

De aanpak van kindermishandeling in Nederland: knelpunten en aanbevelingen



Inhoudsopgave

- 2 Voorwoord
- 4 Samenvatting
- 8 Hoofdstuk 1 - Resultaten van de aanpak kindermishandeling in Nederland
- 12 Hoofdstuk 2 - Preventie van kindermishandeling
- 16 Hoofdstuk 3 - Melden en onderzoeken van mogelijke kindermishandeling
- 20 Hoofdstuk 4 - Interventies na het vaststellen van kindermishandeling
- 24 Hoofdstuk 5 - Extra aandacht voor gezinnen waar risicofactoren aanwezig zijn
- 27 Hoofdstuk 6 - Onderwijs, geestelijke gezondheidszorg, beroepsopleidingen
- 29 Hoofdstuk 7 - Conclusie en aanbevelingen
- 33 Bijlage 1 Raamwerk voor een effectieve aanpak van kindermishandeling
- 35 Bijlage 2 Geraadpleegde literatuur
- 38 Noten

Voorwoord

Elk jaar opnieuw worden bijna 119.000 kinderen in ons land mishandeld, verwaarloosd of misbruikt.¹ Een onaanvaardbaar hoog getal. Ondanks overheidsmaatregelen uit het Actieplan Aanpak Kindermishandeling (2007), daalt dit aantal nog niet. Wanneer niet steviger wordt ingezet op preventie, zullen de cijfers bij de introductie van de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling verder stijgen. Professionals worden met deze wet immers (terecht) aangemoedigd kindermishandeling vroegtijdiger te signaleren. Op dit moment kent ook de zorg aan mishandelde kinderen en hun ouders nog grote knelpunten. Bij uitblijvende goede zorg voor deze groepen, raken signalerende professionals ontmoedigd en wordt het meldcodebeleid contraproductief. Het huidige beleid, dat zo sterk inzet op het signaleren en melden van kindermishandeling, moet dan ook gepaard gaan met verbeteringen in het preventieve beleid én met een beduidend betere zorg voor de mishandelde kinderen en ouders.

In dit rapport wijst het Kinderrechtencollectief op een aantal urgente knelpunten. Het is in de ogen van het Kinderrechtencollectief zeer zorgelijk dat het budget voor de aanpak van kindermishandeling met miljoenen euro's is gereduceerd. De situatie ontstaat dat onafhankelijke ngo's als Stichting Kinderpostzegels Nederland, Bernard van Leer Foundation en Augeo Foundation meer geld besteden aan de aanpak van kindermishandeling dan de volgens het VN-Kinderrechtenverdrag primair verantwoordelijke partij: de overheid. Tegelijkertijd wijst dit rapport op een aantal actuele knelpunten waarvan de oplossing niet primair in geld is gelegen, maar in het nemen van verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid om beslissingen in financieringsdiscussies die te lang duren af te dwingen. Verantwoordelijkheid om kwaliteitseisen en toezichhoudende kaders in te stellen in sectoren waar de aanpak van kindermishandeling te moeizaam tot stand komt. Verantwoordelijkheid om te bewaken dat bij de naderende stelselwijzigingen de zorg wordt georganiseerd rondom de veiligheidsbelangen van kwetsbare kinderen in plaats van rondom organisatiebelangen.

In dit rapport zijn twintig aanbevelingen geformuleerd waarmee prangende knelpunten worden aangepakt en een betekenisvol effect voor kinderen en gezinnen in de knel kan worden bereikt. De aanpak van kindermishandeling kan op veel draagvlak rekenen. Tekenend daarvoor is dat dit rapport in een samenwerkingsverband van 9 ngo's tot stand is gekomen: het Kinderrechtencollectief. Een twintigtal organisaties, kennisinstellingen en experts hebben meegewerkt en zich aan de inhoud verbonden.

"No violence against children is justifiable, all violence against children is preventable", is in navolging van de wereldwijde VN-studie naar geweld tegen kinderen uit 2006, het uitgangspunt van het Kinderrechtencollectief dat is benut bij het schrijven van dit rapport.

De bij dit rapport betrokken ngo's, kennisinstellingen en experts zijn in staat, en zeker ook bereid, om samen met de overheid op te trekken in de aanpak van het taaie en complexe maatschappelijke probleem dat kindermishandeling is.

