswijzer

Deze handreiking bestaat uit een theoretisch deel (deel 1) en een praktijkgericht deel (deel 2).

Deel 1 bevat algemene informatie over het probleem kindermishandeling en effectieve interventies. Het eerste hoofdstuk geeft basisinformatie over het ontstaan en de gevolgen van kindermishandeling. Hoofdstuk 2 beschrijft wat uit onderzoek bekend is over effectieve hulp: wat werkt in de hulp na kindermishandeling?

Deel 2 is bedoeld ter ondersteuning van professionals bij het beantwoorden van de vragen: ‘wat is er aan de hand?’ en ‘wat moet er gebeuren?’

In hoofdstuk 3 wordt allereerst ingegaan op het onderzoeken van situaties van (vermoedelijke) kindermishandeling. In hoofdstuk 4 worden tips gegeven voor het praten met ouders en kinderen over veiligheid en kindermishandeling.

Hoofdstuk 5 beschrijft wat er moet gebeuren om de situatie voor het kind (weer) veilig te maken en de gevolgen voor het kind te beperken. Het maken van een hulpverleningsplan en het inzetten van effectieve interventies staan daarin centraal. Hoofdstuk 6 beschrijft mogelijke succesfactoren voor het realiseren van samenwerking in het hulpaanbod op uitvoerend en organisatieniveau.

De handreiking is gebaseerd op literatuurstudie, aangevuld met praktijkervaringen. Voor hoofdstuk 4 is daarnaast gebruik gemaakt van de publicatie *Veilig Thuis?* (Ten Berge & Bakker, 2005). Voor de literatuurstudie zijn systematische searches gedaan in de nationale en internationale vakliteratuur. Om de leesbaarheid te bevorderen, zijn details daarover niet in de tekst opgenomen.

Ten behoeve van de leesbaarheid worden in dit handboek de termen ‘beroepskracht’, ‘professional’ en ‘hulpverlener’ door elkaar gebruikt. Daarmee wordt bedoeld alle volwassenen die beroepshalve betrokken zijn bij onderzoek of diagnostiek van kindermishandeling en/of hulp bieden aan mishandelde kinderen of hun ouders.

Wanneer in de tekst wordt gesproken over ‘kindermishandeling’ of ‘mishandelde kinderen’ wordt kindermishandeling in de brede zin bedoeld, tenzij uitdrukkelijk verwezen wordt naar een specifieke vorm van mishandeling of verwaarlozing. De term ‘kinderen’ verwijst naar alle jeugdigen tot en met achttien jaar, tenzij anders vermeld.

Deel 1: Theorie

1 Kindermishandeling in het kort

1.1 Inleiding

Alle beroepskrachten die met kinderen of ouders werken, kunnen in aanraking komen met slachtoffers of plegers van kindermishandeling. Een adequate aanpak van kindermishandeling begint met het bewustzijn dat kindermishandeling voorkomt in de groep waar je mee werkt. Kinderen en hun ouders zijn voor het stoppen van mishandeling en behandeling van de gevolgen afhankelijk van professionals die durven en kunnen handelen. Dat vraagt onder andere kennis van professionals over wat kindermishandeling is, hoe vaak het voorkomt, hoe het ontstaat en wat de gevolgen voor het kind kunnen zijn.

Dit hoofdstuk geeft achtergrondinformatie over kindermishandeling. Paragraaf 1.2 gaat in op de verschillende vormen en de omvang van kindermishandeling. In paragraaf 1.3 wordt beschreven welke factoren bij kunnen dragen aan het ontstaan van fysieke en emotionele mishandeling en verwaarlozing. Ook wordt ingegaan op beschermende factoren. De gevolgen voor kinderen komen in paragraaf 1.4 aan bod.

1.2 Aard en omvang

1.2.1 Definitie en vormen

Kindermishandeling is een verzamelterm voor situaties van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik en combinaties daarvan. Volgens de Wet op de jeugdzorg, die sinds 2005 van kracht is, is kindermishandeling:

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

Belangrijke elementen in deze definitie zijn:

- het gaat om verschillende soorten bedreiging: fysiek, psychisch of seksueel;
- de bedreiging kan voortkomen uit actief handelen, maar ook uit niet-handelen (nalaten) van de pleger;
- de pleger kan de ouder van het kind zijn, of andere personen van wie het kind afhankelijk is;
- er hoeft nog geen sprake te zijn van ernstige schade bij het kind; ook gedrag dat tot ernstige schade kan leiden, wordt als kindermishandeling beschouwd.

Onder de algemene noemer kindermishandeling vallen uiteenlopende vormen van geweld tegen en verwaarlozing van kinderen. Een gangbare onderverdeling in vormen van kindermishandeling is:

- fysieke mishandeling;
- fysieke verwaarlozing;
- psychische (of emotionele) mishandeling;
- psychische (of emotionele) verwaarlozing;
- getuige zijn van huiselijk geweld;
- seksueel misbruik.

In de praktijk komen in een gezin waarin een of meer kinderen mishandeld worden, vaak verschillende vormen tegelijk voor (Wolzak & Ten Berge, 2005). Ook zijn er veel variaties in ernst. Bij elke vorm van kindermishandeling varieert de ernst van zeer licht tot zeer ernstig. De duur en frequentie van het geweld bepalen mede de ernst van de mishandeling.

Fysieke mishandeling

Onder fysieke kindermishandeling vallen alle vormen van lichamelijk geweld tegen het kind, zoals slaan, schoppen, bijten, knijpen, krabben, aan haren trekken of brandwonden toebrengen. Fysieke mishandeling komt, net als de andere vormen, in verschillende gradaties voor. Het is niet een kwestie van 'een kind wordt niet mishandeld of het wordt wel mishandeld', het is een continuüm variërend van zeer licht tot zeer ernstig geweld. Een 'pedagogische tik' is een grensgeval. Hoewel een pedagogische tik in Nederland volgens het Burgerlijk Wetboek verboden is, wordt een incidentele lichte tik meestal niet als mishandeling gezien. Ernstige vormen van fysieke mishandeling als wurgen, snijden of smoren kunnen levenslange schade of zelfs de dood tot gevolg hebben.

Een bijzondere vorm van fysieke kindermishandeling is het ‘shaken-baby-syndroom’, waarbij een baby zo hard door elkaar geschud wordt dat hij daar hersenletsel aan overhoudt of zelfs overlijdt. Een andere bijzondere vorm is het ‘Münchhausen-by-proxysyndroom’, waarbij ouders, meestal moeders, hun kind opzettelijk ziek maken of ziekteverschijnselen simuleren en (onnodige) medische onderzoeken laten ondergaan.

Vrouwelijke genitale verminking of meisjesbesnijdenis is ook een vorm van lichamelijke mishandeling. Het is een gebruik waarbij de clitoris (deels) wordt besneden of verwijderd. Het komt in Nederland vooral voor bij migranten uit Afrikaanse landen rond de Sahara. Meisjesbesnijdenis kan levenslang ernstige gevolgen hebben, zowel lichamelijk (bijvoorbeeld chronische pijn, menstruatieklasten, problemen bij bevalling) als psychisch (posttraumatische stress, angst en depressie, seksuele ontwikkeling).

Fysieke verwaarlozing

Bij fysieke verwaarlozing komen ouders of opvoeders langdurig onvoldoende tegemoet aan de lichamelijke basisbehoeften van het kind. Het kind krijgt niet de zorg en verzorging waar het gezien zijn leeftijd en ontwikkeling behoefte aan heeft en recht op heeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om structureel te weinig, slechte of onregelmatige voeding, onvoldoende bescherming tegen kou, en onvoldoende veilige ontwikkelingsmogelijkheden. Ook het onthouden van noodzakelijke medische zorg is een vorm van verwaarlozing. Bij ernstige verwaarlozing komt de fysieke veiligheid van het kind in gevaar. Dat is bijvoorbeeld het geval bij het ontbreken van onderdak of adequaat toezicht.

Psychische (of emotionele) mishandeling

Van psychische of emotionele mishandeling is sprake wanneer ouders of andere opvoeders met hun houding en gedrag afwijzing en vijandigheid uitstralen tegenover het kind. Ze schelden het kind regelmatig uit, laten het herhaaldelijk horen dat het niet gewenst is of maken het kind opzettelijk bang. Psychische mishandeling kan ook bestaan uit denigrerende uitspraken over het kind tegenover anderen, waar het kind zelf bij is. Ten slotte vallen opsluiten en vastbinden van het kind onder psychische mishandeling.

Psychische (of 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. Psychische verwaarlozing is in de eerste levensjaren zichtbaar wanneer de ouder emotioneel niet beschikbaar is en signalen van onrust (huilen) of contact leggen van de baby negeert. Bij oudere kinderen blijkt psychische verwaarlozing uit een gebrek aan stimulans in de ontwikkeling, bijvoorbeeld door niet de mogelijkheid tot contact met leeftijdgenoten te bieden. Of door kinderen gezien hun leeftijd buitensporig lang aan hun lot over te laten, ze te negeren of niet in te gaan op hun behoefte aan troost, vragen of wensen. Kinderen hebben ook behoefte aan duidelijke regels en grenzen enerzijds, en ruimte om zich te ontwikkelen anderzijds. Wanneer ouders geen of juist te strenge regels of grenzen hanteren, of hierin inconsequent zijn, is er ook sprake van psychische verwaarlozing.

Getuige van huiselijk geweld

De laatste jaren is er toenemende aandacht voor kinderen die getuige zijn van geweld in het gezin. Zij zien of horen geweld en conflicten tussen hun ouders of worden geconfronteerd met de gevolgen, bijvoorbeeld verwondingen bij hun moeder of moeten vluchten. Getuige zijn van geweld in het gezin kan schade bij het kind veroorzaken. De gevolgen voor kinderen zijn vergelijkbaar met de gevolgen van zelf mishandeld worden. Partnergeweld en kindermishandeling gaan daarnaast vaak samen, waardoor het kind niet alleen getuige is van het geweld, maar ook slachtoffer (Pels e.a., 2011).

Seksueel misbruik

Van seksueel misbruik is sprake als een volwassene een kind betreft bij seksuele activiteiten met als doel bevrediging van seksuele behoeften en/of financieel gewin. Seksueel misbruik bestaat uit alle seksuele aanrakingen of handelingen die een volwassene een kind opdringt. Dat varieert van begluurd worden of moeten toezien bij seksuele handelingen van de volwassene, tot betasten en verkrachting. Door het lichamelijke of relationele overwicht, de emotionele druk, of door dwang en geweld van de volwassene kan het kind die aanrakingen of handelingen niet weigeren.

1.2.2 Omvang

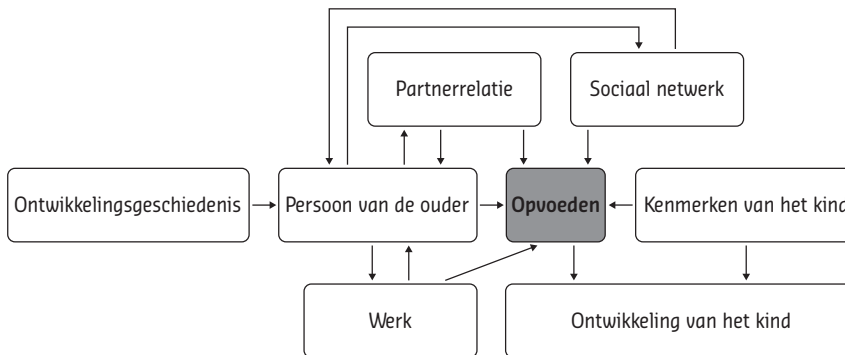
Elk jaar worden meer dan honderdduizend kinderen in Nederland mishandeld. Precieze cijfers zijn niet bekend, maar op grond van recent onderzoek bestaan wel goede schattingen van de omvang van kindermishandeling.

In de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)(Alink e.a., 2011) is onderzoek gedaan onder ruim 1.100 beroepskrachten uit diverse werkvelden en bijna 2.000 scholieren van middelbare scholen. Ook zijn cijfers van het aantal meldingen bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) geanalyseerd. Het onderzoek is gebaseerd op gevallen van kindermishandeling die zich hebben voorgedaan in 2010. Kinderen die vóór 2010 zijn mishandeld maar niet meer in 2010 zelf, zijn niet meegeteld. Uit dit onderzoek blijkt dat in 2010 volgens beroepskrachten bijna 119.000 kinderen van nul tot achttien jaar (3,4 procent van alle Nederlandse kinderen) blootgesteld waren aan een vorm van kindermishandeling. Bij de scholieren ligt dit aantal nog hoger: 9,9 procent van de twaalf- tot zeventienjarigen voelde zich in 2010 slachtoffer van mishandeling. Bijna de helft van de kinderen is slachtoffer van meerdere vormen van mishandeling. Daardoor is het lastig om cijfers te geven van het voorkomen van verschillende typen mishandeling. Beroepskrachten rapporteren het meest fysieke en emotionele verwaarlozing (inclusief getuige zijn van huiselijk geweld); scholieren melden vooral fysiek en psychisch geweld. Seksueel misbruik komt volgens beide groepen het minst voor. Een vermoeden van kindermishandeling wordt lang niet altijd bij het AMK gemeld. In 2011 werden ruim 19.000 gezinnen gemeld voor onderzoek. Daarbij waren 32.689 kinderen betrokken. In bijna drie kwart van de onderzochte zaken blijkt daadwerkelijk sprake van kindermishandeling. Over bijna 47.000 gezinnen werd advies gevraagd (Jeugdzorg Nederland, 2012). Bij de gemelde kinderen speelt vaak een combinatie van vormen van kindermishandeling. Veelvoorkomend zijn pedagogische verwaarlozing (27,5 procent), getuige zijn van huiselijk geweld (22,2 procent) en affectieve (emotionele) verwaarlozing (12,0 procent). Seksueel misbruik komt weinig voor (2,2 procent), evenals het Münchhausen-by-proxysyndroom (0,2 procent) en meisjesbesnijdenis (0,1 procent). Vergeleken met de resultaten van de eerste Nationale Prevalentiestudie Mishandeling in 2005 (NPM-2005) (Van IJzendoorn e.a., 2007) lijkt er sprake van een stijging van het aantal mishandelde kinderen. In 2005 ging het nog om ruim 107.000 kinderen en jongeren. De onderzoekers concluderen dat het feitelijk aantal slachtoffers vermoedelijk gelijk is gebleven, maar dat professionals alerter zijn geworden op signalen van kindermishandeling en dit eerder melden. De AMK-cijfers laten inderdaad elk jaar een stijging zien in het aantal meldingen en adviesvragen: in 2011 is dat maar liefst 96 procent hoger dan in 2004.

1.3 Het ontstaan van mishandeling en verwaarlozing

Over de vraag hoe het komt dat ouders hun kinderen mishandelen, zijn door de jaren heen veel theorieën ontwikkeld. Inmiddels is uit onderzoek bekend dat er geen een-op-eenrelatie is tussen kindermishandeling en bepaalde andere problemen zoals psychische problemen bij de ouders of armoede, maar dat meerdere factoren een rol spelen in het ontstaan van kindermishandeling. Kindermishandeling is het resultaat van een complex samenspel van factoren op het niveau van het kind, de ouder, het gezin en de omgeving (Ten Berge, 1998). Sommige factoren (risicofactoren) vergroten de kans op het ontstaan van kindermishandeling, terwijl andere factoren (beschermende factoren) die kans verkleinen.

Een invloedrijk model is dat van Belsky (1980, 1984, zie figuur 1.1). Dit model verklaart kindermishandeling als het resultaat van een samenspel van genetische, biologische, psychologische, sociale en maatschappelijke invloeden.



Figuur 1.1 Het ecologisch model van Belsky

Het model laat zien dat opvoeding en het ontstaan van opvoedingsproblemen een dynamisch proces vormen: allerlei factoren werken op elkaar in en veranderen ook weer door die interactie. Enerzijds zijn er invloeden waarvan uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat zij de kans vergroten dat mishandeling of verwaarlozing zal plaatsvinden: de zogenoemde *risicofactoren*. Anderzijds zijn er invloeden waarvan uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat zij de kans op het ontstaan van kindermishandeling verkleinen: de *beschermende factoren*. Zijn er

voldoende beschermende factoren dan escaleert een situatie ondanks de aanwezige risico's niet tot kindermishandeling. Risicofactoren en beschermende factoren kunnen van voorbijgaande aard zijn, zoals financiële problemen, of een blijvende invloed hebben op de opvoeding, zoals een chronische ziekte van de ouder.

De aanwezige risicofactoren worden ook wel *draaglast* genoemd en de compenserende beschermende factoren de *draagkracht*. Belangrijk is dat de draaglast van de ouder zijn draagkracht niet te boven gaat. De persoon van de opvoeder is daarbij een belangrijke spil in het geheel. De wijze waarop hij of zij met de invloeden van buitenaf weet om te gaan, bepaalt het effect ervan op de opvoeding. Omgevingsfactoren zijn van invloed op het handelen van de opvoeder, maar kenmerken van ouders werken als een filter waar deze invloeden doorheen moeten. Als een ouder sterk in zijn schoenen staat (bijvoorbeeld doordat hij een goede partnerrelatie heeft en mensen in zijn omgeving waar hij een beroep op kan doen), kan hij meer tegenslagen verwerken dan wanneer hij snel onder stress van buitenaf bezwijkt of er alleen voor staat.

1.3.1 Risicofactoren

Risicofactoren, ook wel bedreigende factoren genoemd, zijn factoren waarvan uit goed opgezet onderzoek bij grote groepen ouders en jeugdigen blijkt dat ze de kans op het ontstaan of herhaling van kindermishandeling vergroten. Zo blijkt bijvoorbeeld dat mishandeling vaker voorkomt bij ouders die zelf ook mishandeld zijn dan bij ouders die niet mishandeld zijn. Verwaarlozing komt vaker voor bij moeders die depressief zijn, dan bij moeders die niet depressief zijn.

Als er veel risicofactoren zijn, met name bij de ouders, is er een groter risico op kindermishandeling. Maar: er is geen een-op-eenrelatie tussen risicofactoren en kindermishandeling. Een hoog risico of een 'verhoogde kans op' betekent niet per definitie dat het probleem zich daadwerkelijk zal voordoen. En een laag risico betekent niet dat het probleem zich niet zal voordoen. Bijvoorbeeld: een derde van de ouders die als kind zijn mishandeld, mishandelt later zelf zijn of haar kind. Dat is meer dan in de groep ouders zonder nare jeugdervaringen; daarom is 'zelf als kind mishandeld zijn' een risicofactor. Tegelijkertijd mishandelt twee derde van deze ouders zijn eigen kind niet. En er zijn ook mishandelende ouders die zelf niet mishandeld zijn.

De kans op kindermishandeling neemt in het algemeen toe als er meer risicofactoren zijn, maar bij individuele ouders en kinderen hoeft dit niet het geval te zijn. Sommige ouders zijn in staat om hun kind, ondanks allerlei risico's, toch goed genoeg op te voeden. Het omgekeerde doet zich ook voor: soms is er slechts

één risicofactor die zo bedreigend is dat daarmee de veiligheidsrisico's voor het kind zeer groot zijn, bijvoorbeeld een ernstige psychose bij de ouder. Uit een veel geciteerd onderzoek van Brown en collega's (1998) blijkt dat in gezinnen waarin geen enkele risicofactor aanwezig is, de kans op kindermishandeling 3 procent is. Naarmate er meer risicofactoren zijn, stijgt de kans op kindermishandeling. Bij vier of meer risicofactoren is die kans 24 procent. Tegelijkertijd is het ook zo dat in drie kwart van de gezinnen met vier of meer risicofactoren er géén mishandeling plaatsvindt, terwijl ook zonder risicofactoren er een – weliswaar kleine – kans op kindermishandeling is.

Ten slotte is bij veel risicofactoren onduidelijk of de aanwezigheid van een specifiek probleem de oorzaak vormt voor kindermishandeling of dat kindermishandeling en dat probleem toevallig vaak samen voorkomen. Vooral kenmerken van kinderen kunnen ook betrekking hebben op de gevolgen van mishandeling. Tabel 1.1 bevat een overzicht van de risicofactoren die in de onderzoeksliteratuur veel worden genoemd.

Tabel 1.1 Veelgenoemde risicofactoren voor kindermishandeling

Niveau	Risicofactoren
Ouder	Functioneren als opvoeder: <ul style="list-style-type: none"> • Ontoereikende pedagogische kennis en/of vaardigheden • Problemen in de ouder-kindinteractie • Negatieve houding t.a.v. kind • Eerder een kind mishandeld, verwaarloosd of misbruikt • Minimaliseren/ontkennen aangetoonde kindermishandeling Persoonlijk functioneren: <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische problematiek • Verslavingsproblematiek • Verstandelijke beperking • Fysieke en emotionele beschikbaarheid voor het kind Voorgeschiedenis: <ul style="list-style-type: none"> • Op jonge leeftijd (<18 jaar) ouder geworden • Zelf slachtoffer van kindermishandeling • Eerder geweld gebruikt tegen personen
Kind	Jong kind (< 5 jaar) Belaste voorgeschiedenis (bijv. prematuur en/of laag geboortegewicht) (Ernstige) ziekte of handicap Gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen Moeilijk temperament Ongewenst

Gezin	Eenoudergezin, stiefgezin, groot gezin Veel conflicten Problematische partnerrelatie, huiselijk geweld Instabiel, ongeregeld leven Materiële/financiële problemen (werkloosheid, slechte huisvesting) Ingrijpende levensgebeurtenissen Sociaal isolement/sociaal conflict
Omgeving	Problematische woonomgeving (bijvoorbeeld criminaliteit, armoede, achterstand) Sociaal-culturele context (bijvoorbeeld acceptatie van geweld)

Bron: Ten Berge & Eijgenraam (2009); Ten Berge (1998).

Risicofactoren bij ouders

Zoals het model van Belsky laat zien, is het functioneren van de ouder een belangrijke bepalende factor voor hoe de ouder met het kind omgaat. Risicofactoren bij de ouder(s) hebben daarom vaak meer gewicht dan de andere factoren. Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen, verschillen van andere ouders wat betreft hun functioneren als opvoeder, persoonlijk functioneren, voorgeschiedenis en partnerrelatie. Problemen op deze gebieden doen zich niet bij alle mishandelende of verwaarlozende ouders voor.

Functioneren als opvoeder

Als het gaat om algemene opvoedingsvaardigheden, zien we dat mishandelende ouders meer moeite hebben met het stellen van regels en grenzen en met emotionele ondersteuning. Mishandelende ouders maken meer gebruik van niet-effectieve disciplinerings technieken, zoals streng of hardhandig straffen en geen tekst en uitleg geven aan het kind. Dit gedrag vloeit deels voort uit de opvatting dat geweld een bruikbaar en acceptabel opvoedingsmiddel is. Bij verwaarlozende ouders ontbreekt het juist vaak aan het – consequent – hanteren van regels en grenzen. In beide gevallen is sprake van een tekort aan positieve disciplinerings technieken: gewenst gedrag benoemen, prijzen en belonen, en uitleg geven aan het kind.

Vaardigheden en cognities die een rol spelen bij de emotionele ondersteuning van het kind zijn onder meer het zich kunnen inleven in het kind (empathie) en actief inspelen op diens emotionele behoeften. Mishandelende ouders hebben hier meer moeite mee dan andere ouders. De interactie met hun kind wordt vaker gekenmerkt door gebrekkige aandacht en betrokkenheid, en het negeren van signalen van het kind. Overigens is niet alleen een gebrek aan betrokkenheid

schadelijk. Ook overbescherming en overbetrokkenheid brengen de ontwikkeling van het kind in gevaar.

Mishandelende ouders zijn, meer dan andere ouders, geneigd om het gedrag en karakter van hun kind negatief te interpreteren. Dat wil zeggen dat zij ongewenst gedrag opvatten als opzettelijk (ook wanneer dat gedrag past bij de ontwikkelingsfase van het kind) en het gevoel hebben dat het kind hen expres dwars zit.

Daarnaast hebben deze ouders nogal eens onrealistisch hoge verwachtingen van hun kind, mede doordat zij weinig weten over de normale ontwikkeling van kinderen en het hen ontbreekt aan inzicht in de behoeften van hun kind. Overigens constateerde Crittenden (1988) dat sommige verwaarlozende ouders juist heel lage verwachtingen hebben van hun kind.

In gezinnen waar eenmaal kindermishandeling heeft plaatsgevonden, is de kans aanwezig dat het zich opnieuw voordoet. Ouders die eerder een kind mishandeld, verwaarloosd of misbruikt hebben, mishandelen vaker opnieuw een kind dan ouders die dit niet eerder hebben gedaan. Ook het ontkennen of minimaliseren van reeds aangetoonde kindermishandeling is een risicofactor voor herhaling.

Persoonlijk functioneren

Ouders die worstelen met persoonlijke problemen kunnen daardoor de grip op hun zorg voor het kind verliezen. In vergelijking met ouders die hun kind niet mishandelen, laten ouders die dit wel doen vaker emotionele stress en problemen in het reguleren en uitdrukken van emoties zien. Zij zijn bijvoorbeeld sneller prikkelbaar, explosief of vijandig. Ook een gebrekkige impulscontrole komt regelmatig voor, en uit zich onder meer in agressie en bedreiging.

Bij ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen is relatief vaak sprake van psychische of psychiatrische problematiek. Onderzoek wijst uit dat een aanzienlijk deel van deze ouders, in het bijzonder verwaarlozende moeders, symptomen van depressie vertoont. Ook emotionele instabiliteit en een gebrek aan zelfwaardering komen vaak voor. Depressiviteit hangt samen met een vijandige, afwijzende houding naar het kind en met verminderde responsiviteit en betrokkenheid. Ernstige psychiatrische problematiek, zoals schizofrenie of psychose, komt slechts bij een klein deel van de mishandelende ouders voor (naar schatting bij 5 tot 10 procent, Wolfe, 1987). Het is zeker niet zo dat alle ouders met een psychiatrische stoornis hun kind mishandelen, hoewel wel vaak sprake is van moeilijkheden in de opvoeding. De mate van de verstoring van het ouderlijk functioneren hangt vooral samen met de ernst en duur van de stoornis en niet met de aard van de stoornis.

Een tweede probleem dat de opvoeding vaak negatief beïnvloedt, is verslaving aan alcohol of drugs. Schattingen van verslavingsproblematiek bij verwaarlozende ouders variëren van 30 tot 90 procent, terwijl bij fysieke mishandeling in ongeveer de helft van de gevallen verslavingsproblematiek speelt (Chaffin e.a., 1996; Gaudin, 1995).

Ten slotte wordt ook een verstandelijke beperking in verband gebracht met kindermishandeling. Ouders met een verstandelijke beperking hebben vaak onvoldoende inzicht in wat kinderen nodig hebben of beschikken niet over de vaardigheden om veiligheid te bieden en de ontwikkeling te stimuleren.

Beschikbaarheid voor het kind

Ouders die in beslag worden genomen door eigen problemen of door ziekte zijn minder beschikbaar voor hun kinderen. Dit kan fysiek zijn, bijvoorbeeld wanneer een ouder langdurig in het ziekenhuis is opgenomen of fysieke beperkingen heeft. Een ouder kan ook emotioneel afwezig zijn, bijvoorbeeld doordat hij zich zorgen maakt en de belasting van de opvoeding en de behoeften van het kind er niet bij kan hebben. In gezinnen waar kindermishandeling speelt, zijn ouders vaker fysiek of emotioneel niet beschikbaar dan in gezinnen waar dat niet speelt.

Voorgeschiedenis

Een jonge leeftijd van de moeder bij de geboorte van het kind wordt in verband gebracht met mishandeling. Zeer jonge moeders zijn mogelijk psychisch nog onvoldoende rijp, wat weer kan leiden tot onrealistische opvattingen en verwachtingen over het opvoeden van kinderen (Belsky & Vondra, 1989). Ouders die zelf als kind mishandeld zijn, of op een andere manier zijn opgegroeid met negatieve opvoedingservaringen en verstoorde gezinsomstandigheden, lopen een groter risico om hun eigen kind te mishandelen. Naar schatting een derde van deze ouders gaat later zelf over tot kindermishandeling. Terugkijkend geeft een groot deel van de ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen aan zelf in hun jeugd mishandeld te zijn. Volgens Belsky (1984) is een belangrijke schakel daarin de persoonlijkheid en het psychisch welbevinden van de ouder: nare jeugdervaringen kunnen onder meer leiden tot depressiviteit en weinig zelfwaardering, die op hun beurt de omgang tussen ouder en kind negatief beïnvloeden. Ouders die eerder geweld tegen personen hebben gebruikt, lopen een grotere kans ook geweld tegen hun kind te gebruiken. Dit kan te maken hebben met de houding van ouders, dat zij geweld als normaal gedrag accepteren.

Risicofactoren bij kinderen

De kans om slachtoffer te worden van kindermishandeling hangt samen met de leeftijd van het kind. Jonge kinderen zijn fysiek en emotioneel nog erg afhankelijk van hun opvoeders en gezinsomgeving en daarmee extra kwetsbaar voor mishandeling en verwaarlozing. Zij brengen daarnaast het grootste deel van de tijd bij de primaire opvoeder door. Wanneer een kind ouder wordt en naar een kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of school gaat, wordt het minder afhankelijk van de ouders.

Sommige kinderen lopen meer risico mishandeld te worden dan andere kinderen. Ieder kind is anders en individuele kenmerken kunnen ertoe bijdragen dat het ene kind moeilijker op te voeden is dan het andere. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen met:

- belaste voorgeschiedenis (bijvoorbeeld prematuur en/of laag geboortegewicht);
- (ernstige) ziekte of handicap;
- gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen;
- moeilijk temperament.

Zij vragen extra zorg, aandacht en geduld van ouders. Het opvoeden van deze kinderen leidt waarschijnlijk tot meer stress en/of gevoelens van incompetentie bij de ouders. Daarnaast is het mogelijk dat ouders teleurgesteld zijn omdat hun kind niet voldoet aan hun verwachtingen. Ook ongewenste kinderen lopen een groter risico om afgewezen of mishandeld te worden.

Risicofactoren in het gezin

Het risico op kindermishandeling is groter bij eenoudergezinnen, gezinnen met drie of meer kinderen en stiefgezinnen (NPM-2010)(Alink e.a., 2011). Mogelijk is alleenstaand ouderschap of het hebben van een groot gezin voor ouders een bron van stress die hun functioneren als opvoeder beïnvloedt.

In gezinnen waarin kindermishandeling speelt, is vaak sprake van negatieve en dwingende interacties. Er heerst een sfeer van kritiek, vijandigheid en beschuldigingen. Vooral bij fysieke kindermishandeling is geweld kenmerkend voor de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat in ongeveer de helft van deze gezinnen ook sprake is van conflicten en geweld in de partnerrelatie (Baeten & Geurts, 2002). Deze partnerrelaties zijn daarnaast vaak instabiel en/of vaak wisselend.

Vaak ontbreekt een dagelijkse structuur en routine. Het huishouden is dikwijls chaotisch en ongeregeld, waardoor alledaagse gebeurtenissen onvoorspelbaar

worden. Extreme ongeregelde en continue crises komen vooral in verwaarlozende gezinnen voor.

Kindermishandeling wordt vaak gekoppeld aan sociaaleconomische problematiek. Problemen als werkloosheid, armoede en slechte huisvesting vormen bronnen van stress die een negatieve invloed hebben op het functioneren van de ouder als persoon en als opvoeder. Armoede speelt overigens een grotere rol bij verwaarlozing dan bij fysieke mishandeling (Berry e.a., 2002; Gaudin, 1995). De studie NPM-2010 laat zien dat het risico op kindermishandeling ruim acht keer groter is in gezinnen met zeer laagopgeleide ouders en vijf keer groter wanneer beide ouders werkloos zijn. Voor Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse gezinnen blijkt allochtone achtergrond geen risicofactor als rekening wordt gehouden met het gemiddeld lagere opleidingsniveau.

Ingrijpende gebeurtenissen, zoals het (plotseling) overlijden van een gezinslid, kunnen een gezin uit balans brengen, waardoor de kans bestaat op negatieve interacties tussen ouders en kinderen of een gebrek aan aandacht voor de behoeften van kinderen resulterend in mishandeling of verwaarlozing. In de NPM-2010-studie blijkt een allochtone achtergrond een verhoogd risico op kindermishandeling te geven voor gezinnen uit landen met veel vluchtelingen. Mogelijk spelen trauma's en ingrijpende gebeurtenissen in deze gezinnen daarbij een belangrijke rol.

Een belangrijk kenmerk van mishandelende en verwaarlozende gezinnen is het ontbreken van praktische en emotionele steun uit het sociaal netwerk. Niet alleen hebben de gezinsleden feitelijk minder contacten, zij beleven deze contacten ook niet als ondersteunend of staan daar wantrouwend tegenover. Vooral alleenstaande ouders kunnen eerder sociaal geïsoleerd raken, door het ontbreken van steun van een partner en het missen van geld om een oppas te betalen. Sociaal isolement is karakteristiek voor verwaarlozende ouders. Ouders die hun kind fysiek mishandelen, beschikken soms wel over een sociaal netwerk, maar de contacten daarmee zijn zo conflictueus dat ouders deze niet als ondersteunend ervaren.

Risicofactoren in de omgeving

Gezinnen waarin kindermishandeling plaatsvindt, wonen relatief vaak in buurten die gekenmerkt worden door sociale desorganisatie, criminaliteit, drugsproblematiek, armoede en achterstand. Deze stressverhogende factoren kunnen het ontstaan of voortbestaan van kindermishandeling bevorderen. De sociaal-culturele context van het gezin is een risicofactor wanneer geweld als opvoedingsmiddel als normaal gezien wordt. Tussen maatschappelijke

groeperingen kunnen zich op basis van etnisch-culturele, religieuze of sociale achtergrond verschillen voordoen in opvattingen over acceptabel opvoedingsgedrag. In maatschappelijke groepen waarin bepaalde vormen van geweld, zoals slaan, geaccepteerd zijn, komt fysieke mishandeling vaker voor. Overigens is dit niet alleen sociaal-cultureel, maar ook historisch bepaald. Een voorbeeld van veranderingen in het denken over acceptabel opvoedingsgedrag is de discussie over de pedagogische tik.

Risicofactoren voor seksueel misbruik

Naar specifieke risicofactoren voor seksueel misbruik is nog weinig onderzoek gedaan. Seksueel misbruik in het gezin kan een uiting zijn van verstoorde gezinsverhoudingen. Vaak spelen daarin communicatieproblemen, sociale isolatie en een tekort aan emotionele betrokkenheid en flexibiliteit een rol. Ook kan er sprake zijn van geweld tussen de partners.

Jonge kinderen en kinderen met een handicap, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand zijn extra kwetsbaar voor seksueel misbruik. Meisjes lopen een groter risico dan jongens, zeker wanneer zij bij een stiefvader wonen. Zowel voor jongens als voor meisjes geldt dat zij meer risico op seksueel misbruik lopen wanneer zij opgroeien bij één biologische ouder. Seksueel misbruik komt vaker voor in gezinnen waarin de moeder, letterlijk of emotioneel, afwezig is. Dat is bijvoorbeeld het geval als de moeder buitenshuis werkt, verslaafd is of ziek.

1.3.2 Beschermende factoren

Een factor kan beschermend worden genoemd wanneer uit onderzoek blijkt dat, bij aanwezigheid van risicofactoren, deze factor de kans op het ontstaan of herhaling van kindermishandeling verkleint.

Aanwijzingen voor factoren die bescherming bieden tegen het daadwerkelijk mishandelen van hun kind blijken uit onderzoek naar de factoren die een rol spelen in het vóórkomen van kindermishandeling van generatie op generatie (intergenerationele overdracht van kindermishandeling). Dit onderzoek toont aan dat twee derde van de ouders die als kind mishandeld zijn, niet zelf overgaat tot mishandeling. Beschermende factoren die hierbij een rol spelen zijn een harmonieuze relatie met een ondersteunende partner, en bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen als opvoeder. In het algemeen geldt dat praktische en emotionele steun vanuit het sociale netwerk een belangrijke beschermende factor is, zowel voor ouders, als voor kinderen. In stressvolle omstandigheden kan deze steun grote invloed hebben

op de wijze waarop ouders en kinderen met deze omstandigheden omgaan. Ook persoonlijke kenmerken van de ouder als een positief zelfbeeld, flexibiliteit of intelligentie kunnen een buffer vormen tegen stressvolle omstandigheden en daarmee tegenwicht bieden tegen risicofactoren.

Belangrijke beschermende factoren bij de ouders zijn (Ten Berge & Eijgenraam, 2009; Gezondheidsraad, 2011):

- gevoel van competentie, draagkracht;
- positief zelfbeeld;
- emotionele beschikbaarheid;
- flexibiliteit;
- intelligentie;
- stabiele persoonlijkheid;
- kan eigen jeugdervaringen hanteren;
- positieve jeugdervaringen;
- ondersteunende partner;
- praktische en emotionele steun vanuit het sociale (informele) netwerk;
- steun uit het formele netwerk;
- steun kunnen vragen en daarvan profiteren;
- bereid en in staat zijn om te veranderen.

1.4 Gevolgen van kindermishandeling

De ontwikkeling van een kind hangt voor een groot deel af van de interactie met de ouders. Dat geldt zeker in de eerste levensjaren. Later gaat de omgeving een steeds belangrijkere rol spelen. De liefdevolle zorg en aandacht van de ouder is voor het opgroeiende kind een basis voor vertrouwen. Het kind kan zich daardoor in een veilige sfeer ontplooiën. Bovendien stimuleert de positieve aandacht van de ouder het kind om zich evenwichtig te ontwikkelen op emotioneel, intellectueel en lichamelijk gebied.

In het geval van kindermishandeling ontbreekt die geborgenheid en komt de ontwikkeling van een kind onder druk te staan. Het ondermijnt het vertrouwen van het kind in anderen. Als het kind de buitenwereld als vijandig ervaart, dan verstoort dat zijn omgang met de kinderen en volwassenen om hem heen. Veel mishandelde kinderen zoeken de schuld voor het gedrag van de mishandelende ouder bij zichzelf. Daardoor krijgen zij een verwrongen, negatief zelfbeeld en loopt hun zelfvertrouwen een grote deuk op.

Niet elk kind lijdt even veel onder mishandeling. De belangrijkste factoren die het effect bepalen, zijn:

- de ernst van het geweld, de verwaarlozing of het misbruik op zich;
- de leeftijd waarop het begint;
- hoe lang het voortduurt;
- de mate van emotionele druk;
- de persoonlijkheid van het kind;
- het wel of niet aanwezig zijn van steun uit de omgeving;
- de aanwezigheid van beschermende factoren.

1.4.1 Gevolgen tijdens de jeugd

Psychische, gedrags- en ontwikkelingsproblemen

Mishandelde en verwaarloosde kinderen kunnen uiteenlopende psychische, gedrags- en ontwikkelingsproblemen ontwikkelen. De ernst daarvan kan per kind verschillen en hangt onder meer af van de aard, duur en frequentie van de mishandeling en de veerkracht van het kind.

In veel gevallen beperkt kindermishandeling het vermogen van kinderen om gezonde relaties met anderen aan te gaan. Bij kinderen die in een onveilige situatie opgroeien wordt de ontwikkeling van vertrouwen geschaad. Mishandelde kinderen hebben een sterk verhoogd risico op onveilige gehechtheid (86 procent); in normgroepen is de kans op onveilige gehechtheid 38 procent. Dit komt doordat ouders niet beschikbaar zijn als veilige basis of zelfs een bron van angst zijn.

Mishandelde kinderen lopen vooral een groot risico op gedesorganiseerde gehechtheid (51 procent tegenover 15 procent in doorsneegezinnen). Gedesorganiseerde gehechtheid is de meest zorgwekkende vorm van onveilige gehechtheid omdat het latere gedragsproblemen en psychopathologie voorspelt (Cyr e.a., 2010).

Mishandelde en verwaarloosde kinderen blijken ook meer dan andere kinderen externaliserende en internaliserende gedragsproblemen te ontwikkelen. Dit varieert van lichte problemen tot zeer ernstige stoornissen. Ze luisteren bijvoorbeeld slecht en gedragen zich boos, opstandig of agressief naar ouders, leerkrachten en leeftijdgenoten. Andere problemen die vaak voorkomen zijn (zelf) destructief gedrag, het overtreden van regels, delinquentie en middelenmisbruik. Dergelijke problemen kunnen de vorm aannemen van psychiatrische stoornissen zoals een conduct disorder (CD) of een oppositional defiant disorder (ODD). Bij mishandelde kinderen is ook vaker sprake van depressief, angstig en teruggetrokken gedrag. Het zijn kinderen met een lage zelfwaardering, die veel

piekeren en zich nerveus of verlegen gedragen. Ook kunnen zij last hebben van psychosomatische klachten, zoals hoofdpijn en buikpijn. In meer ernstige vorm ontwikkelen kinderen depressieve en angststoornissen.

Kindermishandeling blijkt vaak samen te gaan met problemen in de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling. Mishandelde kinderen hebben bijvoorbeeld moeite met het differentiëren en reguleren van emoties. In de contacten met leeftijdgenoten valt op dat deze kinderen sociaal minder competent zijn. Zij gaan interacties uit de weg of gedragen zich juist vijandig en agressief. Het problematische gedrag van deze kinderen leidt vaak tot afwijzing door de groep en toenemende isolatie van het kind. Op cognitief vlak vertonen mishandelde kinderen onder meer achterstanden op het gebied van taalverwerving, leesvaardigheid, verbale expressie en begrips- en abstractievermogen.

Door de stress van chronische mishandeling kunnen bepaalde delen van de hersenen in een staat van permanente waakzaamheid komen, waardoor kinderen hyperactief worden, concentratie- en gedragsproblemen, en slaapstoornissen ontwikkelen. Daardoor kunnen zij ook allerlei andere problemen krijgen, zoals leerproblemen en achterstanden op school, eventueel met spijbelen en voortijdig schoolverlaten tot gevolg.

Vaak is sprake van een opeenvolging van problemen: problemen in eerdere ontwikkelingsfasen bemoeilijken het leren beheersen van volgende ontwikkelingstaken.

De genoemde problemen zijn niet specifiek voor kindermishandeling. Dat wil zeggen dat ook niet-mishandelde kinderen uit andere risicogroepen dergelijke problemen kunnen vertonen.

Trauma

Veel mishandelde kinderen vertonen symptomen van posttraumatische stress; in de literatuur worden percentages van 20 tot 60 procent gerapporteerd (Gezondheidsraad, 2011). Kinderen kunnen bijvoorbeeld de traumatische ervaring herbeleven of bepaalde plaatsen of situaties die ze met de ervaring associëren, vermijden. Om de aard en ernst hiervan te onderzoeken is psychodiagnostisch onderzoek nodig.

Lichamelijke gevolgen

Kindermishandeling kan leiden tot lichamelijk letsel of problemen. In extreme gevallen, bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing, kan het kind zelfs aan de gevolgen overlijden.