Augeo Foundation, Gemma Kobessen, bestuursvoorzitter,
Bernard van Leer Foundation, Lisa Jordan, directeur,
CG-Raad, Angelique van Dam, directeur,
Defence for Children, Aloys van Rest, directeur / voorzitter Kinderrechtencollectief,
Jantje Beton, Rob van Gaal, directeur,
NJR, Andrea Bos, voorzitter
Stichting Kinderpostzegels Nederland, Ilja van Haaren, directeur,
Terre des Hommes, Hans Guyt, hoofd programma's,
UNICEF Nederland, Jan Bouke Wijbrandi, algemeen directeur.

Kinderrechtencollectief
www.kinderrechten.nl



Samenvatting

In elke gemiddelde schoolklas zit één kind dat mishandeld, misbruikt of verwaarloosd wordt. Het aantal kinderen dat met mishandeling te maken krijgt stijgt. Spraken onderzoekers in 2007 nog over 107.000 kinderen die jaarlijks mishandeld werden, in 2011 gaat het om ruim 118.000 kinderen; een stijging van zo'n 10%. Bij deze kinderen gaat het niet om een 'uitgeschoten pedagogische tik'. Deze 118.000 kinderen zijn kinderen waarover leraren, politieagenten en medewerkers van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling stevig onderbouwde zorgen hebben.

Naar verwachting zullen de cijfers nog verder stijgen, omdat professionals kindermishandeling steeds beter signaleren. De Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling stimuleert professionals terecht hiertoe. Desondanks heeft de overheid het budget voor de aanpak van kindermishandeling met bijna 66% gereduceerd, tot slechts 1,1 miljoen euro per jaar. Ook lijkt er geen 35 miljoen euro extra te zijn gereserveerd om de te verwachten groei in meldingen bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling op te vangen. Voorgaande jaren was dit wel het geval. Ngo's besteden zodoende in 2012 meer geld aan de aanpak van kindermishandeling dan de overheid, de partij die volgens het VN-Kinderrechtenverdrag primair verantwoordelijk is.

Het Kinderrechtencollectief heeft 20 concrete aanbevelingen geformuleerd. Door opvolging van deze aanbevelingen kunnen zichtbare resultaten worden geboekt in de aanpak van kindermishandeling. De meeste aanbevelingen hebben niet zozeer betrekking op financiële impulsen, maar op het voeren van regie en het nemen van verantwoordelijkheid. Bovendien kunnen enkele maatregelen ook resulteren in daadwerkelijke kostenbesparingen.

Resultaten van de aanpak kindermishandeling in Nederland (hoofdstuk 1)

Het Actieplan Aanpak Kindermishandeling (2008-2011) heeft vooral geresulteerd in grotere publieke en politieke bekendheid met het verschijnsel kindermishandeling. In de 37 grootstedelijke regio's zijn coördinatoren benoemd, samenwerkingsconvenanten gesloten en nascholingsplannen voor beroepskrachten opgesteld. Er zijn echter te weinig resultaten geboekt om kindermishandeling daadwerkelijk te voorkomen, er is nauwelijks geïnvesteerd in het onderzoeken en behandelen van de slachtoffers en betrokkenen. Het is, zowel moreel als volgens het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind, onaanvaardbaar dat de extra inzet op eerdere signalering van kindermishandeling niet gepaard gaat met het bieden van voldoende passende hulp.

- Per gemiddelde schoolklas van 29 leerlingen wordt 1 kind mishandeld.
- Jaarlijks worden er in Nederland meer dan 118.000 kinderen mishandeld, misbruikt of verwaarloosd. In 2007 waren dit er 107.000.
- Bij zo'n 80.000 mishandelde kinderen per jaar is er al ontwikkelingsschade waarneembaar, zoals leerstoornissen, ontwikkelingsachterstanden of fysieke letsels die gerelateerd lijken te zijn aan een onveilige leefsituatie.

Preventie van kindermishandeling (hoofdstuk 2)

De regionale coördinatoren hebben de afgelopen jaren gewerkt aan het voorkomen van kindermishandeling en concrete maatregelen onder de aandacht gebracht van lokale bestuurders en hun Centra voor Jeugd en Gezin. Desondanks neemt anno 2011 nog geen kwart van de gemeenten maatregelen waarvan relatief snel effect wordt verwacht om kindermishandeling te voorkomen. Dit betekent onder meer dat in ongeveer 75% van de Nederlandse gemeenten verloskundigen het aanbevolen risicotaxie-instrument (nog) niet structureel gebruiken. En dat in zo'n 75% van de gemeenten niet alle ouders van pasgeborenen worden voorgelicht over

- 3,35% van de Nederlandse ouders schudt hun baby om huilgedrag te stoppen. Dit kan leiden tot hersenschade en het zogenoemde Shaken Baby Syndroom.
- Spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen zien jaarlijks 30 tot 60 jonge kinderen met ernstig hersenletsel dat veroorzaakt is doordat het kind is geschud.
- In 2010 werden meer dan 2.500 onderzoeken naar de veiligheid van baby's uitgevoerd door de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling.

het Shaken Baby Syndroom of over het wettelijke verbod op geweld in de opvoeding. Ook biedt niet elke gemeente een in zwaarteoplopend aanbod van opvoedondersteuning. De landelijke overheid stelt voor het uitvoeren van deze preventieve activiteiten nog geen (kwaliteits)eisen aan de gemeenten en verzamelt geen informatie over de daadwerkelijke realisatie. Zonder regie van de landelijke overheid, zal de kwaliteit en het tempo waarmee deze effectieve preventie maatregelen worden uitgevoerd onvoldoende verbeteren om kindermishandelingcijfers te laten dalen.

Melden en onderzoeken van mogelijke kindermishandeling (hoofdstuk 3)

De onderzoeken van het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming bij vermoedens van kindermishandeling zijn vaak onvolledig. Feitenonderzoek naar letsels bij kinderen, uitgevoerd door forensisch artsen, ontbreekt doordat provincies en zorgverzekeraars dergelijke onderzoeken niet financieren (tenzij er aangifte is gedaan). De meeste mishandelde en verwaarloosde kinderen worden niet lichamelijk en vaak ook niet psychologisch onderzocht. Door grote terughoudendheid van met name medische behandelaars van ouders, ontbreekt informatie in de AMK- en Raadonderzoeken. Inbreng van familieleden en vrienden en hun voorstellen voor oplossingen worden in het onderzoeksproces nauwelijks benut. Ondanks deze onvolledigheden kennen de verschillende onderzoeken, die gemiddeld twee lange maanden in beslag nemen, veel overlap. Het AMK onderzoekt of vrijwillige hulpverlening in het gezin wel of niet mogelijk is en de Raad voor de Kinderbescherming onderzoekt bijna hetzelfde; namelijk of een (onvrijwillige) kindermishandeling noodzakelijk is.

De stelselherzieningen in de jeugdzorg moeten benut worden om deze onvolledigheid en overlap aan te pakken. Bij decentralisatie van de jeugdzorg zouden onderzoekstaken worden overgeheveld naar meer lokale organisaties. Dit kan leiden tot nog meer diversiteit, onvolledigheid en overlap in het onderzoek naar vermoedens van kindermishandeling.

Conform de adviezen van deskundigen moet allereerst worden bekeken of de functies 'Advies' (AMK en BJJ), 'Melding' (AMK en BJJ), 'Onderzoek' (AMK en Raad voor de Kinderbescherming), 'Verzoeken tot Raadsonderzoek' (AMK en BJJ) en 'Uitvoering kindermishandelingmaatregelen' (BJJ en voogdijinstellingen) ondergebracht kunnen worden in minder organisaties met méér kwaliteit. Alle benodigde specialistische expertise voor onderzoek naar en hulp na kindermishandeling is dan beschikbaar vanuit één regionaal centrum. Andere landen pakken dit succesvol aan via bijvoorbeeld een Vertrouwenscentrum, Child Advocacy Centre of Family Justice Centre. Voorkomen moet worden dat iedere gemeente dit wiel anders en/of opnieuw uitvindt.

- Bij ruim 18.000 gemelde vermoedens van kindermishandeling startte het AMK in 2010 een onderzoek. Hierbij waren meer dan 30.000 kinderen betrokken.
- Bij ruim 22.661 kinderen constateerde het AMK in 2010 dat er sprake was mishandeling. Veruit de meeste gezinnen ontvingen vervolgens vrijwillige hulpverlening. Voor 3.645 kinderen schakelde het AMK de Raad voor de Kinderbescherming in.
- De Raad voor de Kinderbescherming voerde in 2010 ruim 19.000 beschermingsonderzoeken uit.
- In 2010 waren 38.097 kinderen onder toezicht gesteld en 10.552 kinderen uit huis geplaatst.