Uit recent onderzoek komen sterke aanwijzingen naar voren dat kindermishandeling de ontwikkeling van de hersenen en het centraal zenuwstelsel in de eerste levensjaren negatief beïnvloedt (Gezondheidsraad, 2011). Met name bij jonge kinderen is de impact op de hersenen groot. Daardoor kunnen zij allerlei ontwikkelingsachterstanden oplopen, bijvoorbeeld in hun groei (*failure to thrive*) en motorische ontwikkeling. Hierdoor kunnen cognitieve, sociaal-emotionele en gedragsmatige stoornissen ontstaan. De gevonden afwijkingen zijn prominenter naarmate het kind jonger is en de traumatische ervaringen waaraan het blootstaat ernstiger zijn en een chronisch karakter hebben (Perry, 2001).

Bij heel jonge kinderen kunnen blauwe plekken, botbreuken en andere kwetsures zichtbare tekenen van fysieke mishandeling zijn. Verwondingen aan het hoofd kunnen permanente hersenbeschadigingen met zich meebrengen, wat mogelijk blindheid, doofheid, motorische en cognitieve beperkingen tot gevolg kan hebben.

Kinderen kunnen ook kampen met onverklaarde medische klachten als hoofdpijn en buikpijn, ook wel psychosomatische klachten genoemd. Chronische stress heeft bovendien een grote impact op het immuunsysteem en de stressrespons van het lichaam. De algehele gezondheid van mishandelde en verwaarloosde kinderen is dan ook vaak slechter. Ook komen astma en overgewicht vaker voor bij tieners die al van jongs af aan zijn mishandeld.

In de tienerleeftijd hebben mishandelde kinderen een groter risico om verslaafd te raken aan tabak, drugs en alcohol en op risicovol seksueel gedrag.

Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat verwaarlozing ernstiger gevolgen heeft dan mishandeling. Gaudin (1995) geeft aan dat 40 procent van de dodelijke gevallen van kindermishandeling in de Verenigde Staten het gevolg is van verwaarlozing. Hij noemt verwaarlozing 'the most damaging form of maltreatment' (p. 18). Ook Baartman (1996, p. 94) haalt onderzoek aan waaruit naar voren komt dat verwaarloosde kinderen meer en ernstiger problemen ervaren dan fysiek mishandelde kinderen.

1.4.2 Gevolgen op volwassen leeftijd

De gevolgen van kindermishandeling werken lang door, tot in de volwassenheid. In het langlopende Amerikaanse onderzoek Adverse Childhood Experiences (ACE) Study wordt een sterke relatie zichtbaar tussen negatieve jeugdervaringen en de psychische én lichamelijke gezondheid op volwassen leeftijd (Felitti e.a., 1998). Gevolgen op lange termijn zijn bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornissen en dissociatieve stoornissen. Kindermishandeling kan lichamelijke

problemen als hartklachten, diabetes en astma tot gevolg hebben. Ook is het mogelijk dat een volwassene die als kind is mishandeld zijn toevlucht zoekt tot verslaving, zelfverwonding en zelfmoord als de herinneringen aan thuis ondraaglijk worden. Ten slotte kunnen als gevolg van psychische en verslavingsproblemen allerlei andere problemen ontstaan, zoals een lagere kans op het succesvol afronden van een opleiding of het vinden van een baan.

1.4.3 Beschermende factoren

Het is duidelijk dat kindermishandeling een belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van kinderen en tot uiteenlopende problematiek kan leiden. Toch lijken sommige mishandelde kinderen zonder al te veel problemen op te groeien (Ten Berge, 1998; McGloin & Widom, 2001). Het onderzoek naar factoren die bescherming bieden tegen de gevolgen van kindermishandeling, staat echter nog in de kinderschoenen en de onderzoeksresultaten spreken elkaar soms tegen. Mogelijk beschermende factoren zijn (Ten Berge & Eijgenraam, 2009; Gezondheidsraad, 2011):

- zelfwaardering;
- egoveerkracht (stressresistentie);
- bovengemiddelde intelligentie;
- aantrekkelijk uiterlijk;
- makkelijk temperament;
- goede interpersoonlijke vaardigheden (sociale competentie);
- steun van een voor het kind belangrijke volwassene;
- bereidheid en vermogen om te veranderen.

1.5 Kernpunten

- Kindermishandeling is een verzamelterm voor uiteenlopende situaties van mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.
- Mishandeling en verwaarlozing zijn het resultaat van een ingewikkeld samenspel van kenmerken van de ouder, het kind, het gezin en de omgeving.
- Er zijn risicofactoren die de kans op kindermishandeling vergroten. Een grotere kans betekent niet dat kindermishandeling zich ook daadwerkelijk voordoet. Er zijn ook beschermende factoren, die bij de aanwezigheid van risicofactoren, een bufferfunctie hebben; ze verkleinen de kans op kindermishandeling.
- Kindermishandeling heeft grote gevolgen voor de ontwikkeling en het functioneren van kinderen.

2 Hulp na kindermishandeling: wat werkt?

2.1 Inleiding

Professionals willen weten ‘wat werkt’ in de hulp aan kinderen en ouders na geconstateerde kindermishandeling, zodat zij met deze kennis de juiste hulp kunnen bieden. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van onderzoek naar de effectiviteit van de hulpverlening. Er is weinig onderzoek gedaan naar de interventies die kunnen worden ingezet. Vaak zijn de interventies maar voor één vorm van mishandeling onderzocht. Er is dan ook veel discussie over de effectiviteit ervan. Over een aantal zaken bestaat redelijke consensus en deze worden toegelicht.

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van wetenschappelijke inzichten over ‘wat werkt’ in de hulp aan gezinnen na kindermishandeling. Paragraaf 2.2 start met informatie over de algemeen en specifiek werkzame factoren. Vervolgens wordt het onderzoek naar de effectiviteit van interventies toegelicht. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen interventies voor het stoppen van kindermishandeling en het voorkomen van herhaling ervan (paragraaf 2.3) en interventies voor het beperken van de gevolgen voor kinderen (paragraaf 2.4). Een overzicht van in Nederland beschikbare interventies dat aansluit bij de wetenschappelijke inzichten uit dit hoofdstuk, staat in hoofdstuk 5.

2.2 Werkzame factoren

2.2.1 Algemeen werkzame factoren

De laatste jaren is uit onderzoek naar effectieve interventies veel kennis naar voren gekomen over wat werkt bij bepaalde probleemgroepen en bepaalde problemen. Met andere woorden: welke interventies leveren een bijdrage aan het verminderen van de problemen en het verbeteren van het functioneren? Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen algemeen werkzame factoren, die

bij allerlei probleemgroepen blijken te werken, en specifiek werkzame factoren. Dit zijn de werkzame elementen die alleen gelden voor hulp aan specifieke doelgroepen, in dit geval gezinnen waar sprake is van kindermishandeling.

Uit diverse effectstudies komt naar voren dat een aantal factoren altijd bijdraagt aan goede resultaten (Van Yperen e.a., 2003; Hermanns e.a., 2005). Het gaat hier om algemeen werkzame factoren die gelden voor de gehele jeugdzorg:

- een goede werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener;
- goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt;
- goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag: aansluiting bij de probleemdefiniëring van de doelgroep, consensus over het probleem waarop de hulp gericht moet zijn; evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet;
- goede structurering van de interventie, dat wil zeggen: heldere en concrete doelstelling, doordachte opzet, goede planning en fasering;
- uitvoering van de interventie zoals zij behoort uitgevoerd te worden: ‘treatment integrity’ of ‘fidelity’;
- voldoende professionaliteit, vooral: training van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar wat betreft caseload, begeleiding en veiligheid.

Deze algemeen werkzame factoren zijn zo belangrijk dat ze de basisingrediënten van goed hulpverleners genoemd worden. De eerste zes factoren zijn inmiddels vrij goed met onderzoek onderbouwd. Voor de laatste zijn wel aanwijzingen, maar nog niet voldoende eenduidig om ze stellig naar voren te schuiven (Van Yperen e.a., 2003).

Hermanns en collega’s (2005) wijzen er verder op dat hulpverlening effectiever is als deze erop gericht is dat ouders en kinderen weer grip krijgen op hun eigen leven (herstel zelfregulatie), als de hulpverlening beschikbaar is in de eigen leefsituatie en als de hulpverlening hun sociale netwerk activeert.

2.2.2 Specifiek werkzame factoren

Bepoort onderzoek is gedaan naar de specifiek werkzame factoren voor de hulp aan gezinnen waarin kindermishandeling plaatsvindt. Bovendien richt dit onderzoek zich op verschillende vormen van mishandeling. Er zijn dus geen eenduidige conclusies te trekken over de specifiek werkzame factoren voor alle

gezinnen waarin een vorm van kindermishandeling plaatsvindt. In grote lijn lijken in ieder geval de volgende factoren van belang voor de effectiviteit van de hulpverlening:

1. hulp richt zich op meerdere domeinen en systemen;
2. hulp op maat;
3. hulp is 'abuse-specific';
4. hulp is gezinsgericht en vindt plaats in de eigen leefsituatie;
5. plan van aanpak heeft substantiële duur en intensiteit;
6. de hulp gaat uit van de kracht van het gezin;
7. de hulp heeft een cognitief gedragsmatige aanpak;

1. Hulp richt zich op meerdere domeinen en systemen

Het hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders moet zich richten op meerdere domeinen waarop de problemen zich kunnen voordoen (bijvoorbeeld gezondheid, ontwikkeling en gedrag) en op meerdere systemen (kind, ouder, gezin en omgeving) (Berger e.a., 2004; Hermanns, 2008; Gezondheidsraad, 2011; Saunders e.a., 2004; Thomlison, 2003). Uit onderzoek blijkt dat het bij kindermishandeling gaat om combinaties van problemen bij de ouders, het kind, het gezin en de omgeving. Hulp die zich richt op één aspect, bijvoorbeeld ouderlijke vaardigheden of lastig gedrag van het kind, biedt slechts een deeloplossing. Een effectieve aanpak van kindermishandeling is gericht op alle factoren die hieraan bijdragen of er het gevolg van zijn. De volgende hulpvormen moeten in ieder geval beschikbaar zijn (Gezondheidsraad, 2011; Ten Berge e.a., 2003).

Hulp aan kinderen

In het hulpaanbod aan mishandelde kinderen staan het herstellen van de emotionele en lichamelijke schade, het verwerken van de mishandeling en het bieden van nieuwe ontwikkelingskansen centraal. Wat nodig is aan behandeling hangt af van de bevindingen uit het onderzoek. Naast hulp bij het verminderen van eventuele gedrags- en ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld in de vorm van individuele of groepstherapie), moet er ook aanbod zijn voor kinderen die lichamelijke gevolgen ondervinden van kindermishandeling. Hiervoor is inzet van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld kindergeneeskunde, fysiotherapie) noodzakelijk. Voor alle mishandelde kinderen is, ongeacht de gevolgen van de mishandeling, psycho-educatie nodig (Gezondheidsraad, 2011). Wanneer de veiligheid van het kind binnen het gezin onvoldoende gegarandeerd kan worden, moet plaatsing in pleegzorg of residentiële zorg tot de mogelijkheden behoren.

Naast hulp aan het mishandelde kind, kan hulp aan andere kinderen in het gezin nodig zijn. Voor deze kinderen moet minimaal hulp beschikbaar zijn die zich richt op het verwerken van de emotionele gevolgen van de mishandeling van hun broertje of zusje.

Hulp aan ouders

Mishandelende ouders hebben zowel hulp en steun nodig bij het opvoeden van hun kinderen, als bij het aanpakken van problemen in hun persoonlijk functioneren. Hulp aan ouders als opvoeders is in de eerste plaats gericht op het stoppen van de mishandeling, het versterken van hun pedagogische vaardigheden en het vergroten van inzicht in hun invloed op de situatie en de ontwikkeling van het kind. Het weer plezier krijgen in de opvoedingsrelatie met het kind moet centraal staan. Hiervoor moeten vormen van individuele, ouder-kind- en groepsbehandeling beschikbaar zijn. Ook voor de niet-mishandelende ouder moet hulp ingezet kunnen worden, niet alleen bij het verwerken van het gebeurde, maar ook bij het ondersteunen van het kind en diens ontwikkeling. Voor problemen op het gebied van het persoonlijk functioneren die een belangrijk stempel drukken op de omgang tussen ouder en kind, zijn interventies gericht op de ouder als persoon nodig. Waar nodig betreft dit hulp bij psychische, psychiatrische en verslavingsproblemen en bij LVB-problematiek. Ouders die als kind mishandeld zijn, moet hulp worden aangeboden bij het verwerken van deze ervaringen.

Hulp aan het gezin

Voor het gezin moet in ieder geval aanbod beschikbaar zijn dat gericht is op herstel van de gezinsrelaties en het creëren van een stabiele en veilige leefomgeving voor het kind. Dit kan bijvoorbeeld door middel van hulp in de thuissituatie of gezinstherapie. Daarnaast zal vaak begeleiding van het gezin nodig zijn bij het doorbreken van sociale isolatie en het opzetten van een ondersteunend sociaal netwerk. Voor gezinnen waarin sociaaleconomische problemen spelen, moet ondersteuning gericht op bestrijding van armoede, huisvestingsproblemen, werkloosheid en dergelijke beschikbaar zijn. Ten slotte zal in gezinnen waarin sprake is van relatieproblemen of geweld tussen de partners gewerkt moeten worden aan verbetering van de relatie.

Samenhang en afstemming

Gezien de diverse domeinen waar problemen zich kunnen voordoen (bijvoorbeeld psychisch, medisch, financieel), moet de beschikbare hulp multidisciplinair zijn en

zich uitstrekken over meer werkvelden. De inzet van verschillende hulpvormen betekent vrijwel altijd dat er meer behandelaars en hulpverleners bij het gezin betrokken zijn. Vaak strekt het aanbod zich uit over verschillende sectoren (bijvoorbeeld jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg) en disciplines (bijvoorbeeld psychologisch, medisch en soms juridisch). Naast hulp op vrijwillige basis is er vaak sprake van hulp die in een civielrechtelijk – en soms ook strafrechtelijk – kader aan het gezin wordt opgelegd. Een samenhangend en afgestemd hulp-aanbod, waarbij sprake is van coördinatie tussen de diverse hulpverleners, is dus van groot belang. In hoofdstuk 6 wordt hier verder op ingegaan.

2. Hulp op maat

Geen enkele situatie van kindermishandeling is hetzelfde; steeds gaat het om unieke combinaties van problemen en behoeften van kinderen en gezinnen (Berger e.a., 2004). Er is dus geen standaardaanbod van hulpverlening als kindermishandeling is geconstateerd. Voor ieder gezin moet een passend aanbod van effectieve interventies samengesteld worden dat aansluit op de specifieke problemen en krachten (Hermanns, 2008). Een zorgvuldig onderzoek naar de gezinssituatie is noodzakelijk om deze specifieke problemen en krachten in beeld te brengen (zie hoofdstuk 3). Een effectieve aanpak van kindermishandeling is gericht op alle factoren die hieraan bijdragen of het gevolg van zijn.

3. Hulp is ‘abuse-specific’

Een cruciaal element van de hulpverlening is dat deze zo veel mogelijk specifiek op de (gevolgen van) kindermishandeling gericht is; dit wordt ook wel *abuse-specific* genoemd (Gezondheidsraad, 2011; Saunders e.a., 2004). Dit houdt in dat er in de hulp specifiek rekening wordt gehouden met de mishandeling als (mede) oorzaak van de problemen. De kindermishandeling moet open besproken worden, waarbij ook grenzen worden aangegeven. Kindermishandeling is dus expliciet een gespreksonderwerp en hulpverleningsdoelen en interventies zijn specifiek gericht op kindermishandeling. Een voorwaarde daarbij is dat behandelaars beschikken over voldoende kennis van en ervaring met traumaspecifieke hulpverlening en behandeling (Gezondheidsraad, 2011). Bovendien moeten zij beschikken over de benodigde gespreksvaardigheden.

4. Hulp is gezinsgericht en vindt plaats in de eigen leefsituatie

Een specifiek werkzame factor is dat de hulp gezinsgericht is en plaatsvindt in de eigen leefsituatie (Hermanns, 2008; Thomlison, 2003). Dit wordt ook wel

home and community based genoemd. De hulp dient zo veel mogelijk te worden uitgevoerd in de thuissituatie of in de lokale voorzieningen. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn multisysteemtherapie (MST) en het model Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Meer informatie hierover staat in paragraaf 2.3.

5. Plan van aanpak heeft substantiële duur en intensiteit

Het plan van aanpak voor het gezin moet een substantiële duur (doorgaans tussen 10 maanden en 2 jaar) en intensiteit hebben (Hermanns, 2008; Saunders e.a., 2004; Thomlison, 2003). De duur en intensiteit worden bepaald door de individuele situatie van het kind en het gezin. Uit een meta-analyse van MacLeod en Nelson (2000) blijkt dat ouder- en gezinsgerichte interventies na kindermishandeling het meest effect hebben op de veiligheid bij meer dan 12 en minder dan 33 huisbezoeken. Kortdurend aanbod (korter dan 6 maanden en minder dan 12 huisbezoeken) is onvoldoende effectief in het tegengaan van kindermishandeling.

Bij behandeling kan geen sprake zijn van een ketenbenadering in de zin van een in de tijd sequentiële behandeling en oplossing van de verschillende problemen; deze verdienen simultaan aandacht (Gezondheidsraad, 2011). Met andere woorden: de verschillende problemen dienen continu in beeld te zijn. Binnen dat geheel is prioritering nodig: wat moet eerst, wat kan daarbij meteen meegenomen worden, wat kan beter opgepakt worden nadat andere problemen zijn opgelost. Hiervoor is goede afstemming en samenwerking tussen hulpverleners noodzakelijk.

Volgens Hermanns (2008) mag de hulpverlening pas stoppen “als de professionele, onderbouwde conclusie is dat het kind veilig kan opgroeien, dat zijn opvoeders berekend zijn op hun opvoedingstaak en dat het kind op dat moment goed functioneert.” Als blijkt dat het kind en/of het gezin geen baat heeft bij de behandeling of als de behandeling schadelijk is, moet deze worden aangepast of gestopt. Bovendien moet gekeken worden welke andere acties er nodig zijn om het kind en het gezin te kunnen helpen.

6. De hulp gaat uit van de kracht van het gezin

Een *strengths-based* aanpak, waarbij de hulp zoveel mogelijk aansluit bij de eigen krachten en kansen in een gezin, is effectiever dan een aanpak die zich richt op de problemen (Hermanns, 2008; Thomlison, 2003). Dat wil zeggen dat er een actieve betrokkenheid is van gezinsleden bij het formuleren en bereiken van realistische en positief geformuleerde doelen. Uit een meta-analyse blijkt dat interventies met een benadering die gericht is op empowerment – een aanpak

die aansluit bij de krachten van gezinsleden – een positiever effect hebben op de veiligheid van het kind, dan interventies die hier niet op gebaseerd zijn (MacLeod & Nelson, 2000).

Een werkwijze die hier nauw op aansluit, is het oplossingsgerichte werken. De hulpverlener baseert hierbij de hulp op het versterken van positieve krachten, waarbij de mogelijkheden en potentiële hulpbronnen van het gezin benut worden; hij richt zich op ‘empowerment’, het krachtig maken van ouder en kind. De hulpverlener laat merken dat hij het vertrouwen heeft dat veranderingen mogelijk zijn. Daarbij geeft hij aan dat de ouders een belangrijke rol spelen bij het tot stand brengen van veranderingen en dat daarvoor hun sterke punten benut zullen worden. De hulpverlener stimuleert de ouders, en indien passend ook de kinderen, om zelf een actieve inbreng te hebben bij het oplossen van problemen en het werken aan doelen, en gaat ervan uit dat ouders (en kinderen voor zover gepast) hiertoe ook de mogelijkheden hebben.

7. De hulp heeft een cognitief gedragsmatige aanpak

Uit de review van Saunders en collega's (2004) blijkt dat er veel wetenschappelijke onderbouwing is voor interventies die gebaseerd zijn op cognitief gedragsmatige principes. Verschillende overzichtsstudies bevestigen dit (Corcoran, 2000; Kolko, 1998; Kolko en Swenson, 2002). Voor gezinnen waarin sprake is van fysieke kindermishandeling lijkt het trainen van ouders in positieve niet-geweldadige opvoedingspraktijken, vaardigheden voor woedebeheersing en technieken voor stressmanagement een effectieve benadering in het verminderen van de kans op herhaling (Kolko, 1998). Uit de meta-analyse van Serketich en Dumas (1996) blijkt dat cognitief gedragsmatige programma's verbeteringen laten zien bij de ouders (verminderde kans op mishandeling en depressie) en het kind (minder gedragsproblemen). De effectiviteit lijkt het grootst als groepsgewijze toepassing wordt aangevuld met enkele individuele bijeenkomsten.

2.3 Stoppen van kindermishandeling en herhaling voorkomen

Uit verschillende reviews blijkt als het specifiek gaat om het stoppen van kindermishandeling en het aanleren van positief opvoedingsgedrag, dat korte intensieve ondersteuning van het gezin ('family preservation') nauwelijks helpt, dat intensieve trainingen in opvoedingsvaardigheden een beperkt effect hebben en dat agressieregulatie en andere cognitieve gedragstherapeutische interventies

voor kinderen en ouders of gezinnen een matig effect hebben. Juist een goed onderbouwde en gecoördineerde combinatie van interventies sorteert het meest effect (Hermanns, 2008).

2.3.1 'Wraparound care'-model

Hermanns (2008) bepleit dat hulpverlening aan mishandelde kinderen volgens het wraparound care-model plaatsvindt. Dit betekent een intensieve vorm van persoonlijke, op concrete doelen gerichte coaching van het gezin, gericht op intensieve gezinsondersteuning én het voorzien in materiële en financiële randvoorwaarden voor een acceptabele opvoeding, terwijl de coach tegelijkertijd de mogelijkheid heeft om een aantal specifieke interventies in te roepen. Het 'wraparound care'-model is een goed model om ervoor te zorgen dat het hulpaanbod echt een integraal aanbod is voor het kind, diens ouders en de andere gezinsleden. In de literatuur over het behandelen van mishandelende gezinnen wordt 'Project 12-Ways' vaak beschreven als een effectief programma in deze traditie. Ook de vereenvoudigde versie Safecare lijkt veelbelovend in het voorkomen van herhaling van mishandeling of verwaarlozing. Beide programma's worden echter niet in Nederland aangeboden.

De multisysteemtherapie (MST) is een variant die in Nederland wordt aangeboden. MST is een programma voor intensieve hulp in de gezinssituatie. Volgens reviews blijkt multisysteemtherapie ook op het terrein van kindermishandeling effectief. Er is een specifieke aangepaste versie van MST voor gezinnen waar kindermishandeling plaatsvindt, multisysteemtherapie voor Child Abuse and Neglect (MST-CAN). Deze versie werd in het buitenland onderzocht (Swenson e.a., 2010). De onderzoekers vergeleken gezinnen die MST-CAN ontvingen met gezinnen die een standaard kinderbeschermingsmaatregel kregen. Het onderzoek toont een grotere vooruitgang van de MST-CAN-gezinnen in de afname van de gedragsproblemen van kinderen, de afname van psychiatrische problemen bij ouders, het verbeteren van het opvoedingsgedrag van ouders en de sociale ondersteuning die ouders krijgen. Er was geen verschil tussen de groepen in het aantal herhaalde meldingen van kindermishandeling, maar kinderen die aan MST-CAN deelnamen, werden minder vaak uit huis geplaatst. MST-CAN wordt in Nederland op beperkte schaal aangeboden door de Viersprong.

In Nederland worden ook nog andere voorbeelden van 'wraparound care' aangeboden onder de noemer intensieve pedagogische thuishulp. Programma's

voor intensieve pedagogische thuishulp zijn gericht op het vergroten van competenties van gezinsleden, het voorkomen van uithuisplaatsing van kinderen en het creëren van een situatie waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen. Een voorbeeld is Families First: een kortdurend, intensief programma om in crisissituaties uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat na afloop van Families First 92 procent van de kinderen nog steeds thuis woonde. Drie maanden na het programma was dit 85 procent, zes maanden na het programma 84 procent en na een jaar 76 procent. Gezinnen blijken na afloop van het programma en bij follow-up aanzienlijk beter te functioneren dan bij aanmelding (Berger e.a., 2004). Families First is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen met de erkenning 'theoretisch goed onderbouwd'. Andere voorbeelden van 'wraparound care' zijn Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG). Deze programma's zijn bedoeld voor gezinnen met chronische, meervoudige en complexe problematiek, zogenaamde multiprobleemgezinnen. Problemen in de opvoeding gaan gepaard met persoonlijke problemen van ouders zoals psychische en verslavingsproblemen, financiële en sociale problemen en problemen met het huishouden. Ook deze programma's zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen met de erkenning 'theoretisch goed onderbouwd'.

Uit internationale overzichtsstudies blijkt dat intensieve thuishulpprogramma's in crisissituaties zorgen voor een vermindering van kindermishandeling in gezinnen met ernstige problemen (MacLeod & Nelson, 2000; O'Reilly e.a., 2010; Roberts & Everly, 2006). Op basis van de resultaten van hun meta-analyse komen Roberts en Everly (2006) tot de conclusie dat het in crisissituaties nodig is om intensieve ondersteuning te bieden en niet slechts een eenmalige kortdurende crisisinterventiesessie. Intensieve hulp heeft namelijk meer effect. O'Reilly en collega's (2010) komen hierbij tot de conclusie dat intensieve thuishulpprogramma's meer effect lijken te hebben in situaties waarin sprake is van fysieke mishandeling dan bij verwaarlozing. Ook blijkt dat bij langdurige verwaarlozing deze programma's minder effect hebben dan wanneer de verwaarlozing pas kort plaatsvindt (Berger e.a., 2004; O'Reilly e.a., 2010).

2.3.2 Interventies

In het 'wraparound care'-model kunnen, afhankelijk van de situatie, een aantal bewezen effectieve specifieke interventies worden ingezet om mishandelend gedrag van ouders om te buigen (Hermanns, 2008; zie ook hoofdstuk 5).

- Individuele ouder-kindbehandeling in de vorm van Parent Child Interaction Therapy (PCIT) is vooralsnog de enige bewezen effectieve interventie voor verbetering van de ouder-kindrelatie na mishandeling van kinderen. Uit een meta-analyse van Thomas en Zimmer-Gembeck (2007) blijkt dat PCIT positieve effecten heeft op de afname van gedrags- en opvoedingsproblemen. PCIT verminderde door ouders gerapporteerde gedrags- en opvoedingsproblemen. De effectgroottes van de uitgebreide versie van PCIT waren groot en van de kortdurende variant matig. Ook de behandelende therapeuten constateerden verbeteringen in geobserveerde gedragingen van het kind. Een onderzoek dat in deze meta-analyse niet is meegenomen, is dat van Chaffin en collega's (2004). Zij onderzochten met een randomized controlled trial (RCT) de effecten van PCIT in gezinnen waarin kindermishandeling plaatsvond. De onderzoekers concluderen dat ouders die aan PCIT hebben deelgenomen tot zeker drie jaar na de interventie minder vaak opnieuw hun kind mishandelen (19 procent recidive) dan gezinnen die de reguliere hulp ontvingen (49 procent recidive). PCIT is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen met de erkenning 'theoretisch goed onderbouwd'.
- Cognitief gedragstherapeutische training voor woedebeheersing en/of stressmanagement is een effectief bewezen, specifieke interventie voor ouders. Voor gezinnen waarin sprake is van fysieke kindermishandeling, is oudertraining gericht op positieve, niet-gewelddadige opvoedingsvaardigheden, woedebeheersing en technieken voor stressmanagement een van de effectieve benaderingen. Programma's met deze elementen hebben positieve effecten op het gedrag van ouders: de mishandeling neemt af. Ook gedragsproblemen bij kinderen verminderen na deelname van hun ouders aan een oudertraining. Een groepsbehandeling met cognitief gedragsmatige technieken draagt bij aan verbetering in woedebeheersing, communicatie en probleemoplossende vaardigheden. De resultaten van een groepsinterventie verbeteren verder als ouders ook enkele individuele bijeenkomsten met een hulpverlener hebben (Berger e.a., 2004).
- Er is onvoldoende bewijs om het gebruik van opvoedingsondersteuningsprogramma's aan te bevelen voor de behandeling van fysieke mishandeling of verwaarlozing (Gezondheidsraad, 2011). Er is wel beperkt bewijs dat sommige opvoedingsprogramma's effectief kunnen zijn in het verbeteren van een aantal uitkomsten die samenhangen met fysiek mishandelende opvoeding. Het gaat dan om groepstrainingen in opvoedingsvaardigheden. Het programma Incredible Years lijkt hierin veelbelovend. Een ander voorbeeld is

Pathways Triple P, een variant van Triple P die bedoeld is om kindermishandeling te verminderen. Een RCT naar Pathways Triple P laat zien dat gedragsproblemen afnemen en opvoedingsvaardigheden toenemen. Bovendien bleken ouders meer realistische verwachtingen van hun kinderen te hebben en minder negatief te denken over ongewenst gedrag van hun kinderen. Dit zijn twee belangrijke risicofactoren voor kindermishandeling. Of deze variant van Triple P ook in staat is het feitelijk heroptreden van kindermishandeling te voorkomen, is nog onbekend (Hermanns, 2008).

- Daarnaast zullen in individuele gevallen bij opvoeders specifieke behandelingen nodig zijn voor psychische problemen, verslaving, arbeidsreïntegratie, relatieproblemen, het vormen van een sociaal netwerk, posttraumatische stressstoornissen, enzovoorts. Het oplossen van deze problemen valt buiten deze handreiking, hoe relevant dat ook is voor het doorbreken van het patroon van mishandeling.
- Een opname in een tehuis of pleeggezin als zodanig is geen werkzaam bestanddeel bij het veranderen van de gezinssituatie. Het kan wel een andere functie hebben, zoals crisisopvang, het garanderen van de veiligheid van het kind, een time-out, of het (in pleeggezinnen) realiseren van een nieuw duurzaam opvoedingsarrangement.

2.4 Gevolgen voor kinderen beperken

Wat nodig is aan behandeling voor het kind, hangt af van de bevindingen uit het onderzoek naar wat er aan de hand is (zie hoofdstuk 3). Volgens de Gezondheidsraad (2011) is psycho-educatie na mishandeling altijd nodig voor kind en ouders, ook zonder aanwijsbare schade bij het kind. Psycho-educatie helpt om de mishandeling in het juiste perspectief te plaatsen: geweld (verbaal of fysiek) is niet de juiste manier om conflicten op te lossen en geweld is geen normaal onderdeel van gezinsrelaties (zie hoofdstuk 5).

Een groot deel van de hulpverlening aan verwaarloosde en fysiek mishandelde kinderen vindt tegelijk plaats met de behandeling van de ouders en andere volwassenen in het gezin. Kinderen zijn ofwel actief betrokken bij het veranderen van gezinsinteracties, ofwel ze profiteren van de behandeling van hun ouders als deze veiliger en beter opvoedingsgedrag verwerven. Er is ook aandacht nodig voor het individuele kind als zelfstandig persoon (Hermanns, 2008). De effecten van het doorgemaakte leed vragen vaak zorg. Het gaat in grote lijnen om drie

type problemen. Het eerste type betreft een grote variatie aan psychische en gedragsproblemen die het gevolg kunnen zijn van de vaak langdurige en ernstige mishandeling. Het tweede type is de posttraumatische stressstoornis die kan ontstaan door het meemaken van ingrijpende vormen van kindermishandeling. Tot het derde type behoren de lichamelijke gevolgen, zoals de groei- en ontwikkelingsachterstanden, die ten gevolge van mishandeling en verwaarlozing kunnen optreden.

1. Psychische en gedragsproblemen

Er is in Nederland een breed algemeen aanbod van licht ambulante hulp tot intensieve klinische behandeling voor allerlei problemen die het gevolg van kindermishandeling kunnen zijn (Berger e.a., 2004). Een brede reeks van psychische en gedragsproblemen kan met een even brede range aan (algemene) psychotherapieën worden behandeld. In de reviews worden genoemd: cognitieve gedragstherapie, speltherapie en groepstherapie (Cohen e.a., 2006; James & Menne, 2001; Hetzel-Riggin e.a., 2007; Macdonald e.a., 2007; Ross & O'Carroll, 2004; Skowron & Reineman, 2005; Stevenson, 1999). Een probleem dat opvallend vaak voorkomt na kindermishandeling is een problematische gehechtheid. Mishandelde kinderen blijken een sterk verhoogd risico op onveilige gehechtheid te hebben (86 procent) vergeleken met het percentage onveilige gehechtheid in normgroepen (38 procent) (Cyr e.a., 2010). Effectieve behandelingen van hechtingsproblemen richten zich op de relatie tussen de ouder en het kind. Er is onduidelijkheid over hoeveel kinderen psychische en gedragsproblemen als gevolg van kindermishandeling ontwikkelen. Bovendien kan de ernst van de problemen die kinderen ontwikkelen sterk verschillen. Psychotherapie is alleen nodig wanneer een kind ernstige problemen heeft. Het feit dat een kind mishandeld is, is als zodanig geen reden voor behandeling. Soms is het voldoende de kindermishandeling te stoppen en te voorkomen dat het zich opnieuw voordoet en gezinnen erop te wijzen waar zij hulp kunnen zoeken als een kind later toch problemen ontwikkelt.

2. Posttraumatische stressstoornis

Voor posttraumatische stressstoornissen (PTSS) bestaan in de psychotherapie effectieve interventies. Vooralsnog hebben trauma-focused cognitive behavioral therapy (traumagerichte cognitieve gedragstherapie, TF-CBT) en eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) de beste papieren voor de behandeling van PTSS-symptomen als gevolg van kindermishandeling bij kinderen (Gezond-

heidsraad, 2011). Hoewel de gepubliceerde onderzoeken naar TF-CBT en EMDR niet specifiek zijn gedaan naar alle typen mishandeling, is de bewezen effectiviteit dermate breed dat het aannemelijk is dat TF-CBT en EMDR breed inzetbaar zijn (Gezondheidsraad, 2011).

De Nederlandse Horizonmethodiek (een vorm van TF-CBT voor kinderen en ouders) lijkt effectief in de behandeling van seksueel misbruikte kinderen (Gezondheidsraad, 2011). Uit onderzoek van Lamers-Winkelmann (zie Berger e.a., 2004) blijkt dat kinderen na afloop hun gevoelens en emoties beter konden uiten. Ouders meenden dat hun kinderen minder angstig, opgewekter en meer ontspannen waren, minder drift- en huilbuien en nachtmerries hadden. Ook meenden ouders dat zij beter met hun kind konden omgaan. Uit een effectonderzoek van Huiskes en Plugge (2004) blijkt dat kinderen direct na de behandeling minder last hebben van (seksuele) gedragsproblemen, angst, depressie, post-traumatische stressstoornis en dissociatieve problemen. Zes maanden na afloop van de behandeling waren niet-seksuele gedragsproblemen nog verder afgenomen.

EMDR en de Horizonmethodiek zijn beide in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen met de erkenning 'theoretisch goed onderbouwd'.

3. Lichamelijke gevolgen

Het derde type probleem is een scala aan mogelijke lichamelijke gevolgen, waarvoor medische hulp nodig kan zijn. Groei- en ontwikkelingsachterstanden die het gevolg zijn van verwaarlozing zijn moeilijk 'behandelbaar' door professionals. Soms verbeteren problemen spontaan wanneer de opvoedingssituatie verandert. De leeftijd van het kind is hierbij van groot belang. Hoe eerder de aanpassing plaatsvindt, des te groter het effect. Uit adoptieonderzoek blijkt dat deze herstelmogelijkheden groot kunnen zijn, zelfs als het om ernstig verwaarloosde kinderen gaat.

2.5 Kernpunten

Effectieve elementen in hulp na kindermishandeling zijn:

- Het hulpaanbod na kindermishandeling is altijd integraal aanbod aan het kind én aan voor het kind belangrijke anderen.
- Het hulpaanbod richt zich zowel op het stoppen en verwerken van de mishandeling en de gevolgen daarvan, als op het (weer) op gang brengen van de ontwikkeling van het kind.

- Het hulpaanbod is op maat en gebaseerd op goede diagnostiek.
- Het hulpaanbod is 'abuse-specific'. De hulp richt zich specifiek op de (gevolgen van) kindermishandeling.
- Het hulpaanbod is gezinsgericht en vindt plaats in de eigen leefsituatie.
- Het plan van aanpak heeft een substantiële duur en intensiteit.
- Bij hulpverlening aan mishandelde kinderen staan de behoeften en krachten van het kind en het gezin centraal.
- De hulp heeft een cognitief gedragsmatige aanpak.
- Het hulpaanbod bestaat zo veel mogelijk uit bewezen effectieve interventies.

Deel 2: Praktijk

3 Onderzoeken wat er aan de hand is

Een belangrijke voorwaarde voor effectieve hulp is dat de hulp is toegespitst op de specifieke problemen, behoeften en krachten van de gezinsleden. Daarvoor is nodig na te gaan wat er precies aan de hand is met en rond een kind. Is het kind veilig? Hoe gaat het met het kind? Wat zijn risico- en beschermende factoren in het gezin? Op welke punten is hulp nodig? Om antwoord op deze vragen te kunnen geven, wordt onderzoek gedaan naar de gezinssituatie. Onderzoek naar kindermishandeling wordt op verschillende plekken in de keten uitgevoerd: door het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), het AMK, de Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Jeugdzorg, de jeugdzorgaanbieder en de jeugd-ggz. Hoewel zij verschillen in focus en reikwijdte van het onderzoek, is gemeenschappelijk dat zij willen bepalen hoe kind en gezin het beste geholpen kunnen worden. Daarvoor is het belangrijk om eerst goed in beeld te krijgen wat er aan de hand is.

Dit hoofdstuk beschrijft belangrijke stappen en aandachtspunten in het onderzoek bij gezinssituaties waarbinnen kindermishandeling of vermoedens daarvan spelen. Afhankelijk van de functie en opleiding van degene die het beeld opstelt, gaat het om een brede of juist specialistische beoordeling van de opvoedings- en gezinssituatie, de ouders en de ontwikkeling van het kind. Dit hoofdstuk beperkt zich tot stappen die in het algemeen van belang zijn en gaat niet specifiek in op specialistisch onderzoek, zoals psychodiagnostiek, medische diagnostiek of diagnostiek in een forensisch kader.

Paragraaf 3.1 beschrijft aandachtspunten en hulpmiddelen om het onderzoek systematisch en zorgvuldig uit te voeren. In de daaropvolgende paragrafen staat de inhoudelijke beoordeling centraal: de veiligheid en het functioneren van het kind (paragraaf 3.2), factoren die de problemen veroorzaken of in stand houden (paragraaf 3.3) en het inschatten van risico's voor de veiligheid van het kind (paragraaf 3.4). Het praten met ouders en kinderen in het kader van dit onderzoek wordt in hoofdstuk 4 apart besproken. De vraag welke hulp ingezet kan worden, staat centraal in hoofdstuk 5.

3.1 Systematisch en zorgvuldig werken

Ouders en kinderen met problemen mogen een deskundig en transparant oordeel verwachten over de aard en ernst van hun problemen en hoe zij snel en effectief geholpen kunnen worden. Het onderzoek is erop gericht om op een methodische manier een goed beeld van kind en gezin op te stellen, waarin de (eventuele) hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren en aangrijpingspunten voor de oplossing samenhangend zijn beschreven. De betrokken professionals werken daarbij zo veel mogelijk samen met het gezin: het uitgangspunt is beoordelen en beslissen mét en niet óver ouders en kinderen (zie ook hoofdstuk 5).

Systematisch en methodisch werken is belangrijk om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat er aan de hand is. Het helpt om doelgericht informatie te verzamelen en het voorkomt dat onnodige informatie verzameld wordt of dat een teveel aan informatie het zicht op de kern van de problemen vertroebelt. Systematisch werken betekent dat de professional in het onderzoek verschillende stappen onderscheidt:

1. formuleren van onderzoeksvragen;
2. verzamelen van informatie;
3. beoordelen: analyseren en concluderen;
4. verslaglegging.

De professional begint met het formuleren van veronderstellingen en onderzoeksvragen op basis van wat hij al weet over het gezin (zie paragraaf 3.1.1).

De tweede stap is het onderzoeken van deze vragen door met ouders en kinderen te praten, eventueel vragenlijsten bij hen af te nemen, of observaties in het gezin of in de spelkamer te doen. Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen, verzamelt de professional informatie op meerdere niveaus (kind, ouder, gezin, omgeving) en meerdere domeinen (bijvoorbeeld gedrag, sociaal functioneren). Daarbij gebruikt hij verschillende middelen (bijvoorbeeld vragenlijsten, observatie) en informatiebronnen (bijvoorbeeld ouders, leerkracht, kind). Een onderzoeksplan kan helpen om planmatig te werk te gaan. In het onderzoeksplan beschrijft de professional welke informatie hij nodig heeft om de onderzoeksvragen te beantwoorden (zie paragraaf 3.1.2), bij wie hij die informatie gaat verzamelen en welke middelen hij inzet om de informatie te verkrijgen (zie paragraaf 3.1.3).

De derde stap is het beoordelen van de verzamelde informatie. De professional gaat na of zijn veronderstellingen kloppen en formuleert antwoorden op de

onderzoeksvragen (zie paragraaf 3.2-3.4). In deze fase kan blijken dat er nog essentiële informatie ontbreekt. De professional gaat dan gericht op zoek naar deze informatie. Soms is het nodig om specialistische diagnostiek uit te voeren om goed zicht te krijgen op de problematiek van kind of ouder. Bijvoorbeeld psychodiagnostiek om psychische problemen van kind of ouder in kaart te brengen, of medische diagnostiek om te onderzoeken of een kind letsel heeft dat is veroorzaakt door kindermishandeling. Professionals kunnen ouders en kinderen hiervoor verwijzen naar een gedragswetenschapper, psychiater of arts. In de loop van het proces ontstaat een samenhangend beeld van de situatie van kind en gezin. Dit samenhangende beeld is een combinatie van feiten en weging van verschillende factoren in de opvoedingssituatie, afgezet tegen de professionele kennis en ervaring van de hulpverlener. Deze dienen als leidraad om de situatie te beschrijven en te verklaren.

Als laatste stap zorgt de professional voor goede verslaglegging van de activiteiten in het onderzoek, de conclusies en de onderbouwing daarvan. Hiermee maakt hij de besluitvorming transparant en inzichtelijk. Vanzelfsprekend wordt hierover ook met de betrokken ouders en kinderen gesproken.

3.1.1 Onderzoeksvragen formuleren

Op basis van de beschikbare informatie stelt de professional een aantal onderzoeksvragen op. Deze vragen zijn leidend voor het onderzoek. In geval van kindermishandeling moet een aantal algemene onderzoeksvragen altijd beantwoord worden. Die onderzoeksvragen zijn:

1. Is er sprake van direct gevaar voor het kind?
2. Is er sprake van bedreigend handelen of nalaten van de ouder(s)?
3. Zijn er kindsignalen die wijzen op kindermishandeling?
4. Welke gevolgen heeft de kindermishandeling voor het kind?
5. Hoe komt het dat deze ouders niet in staat zijn om hun kind veilig op te voeden?
6. Zijn er risico's voor de veiligheid van het kind in de nabije toekomst?

Daarnaast kunnen specifieke onderzoeksvragen geformuleerd worden over het functioneren van de jeugdige, zijn ouders en de opvoedingssituatie. Deze vragen worden zo concreet mogelijk geformuleerd, bijvoorbeeld:

- Heeft het kind posttraumatische stressklachten?
- Is er sprake van alcoholproblemen bij de ouders?
- Is oma in staat om de ouders tijdelijk te ontlasten door het kind na school op te vangen?

Door het beantwoorden van de onderzoeksvragen ontstaat een beeld van de aard en ernst van de problemen en op welke punten hulp nodig is om de situatie van het kind te verbeteren en risico's te verminderen.

3.1.2 Informatie verzamelen

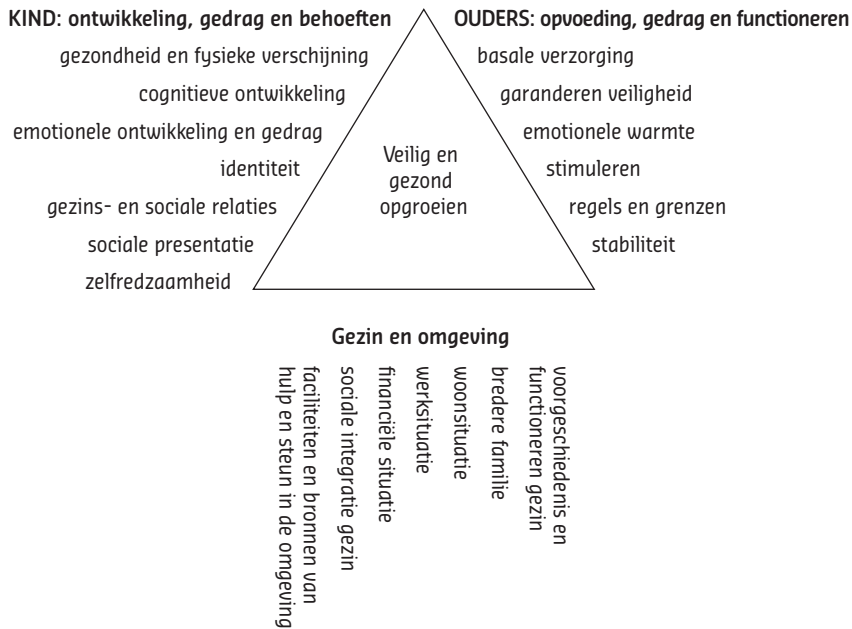
Een systematisch beeld kan het beste worden verkregen door informatie te verzamelen aan de hand van een voor de praktijk bruikbaar model. Dit helpt te bepalen welke informatie relevant is bij het beoordelen of een kind veilig is en welke factoren daarop van invloed zijn. Hier wordt gekozen voor het kader uit het Engelse Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, UK, 2000) (zie figuur 3.1). Dit kader is goed gefundeerd in de theorie en daarnaast toepasbaar in de dagelijkse casuïstiek. Er zijn twee algemene aandachtspunten bij het verzamelen en beoordelen van informatie. Ten eerste gaat het bij kindermishandeling om complexe en heterogene problematiek. Er is vrijwel altijd sprake van een wisselwerking tussen kenmerken en problemen van het kind, de ouders en de omgeving. Daarbij kent ieder gezin zijn eigen unieke combinatie van zorgen en problemen. Het model is derhalve een leidraad, maar de specifieke invulling verschilt per gezin. Ten tweede is het voor een evenwichtig beeld belangrijk om niet alleen te kijken naar zorgen en problemen, maar ook om sterke kanten, mogelijke hulpbronnen en beschermende factoren in kaart te brengen.

Veilig en gezond opgroeien

Centraal in het Framework staat het veilig en gezond opgroeien en ontwikkelen van het kind. Een kind is thuis veilig als het structureel kan rekenen op een volwassene die voorziet in zijn basale fysieke en emotionele behoeften, die hem beschermt tegen gevaar en die daarin continuïteit en voorspelbaarheid biedt (Ten Berge en Bakker, 2005). Het gaat daarbij niet alleen om de 'feitelijke' veiligheid zoals die grotendeels van buitenaf is vast te stellen, maar ook om het gevoel van veiligheid en geborgenheid van het betrokken kind. De ervaren veiligheid van het kind is een belangrijk aandachtspunt, omdat bij het ontbreken hiervan de ontwikkeling van het kind in het geding kan komen.

De drie zijden van het Framework geven de drie belangrijkste aandachtsgebieden weer die bepalen of een kind veilig en gezond kan opgroeien:

- de ontwikkeling van het kind;
- de opvoedingscapaciteiten van de ouders;
- gezins- en omgevingsfactoren.



Figuur 3.1 Framework for the Assessment of Children in Need and their Families
(Department of Health, UK, 2000)

Een kind kan veilig en gezond opgroeien als zijn ouders in staat zijn om goed genoeg te voorzien in zijn ontwikkelingsbehoeften. Gezins- en omgevingsfactoren zijn van invloed op de opvoedingscapaciteiten van ouders en de ontwikkeling van kinderen. Alleen in combinatie met elkaar kan er een oordeel gevormd worden over een eventuele bedreiging voor het kind. Een gezinssituatie met twee zwakbegaafde en pedagogisch zwakke ouders (= opvoedingscapaciteit) kán bedreigend zijn voor de ontwikkeling van het kind. Maar als deze ouders dagelijks worden bijgestaan door een zeer capabele oma (= gezins- en omgevingsfactor), dan hoeft er van een direct bedreigde ontwikkeling geen sprake te zijn. Om erachter te komen wat er aan de hand is en vervolgens passende en gerichte interventies in te kunnen zetten, is het dus belangrijk om elke zijde van de driehoek in kaart te brengen en mee te wegen.

Hierna worden voor elk van de drie aandachtsgebieden aandachtspunten gegeven voor het in kaart brengen van de situatie.

Ontwikkeling van het kind

De fysieke en emotionele behoeften van kinderen zijn afhankelijk van leeftijd en ontwikkelingsniveau. Het Framework onderscheidt zeven algemene dimensies met betrekking tot de ontwikkeling van het kind. De professional onderzoekt voor elke dimensie wat de zorgen zijn en wat er goed gaat. Aandachtspunten binnen deze dimensies betreffen zowel kenmerken van het kind als diens functioneren in termen van gedrag, ontwikkeling en emoties.

Gezondheid en fysieke verschijning

- algemene gezondheid, groei en ontwikkeling;
- speciale behoeften door bijvoorbeeld ziekte of beperking;
- aanwezigheid van letsel (mogelijk als gevolg van kindermishandeling);
- uiterlijke verschijning (bijvoorbeeld kleding, uitgerust/vermoeid);
- lichaamsbeweging en eetgewoonten.

Cognitieve ontwikkeling

- taalontwikkeling en taalgebruik;
- werkhouding op school (concentratie, niveau);
- voortgang op school, succes- en faalervaringen.

Emotionele ontwikkeling en gedrag

- omgaan met emoties en expressie van gevoelens;
- hechting;
- temperament;
- (spel)gedrag thuis, op school en in de omgeving (bijvoorbeeld sportclub);
- sociaal gedrag (contact met leeftijdgenoten en volwassenen);
- reactie op traumatische of stressvolle gebeurtenissen.

Identiteit

- de mate waarin het kind zichzelf ziet als individu en als deel van het gezin;
- zelfbeeld en zelfvertrouwen;
- keuzes maken en initiatief nemen;
- gender en/of seksuele identiteit.

Gezins- en sociale relaties

- relaties met gezinsleden (ouders, broers/zussen);
- relaties met leeftijdgenoten;

- relaties met volwassenen;
- empathisch vermogen;
- manier van contact leggen met professional (bijvoorbeeld oogcontact maken, mate van openheid of afweer, mate van weerbaarheid of afhankelijkheid).

Sociale presentatie

- verschijning en gedrag in sociale situaties (passende kleding, passend gedrag, netheid en persoonlijke hygiëne);
- aanpassing aan en houding t.a.v. beperkingen en discriminatie door anderen;
- respect voor gezins-, culturele en religieuze waarden en diversiteit.

Zelfredzaamheid

- praktische, emotionele en communicatieve vaardigheden die vereist zijn voor toenemende onafhankelijkheid;
- oplossingsvaardigheden;
- inschatten van eigen veiligheid en risico's.

Opvoedingscapaciteiten van de ouders

De rechterzijde van de driehoek benoemt zes dimensies waarop de opvoedingscapaciteiten van ouders in kaart worden gebracht. Dit gebeurt steeds in relatie tot de ontwikkelingsbehoeften van het kind: kunnen deze ouders dit kind voldoende zorg en veiligheid bieden? Het gaat daarbij niet alleen om wat ouders weten en kunnen, maar vooral hoe zij dit in de praktijk in concreet gedrag en handelen laten zien.

Basale verzorging

- voorzien in fysieke behoeften van het kind (voeding, hygiëne, onderdak);
- zorg dragen voor goede gezondheidszorg (bijvoorbeeld bezoek aan huisarts en tandarts, deelname aan vaccinatieprogramma, specialistische hulp).

Garanderen veiligheid

- bieden van een veilige leefomgeving;
- bescherming bieden tegen mensen die mogelijk gevaar opleveren;
- voldoende toezicht van een volwassene;
- weerbaar maken: bespreken hoe om te gaan met risicovolle situaties.

Emotionele warmte

- waardering en respect tonen voor kind;
- empathie en begrip tonen;
- sensitief en responsief reageren op de behoeften van het kind;
- betrokkenheid, steun en participatie bij (activiteiten van) het kind.

Stimuleren

- bevorderen van cognitieve ontwikkeling door aanmoediging, communicatie en stimulatie;
- voorzien in leermogelijkheden en sociale participatie;
- zorgen voor en ondersteunen van onderwijs en succeservaringen.

Regels en grenzen

- stellen van heldere, realistische grenzen, regels en verwachtingen;
- regulering van gedrag en emoties van het kind (leren omgaan met frustraties);
- omgaan met conflicten;
- passende verantwoordelijkheden geven.

Stabiliteit

- structuur, stabiliteit en continuïteit in opvoeding en verzorging;
- voorspelbaarheid van reacties van de ouder voor het kind;
- fysieke en psychische beschikbaarheid van minimaal een vaste opvoeder.

Gezins- en omgevingsfactoren

De basis van de driehoek wordt gevormd door factoren in het gezin en het (in)formele netwerk die de opvoeding, veiligheid en ontwikkeling van het kind kunnen bemoeilijken of juist ondersteunen. Het Framework clusterd deze factoren op zeven dimensies:

Voorgeschiedenis en functioneren gezin

- gezinsrelaties, partnerrelatie, relatie tussen gescheiden ouders;
- belangrijke gebeurtenissen en veranderingen;
- gezinsorganisatie en -klimaat.

Bredere familie

- contacten met familieleden en de impact daarvan op het gezin.

Woonsituatie

- beschikbaarheid en kwaliteit van woonruimte en woonomgeving;
- basisfaciliteiten (gas, water, elektra, kookfaciliteiten, slaapruijnte);

Werksituatie

- hebben van werk;
- invloed van type werk en arbeidsomstandigheden;
- balans tussen werk en opvoeding.

Financiële situatie

- voldoende basisinkomen;
- schulden.

Sociale integratie gezin

- contacten met bureu en vrienden;
- mogelijkheid voor kind tot contact met leeftijdgenoten in de buurt;
- integratie in de buurt.

Faciliteiten en bronnen van hulp en steun in de omgeving

- beschikbaarheid en kwaliteit van diensten en voorzieningen (primaire gezondheidszorg, kinderopvang, scholen, winkels);
- beschikbaarheid van specialistische hulpverlening.

3.1.2 Onderzoeksmiddelen

Afhankelijk van de onderzoeksvragen en benodigde informatie kunnen verschillende middelen ingezet worden om een beeld te krijgen van de gezinssituatie en de gezinsomgeving:

- analyse van bestaande dossiers;
- observeren;
- vragenlijsten;
- gesprekken met betrokkenen.

Omdat onderzoek telkens maatwerk is, is het lastig een standaard te geven voor de keuze van onderzoeksmiddelen. De professional bepaalt welke informatie hij bij wie wil verzamelen en wat daarvoor het beste middel is. In het algemeen geldt dat de professional verschillende onderzoeksmiddelen en informatiebronnen inzet om een genuanceerd beeld te krijgen. Sommige vragen en

onderwerpen lenen zich het beste voor een gesprek met of observatie van ouders en kind. Andere kunnen beter beoordeeld worden met een gestandaardiseerde vragenlijst. Soms is het nodig daarvoor een specialist in te schakelen, zoals een gedragswetenschapper of psychiater.

Bij het verzamelen, ordenen en beoordelen van informatie is de professional altijd alert op de verschillende aard van informatie: gaat het om feitelijk en concreet waarneembaar gedrag of om meningen, emoties en beleving van de betrokkenen?

Analyse van bestaande dossiers

Professionals kunnen zich een beeld van het gezin vormen op grond van beschikbare informatie uit het dossier en rapportage van eerdere hulpverleners.

Belangrijk daarbij is te beseffen dat deze eerste indruk altijd getoetst moet worden in het onderzoek. Het kan immers zijn dat de informatie uit het dossier onjuist, onvolledig of achterhaald is. Een bekende valkuil is dat het onderzoek vooral gericht is op het bevestigen van de eerste indruk en dat te weinig aandacht wordt besteed aan informatie die daarmee in tegenspraak is (Munro, 2002; Ten Berge, 1998). Een brede blik houden is dus noodzakelijk.

Een hulpmiddel bij het systematisch analyseren van een dossier is het maken van een grafische weergave van de levenslijn (Bullens e.a., 2002). Hiermee wordt een chronologisch overzicht verkregen van belangrijke mensen, thema's en gebeurtenissen, waardoor in een oogopslag de levensloop van een kind en zijn gezin inzichtelijk wordt. De levenslijn maakt bijvoorbeeld duidelijk:

- waar een kind heeft gewoond, met welke opvoeders en hoe lang;
- wat de wijzigingen zijn in de leefsituatie van het kind;
- welke bijzondere gebeurtenissen er gepasseerd zijn, zoals het overlijden van een belangrijke persoon.

Het is belangrijk daarbij na te gaan of bepaalde ingrijpende gebeurtenissen zich hebben voorgedaan in een periode waarin het kind gezien zijn ontwikkeling kwetsbaar was.

De informatie kan op verschillende manieren geordend worden, bijvoorbeeld met een tijdsbalk of in een tabel. Een tabel biedt voordelen wanneer er veel informatie beschikbaar is. In verschillende kolommen is de informatie overzichtelijk weer te geven. Het belangrijkste ordeningsprincipe is het tijdsverloop, dat wil zeggen dat de informatie uit verschillende bronnen chronologisch wordt geordend. Daarnaast kan onderscheid worden gemaakt naar de bron waaruit

de informatie afkomstig is, een beschrijving van de informatie (in termen van gebeurtenissen, onderzoeken, adviezen en interventies, emoties), de belangrijkste problemen en de belangrijkste krachten.

Observeren

Observaties zijn een waardevolle bron van informatie over het gedrag van kind en ouders in hun natuurlijke omgeving. Observatie leent zich goed om de omgang tussen ouder en kind in beeld te brengen, bijvoorbeeld waar het gaat om warmte en aandacht, regels en grenzen stellen of de onderlinge communicatie (naar elkaar luisteren).

Met observaties kan zicht worden verkregen op probleemgedrag en mogelijke verklaringen (oorzaken en in stand houdende factoren) daarvoor. Een eenvoudige manier om observaties systematisch uit te voeren en te noteren is aan de hand van een ABC-schema. Het ABC-schema staat voor:

1. antecedent: wat ging vooraf aan het probleemgedrag?
2. behavior: welk (probleem)gedrag was zichtbaar?
3. consequence: wat volgde er direct op het gedrag?

Het werken met een ABC-schema vereist dat van tevoren wordt bepaald om welk concreet (problematisch) gedrag het gaat.

Observatie kan plaatsvinden door een professional die in het gezin aanwezig is en aantekeningen maakt, door een video in te zetten als hulpmiddel om observatiegegevens te verkrijgen, of door ouders zelf te vragen om observaties uit te voeren.

Een observatie biedt aanknopingspunten voor het gesprek met ouders of kind. Bijvoorbeeld door ouders te vragen over welke aspecten van hun eigen handelen zij tevreden of ontevreden zijn, welk gedrag van hun kind zij positief vinden, welk gedrag ze zouden kunnen negeren en welk gedrag zij moeilijk te negeren vinden, en hoe zij denken over de effecten van hun eigen reacties op hun kind.

Vragenlijsten

Vragenlijsten zijn een hulpmiddel voor het verzamelen, ordenen en beoordelen van informatie. Zij kunnen ingezet worden om zicht te krijgen op gedrag, ontwikkeling, beleving of gevoelens van de gezinsleden.

Er zijn verschillende soorten vragenlijsten. Sommige vragenlijsten zijn gestandaardiseerd, dat wil zeggen dat de manier van afnemen en scoren vastligt. In veel

gevallen is ook de kwaliteit ervan onderzocht. In dat geval is bekend of de uitkomsten van de vragenlijst betrouwbaar en valide zijn, wat wil zeggen dat de uitkomsten niet toe te schrijven zijn aan toeval en dat het instrument meet wat het pretendeert te meten. Soms is voor deze gestandaardiseerde vragenlijsten ook een normgroep beschikbaar. In de ontwikkelfase is het instrument bij een grote groep proefpersonen afgenomen en hun gemiddelde scores gelden als norm. Als het instrument dan bij een ouder of kind wordt gebruikt, worden zijn scores vergeleken met deze norm. Een eenvoudig voorbeeld hiervan is een groeicurve, waarbij de lengte en het gewicht van een kind vergeleken worden met die van zijn leeftijdsgenoten. Een ander voorbeeld is de CBCL (Achenbach, 2009), een vragenlijst die aangeeft of het gedrag van een kind in vergelijking met leeftijdsgenoten problematisch is.

Andere vragenlijsten zijn niet of niet volledig gestandaardiseerd en niet onderzocht. Vaak hebben ze het karakter van een checklist met relevante aandachtspunten. Als een vragenlijst gestandaardiseerd is en de kwaliteit ervan onderzocht, kan er meer gewicht worden toegekend aan de conclusies die getrokken kunnen worden. Bijvoorbeeld: de conclusie dat een kind veel vraagt van zijn opvoeders omdat het een druk kind is, is objectiever als het 'druk' zijn gebaseerd is op de afname van een gestandaardiseerde, genormeerde vragenlijst. Dit wil niet zeggen dat eenvoudige checklists niet gebruikt moeten worden, maar kwaliteit en reikwijdte van de conclusies verschillen.

Het inzetten van een vragenlijst helpt om een objectiever beeld van de situatie te verkrijgen en blinde vlekken te voorkomen. Vragenlijsten zijn een aanvulling op de kennis, ervaring en professionele intuïtie van de professional, maar kunnen deze nooit vervangen.

Bijlage 3.1 geeft een overzicht van enkele veelgebruikte vragenlijsten. Voor de meeste van deze vragenlijsten is geen specifieke psychodiagnostische expertise nodig.

Gesprekken

In de meeste gevallen vinden er tijdens het onderzoek gesprekken plaats met de ouders en/of het kind. Het gesprek dient om informatie verzamelen, maar ook om te toetsen of bevindingen uit de dossieranalyse, observaties en vragenlijsten kloppen, meer gedetailleerde informatie hierover te verkrijgen of nadere verklaringen voor de bevindingen te zoeken. Ouders en kinderen krijgen in het gesprek de gelegenheid om hun visie op de problemen en mogelijke oplossingen te geven. Ook kunnen zij reageren op de conclusies van de professional en

verdere toelichting vragen. Gesprekken zijn een belangrijk hulpmiddel om een werkrelatie met het gezin op te bouwen. In hoofdstuk 4 worden tips en aandachtspunten voor het praten met ouders en kinderen gegeven.

3.2 Beoordelen: veiligheidstaxatie

Het Framework laat zien dat het veilig en gezond opgroeien van kinderen het resultaat is van een samenspel van opvoedingscapaciteiten van ouders, ontwikkelingsbehoeften van het kind en helpende of belemmerende factoren in gezin en omgeving. Bij kindermishandeling is dit samenspel verstoord. Om te beoordelen of kinderen thuis veilig en gezond kunnen opgroeien, weegt de professional de informatie over hoe ouders met hun kind omgaan af tegen wat het kind nodig heeft. Deze beoordeling wordt hier *veiligheidstaxatie* genoemd. Een veiligheidstaxatie betreft zowel de directe fysieke veiligheid van het kind (fysieke integriteit en afwezigheid van levensgevaar), als in brede zin de aanwezigheid van basisvoorwaarden voor een gezonde ontwikkeling (Ten Berge & Bakker, 2005). Het doel van een veiligheidstaxatie is het in kaart brengen van de actuele veiligheidssituatie van het kind, teneinde te bepalen of er noodzaak is om in te grijpen om de veiligheid van het kind te waarborgen, hoe urgent dat is en waar interventie op gericht moet zijn. Leidende onderzoeksvragen daarbij zijn:

1. Is er sprake van direct gevaar voor het kind?
2. Is er sprake van bedreigend handelen of nalaten van de ouders?
3. Zijn er kindsignalen die wijzen op kindermishandeling?
4. Welke gevolgen heeft de kindermishandeling voor het kind?

Gezins- en omgevingsfactoren die bijdragen aan een problematische opvoedingssituatie komen in paragraaf 3.3 aan bod. In paragraaf 3.4 over risicotaxatie staat de beoordeling van toekomstige veiligheid centraal.

3.2.1 Directe fysieke veiligheid

Soms kan het inzetten van hulp niet wachten tot 'het plaatje rond is'. In die situaties waar de fysieke veiligheid van het kind direct bedreigd wordt, is het noodzakelijk om onmiddellijk actie te ondernemen, bijvoorbeeld intensieve hulp in het gezin in te zetten of het kind uit huis te plaatsen. De eerste onderzoeksvraag luidt dan ook: is er sprake van direct gevaar voor het kind? Naast de aard en ernst van de problematiek, speelt in de overweging of direct actie nodig is om het kind veilig te stellen mee of er verantwoordelijke

volwassenen zijn die op dat moment de veiligheid van het kind kunnen garanderen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een kind dat wegloopt voor geweld thuis en door ouders van een vriendje wordt opgevangen. Als het kind op dat moment in een veilige situatie verblijft, is onmiddellijk handelen niet nodig. Wel moeten zo snel mogelijk afspraken worden gemaakt om de veiligheid van het kind verder te garanderen.

Er zijn verschillende alarmsignalen waarbij overwogen moet worden of direct handelen noodzakelijk is. Onder een alarmsignaal wordt verstaan: informatie over het kind of diens omgeving die wijst op een onacceptabel grote kans op ernstig letsel of overlijden van het kind op korte termijn (Werkgroep signalerings- en risicotaxatie instrumenten, 2012).

Alarmsignalen vermoedelijke kindermishandeling

- letsel niet veroorzaakt door een ongeval (tenzij ongeval samenhangt met nalatigheid van de ouder);
- ernstig fysiek geweld of buitensporige disciplineren;
- duidelijke aanwijzingen voor ernstig seksueel misbruik;
- fysieke leefomgeving is ernstig bedreigend voor gezondheid en/of veiligheid kind;
- ernstig huiselijk geweld in het gezin.

Alarmsignalen omgang tussen ouder en kind

- ouder komt niet tegemoet aan de fysieke basisbehoeften van het kind, waaronder toezicht, eten, kleding, medische zorg, woonsituatie;
- onvoldoende bescherming tegen acuut en ernstig gevaar of bedreiging door anderen;
- ouder weigert derden zicht op of toegang tot kind; vluchtgedrag ouder(s);
- ouder toont geen enkele betrokkenheid bij het kind en verzorgt het kind als een ding.

Alarmsignalen bij de ouder

- verklaring ouder over letsel kind is twijfelachtig/inconsistent met type letsel en aard letsel suggereert direct gevaar voor veiligheid kind;
- ouder was eerder oorzakelijk betrokken bij het overlijden van een kind door kindermishandeling of ernstig gebrek aan toezicht;
- ouder dreigt geweld te gebruiken tegen (of wraak te nemen op) kind;

- ouder niet beschikbaar, onder andere door ernstige verslaving, emotionele instabiliteit of fysieke afwezigheid;
- ouder met ernstige verstandelijke beperking.

Alarmsignalen bij het kind

- kind blootgesteld aan toxische stoffen; drugsbaby;
- kind met ‘shaken baby’-syndroom;
- verdachte medische symptomen zonder adequate verklaring;
- broertjes of zusjes waarop een of meer van de alarmsignalen van toepassing zijn (bijvoorbeeld ernstig letsel);
- besnijdenismilieu plus voorgenomen reis naar besnijdenisland.

De beslissing om meteen tot actie over te gaan, kan op basis van beperkte (maar zeer zorgelijke) informatie genomen worden. Essentieel is dat de besluitvorming helder onderbouwd wordt, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is op grond waarvan deze beslissing genomen is. Tegelijkertijd blijft het nodig om de informatieverzameling en -beoordeling voort te zetten, zodat gaandeweg een meer genuanceerd beeld van de opvoedingssituatie ontstaat. Dat betekent dat het werken aan urgente doelen hand in hand gaat met verder onderzoek.

3.2.2 Omgang tussen ouder en kind en opvoedingscapaciteiten

In het beoordelen van de veiligheid van het kind in brede zin staat centraal of de ouders de zorg en bescherming kunnen bieden die het kind nodig heeft om zich veilig en gezond te ontwikkelen. Hiertoe brengt de professional in kaart hoe ouders met hun kind omgaan en wat dit zegt over hun opvoedingscapaciteiten. Om een goed en evenwichtig beeld te krijgen, let de professional hierbij niet alleen op wat er niet goed gaat (problemen en zorgen), maar ook op wat er wel goed gaat (sterke kanten en krachten). Zo wordt duidelijk waar verandering nodig is en waar aanknopingspunten liggen voor verbetering. De verschillende dimensies uit het Framework helpen bij het ordenen van deze informatie.

Vervolgens weegt de professional alle informatie om antwoord te kunnen geven op de tweede onderzoeksvraag: is sprake van bedreigend handelen of nalaten van de ouder(s)? Het gedrag en functioneren van de ouders wordt hier vooral beoordeeld vanuit het perspectief van hun rol als opvoeder. Als sprake is van persoonlijke problemen gaat de professional altijd na of, en zo ja welke consequenties dit heeft voor hoe de ouder met zijn kind omgaat.

Voor de weging van informatie over de opvoedingscapaciteiten van ouders zijn geen algemene richtlijnen te geven. Het gaat steeds om de beoordeling of *déze* ouder in staat is om *dít* kind goed genoeg op te voeden. Daarbij wordt rekening gehouden met de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. De opvoedingsvaardigheden van ouders kunnen bijvoorbeeld adequaat zijn voor het opvoeden van een zesjarige, maar niet voor een twaalfjarige.

Er zijn wel signalen te noemen die in algemene zin mogelijk wijzen op kindermishandeling of juist op zaken die goed gaan. Tabel 3.1 geeft voorbeelden daarvan. Signalen zijn vrijwel nooit absolute, feitelijke bewijsbronnen. Wel is het van belang ze te herkennen en met elkaar in relatie te brengen teneinde tot een overwogen oordeel te komen.

Tabel 3.1 Zorgpunten en positieve punten in de omgang tussen ouder en kind

Aandachtsgebieden	Zorgpunten	Positieve punten
Basale verzorging	<ul style="list-style-type: none"> • Kleedt het kind te warm of te koud aan • Vergeet preventieve inentingen • Slechte verzorging m.b.t algemene hygiëne • Slechte verzorging wat betreft kleding • Slechte verzorging wat betreft voeding 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequaat handelen tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld stoppen met roken en alcoholgebruik en bezoek aan verloskundige • Ouders werken samen om in adequate, voldoende georganiseerde basale zorg te voorzien • Begrip van de veranderende behoeften van hun kind en zich daaraan kunnen aanpassen • Ouders schatten de betrouwbaarheid van anderen voor de verzorging van hun kind adequaat in
Garanderen veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Schreeuwt naar het kind of scheldt het kind uit • Laat het kind langdurig alleen thuis • Laat het kind zonder toezicht op straat • Onrealistische verwachtingen t.a.v. het kind als het gaat om veiligheid en bescherming • Partnermishandeling, huiselijk geweld 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouder zorgt voor voldoende toezicht door een verantwoordelijke volwassene • Kan situaties van onveiligheid goed inschatten en daar adequaat op reageren

Emotionele warmte	<ul style="list-style-type: none"> • Onverschillig over welzijn van het kind • Troost het kind niet • Laat zich regelmatig negatief uit over het kind • Verwacht te veel onafhankelijkheid van het kind of juist te veel afhankelijkheid (in relatie tot zijn leeftijd) • Niet betrokken bij het kind, geen ondersteuning • Negeren of vernederen van het kind • Inconsequent reageren op de behoeften van het kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Begripvolle, consequente reacties op emotionele behoeften van het kind • Warm, tolerant, ontvankelijk en empathisch in contact met het kind • Ondersteunend, betrokken en stimulerend voor het kind
Stimuleren	<ul style="list-style-type: none"> • Houdt het kind vaak thuis van school • Heeft irreële verwachtingen van het kind • Zet het kind onder druk om te presteren boven zijn kunnen te functioneren • Biedt weinig stimulans en reageert niet responsief op de behoefte van het kind om te leren • Controlerend of te sterk sturend gedrag • Niet betrokken bij spel-, leer- en sociale activiteiten van het kind • Geen uitwisseling/ communicatie tussen ouders en kinderen • Kinderen niet voorbereiden op / niet betrokken zijn bij schoolbezoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensitief voor behoefte van het kind om te leren • Het kind aanmoedigen in leersituaties • Goede communicatie • Uitdagende taken en activiteiten aanbieden (thuis en in sociale omgeving) • Ondersteuning bieden bij het leren en in de sociale ontwikkeling • Betrokken bij, gericht op en creatief in spel, leer- en sociale activiteiten van het kind
Regels en grenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft irreële verwachtingen van het kind • Lichamelijk/ geestelijk straffen • Intolerantie naar of versterken van frustratie of negatieve stemming van het kind • Rigide grenzen (overbescherming) • Gebrek aan regels en grenzen • Er wordt van het kind verwacht dat het voor zijn ouders zorgt (parentificatie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijke structuur • Duidelijk onderscheid in rollen/verwachtingen van volwassene en kind • Opstandig gedrag hanteren zonder escalerend conflict met het kind • Helpen het kind met frustratie en negatieve stemming om te gaan of het daarvan af te leiden • Positieve sturing en gedragshantering • Realistische verwachtingen • Geschikte toepassing van beloning en straf
Stabiliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstig (psychisch) ziek • Verslaving • Geeft aan het niet meer aan te kunnen • Zegt regelmatig afspraken af 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is ten minste een vaste verzorger/opvoeder beschikbaar voor het kind

Bronnen: Bentovim, Bingley Miller, Pizzey & Tapp (2012); Ten Berge & Eijgenraam (2009), Ten Berge & Vinke (2006).

3.2.3 Functioneren van het kind

De derde stap in de beoordeling van de actuele veiligheidssituatie is het in kaart brengen van hoe het met het kind gaat. Aan de hand van de dimensies uit het Framework onderzoekt de professional of het kind problemen ervaart die veilig en gezond opgroeien belemmeren. Deze problemen kunnen een gevolg zijn van kindermishandeling, maar ook een andere oorzaak hebben. Los daarvan wordt voor alle kindproblemen nagegaan of het kind hulp nodig heeft om de problemen op te lossen, te beperken of draaglijk te maken.

De algemene onderzoeksvragen zijn hier:

- Zijn er kindsignalen die wijzen op kindermishandeling?
- Welke gevolgen heeft de kindermishandeling voor het kind?

De professional weegt de informatie over het functioneren van het kind, zowel de zorgen als wat er goed gaat, om op deze onderzoeksvragen antwoord te geven. Daarbij houdt hij rekening met de volgende kanttekeningen.

Informatie over het functioneren van het kind kan aanwijzingen geven dat er sprake is van kindermishandeling. Echter, signalen van kindermishandeling zijn zelden specifiek: zij kunnen ook een andere oorzaak hebben en moeten dus altijd worden beschouwd in relatie tot het handelen of nalaten van de ouders.

Een tweede kanttekening is dat sommige kindproblemen niet alleen een gevolg, maar ook een oorzaak van mishandeling kunnen zijn. Sommige kinderen vragen extra zorg en aandacht van ouders, bijvoorbeeld door gedrags- of ontwikkelingsproblemen of een moeilijk temperament. Dit verzwaart de opvoedingstaak en kan leiden tot extra stress, wat de kans vergroot dat kindermishandeling ontstaat of in stand blijft.

Een derde kanttekening is dat het niet alleen gaat om feitelijk te constateren onveiligheid, maar ook om de door het kind ervaren onveiligheid. Een kind kan objectief gezien in een veilige omgeving opgroeien, maar dat zelf toch anders beleven. Of omgekeerd: het kind voelt zich veilig, maar de opvoedingssituatie is toch bedreigend. Daarom is het belangrijk na te gaan hoe het kind zijn thuissituatie beleeft. Daarnaast is aan gedrag en ontwikkeling af te lezen of een kind zich veilig en op zijn gemak voelt (Ten Berge & Bakker, 2005).

Ten slotte zijn er verschillen tussen kinderen in de mate waarin zij schadelijke gevolgen van mishandeling ondervinden. Tegen de verwachting in lijken sommige kinderen geen of weinig gevolgen te ondervinden. De mate waarin een kind schade ondervindt van kindermishandeling hangt van allerlei factoren af, waaronder ernst, duur en frequentie van de mishandeling. Daarnaast reageren

kinderen verschillend op onveilige situaties. Sommige kinderen blijven ondanks slechte omstandigheden goed functioneren; dit wordt ook wel veerkracht genoemd. Veerkracht is het vermogen om zich positief aan te passen in een context van tegenslag. Veerkracht is zichtbaar in gedrag, emoties, sociale vaardigheden en maatschappelijke participatie. Hoge intelligentie, gemakkelijk temperament en goede relaties met anderen dragen bij aan veerkracht. Naarmate kinderen langer aan slechte omstandigheden worden blootgesteld, verliezen deze kenmerken hun werking. Bij veel en ernstige problemen loopt iedereen schade op (Gezondheidsraad, 2011).

Bij het beoordelen van de gevolgen van kindermishandeling is het zinvol om na te gaan in hoeverre behandeling mogelijk is. Sommige problemen kunnen met hulp of zorg verholpen of verminderd worden; andere gevolgen zijn niet meer te herstellen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een bevalling ten gevolge van seksueel misbruik of hersenletsel door ernstige mishandeling. Dat het probleem niet behandelbaar is, betekent echter niet dat er geen hulp nodig of mogelijk is. Hulp kan gericht zijn op het begeleiden van het kind bij de verwerking van het gebeurde en het leren omgaan met de beperkingen of de nieuwe situatie.

In tabel 3.2 zijn voorbeelden opgenomen van signalen van kindermishandeling en positieve punten in het functioneren van kinderen op de verschillende dimensies uit het Framework. In individuele situaties kunnen de signalen aanleiding zijn tot verder onderzoek naar specifieke gevolgen als trauma, gedragsproblematiek of medisch letsel. Daarvoor kan specialistisch onderzoek of diagnostiek noodzakelijk zijn.

Tabel 3.2 Zorgpunten en positieve punten in het functioneren van het kind

Dimensie	Zorgpunten	Positieve punten
Gezondheid en fysieke verschijning	<ul style="list-style-type: none"> • Onverklaarbare blauwe plekken • Onverklaarbare schaafwonden, kneuzingen • Onverklaarbare botbreuken • Krab-, bijt- of brandwonden • Ernstige luierverschijning • Littekens (onverklaarbaar) • Vaak ziek / herstelt slecht van ziekte • Hongerig • Ontwenningverschijnselen bij de geboorte • Motoriek blijft achter 	<ul style="list-style-type: none"> • Goede fysieke gezondheid en groei • Zo nodig gebruikmaken van gezondheidszorg • Goed verzorgd • Voldoende motorische vaardigheden

Cognitieve ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> • Spraak blijft achter • Taal-/spraakstoornissen • Slechte leerprestaties • Gaat niet naar school • Kind is niet geïnteresseerd in school of heeft geen intrinsieke motivatie voor leren 	<ul style="list-style-type: none"> • Voldoende ontwikkeling van cognitieve en taalvaardigheden • Schoolgang goed ondersteund, voldoende vooruitgang • Kind wil graag leren
Emotionele ontwikkeling en gedrag	<ul style="list-style-type: none"> • Gedraagt zich niet naar zijn leeftijd • Vermoeid / oververmoeid • Depressief, timide • Passief, lusteloos, weinig interesse in spel • (Erg) nerveus • Hyperactief • Agressief, vernielzuchtig • Wantrouwend • Labiel • Angstig, schrikachtig • Waakzaam 	<ul style="list-style-type: none"> • Veilig gehecht • Evenwichtig • Positief ingesteld • Empathisch
Identiteit	<ul style="list-style-type: none"> • Negatief zelfbeeld • Geen zelfvertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gevoel erbij te horen • Vol zelfvertrouwen • Zelfverzekerde uitstraling • Gevoel van trots ten aanzien van zichzelf
Gezins- en sociale relaties	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig/niet geliefd bij andere kinderen • Speelt weinig met andere kinderen • Agressief tegenover andere kinderen • Meegaand, volzaam (t.o.v. ouders) • Schrikachtig (t.o.v. ouders) • Sterk afhankelijk, vermijdend of controlerend in relaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op samenwerking • Geliefd bij andere kinderen • Positief contact met leeftijdgenoten • Positieve sociale relaties
Sociale presentatie	<ul style="list-style-type: none"> • Gedraagt zich niet naar zijn leeftijd • Kind stinkt • Extreem seksueel gekleurd taalgebruik • Agressief sociaal gedrag • Teruggetrokken gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociaal, vriendelijk • Positieve presentatie • Tolerant ten opzichte van anderen
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"> • Extreme niet bij leeftijd passende (on)afhankelijkheid • Bij de leeftijd passende praktische vaardigheden (aankleden, eten, activiteiten ondernemen buiten het gezin) niet onder de knie • Riskant gedrag of juist extreem angstig gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan problemen oplossen • Kan risico's goed inschatten en hanteren

Bronnen: Bentovim, Bingley Miller, Pizzey, & Tapp (2012); Ten Berge & Eijgenraam (2009), Ten Berge & Vinke (2006).

3.3 Beoordelen: oorzaken en in stand houdende factoren

Wanneer uit het onderzoek blijkt dat ouders op dit moment niet in staat zijn om hun kind veilig op te voeden, is het belangrijk in beeld te brengen hoe dit komt. Welke factoren in het gezin en de omgeving veroorzaken het probleem of houden dit in stand? En zijn er bronnen in gezin en omgeving die juist helpend kunnen zijn bij het oplossen van de problemen? Deze informatie geeft aanknopingspunten voor waar hulp zich op moet richten.

De onderzoeksvraag die hierbij hoort is: Hoe komt het dat deze ouders niet in staat zijn om hun kind veilig op te voeden?

Kindermishandeling is complexe problematiek: er spelen vaak veel problemen op verschillende niveaus mee die elkaar onderling beïnvloeden. Uit onderzoek en praktijk is bekend welke kenmerken van ouders, kinderen, gezin en omgeving in het algemeen een belangrijke rol spelen. In de vorige paragraaf is al kort aandacht besteed aan kindkenmerken. Deze paragraaf gaat in op kenmerken van ouders, gezin en omgeving die relevant zijn om na te gaan. Daarbij is het belangrijk te realiseren dat elk gezin anders is en dat het dus in elk gezin gaat om specifieke combinaties van problemen. Een benadering van *one size fits all* is dus weinig zinvol.

3.3.1 Ouderfactoren

Hoe ouders persoonlijk functioneren, is een belangrijke bepalende factor in hoe zij met hun kinderen omgaan. Stress en persoonlijke problemen kunnen maken dat ouders overbelast raken, waardoor zij fysiek of emotioneel minder beschikbaar zijn voor hun kinderen. Dit vergroot de kans op het ontstaan van kindermishandeling. Persoonlijke problemen en beperkingen kunnen er ook voor zorgen dat ouders beperkt of zelfs niet in staat zijn om in de basale behoeften van hun kinderen te voorzien. Bijvoorbeeld omdat zij primair gericht zijn op eigen behoeftebevrediging, zoals bij verslaving, of wanneer zij door een verstandelijke beperking weinig inzicht hebben in wat een kind nodig heeft.

Het Framework besteedt niet expliciet aandacht aan ouderfactoren. In het onderzoek is het echter wel relevant om na te gaan hoe ouders persoonlijk functioneren en of dat hun opvoedingscapaciteiten in negatieve of positieve zin beïnvloedt.

Ouderfactoren die een negatieve invloed kunnen hebben:

- psychische of psychiatrische problematiek;
- verslavingsproblematiek;
- verstandelijke beperking;
- fysieke gezondheidsproblemen;
- ontoereikende pedagogische kennis en inzichten;
- onverwerkte jeugdervaring als slachtoffer van kindermishandeling.

Ouderfactoren die een positieve invloed kunnen hebben:

- gevoel van competentie, draagkracht;
- positief zelfbeeld;
- stabiel en stressbestendig, flexibel;
- pedagogische kennis en inzichten;
- ondersteunende partner;
- kan eigen jeugdervaringen hanteren;
- in staat om steun te vragen en daarvan te profiteren.

Inzicht in het persoonlijk functioneren van ouders in relatie tot hun opvoedingscapaciteiten is relevant om een antwoord te kunnen geven op de vraag wat er in een gezin aan de hand is en wat er nu moet gebeuren. Het biedt aanknopingspunten voor verdere interventies, zowel voor het behandelen van persoonlijke problemen, als voor het inzetten van sterke kanten en krachten van de ouder. Het vaststellen of diagnosticeren van psychische problemen, verstandelijke beperkingen, verslavings- of psychiatrische problematiek is echter geen doel van het onderzoek. Belangrijkste reden is dat dergelijk onderzoek gecompliceerd is en voorbehouden aan gedragswetenschappers of psychiaters. Als de professional signalen ziet die doen vermoeden dat een ouder problemen heeft op dit terrein, probeert hij deze zo concreet mogelijk te beschrijven. Daarbij is voorzichtigheid geboden: er mag pas gesproken worden van een daadwerkelijk probleem of een diagnose als er ook een diagnose door een deskundige is gesteld. De uitspraak 'moeder is depressief' of 'meneer is zwakbegaafd' gaat snel een eigen leven leiden. Mocht verdere diagnostiek van de ouder nodig zijn, dan vormt de concrete beschrijving samen met eventuele gegevens uit een gesprek, de basis voor een verwijzing naar een specialist. Van daaruit kan zo nodig aanvullende hulp gerealiseerd worden.