Interventies na het vaststellen van kindermishandeling (hoofdstuk 4)

Jaarlijks stelt alleen al het AMK bij 22.661 kinderen vast dat er sprake is van kindermishandeling. Daarbovenop voert de Raad voor de Kinderbescherming nog duizenden beschermingsonderzoeken uit. Volgens het advies van de Gezondheidsraad zouden al deze mishandelde kinderen tenminste psycho-educatie moeten ontvangen. Slechts in enkele regio's zijn hierover structurele afspraken gemaakt en nemen kinderen, die door politie worden aangemerkt als getuige van huiselijk geweld, deel aan psycho-educatieve groepen. Op basis van een volledige diagnostiek (zie hoofdstuk 3) heeft vervolgens een deel van de mishandelde kinderen specifieke behandeling nodig voor de (psychotraumatische) gevolgen van kindermishandeling.

De 3 effectieve behandelmethoden die de Gezondheidsraad aanbeveelt, zijn echter niet in heel Nederland beschikbaar. Zodoende krijgen veel mishandelde kinderen een 'algemeen' zorgaanbod, zoals een sociale vaardigheidstraining. De behandeling van kinderen vindt niet plaats in een samenhangend traject waarin ook plegers worden behandeld en het hele gezin wordt begeleidt naar een veilige opvoedsituatie. Om een dergelijke integrale behandeling mogelijk te maken, beveelt de Gezondheidsraad aan om de vorming van multidisciplinaire teams te stimuleren. Dit gebeurt in 2 kleinschalige pilots in Haarlem en Friesland. De tienduizenden mishandelde kinderen in 2012 en 2013 zijn echter niet geholpen met een overheid die 2 pilots 'volgt'. Deze problemen vragen om een overheid die eisen stelt waaraan het zorgaanbod voor mishandelde kinderen moet (gaan) voldoen en die inzichtelijk maakt welke capaciteit benodigd is voor psycho-educatie, diagnostiek en behandeling conform de adviezen van de Gezondheidsraad. Bovenal vragen deze problemen om een overheid die investeert in de totstandkoming van een samenwerkingsstructuur die de gewenste diagnostiek en hulpverlening mogelijk maakt. Dit knelpunt vereist waarschijnlijk financiële investeringen, tegelijkertijd bieden verbeteringen in het curatieve aanbod mogelijkheden tot forse besparingen. Drie suggesties:

- 1 Besparing door overlap in onderzoek en diagnostiek bij BJZ, AMK's en Raad voor de Kinderbescherming aan te pakken (zie ook hoofdstuk 3).
- 2 Besparing door het methodisch werken rondom het thema 'veiligheid in gezinnen' te versterken. Met de invoering van de Deltamethode in de gezinsvoogdij duurt een ondertoezichtstelling gemiddeld 7 maanden korter en daalt het aantal uit huis geplaatste kinderen met 50%. Verdere uitbreiding van een dergelijke uniforme veiligheidsmethodiek (onder andere Signs of Safety) bij zorgaanbieders die samenwerken met het AMK en de gezinsvoogdij, lijkt zinvol.
- 3 Besparing door meer gezinnen en hun netwerk een eigen plan van aanpak op te laten stellen in bijvoorbeeld "Eigen Kracht Conferenties". In nog (te) kleinschalige onderzoeken werd 90% van de dreigende ondertoezichtstellingen hiermee voorkomen. Ook wordt 10% tot 20% van het latere hulpverleningsplan uitgevoerd door het familienetwerk in plaats van door professionals. Onlangs zijn besparingen tot 400.000 euro per casus berekend. Dit principe kan ook worden toegepast bij een deel van de 18.000 gezinnen die vaak onvrijwillig een AMK-onderzoek ondergaan en vervolgens overgaan op een 'vrijwillig' hulpverleningstraject.