3.3.2 Gezin en omgeving

Ook gezins- en omgevingsfactoren spelen een rol in het ontstaan of in stand houden van een situatie van mishandeling of verwaarlozing. Hier kunnen belangrijke stressfactoren liggen die ouders belemmeren om hun taak als opvoeder goed genoeg te vervullen. Anderzijds kunnen hier ook belangrijke bronnen van steun of kracht van gezinnen liggen. Daarom is het belangrijk te onderzoeken welke factoren een rol spelen en hoe ouders of kinderen deze ervaren. In het gesprek met het gezin gaat de professional ook na of er vaste patronen zijn in het gezin of de omgeving die de problemen steeds opnieuw triggeren.

Tabel 3.3 geeft voorbeelden van gezins- en omgevingsfactoren die een negatieve of juist positieve invloed hebben.

Tabel 3.3 Zorgpunten en bronnen van steun in gezin en omgeving

Aandachtsgebieden	Zorgpunten	Bronnen van steun of kracht
Voorgeschiedenis en functioneren gezin	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerrelatie niet ondersteunend, onbetrouwbaar en niet uitgebalanceerd (dominant of onderworpen patroon), conflictueus, destructief • Gewelddadige partner, die geweld ontkent of bagatelliseert, geen verantwoordelijkheid neemt of slachtoffer de schuld geeft, impact op kinderen negeert, niet bereid is problemen aan te pakken • Rigide of chaotische gezinsorganisatie, geen aanpassing aan veranderende omstandigheden of behoeften • Problemen in onderlinge communicatie tussen gezinsleden (luisteren naar of reageren op elkaar, expressie van emoties en reactie daarop) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunende, respectvolle en betrouwbare relatie tussen partners, waarin evenwicht is tussen assertiviteit en vermogen om compromissen te sluiten • Gewelddadige partner erkent geweld, is bewust van de gevolgen voor partner en kinderen en is bereid verantwoordelijkheid te nemen en hulp te zoeken • Redelijk flexibele, maar wel stabiele gezinsorganisatie die tegemoet kan komen aan individuele behoeften en zich kan aanpassen aan veranderende omstandigheden of ontwikkelingsfasen van kinderen • Redelijke communicatie tussen gezinsleden (luisteren, reageren, emoties)
Bredere familie	<ul style="list-style-type: none"> • Overbetrokken, verstorende, afwijzende of ineffectieve relaties met familieleden • Geen praktische of emotionele ondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunende relaties met familieleden • Ondersteuning beschikbaar bij ziekte of stressvolle situaties • Praktische en emotionele ondersteuning

Woonsituatie	<ul style="list-style-type: none"> • Woonruimte niet geschikt voor de behoeften van het kind • Herhaaldelijk verhuizen • Slecht onderhouden woonruimte 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabiele woonplek • Geschikt voor behoeften van het kind • Goed onderhouden
Werksituatie	<ul style="list-style-type: none"> • Onregelmatig werk • Werkuren/-ritme verstoort gezinsleven of behoeften van het kind • Werkloosheid verstoort en ondermijnt gezinsleven 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig werk • Goede balans tussen werk en gezin/behoeften van het kind • Werkloosheid wordt zodanig mee omgegaan dat het niet het gezinsleven ondermijnt
Financiële situatie	<ul style="list-style-type: none"> • Inkomen niet toereikend • Uitkering waar recht op is wordt niet aangevraagd • Beschikbaar inkomen gebruikt voor behoeften van volwassene, niet voor kind of gezin • Kinderen niet beschermd tegen impact van variaties in inkomen • Beschikbaar inkomen slecht beheerd 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabiel en toereikend inkomen • Uitkering waar recht op is, wordt aangevraagd • Primair gericht op gebruik van beschikbaar inkomen voor behoeften van het kind en gezin • Kinderen beschermd tegen variatie in inkomen • Beschikbaar inkomen goed beheerd
Sociale integratie	<ul style="list-style-type: none"> • Geïsoleerd gezin • Geen gebruik van beschikbare bronnen • Geen mogelijkheden tot contact met leeftijdgenoten 	<ul style="list-style-type: none"> • Geaccepteerd en geïntegreerd gezin • Steun uit het informele netwerk (praktisch, emotioneel, materieel) • Gebruik van beschikbare bronnen voor sociale en identiteitsontwikkeling van kinderen • Mogelijkheden tot en daadwerkelijk contact met leeftijdgenoten
Faciliteiten en bronnen van hulp en steun in de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Geen of inadequate faciliteiten • Hoge drempel om gebruik te maken van diensten, diensten sluiten niet aan bij behoeften van kinderen/gezinnen • Geen specialistische hulp beschikbaar • Gezinsleden slagen er niet in aan behandeling of sociale steun deel te nemen of wijzen hulp af • Slechte relatie of communicatie tussen gezin en professionals • Gezin slaagt er niet in met professional samen te werken in het belang van het kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliteiten beschikbaar en adequaat • Diensten sluiten aan bij behoeften van kinderen/gezinnen • Specialistische hulp beschikbaar • Gezin maakt gebruik van hulp of sociale steun • Redelijke relatie en communicatie tussen gezin en professional • Gezin is in staat samen te werken met professional in het belang van het kind

Bronnen: Bentovim, Bingley Miller, Pizzey & Tapp (2012); Ten Berge & Eijgenraam (2009), Ten Berge & Vinke (2006).

3.4 Beoordelen: risicotaxatie

De laatste onderzoeksvraag is: Zijn er risico's voor de veiligheid van het kind in de nabije toekomst? Om die vraag te beantwoorden maakt de professional een risicotaxatie. Risicotaxatie (in het Engels *risk-assessment*) is strikt genomen het beoordelen of inschatten van risico's, dat wil zeggen het gevaar van schade of verlies. In situaties waar kindermishandeling speelt of heeft gespeeld, gaat het om de vraag hoe waarschijnlijk het is dat een kind in de toekomst (opnieuw) mishandeld, verwaarloosd of misbruikt zal worden. Het kan daarbij gaan om voortzetting of herhaling van bestaande problematiek, maar ook om het ontstaan van kindermishandeling.

Risicotaxatie heeft tot doel kinderen te beschermen tegen toekomstige schade of bedreiging van de ontwikkeling. Het helpt om te bepalen welke interventies nodig zijn om risico's te voorkomen of te verminderen.

Risicotaxatie is geen beoordeling van de huidige veiligheidssituatie in het gezin, maar een inschatting van wat er mogelijk in de toekomst kan gebeuren. Deze inschatting is gebaseerd op een afweging van de huidige situatie en de aanwezige risico- en beschermende factoren. Risicofactoren zijn die kenmerken van kinderen, ouders, gezin en omgeving die de kans op kindermishandeling vergroten. Beschermende factoren zijn die kenmerken die bij de aanwezigheid van problemen of risicofactoren de kans op kindermishandeling verkleinen. In hoofdstuk 1 is een overzicht van bekende risico- en beschermende factoren gegeven. Een goede risicotaxatie is alleen mogelijk nádat de bestaande situatie goed in beeld is gebracht vanuit het gegeven dat de beste voorspeller van toekomstig gedrag het huidige gedrag is.

Om de risico's voor het kind te taxeren brengt de professional eerst de bestaande situatie in kaart (zie paragraaf 3.1, 3.2 en 3.3). Vervolgens inventariseert hij op basis van deze informatie welke risico- en beschermende factoren in en om het gezin aanwezig zijn. Om vervolgens tot een inschatting van de veiligheidsrisico's voor het kind te komen, moeten de volgende kernvragen beantwoord worden:

1. Wat kan er gebeuren (bijvoorbeeld ontstaan of herhaling van kindermishandeling)?
2. Hoe waarschijnlijk is het dat dit gaat gebeuren?
3. Hoe ernstig zijn de gevolgen hiervan voor het kind?

De combinatie van aard, kans en ernst van wat er kan gebeuren, bepaalt hoe risicovol de professional de situatie beoordeelt. Situaties waarin de kans dat iets gaat gebeuren klein is, maar de gevolgen daarvan voor het kind groot (bijvoorbeeld overlijden), worden bijvoorbeeld als risicovoller ingeschat dan situaties die heel waarschijnlijk worden geacht, maar waarin de gevolgen voor het kind niet zo ernstig zijn.

Het maken van risicoscenario's

Het is belangrijk om bij de risicotaxatie te anticiperen op veranderingen die zich voor kunnen doen. Naast het inschatten van de risico's voor het kind als de situatie blijft zoals die nu is, kijkt de professional ook naar de risico's van te voorziene veranderingen in de gezinssituatie. Bijvoorbeeld als vader vrijkomt uit de gevangenis, of als de oma die het kind nu opvangt, ziek wordt.

Een hulpmiddel hiervoor is het maken van risicoscenario's. Een risicoscenario is een beschrijving van wat er kan gebeuren (in termen van aard, kans en ernst), gekoppeld aan concrete afspraken over wat er moet gebeuren om de risico's te voorkomen of te verminderen.

Het maken van risicoscenario's bestaat uit een aantal stappen:

1. Inventariseer wat er kan gebeuren.
Beschrijf niet alleen voor de hand liggende veiligheidsrisico's (bijvoorbeeld herhaling van geweld), maar probeer te anticiperen op verschillende situaties die zich kunnen voordoen. Let er daarbij op dat dit niet alleen negatieve ontwikkelingen, maar ook positieve ontwikkelingen kunnen zijn.
2. Schat voor elke mogelijke situatie in:
 - Hoe groot is de kans dat dit gaat gebeuren (in percentage van 0 tot 100)?
 - Hoe ernstig zijn dan de gevolgen voor het kind (op een schaal oplopend van 1 tot 5)?
3. Bepaal welke situaties het meest risicovol zijn. Meest risicovol zijn die situaties die zeer waarschijnlijk zijn (grote kans) en ernstige gevolgen hebben. Daarnaast gaat het ook om situaties die minder waarschijnlijk zijn (kleine kans), maar wel ernstige gevolgen hebben.
4. Maak een veiligheidsplan voor de meest risicovolle situaties
In het veiligheidsplan staan concrete afspraken over a. wie wat doet om de situatie te voorkomen (welke beschermende factoren en hulpbronnen worden ingezet?) en b. wie wat doet als de situatie zich toch voordoet.

Risicotaxatie-instrumenten

Risicotaxatie instrumenten ondersteunen de professional bij het systematisch wegen en taxeren van risico's. Meestal zijn dit gestandaardiseerde checklists waarmee de uit wetenschappelijk onderzoek bekende risicofactoren – en soms ook de beschermende factoren – in de opvoedingssituatie in kaart worden gebracht. Ze dwingen de professional om relevante informatie te onderscheiden van niet-relevante informatie en om kritisch na te gaan of hij geen belangrijke zaken over het hoofd ziet. De in Nederland meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten staan beschreven in bijlage 3.1 (zie ook Ten Berge, 2008).

Bij gebruik van een risicotaxatie-instrument gelden een aantal aandachtspunten. Ten eerste kan geen enkel risicotaxatie-instrument met 100 procent zekerheid voorspellen of een kind slachtoffer wordt van kindermishandeling. Weinig risicofactoren in een gezin zijn geen garantie dat het niet (plotseling) uit de hand kan lopen. En de aanwezigheid van veel risicofactoren betekent niet dat kindermishandeling zich daadwerkelijk zal voordoen.

Een tweede aandachtspunt is dat de meeste risicotaxatie-instrumenten geen antwoord geven op de vraag of het kind op dit moment veilig is, bijvoorbeeld of de ouders het kind mishandelen of verwaarlozen. Uitzonderingen hierop zijn de LIRIK en de Deltaveiligheidslijst.

Ten derde geven risicotaxatie-instrumenten geen antwoord op de vraag wat er moet gebeuren om een onveilige opvoedingssituatie te verbeteren, welke kenmerken van ouders en kinderen veranderbaar zijn en welke beschermende factoren ingezet kunnen worden. Inzicht in veranderbare kenmerken en beschermende factoren is noodzakelijk voor een weloverwogen beslissing over de meest geschikte hulp.

3.5 Kernpunten

- Het onderzoek is erop gericht om op een methodische manier een goed beeld van kind en gezin op te stellen waarin de (eventuele) hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren en aangrijpingspunten voor de oplossing samenhangend zijn beschreven.
- In elk onderzoek wordt ten minste nagegaan of het kind veilig en gezond kan opgroeien, welke gevolgen de kindermishandeling voor het kind heeft, hoe het komt dat ouders niet in staat zijn om hun kind veilig op te voeden, en of er risico's voor de veiligheid van het kind in de nabije toekomst zijn.

- In een onderzoeksplan beschrijft de professional welke informatie hij nodig heeft om de onderzoeksvragen te beantwoorden, en bij wie en hoe hij die informatie gaat verzamelen.
- Veiligheidstaxatie is het beoordelen of kinderen thuis veilig en gezond opgroeien. De professional weegt af hoe ouders met hun kind omgaan tegen wat het kind nodig heeft. Veiligheidstaxatie betreft zowel de directe fysieke veiligheid van het kind als de aanwezigheid van basisvoorwaarden voor een gezonde ontwikkeling.
- De professional onderzoekt of het kind problemen ervaart die veilig en gezond opgroeien belemmeren en gaat na of het kind hulp nodig heeft om deze op te lossen, te beperken of draaglijk te maken.
- In het onderzoek wordt nagegaan of het persoonlijk functioneren van ouders en factoren in het gezin en de omgeving een positieve of juist belemmerende invloed hebben op de opvoedingscapaciteiten van ouders.
- Risicotaxatie is het beoordelen hoe waarschijnlijk het is dat een kind in de toekomst (opnieuw) mishandeld, verwaarloosd of misbruikt zal worden. Risicotaxatie is altijd gekoppeld aan concrete afspraken over het inzetten van interventies om risico's te voorkomen of te verminderen.

4 Praten over veiligheid tijdens het onderzoek

Praten met ouders en kinderen is een cruciaal onderdeel van het onderzoek naar wat er aan de hand is in het gezin. Ouders en kinderen willen gehoord en gezien worden en serieus genomen worden. Niet alleen hebben zij daar recht op, beoordelen en beslissen met cliënten leidt ook tot een betere kans van slagen van de hulp (Bartelink e.a., 2010).

Het gesprek met de gezinsleden is een belangrijk middel om informatie te krijgen en te geven over de veiligheid of onveiligheid in het gezin. Het gesprek is bedoeld om een breder beeld te krijgen: wat is er volgens de betrokkenen aan de hand en hoe ervaren zij de situatie? De professional zal daarnaast zijn eigen zorgen en (voorlopige) conclusies voorleggen en bespreken. Het gesprek is ook een middel om met het gezin te zoeken naar veranderingsmogelijkheden en hen daartoe te motiveren.

Dit hoofdstuk geeft aandachtspunten en tips voor het voeren van gesprekken met ouders en kinderen tijdens het onderzoek.² Met opzet is daarbij de insteek van praten over veiligheid gekozen, in plaats van praten over kindermishandeling. De focus op veiligheid helpt om niet alleen te kijken naar de problemen, maar ook naar wat er goed gaat. Dat doet meer recht aan wat ouders wel kunnen en kan weerstanden helpen verminderen.

De basishouding van de hulpverlener is een belangrijk onderdeel in de gesprekken met ouders en kinderen. Deze houding staat beschreven in paragraaf 4.1. Daarnaast is ook de context en volgorde van de gesprekken van belang; hierover gaat paragraaf 4.2. In de paragrafen 4.3 en 4.4 wordt voor gesprekken met respectievelijk ouders en kinderen toegelicht wat de belangrijkste stappen zijn en worden tips gegeven voor houding en gesprekstechnieken.

2 In sommige gevallen zal de informatie uit het gesprek in een juridische context gebruikt (moeten) worden. Dat vraagt specifieke aandachtspunten die in dit hoofdstuk niet besproken worden. Voor meer informatie over gespreksvoering in een juridische context wordt verwezen naar *Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009).

Praten over veiligheid en kindermishandeling is niet eenvoudig. Het vraagt van de hulpverlener specifieke gespreksvaardigheden die niet van papier geleerd kunnen worden, maar waarvoor training noodzakelijk is. De tips en suggesties in dit hoofdstuk kunnen gesprekstraining niet vervangen.

De focus van dit hoofdstuk ligt op het praten met ouders en kinderen tijdens het onderzoek. Desondanks kan de informatie over houding en gesprekstechnieken ook bruikbaar zijn voor gesprekken met gezinsleden bij de uitvoering van hulp. Specifieke werkwijzen en technieken voor praten met ouders tijdens de hulp staan in hoofdstuk 5.

4.1 Basishouding

Het thema veiligheid bespreken met ouders en kinderen is lastig, zeker wanneer een of beide ouders (mogelijk) tekortschieten in het veilig en gezond laten opgroeien van hun kind. Nogal eens willen deze ouders geen bemoeienis, hebben ze geen hulpvraag of zijn ze argwanend. Kinderen kunnen belemmerd worden door loyaliteit of angsten. In deze context is het zinvol om stil te staan bij de basishouding die nodig is om deze lastige gesprekken zo goed mogelijk te voeren. Onderzoek en praktijkervaring laten zien dat een open en niet-veroordelende houding een basisvoorwaarde is voor het aangaan van het gesprek (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009; Rossum e.a., 2008; Turnell & Edwards, 2009). Sleutelbegrippen zijn respect, partnerschap en openheid. Deze principes staan gedurende het gehele hulpverleningsproces centraal. Een dergelijke basishouding van de hulpverlener is voorwaarde om te komen tot verandering in het gezinssysteem.

Essentieel voor het succesvol bespreken van veiligheid is een respectvolle bejegening van ouders en kind door de hulpverlener. Het verhaal van de gezinsleden staat centraal. Hun zorgen, problemen, emoties en ideeën, én hun wensen en mogelijkheden voor verandering zijn uitgangspunt bij het beoordelen van veiligheid en het maken van een hulpverleningsplan. De hulpverlener stelt zich met respect en inlevingsvermogen op naar de betrokkenen, ook al is hij het niet eens met het gedrag van de ouders. Dat betekent niet dat hij onveiligheid vergoelijkt, integendeel. Hij toont begrip voor andere culturele en levensbeschouwelijke opvattingen, maar is ook bereid om grenzen te stellen aan het gedrag van ouders wanneer dat in het belang van het kind is.

Ten tweede streeft de hulpverlener steeds naar partnerschap: samenwerking en dialoog met de gezinsleden. Hij benadrukt in houding en gedrag dat de veiligheid

van het kind een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. De ervaringen, expertise en het perspectief van de gezinsleden spelen een belangrijke rol in het zoeken naar oplossingen en veranderingsmogelijkheden. De hulpverlener realiseert een neutrale, niet veroordelende sfeer die verandering bevordert in plaats van afdwingt, maar altijd vanuit een kader dat veiligheid van alle gezinsleden voorop stelt. Turnell en Edwards (2009) benadrukken in dit verband dat een samenwerkingsrelatie in deze context geen gelijkwaardige relatie is. De hulpverlener heeft de opdracht en het gezag om de veiligheid van het kind te garanderen, waarbij hij soms dwang moet gebruiken. Dit sluit echter samenwerken niet uit. Ten slotte is openheid van groot belang. De hulpverlener is openhartig en eerlijk: hij kan aan de gezinsleden duidelijk uitleggen en onderbouwen waarom hij zich zorgen maakt, wat hij wil dat ouders daarmee gaan doen en hoe hij hen daarbij kan ondersteunen. Transparant werken getuigt van respect en zorgt ervoor dat de professional het kind en de ouders laat zien dat ze op hem kunnen bouwen.

4.2 Context en volgorde van de gesprekken

Een gesprek met als thema veiligheid is een methodisch gesprek. Dat betekent niet alleen dat de hulpverlener het gesprek systematisch aanpakt om gericht informatie te verzamelen, maar ook dat hij het gesprek goed voorbereidt. Hij bepaalt van tevoren waar het gesprek het beste plaats kan vinden, wie erbij aanwezig zullen zijn, op welk moment en in welke volgorde gesprekken plaatsvinden, en welke aspecten van veiligheid aan bod moeten komen. Voor dat laatste kan de hulpverlener een checklist als hulpmiddel gebruiken, bijvoorbeeld de checklist *Veilig Thuis?* (Ten Berge & Bakker, 2005; zie bijlage 4.1). Wanneer gesprekken met verschillende betrokkenen nodig zijn, bepaalt de hulpverlener ook de meest wenselijke volgorde van de gesprekken.

Wanneer het gezin een niet-westerse culturele achtergrond heeft, is het raadzaam daar van tevoren over na te denken en zo nodig advies in te winnen over gedragsregels voor gesprekken en de manier van aanroeren van bepaalde, cultureel gevoelige thema's.

Locatie

Vaak zal het gesprek bij het gezin thuis plaatsvinden. Met name voor het gezin is dit prettig. Zij zijn in een voor hen vertrouwde omgeving en zijn geen tijd of kosten kwijt aan reizen. Groot voordeel van een gesprek bij het gezin thuis is dat de hulpverlener veel observatiegegevens verzamelt die hij mee kan wegen in zijn

inschatting. Er kleven echter ook bezwaren aan: zo heeft de ouder meer mogelijkheden uit het gesprek weg te lopen als het moeilijk wordt (bijvoorbeeld om even een kopje koffie te gaan pakken) en kan het gesprek door onverwachte zaken (buren, telefoon, televisie) gestoord worden. De hulpverlener is te gast bij het gezin en gedraagt zich als zodanig. Wel kan hij bij de start van het gesprek een paar regels afspreken, zoals televisie uit en geen telefoon opnemen. Bij de keuze van de locatie speelt ook de veiligheid van de hulpverlener mee. Het bespreken van onveiligheid of kindermishandeling kan agressie bij ouders oproepen. Te overwegen valt om een gesprek bij het gezin thuis met twee hulpverleners te voeren. Als er een groot risico op een onveilige situatie voor de hulpverlener is, is het verstandiger om het gezin op het kantoor uit te nodigen.

Soms zal het gesprek op een kantoor plaatsvinden, bijvoorbeeld van Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming of het AMK. In dat geval is de locatie wat zakelijker. Het gezin is te gast bij de hulpverlener(s). Soms levert dat een wat ongemakkelijke situatie op, al dan niet met weerstand. Vooral wanneer er sprake is van eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening, kan dit de gespreksvoering bemoeilijken. Op kantoor voelen cliënten zich minder snel op hun gemak dan thuis. Voor hulpverleners is dat wel eens omgekeerd.

Elke cliënt en elke situatie is anders en er zal per keer gekeken moeten worden wat de beste locatie is voor een gesprek over veiligheid. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de leeftijd van de gesprekspartner. Een gesprek met een kind vindt bij voorkeur plaats in een ruimte waar het kind zich prettig voelt. Het kind moet zich veilig en vrij voelen om alles te kunnen zeggen wat het wil zeggen. Gesprekken met jonge kinderen vinden bijvoorbeeld plaats in een ruimte (of buiten) waar naast gepraat ook gespeeld kan worden. Bij heel jonge kinderen (vier tot acht jaar) zullen spel en gesprek moeten afwisselen. Kinderen bouwen spanning op bij het praten; door te bewegen kunnen ze die spanning weer kwijt. Praten en tussendoor voetballen of praten en tussendoor een tekening maken of een spelletje doen, werkt voor kinderen prima. Wanneer kinderen wat ouder zijn (vanaf acht jaar), komt er gaandeweg meer ruimte om langer aaneengesloten te praten en kan dit ook gewoon aan tafel, op de bank of op kantoor plaatsvinden.

Aanwezigen

De hulpverlener is meestal degene die het gesprek organiseert. Hij bedenkt vooraf hoe dit het beste kan gebeuren. Wie moeten er bij het gesprek aanwezig zijn? Hoe worden deze mensen uitgenodigd, telefonisch of schriftelijk? Een

belangrijk aandachtspunt daarbij is hoe het onderwerp en doel van het gesprek worden geïntroduceerd, bijvoorbeeld of van tevoren wordt gemeld dat het over zorgen rond veiligheid gaat. Dit zal per gezin en situatie verschillen. Ten slotte denkt de hulpverlener na over praktische zaken zoals de noodzaak van een tolk of de mogelijkheid dat genodigden niet kunnen lezen.

Soms zal de hulpverlener het gesprek over veiligheid samen met een andere professional voeren, bijvoorbeeld een gezinsvoogd of raadsmedewerker. Als dat zo is, moeten er goede afspraken gemaakt worden over de doelen van het gesprek en de rolverdeling in het gesprek. Gouden regel is dat degene die concreet hulp biedt, zo veel mogelijk naast het gezin blijft staan. Als er consequenties aan het gesprek verbonden moeten worden (bijvoorbeeld uithuisplaatsing), is het handig om de gezinsvoogd of raadsmedewerker aan te laten geven dat hij degene is die besluit hoe het verder gaat. De (gezins)voogd of raadsmedewerker mag oordelen, de gezinshulpverlener probeert een werkrelatie in stand te houden waarbinnen verandering van de ongewenste onveilige situatie een haalbaar doel blijft. Door een duidelijke roldifferentiatie wordt voorkomen dat de hulpverlener ongeloofwaardig wordt voor het gezin. Als er veel mensen bij het gesprek aanwezig zijn, wordt afgesproken wie het proces bewaakt.

Timing

Het moment waarop het gesprek plaatsvindt, is van belang. Als er over veiligheid gesproken wordt bij de start van de hulpverlening én er is vrijwel geen feitelijke informatie beschikbaar maar er zijn wel vermoedens over (on)veiligheid van het kind of de kinderen, kan het zijn dat de hulpverlener nog onvoldoende een werkrelatie heeft met het gezin om al door te mogen 'prikken'. Mogelijk is er dan meer dan een gesprek nodig om echt bij het thema veiligheid uit te kunnen komen. Naarmate een hulpverleningstraject vordert, wordt het vaak eenvoudiger om moeilijke onderwerpen te bespreken. De valkuil is dan dat men niet tot de kern komt, juist omdat cliënt en hulpverlener elkaar 'goed' kennen. Gebruik van een checklist of ander instrument kan voorkomen dat onderwerpen blijven liggen. In werkbegeleiding kan dit punt ook goed aan de orde komen.

Bij timing hoort ook het tijdstip van het gesprek (moeten gezinsleden er school of werk voor verzuimen?), en de inschatting van de impact die het praten over dit onderwerp zal hebben. Belangrijk is van tevoren na te gaan hoe het gezin na het gesprek achterblijft en wat dat betekent voor de (on)veiligheid van het kind of de andere gezinsleden.

Volgorde

In de praktijk vindt over het algemeen eerst het gesprek met de ouder(s) plaats. Hulpverleners vinden dit belangrijk om te vermijden dat zij het kind in een loyaliteitsconflict brengen (Ten Berge & Bakker, 2005). In dit verband is het prettig als de ouders toestemming hebben gegeven voor het gesprek met het kind. Het kind weet dan dat zijn ouders het goed vinden dat hij met de hulpverlener praat. Hij voelt zich dan niet gedwongen om zonder dat ouders het weten over hen te praten.

In situaties waar een vermoeden is dat slechts een van de ouders de pleger is, kan overwogen worden apart met de ouder-pleger en de ouder-niet-pleger te spreken (Spanjaard & Haspels, 2005). Eerst vindt een gesprek plaats met de ouder die vermoedelijk de pleger is, daarna een gesprek met de ouder-niet-pleger en het kind, waarbij het kind kort kan vertellen wat hem is overkomen en de ouder kan zeggen dat hij het niet goed vindt dat dit gebeurt. Vervolgens wordt gesproken met de beschuldigde ouder. Ten slotte kan een gesprek met de beide ouders (al dan niet met kind) samen plaatsvinden.

4.3 Gesprek met de ouders

Stappen in het gesprek

In het gesprek met ouders zijn een aantal inhoudelijke stappen te onderscheiden. Het is handig om het gesprek met de ouder(s) aan de hand van deze stappen te voeren.

1. Het doel van het gesprek bespreken.
2. Concreet de zorgen over het kind benoemen. Afhankelijk van de situatie gaat het om de eigen zorgen van de hulpverlener of om zorgen die door derden gemeld zijn.
3. Ouders laten reageren: hoe vinden zij het dat de hulpverlener hierover begint, herkennen zij de zorgen en problemen, wat vinden zij daarvan, wat vinden zij zelf moeilijk in de opvoeding van hun kind?
4. Bespreken wat volgens de ouders de oorzaak van de problemen zou kunnen zijn.
5. Zorgen uitspreken over de problemen die de hulpverlener ziet. De hulpverlener refereert daarbij aan algemene kennis over mogelijke gevolgen voor het kind. Bijvoorbeeld: 'we weten dat ... altijd schadelijk is voor de ontwikkeling van kinderen' of 'we weten dat kinderen in dit soort situaties het moeilijk hebben met .../ ... juist hard nodig hebben'.

6. Bespreken van verwachtingen ten aanzien van de ouder en de ouders wijzen op hun verantwoordelijkheid voor het kind. Hierbij wordt ook besproken dat kinderen nooit (mede)verantwoordelijk zijn voor hun eigen veiligheid!
7. Afsluiten van het gesprek met concrete afspraken en informatie over het vervolgtraject.

Houding

Voor een goed verloop van het gesprek is de al eerder beschreven neutrale, accepterende houding van de hulpverlener van groot belang. Dat biedt de meeste kansen om een band te scheppen en om ouders betrokken en gemotiveerd te maken voor verbeteringen. Uit de literatuur, maar vooral uit de praktijk, komen daarnaast de volgende tips en aandachtspunten naar voren.

Open en eerlijk zijn

Wees open en eerlijk over:

- de reden voor het gesprek;
- uw zorgen en/of die van anderen.

Bespreek ook eerlijk als u vindt dat het gedrag of de houding van de ouders schadelijk is voor het kind.

Duidelijk zijn over rol en positie

- Geef aan vanuit welke positie u met de ouders praat, wat uw taak is (bijvoorbeeld onderzoeken wat er aan de hand is) en wat het doel van het gesprek is.
- Geef ook aan wat u niet doet en wat uw beperkingen zijn (bijvoorbeeld dat u zelf geen hulp verleent of de problemen voor het gezin gaat oplossen).

Neutraal blijven

- Stel het belang van het kind centraal.
- Benadruk dat dat uw gezamenlijk belang is en houdt dat als uitgangspunt.
- Bespreek wat kinderen in het algemeen nodig hebben om gezond en veilig op te groeien.
- Ga onderzoekend en niet oordelend te werk.
- Neem nooit de term kindermishandeling in de mond. Praat in plaats daarvan over zorgen over de ontwikkeling en veiligheid van het kind of de gezinssituatie.

De ouder serieus nemen

- Toon algemene interesse en nieuwsgierigheid in de ouder.
- Nodig ouders uit om hún verhaal te vertellen en luister daar met aandacht naar.
- Respecteer de ervaringsdeskundigheid en goede intenties van de ouders met betrekking tot hun kind. De meeste ouders willen het beste voor hun kinderen!
- Spreek ouders aan op hun ouderschap (met hun zorgen en verantwoordelijkheid voor het kind).
- Bespreek met ouders wat zij zelf willen met betrekking tot de veiligheid van hun kind. Stimuleer hen om zelf met oplossingen te komen.
- Betrek de ouders zo mogelijk bij de beslissingen die u neemt; zorg in ieder geval dat u hen goed informeert.

Gesprekstechnieken

Bij gesprekken waar moeilijke onderwerpen aan bod moeten komen, maar ook wanneer de hulpverlener de ouder wil motiveren tot een gedragsverandering, zijn de volgende gesprekstechnieken helpend: concreet zijn, open vragen stellen, actief luisteren en reflecteren, bevestigen en ondersteunen en positieve zaken benoemen. Doel is de ouder zelfmotiverende uitspraken te laten doen. Als ouders er zelf in geloven dat ze kunnen veranderen en dat een verandering beter zou zijn voor hen, is er een goede basis om te werken aan doelen op het gebied van veiligheid en aan veiligheidsplanning. Bij gesprekken over veiligheid, inschatten van risico's, gevaar en geweld, hoort weerstand. De hulpverlener gaat dit niet uit de weg, maar probeert deze zo goed mogelijk te hanteren. De volgende tips kunnen helpen in het gesprek met ouders.

Concreet zijn

De hulpverlener praat zoveel mogelijk over waarneembare ervaringen en benoemt wat hij ziet (bijvoorbeeld gedrag, lichamelijke signalen). Hij onderbouwt de zorgen met feiten en gegevens uit observatie of onderzoek. Als een gesprek over het kind te confronterend is, kan ook gestart worden bij zorgen van de ouder (bijvoorbeeld 'ik zie dat u het moeilijk hebt met de opvoeding').

Open vragen stellen

Open vragen zijn vragen die de ander niet een bepaalde richting op sturen en waarop verschillende antwoorden mogelijk zijn, bijvoorbeeld: 'Hoe reageert u als uw kind?' of 'Wat doet u als uw kind ...?'. Open vragen zijn nodig om een sfeer van acceptatie en openheid neer te zetten. Dat betekent dat de ouder moet

praten en de hulpverlener moet luisteren. De hulpverlener nodigt de ouder uit zich uit te drukken en durft daar ook stiltes bij te laten vallen. Als het antwoord van de ouder daartoe aanleiding geeft, vraagt de hulpverlener concreet door. De hulpverlener stelt alleen gesloten vragen als het gesprek al op gang is en deze vraag onvermijdelijk is om een goed beeld te krijgen in de opvoedingsmethoden van ouders of iemand te stimuleren tot een uitspraak (bijvoorbeeld: 'Slaat u uw kind wel eens als het ...?'). Een gouden regel is: stel nooit meer dan drie gesloten vragen na elkaar.

Luisteren en reflecteren

Luisteren is een actieve bezigheid. De hulpverlener koppelt hetgeen hij hoort direct terug (reflecteert) naar de ouder. Dit heet reflectief luisteren. Dit is een lastige vaardigheid want ze vereist reflectief denken, namelijk het nagaan wat mensen nu echt bedoelen. De meeste uitspraken hebben meerdere betekenissen. Cruciaal in reflectief luisteren is hoe de hulpverlener reageert op de ouder. Reflectief luisteren lukt alleen als de hulpverlener onverdeeld aandacht geeft aan de ouder en reflectief meedenkt.

Bevestigen en ondersteunen

Naast het geven van reflecties is het belangrijk om de ouders te laten merken dat de hulpverlener hen direct en duidelijk ondersteunt, zowel op het vlak van gevoelens als in directe acties. Dat kan bijvoorbeeld door complimenten, begrip en waardering te uiten. Cruciaal hierbij is dat dit stoelt op duidelijk aanwijsbare feiten, oprecht gemeend is, en op een authentieke, persoonlijke wijze door de hulpverlener wordt geuit.

Benoemen van positieve zaken

Het benoemen van positieve dingen die de hulpverlener signaleert in het gezin en hoe ouders met hun kinderen omgaan, helpt bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Daarnaast kan het ouders sterken in het vertrouwen dat zij ondanks hun problemen ook sterke kanten hebben en dingen goed doen. Dat kan bijdragen aan hun bereidheid tot verandering.

Voorbeelden van positieve uitspraken zijn:

- 'Ik merk dat u graag een goede ouder wilt zijn.'
- 'Leuk dat jullie met het hele gezin ...'
- 'Goed gedaan.'
- 'Wat fijn dat u die stap gezet hebt.'

Zelfmotiverende veranderingsuitspraken ontlokken

In een zelfmotiverende uitspraak verwoordt de ouder wat en hoe zijn situatie zou moeten veranderen en wat zijn aandeel daarin zou kunnen zijn. Hulpverleners kunnen verschillende technieken inzetten om aan hun cliënten uitspraken te ontlokken waarin die laten merken hoe gemotiveerd zij zijn om te veranderen en of zij menen hiertoe in staat te zijn (Miller & Rollnick, 2002). Een belangrijke ingang hierbij is het verwoorden van tegenstrijdigheden. Meestal gaat het dan om een tegenstrijdigheid tussen waar iemand nu staat en wat hij eigenlijk zou willen. ('Je zei zojuist dat je graag het beste wilt voor je kind en niet meer naar haar wilt schreeuwen, maar je vindt het moeilijk om je boosheid in te houden'). Verder kan de hulpverlener gebruikmaken van oplossingsgerichte vragen ('Wat zou je daaraan willen veranderen?' 'Wat wilt u bereiken?'), uitzonderingsvragen (zoeken naar de keren dat het probleem zich niet voordeed en dit als succes uitvergroten) en schaalvragen ('Als je jouw situatie nu een cijfer moet geven?' of 'Als je nou eens een cijfer geeft waar je zou willen zijn').

Voorbeelden van zelfmotiverende uitspraken van ouders zijn:

- 'Ik geloof dat dit toch een groter probleem is dan ik dacht'
- 'Dit is echt erg!'
- 'Misschien zou ik me een stuk beter voelen als ...'
- 'Dan houdt jeugdzorg wel op met zeuren'
- 'Dit is niet wat ik voor mijn gezin wil. Daar wil ik wat aan doen.'

Juist deze uitspraken die de intentie tot verandering van het gedrag van de ouder aangeven, bieden aanknopingspunten voor de daadwerkelijke verandering en voor het formuleren van doelen in het kader van veiligheidsplanning. De hulpverlener kan er op verschillende manieren op reageren:

- de ouder verder laten vertellen over de beoogde verandering ('En verder ...')
- de veranderingsuitspraken samenvatten ('Daarmee bedoel je dat ...')
- de veranderingsuitspraken bevestigen ('Dat klinkt prima ...')
- de ambivalentie, de voors en de tegens ('Dat betekent dus dat ... wel goed zal gaan maar dat je nog reserves hebt tegenover ...') en de onderliggende waarden voor een persoon verhelderen.

Emoties en weerstanden benoemen

De hulpverlener maakt zaken bespreekbaar als hij merkt dat ouders er moeite mee hebben. Waar nodig vraagt hij door naar de achterliggende redenen. Als er

sprake is van weerstand, overweegt de hulpverlener of hij dit wil gebruiken, bijvoorbeeld door argumenten te herhalen (al dan niet met wat overdrijving). Weerstand duidt vaak op kracht, op eigenzinnigheid of koppigheid. De hulpverlener moet er voor zorgen dat deze kracht de goede richting uit gaat. Er wordt wel gesproken van ‘judo-en’ of ‘roll with resistance’, wat duidt op het heen en weer bewegen met de cliënt mee, maar toch met het veiligheidsdoel in het achterhoofd (Miller & Rollnick, 2002).

Overdragen van informatie

Bij het bespreken of doorgeven van informatie is de hulpverlener er alert op dat hij een kind of ouder niet in gevaar brengt.

4.4 Praten met kinderen

Specifieke aandachtspunten voor het gesprek met het kind

Veel hulpverleners vinden het moeilijk om te praten met kinderen en sommigen gaan dit liever uit de weg. Vaak houden volwassenen uit zorg voor en – daaraan gekoppeld – het willen beschermen van kinderen voor de harde werkelijkheid, het voeren van gesprekken met kinderen wat af. Kinderen, zeker onder de twaalf jaar, worden zelden als volwaardige gesprekspartners gezien (Van Nijnatten & Van Huizen, 2004). Wat echter uit het oog wordt verloren, is dat kinderen die mishandeld worden of in een onveilige situatie leven, dagelijks met de gevolgen van de harde werkelijkheid worden geconfronteerd (bijvoorbeeld een uithuisplaatsing), maar niet kunnen reconstrueren hoe deze tot stand zijn gekomen. In een open en eerlijk gesprek met het kind kunnen thema's als mishandeling, bang zijn thuis en de gevolgen daarvan aan bod komen. Over het algemeen kan een gesprek met het kind veel informatie opleveren en geeft een gesprek het kind duidelijkheid over wat er gaat gebeuren en waarom.

Vanaf een jaar of vijf, zes vinden praktijkwerkers het zinvol om met het kind te praten (Ten Berge & Bakker, 2005). Delfos (2005b) stelt echter dat hulpverleners al vanaf vier jaar met kinderen kunnen praten, mits ze in het gesprek de beleving van het kind centraal stellen en van daaruit verder praten. Uiteraard moet elke hulpverlener zich per kind en situatie afvragen of het nodig en wenselijk is om met het kind te spreken. Het uitgangspunt daarbij moet zijn dat met het kind wordt gepraat, tenzij ... Op dit tenzij moet de hulpverlener een afdoende antwoord geven: waarom niet met het kind praten? Wat is er in deze situatie tegen een gesprek met het kind of de jongere?

Een gesprek over een indringend thema als onveiligheid, kan tot emotionele belasting of zelfs schade bij het kind leiden. Daarom is het van belang dat het gesprek met kinderen op een deskundige wijze gebeurt (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Hier wordt ervan uitgegaan dat het kind vrijwel altijd een gesprek aankan *mits* de hulpverlener goed getraind is in gespreksvoering met kinderen en jongeren. Hij kan dan het kind zo volgen en begeleiden dat dit het gesprek zo min mogelijk beladen maakt.

In principe zijn de ouders niet aanwezig bij het gesprek met het kind. Echter, bij heel jonge kinderen (peuters, kleuters) wordt aanbevolen om het gesprek in aanwezigheid van een vertrouwde volwassene, zoals de moeder, te doen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009).

Stappen in het gesprek

Een goede introductie is wezenlijk om het kind zich op zijn gemak te laten voelen. Voor het kind moet helder zijn wie de hulpverlener is en wat hij kan verwachten in het gesprek. De hulpverlener maakt duidelijk dat het kind in hoge mate bepaalt hoe het gesprek eruit zal zien. Regie bij het kind betekent dat het kind bepaalt wat het aan de hulpverlener kwijt wil en wanneer hij het gesprek wil beëindigen. Delfos (2005a/b) geeft de volgende zaken aan als gesprekskader:

- Maak expliciet dat het kind/de jongere het onderwerp bepaalt.
- Maak duidelijk dat u graag wilt weten waar het kind problemen mee heeft.
- Maak duidelijk dat het uw bedoeling is het kind te helpen met zijn of haar problemen.
- Maak duidelijk dat u het kind wilt helpen gevoelens en gedachten te verwoorden, ook als dat niet makkelijk is.
- Leg uit wat wel en wat niet vertrouwelijk is van wat het kind vertelt. Beloof geen geheimhouding, beloof wel dat u het kind vertelt wat u doorgeeft aan 'derden'.

In het vervolg van het gesprek zijn de volgende stappen van belang. Door het gesprek aan de hand van deze stappen te voeren, worden belangrijke zaken niet over het hoofd gezien.

1. Bespreken of het kind weet waarom hij hier is en waarom de hulpverlener met hem wilt praten.
2. Uitleggen wat de bedoeling is van het gesprek en wat de hulpverlener met de informatie van het kind gaat doen.
3. Bespreken van de thuissituatie. De hulpverlener laat vooral het kind aan het woord.

4. Uitleggen dat ouders en niet kinderen verantwoordelijk zijn voor een veilige en prettige thuissituatie. Bespreken dat het kind geen schuld heeft aan de problemen die er zijn.
5. Mogelijke oplossingen bespreken: het kind vragen wat hij zelf graag anders zou zien voor zichzelf, zijn ouders en het gezin, en van wie hij daarbij hulp zou willen. Dit is voor ieder kind verschillend.
6. Afronden van het gesprek: de hulpverlener vertelt wat er verder gaat gebeuren. Er worden afspraken gemaakt over wat het kind aan de ouders wil vertellen en wat hij wil dat de hulpverlener vertelt.
7. Opvang na afloop: de hulpverlener zorgt dat het kind na het gesprek opgevangen wordt door iemand die het vertrouwt. Dit moet natuurlijk vóór het gesprek al geregeld zijn!

Houding

Over het algemeen is een warme, respectvolle, rustige en belangstellende houding voor kinderen het prettigst. Kinderen moeten zich uitgenodigd (en niet gedwongen!) voelen om te vertellen wat zij kwijt willen. Om een sfeer van gelijkheid te creëren, kan het helpen wanneer hulpverlener en kind op gelijke hoogte kunnen zitten, of samen op de grond zitten. De volgende tips en aandachtspunten kunnen helpen tijdens het gesprek met het kind de juiste houding te vinden.

Toon betrokkenheid

- Laat merken in houding en non-verbaal gedrag dat u oprecht geïnteresseerd bent in het kind.
- Laat merken dat u belangstelling hebt voor het verhaal van het kind.
- Luister aandachtig en laat het kind uitspreken. Let op dat u niet te snel gaat invullen; zeker jonge kinderen hebben tijd nodig om hun gedachten te formuleren en uit te spreken.

Neem het kind serieus

- Neem de tijd om het kind te laten vertellen.
- Maak veel gebruik van stiltes.
- Luister niet alleen aandachtig naar het verhaal, maar ook naar de achterliggende gevoelens. Benoem die waar nodig.
- Bedenk dat kinderen meestal heel goed in de gaten hebben wat er aan de hand is.

- Realiseer u dat kinderen (zeker vanaf een jaar of acht) vaak heel goed weten wat ze willen. Neem wensen en oplossingen van het kind serieus.

Respecteer de gevoelens van het kind

Het gesprek kan emoties en loyaliteitsgevoelens oproepen. Laat het kind merken dat u zijn of haar verhaal echt wilt horen en dat u er zult zijn voor het kind, het kind kunt opvangen of opvang geregeld hebt als er moeilijke zaken aan de orde komen. Toch kan het zo zijn dat het gesprek te moeilijk wordt en dat het kind niet verder wil. Dit moet u respecteren.

Gesprekstechnieken

De gesprekstechnieken zoals beschreven voor het gesprek met ouders, zijn in grote lijnen ook voor gesprekken met kinderen bruikbaar. Echter, voor praten met kinderen gelden een aantal specifieke aandachtspunten (Ten Berge & Bakker, 2005; Van Rossum e.a., 2008). De hulpverlener moet zowel de inhoud van het gesprek als zijn taalgebruik kunnen afstemmen op de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Daarnaast is het van belang dat hij emoties, weerstand en loyaliteitsconflicten bij het kind kan herkennen, benoemen en hanteren. Ten slotte moet de hulpverlener weten hoe hij moet omgaan met vragen om geheimhouding en transparant zijn over het vervolg.

De volgende tips kunnen helpen in het gesprek met kinderen:

Afstemmen op het kind

- Houdt rekening met de leeftijd van het kind, hoe open het kind is en wat het zelf vertelt.
- Pas uw taalgebruik aan het niveau van het kind aan.
- Laat het kind in eigen woorden vertellen.

Open vragen stellen

- Stel veel concrete en open vragen. Wat vindt het kind er zelf van, welke oplossingen zou het willen?
- Vraag indien nodig concreet (maar open) door: 'Wanneer was dat, hoe ging dat, wie waren er bij?'. Vraag naar meerdere situaties.
- Stel, als open vragen niet lukken, concrete vragen waarop het kind alleen ja of nee hoeft te antwoorden (of te knikken).
- Stel geen suggestieve vragen; met name jonge kinderen zijn daar erg gevoelig voor.

Evenwicht houden in de sfeer van het gesprek

- Leg niet te veel nadruk op wat het kind moeilijk, naar, verdrietig, enzovoorts vindt. In plaats daarvan kunt u vragen wat het kind graag anders zou willen.
- Vraag ook naar dingen die het kind thuis wel fijn vindt.
- Let op dat het gesprek op een voor het kind prettige manier afgesloten wordt.

Alert zijn op loyaliteit

- Realiseer u dat het kind uit loyaliteit problemen kan bagatelliseren, er niet over wil praten of zijn ouders niet wil beschuldigen.
- Het kind kan ook bang zijn voor straf en daardoor niet willen praten.
- Kraak (gedrag van) ouders niet af (maar praat het ook niet goed!).

Geen geheimhouding beloven

- Geheimhouding beperkt de mogelijkheden die u hebt om het kind te helpen.
- Leg het kind uit waarom u geen geheimhouding kunt beloven.
- Spreek af dat u het kind informeert of met het kind overlegt over de stappen die u neemt.

Leg duidelijk uit wat de vervolgstappen zijn

Voor kinderen is duidelijke informatie over wat er gaat gebeuren en wat het kind kan verwachten van groot belang om overzicht te blijven houden.

Voor een gedetailleerde uitwerking van aandachtspunten bij gespreksvoering rond veiligheid bij kinderen en jongeren van diverse leeftijden wordt verwezen naar Delfos (2005a/b).

4.5 Kernpunten

- Het gesprek met de gezinsleden is een belangrijk middel om informatie uit te wisselen over (on)veiligheid in het gezin en om verandering te stimuleren.
- Een open en niet-veroordelende houding van de hulpverlener is een basisvoorwaarde voor het aangaan van het gesprek. Sleutelbegrippen zijn respect, partnerschap en openheid.
- Een gesprek over veiligheid is een methodisch gesprek. De hulpverlener bereidt zich goed voor. Hij bepaalt waar, met wie, op welk moment en in welke volgorde de gesprekken plaatsvinden.

- Gesprekken met gezinsleden vinden plaats aan de hand van een stappenplan, zodat de hulpverlener geen belangrijke zaken over het hoofd ziet.
- De hulpverlener maakt in gesprekken gebruik van houdingsaspecten en gesprekstechnieken die een zorgvuldig onderzoek en een goede werkrelatie met de gezinsleden bevorderen.
- De hulpverlener praat met kinderen, tenzij er goede redenen zijn om daarvan af te zien. De hulpverlener houdt in het gesprek rekening met leeftijd, ontwikkelingsniveau, emoties, weerstanden en loyaliteiten van het kind.

5 Aan de slag met het gezin: het hulpverleningsplan

Alle mishandelde kinderen en hun ouders hebben, ongeacht de aard van de mishandeling, recht op adequate hulpverlening. De hulp heeft tot doel de kindermishandeling zo snel mogelijk te doen stoppen en de gevolgen ervan voor het kind aan te pakken. Na het in kaart brengen van de situatie in het gezin, is de volgende vraag wat er moet veranderen om de situatie voor het kind (weer) voldoende veilig te maken, gezinsrelaties waar mogelijk te herstellen en veranderingen effectief en blijvend te realiseren. Daarbij wordt ook gekeken welke krachten van gezin en netwerk een rol kunnen spelen in het bereiken van een veilige opvoedingssituatie en welke professionele hulp daarbij nodig is.

Dit hoofdstuk gaat in op het maken van het hulpverleningsplan. Het hulpverleningsplan beschrijft gedeelde inzichten en gezamenlijke afspraken over wat er nodig is om ervoor te zorgen dat het kind weer veilig op kan groeien. Dit hoofdstuk start met een inleidende paragraaf over het opstellen van een hulpverleningsplan (paragraaf 5.1). Vervolgens worden de onderdelen van dit plan uitgewerkt: het maken van een veiligheidsplan (paragraaf 5.2), het opstellen van hulpverleningsdoelen (paragraaf 5.3), het inzetten van eigen kracht en netwerk (paragraaf 5.4), het inzetten van professionele interventies (paragraaf 5.5) en het monitoren en evalueren van de geboden hulp (paragraaf 5.6).

5.1 Het maken van een hulpverleningsplan

Op basis van gesprekken tussen de hulpverlener en het gezin en het onderzoek naar de gezinssituatie, wordt in het hulpverleningsplan samengevat wat er aan de hand is in het gezin en wat er moet gebeuren om de gewenste situatie te realiseren. Het plan bevat gedeelde inzichten over de aard, ernst en achtergronden van de gezinsproblemen en een plan van aanpak voor de opgestelde doelen (paragraaf 5.3). De concrete afspraken die de hulpverlener en het gezin maken over wie, wat, wanneer, en met welk doel gaat doen, staan erin beschreven.

In het hulpverleningsplan is niet alleen oog voor de directe veiligheid van het kind, maar ook voor wat het kind op de langere termijn nodig heeft om zich (weer) gezond te kunnen ontwikkelen, wat het gezin nodig heeft om een veilige opvoedingsomgeving aan het kind te bieden en wat nodig is om de gezinsrelaties waar mogelijk te herstellen. Het hulpverleningsplan vormt de basis voor de hulp aan ouders en kinderen.

Rol van de hulpverlener(s)

Ouders en kinderen mogen van de hulpverlener verwachten dat hij een deskundig advies geeft over hoe zij hun problemen het beste kunnen aanpakken en dat hij hun ideeën serieus neemt. Dit vraagt om te beginnen goede kennis over wat werkt. Op basis van de kennis over wat werkt en zijn expertise geeft de hulpverlener een deskundig advies over welke hulp het meest effectief is voor de problemen van het gezin.

Ten tweede moet de hulpverlener in staat zijn om met ouders en kinderen in dialoog te werken. In dialoog beslissen betekent dat ouders, kinderen en de hulpverlener zich samen een beeld vormen van de hulpvraag, de probleemanalyse en de doelen van de hulp, en samen beslissen hoe deze doelen het beste bereikt kunnen worden. Door gezamenlijk de beslissing te nemen welke hulp het beste is, is de kans van slagen groter. Ouders en kinderen zijn meer gemotiveerd om actief mee te doen tijdens de behandeling en zijn minder snel geneigd voortijdig af te haken (Bartelink e.a., 2010; Swift & Callahan, 2009). De hulpverlener gaat samen met ouders en kinderen na hoe zij denken over het geadviseerde hulp-aanbod. Welke vragen hebben zij over de voorgestelde hulp? Welke kansen zien ze en welke bezwaren hebben ze?

De hulpverlener luistert en heeft oog voor de behoeften en wensen van het gezin, maar bewaakt tegelijkertijd ook de kwaliteit en grenzen van de hulp, zodat de uiteindelijke hulp aan het gezin effectief en verantwoord is met betrekking tot de veiligheid van het kind. Soms verschillen gezin en hulpverlener van mening over wat er aan de hand is of wat er moet gebeuren. In dat geval draagt de hulpverlener er zorg voor dat hij naar mogelijkheden zoekt om met het gezin te blijven samenwerken, waarbij hij een evenwicht zoekt tussen de behoeften en wensen van het gezin enerzijds en de veiligheid van het kind anderzijds.

In gezinnen waar sprake is van kindermishandeling, zijn vaak allerlei hulpverleners betrokken. Idealiter maken deze hulpverleners gezamenlijk duidelijke afspraken over wie, wat, wanneer doet en wie de regie heeft. De aanpak 'Eén gezin, één plan' is hierbij een goed uitgangspunt (Programmaministerie voor

Jeugd en Gezin, 2007). Deze aanpak gaat ervan uit dat de bij een gezin betrokken hulpverlenende instanties samen een plan van aanpak maken en van elkaar weten wat ze doen. Ook moet één van hen de coördinatie van de zorg op zich nemen, zodat zowel de leden van het gezin als de hulpverleners één aanspreekpunt hebben dat het overzicht heeft. Meer informatie over samenwerking tussen hulpverleners staat in hoofdstuk 6.

Onderdelen van het hulpverleningsplan

Het hulpverleningsplan geeft een samenhangend beeld van wat er aan de hand is, wat er moet verbeteren en hoe die verbetering gerealiseerd kan worden. Het hulpverleningsplan is zo concreet mogelijk, dat wil zeggen dat het zoveel mogelijk duidelijke afspraken bevat over wie wat wanneer doet.

Het hulpverleningsplan bestaat uit:

- samenhangend beeld van de problematiek: een oordeel over de veiligheid van het kind (aard en ernst van kindermishandeling), de factoren die de situatie veroorzaakt hebben en in stand houden, de gevolgen voor het kind en de risico's voor de toekomst;
- een veiligheidsplan;
- de hulpverleningsdoelen, geformuleerd in de bewoording van ouders en kinderen;
- afspraken over wat het gezin zelf kan veranderen, eventueel met ondersteuning van het sociale netwerk;
- afspraken over de in te zetten interventies, waarbij ook vastgelegd is of interventies gelijktijdig of opeenvolgend worden uitgevoerd;
- afspraken over contactpersonen voor ouders en kinderen, de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg en afstemming;
- afspraken over monitoring van de vooruitgang en evaluatie van de hulp.

Het in kaart brengen van wat er aan de hand is, is in hoofdstuk 3 besproken. In dit hoofdstuk worden de overige onderdelen van het hulpverleningsplan toegelicht.

5.2 Het veiligheidsplan

Het veiligheidsplan is een onderdeel van het hulpverleningsplan, specifiek gericht op het waarborgen van de veiligheid van het kind. Het veiligheidsplan is gebaseerd op een analyse van de huidige gevaren en positieve punten (signalen

van veiligheid), mogelijke risico's voor de (nabije) toekomst, en aanwezige beschermende factoren, met name eigen oplossingsmogelijkheden van ouders, kinderen en hun sociale netwerk.

Het veiligheidsplan bestaat uit concrete afspraken om de veiligheid van het kind te waarborgen: wie doet wat, wanneer en in welke situatie? Ook worden duidelijke afspraken gemaakt over wat er gebeurt als de minimale veiligheid van het kind in gevaar komt. Een onderdeel van het veiligheidsplan kan een vluchtplan voor het kind zijn wanneer zich een situatie voordoet waarin het kind direct gevaar loopt. Daarin zijn concrete afspraken vastgelegd wat het kind kan doen in een crisissituatie, bijvoorbeeld wie het kind belt of waar het naar toe kan in geval van nood.

In deze handreiking ligt de focus van het veiligheidsplan op het zeker stellen van de *directe* veiligheid van het kind en het realiseren van de afspraken en acties die daarvoor nodig zijn. Doelen, afspraken en interventies die nodig zijn om kindermishandeling te stoppen en de gevolgen voor het kind te behandelen, worden in het overkoepelende hulpverleningsplan beschreven. Duidelijkheid over deze hulpverleningsdoelen en interventies is niet noodzakelijk voor het maken van het veiligheidsplan. Wanneer er onvoldoende garanties zijn voor de veiligheid van het kind, gaan directe acties voor.

In de praktijk wordt het veiligheidsplan overigens vaak breder opgevat: ook afspraken over het realiseren van een veilige opvoedingssituatie in brede zin – hier onderdeel van het hulpverleningsplan – maken daar dan onderdeel van uit. Opvallend is dat daarbij meestal geen specifieke aandacht is voor het behandelen van de gevolgen voor het kind.

Professionals maken een veiligheidsplan in ieder geval samen met ouders en kinderen. Daarnaast kunnen ook het sociale netwerk van het gezin en andere professionals betrokken worden. Twee werkwijzen om een veiligheidsplan te maken zijn 'Signs of Safety' (Turnell & Edwards, 2009) en 'Als het misgaat, bel ik jou' (Harten, 2007). Het doel van beide werkwijzen is een veilige omgeving voor het kind te creëren door oplossingsgericht een plan op te stellen waarin vooral het gezin en hun sociale netwerk een rol hebben. Met elkaar wordt besproken wat er moet gebeuren om veiligheid voor het kind te realiseren, wat ouders daar zelf aan kunnen doen en welke hulp en steun ze daarbij nodig hebben. Dit leidt tot een plan van aanpak waar het gezin zelf iets mee wil en kan. In de praktijk blijken veel hulpverleners enthousiast over de mogelijkheden van Signs of Safety om met alle betrokkenen een veiligheidsplan te maken.

Gesprekstechnieken die daarbij helpen, zijn (Turnell & Edwards, 2009):

1. *Breng in kaart hoe elk gezinslid denkt over de situatie.* Probeer de waarden, normen, opvattingen en betekenissen van elk gezinslid te achterhalen en te begrijpen. Dit helpt de hulpverlener om te reageren op het unieke van elke casus en om plannen te maken die bij het gezin aansluiten.
2. *Zoek uitzonderingen op de onveilige situatie.* Zoek uitzonderingen op het probleem. Dit creëert hoop voor hulpverleners en gezinnen omdat het bewijst dat het probleem er niet voortdurend is. Uitzonderingen kunnen ook handvatten bieden voor oplossingen die in het verleden werkten. Als er geen uitzondering bestaat, kan dit een indicatie zijn voor de ernst van het probleem.
3. *Zoek de sterke kanten en hulpbronnen.* Zoek positieve kanten van het gezin en vergroot die uit. Dit zorgt ervoor dat de problemen niet buitenproportioneel worden en door het gezin ervaren worden als onoverkoombaar.
4. *Richt je op doelen.* Definieer de gezinsdoelen om veiligheid voor het kind en het gezin te vergroten. Vergelijk deze doelen met die van de professionals. Gebruik zo veel mogelijk de ideeën van het gezin. Als het gezin geen enkele suggestie kan doen voor een constructief doel, is er mogelijk een groter risico voor de veiligheid van het kind.
5. *Geef aan hoe veilig het is en hoeveel vooruitgang je boekt.* Beschrijf de inschatting van veiligheid van de gezinsleden (met behulp van cijfers) en van de geboekte vooruitgang. Blijf dit doen gedurende het hele proces. Dit maakt het mogelijk om direct te vergelijken met de inschatting van de professionals.
6. *Schat bereidheid, vertrouwen en mogelijkheden in.* Beoordeel de bereidheid en de mogelijkheid van het gezin om plannen uit te voeren voordat de daadwerkelijk uitvoering start.

5.3 Hulpverleningsdoelen opstellen

De meest algemene doelstelling van de hulp na kindermishandeling is “dat het kind veilig kan opgroeien, dat zijn opvoeders berekend zijn op hun taak en dat het kind op dat moment goed functioneert” (Hermanns, 2008). Er zijn twee belangrijke algemene doelen bij de hulpverlening in situaties waarin sprake is van kindermishandeling, namelijk:

1. Het kind verblijft in een opvoedingssituatie waarin het veilig en gezond kan opgroeien:
 - a. kindermishandeling is gestopt;
 - b. veiligheidsrisico's zijn verminderd;
 - c. oorzaken en in stand houdende factoren zijn aangepakt.
2. Gevolgen voor het kind zijn verwerkt, hersteld of verminderd, zodat het kind zich (weer) goed kan ontwikkelen. Het kind heeft traumatische ervaringen verwerkt en/of kan ermee omgaan.

De algemene doelen gelden voor elk gezin en de voortgang wordt tijdens de hulpverlening regelmatig geëvalueerd.

In aansluiting op de algemene doelen stelt de hulpverlener met het gezin specifieke doelen op voor de ouders, het kind en het gezin als geheel. Deze specifieke doelen geven weer welke concrete veranderingen in kennis, vaardigheden of gedrag de verschillende betrokkenen willen realiseren.

Het is belangrijk dat ouders en kinderen zelf de doelen stellen die ze willen bereiken. Dat kan bijvoorbeeld door ze te vragen de volgende zin aan te vullen: 'Ik zou graag...?'

De hulpverlener helpt de ouders om te zorgen dat de doelen van voldoende kwaliteit zijn. Kenmerken van goede doelen zijn:

- De doelen zijn relevant en haalbaar. Dat wil zeggen dat de doelen aansluiten bij de probleemanalyse en dat ouders en kinderen naar verwachting in staat zijn om de doelen te behalen.
- De doelen zijn positief geformuleerd. Positief geformuleerde doelen zijn belangrijk omdat dit ouders helpt te zien hoe zij zich in de toekomst anders willen gedragen. Een negatief geformuleerd doel – bijvoorbeeld 'ik wil mijn kind niet meer mishandelen' – zegt weinig over welke verandering ouders willen realiseren. Het helpt hen meer om een doel te formuleren als 'ik wil op een positieve manier met mijn kind omgaan' of 'ik wil mijn kind een compliment kunnen geven als het iets goeds gedaan heeft'.
- De doelen zijn SMART geformuleerd: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgeboden.

Bij het formuleren van doelen voor ouders wordt onderscheid gemaakt in doelen die betrekking hebben op de opvoeding en doelen die betrekking hebben op persoonlijke of relatieproblemen van ouders. Daarnaast worden doelen voor kind en gezin geformuleerd. Voorbeelden van specifieke doelen zijn:

Ouders - opvoeding

- Ongewenst gedrag van mijn kind kunnen bijsturen, zonder daarbij geweld te gebruiken.
- Weten wie ik kan vragen me te helpen als het mis dreigt te gaan.
- Weten wat ik wel en niet van mijn kind kan verwachten.
- Herkennen wat de behoeften en emoties van mijn kind zijn.

Ouders - persoonlijke en relatieproblemen

- Signalen van stress herkennen en actie ondernemen om stress te voorkomen en/of te verminderen.
- Ik wil nuchter zijn als de kinderen thuis zijn.
- Conflicten met mijn partner uitpraten op een moment dat mijn kind(eren) er niet bij zijn.

Kind

- Weten wat mijn ouders wel en niet mogen doen.
- Lekker slapen zonder nachtmerries.
- Voor mezelf op kunnen komen.
- Mijn gevoelens aan mijn ouders vertellen.
- Weten naar wie ik toe kan gaan als er thuis problemen zijn.

Gezin

- Conflicten binnen het gezin op een rustige manier oplossen.

Een handig hulpmiddel bij doelen stellen is www.mijndoelenstellen.nl.

Deze website is geschikt voor kinderen en ouders.

5.4 Oplossingen in gezin en netwerk

Als de doelen zijn geformuleerd, wordt een plan van aanpak gemaakt. Daarin geeft de professional in samenspraak met ouders en kinderen aan welke middelen ingezet worden om de doelen te bereiken.

Eerst kijken ze daarbij naar wat het gezin zelf kan. Vervolgens wat het gezin met hulp en steun vanuit zijn informele sociale netwerk kan veranderen. Dit voorkomt dat onnodig zware en intensieve hulp wordt ingezet waar dat niet nodig is. Tot slot bekijken ze waar het gezin professionele hulp bij nodig heeft. Dit wordt in paragraaf 5.5 beschreven.

Verkennen eigen mogelijkheden van het gezin

Het versterken van de eigen kracht van ouders, kinderen, gezinnen en hun sociale omgeving is een belangrijk uitgangspunt in de jeugdzorg. Professionals kunnen deze eigen kracht versterken door (Nederlands Jeugdinstituut, 2010):

- uit te gaan van de vragen en behoeften van de gezinsleden;
- de mogelijkheden van gezinsleden centraal te stellen en niet hun tekorten;
- gezinsleden zeggenschap te geven over steun en hulp;
- het sociale netwerk te activeren en te betrekken bij planvorming en oplossingen;
- positieve krachten van gezinsleden en hun omgeving te benutten;
- vaardigheden van ouders, kinderen en hun omgeving te versterken.

Inventariseren wat het gezin zelf en met hulp en steun van het netwerk kan, kan aan de hand van een paar eenvoudige vragen aan ouders en kinderen:

- Wat kun je al of wat heb je al dat jou kan helpen bij jouw doel/doelen?
- Wat kan je tegenwerken bij het behalen van jouw doel/doelen?
- Wat heb je nodig om jouw doelen te bereiken?
- Wie kan of kunnen je helpen om jouw doelen te bereiken?
- Wanneer wil je jouw doelen bereikt hebben?

Vanuit het oplossingsgericht werken zijn daarnaast concrete vraagtechnieken bekend die helpen om te zoeken naar de eigen oplossingsmogelijkheden van gezinnen.

Een van deze technieken is het visualiseren hoe de nieuwe situatie, waarin het probleem is opgelost, eruit ziet. De professional stelt daarvoor *de wondervraag*: ‘Stel dat er vannacht, terwijl u slaapt, een wonder gebeurt. Het wonder is dat de problemen, waarvoor u hier zit, zijn opgelost. U weet het zelf niet, want u slaapt immers. Wat zou morgenochtend het eerste zijn waaraan u merkt dat het wonder gebeurd is?’

Daarnaast kunnen professional en gezin kijken welke vaardigheden en oplossingen ingezet kunnen worden om het probleem aan te pakken. Daarvoor stelt de professional verschillende typen vragen:

- *Uitzonderingen*. Vrijwel altijd doen zich uitzonderingen voor op het optreden van het probleem. Dat zijn situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel verwacht wordt. Cliënten zien deze situaties vaak over het hoofd of menen dat ze niet ter zake doen. De professional benadrukt uitzonderingen, omdat die aanknopingspunten voor de oplossing bieden. Vragen naar uitzonderingen zijn: ‘Wanneer zijn er momenten waarop het probleem

er niet of minder is, en wat doet u op die momenten anders dan anders?’

De professional vraagt door naar details, waarbij hij het aandeel van de ouders of het kind daarin benadrukt en complimenten geeft voor wat er goed gaat.

- *Schaalvragen en competentievragen.* De cliënt wordt gevraagd in hoeverre hij meent dat het doel al bereikt is op een schaal van 1 tot 10. Als hij een 10 geeft, is zijn doel bereikt. Een 0 geeft het ergste moment aan dat hij kent.

De hulpverlener kan hierop doorvragen met vragen als: ‘Hoe lukt het u om (al) op dat cijfer te zitten?’ of ‘Hoe zou één cijfer hoger eruit zien? Wat zou u dan anders doen?’ (Bakker & Bannink, 2008; Cauffman, 2007).

Netwerk inschakelen

Het sociale netwerk is een belangrijke bron van praktische en emotionele steun voor ouders en kinderen. Wanneer ouders een beroep kunnen doen op mensen in hun omgeving, loopt stress in het gezin minder hoog op. Het sociale netwerk kan ook een rol spelen in het waarborgen van de veiligheid van kinderen.

In sommige situaties kan de aanwezigheid van een goed sociaal netwerk professionele hulp deels vervangen, doordat het een deel van het plan kan uitvoeren. Bovendien kan het sociale netwerk helpen de bereikte resultaten vast te houden. Het informele sociale netwerk van een gezin blijft, waar ondersteuning van professionals ophoudt. Voor blijvend succes is het dan ook nodig dat gezinnen een beroep kunnen doen op een sociaal netwerk van familie en vrienden.

Vragen die een professional kan stellen, zijn:

- Welke mensen om jullie heen vinden het belangrijk dat het goed gaat met jullie kind?
- Bij wie kun je terecht voor praktische hulp, informatie en advies, troost en steun?
- Wie kan je helpen om ... (concreet in te vullen afhankelijk van de doelen)?
- Hoe kun je deze persoon/personen vragen om je hierbij te helpen?

Om te beoordelen wat personen uit het netwerk kunnen betekenen, inventariseren professional en gezin:

- welke mensen reageren op verzoeken om hulp of ondersteuning;
- welke mensen daadwerkelijke en effectieve hulp en ondersteuning bieden;
- welke mensen toegankelijk zijn;
- welke mensen betrouwbaar zijn.

Er bestaan verschillende methoden waarmee hulpverleners samen met gezinnen en hun netwerk kunnen beslissen welke hulp het beste ingezet kan worden. Een van deze methoden is de Eigen Kracht Conferentie (Nederlands Jeugdinstituut, 2010; Van Pagée, 2003). Bij een Eigen Kracht conferentie stellen familieleden, vrienden, burens en hulpverleners samen een plan op. Hierdoor krijgt dat plan draagvlak en wordt de band tussen het gezin en het sociale netwerk versterkt. Het gezin wordt aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen. Een onafhankelijke coördinator begeleidt de bijeenkomst. Hij maakt geen deel uit van het gezin of het sociale netwerk en is geen hulpverlener maar een betrokken, belangstellende burger. Het kan wel zijn dat de hulpverlener de plannen dient goed te keuren, bijvoorbeeld omdat de veiligheid van het kind in het geding is.

Kans van slagen van hulp

Zowel voor hulp vanuit het gezin en het netwerk, als voor professionele interventies maakt de professional een inschatting van de kans op goede resultaten binnen een voor de ontwikkeling van het kind gepaste tijdsperiode én op langere termijn. Deze inschatting is gebaseerd op:

1. veranderingsmogelijkheden van ouders;
2. veranderingsbereidheid van ouders.

Als het erop lijkt dat vrijwillige hulp onvoldoende kans van slagen heeft en/of de veiligheid van het kind niet voldoende gewaarborgd kan worden, kan het nodig zijn verdere maatregelen te treffen in de vorm van een kindbeschermingsmaatregel en/of uithuisplaatsing. Dit is mogelijk via een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of Bureau Jeugdzorg.

Veranderingsmogelijkheden van ouders

Of ouders in staat zijn om blijvend veranderingen te realiseren, hangt onder meer samen met het functioneren van de ouder als persoon en zijn mogelijkheden om zich te kunnen richten op het kind en diens behoeften. De professional kan zich daarbij de volgende vragen stellen:

- Herkennen, erkennen en begrijpen ouders de schade die bij het kind is of dreigt te ontstaan door de kindermishandeling en nemen zij daar verantwoordelijkheid voor?
- Herkennen en erkennen ouders de aard en ernst van de opvoedingsproblemen, persoonlijke problemen en gezins- en omgevingsfactoren die bedreigend zijn voor het kind?

- Zijn er persoonlijke problemen of beperkingen die de kans op verbetering beperken?

In het algemeen zijn veranderingsmogelijkheden beperkt wanneer ouders zelf kampen met ernstige problemen zoals ernstige psychiatrische problemen, ernstige verslavingsproblemen of een verstandelijke beperking. Veranderingsmogelijkheden of -onmogelijkheden kunnen ook blijken uit de resultaten van eerdere hulp en het al dan niet tot stand komen van een samenwerkingsrelatie met het gezin. Aanwijzingen voor gebrekkige veranderingsmogelijkheden zijn bijvoorbeeld dat er veel eerdere hulp is geboden zonder blijvend effect, of ouders die herhaaldelijk niet reageren op afspraken of niet op komen dagen.

Veranderingsbereidheid van ouders

Niet altijd zijn gezinnen al bij de start van de hulpverlening bereid om te veranderen, zeker wanneer zij onverwachts geconfronteerd worden met zorgen van anderen over onveiligheid in het gezin. Echter, bereidheid om te veranderen is geen vaststaand gegeven. De professional kan dit stimuleren door specifieke gesprekstechnieken in te zetten (zie hoofdstuk 4). Dit kan ouders en kinderen helpen om kansen en mogelijkheden te zien en wellicht ook om factoren te ontdekken die hen juist belemmeren om te veranderen.

Veranderingsbereidheid blijkt uit uitspraken die ouders doen. Er zijn vier typen uitspraken die erop duiden dat ouders bereid zijn te veranderen (Miller & Rollnick, 2002):

- nadelen van de huidige situatie benoemen (bijvoorbeeld zorgen over de situatie);
- voordelen van verandering noemen;
- optimisme over verandering tonen (bijvoorbeeld vertrouwen in eigen veranderingsmogelijkheden);
- intentie om te veranderen tonen (bijvoorbeeld verlangen om te veranderen).

Het ontbreken van veranderingsbereidheid blijkt wanneer:

- ouders geen bemoeienis van vrijwillige hulp (meer) willen;
- ouders een noodzakelijk geacht hulpaanbod afwijzen;
- ouders weigeren om te veranderen, bijvoorbeeld door aangeleerde vaardigheden niet in praktijk te brengen.

Het feit dat een ouder hulp weigert of afbreekt, wil overigens niet zeggen dat hij niet gemotiveerd is. Er kunnen ook andere redenen spelen, bijvoorbeeld ontevredenheid met de geboden hulp of hulpverlener. De reden van de weigering moet daarom altijd achterhaald worden.

Bereidheid tot verandering kan tijdens het hulpverleningsproces in positieve of negatieve zin veranderen. Weerstand gaandeweg het proces kan bijvoorbeeld een signaal zijn dat de professional te hard van stapel loopt. Het is ook mogelijk dat ouders of kinderen wel willen veranderen, maar het idee hebben dat ze het niet kunnen en zich daardoor verzetten tegen de voorgestelde aanpak.

5.5 Inzetten van professionele interventies en werkwijzen

5.5.1 Benodigde professionele hulp vaststellen en uitvoeren

Wanneer concrete doelen zijn geformuleerd en duidelijk is of en hoe het gezin en zijn netwerk daar zelf aan kunnen werken, maken de hulpverlener en het gezin afspraken over de inzet van professionele hulp. De betrokken hulpverleners geven vanuit hun deskundigheid aan welke hulp het meest geschikt is om de specifieke doelen van de gezinsleden te bereiken. Vervolgens maken zij concrete afspraken over de uitvoering en coördinatie van de hulp.

Welke hulp voor wie?

De hulpverlener bepaalt samen met het gezin wie welke hulp nodig heeft om de beoogde doelen te bereiken. Dit is gebaseerd op de beoordeling van de gezins-situatie (hoofdstuk 3), een analyse van de eigen mogelijkheden van het gezin en zijn netwerk (paragraaf 5.4) en kennis over effectieve hulp na kindermishandeling (hoofdstuk 2). In het algemeen geldt dat er een samenhangend pakket van hulp nodig is, gericht op de belangrijkste doelen en op meerdere betrokkenen tegelijk, bijvoorbeeld ouders, kinderen, familie en sociaal netwerk.

Er zijn verschillende interventies en werkwijzen die ingezet kunnen worden om de doelen te bereiken. Bij voorkeur worden interventies ingezet die specifiek ontwikkeld zijn voor de aanpak van kindermishandeling of de gevolgen daarvan. Een overzicht van deze specifieke interventies staat in paragraaf 5.5.2. Deze interventies zijn echter niet overal beschikbaar. In dat geval zijn meer algemene interventies een alternatief (zie paragraaf 5.5.3). Algemene interventies zijn niet specifiek gericht op kindermishandeling, maar zijn wel bruikbaar om bepaalde

doelen te bereiken. Daarbij kan het nodig zijn om specifieke werkwijzen of technieken te integreren in het hulpaanbod. Deze werkwijzen zijn expliciet gericht op de aanpak van (de gevolgen van) kindermishandeling en zijn gebaseerd op werkzame elementen in de hulp na kindermishandeling. Een beschrijving van deze werkwijzen staat in paragraaf 5.5.4.

Werkafspraken

Bij het stoppen van kindermishandeling en het beperken van de gevolgen zijn vrijwel altijd meerdere interventies nodig. Het is niet mogelijk om aan alle problemen tegelijkertijd te werken, maar ook niet om alle interventies na elkaar uit te voeren. Daarom moeten de hulpverleners en het gezin goed kijken welke problemen als eerste en tegelijkertijd aangepakt kunnen en moeten worden, en welke problemen kunnen wachten. Dat betekent dat doelen geprioriteerd moeten worden en de meest belangrijke als eerste aangepakt. Wat moet echt eerst, wat kan daarbij tegelijkertijd meegenomen worden, wat kan in een later stadium aangepakt worden?

Zo ontstaat een (samenhangend) pakket van hulp aan verschillende betrokkenen. Hiervoor is goede samenwerking tussen hulpverleners noodzakelijk. Daarbij is het van belang dat de betrokken hulpverleners de verschillende interventies goed op elkaar afstemmen, zodat gezinnen niet overladen worden met allerlei gelijktijdige interventies. Het betekent ook dat concrete afspraken gemaakt moeten worden over wie de regie of coördinatie heeft, wie contactpersoon is voor het gezin, enzovoorts.

5.5.2 Specifieke interventies voor kindermishandeling

Deze paragraaf geeft een overzicht van specifiek voor kindermishandeling ontwikkelde interventies. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen interventies om kindermishandeling te stoppen en interventies om de gevolgen voor kinderen te beperken. Het overzicht is gebaseerd op de volgende bronnen:

- Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling (Gezondheidsraad, 2011);
- Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009);
- Databank Effectieve Jeugdinterventies (www.nji.nl);
- Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders (Berger e.a., 2004).

Het overzicht is niet uitputtend, maar biedt een aantal voorbeelden van interventies die in Nederland beschikbaar zijn. In tabel 5.1 en 5.2 zijn de opgenomen interventies kort beschreven; meer informatie is te vinden in bijlage 5.1 en 5.2. Buitenlandse interventies die bewezen effectief zijn, maar niet beschikbaar zijn in Nederland, staan niet in dit overzicht. Deze interventies zijn wel beschreven in hoofdstuk 2.

In de tabellen zijn de interventies onderverdeeld naar de mate van effectiviteit volgens de categorieën van de databank Effectieve Jeugdinterventies³:

- *Bewezen effectief*. Wanneer er meer onderzoek is of onderzoek met meer bewijskracht, dan komt een interventie bij positieve resultaten in aanmerking voor 'bewezen effectief'.
- *Waarschijnlijk effectief*. Een interventie is effectief als uit onderzoek naar voren komt dat er in de praktijk bepaalde doelen beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen. Is er weinig onderzoek of onderzoek met beperkte bewijskracht dan is er bij positieve resultaten sprake van 'waarschijnlijk effectief'.
- *Theoretisch goed onderbouwd*. Een interventie krijgt deze classificatie als deze op zijn minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.

Naast de interventies die zijn opgenomen in de databank, zijn in de tabellen ook specifieke veelbelovende interventies opgenomen die nog niet in de databank staan. Daarnaast zijn met name op het terrein van de psychotherapie veelbelovende interventies in ontwikkeling die hier niet worden besproken. Deze interventies richten zich vooral op de behandeling van (traumatische) gevolgen voor kinderen en de relatie met ouders. Voorbeelden hiervan zijn 'Slapende honden? Wakker maken!' (Struik, 2011), sensorimotorische psychotherapie (www.sensorimotorpsychotherapy.org), en dyadische ontwikkelingspsychotherapie (www.dyadicdevelopmentalpsychotherapy.org).

3 Naast de categorieën van de databank Effectieve Jeugdinterventies, zijn er ook andere indelingen naar effectiviteit mogelijk. De Gezondheidsraad hanteert bijvoorbeeld voor het aanduiden van de bewijskracht de classificatie van het Dutch Cochrane Center. Dit kan (kleine) verschillen opleveren in de beoordeling van interventies.

Tabel 5.1 Specifieke interventies voor het stoppen van kindermishandeling en voorkomen van herhaling

Effectiviteit	Interventie	Aard mis-handeling	Doel	Doelgroep
Theoretisch goed onderbouwd	Parent Child Interaction Therapy (PCIT)	Fysieke mis-handeling	Verbeteren van opvoedvaardigheden en verminderen van gedragsproblemen van kinderen en het verbeteren van de kwaliteit van de ouder-kindrelatie	Kinderen van 2-8 jaar en hun ouder(s)
Theoretisch goed onderbouwd	Families First	Fysieke mis-handeling en verwaarlozing	Voorkomen van uithuisplaatsing van een of meerdere kinderen, gezinssituatie tot rust brengen en vergroten van competenties van gezinsleden	Gezinnen die in een crisis verkeren
(Nog) niet opgenomen in databank ⁴	Triple P Pathways	Fysieke mis-handeling	Het optimaliseren van de veiligheid van het kind in brede zin en het minimaliseren van risicovolle opvoedsituaties	Ouders van kinderen van 0-16 jaar, die moeite hebben met het hanteren van woede en/of denken dat hun kind expres ongewenst gedrag laat zien
(Nog) niet opgenomen in databank	Veilig, Sterk en Verder	Fysieke mis-handeling	De veiligheid thuis herstellen en de kinderen zich weer veilig laten voelen in de relatie met hun ouders	Kinderen en de mishandelende pleger
(Nog) niet opgenomen in databank ⁵	Multisysteem Therapie Child Abuse and Neglect (MST-CAN)	Fysieke mis-handeling en verwaarlozing	Voorkomen van herhaling van kindermishandeling en voorkomen van uithuisplaatsing	Gezinnen waar mishandeling heeft plaatsgevonden met kinderen tussen de 6 en 17 jaar

4 Het programma Triple P is in zijn geheel opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies met de erkenning Theoretisch goed onderbouwd. Er wordt in de beschrijving in de databank echter geen aandacht besteed aan deze specifieke variant van het programma.

5 Het programma MST is in zijn geheel opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies met de erkenning Theoretisch goed onderbouwd. Er wordt in de beschrijving echter geen aandacht besteed aan deze specifieke variant van het programma. Meer informatie over MST-CAN staat op de website van MST Nederland: www.mst-nederland.nl.

Tabel 5.2 Specifieke interventies voor het beperken van de gevolgen voor kinderen

Effectiviteit	Interventie	Aard mishandeling	Doel	Doelgroep
Theoretisch goed onderbouwd	Eye movement desensitization & reprocessing (EMDR)	Fysieke mishandeling en huiselijk geweld	Negatieve traumatische ervaring omzetten in herinnering zonder stress en spanning	Mishandelde kinderen en volwassenen
Theoretisch goed onderbouwd	Horizonmethodiek	Seksueel misbruik en huiselijk geweld	Ouders en kinderen helpen bij verwerking van opgelopen trauma; verminderen van PTSS-klachten	Kinderen van 4-18 jaar en hun niet-mishandelende ouder(s)
Theoretisch goed onderbouwd	STEPS	Seksueel misbruik	Verminderen van PTSS-klachten ten gevolge van eenmalig seksueel geweld	Meisjes van 13-18 jaar met een posttraumatische stressstoornis als gevolg van seksueel misbruik
(Nog) niet opgenomen in databank	Let op de Kleintjes	Huiselijk geweld	Verwerken van de ervaringen en verminderen van de gevolgen ervan	Kinderen als getuige van het geweld en hun moeder

5.5.3 Algemene interventies

Tabel 5.3 geeft een overzicht van algemene interventies. Deze zijn niet specifiek gericht op kindermishandeling, maar zijn wel bruikbaar om bepaalde doelen te bereiken. Het overzicht is niet uitputtend, maar biedt een aantal voorbeelden van interventies voor gezinnen. In de tabel zijn interventies opgenomen die aangrijpen bij een of meer oorzakelijke of in stand houdende factoren of gevolgen van kindermishandeling en die zijn opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies met een oordeel 'bewezen effectief', 'waarschijnlijk effectief' of 'theoretisch goed onderbouwd'. Meer informatie over de interventies is terug te vinden in deze databank.