Extra aandacht voor gezinnen waar risicofactoren aanwezig zijn (hoofdstuk 5)

Kindermishandeling ontstaat meestal door een opeenstapeling van risicofactoren, zoals: armoede, werkloosheid van (beide) ouders, psychiatrische problemen van ouders of handicaps van het kind. In de aanpak van kindermishandeling is tot op heden niet specifiek ingezet op (groepen met) risicofactoren. Zo maken gehandicapte kinderen geen onderdeel uit van het Actieplan Aanpak Kindermishandeling. Dit is een ernstige omis-sie, aangezien deze groep kinderen veruit het meest misbruikt wordt. Het instellingsbeleid om mishandeling onder gehandicapte kinderen te voorkomen en de gevolgen ervan te behandelen, staat goed op papier maar kent in de praktijk veel knelpunten. Zo ook de ondersteuning van kinderen van ouders met psychiatrische

problemen. Deze zorg wordt al jaren bemoeilijkt door financieringsdiscussies tussen verzekeraars, provincies en gemeenten. Ook in het kader van de preventie van kindermishandeling is het noodzakelijk dat deze discussie snel wordt beslecht.

Een andere groep die verhoogd risico loopt op mishandeling, zijn kinderen in azc's. De nieuwe Wet Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld zou ook van toepassing moeten zijn op COA-medewerkers in asielzoekerscentra. Deze professionals zijn de enigen die jonge vluchtelingenkinderen en hun ouders regelmatig zien.

Sectoren en beroepsopleidingen (hoofdstuk 6)

Het onderwijs en de Geestelijke Gezondheidszorg zijn twee belangrijke sectoren waarin de aanpak van kindermishandeling, ondanks herhaalde stimulans, onvoldoende tot stand komt. Relatief weinig personeel is geschoold in het gebruik van een meldcode en de GGZ kent bovendien specifieke knelpunten in het delen van informatie over ouders met professionals die verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van kinderen. Het toezichthoudend kader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is één van de meeste effectieve én kosten-efficiënte maatregelen geweest waarmee de aanpak van kindermishandeling in huisartsenposten en spoedeisende hulpposten is verbeterd. Onder invloed van het inspectietoezicht hebben spoedeisende hulpposten in 3 jaar tijd 12 maatregelen uitgevoerd, waaronder nascholing van 75% van het personeel. Zij melden nu driemaal zoveel kindermishandeling als voorheen. Zodoende zou verscherpt inspectietoezicht, binnen zowel de GGZ als het onderwijs, een belangrijke bijdrage leveren aan het daadwerkelijk aanpakken van kindermishandeling. Dit moet gepaard gaan met *bindende* afspraken met het beroepsonderwijs zoals ook de Stuurgroep Aanpak Kindermishandeling, onder leiding van de huidige minister Opstelten, adviseerde. Dit is noodzakelijk omdat het beroepsonderwijs voor medici, leerkrachten, kinderopvangmedewerkers en medewerkers in de gehandicaptenzorg, na diverse vrijwillige stimuleringsprojecten, nog te vaak onvoldoende aandacht heeft in het curriculum voor het thema kindermishandeling.

- 43% van de mishandelde kinderen heeft een ouder met psychische problemen of een verslaving. Deze cijfers zijn nog hoger onder de kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld.
- De geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen meldt jaarlijks slechts 300 vermoedens van kindermishandeling (1,68% van het aantal meldingen).

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen en conclusies

Het Kinderrechtencollectief formuleert in dit rapport 20 concrete aanbevelingen om kindermishandeling aan te pakken (voor een overzicht zie pagina 29). Vooral voor de ontwikkeling van een passend behandelaanbod zal een extra investering nodig zijn. Toch hebben de meeste aanbevelingen niet zozeer betrekking op financiële impulsen, maar op het nemen van verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid om beslissingen in langdurige financieringsdiscussies af te dwingen. Verantwoordelijkheid om kwaliteitseisen en toezichtskaders in te stellen in sectoren waar de aanpak van kindermishandeling moeizaam tot stand komt. Verantwoordelijkheid om te bewaken dat bij stelselwijzigingen de zorg wordt georganiseerd rondom de belangen van kwetsbare kinderen in plaats van rondom organisatiebelangen. Verantwoordelijkheid om te garanderen dat ieder kwetsbaar gezin in elke Nederlandse gemeente tenminste de zorg ontvangt waarvan we weten dat deze effectief is.

De bij dit rapport betrokken ngo's, kennisinstituten en experts in staat, en bereid, om samen met de overheid op te trekken in de aanpak van het taaie en complexe maatschappelijke probleem dat kindermishandeling is.

- Bijna één op de vier verstandelijk gehandicapte vrouwen is verkracht en 70 procent heeft naar eigen zeggen te maken gehad met seksueel misbruik. Dit geweld bleek zich vooral voor te doen tijdens de jeugd van de slachtoffers.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg ontvangt vanuit de instellingen voor gehandicaptenzorg slechts 300 meldingen van grensoverschrijdend gedrag waarvan verstandelijk gehandicapten (mogelijk) slachtoffer zijn.