Tabel 5.3 Algemene interventies

Effectiviteit	Interventie	Doel	Doelgroep
Bewezen effectief	Incredible Years	Verbeteren van opvoedvaardigheden en verminderen van gedragsproblemen van kinderen	Ouders van kinderen met gedragsproblemen van 3-6 jaar
Bewezen effectief	Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	Versterken van ouderlijke sensitiviteit en het bevorderen van consistente maar sensitieve disciplineren.	Ouders van kinderen van 1-3 jaar met lastig gedrag
Theoretisch goed onderbouwd	Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)	Een veilige opvoedings-situatie creëren en hulpverlening in een vrijwillig kader (weer) mogelijk maken	Multiprobleemgezinnen met een kind jonger dan zestien jaar
Theoretisch goed onderbouwd	Jeugdhulp Thuis	De gezinssituatie veranderen zodat voor het kind een aanvaardbare opvoedings-situatie ontstaat	Multiprobleemgezinnen met kinderen van 0-18 jaar
Theoretisch goed onderbouwd	Multisysteem Therapie (MST)	Terugdringen van anti-sociaal en delinquent gedrag van het kind en verbeteren van het functioneren van de gezinsleden	Kinderen met ernstig antisociaal en delinquent gedrag, die op het punt staan om uit huis geplaatst te worden
Theoretisch goed onderbouwd	Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)	Het kind kan in een veilig gezinsklimaat opgroeien en zich ontwikkelen en de gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk	Gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis
Theoretisch goed onderbouwd	Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)	Uithuisplaatsing voorkomen of verkorten, ontwikkelingsmogelijkheden van het kind vergroten en zijn of haar gedragsproblemen verminderen, verbeteren van de communicatie tussen gezinsleden, opvoedingsvaardigheden van ouders vergroten en opvoedings-onmacht verkleinen	Gezinnen met opvoedingsproblemen waaraan een ernstige verstoorde communicatie tussen de ouders en het kind (0-18 jaar) ten grondslag ligt

Theoretisch goed onderbouwd	Beter met Thuis	Ontlasten van ouders en kinderen en het gelijktijdig mobiliseren en vergroten van de opvoedingscompetentie van de ouders, het behandelen van de problemen van de kinderen en het verbeteren van het functioneren van het gezin.	Gezinnen met complexe problematiek die zich uit in gedragsproblemen van het kind (6-15 jaar) en pedagogische onmacht van de ouders
-----------------------------	-----------------	---	--

5.5.4 Werkwijzen

Wanneer hulpverleners algemene interventies inzetten, kan het nodig zijn om specifieke werkwijzen of technieken te integreren in het hulpaanbod. Deze werkwijzen zijn specifiek gericht op de aanpak van (de gevolgen van) kindermishandeling en zijn gebaseerd op werkzame elementen in de hulp na kindermishandeling (Kolko & Swenson, 2002).

Deze paragraaf beschrijft deze specifieke werkwijzen. Er wordt een onderscheid gemaakt in werkwijzen om kindermishandeling te stoppen en herhaling te voorkomen en werkwijzen om de gevolgen voor kinderen te beperken. De meeste werkwijzen vragen specifieke kennis en – vooral – vaardigheden van de hulpverlener. Training in deze technieken en werkwijzen wordt aanbevolen om ze deskundig en zorgvuldig uit te kunnen voeren.

Stoppen van kindermishandeling en herhaling voorkomen

De Kauffman Foundation (2004) formuleerde op basis van onderzoek naar best practices in de hulp na kindermishandeling een aantal voorbeelden van werkwijzen die onderdeel zijn van effectieve interventies. De werkwijzen die achtereenvolgens aan bod komen zijn:

1. opvattingen over geweld van ouders bijstellen;
2. opvoedingsvaardigheden van ouders versterken;
3. verwachtingen en beleving van ouders over hun kind bijstellen;
4. ouders leren hoe ze stress onder controle kunnen krijgen.

ad 1. Opvattingen over geweld van ouders bijstellen

Ouders die fysiek geweld of andere vormen van geweld gebruiken, vinden dit vaak een acceptabel opvoedmiddel of weten niet hoe het anders kan. De hulpverlener die met deze ouders werkt, spreekt zijn zorgen over deze vorm van disciplineren uit en reikt ouders alternatieven voor geweld aan. Deze alterna-

tieven landen vaak beter als de hulpverlener eerst met ouders hun opvattingen over geweld heeft besproken. Er volgen vier voorbeelden van manieren waarop een hulpverlener met ouders hun opvattingen over geweld kan bespreken.

De Vragenlijst Opvattingen Ouderlijk Geweld (VOG)

De VOG meet de opvattingen van ouders over het gebruik van geweld als opvoedingsmiddel. Ouders kunnen aan de hand van een aantal items aangeven in welke mate:

- ze akkoord gaan met bepaalde stellingen (bijvoorbeeld: ‘Een klap op het achterwerk heeft nooit iemand kwaad gedaan’);
- ze geweld aanvaardbaar vinden (bijvoorbeeld: ‘omdat het kind opvliegend is’);
- ze bepaalde opvoedingspraktijken als gewelddadig beschouwen (bijvoorbeeld: ‘Het kind een tik geven’).

De hulpverlener kan met behulp van de vragenlijst met ouders in gesprek gaan over hun opvattingen. Als de scores hoog zijn, spreekt de hulpverlener zijn zorgen uit, legt uit waarom dit zorgelijk is en stelt voor om te zoeken naar alternatieven.

De winst-en-verliesrekening

De winst-en-verliesrekening is een gestructureerde methode om met een ouder voor- en nadelen van een bepaalde opvatting of aanpak door te nemen. Deze is goed bruikbaar bij het bespreken van opvattingen van ouders over geweld. De hulpverlener maakt zijn standpunt duidelijk, maar blijft ook met de ouder in gesprek en er komen alternatieven in beeld. Nadat voor- en nadelen van een bepaalde vorm van geweld in kaart zijn gebracht gaan de hulpverlener en de ouder na hoe de voordelen ook op een andere manier, die minder nadelen heeft, behaald kunnen worden. Het voordeel van het bespreken van een probleem op deze manier is dat de hulpverlener aansluit bij de beweegredenen en opvattingen van de ouder.

Opvoedingsstijl bespreken

Ouders hanteren verschillende opvoedingsstijlen. Opvoedingsstijlen zijn gebaseerd op overtuigingen en opvattingen over de opvoeding. In de praktijk blijken ouders, afhankelijk van de situatie, regelmatig gebruik te maken van verschillende stijlen. De democratische opvoedingsstijl, die wordt gekenmerkt door warmte en begrenzing, wordt doorgaans beschouwd als de meest adequate. Kinderen van ouders die deze stijl hanteren, hebben doorgaans de beste

ontwikkelingsuitkomsten. Het gedrag van ouders die opvoedingsgeweld gebruiken, wordt vaak geassocieerd met extreme vormen van een autoritaire opvoedingsstijl. De ouders tonen weinig sensitiviteit voor de behoeften of emoties van hun kinderen en maken gebruik van harde strategieën om het gedrag van hun kind te controleren. Een permissief onverschillige opvoedingsstijl heeft overeenkomsten met emotionele verwaarlozing.

De hulpverlener bespreekt met de ouders hun opvoedingsstijl, observeert hun manier van opvoeden, bespreekt zijn observaties met de ouders en stelt hen vragen. Mogelijke vragen zijn: hoe zou u uw opvoedingsstijl willen beschrijven? Wat zijn voordelen? Wat zijn nadelen? Hoe gaat u om met regels, regelovertreding, ongewenst gedrag van uw kind? Wat is de rol van fysieke bestraffing en andere vormen van geweld hierin? Waar bent u tevreden over? Waarover heeft u vragen of twijfels?

Opvoedingsgeschiedenis bespreken

De hulpverlener probeert de opvoedingsstijl van ouders ook in verband te brengen met hun eigen opvoedingsgeschiedenis. Vragen die hij kan stellen zijn: hoe bent u zelf opgegroeid? Hoe gingen uw ouders met u om? Hoe werd er met regels omgegaan? Op welke wijze kreeg u te horen wat van u verwacht werd? Was er wel eens geweld in uw gezin? Hoe heeft dit u beïnvloed? Hoe staat u daar nu tegenover? Wat is de invloed van uw eigen opvoeding op de ideeën over opvoeding die u nu heeft? Denkt u hier wel eens over na? Maakt u zich hier wel eens zorgen over? Op deze manier probeert de hulpverlener de ouder zicht te laten krijgen op zijn cognities en overtuigingen over de opvoeding en deze bespreekbaar te maken.

Ouders informeren over de gevolgen van geweld voor het kind

Ouders kunnen heel uiteenlopende opvattingen hebben over de gevolgen van geweld voor het gedrag van hun kind. Ze kunnen denken dat het kind er beter door leert luisteren, dat het kind er sterk van wordt of dat het geen kwaad kan omdat de ouder er zelf ook niet slechter van geworden is. De hulpverlener probeert met de ouders in gesprek te komen over hun ideeën over deze gevolgen en probeert hun opvattingen bij te stellen door hen te informeren.

ad 2. Opvoedingsvaardigheden van ouders versterken

Nadat de hulpverlener met ouders heeft besproken dat geweld schadelijk is voor kinderen en nagegaan is waar verbeterpunten liggen in de opvoedingssituatie, maakt hij een start met het versterken van opvoedingsvaardigheden van ouders.

Hiervoor maakt hij gebruik van leertheoretische principes. De hulpverlener benut deze zowel bij de keuze van vaardigheden die de ouder kan gebruiken (wat hij de ouders leert) als bij de manier waarop hij deze aan ouders leert (hoe hij de ouders deze vaardigheden leert).

Ouders die hun kind mishandelen hebben vaak moeite met sensitiviteit. Ze vinden het moeilijk om aan te voelen wat er in het kind omgaat en om adequaat te reageren op de behoeften van het kind. Ook beschikken ze over onvoldoende mogelijkheden voor adequate disciplineren, waarbij het gaat om het stimuleren van gewenst en het verminderen van ongewenst gedrag van hun kind. Ze maken veelal gebruik van niet-effectieve disciplineringsstechnieken en hebben moeite met het consequent hanteren van regels en grenzen. Bij het versterken van opvoedingsvaardigheden moet de hulpverlener in elk geval aandacht besteden aan deze twee belangrijke vaardigheden.

ad 3. Verwachtingen en beleving van ouders over/van hun kind bijstellen

Verwachtingen zijn gedachten en ideeën over hoe iets zou moeten zijn. Alle ouders hebben verwachtingen van hun kind. Ouders die hun kind mishandelen, hebben vaak te hoge of juist te lage verwachtingen van hun kind en van zichzelf. De hulpverlener die met deze ouders werkt, probeert zicht te krijgen op hun verwachtingen en deze waar nodig bij te stellen. De onderdelen die in deze paragraaf aan bod komen zijn: verwachtingen over wat het kind kan, verwachtingen van de ouder van het kind en de beleving van de ouder van het kind bijstellen.

Verwachtingen van wat het kind kan

Verwachtingen over wat het kind kan én nog niet kan, zijn idealiter gebaseerd op het ontwikkelingsniveau van het kind. Ouders die geweld in de opvoeding gebruiken of hun kind verwaarlozen, hebben vaak onvoldoende kennis over het ontwikkelingsniveau van hun kind, waardoor ze het gedrag van hun kind niet goed begrijpen en niet snappen waarom hun kind nog niet kan. Ze zullen zich eerder ergeren en niet denken in termen van 'het kan het nog niet'. Als de hulpverlener de indruk heeft dat de ouder onvoldoende kennis heeft over de ontwikkeling van zijn kind, geeft hij de ouder psycho-educatie. Hierbij geeft hij informatie over de verschillende ontwikkelingsstadia en -behoeften van het kind en de betekenis daarvan voor het gedrag van ouders. Hij geeft hier de ouder ook schriftelijke informatie over. Hij vergelijkt het gedrag van het kind met deze ontwikkelingsstadia en vraagt wat de ouder herkent en wat niet, waar de ouder moeite mee heeft, wat voor gevoelens dit oproept en waarover de ouder vragen heeft.

Verwachtingen van de ouder van het kind

Ouders die hun kind mishandelen of hebben mishandeld, zijn vaak teleurgesteld over wat hun kind hen geeft. In plaats van de positieve bijdrage aan hun leven die zij van hun kind verwachten, ervaren zij het kind juist vaak als teleurstellend. Het is belangrijk dat de hulpverlener met de ouders deze verwachtingen in kaart brengt en hierover met de ouder van gedachten wisselt. De hulpverlener kan de volgende vragen stellen:

- Wat waren uw verwachtingen / fantasieën over uw kind? Bijvoorbeeld toen u zwanger was?
- Welke verwachtingen zijn wel uitgekomen? Welke niet?
- Hoe ziet uw 'ideale' kind er uit?
- Waaraan voldoet uw kind wel en waaraan niet? En in welke mate?
- Wat is reëel? Wat kunt u wel en wat kunt u niet van uw kind voor uzelf verwachten?
- Kunt u wat u voor zichzelf nodig hebt ook op een andere manier krijgen?

Op deze manier wordt de ouder zich bewust van zijn verwachtingen, overweegt deze en leert een onderscheid te maken tussen wat voor zichzelf en voor het kind nodig is en wat hij wel en niet van het kind kan en mag verwachten.

De beleving van de ouder over het kind bijstellen

Ouders die geweld in de opvoeding gebruiken, hebben vaak een negatieve beleving van hun kind. Dit uit zich in het niet voldaan zijn over de zorg voor het kind of de zorg als een last ervaren. Ze beleven vaak weinig plezier aan de ontwikkeling en het opgroeien van het kind en ervaren soms weinig affectie van en voor het kind. De beleving van ouders is gerelateerd aan wat ouders over hun kind denken, de cognities die ouders over hun kind hebben. Bij ouders die hun kind mishandelen is vaak sprake van een negatief of verstoord denkpatroon. Dit wordt versterkt wanneer ouders in een stressvolle situatie zitten. Negatieve of verstoorde gedachten hebben betrekking op het kind, de situatie of op de ouder zelf. Voorbeelden van verstoringen in het denken zijn:

- de ouder interpreteert een situatie verkeerd, door bijvoorbeeld te denken dat het kind iets doet om de ouder dwars te zitten, terwijl het gedrag ook per ongeluk zou kunnen zijn;
- de ouder geeft het kind de schuld van problemen die hij heeft;
- de ouder ziet het kind als de oorzaak van het falen als ouder;

- de ouder denkt heel negatief over zichzelf of over zijn eigen mogelijkheden en heeft het idee dat het kind ook negatief over hem denkt;
- de ouder denkt dat hij het niet meer aankan.

Negatieve of verstoorde gedachten hebben tot gevolg dat ouders eerder controle zullen verliezen als hun kind zich misdraagt. Ze ervaren minder mogelijkheden en hebben minder energie om een lastige situatie aan te pakken. Een gevolg is dat ouders eerder boos op hun kind reageren of op een negatieve manier met het kind communiceren, zelfs als het kind zich goed gedraagt. Hierdoor is de kans groter dat het kind juist ongewenst gedrag zal vertonen, bijvoorbeeld omdat het denkt dat het toch niet uitmaakt wat het doet.

Belemmerende gedachten veranderen

Het veranderen van negatieve of verstoorde gedachten in meer ondersteunende gedachten vindt plaats aan de hand van drie stappen:

1. *Negatieve gedachten opsporen.* Het opsporen van negatieve gedachten vindt doorgaans plaats aan de hand van een incident, waarbij deze gedachten een rol speelden. Bijvoorbeeld: een moeder vertelt dat haar dochter een beker melk omgooide en ze tegen haar dochter had geschreeuwd en haar een tik had gegeven. Vragen zijn dan:
 - Wat dacht u toen dit gebeurde (ze doet het expres, ze is ook altijd zo onvoorzichtig)?
 - Hoe voelde u zich (zeer geïrriteerd, boos)?
 - Wat deed u vervolgens (schreeuwen en een tik geven)?
 Aan de hand hiervan legt de hulpverlener het verband uit tussen gedachten, gevoelens en gedrag.
2. *Gedachten uitdagen.* Wanneer de negatieve gedachten helder zijn, gaat de hulpverlener deze gedachten bevragen. Vragen hierbij zijn:
 - Wat zijn de nadelen van deze gedachten?
 - Hebben deze gedachten ook voordelen?
 - Helpen deze gedachten u om te bereiken wat u wilt?
 - Komen deze gedachten overeen met de realiteit?
 Bij het uitdagen van negatieve gedachten komen vaak al alternatieven naar voren.
3. *Positieve gedachten formuleren en toepassen.* De hulpverlener gaat na of de ouder zijn/haar negatieve gedachten kan inruilen voor meer positieve gedachten. De vraag hierbij is: welke gedachten kunnen u helpen om te bereiken wat u wilt? Basisvragen zijn:

- Welke gedachte zou wel helpen?
- Hoe zou u anders naar de situatie kunnen kijken?

Op basis hiervan formuleert de hulpverlener samen met de ouder positieve gedachten. Bijvoorbeeld: ze doet het niet expres, ze moet nog beter leren opletten.

ad 4. Ouders leren hoe ze stress onder controle kunnen krijgen

Ouders die geweld in de opvoeding gebruiken, weten vaak niet goed hoe ze om moeten gaan met stressvolle situaties. Dit kan leiden tot hardhandig of juist onverschillig gedrag ten opzichte van het kind. Het is dan ook belangrijk dat zij leren hun stress onder controle te krijgen.

Een eerste stap in het leren hanteren van stress bestaat uit het bewust worden van emoties die stressvolle situaties kunnen oproepen en van de manier waarop deze emoties het gedrag kunnen beïnvloeden. Aan de hand van gesprekken en vragenlijsten gaat de hulpverlener met de ouder na wat hun bronnen van stress zijn. Mogelijkheden zijn:

- kind: temperament, eigenschappen, gedragskenmerken, ontwikkelingsniveau;
- ouder: mogelijkheid om met frustratie om te gaan, zelfcontrole te laten zien, gezondheid, psychisch functioneren;
- familie: relatieproblemen, problemen met gezinsleden, broers en zussen;
- omgeving: lawaai, geweld, gebrek aan ondersteuning.

Aan de hand hiervan gaat de hulpverlener na hoe de ouder reageert als hij gestrest is. Wanneer de ouder zich bewust is van de stresssituaties en de emoties die hierin een rol spelen, is een volgende stap het reguleren of beïnvloeden van deze emoties.

De hulpverlener maakt duidelijk wat de invloed van stress is op gedrag: als je gestrest bent, is het moeilijker om eerst te denken en dan te doen. Je herkent dan geen waarschuwingssignalen meer. Aan de hand van concrete situaties gaat de hulpverlener met de ouder na hoe stress zich opbouwt. Meestal zijn emoties in eerste instantie nog beheersbaar, bijvoorbeeld 'een opgejaagd gevoel', en kunnen ze opgevat worden als signaal om in actie te komen of hulp of steun te zoeken. Als de intensiteit van de emotie toeneemt, wordt het steeds lastiger om er greep op te krijgen. De hulpverlener leert de ouder dit 'point of no return' te herkennen en hierop te anticiperen.

Een hulpmiddel om stress te leren herkennen, is het bijhouden van een ‘irritatie-dagboek’. Hierin beschrijft de ouder irritaties of andere belemmerende emoties op bepaalde tijdstippen. Ook diverse creatieve technieken, zoals kaartjes met uitgebeelde emoties, kunnen een ouder helpen emoties te leren herkennen en een naam te geven. Hierdoor leert de ouder onderscheid maken tussen uitlokkende gebeurtenissen of stimuli en de emoties die deze gebeurtenissen oproepen. De hulpverlener kan ook gebruik maken van concrete, beeldende technieken, zoals het ‘stoplicht’. Bij het stoplicht staat ‘groen’ voor een goed gevoel en doorgaan; ‘oranje’ voor een onaangenaam maar nog beheersbaar gevoel waarbij je moet stoppen, denken en dan pas doen; ‘rood’ voor een moeilijk beheersbaar onaangenaam gevoel (eigenlijk ben je te laat maar misschien kun je nog aan de noodrem trekken).

Een ander hulpmiddel is de ‘thermometer’ (Spanjaard & Haspels, 2005).

Hierbij wordt het gevoel in bepaalde situaties geconcretiseerd aan de hand van een thermometer waarvan de temperatuur oploopt. De gedragsalternatieven die iemand kan inzetten om het gevoel in de hand te houden of om te buigen worden op een eerste-hulp-kaart gezet, bijvoorbeeld: even buiten een sigaretje roken of de andere kant uitkijken.

Gevolgen voor kinderen beperken

Hulp aan mishandelde kinderen moet zich richten op het herstellen van de emotionele en lichamelijke schade, het verwerken van de mishandeling, het bieden van nieuwe ontwikkelingskansen en het verminderen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Hierin moeten onder meer de volgende kindgerichte componenten aan bod komen (Kauffman Foundation, 2004):

- psycho-educatie over kinderrechten en veiligheid van kinderen;
- interventies gericht op emoties, zoals training in herkennen en benoemen van gevoelens, uitdrukken van verdriet en omgaan met angst en stress;
- vaardigheden om te leren omgaan met dagelijkse problemen;
- uitbreiding van sociale ondersteuning en vaardigheidstraining om sociale competentie te vergroten.

Toegelicht wordt hoe cognitieve en emotiegerichte strategieën worden ingezet in het werken met mishandelde kinderen.

1. Cognitieve technieken

Verhelderen en veranderen van de visie van het kind op geweld

Bij de behandeling van een kind met geweldservaringen gaat de hulpverlener na wat de visie is van het kind op geweld. Om te beginnen zoekt de hulpverlener samen met het kind woorden om de gebeurtenissen te benoemen en om het geweld aan te duiden.

Hierna gaat de hulpverlener samen met het kind na wat zijn visie is op wat er gebeurd is. Ook legt de hulpverlener het kind een aantal fictieve algemene voorbeeldsituaties voor, waarbij hij nagaat hoe het kind staat tegenover het gebruik van geweld om iets gedaan te krijgen en invloed uit te kunnen oefenen. Vaak blijkt dat de visie van het kind op het gebruik van geweld deels overeenkomt met die van de ouder. Hierna kan de hulpverlener de antwoorden van het kind uitdagen ('Werkt het altijd zo?' 'Zijn er ook negatieve gevolgen?' 'Hoe werkt dat op de lange termijn?').

Vervolgens praat de hulpverlener met het kind door over zijn visie op de gevolgen van het geweld. In eerste instantie in algemene zin ('Wat denk je hoe dit kinderen kan beïnvloeden?' 'Soms zie je dat kinderen het moeilijk vinden om anderen te vertrouwen'). Vervolgens stapt de hulpverlener over op de visie van het kind op de gevolgen van het geweld voor zichzelf. Reacties kunnen zeer uiteenlopend zijn. Sommige kinderen zijn geneigd de reacties te bagatelliseren ('Het was niet zo erg'). Juist dit is voor de hulpverlener een belangrijk aandachtspunt omdat sommige kinderen geneigd zijn de gevolgen voor zich te houden en daardoor moeilijker te helpen zijn.

Psycho-educatie over geweld

De hulpverlener geeft het kind uitleg over wat geweld is, wat mag en niet mag in de opvoeding, wat in de wet staat en waarom dit zo is (om kinderen te beschermen). In het kader van psycho-educatie maakt de hulpverlener het kind ook duidelijk dat er een verschil is tussen disciplineren ('zorgen dat kinderen doen wat hun ouders willen') en gebruik van geweld; disciplineren kan ook op andere manieren.

De hulpverlener gaat ook na in welke mate het kind de verantwoordelijkheid voor het geweld in huis aan zichzelf toeschrijft. Vaak zijn kinderen geneigd dit te doen. Als dit het geval is legt de hulpverlener uit dat het kind alleen verantwoordelijk is voor zijn eigen gedrag, maar niet voor dat van zijn ouders.

2. Technieken gericht op emoties

Omgaan met stress en angst

Mishandelde kinderen kunnen te maken krijgen met angststoornissen of verschijnselen van een posttraumatische stressstoornis. Ze kunnen herinneringen aan of associaties met de mishandeling generaliseren naar andere situaties en in die situaties hevige angsten krijgen. Het is van belang dat het kind onderscheid leert maken tussen deze situaties en er greep op leert krijgen. De hulpverlener gaat met het kind na welke gevoelens het heeft (herkennen en onderscheiden) en leert het kind hiermee om te gaan. Herkenning van gevoelens ('iets in je lijf wat je niet ziet') gaat vaak aan de hand van lichamelijke signalen en het luisteren naar je eigen stem. Hierna leert de hulpverlener het kind verschillende gevoelens aan specifieke situaties te relateren. De hulpverlener maakt hierbij ook gebruik van ademhalingstechnieken, ontspanningsoefeningen en geleidelijke toenadering van de stressvolle of angstige situatie die vermeden wordt.

Omgaan met woede

Kinderen met geweldservaringen hebben vaak moeite om met boosheid en agressie om te gaan. Ook hierbij zijn cognitief gedragsmatige technieken zinvol om toe te passen. De hulpverlener bespreekt met het kind wat de negatieve consequenties zijn van agressief gedrag of juist boosheid binnenhouden en wat de voordelen zijn wanneer je laat zien dat je boos bent op een manier die niet bedreigend is voor anderen. Hierna leert het kind onderscheid te maken tussen verschillende situaties die boosheid op kunnen roepen. Vervolgens leert het kind interne (fysieke en cognitieve) signalen onderscheiden en krijgt het alternatieven aangereikt.

5.6 Monitoren en evalueren

Monitoren

In het hulpverleningsplan zijn afspraken vastgelegd over monitoring van de hulpverlening. Monitoren is het systematisch bijhouden of de beoogde vooruitgang daadwerkelijk plaatsvindt: verloopt de hulp volgens plan? Wordt er vooruitgang geboekt op de te behalen doelen? Wat belemmert het bereiken van verandering? Dat betekent dat gedurende het hulpverleningstraject in een of meer gesprekken met de betrokkenen de doelen en activiteiten uit het hulpverleningsplan worden besproken en waar nodig bijgesteld. De volgende vragen aan ouders en kinderen kunnen daarbij behulpzaam zijn:

- Wat heb je al wel bereikt en wat heb je nog niet bereikt?
- Wat werkt je tegen bij het behalen van jouw doel/doelen?
- Wat heb je nog nodig om jouw doelen te bereiken?
- Wie kan of kunnen je helpen om jouw doelen te bereiken?
- Wanneer wil je jouw doelen bereikt hebben?

Naast de voortgang van de hulp is het belangrijk om tijdens de hulp de veiligheid in het gezin te monitoren. Wanneer een hulpverlener vermoedt dat veiligheid voor een kind niet (voldoende) gewaarborgd kan worden, zal hij extra informatie gaan verzamelen en beoordelen of er inderdaad mogelijke risico's voor de veiligheid van het kind dreigen. Wanneer veiligheidsvragen tijdens een lopend hulpverleningstraject een rol (gaan) spelen, is het van belang om direct een nieuw veiligheidsplan te maken en gerichte hulpverlening in te zetten.

Evalueren

Aan het eind van het hulpverleningstraject worden de resultaten van de hulp geëvalueerd. Tijdens de evaluatie wordt beoordeeld of de beoogde doelen zijn gehaald en of er nog ondersteuning nodig is om terugval te voorkomen (nazorg). Alle betrokkenen zijn hierbij vertegenwoordigd.

Wanneer er sprake is (geweest) van kindermishandeling en/of dreiging van gevaar of geweld wordt specifiek geëvalueerd of de doelen met betrekking tot de kindveiligheid gerealiseerd zijn. Op dit moment staat de hulpverlener met het gezin specifiek stil bij situaties waarin een terugval zich voor zou kunnen doen. Zij maken samen concrete afspraken over wat de verschillende gezinsleden kunnen doen als het onverhoopt weer misgaat. Waar nodig worden hierbij ook afspraken met andere instellingen gemaakt. Zo wordt veiligheid geborgd en worden eventuele risico's hanteerbaar.

De hulpverlening kan worden afgesloten als de geboden behandeling voldoende blijvend resultaat heeft opgeleverd voor het kind en zijn opvoeders en zij dus op eigen kracht verder kunnen. Bovendien hebben de betrokken hulpverleners voldoende vertrouwen dat het kind en zijn ouders bij het afsluiten van de hulp in staat zijn om terugval in oude patronen te voorkomen of bij terugval opnieuw hulp kunnen vragen (Ten Berge e.a., 2003).

5.7 Kernpunten

- Het hulpverleningsplan bestaat uit: een samenhangend beeld van de problematiek, een veiligheidsplan, hulpverleningsdoelen, afspraken over wat het gezin en het netwerk zelf kunnen veranderen, afspraken over professionele interventies, afspraken over afstemming en coördinatie en afspraken over monitoring van vooruitgang en evaluatie.
- Bij het opstellen van het hulpverleningsplan werkt de hulpverlener in dialoog met het gezin; hij geeft op basis van expertise over wat werkt een deskundig advies over welke hulp het meest effectief is voor de problemen in het gezin.
- Het veiligheidsplan is een belangrijk onderdeel van het hulpverleningsplan. Daarin zijn concrete afspraken en acties beschreven waarmee de veiligheid van het kind gewaarborgd kan worden.
- De twee algemene doelen voor de hulp na kindermishandeling zijn: (1) het kind verblijft in een opvoedingssituatie die voldoende veiligheid biedt en (2) de gevolgen voor het kind zijn verwerkt, hersteld of verminderd, zodat het kind zich (weer) goed kan ontwikkelen. In aansluiting op de algemene doelen stelt de hulpverlener met het gezin specifieke doelen op voor de ouders, het kind en het gezin als geheel.
- De hulpverlener onderzoekt samen met het gezin wat het zelf kan, wat het met hulp en steun van zijn sociale netwerk kan en waar het professionele hulp bij nodig heeft.
- De hulpverlener maakt een inschatting van de kans op goede resultaten van hulp, gebaseerd op de veranderingsmogelijkheden en de veranderingsbereidheid van ouders.
- De hulpverlener zet bij voorkeur een specifieke interventie in, waarvan ook uit onderzoek blijkt dat die effectief is. Wanneer deze niet beschikbaar is, zijn algemene interventies gericht op een of meer doelen een alternatief. Daarbij kan het nodig zijn om specifieke werkwijzen of technieken die expliciet gericht zijn op de aanpak van (de gevolgen van) kindermishandeling te integreren in het hulpaanbod.
- Tijdens de uitvoering van de hulp is het belangrijk om de voortgang van de hulp en de veiligheid te monitoren. Tijdens de evaluatie wordt beoordeeld of de beoogde doelen zijn behaald en of er nog ondersteuning nodig is om terugval te voorkomen.

6 Samen werken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders

Hulp aan mishandelde kinderen en hun ouders moet gericht zijn op alle factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van de mishandeling en bestaat uit interventies gericht op verschillende systemen: kind, ouders, gezin en omgeving. De hulp strekt zich daardoor in de meeste gevallen uit over verschillende instellingen en werkvelden. Het betreft onder meer de jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugd-ggz maar ook reguliere gezondheidszorg en volwassenzorg zoals de GGZ, verslavingszorg, algemeen maatschappelijk werk of vrouwenopvang. Samenwerking tussen instellingen is noodzakelijk om te zorgen dat de verschillende hulpvormen zowel inhoudelijk als organisatorisch goed op elkaar aansluiten. Multidisciplinaire samenwerking en intersectorale samenwerking is een interactief en zich ontwikkelend proces. Effectieve nieuwe samenwerking bouwt vaak voort op bestaande coöperatieve relaties. Het realiseren van succesvolle samenwerking kost tijd: een ontwikkelingstijd van tien tot vijftien jaar is over het algemeen nodig om te komen tot succesvolle samenwerkingsverbanden (Van Delden, 2009).

In de praktijk blijkt samenwerking tussen verschillende werkvelden en disciplines niet eenvoudig te organiseren. Dit hoofdstuk gaat in op succesfactoren en knelpunten bij het organiseren van samenwerking tussen organisaties om een gezamenlijk hulpaanbod te realiseren voor mishandelde kinderen en hun gezinnen. Na een overzicht van wat bekend is uit onderzoek over effectieve samenwerking bij hulp na kindermishandeling (paragraaf 6.1), wordt het ontwikkelingsproces van een samenwerkingsverband beschreven (paragraaf 6.2). Vervolgens komen in paragraaf 6.3 de factoren aan de orde die van belang zijn bij het realiseren van samenwerking. Tot slot worden, in de vorm van een checklist, de belangrijkste succesfactoren samengevat (paragraaf 6.4). Deze checklist ‘SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders’ biedt een hulpmiddel voor zowel bestuurders en managers als uitvoerende professionals om de samenwerking bij hulp na kindermishandeling gezamenlijk te bespreken, te beoordelen en te verbeteren.

6.1 Onderzoek naar samenwerking bij hulp na kindermishandeling

Zowel in Nederlandse literatuur als in de internationale literatuur is veel aandacht voor het organiseren van samenwerking tussen organisaties die zorg bieden aan kinderen en gezinnen. In Nederland bestaan verschillende publicaties over dit onderwerp waarbij factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van samenwerking tussen instellingen zijn geïnventariseerd (Integraal Toezicht Jeugdzaken, 2009; Nederlands Jeugdinstituut, 2012; Van der Zijden & Diephuis, 2012). Deze publicaties hebben betrekking op de samenwerking in de hulp aan gezinnen met complexe problemen omdat juist bij deze gezinnen een integraal hulpaanbod noodzakelijk is. Studies waarin specifiek aandacht is voor factoren die van belang zijn in de samenwerking tussen instellingen die hulp bieden na kindermishandeling zijn niet gevonden. Wel zijn in aantal publicaties over hulp aan mishandelde kinderen knelpunten in de samenwerking geconstateerd (Algemene Rekenkamer, 2008; Gezondheidsraad, 2011; Integraal Toezicht Jeugdzaken, 2009; Kooijman e.a., 2010). Nederlands onderzoek waarbij de effectiviteit is vastgesteld van de samenwerking bij hulp aan mishandelde kinderen en hun gezinnen is niet beschikbaar. In het algemeen geldt dat onderzoek naar het resultaat van samenwerking tussen zorgvoorzieningen voor de doelgroep of de maatschappij nog weinig is uitgevoerd (Van Delden, 2009; Minkman & Ahaus, 2007).

In internationale literatuur zijn meerdere studies gevonden waarin de samenwerking van organisaties rond kindermishandeling centraal staat. In verschillende onderzoeken zijn factoren geïnventariseerd die van invloed zijn op de samenwerking tussen instellingen die betrokken zijn bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling. Het meeste onderzoek is beschrijvend van aard: professionals uit verschillende betrokken organisaties zijn ondervraagd over succesfactoren en knelpunten. Ook internationaal onderzoek naar effecten van samenwerking voor de doelgroep is beperkt (Banks e.a., 2008; Horwath & Morrison, 2007).

Voor het inventariseren van de knelpunten en succesfactoren in dit hoofdstuk is zowel gebruikgemaakt van de Nederlandse literatuur als buitenlands onderzoek. Beperking van de Nederlandse literatuur is dat geen specifieke studies bestaan over samenwerking rond kindermishandeling. Nadeel van internationale studies naar de samenwerking bij hulp na kindermishandeling is dat deze betrekking hebben op een ander land waarin de zorg anders is georganiseerd. In het

algemeen is er nog weinig bewijs voor effecten van de samenwerking tussen organisaties voor de kinderen en gezinnen die hulp ontvangen. Gezien deze beperkingen is voor dit hoofdstuk in aanvulling op de literatuur bij twee regionale samenwerkingsverbanden, waar meerdere instellingen samen aan de slag zijn gegaan om een gezamenlijk hulpaanbod te realiseren na kindermishandeling, nagegaan welke mogelijkheden en knelpunten in de praktijk bestaan. In Gelderland hebben 32 instellingen een convenant 'Intersectorale aanpak van kindermishandeling in Gelderland' ondertekend. In een twee jaar durend project werken zij gezamenlijk aan een integraal hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun gezinnen. In Amsterdam is een multidisciplinaire aanpak ontwikkeld waarin verschillende organisaties samenwerken om een integraal hulpaanbod voor multiprobleemgezinnen te organiseren (MDO-plus). Nagegaan is welke specifieke factoren een rol spelen bij het organiseren van hulp voor de gezinnen waar kindermishandeling deel uitmaakt van de problematiek. Ook in regiobijeenkomsten die in het kader van Regionale Aanpak Kindermishandeling 2011-2012 hebben plaatsgevonden, zijn de mogelijkheden en knelpunten in de samenwerking in de praktijk verzameld.

6.2 Samenwerken: een ontwikkelingsproces

Samenwerking tussen professionals en organisaties kan verschillende vormen aannemen. In de praktijk van de jeugdbescherming zijn vijf vormen van samenwerking te onderscheiden (Horwath & Morrison, 2007):

1. Communicatie: individuen uit verschillende disciplines communiceren met elkaar.
2. Coöperatie: incidentele samenwerking afhankelijk van een bepaalde case.
3. Coördinatie: meer geformaliseerde samenwerking maar geen sancties wanneer een partner niet aanwezig is.
4. Coalitie: gezamenlijke structuur waarin de autonomie enigszins wordt beperkt.
5. Integratie: organisaties gaan op in een nieuw gecreëerde gezamenlijk identiteit.

Om een duurzaam gezamenlijk hulpaanbod te realiseren voor mishandelde kinderen en hun gezinnen is structurele samenwerking noodzakelijk. Dit betekent dat hiervoor een samenwerkingsvorm nodig is waarbij sprake is van coördinatie, coalitie of eventueel integratie.

Multidisciplinaire samenwerking en intersectorale samenwerking ontwikkelen zich stapsgewijs (Van Delden, 2009). Op basis van een reeks van kleine successen waarin de partners geleidelijk vertrouwen in elkaar opbouwen groeit de samenwerking. De start van een samenwerkingsverband is vaak een intensivering van al bestaande samenwerkingsrelaties. Vervolgens ontwikkelen samenwerkingsverbanden zich in een aantal fasen. In een voorbereidingsfase wordt de bestaande samenwerking geëvalueerd en worden gezamenlijk plannen gemaakt. In de tweede fase, de ontwikkelingsfase, worden plannen in praktijk gebracht en verder ontwikkeld. De derde fase is de fase waarin plannen zijn gerealiseerd en geborgd. Daarna kan verbreding en verdieping van de samenwerking ontstaan. Samenwerking vindt plaats op verschillende niveaus: tussen organisaties op bestuurlijk niveau maar ook tussen professionals op uitvoerend niveau. Het is noodzakelijk om samenwerking te realiseren op beide niveaus omdat anders stagnatie in de ontwikkeling van de samenwerking ontstaat. Wanneer alleen op bestuursniveau plannen worden gemaakt zonder aan de uitvoeringspraktijk toe te komen, stagneert de ontwikkeling van de samenwerking. Als alleen praktisch wordt samengewerkt, komt een gestructureerde samenwerking en verbreding en verdieping niet van de grond.

Om samenwerking te realiseren en te ontwikkelen, is een aanpak met een sterk top-downkarakter meestal contraproductief. Een ontwikkelingsstrategie waarbij praktische samenwerking en het gezamenlijk aanpakken van concrete problemen wordt gestimuleerd en gefaciliteerd, leidt tot betere resultaten (Van Delden, 2009).

Bij de ontwikkeling van samenwerking om te komen tot een gezamenlijk hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun gezinnen kunnen verschillende belemmeringen en succesfactoren een rol spelen. Uit de literatuur en ervaringen uit de praktijk zijn zeven domeinen naar voren gekomen die van belang zijn bij het realiseren van samenwerking bij hulp na kindermishandeling. De zeven domeinen zijn:

1. een gezamenlijk perspectief;
2. de juiste partners en samenwerkingsafspraken;
3. respectvolle samenwerkingscultuur;
4. duidelijke regie;
5. ondersteunende werkafspraken;
6. effectiviteit van het aanbod;
7. systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering.

In de volgende paragraaf worden succesfactoren en belemmeringen per domein beschreven.

6.3 Succesfactoren en belemmeringen

6.3.1 Domein 1: Een gezamenlijk perspectief

Het eerste domein gaat over het belang van een gezamenlijk perspectief. Om goed samen te kunnen werken is een zekere mate van overeenstemming nodig tussen organisaties en professionals: een gezamenlijke probleemanalyse, een gedeelde visie, gezamenlijke doelen en helderheid over de doelgroep waar de samenwerking zicht op richt.

Uit de literatuur blijkt dat het ontbreken van een gezamenlijk perspectief knelpunten veroorzaakt in de samenwerking tussen organisaties rondom hulp aan gezinnen waar sprake is van kindermishandeling. Vooral het verschil in perspectief tussen zorgorganisaties gericht op volwassenen of algemene basiszorg en organisaties gericht op zorg voor kinderen lijkt een knelpunt in de samenwerking (Davies & Ward, 2012; Lessard e.a., 2006). Davies en Ward constateren dat organisaties voor volwassenenzorg focussen op de volwassenen uit het gezin. Assessment van de impact van problemen van ouders op de kinderen is geen gebruikelijk onderdeel in zowel de volwassenenzorg als de jeugdzorg. Ook constateren zij dat diverse organisaties verschillende definities van kindermishandeling gebruiken, met name op het punt van verwaarlozing en/of psychische mishandeling, waardoor geen eenduidige indicatiecriteria bestaan. Uit het onderzoek van Lessard en collega's blijkt dat tussen organisaties gericht op volwassenen en organisaties gericht op kinderen verschillen bestaan in de wijze waarop gekeken wordt naar zowel het probleem als de oplossingen van het probleem.

In de Nederlandse publicaties over factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van de samenwerking in de (jeugd)zorg wordt het belang van een gedeelde probleemanalyse, een gemeenschappelijke visie en gezamenlijke concrete doelen bevestigd.

Gedeelde probleemanalyse

Een gezamenlijke probleemanalyse voorkomt tegenstrijdige acties van organisaties en professionals die betrokken zijn bij gezinnen. Organisaties moeten overeenstemming hebben met elkaar over wat het probleem is waar het samenwerkingsverband zich op richt, maar ook over de problemen in de bestaande samenwerking.

Vragen waar een gezamenlijk antwoord op moet komen zijn: wat zijn de ernst en de omvang van kindermishandeling in de regio? Wat is nodig om kindermishandeling te stoppen? Wat mist er in het aanbod in de regio? Hoe verloopt de bestaande samenwerking? In een onderzoek van de samenwerkende inspecties komt naar voren dat in de onderzochte gemeente geen sprake was van een gedeelde probleemanalyse waardoor er onvoldoende zicht is op de aard en omvang van de kindermishandeling. Doordat de aard en omvang van het probleem onvoldoende bekend was konden voorzieningen onvoldoende op de problemen in spelen (Integraal Toezicht Jeugdzaken, 2009). Een analyse van 'behoeften en lacunes' is behulpzaam om een gezamenlijk plan te maken en prioriteiten te stellen (Banks e.a., 2008). Door gezamenlijk in kaart te brengen wat de problemen zijn en wat nodig is, kunnen gemeenschappelijke doelen worden bepaald. Daarnaast is een analyse van sterke en zwakte punten van de bestaande samenwerking zinvol om gezamenlijk vast te stellen wat nodig is om de samenwerking te verbeteren of te verbreden (Horwath & Morrison, 2007). Ook op het niveau van de uitvoering van de zorg aan een gezin is een gedeelde probleemanalyse, waarin de problematiek en de sterke kanten van alle gezinsleden en leefgebieden zijn betrokken, uitgangspunt voor een gemeenschappelijk plan. Dit betekent dat de betrokken professionals het eens zijn over wat er aan de hand is in het gezin. Een gedeelde probleemanalyse brengt niet alleen breed alle factoren die een rol spelen bij de mishandeling in kaart, het helpt professionals ook inzicht te krijgen in elkaars visie en expertise. De ouders en, afhankelijk van de leeftijd, ook het kind, worden in ieder geval betrokken bij de probleemanalyse. Ook met hen wordt naar overeenstemming gestreefd over wat er aan de hand is en wat nodig is. Uit de praktijk blijkt dat, omdat de veiligheid van kinderen in het geding is, de handelingsdruk groot is. Een valkuil is dan dat aan de gezamenlijke analyse van de problemen beperkt aandacht wordt besteed. In de praktijk wordt Signs of Safety als een veelbelovende werkwijze ervaren om, gezamenlijk met het gezin, problemen en oplossingen in kaart te brengen.