Hoofdstuk 1 Resultaten van de aanpak kindermishandeling in Nederland

Staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten maakte eind september 2011 de nieuwe cijfers bekend over kindermishandeling in ons land. Zeker 118.836 kinderen worden jaarlijks mishandeld, verwaarloosd of misbruikt, blijkt uit de prevalentiestudie uitgevoerd door de Universiteit Leiden en TNO in opdracht van het Ministerie van VWS.¹ Oftewel: van alle 1.000 kinderen krijgen er 34 te maken met mishandeling, verwaarlozing of misbruik. Een onaanvaardbaar hoog getal, dat bovendien de afgelopen jaren is gestegen. Drie jaar eerder gingen de onderzoekers namelijk nog uit van 107.000 mishandelde kinderen per jaar.²

Deze cijfers gaan niet over een uitgeschoten 'pedagogische tik'; de getallen vertegenwoordigen kinderen waarvan professionals als leerkrachten, politieagenten en medewerkers van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling stevig onderbouwde zorgen hebben. Hun zorgen doorstonden de toets van een team van deskundigen aan de hand van wettelijke en wetenschappelijke definities van kindermishandeling. Dat het over meer gaat dan een tik, blijkt ook uit het feit dat volgens de onderzoekers bij ongeveer twee derde van deze kinderen sprake is van aanwijsbare schade. Zo'n 80.000 kinderen hebben zichtbare letsels, leerstoornissen of ontwikkelingsachterstanden die gerelateerd lijken te zijn aan de onveilige omgeving waarin zij opgroeien.

De staatssecretaris meent dat de stijging van de prevalentiecijfers wijst op effectiviteit van het ingezette overheidsbeleid. Door de nadruk die gelegd is, en gelegd wordt, op de ontwikkeling van meldcodes en handlingsprotocollen, zijn beroepskrachten beter in staat kindermishandeling te signaleren en neemt het aantal meldingen bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling toe. Tegenover deze positieve interpretatie staat echter de zorgwekkende constatering dat het niet gelukt is de kindermishandelingscijfers te laten dalen.

Dit hoofdstuk somt een aantal relevante resultaten op van de overheidsaanpak van kindermishandeling. Dit vormt de opmaat voor een knelpuntenanalyse in de volgende hoofdstukken.

1.1 Resultaten Actieplan Aanpak Kindermishandeling op regionaal niveau

De Nederlandse overheid lanceerde in 2007 het Actieplan Aanpak Kindermishandeling 'Kinderen veilig thuis'.³ Dit was het eerste regeringsstuk sinds 20 jaar over het tegengaan van kindermishandeling. Met het actieplan werd vooral ingezet op een Regionale Aanpak Kindermishandeling (de RAK-projecten). Onder de noemer 'Regionale Aanpak Kindermishandeling' werden in 2008 regiocoördinatoren aangesteld in de 37 grootste stedelijke regio's (bestaande uit 5 tot 31 gemeenten). Iedere regiocoördinator maakte een analyse van de aanpak kindermishandeling aan de hand van een 55-puntenplan, ontwikkeld door prof. dr. Jo Hermanns (zie bijlage 1).⁴ Deze 55 maatregelen vormen een zorgcontinuüm, van preventie tot behandeling, dat volgens de huidige stand van de wetenschap effectief mag worden verondersteld in het aanpakken van kindermishandeling. Na de analyse hebben de regiocoördinatoren een RAK-projectplan opgesteld. Dit moest resulteren in een adequaat zorgcontinuüm in de regio, maar in de praktijk bleken onder meer de projectduur en projectgelden te gering om dat realiseren. Uit de effectrapportages van het Nederlands Jeugdinstituut en Verwey-Jonker Instituut zijn de volgende concrete resultaten te destilleren:^{5/6}

- In elke regio is een analyse uitgevoerd en zijn knelpunten in de aanpak van kindermishandeling in kaart gebracht.
- In alle 37 Nederlandse regio's is een scholingsplan opgesteld. Door (na)scholing moeten professionals

leren handelen volgens een meldcode kindermishandeling. Onduidelijk is echter hoeveel professionals daadwerkelijk zijn geschoold en wat de resultaten van deze scholing zijn.