Gedeelde visie

Een gemeenschappelijke visie op opvoeden en opgroeien van kinderen, de ondersteuning en hulp die daarbij soms nodig is, en het nut en de noodzaak tot samenwerken is van belang bij de samenwerking tussen organisaties en professionals. Het gaat er hierbij om dat de betrokken organisaties en professionals geen misverstanden hebben als gevolg van verschillende visies, definities, opvattingen en benaderingen. Visieverschillen kunnen zowel belemmerend

werken op de samenwerking op bestuurlijk niveau, als op uitvoerend niveau bij de aanpak van de hulp in de gezinnen.

Bij de samenwerking op het gebied van hulp na kindermishandeling is het belangrijk overeenstemming te hebben over een aantal uitgangspunten voor de hulp. Een onderzoek naar samenwerking tussen enerzijds medewerkers van organisaties voor jeugdbescherming en anderzijds medewerkers van organisaties voor hulp bij huiselijk geweld, laat zien dat de samenwerking stagneert als in de visie van de medewerkers de bescherming van kinderen conflicteert met de rechten van volwassenen (Lessard e.a., 2006). Een systeemgerichte visie waarin de ondersteuning van alle gezinsleden centraal staat, heeft een positieve invloed op de samenwerking. Informatie-uitwisseling wordt dan gezien als een nuttig hulpmiddel om alle gezinsleden te helpen in plaats van een beperking van rechten van individuen.

In de praktijk komt naar voren dat het daarnaast belangrijk is om overeenstemming te bereiken over de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van kinderen en over de participatie van het gezin. Over de vraag welke organisatie verantwoordelijk is voor de veiligheid van kinderen kunnen verschillende gezichtspunten bestaan. Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor veiligheid van kinderen en de andere gezinsleden is een goed vertrekpunt om de samenwerking met betrekking tot het hulpaanbod na kindermishandeling vorm te geven. Met betrekking tot de participatie van het gezin komen in de praktijk eveneens visieverschillen voor, bijvoorbeeld over de mate waarin ouders en kinderen invloed hebben op de probleemanalyse of het plan van aanpak of hoe er omgegaan wordt met eigen kracht en het netwerk van het gezin. Uit literatuur blijkt dat betrokkenheid van ouders en kinderen bij het vaststellen wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren, de kans van slagen van de hulp vergroot (Bartelink, e.a., 2010).

Gezamenlijke doelen en het beoogde resultaat

Goed omschreven doelen dragen bij aan de gemeenschappelijke focus van samenwerking. Betrokken organisaties hebben eigen doelen die mogelijk met elkaar conflicteren. De samenwerking dient echter een gezamenlijk doel dat zonder samenwerking niet is te realiseren. Dit gezamenlijke doel is gebaseerd op de gedeelde probleemanalyse en visie en omschrijft wat de partijen gezamenlijk willen bereiken. Bij samenwerking is het belangrijk dat de partijen oog hebben voor elkaars doelen en voor het gezamenlijke doel. Wanneer voor alle deelnemers (professionals en organisaties) de potentiële opbrengst van de samenwerking duidelijk is, heeft dit een positieve invloed op de samenwerking (Lalayants, 2010).

Het algemene doel van de samenwerking tussen professionals en organisaties bij hulp na kindermishandeling is het realiseren van een samenhangend en effectief hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun gezinnen. Samenwerking is geen doel op zich; het is een middel om gelijktijdige interventies in verschillende domeinen op elkaar af te stemmen waardoor effectieve hulp kan worden geboden. Met behulp van de probleemanalyse kunnen hiervoor concrete doelen worden geformuleerd. Als iedereen weet waar hij aan werkt, is aan een belangrijke voorwaarde voldaan om de juiste beslissingen te nemen door iedere partner in de keten.

Overeenstemming over de gemeenschappelijke doelen is niet alleen van belang op bestuurlijk niveau, maar ook op uitvoeringsniveau. Wanneer bij aanvang van de hulp door de professionals gezamenlijk met ouders en eventueel het kind wordt bepaald wat er moet gebeuren in het gezin, levert dit een bijdrage aan de samenwerking tussen professionals onderling en met het gezin. Deze doelen worden in het veiligheidsplan en hulpverleningsplan opgenomen (zie hoofdstuk 5).

Uit onderzoek van Van Delden (2009) komt naar voren dat een proces van gezamenlijke doelbepaling (evalueren, samen een probleemanalyse maken, doelen voor de samenwerking formuleren) geen garantie geeft voor maatschappelijk resultaat. De activiteiten zijn een voorwaarde om samenwerkingsverbanden te ontwikkelen, maar het kan ook leiden tot schijnsamenwerking waarbij de samenwerking blijft steken in plannen maken zonder aan de uitvoeringspraktijk toe te komen. Wanneer gezamenlijk aanpakken van concrete problemen in de praktijk uitblijft, levert de samenwerking voor cliënten uiteindelijk weinig resultaat op.

Helderheid over de doelgroep

Naast een duidelijke formulering van het gezamenlijke doel en de beoogde resultaten, is het van belang ook helder te beschrijven op welke doelgroep de gezamenlijke inzet zich richt. Een concrete beschrijving van de doelgroep draagt bij aan de focus en de begrenzing van samenwerking (Nederlands Jeugdinstuut, 2012).

Kindermishandeling is een brede problematiek en er zijn veel variaties in aard, ernst en complexiteit. Er zijn verschillende (sub)doelgroepen te onderscheiden, bijvoorbeeld gezinnen waar sprake is van fysieke mishandeling of verwaarlozing, psychische mishandeling of verwaarlozing, seksueel misbruik of gezinnen waar de kinderen getuigen zijn van geweld. Het kan gaan om gezinnen waar sprake is

van een vermoeden van mishandeling of gezinnen waar mishandeling is geconstateerd. Het is belangrijk om helder te hebben op welke (sub)doelgroepen de samenwerking zich richt, omdat dit mede bepaalt wie de belangrijke partners zijn, welk aanbod nodig is en welke werkafspraken moeten worden gemaakt. Om ervoor te zorgen dat in de praktijk de gezinnen worden geholpen die tot de doelgroep van het samenwerkingsverband behoren, is het van belang dat uitvoerende professionals gezamenlijk vaststellen of de aangemelde gezinnen passen binnen de doelgroep.

6.3.2 Domein 2: De juiste partners en samenwerkingsafspraken

Het tweede domein gaat over de partners binnen het samenwerkingsverband, de afspraken die zij met elkaar maken over vorm van de samenwerking en de inzet van mensen en middelen.

De juiste partners

Het is belangrijk om vast te stellen welke organisaties uit welke werkvelden noodzakelijk zijn om het gezamenlijke doel te bereiken dat met de samenwerking wordt beoogd. Bij het realiseren van een samenhangend hulpaanbod na kindermishandeling kunnen diverse organisaties en professionals betrokken zijn. Het hulpaanbod is gericht op verschillende systemen: het kind, de mishandelende ouder, de niet-mishandelende ouder, broertjes en zusjes, het gezin als geheel en eventueel andere belangrijke betrokkenen. Dit betekent dat zowel jeugdzorg-organisaties als organisaties voor volwassenenzorg betrokken kunnen zijn bij de hulp. Ook verschillende disciplines moeten vertegenwoordigd zijn, zoals psychische of psychiatrische zorg voor kind en ouders en medische zorg voor de behandeling van lichamelijke klachten van het mishandelde kind. Ook hulp bij problemen op het gebied van werk, financiën of huisvesting kan noodzakelijk zijn. Daarnaast kan politie of justitie betrokken zijn bij de gezinnen in verband met civielrechtelijke of strafrechtelijke maatregelen.

De Gezondheidsraad (2011) en de Algemene Rekenkamer (2008) constateren dat in de zorg voor mishandelde kinderen en hun ouders niet altijd de noodzakelijke disciplines betrokken zijn. De uitwisseling tussen (volwassen-)GGZ, waar ouders hulp ontvangen, en jeugdzorg is onvoldoende. Ook blijkt een groot deel van de kinderen die mishandeld of verwaarloosd zijn niet door een kinderarts te worden gezien. Kinderen met een psychisch trauma als gevolg van mishandeling worden niet altijd behandeld omdat het trauma niet altijd wordt herkend door jeugdzorg-instellingen. De specifieke deskundigheid hiervoor ontbreekt binnen de jeugdzorg.

Ook ouders en kinderen zijn samenwerkingspartners die nodig zijn om het doel van de samenwerking te bereiken. De samenwerkende inspecties (2009) constateren in hun onderzoek naar ketensamenwerking bij de aanpak van kindermishandeling onder andere dat kinderen en ouders onvoldoende als partner in de keten betrokken worden waardoor hulp onvoldoende aansluit bij de hulpvragers.

Als het doel en de doelgroep van de samenwerking bekend zijn, is daaruit af te leiden welke partners noodzakelijk zijn om in het samenwerkingsverband te betrekken. Samenwerking bij lichte en niet complexe vormen van mishandeling of verwaarlozing kan bijvoorbeeld goed opgepakt worden samen met de voorliggende voorzieningen, zoals de huisarts, de jeugdgezondheidszorg of maatschappelijk werk. Bij ernstige en complexe problematiek is samenwerking noodzakelijk tussen ten minste jeugdzorg en jeugdbescherming, zorgorganisaties gericht op volwassenen, (specifieke) medische zorg en gemeentelijke voorzieningen.

Samenwerkingsafspraken

Het is van belang dat betrokken partijen afspraken maken over de vorm waarin ze gaan samenwerken, de taken en verantwoordelijkheden van alle partners en over belangrijke randvoorwaarden zoals financiering en inzet van mensen. Zoals beschreven in paragraaf 6.2 kan de samenwerking verschillende vormen aannemen. Voorbeelden van samenwerkingsvormen die in Nederland voorkomen met betrekking tot het bieden van hulp aan mishandelde kinderen en hun ouders zijn een gezamenlijk protocol voor het uitwisselen van informatie, intercollegiale consultatie, multidisciplinaire teams die gezamenlijk een plan van aanpak opstellen voor een gezin of de ontwikkeling van een Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling. Om een duurzaam gezamenlijk hulpaanbod te realiseren voor mishandelde kinderen en hun gezinnen is structurele samenwerking noodzakelijk; afspraken zijn daarin vastgelegd. Dit vraagt om een samenwerkingsvorm waar sprake is van coördinatie, coalitie of integratie (zie paragraaf 6.2). Omdat veel organisaties en professionals betrokken kunnen zijn om de gestelde doelen te halen, is een belangrijke vraag of alle partners eenzelfde rol moeten spelen in de samenwerking. Het is wenselijk om onderscheid te maken tussen kernpartners die regelmatig met elkaar werken en daadwerkelijk actief betrokken zijn en andere belangrijke partners die incidenteel betrokken zijn of een meer ondersteunende rol hebben (Van der Zijden & Diephuis, 2012). Een belangrijke afweging is het aantal betrokken partners versus de bestuurbaarheid van de samenwerking. Hoe groter het samenwerkingsverband hoe

meer verschillende belangen en opvattingen er zijn waardoor de bestuurbaarheid complexer wordt (Nederlands Jeugdinstituut, 2012).

In de praktijk wordt wel gekozen voor een vorm waarbij een kerngroep bestaat uit organisaties die altijd betrokken zijn bij hulp aan gezinnen uit de doelgroep of die op consultbasis meedenkt. De kerngroep bestaat bijvoorbeeld uit jeugdzorg, jeugdbescherming, kinder- en volwassenenpsychiatrie, arts, AMK, en verslavingszorg. Daarnaast is er een 'tweede schil' die bestaat uit professionals die ingeschakeld kunnen worden voor advies wanneer sprake is van specifieke problemen in een gezin, bijvoorbeeld bij risico op eerwraak of huisuitzetting van een gezin.

Samenwerking vraagt om een helder patroon van taken en verantwoordelijkheden om het ingewikkelde verkeer tussen de betrokken partners overzichtelijk te houden. Afspraken over de taakverdeling, de bevoegdheden van partners en de overlegstructuur zijn noodzakelijk (Van der Zijden & Diephuis, 2012).

De afspraken hebben betrekking op zowel het bestuurlijke als het uitvoerende niveau.

Afspraken over de inzet van mensen en middelen zijn ten slotte belangrijke voorwaarden om de samenwerking vorm te geven. Een knelpunt bij samenwerking dat vaak door de praktijk wordt genoemd, is de financiering van de gezamenlijke zorg en het overleg dat nodig is om de gezamenlijke zorg te realiseren. Vooral de verschillende geldstromen waaruit de diverse organisaties worden gefinancierd, kunnen een belemmering vormen voor partners om deel te nemen aan samenwerkingsinitiatieven. Een voorbeeld uit de praktijk is dat GGZ-organisaties gericht op volwassenen niet kunnen deelnemen aan een multidisciplinair overleg omdat zij deze tijd niet kunnen declareren. In de praktijk worden voor de financiering van de samenwerking verschillende oplossingen gezocht. Een voorbeeld uit de praktijk is dat instellingen die betrokken zijn bij het kernteam hebben afgesproken dat zij personeel beschikbaar stellen voor de werkzaamheden in het kernteam en dit uit eigen middelen betalen. Van der Zijden en Diephuis (2012) beschrijven een voorbeeld waarbij een zorgverzekeraar (tijdelijk) in een overgangsfase een cliënt dubbel financiert bij een tweede instelling. Ook noemen zij een constructie waarin een instelling wordt gefinancierd, die vervolgens uit dit budget expertise bij andere organisaties inhuurt. Hoe dan ook, voor de samenwerking is het belangrijk om belemmerende factoren, zoals te weinig tijd en middelen, op te lossen (Lalayants, 2010; Lessard e.a., 2006).

6.3.3 Domein 3: Respectvolle samenwerkingscultuur

Het derde domein gaat over verschillende aspecten van de samenwerkingscultuur. In de praktijk blijken persoonlijke eigenschappen van samenwerkingspartners belangrijke succesfactoren of juist belemmeringen bij samenwerking. Het gaat om kenmerken als betrouwbaarheid, enthousiasme, bevoegenheid, vertrouwen en respect.

In de literatuur komen deze aspecten aan de orde als onderdeel van de samenwerkingscultuur. Van der Zijden en Diephuis (2012) constateren dat in de praktijk een gezamenlijk gevoelde urgentie en bevoegenheid het mogelijk maakt om lastige hobbels te overwinnen. Van Delden (2009) constateert in zijn onderzoek naar maatschappelijke effecten van samenwerkingsverbanden dat onderling vertrouwen tussen partners een belangrijk kenmerk is van succesvolle samenwerkingsverbanden. Dit vertrouwen is het resultaat van een organisch ontwikkelingsproces waarin het vertrouwen tussen partners geleidelijk groeit. Een ontwikkelingstijd van tien tot vijftien jaar is hiervoor niet ongewoon. In verschillende buitenlandse studies naar de samenwerking bij hulp na kindermishandeling komt naar voren dat onbegrip, onbekendheid met elkaars organisatie, cultuurverschillen en machtsverschillen belemmerende factoren zijn voor de samenwerking (Banks e.a., 2008; Davies & Ward, 2012; Darlington e.a., 2005; Lalayants, 2010; Lessard e.a., 2006).

Bij het kiezen van de samenwerkingspartners is, naast de bijdrage die een partner kan leveren aan het bereiken van het resultaat, de bereidheid om te investeren in gezamenlijke dienstverlening en onderlinge samenwerking belangrijk. Wanneer de bereidheid tot samenwerking ontbreekt, is het beter om te zoeken naar alternatieve partners (Van der Zijden & Diephuis, 2012). Het is noodzakelijk om niet alleen bij de start, maar permanent te investeren in samenwerkingsrelaties.

Op verschillende manieren kan geïnvesteerd worden in samenwerkingsrelaties. Het loont de moeite om tijd te nemen elkaars cultuur, taal, missie en expertise te leren kennen. Het stimuleren van onderlinge contacten of training in gemixte groepen blijkt hierin goed te werken (Lalayants, 2010). Ook de leiderschapskwaliteiten van degene die de samenwerking coördineert zijn belangrijk. Een cultuur waarin de samenwerking een uitdaging is en partijen niet beschuldigend worden benaderd, versterkt de samenwerkingsrelaties (Davies & Ward, 2012). Neutraal leiderschap dat discussie faciliteert, draagt daaraan bij (Banks e.a., 2008).

In de praktijk blijkt dat de druk om te handelen groot is wanneer sprake is van kindermishandeling in gezinnen. Emoties van betrokken professionals stellen

hoge eisen aan de voorzitter bij het bespreken van kindermishandelingszaken. Enerzijds moet ruimte gegeven worden aan de emoties, anderzijds moet dit wel worden begrensd in tijd. Door te focussen op de inhoud en ervoor te zorgen dat iedereen zijn expertise of visie kan inbrengen, kan de voorzitter een positieve invloed hebben op de samenwerkingscultuur.

6.3.4 Domein 4: Duidelijke regie

Het vierde domein gaat over het belang van duidelijke regie van de samenwerking op organisatieniveau en coördinatie van zorg bij de uitvoering op casusniveau. Coördinatie en regie van zorg vormen een belangrijk thema als het gaat om samenwerking tussen organisaties en professionals in de (jeugd)zorg. Uit verschillende publicaties blijkt dat de zorg kan stagneren als niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de regie van de gezamenlijke aanpak. In het onderzoek van samenwerkende inspecties (2009) bleek dat in de onderzochte gemeente geen gecoördineerde acties werden ondernomen om mishandeling te stoppen, terwijl meerdere organisaties op de hoogte waren van de mishandeling. Ook de Algemene Rekenkamer (2008) en de Gezondheidsraad (2011) constateren dat in de hulp aan mishandelde kinderen en hun ouders zowel op het niveau van een afzonderlijke casus als op het bestuurlijk niveau de regie ontbreekt. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen moet ook duidelijk zijn wat er gebeurt als de zorg stagneert: wie bevoegd is om in te grijpen en welke acties ondernomen worden.

Op uitvoerend niveau is het wenselijk om structurele afspraken te maken over welke professionals de coördinatie van de zorg aan gezinnen uitvoeren, en wat daarin van hen wordt verwacht en welke competenties nodig zijn. Om deze regiefunctie goed in te vullen, is het onder meer belangrijk dat een professional beschikt over expertise op het gebied van hulp na kindermishandeling, in staat is verbinding te leggen tussen verschillende disciplines en over vaardigheden beschikt om met gezinnen samen te werken.

Het moet duidelijk zijn hoe het besluitvormingsproces verloopt en wie bevoegd is om beslissingen te nemen.

Ook afspraken over wat professionals kunnen doen als de samenwerking stagneert, zijn van belang. Voor professionals moet duidelijk zijn wie zij in kunnen schakelen binnen de eigen organisatie of binnen het samenwerkingsverband om de hulpverlening weer vlot te trekken. Zoals eerder genoemd, blijkt dat hulp effectiever is als gezinnen betrokken worden bij de hulpverlening (Bartelink

e.a., 2010). Het is dan ook wenselijk bij de afspraken over de coördinatie van zorg aan te sluiten op de vraag van het gezin.

Op organisatieniveau moet de regie van de samenwerking duidelijk zijn. Met alle betrokken organisaties worden afspraken gemaakt over de wijze waarop het besluitvormingsproces verloopt en wie bevoegd is om beslissingen te nemen. Om uitvoerende teams te steunen, moeten bestuurders richting geven door waar nodig te corrigeren, bij te sturen en impasses te doorbreken. Daarnaast vraagt dit van bestuurders dat zij zich committeren aan afgesproken besluiten en zich niet beperken tot intentieverklaringen en afspraken over middelen. Om ervoor zorg te dragen dat de zorg op uitvoeringsniveau niet stagneert, is het nodig dat bestuurders ook daadwerkelijk veranderingen aanbrengen in de interne prioriteiten en werkprocessen om de uitvoerende teams te steunen (Van der Zijden & Diephuis, 2012).

6.3.5 Domein 5: Ondersteunende werkafspraken

Het vijfde domein betreft de werkafspraken die ondersteunend zijn voor de praktijk van de samenwerking. Concrete afspraken over de werkwijze en werkprocessen in de praktijk zoals informatie-uitwisseling, instroom, bespreking van casuïstiek (hoe vaak, hoe lang en in welke samenstelling), uitvoering, monitoring en evaluatie van hulp, zijn noodzakelijk om de samenwerking te verankeren in de praktijk.

In verschillende (internationale) studies komt de informatieoverdracht tussen diverse organisaties bij samenwerking in de hulp na kindermishandeling als knelpunt naar voren (Algemene Rekenkamer, 2008; Darlington, 2005; Davies & Ward, 2012; Integraal Toezicht Jeugdzaken, 2009; Lessard e.a., 2006). Vooral de informatie-uitwisseling tussen de volwassenenzorg en de jeugdzorg vormt een probleem. Ook in de praktijk worden informatie-uitwisseling en belemmeringen op het gebied van privacy vaak als knelpunt genoemd. Naast belemmeringen in de uitwisseling tussen volwassenenzorg en jeugdzorg, komt de uitwisseling van informatie met medici en politie/justitie als knelpunt naar voren. Het beroepsgeheim van artsen en de mogelijkheid van strafrechtelijk ingrijpen vormen belemmeringen voor deze uitwisseling.

Afspraken over informatie-uitwisseling zijn zowel op uitvoeringsniveau als op organisatieniveau noodzakelijk zodat problemen met betrekking tot privacy en beroepsgeheim voorkomen worden. Op uitvoeringsniveau zijn praktische werkafspraken nodig over hoe en wanneer welke informatie wordt gedeeld.

Op bestuurlijk niveau zijn bindende afspraken nodig over de informatieoverdracht waar alle organisaties zich aan committeren. Inmiddels bestaan er verschillende instrumenten om informatie-uitwisseling te bevorderen zoals de verwijzindex, de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, werkveld specifieke meldcodes zoals van de KNMG, en de brochure *Samenwerken in de jeugdketen* (Ministerie van VWS, 2011).

In de praktijk komt naar voren dat afspraken over mogelijkheden om, tussen formele overleggen in, elkaar snel te kunnen raadplegen bijdragen aan de samenwerking. Een overzicht van welke professional, met welke deskundigheid, wanneer bereikbaar is, is hiervoor een praktisch hulpmiddel.

Een ander belangrijk aandachtspunt in de samenwerking is de continuïteit van de hulp na kindermishandeling. Werkafspraken over hoe de voortgang en aansluiting van de verschillende stappen in het hulptraject worden georganiseerd, zijn noodzakelijk. Voor het hele traject van signalering tot en met de behandeling na kindermishandeling is afstemming van de werkprocessen nodig. Om lange wachttijden en doorlooptijden in de zorg aan mishandelde kinderen en hun ouders te voorkomen is het van belang dat hulpverleners alleen na elkaar werken als het niet anders kan en zo veel mogelijk gelijktijdig werken (Gezondheidsraad, 2011). Om tot een gemeenschappelijk hulpaanbod te komen is het nodig om bij de werkafspraken niet alleen te focussen op het gezamenlijk in kaart brengen van problemen en het maken van een plan van aanpak, maar ook concrete werkafspraken te maken over de gezamenlijke uitvoering van de hulp.

Om werkprocessen op elkaar af te kunnen stemmen, is het belangrijk dat de interne processen van de betrokken organisaties met betrekking tot de aanpak van kindermishandeling ook op orde zijn. In een van de praktijk voorbeelden is afgesproken dat de bij het samenwerkingsverband betrokken organisaties uit alle verschillende werkvelden de meldcode kindermishandeling invoeren en een aandachtsfunctionaris kindermishandeling aanstellen.

6.3.5 Domein 6: Effectiviteit van het aanbod

Domein 6 gaat over de effectiviteit van de ondersteuning en hulpverlening die het samenwerkingsverband biedt. Omdat het doel van de samenwerking is om een effectief gezamenlijk hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun gezinnen te realiseren, is het van belang de beschikbare kennis over effectieve hulp voor de doelgroep te gebruiken. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van kennis over wat werkt in de hulp aan kinderen en hun gezin wanneer kindermishandeling is geconstateerd. Het aantal erkende effectieve interventies is nog beperkt,

maar op basis van onderzoek lijken een aantal factoren van belang voor de effectiviteit van de hulpverlening. Het gaat om de volgende effectieve elementen die in hoofdstuk 2 zijn toegelicht:

1. Het hulpaanbod na kindermishandeling is altijd integraal aanbod aan het kind én aan voor het kind belangrijke anderen.
2. Het hulpaanbod richt zich zowel op het stoppen en verwerken van de mishandeling en de gevolgen daarvan, als op het (weer) op gang brengen van de ontwikkeling van het kind.
3. Het hulpaanbod is op maat en gebaseerd op goede diagnostiek.
4. Het hulpaanbod is 'abuse-specific'. De hulp richt zich specifiek op de (gevolgen van) kindermishandeling.
5. Het hulpaanbod is gezinsgericht en vindt plaats in de eigen leefsituatie.
6. Het plan van aanpak heeft een substantiële duur en intensiteit.
7. Bij hulpverlening aan mishandelde kinderen staan de behoeften en krachten van het kind en het gezin centraal.
8. De hulp heeft een cognitief gedragsmatige aanpak.
9. Het hulpaanbod bestaat zo veel mogelijk uit bewezen effectieve interventies.

Door bij het ontwikkelen van de samenwerking gebruik te maken van effectieve interventies en kennis over wat werkt bij hulp na kindermishandeling, kan de effectiviteit van het gezamenlijk hulpaanbod worden vergroot.

Op organisatieniveau geven bovenstaande punten richting bij het maken van een gezamenlijke probleemanalyse, het formuleren van een gezamenlijke visie en doelen. Met behulp van de kennis over wat werkt, kan worden besproken welke inhoudelijke uitgangspunten van belang zijn voor het realiseren van kwalitatief goede hulp. Bijvoorbeeld dat de hulp altijd integraal is en gericht op alle gezinsleden, dat de hulp abuse-specific is en dat behoeften en krachten van het gezin centraal staan. Daarnaast is de kennis behulpzaam bij het beantwoorden van de vraag welk aanbod minimaal beschikbaar moet zijn voor de doelgroep van het samenwerkingsverband en welke hulpaanbod wenselijk zou zijn. Bijvoorbeeld dat het hulpaanbod minimaal bestaat uit diagnostiek, behandeling en nazorg, gericht is op zowel het stoppen en verwerken van de mishandeling en de gevolgen als op het op gang brengen van de ontwikkeling van het kind, en zo veel mogelijk uit bewezen effectieve interventies bestaat.

Op uitvoeringsniveau wordt de kennis over wat werkt vertaald in een concreet hulpaanbod. De effectiviteit van de hulp kan worden vergroot door onder andere diagnostiek te gebruiken als basis van het hulpverleningsplan en een hulp-

verleningsplan op te stellen dat integraal is en gericht op alle gezinsleden waarbij de behoeften en krachten van het kind en het gezin centraal staan. De interventies en werkwijzen die worden ingezet zijn abuse-specific, vinden plaats in de eigen leefsituatie, zijn gericht op zowel het stoppen en verwerken van de mishandeling en de gevolgen als op het op gang brengen van de ontwikkeling van het kind, en hebben een cognitief gedragsmatige aanpak.

6.3.5 Domein 7: Systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering

Het zevende domein betreft de evaluatie van de samenwerking om op basis daarvan de samenwerking en de resultaten van de samenwerking te verbeteren. Door systematisch ontwikkelingen en resultaten van de gestelde doelen te monitoren en te evalueren, wordt feedback geleverd aan betrokken partners en kan zo nodig de werkwijze worden bijgesteld.

Bij het evalueren en verbeteren van de samenwerking staat de vraag centraal in hoeverre de doelen van het samenwerkingsverband worden bereikt en op welke punten verbetering nodig is. Het hoofddoel van de samenwerking heeft betrekking op de beoogde resultaten voor mishandelde kinderen en hun gezinnen. Samenwerking is geen doel op zich: het doel van de samenwerking is om met behulp van een effectief hulpaanbod ervoor te zorgen dat de gestelde doelen voor mishandelde kinderen en hun gezinnen worden bereikt. Daarnaast is een evaluatie van het proces van de samenwerking zinvol om knelpunten in de samenwerking te signaleren en op te lossen en succesvolle samenwerking te versterken.

Het verzamelen van informatie, het tussentijds monitoren en het evalueren vindt plaats op drie niveaus.

Op *casusniveau* worden de doelen die zijn gesteld voor het kind en het gezin tussentijds en bij de afronding van de hulp door betrokken professionals met de gezinnen geëvalueerd. Op deze manier kan gezamenlijk gekeken worden wat succesvol was bij de hulp aan een gezin en wat niet.

Een registratie van de resultaten van de hulp en de bevindingen uit de evaluaties biedt informatie voor de evaluatie op *uitvoerend niveau*. Op basis van deze informatie kunnen de professionals evalueren welke gezinnen goed zijn geholpen met het gemeenschappelijk aanbod, voor welke gezinnen de hulp ontoereikend was en welke verbeteringen gewenst zijn. Ook structurele knelpunten en kansen in het samenwerkingsproces komen zo in beeld.

Op *organisatieniveau* geeft deze informatie vervolgens input aan de evaluatie

van de samenwerking tussen organisaties: voldoet het hulpaanbod, missen er interventies voor (sub)doelgroepen, wordt de doelgroep bereikt, voldoen de samenwerkingsafspraken?

Bij het verzamelen van de informatie voor het evalueren en verbeteren van de samenwerking zijn de volgende stappen belangrijk (Van der Zijden & Diephuis, 2012; Van Yperen, 2012):

- Bepaal het doel van de evaluatie. Gaat het om kwaliteitsverbetering, interne sturing of externe verantwoording?
- Operationaliseer doelen van de samenwerking. Beschrijf concreet en meetbaar wat op de verschillende niveaus van de samenwerking moet worden bereikt.
- Formuleer bij de doelen passende indicatoren op basis waarvan gemeten kan worden of de doelen worden gerealiseerd.
- Sluit indien mogelijk aan bij bestaande registraties of bestaande monitoren.
- Zorg dat duidelijk is wie aangewezen is om aan de slag te gaan met de uitkomst van de evaluaties.
- Maak een keuze uit mogelijke verbeteracties en breng deze in praktijk.

6.4 Checklist ‘SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders’

Als hulpmiddel bij het organiseren van een samenwerkingsverband waarin instellingen en professionals uit verschillende disciplines gezamenlijk hulp bieden aan mishandelde kinderen en hun gezinnen, is een checklist ontwikkeld (Addink e.a., 2012) (zie figuur 6.1). De checklist ‘SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders’ geeft een overzicht van mogelijke succesfactoren. Met deze checklist in de hand kunnen zowel bestuurders en managers als uitvoerend professionals de samenwerking bij hulp na kindermishandeling gezamenlijk bespreken, beoordelen en verbeteren. Zoals aangegeven, is een top-down-benadering weinig succesvol om samenwerking te realiseren. De checklist is dan ook geen blauwdruk voor de wijze waarop samenwerking rondom de hulp na kindermishandeling er precies uit moet zien. Wel geeft het handvatten om samenwerking gezamenlijk vorm te geven of verder te ontwikkelen. De checklist is zowel voor nieuwe als voor bestaande samenwerkingsverbanden te gebruiken.

De checklist is gebaseerd op de zeven domeinen en bestaat uit twee delen: een deel voor bestuurders op organisatieniveau en een deel voor professionals op uitvoerend niveau.

Het deel van de checklist voor organisaties en bestuurders onderscheidt de verschillende fasen van ontwikkeling van de samenwerking:

1. de fase van voorbereiding waarin gezamenlijk plannen worden gemaakt;
2. de fase van ontwikkeling waarin plannen in praktijk verder worden ontwikkeld;
3. de fase van borging waarin de plannen zijn gerealiseerd en geborgd.

Voor elke succesfactor kan in de lijst worden aangegeven in welke fase de samenwerking zich bevindt. Het deel van de checklist voor professionals op uitvoerend niveau bevat deze fasen niet. Op dit niveau gaat het om de vraag in hoeverre de samenwerking in de praktijk concreet gestalte krijgt. In de lijst kan worden aangegeven of in de praktijk aan de betreffende voorwaarde is voldaan. Zoals eerder aangegeven zijn beide niveaus belangrijk voor de ontwikkeling van succesvolle samenwerking. Door voor beide niveaus na te gaan wat de stand van zaken is in de samenwerking, wordt duidelijk waar de sterke punten en kansen voor verbetering liggen van het samenwerkingsverband.

Figuur 6.1 Checklist SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders

	Voorbereiding	Ontwikkeling	Borging
Deel 1: Samenwerking tussen organisaties op bestuurlijk niveau			
Domein 1: gezamenlijk perspectief			
Is er een vraag-aanbodverkenning van de ernst en omvang van kindermishandeling en van het bestaande hulpaanbod op basis waarvan hiaten en lacunes zijn bepaald?			
Is er een sterkte-zwakteanalyse van de bestaande samenwerking uitgevoerd waaruit mogelijkheden voor verbetering blijken?			
Is er een gedeelde visie over de uitgangspunten voor de hulp aan de doelgroep? Denk aan: individuele versus systeemgerichte benadering, gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de veiligheid van kinderen en participatie van het gezin.			
Zijn er concrete, gezamenlijke doelen voor het samenwerkingsverband geformuleerd, gericht op het realiseren van een samenhangend hulpaanbod?			
Is de specifieke doelgroep waar de samenwerking zich op richt beschreven? Denk aan: aard, ernst, complexiteit van de kindermishandeling, leeftijdsgroep, geografische afbakening.			
Domein 2: juiste partners en samenwerkingsafspraken			
Zijn er samenwerkingsafspraken met alle organisaties die nodig zijn om de hulpverlening aan de te bereiken doelgroep te realiseren? Ten minste met: jeugdzorg en -bescherming, volwassenenzorg, gezondheidszorg en gemeentelijke voorzieningen.			
Zijn er afspraken gemaakt over de mate van betrokkenheid van de verschillende partners in het samenwerkingsverband (standaard of incidenteel)?			
Hebben de betrokken organisaties afspraken gemaakt over de taakverdeling, bevoegdheden en de overlegstructuur?			
Zijn er afspraken gemaakt over de financiering van inzet van mensen en middelen die nodig zijn om de hulpverlening aan de te bereiken doelgroep te realiseren, zowel voor overleg als voor uitvoering van zorg?			
Domein 3: respectvolle samenwerkingscultuur			
Investeren organisaties in het leren kennen van elkaars expertise, cultuur, taal en missie?			
Hebben deelnemende organisaties vertrouwen in elkaar en is er respect voor elkaars expertise, cultuur, taal en missie?			
Domein 4: duidelijke regie			
Zijn er samenwerkingsafspraken met betrekking tot de uitvoering van de functie zorgcoördinatie? Denk aan: welke organisaties de rol van zorgcoördinator uitvoeren en welke taken en verantwoordelijkheden daarbij horen.			
Zijn er afspraken gemaakt over de wijze waarop het besluitvormingsproces verloopt en wie bevoegd is om beslissingen te nemen?			
Bieden bestuurders van de samenwerkende organisaties de randvoorwaarden waardoor medewerkers in staat worden gesteld om de samenwerkingsafspraken in de praktijk uit te voeren?			
Domein 5: ondersteunende werkafspraken			
Zijn er tussen de organisaties en tussen verschillende werkvelden bindende afspraken over informatieoverdracht?			
Hebben de deelnemende organisaties de werkprocessen op elkaar afgestemd zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is voor het hele traject van signalering van kindermishandeling tot behandeling en nazorg?			
Zijn de interne werkprocessen met betrekking tot de aanpak van kindermishandeling bij de deelnemende organisaties in orde? Denk aan: toepassing van meldcode kindermishandeling en aanstellen van een aandachtsfunctionaris kindermishandeling.			
Domein 6: effectief aanbod			
Zijn gezamenlijk inhoudelijke uitgangspunten vastgesteld op basis van kennis over wat werkt bij de hulp na kindermishandeling? Denk aan: de hulp is integraal en abuse-specifiek en behoeften en krachten van het gezin staan centraal.			
Is er op basis van kennis over wat werkt vastgesteld welk aanbod minimaal beschikbaar moet zijn voor de doelgroep en welk hulpaanbod wenselijk is? Denk aan: de hulp omvat diagnostiek, behandeling en nazorg en bestaat zo veel mogelijk uit effectieve interventies.			
Domein 7: systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering			
Zijn de doelen van de samenwerking concreet en meetbaar geformuleerd, zowel met betrekking tot het resultaat voor de doelgroep als voor het samenwerkingsproces?			
Wordt systematisch, op meerdere niveaus, de informatie verzameld die nodig is om de doelen van de samenwerking te kunnen evalueren?			
Worden, op basis van verzamelde informatie, de doelen van de samenwerking tussen de organisaties geëvalueerd zowel met betrekking tot de resultaten van het gezamenlijke hulpaanbod als het samenwerkingsproces?			
Is duidelijk wie actie onderneemt naar aanleiding van de evaluaties en de verzamelde gegevens?			

Deel 2: Samenwerking tussen professionals op uitvoerend niveau

Domein 1: gezamenlijk perspectief

Wordt voor de gezinnen een gezamenlijke probleemanalyse gemaakt waarin de problematiek en sterke kanten van alle gezinsleden en leefgebieden betrokken zijn?

Stellen de betrokken professionals gezamenlijk vast of de aangemelde gezinnen passen binnen de doelgroep van het samenwerkingsverband?

Stellen betrokken professionals, ouders en jeugdigen samen doelen voor hulp op?

Wordt de aanpak van de hulp in de gezinnen samen met ouders, jeugdigen en betrokken professionals vastgesteld?

Wordt met ouders, jeugdigen en betrokken professionals gesproken over wensen en verwachtingen van de samenwerking?

Domein 2: juiste partners en samenwerkingsafspraken

Is de expertise die nodig is voor het gezamenlijk vaststellen van probleemanalyse, doelen, plan van aanpak en evaluatie beschikbaar?

Is het hulpaanbod dat nodig is om in de hulpvraag van kinderen en gezinnen te voorzien beschikbaar?

Zijn de taakverdeling, bevoegdheden en overlegstructuur tussen betrokken professionals onderling en met ouders duidelijk?

Beschikken de uitvoerende professionals over voldoende tijd en middelen om afgesproken taken uit te voeren?

Domein 3: respectvolle samenwerkingscultuur

Investeren professionals in het leren kennen van elkaars expertise, cultuur, taal en missie?

Is er een voorzitter/leidinggevende die discussie faciliteert en er zorg voor draagt dat alle betrokken professionals hun expertise kunnen inbrengen?

Domein 4: duidelijke regie

Is voor alle betrokkenen (professionals, ouders, jeugdigen) duidelijk wie de regie heeft in de uitvoering van de hulp?

Beschikt de functionaris die regie voert over de uitvoering van de hulp over de benodigde competenties?

Denk aan: expertise op het gebied van hulp na kindermishandeling, leggen van verbindingen tussen verschillende disciplines en kunnen samenwerken met gezinnen.

Weten de regievoerder en alle betrokken professionals welke afspraken er zijn over besluitvorming en wat ze kunnen doen als de uitvoering van de hulp stagneert door problemen in de samenwerking?

Domein 5: ondersteunende werkafspraken

Is voor alle betrokken professionals duidelijk welke informatie wanneer en op welke manier wordt gedeeld bij de zorg aan een gezin?

Beschikken betrokken professionals over elkaars contactgegevens zodat zij elkaar tussentijds snel kunnen raadplegen?

Zijn de werkafspraken over de aansluiting van de verschillende stappen in het hele zorgtraject voor alle betrokken professionals duidelijk?

Zijn de werkafspraken over de gezamenlijke uitvoering van de hulp bij alle betrokken professionals bekend?

Domein 6: effectief aanbod

Vormt diagnostiek de basis van de hulpverleningsplannen?

Zijn de hulpverleningsplannen integraal en gericht op alle gezinsleden en staan de behoeften en krachten van de gezinsleden centraal?

Zijn de interventies en werkwijzen die worden ingezet gebaseerd op kennis over effectieve hulp aan de doelgroep?

Denk aan: de hulp is abuse-specific, vindt plaats in de eigen leefsituatie, heeft een cognitief gedragsmatige aanpak en bevat zo veel mogelijk bewezen effectieve interventies.

Domein 7: systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering

Worden de doelen van de hulp aan het gezin tussentijds en bij afsluiting van de hulp gezamenlijk met betrokken professionals en het gezin geëvalueerd, zowel met betrekking tot het resultaat van de hulp als met betrekking tot de samenwerking?

Registreren professionals de resultaten van de hulp en de bevindingen uit de evaluaties?

Worden op basis van de evaluaties op casusniveau de doelen van de samenwerking geëvalueerd, zowel met betrekking tot het resultaat van de hulp als met betrekking tot het samenwerkingsproces?

6.5 Kernpunten

- Een effectief hulpaanbod na kindermishandeling is gericht op alle factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van de mishandeling en bestaat uit interventies op verschillende niveaus: kind, ouders, gezin en omgeving. De hulp strekt zich daardoor in de meeste gevallen uit over verschillende instellingen en werkvelden. Samenwerking tussen instellingen is noodzakelijk om te zorgen dat de verschillende hulpvormen zowel inhoudelijk, als organisatorisch goed op elkaar aansluiten.
- Het doel van samenwerken is niet de samenwerking op zich maar het realiseren van een samenhangend effectief zorgaanbod voor mishandelde kinderen en hun gezinnen.
- Multidisciplinaire samenwerking en intersectorale samenwerking is een interactief en zich ontwikkelend proces.
- Om stagnatie in de ontwikkeling van samenwerking tussen organisaties te voorkomen is het noodzakelijk om samen te werken op bestuurlijk niveau en op uitvoerend niveau.
- Bij de ontwikkeling van samenwerking om te komen tot een gezamenlijk hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun gezinnen zijn de volgende domeinen van belang:
 - a. een gezamenlijk perspectief;
 - b. de juiste partners en samenwerkingsafspraken;
 - c. respectvolle samenwerkingscultuur;
 - d. duidelijke regie;
 - e. ondersteunende werkafspraken;
 - f. effectiviteit van het aanbod;
 - g. systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering.
- De checklist 'SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders' is een hulpmiddel voor zowel bestuurders en managers als uitvoerend professionals om de samenwerking bij hulp na kindermishandeling gezamenlijk te bespreken, te beoordelen en te verbeteren.

Literatuur

- Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Addink, A.M., Berge, I.J. ten, Knaap, M., Leeuwen, M.A. van (2012). *Checklist SamenWerken aan hulp voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Algemene Rekenkamer (2008). *Ketenbesef op de werkvloer*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers.
- Alink, L.R.A., IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Casimir Publishers.
- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Amsterdam: SWP.
- Baeten, P., & Geurts, E. (2002). *In de schaduw van het geweld: Kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Banks, D., Dutch, N. & Wang, K. (2008). Collaborative efforts to improve system response to families who are experiencing child maltreatment and domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol.23(7), pp. 876-902.
- Bartelink, C., Berge, I. ten, & Yperen, T. van (2010). *Bestissen over effectieve hulp: wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.

- Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 153-202). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bentovim, Bingley Miller, Pizzey & Tapp, (2012). *Safeguarding Children Assessment and Analysis Framework (SAAF)*. York: Child and Family Training.
- Berge, I.J. ten (1998). *Besluitvorming in de kinderbescherming: De ontwikkeling en evaluatie van een checklist voor het behandelen van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming*. Dissertatie Universiteit Utrecht. Delft: Eburon.
- Berge, I.J. ten (2008). *Instrumenten voor risicotaxatie in situaties van (vermoedelijke) kindermishandeling*. Utrecht: MO groep.
- Berge, I.J. ten, & Bakker, A. (2005). *Veilig thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie*. Utrecht: NIZW.
- Berge, I.J. ten, & Eijgenraam, K. (2009). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid – Jeugdzorg (LIRIK-JZ)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I.J. ten, Bruggemann, M., & Vinke, A. (2003). *Op weg naar een goed hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Berge, I.J. ten, & Vinke, A. (2006). *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling: Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht/Woerden: NIZW/Adviesbureau Van Montfoort.
- Berger, M., Berge, I. ten, & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Berry, M., Dawson, K., & Charlson, R. (2002). *Evidence-based best practices in understanding and treating child neglect*. University of Kansas: School of social welfare.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22 (11), p. 1065-1078.
- Bullens, R.A.R. , Tak, J.A, & Delfos, M.F. (2002). Verslaglegging en dossiervorming. In: Th. Kievit, J.A. Tak en J.D. Bosch (red.). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 301-325). Utrecht: de Tijdstroom.

- Cauffman, L. (2007). *Oplossingsgericht management en coaching*. Amsterdam: Boom.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20 (3), 191-203.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J. & Bonner, B.B. (2004). Parent child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Cohen, J., Mannarino, A., Murray, L. & Igelman, R. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62, 737-766.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22, 563-591.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In: K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 57-85). Chichester: John Wiley.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & IJzendoorn, M. H. van (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- Darlington, Y., Feeney, J.A., Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect*. Vol.29(10), pp. 1085-1098.
- Davies, C. & Ward, H. (2012). *Safeguarding children Across Services. Messages from research*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Delden, van P.J. (2010). *Ketensamenwerking: interne krachten bepalen het externe resultaat*. M&O nummer 3.
- Delfos, M.F. (2005a). *Ik heb ook wat te vertellen. Communiceren met pubers en adolescenten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Delfos, M.F. (2005b). *Luister je wel naar mij? Gespreksvoering met kinderen tussen vier en twaalf jaar*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Department of Health (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. <http://www.dh.gov.uk>.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M.,

- Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258.
- Gaudin, J. (1995). Evaluation and treatment: Defining and differentiating child neglect. *The APSAC Advisor*, 8 (2), 1, 16-19.
- Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Harten, T. van (2007). *Als het misgaat... bel ik jou. Netwerkontwikkeling en veiligheidsplanning voor kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld*. Gouda: JSO.
- Hermanns, J. (2008). *Het bestrijden van kindermishandeling: een aanpak die werkt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Hermans, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegsignalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: UMC Utrecht.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse and Neglect*, 31, 125-141.
- Horwath, J. & Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect*. Vol.31(1), pp. 55-69.
- Huiskes, S. & Plugge, K. (2004). *Het effect van de Horizonmethode, een therapie voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009). *Werkende ketens? Metarapportage Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009 over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken.
- IJzendoorn, M.H. van, Prinzie, P.J., Euser, E.M., Groeneveld, M.G., Brilleslijper-Kater, S.N., Van Noort-Van der Linden, A.M.T., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Mesman, J., Klein Velderman, M., & San Martin Beuk, M. (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Casimir Publishers.
- James, S. & Menne, F. (2001). Treatment outcome research. How effective are treatments for abused children? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 73-95.

- Jeugdzorg Nederland (2012). *Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK): Overzicht 2011*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Kauffman Foundation (2004). *The findings of the Kauffman best practices project to help children heal from child abuse*. San Diego: Kauffman Foundation.
- Kolko, D. (1998). Integration of research and treatment. In J.R. Lutzker (Ed.), *Handbook of Child Abuse Research and Treatment* (pp. 159-183). New York: Plenum Press.
- Kolko, D.J., & Swenson, C.C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks: SAGE.
- Kooijman, K. (2011). *Niets doen is geen optie: Verder met de aanpak van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kooijman, K., Baat, M. de, Linden, P. van der (2010). *Regionale aanpak kindermishandeling. Vierde voortgangsrapportage mei 2010 – oktober 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kooijman, K., Baat, M. de, & Linden, P. van der (2011). *Eindrapportage project Regionale aanpak van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Lalayants, M. (2010). *Multidisciplinary clinical consultation in child protection: Contextual influences and stakeholder perceptions of best practices*. New York: City University of New York.
- Lessard, G., Lavergne, C., Chamberland, C., Damant, D. & Turcotte, D. (2006). Conditions for resolving controversies between social actors in domestic violence and youth protection services: Toward innovative collaborative practices. *Children and Youth Services Review*. Vol.28(5), pp. 511-534.
- Macdonald, G., Higgins, J. & Ramchandani, P. (2007). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused (Review). *The Cochrane Library*, 4, 1-43.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2001). Programma's met het doel opvoedingskwaliteit te bevorderen en kindermishandeling te voorkomen: een meta-analytisch overzicht. *Literatuurselectie kinderen en adolescenten*, 8, 5-32 (vertaald uit *Child Abuse & Neglect* (2000), 24, 1127-1149).
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Samenwerken in de jeugdketen. Een instrument voor gegevensuitwisseling. Versie 1.0*. Den Haag: VWS.

- Minkman M.M.N & Ahaus C.T.B (2007). *Ketenkwaliteit de organisatiegrens voorbij*. Kwaliteit in Beeld.
- Munro, E. (2002). *Effective child protection*. London: Sage Publications.
- Nederlands Jeugdinstituut (2010). *Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen: 38 interventies uit de databank Effectieve Jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Nederlands Jeugdinstituut (2012). *Overzicht Jeugdsector. Beter samenwerken*. Geraadpleegd op 5 juli 2012 via <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/18/192.html>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Nijnatten, C. Van, & Van Huizen, R. (2004). Children of uxoricide: the anti therapeutic effects of parenthood pathology in cases of family trauma. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 26, 229-244.
- O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L., & Jackson, D. (2010). The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: what the literature reveals. *Journal of Child Health Care*, 14, 82-94.
- Pagée, R. van (2003). *Eigen Kracht (Family Group Conference) in Nederland: Van model naar invoering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Pels, T., Lünemann, K., & Steketee, M. (2011). *Opvoeden na partnergeweld: Ondersteuning van moeders en jongeren van diverse afkomst*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Perry, B.D. (2001). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2007). *Actieplan aanpak kindermishandeling 'Kinderen veilig thuis'*. Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Roberts, A.R. & Everly, G.S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.
- Ross, G. & O'Carroll, P. (2004). Cognitive behavioural psychotherapy intervention in childhood sexual abuse: Identifying new directions from the literature. *Child Abuse Review*, 13, 51-64.
- Rossum, J. van, Berge, I.J. ten, & Anthonijsz, I. (2008). *Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.). (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E., (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-786.
- Skowron, E. & Reineman, D. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 52-71.
- Spanjaard, H. & Haspels, M. (2005). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 40, 89-111.
- Struik, A. (2011). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson.
- Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Faldowski, R., Henggeler, S.W. & Mayhew, A.M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24, 497-507.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368-381.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P-positive parenting program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 35, 475-495.
- Thomlison, B. (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, LXXXII, 541-569.
- Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderbescherming*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Werkgroep signalerings- en risicotaxatie-instrumenten (2012). *Is dit kind thuis veilig? Wegwijzer voor beoordelen van veiligheid van (jonge) kinderen*. Concept juli 2012. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Wolfe, D.A. (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Newbury Park: SAGE.
- Wolzak, A., & Berge, I.J. ten (2005). *Kindermishandeling: De aanpak in Nederland*. Utrecht / Amsterdam: NIZW Jeugd / Uitgeverij SWP.

- Yperen, T.A. van (2012) *Verbetering telt. Werken met prestatie-indicatoren in de zorg voor jeugd*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T.A. van, Booy, Y., & Veldt, M.C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Zijden, Q. van der & Diephuis, K. (2012). *Handreiking Integrale Zorg, Samenwerken rond jeugd met meervoudige problematiek en hun gezin*. Utrecht: GGZ Nederland / Jeugdzorg Nederland / Landelijk Expertise Centrum Speciaal Onderwijs.

Bijlagen

Bijlage 3.1 Vragenlijsten voor onderzoek rond kindermishandeling

Functioneren van het kind

Drie veelgebruikte instrumenten om gedrags- en emotionele problemen bij het kind te beoordelen zijn:

- **Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 2009⁶)**

De CBCL is de vragenlijst die ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen invullen, om zo aan te geven welke vaardigheden en gedrag hun kind vertoont. Er zijn twee versies: voor kinderen van zes tot achttien jaar en voor kinderen van anderhalf tot vijf jaar. De vragenlijst bestaat uit 118 vragen over gedragingen en twintig over vaardigheden. Daarnaast is er een vragenlijst voor de leerkracht (Teacher Report Form; TRF) en een vragenlijst voor jongeren vanaf elf jaar (Youth Self Report; YSR).

De CBCL is gebaseerd op het DSM-IV-R classificatiesysteem en maakt het mogelijk om na te gaan of er wellicht sprake is van psychiatrische problematiek: als er hoog gescoord wordt op een bepaald probleemgebied, is dit aanleiding om een kind te verwijzen voor verder specialistisch onderzoek.

- **Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPI; Romijn & Kousemaker, 2001⁷)**

De KIPPI is uitsluitend bedoeld voor ouders van heel jonge kinderen (tot vijf jaar) en wordt vooral gebruikt binnen de jeugdgezondheidszorg. Met dit instrument wordt inzicht verkregen in psychosociale, gedrags- en ontwikkelings-

6 Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.

7 Romijn, A. & Kousemaker, P. (2001). *De KIPPI-methode voor vroegtijdige onderkenning. Revisie en nadere verantwoording*. Leiden: Universiteit Leiden.

problemen. De KIPPI wordt dikwijls ingezet als aanvulling op het onderzoek van de lichamelijke ontwikkeling en gezondheid van het kind.

- **Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Widenfelt et al., 2003⁸)**

Dit is een vragenlijst voor ouders, leerkrachten en kinderen met twintig vragen over gedrag en vijf over competenties. Ook hier geldt dat deze bedoeld is om na te gaan of een beeld van een kind gedeeld wordt. Er zijn drie versies: voor ouders, voor de kinderen zelf en voor de leerkracht. De SDQ is ontwikkeld voor kinderen vanaf vier jaar met als bovengrens zestien jaar.

De keuze voor een van deze lijsten is afhankelijk van de leeftijd van het kind en de onderzoeksvraag. Bij een eenvoudige screening kan vaak volstaan worden met de SDQ en voor jongere kinderen met de KIPPI. Als een meer uitgebreide screening gewenst is, is het zinvol de CBCL, TRF en/of YSR in te zetten.

De professional kan de vragenlijsten aan ouders of kinderen geven met het verzoek ze in te vullen, of ze samen met de cliënten invullen. In de laatste situatie geeft de lijst al aanleiding tot gesprek, wat veel informatie op kan leveren over de context waarin het probleem of de vaardigheid zich voordoet. Dat is waardevolle informatie om te kunnen inschatten hoe een kind functioneert.

Opvoeding

Voorbeelden van instrumenten die gericht zijn op de ouders en hoe zij de opvoeding ervaren zijn:

- **Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI; Brock et al., 1992⁹)**

De NOSI is bedoeld om de stressbeleving van ouders in de opvoedingssituatie in kaart te brengen. De vragenlijst is gericht op ouders (opvoeders) van kinderen in de leeftijd van twee tot dertien jaar. De NOSI kent een 'ouderdomein' dat nagaat of de ouder vindt dat hij op zijn opvoedingstaak is berekend, of juist vindt dat hij inadequaat en gespannen reageert. Daarnaast is er een kinddomein, dat nagaat

8 Widenfelt B van, Goedhart A, Treffers P, Goodman R (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.

9 Brock, A.J.L.L., de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI, handleiding experimentele versie*. Amsterdam: Pearson.

in hoeverre kenmerken van het kind bijdragen aan de ervaren stress.

Er is ook een verkorte versie van de NOSI, genaamd de NOSIK. Deze bestaat uit 25 vragen en kan gebruikt worden om snel een algemene indruk van de ouderlijke stress te krijgen.

- **Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS; Wels & Robbroeckx, 1996¹⁰)**

De NVOS vraagt naar gezinsbelasting en verklaringen die men voor deze belasting heeft. Verder brengt de NVOS de verwachtingen van ouders ten aanzien van hulp in kaart. Deze vragenlijst is bedoeld voor gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd (tot en met twaalf jaar). De NVOS bestaat uit 148 vragen verdeeld over vier onderwerpen, namelijk gezinsbelasting, beoordeling van de opvoedingssituatie, attributies met betrekking tot de opvoedingssituatie en de hulpverwachting. De Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingssituatie is geschikt om met enige regelmaat af te nemen. Verbetering of verslechtering van de situatie is dan vast te stellen en kan helpen een besluit over het vervolg van de hulpverlening te nemen. De NVOS is, met andere woorden, veranderingsgevoelig.

- **Vragenlijst Meegemaakte gebeurtenissen (VMG; Veerman et al., 2003¹¹)**

De VMG is een vragenlijst voor ouders en opvoeders van kinderen in de leeftijd van vier tot veertien jaar met als doel ingrijpende gebeurtenissen te inventariseren. In totaal gaat het om 37 gebeurtenissen (34 negatieve en drie positieve), waarvan de ouder aan moet geven of hij deze als negatief of positief heeft ervaren in relatie tot de levensloop van het kind. Het is belangrijk dit na te gaan omdat juist bij kindermishandeling vaak blijkt dat gezinnen veel ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt.

10 Wels, P.M.A. & Robbroeckx, L.M.H. (1996). *Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS): Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Publishers.

11 Veerman, J.W., Janssen, J., Brink, L.T. ten, Horst, H. van der & Koedoot, P. (2003). *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Voorlopige handleiding 3e herziening*. ACSW/Praktikon.

Gezin en omgeving

Voorbeelden van vragenlijsten voor het in kaart brengen van gezins- en omgevingsfactoren zijn:

- **Gezins Klimaat Schaal (GKS; Jansma & Coole, 1996¹²).**

De GKS is bedoeld voor gezinnen met kinderen ouder dan elf jaar. De GKS meet het sociale klimaat van het gezin en een aantal belangrijke aspecten van het gezinsfunctioneren zoals de mate van onderlinge betrokkenheid (cohesie), expressie, de mate van organisatie in het gezin, controle en normen. De GKS is een vragenlijst die gelijktijdig door alle gezinsleden (vanaf elf jaar) wordt ingevuld.

- **Vragenlijst voor Gezinsproblemen (VGP; Koot, 1997¹³)**

Met de VGP krijgen gezin en professionals inzicht in de visie van ouders of verzorgers op eventuele moeilijkheden of problemen in het gezin. De vragen hebben betrekking op negen onderwerpen: (1) Steun en communicatie, (2) Opvoeding, (3) Vijandigheid, (4) Openheid, (5) Uitvoering van de taken, (6) Betrokkenheid, (7) Geborgenheid, (8) Partnerrelatie en (9) Problemen met de kinderen. De vragenlijst geeft een subjectieve beschrijving van problemen op algemeen gezinsniveau en op het niveau van individuele gezinsleden.

- **Vragenlijst Gezinsfunctioneren**

- **(VGF; Ten Brink, van der Steege & Van der Haar, 2000¹⁴)**

De VGF is een vragenlijst die door de professional als ‘outsider’ voor beide ouders wordt ingevuld. De VGF heeft vragen over vier clusters, namelijk basiszorg, ouderfunctioneren, opvoeding en sociaal netwerk. Doel van de VGF is informatie verzamelen over het functioneren van gezinnen met (ernstige) opvoedingsproblemen.

12 Jansma, J.B.M., Coole, R.L. de. (1996) *Gezinsklimaatsschaal: handleiding (GKS-II)*. Amsterdam: Pearson.

13 Koot, H.M. (1997). *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit.

14 Brink, T. ten, M. van der Steege, A. van der Haar, H. Jagers, J.W. Veerman, H. Baartman (2000). *Experimentele gebruikershandleiding van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren*. Utrecht / Duivendrecht: NIZW / PI Research.

Risicotaxatie

De vier meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten in Nederland zijn:

- **California Family Risk Assessment (CFRA)¹⁵**

De CFRA is bedoeld om een objectieve inschatting te maken van de waarschijnlijkheid dat een kind waarover vermoedens van kindermishandeling zijn gemeld, in de komende 18-24 maanden binnen het gezin mishandeld of verwaarloosd wordt. Het instrument is niet specifiek bedoeld om recidiverisico te voorspellen. In de VS wordt de CFRA ingezet aan het eind van het onderzoek naar gemelde vermoedens van kindermishandeling, nadat er een veiligheidstaxatie heeft plaatsgevonden, bij die meldingen die gegrond of niet bevestigd blijken te zijn. De uitkomst van de risicotaxatie is mede bepalend voor het besluit de zaak op dat moment al dan niet af te sluiten: een niet bevestigde melding met een lage risico-inschatting kan bijvoorbeeld worden afgesloten. Daarnaast worden richtlijnen gegeven voor een minimumcontactfrequentie op basis van de overallrisicoscore: hoe hoger de risicoscore, hoe meer face-to-face-contacten tussen werker en gezin nodig zijn.

- **Child Abuse Risk Evaluation–NL (CARE-NL; De Ruiter & De Jong, 2006)¹⁶**

De CARE-NL is een gestructureerde beoordelingslijst voor de inschatting van het risico op diverse vormen van kindermishandeling bij kinderen en jongeren van elke leeftijd. De CARE-NL is ontworpen als leidraad voor professionele besluitvorming en niet als kwantitatief (actuarieel) instrument. De CARE-NL structureert en stuurt primair het professionele oordeel van de werker. Daarnaast geeft de CARE-NL richtlijnen voor de rapportage en overwegingen voor het hanteren van de geconstateerde risico's. De CARE-NL is ontwikkeld voor het beoordelen van het risico van kindermishandeling in verschillende werkvelden, waaronder jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugdgezondheidszorg.

15 California Structured Decision Making. Assessment tools and protocols. http://www.dss.cahwnet.gov/cfsweb/res/pdf/2002_12_10_PP2Manual.pdf; Hermanns, J. (2006). *California Family Risk Assessment (CFRA). Nederlandse vertaling en instructie.*

16 Ruiter, C. de & de Jong, E.M. (2006). *CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling.* Utrecht: C. de Ruiter.

- **Delta veiligheidslijst (Pi Research & Van Montfoort, 2008¹⁷)**

De Delta veiligheidslijst is bedoeld als checklist voor de gezinsvoogd bij enerzijds het beoordelen van het risico van kindermishandeling en anderzijds het beoordelen van de veiligheid van het kind.

De veiligheidslijst is een hulpmiddel om gsystematiseerd informatie te verzamelen en te beoordelen en daarmee het niet-pluisgevoel te objectiveren. Bijzonder is dat de veiligheidslijst ontwikkeld is om te gebruiken in gesprek met de ouders. De gezinsvoogd overlegt en toetst zijn bevindingen bij ouders en bespreekt met hen hoe de veiligheid van het kind aangetoond en gewaarborgd kan worden. De Delta veiligheidslijst is daarmee tevens een hulpmiddel voor risicomanagement.

- **Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK; Ten Berge & Eijgenraam, 2009¹⁸)**

De LIRIK is bedoeld als hulpmiddel voor Bureau Jeugdzorg bij:

1. het onderkennen van een vermoeden van kindermishandeling;
2. een eerste inschatting van het risico op kindermishandeling in de nabije toekomst.

Met behulp van de LIRIK moet de werker snel kunnen nagaan of er mogelijk sprake is van kindermishandeling en wat de risico's voor het kind zijn. De LIRIK is gericht op gestructureerde professionele oordeelsvorming. Dat wil zeggen dat het de werker helpt om op grond van de beschikbare informatie systematisch de voorliggende casus te beoordelen. De checklist is niet primair bedoeld om de informatieverzameling en besluitvorming te sturen. De LIRIK is ook geschikt voor gebruik door andere professionals in onder meer de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz en volwassenenzorg.

17 Pi Research & Van Montfoort (2008). *De Delta veiligheidslijst: Gestructureerde risicotaxatie en -management binnen de Deltamethode*. Duivendrecht/Woerden: Pi Research/Van Montfoort.

18 Berge, I. ten & Eijgenraam, K. (2009). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. www.nji.nl/lirik.

Bijlage 4.1 Checklist Veilig thuis?



Beoordeling van veiligheid: overzicht van aandachtspunten

Algemene aandachtspunten

- Bekijk de zaak van verschillende kanten: verzamel informatie over verschillende onderwerpen en bij verschillende informanten.
- Lijstjes met aandachtspunten helpen je om geen belangrijke zaken over het hoofd te zien.
- Maak onderscheid tussen concrete, feitelijke informatie en de beleving of mening van anderen.
- Vraag altijd goed na wat een ander bedoelt.
- Let niet alleen op fysieke of materiële aspecten, maar ook op emotionele aspecten.
- Bespreek jouw oordeel met andere professionals.
- Neem moeilijke beslissingen nooit alleen.

1. Afwezigheid van seksueel misbruik, fysieke of psychische mishandeling¹

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wordt het kind thuis seksueel misbruikt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wordt het kind thuis fysiek mishandeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wordt het kind thuis psychisch mishandeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wordt het kind door iemand buiten het gezin mishandeld of misbruikt én doen ouders niets of te weinig om het kind daartegen te beschermen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is het kind getuige van seks of seksueel geweld tussen de ouders of andere volwassenen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is het kind getuige van fysiek en/of psychisch geweld tussen de ouders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |









¹ De voorbeeldvragen gaan hier uit van een onveilige situatie, namelijk als sprake is van mishandeling of misbruik.



2. Aanwezigheid van basale verzorging en bescherming

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Is er binnen het gezin tenminste één vaste volwassene aanwezig die zorgt voor adequate verzorging van het kind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is er binnen het gezin tenminste één vaste volwassene aanwezig die het kind beschermt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is er binnen het gezin tenminste één vaste volwassene aanwezig die ervoor zorgt dat het leerplichtige kind naar school gaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



<p>3. Affectieve relatie tussen ouder en kind / aandacht van ouder voor kind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is er sprake van een affectieve band tussen ouder(s) en kind? • Is er binnen het gezin tenminste één vaste verzorger emotioneel beschikbaar voor het kind? 	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Regelmaat, structuur en continuïteit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is er regelmaat en stabiliteit in de dagelijkse verzorging en opvoeding? • Hanteren de ouders duidelijke en op het kind afgestemde regels en grenzen? • Stellen de ouders realistische eisen aan het kind? 	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Voldoende toezicht van een volwassene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is er binnen het gezin tenminste één vaste volwassene aanwezig die toezicht houdt op het kind? 	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
<p>6. Gevoel van veiligheid van het kind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voelt het kind zich thuis veilig en geborgen? • Zijn er signalen in gedrag en ontwikkeling dat het kind zich niet op zijn gemak voelt? 	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>7. Veranderingsmogelijkheden van de ouder(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heeft de ouder inzicht in de problematiek? • Is de ouder bereid en in staat om de situatie voor het kind in positieve zin en permanent te veranderen? 	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8. Steun uit het sociaal netwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is steun uit het sociaal netwerk beschikbaar voor de ouders? • Is er een sociaal netwerk beschikbaar voor het kind? 	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bijlage 5.1 Beschrijving van interventies: stoppen van kindermishandeling en herhaling voorkomen

- **Parent Child Interaction Therapy (PCIT; Eyberg, 1999¹⁹)**

Doel

Het doel van Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is de gedragsproblemen bij het kind te verminderen en de stress bij ouders te verminderen door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie te verbeteren.

Doelgroep

Parent-Child Interaction Therapy is bedoeld voor kinderen van twee tot zeven jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Kinderen met een (oppositieel opstandige) gedragsstoornis en ADHD komen in aanmerking voor de behandeling. PCIT blijkt ook effectief te zijn in het voorkomen van kindermishandeling/verwaarlozing en behandelen van gezinnen waar mishandeling en verwaarlozing plaatsvindt.

Aanpak

Parent-Child Interaction Therapy is een geprotocolleerd behandelprogramma voor jonge kinderen met gedragsproblemen en hun ouders. In PCIT worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de therapeut vanachter een one-way screen de ouder coacht middels een oormicrofoon. De therapie richt zich op verbetering van de ouder-kindinteractie en op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. In de eerste fase van de behandeling wordt een assessment gedaan om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen. In de tweede fase leren de ouders positieve aandachtsvaardigheden te gebruiken zoals het sensitief reageren en

19 Eyberg, S. (1999). *Manual Parent-Child Interaction Therapy*. Vertaald en bewerkt in het Nederlands door PI Research (2007).

prijzen van goed gedrag. In de derde fase leren de ouders op het gedrag gerichte managementstrategieën zoals het effectief afgeven van directieven en opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures.

PCIT duurt tussen de negen en twintig weken, afhankelijk van het niveau van vaardigheden van de ouders en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituatie naar situaties in het dagelijks leven.

- **Families First (Spanjaard & Haspels, 2005²⁰)**

Doel

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

Doelgroep

Families First is een vorm van hulpverlening aan gezinnen die in een crisissituatie verkeren, en waarbij een of meer kinderen in de leeftijd van nul tot achttien jaar uit huis geplaatst dreigen te worden.

Aanpak

De hulp van Families First duurt vier tot maximaal zes weken. Vier à vijf keer per week komt een hulpverlener in het gezin. Deze gezinsmedewerker is zeven dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar voor het gezin. De hulp sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het versterken van datgene wat goed gaat. De aanpak is ingedeeld in fasen en doelgericht. De eerste twee weken zijn gericht op het bezweren van de crisis, het verlenen van praktische en materiële hulp waar nodig en het verbeteren van de veiligheidssituatie voor de kinderen. Tevens wordt een begin gemaakt met het versterken en uitbreiden van de krachten van de gezinsleden. Na twee weken worden doelen en plan van aanpak zo nodig bijgesteld. In de volgende twee weken ligt het accent op het versterken van het sociale netwerk van het gezin. De praktische en materiële hulp wordt afgebouwd opdat het gezin zo veel mogelijk weer zelfstandig de taken van het dagelijkse leven oppakt. Een ander belangrijk onderdeel van deze fase is het

20 Spanjaard, H. & Haspels, M. (2005). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Amsterdam: SWP.

starten van vervolghulp. Na vier weken kan de hulp met maximaal twee keer één-week worden verlengd.

Na afsluiting van Families First vinden follow-upbezoeken plaats, waarbij de gezinsmedewerker nagaat hoe het gezin functioneert. Als blijkt dat er in de tussenliggende periode problemen ontstaan zijn, heeft de gezinsmedewerker de mogelijkheid om in maximaal drie contacten eerder geleerde vaardigheden op te frissen en ondersteuning te bieden bij het oplossen van problemen.

- **Triple P Pathways (Sanders, Turner, & Markie-Dadds, 2002²¹)**

Doel

Triple P Pathways richt zich op het optimaliseren van de veiligheid van het kind in brede zin en het minimaliseren van risicovolle opvoedsituaties.

Doelgroep

Triple P Pathways is bedoeld voor alle ouders en opvoeders van kinderen van nul tot zestien jaar die moeite hebben met het hanteren van woede en/of denken dat hun kind expres ongewenst gedrag laat zien. Pathways wordt ingezet als blijkt dat het reguliere Triple P-programma te weinig houvast zal bieden en/of ouders die gestart zijn met Triple P onvoldoende vooruitgang bereiken in de opvoedsituatie. Meestal zijn er dan andere factoren in het spel die maken dat ouders de vaardigheden niet kunnen toepassen. Bijvoorbeeld dat ouders het gedrag van het kind altijd toeschrijven aan oorzaken buiten zichzelf (denk aan: het karakter van het kind of andere externe factoren als een hoge werkdruk of de invloed van alcohol), waardoor ze niet gemotiveerd zijn hun eigen gedrag aan te passen. Of dat ouders moeite hebben met het reguleren van eigen heftige emoties als kinderen lastig zijn. Hierdoor lukt het niet om rustig te blijven en heldere instructies te geven en worden vaardigheden als stilzitten en time-out al snel straffend ingezet. Met Triple P Pathways kan dan eerst gewerkt worden aan een positievere uitleg van het gedrag van het kind en een positievere reactie van de ouder, zodat ouders in staat zijn de Triple P-opvoedvaardigheden goed in te zetten.

21 Sanders MR, Turner KMT, Markie-Dadds C. (2002). The development and dissemination of the Triple P Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3, 173-189.

Aanpak

Triple P Pathways is een intensieve interventie (Triple P niveau 5) en kan zowel individueel als in een groep gegeven worden. Pathways bestaat uit drie modules die los of in combinatie met elkaar kunnen worden aangeboden:

1. attributie training: opvoedvalkuilen leren herkennen en vermijden (twee sessies);
2. omgaan met woede: woede tijdig kunnen signaleren en reguleren (twee sessies);
3. wat geleerd is afronden en vasthouden (één sessie).

Elke module heeft een eigen werkboekje waarin per sessie de activiteiten staan beschreven die samen met ouders worden besproken en geoefend. Elke sessie eindigt met een thuisopdracht die ouders stimuleert om verder te oefenen in de thuissituatie.

• Veilig, Sterk en Verder (De Waag Nederland & Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem²²)

Doel

Vanaf de aanmelding zijn alle interventies erop gericht de veiligheid thuis aantoonbaar te herstellen en de kinderen zich weer veilig te laten voelen in de relatie met hun ouders. Psychopathologie die zorgt voor het voortduren van het geweld of het gevolg is van het geweld moet afnemen.

Doelgroep

Gezinnen waar nul- tot achttienjarige kinderen stelselmatig of levensbedreigend fysiek mishandeld worden, of getuige zijn van geweld tussen ouders.

Aanpak

Traumabehandeling, daderbehandeling en interventies gericht op veiligheid vormen de bouwstenen van het programma en worden geïntegreerd aangeboden. Over het algemeen duurt de behandeling één tot twee jaar. Meestal begint de

22 De Waag Nederland en Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC) Haarlem (in voorbereiding). Veilig, Sterk en Verder (VSV): Een behandelprogramma voor kindermishandeling binnen het gezin. Meer informatie over Veilig, Sterk en Verder staat op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie: www.kenniscentrum-kjp.nl.

behandeling met wekelijkse of tweewekelijkse gesprekken. In de loop van de tijd zal er steeds meer tijd tussen afspraken zitten. De tijd en plaats van behandeling worden in overleg tussen ouders en hulpverleners gepland. De behandeling bestaat uit drie fasen:

- De fase Veilig
Het creëren van veiligheid voor het kind staat centraal. In deze fase worden alle zorgen van de verschillende betrokken hulpverleners, jeugdbeschermers, ouders en kinderen op een rijtje gezet. Daarna wordt er in kaart gebracht wat er op korte en op lange termijn moet gebeuren om de veiligheid van de kinderen te garanderen. Wanneer de veiligheid van de kinderen voldoende is gewaarborgd, begint de volgende fase.
 - De fase Sterk
Alle gezinsleden krijgen behandeling bij het KJTC of de Waag. De behandeling is gericht op het verwerken van de negatieve ervaringen, op het aanleren van positieve manieren van met elkaar omgaan, en opvoeden, zodat nieuw geweld voorkomen wordt. Daarnaast zijn er regelmatig gezinsgesprekken om met elkaar te delen wat iedereen meemaakt en het vertrouwen verder te laten groeien.
 - De fase Verder
Met de gezinsleden wordt gezocht naar het vervolg; in welke samenstelling en op welke manier gaan de gezinsleden verder met hun leven. Er vinden in deze fase vooral gezinsgesprekken plaats.
- **MST-CAN (Swenson & Schaeffer, 2012²³)**

Doel

Het doel van MST-CAN is het voorkomen van herhaling van kindermishandeling en het voorkomen van uithuisplaatsing.

Doelgroep

MST-CAN richt zich op gezinnen met kinderen tussen de zes en zeventien jaar waar mishandeling heeft plaatsgevonden.

23 Swenson, C.C. & Schaeffer, C.M. (2012). Multisystemic therapy for child abuse and neglect. In A. Rubin (Ed.). *Programs and interventions for maltreated children and families at risk*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; US (pp. 31-41).

Aanpak

MST is een intensieve ambulante systeem- en gedragsgerichte behandelingsmethode die steunt op 'evidence-based' therapeutische technieken vanuit de (cognitieve) gedragstherapie, pragmatische gezinstherapieën (structureel, strategisch), Community Reinforcement Approach (bij middelenmisbruik van kind of ouders) en farmacotherapie (bijvoorbeeld voor ADHD). De interventies richten zich vooral op de ouders en op sleutelfiguren uit de omgeving van het kind. Beïnvloeden, begeleiden, onderwijzen, maar niet uitvoeren is de stelregel. Het is van belang dat de gezinsleden leren om zelf hun problemen op te lossen en om te gaan met anderen en instanties. De behandelingen vinden plaats in de thuissituatie en in alle systemen waarin het kind participeert (familie, school, buurt, vrienden). Gezinsinterventies, interventies gericht op leeftijdgenoten, schoolinterventies, individueel georiënteerde interventies, psychiatrische interventies en interventies om de sociale steun voor het gezin te verhogen kunnen tot de behandeling behoren. MST wordt uitgevoerd door een team van drie à vier hooggekwalificeerde behandelaars met hoogfrequente training, supervisie en ondersteuning ook op de langere termijn. MST-CAN wordt in Amsterdam aangeboden.

Bijlage 5.2 Beschrijving van interventies: gevolgen voor kinderen beperken

- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; De Jongh & Ten Broeke, 2003²⁴)**

Doel

Het doel van EMDR is het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt hebben getraumatiseerd. Hierdoor kunnen klachten, die zijn ontstaan als gevolg van die herinneringen en het lijden dat daarmee gepaard gaat, worden verminderd.

Doelgroep

De interventie is aanvankelijk ontwikkeld voor volwassenen die lijden aan traumagerelateerde stoornissen, waaronder posttraumatische stressstoornis (PTSS). Met de nodige aanpassingen is deze ook geschikt gemaakt voor kinderen vanaf één jaar, die op uiteenlopende manieren lijden aan de gevolgen van traumatische ervaringen.

Aanpak

Kindertherapeuten van diverse theoretische scholen kunnen EMDR in hun behandelingsarsenaal integreren, mits zij een specifieke EMDR-opleiding hebben gevolgd. De behandeling vindt plaats volgens een vast protocol dat uit acht stappen bestaat. De cliënt concentreert zich op een maximaal negatief beladen beeld uit zijn herinnering aan een ervaring, met een daarmee verbonden negatieve opvatting over zichzelf, emoties en lichamelijke sensaties. Daarna zorgt de therapeut bij de cliënt voor afleiding, die wordt bewerkstelligd doordat de therapeut de cliënt

- hetzij met de ogen de heen-en-weer-bewegende vingers van de therapeut laat volgen;

24 De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (2003). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt publishers. Over de behandeling van kinderen met EMDR is geschreven in: Beer, R. & Roos, C. de (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten, een nieuw perspectief. In E. ten Broeke, A. de Jongh & H.-J. Oppenheim (Red.). *Praktijkboek EMDR*. Amsterdam: Harcourt.

- hetzij op de handen van de therapeut laat trommelen;
- hetzij geluidstonen via een koptelefoon beurtelings in het linker- en rechteroor laat horen.

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

- **Horizonmethodiek (Lamers-Winkelman, 2000²⁵)**

Doel

Het doel van de Horizonmethodiek is bij seksueel misbruikte kinderen de negatieve gevolgen van de traumatische (seksuele) gebeurtenissen voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Daaronder valt het voorkomen van symptomen van posttraumatische stress of, indien al aanwezig, het opheffen of verminderen van deze symptomen.

Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden bij het verwerken van de ervaringen, (tijdelijke) opvoedingsonmacht weten te overkomen, en dat ze weten om te gaan met hun eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van het kind.

Doelgroep

De Horizonmethodiek is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van vier tot twaalf jaar die seksueel zijn misbruikt door iemand van binnen of buiten het gezin. Daarnaast is er een parallelaanbod voor de niet-misbruikende ouder(s) van het kind. Het misbruik hoeft niet juridisch bewezen te zijn, maar de verwijzers en therapeuten moeten er wel van overtuigd zijn dat er sprake is geweest van seksueel misbruik.

25 Lamers-Winkelman, F. (2000). Protocol behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen. In P. Prins & N. Pameijer (Eds.). *Protocollen in de jeugdzorg: Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*. Lisse: Swets & Zeitlinger (pp.227-242).

Aanpak

De groepstherapie bestaat uit vijftien wekelijkse sessies van één à anderhalf uur. Het programma staat per sessie vast, de therapie vindt altijd op dezelfde tijd plaats en met dezelfde kinderen. De sessies van de ouders vinden op hetzelfde tijdstip plaats als die van de kinderen.

Vanaf de eerste sessie wordt het seksueel misbruik dat heeft plaatsgevonden aan de orde gesteld. Het programma is zo opgesteld dat alle thema's die te maken hebben met het misbruik aan bod komen. Dat zijn bijvoorbeeld thema's als schuld, schaamte, boosheid en angst. In iedere sessie staat één van die thema's centraal. In de sessies wordt niet alleen gepraat met de kinderen maar ook actief geoefend om het besprokene te ervaren, bijvoorbeeld door tekenen, spelen, toneelspelen en bewegen.

In de sessies van de ouders komen dezelfde thema's aan bod als in de sessies van de kinderen. Ook hier staat dus per sessie één thema centraal. Daar wordt op verschillende manieren aan gewerkt, zoals praten, tekenen en rollenspelen. Bovendien krijgen de ouders regelmatig opdrachten voor thuis mee.

- **STEPS (Bicanic & Kremers, 2007²⁶)**

Doel

Het doel van STEPS is het verminderen van PTSS-klachten ten gevolge van eenmalig seksueel geweld en het normaliseren van gedrag. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat worden gesteld hun kind optimale steun te bieden tijdens de behandeling en dat zij leren om te gaan met hun eigen zorgen en gevoelens van boosheid, verdriet, schuld en angst.

Doelgroep

De groepsbehandeling is bedoeld voor meisjes van dertien tot achttien jaar en hun ouders/verzorgers. De meisjes hebben uitsluitend eenmalig seksueel geweld meegemaakt en daardoor een posttraumatische stressstoornis ontwikkeld.

Aanpak

Voor de meisjesgroep bestaat STEPS uit acht wekelijkse groepssessies van elk twee uur, die door een GZ-psycholoog en een gedragstherapeutisch medewerker geleid worden. De oudergroep behelst zes parallele wekelijkse sessies van ieder twee uur,

26 Bicanic, I.A.E., & Kremers, A.H.A. (2007). STEPS handleiding: Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

begeleid door een maatschappelijk werker. Voordat de groepssessies plaatsvinden, is er nog een individuele sessie (sessie O) waarin een individueel behandelplan en stappenplan wordt opgesteld. Tijdens de groepssessies komt elke week een ander thema aan bod: kennismaking en uitleg over de therapie, psycho-educatie over seksueel geweld en over cognitieve gedragstherapie, schrijven en spreken over de traumatische herinneringen, cognitief herstructureren, het bespreken van seksuele problemen, een bezoek van de gynaecoloog, seksuele voorlichting, preventie revictimisering, een bezoek van de jeugd- en zedenrecherche en tot slot terugvalpreventie en de afsluiting. Na de laatste sessie volgen nog drie bijeenkomsten: na twee weken vindt het eindgesprek plaats en na zes en twaalf maanden een follow-upgesprek. De oudergroep wordt ook vooraf gegaan door een sessie O, waarin het begeleidingsplan centraal staat. De opeenvolgende groepssessies bestaan uit verschillende thema's: uitleg over eenmalig seksueel geweld en over cognitieve gedragstherapie, seksueel geweld, bezoek aan gynaecoloog en jeugd- en zedenrecherche en de afsluiting. Net als bij de adolescenten zijn er na de groepssessies nog drie ontmoetingen: het eindgesprek en na zes en twaalf maanden het follow-upgesprek.

- **Let op de Kleintjes (Ruiter, 1999²⁷)**

Doel

Het beginnen met de verwerking van de concrete ervaringen die het kind heeft. Het verminderen van de gevolgen van die ervaringen en het opbouwen van bescherming. Het bieden van ondersteuning bij de opvoeding, gericht op de ouderrol.

Doelgroep

Jongens en meisjes van zes tot twaalf jaar die uit een gezin komen waarin de moeder structureel mishandeld wordt door haar partner, en daarnaast de moeders zelf.

Aanpak

Let op de Kleintjes is een psycho-educatieve cursus voor kinderen die getuige zijn (geweest) van huiselijk geweld. In de praktijk loopt naast de kindergroep vaak een moedergroep. De kinderen volgen negen bijeenkomsten die een vaste structuur hebben en waar gewerkt wordt met thema's en creatieve werkvormen.

27 Ruiter, A. (1999). *Let op de kleintjes: handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: Transact. Meer informatie staat ook op de website van Movisie: www.movisie.nl.

Het Nederlands Jeugdinstituut: kennis over jeugd en opvoeding

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

Missie

De bestaansgrond van het Nederlands Jeugdinstituut ligt in het streven naar een gezonde ontwikkeling van jeugdigen, en verbetering van de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroei-problemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

Doelgroep

Het Nederlands Jeugdinstituut werkt voor beleidsmakers, staffunctionarissen en beroepskrachten in de sector jeugd en opvoeding. Wij maken kennis beschikbaar voor de praktijk, maar genereren ook kennisvragen vanuit de praktijk. Op die manier wordt een kenniscyclus georganiseerd die de jeugdsector helpt het probleemoplossend vermogen te vergroten en de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening te verbeteren.

Producten

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uiteenlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

Meer weten?

Wilt u meer weten over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen, dan kunt u terecht op onze website www.nji.nl. Wilt u op de hoogte blijven van nieuws uit de jeugdsector? Neem dan een gratis abonnement op onze digitale *Nieuwsbrief Jeugd*.

Colofon

Stoppen en helpen

Een adequaat antwoord op kindermishandeling

Ingrid ten Berge, Anne Addink, Mariska de Baat, Cora Bartelink,
Jessica van Rossum en Anneke Vinke

Met dank aan Marianne Berger, Ilona Meuwissen en Anniek Trompetter

ISBN 978 90 8560 060 2

NUR 746

Foto omslag

© Dimitri Sherman (Bigstockphoto.com)

Omslagontwerp en lay-out binnenwerk

Volta_ontwerpers, Utrecht

Opmaak binnenwerk

2-D'sign, Amersfoort

Uitgever

Trude van Waarden

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:

Postbus 257, 1000 AG Amsterdam

Telefoon: (020) 330 72 00

Fax: (020) 330 80 40

E-mail: swp@mailswp.com

Internet: www.swpbook.com