- In (bijna) alle 37 regio's zijn samenwerkingsafspraken gemaakt in zogenoemde Regionale Handelingsprotocollen Kindermishandeling. Evaluatieonderzoek heeft echter niet kunnen aantonen dat de samenwerking daadwerkelijk is verbeterd.⁷
- In ongeveer de helft van de 37 regio's zijn folders en enkele opvoedprogramma's ontwikkeld die bijdragen aan de preventie en signalering van kindermishandeling. De omvang van het overige zorgaanbod, waaronder (trauma)behandeling nadat mishandeling is gesignaleerd, blijkt nauwelijks veranderd.

Het Kinderrechtencollectief vindt de resultaten van deze regionale aanpak teleurstellend wat betreft de preventie van en zorg na kindermishandeling. Vijfenvijftig punten kunnen niet in een project van minder dan 3 jaar worden opgepakt door een regiocoördinator zonder beslissingsbevoegdheid. Een regiocoördinator kan pas effectief worden ingezet als bovenregionale knelpunten zijn aangepakt en dat is onvoldoende gebeurd. Zolang het gemeenten vrij staat zelf te beslissen of zij effectieve interventies inzetten voor de preventie van kindermishandeling, blijft het aanbod per regio en het tempo waarin het aanbod ontwikkeld wordt, sterk verschillen. Teleurstellend is ook dat er op landelijk niveau geen gegevens zijn verzameld over de stand van zaken ten aanzien van de 55 punten. In de slotevaluaties geven de regiocoördinatoren slechts hun eigen, kwalitatieve indruk over een beperkt aantal interventies.⁵ Concreet betekent dit dat we, bijvoorbeeld over Shaken Baby Syndroom-voorlichting (interventie 7 van het 55 puntenplan), alleen weten wat de indruk van de coördinatoren is. In dit geval denken 8 van de 37 coördinatoren dat in hun regio aan alle ouders van pasgeborenen voorlichting wordt gegeven over het syndroom. Terwijl internationaal is aangetoond dat het aantal door mishandeling overleden baby's opzienbarend afneemt als de voorlichting over het Shaken Baby Syndroom goed wordt ingevoerd.⁸

1.2 Resultaten Actieplan Aanpak Kindermishandeling op landelijk niveau

Het Actieplan Aanpak Kindermishandeling kende, naast de regionale projecten, ook een aantal landelijke acties. Deze acties leverden de volgende resultaten op:

- Over een periode van 2 jaar zijn landelijke publiekscampagnes uitgevoerd die het signaleren van kindermishandeling door omstanders stimuleren.
- Een landelijk prevalentieonderzoek naar kindermishandeling is, op projectbasis, herhaald en in september 2011 gepubliceerd. Dit onderzoek wordt echter (nog) niet structureel om de 5 jaar uitgevoerd.
- Door extra financiële middelen hebben de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) hun wachtlijsten kunnen wegwerken.
- Onder invloed van het traject 'Beter Beschermd' voldoen alle betrokken partijen, zoals het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming, aan de normen die voor de doorlooptijden zijn gesteld. Desondanks duurt de periode tussen melding en daadwerkelijk ingrijpen nog steeds lang: begin 2010 gemiddeld meer dan 2 maanden.

1.3 Resultaten invoering Centra voor Jeugd en Gezin

De aanpak van kindermishandeling is ook onderdeel van andere beleidstrajecten, waaronder de inrichting van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Elke Nederlandse gemeente moet eind 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin hebben. In dit centrum werken lokale organisaties samen om ouders opvoedingsondersteuning te bieden. Als het gaat om preventie van kindermishandeling, is het CJG een cruciale partij; zij zouden kortdurend kunnen ingrijpen bij gezinnen met beginnende opvoedingsproblemen en langdurige ondersteuning kunnen realiseren via bijvoorbeeld home visiting-programma's. Medewerkers van het CJG moeten een inschatting kunnen maken van de veiligheid in opvoedsituaties. Zover is het echter nog niet. Veel centra bereiken momenteel nog (te) weinig ouders, dit is zeker het geval bij migrantengroepen. En in plaats van zelf hulp te verstrekken, verwijzen veel centra ouders bij opvoedvragen weer door naar andere instanties. Bovendien zijn de CJG's niet verplicht wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten en interventies voor de preventie van kindermishandeling op te nemen in hun zorgaanbod. Het regionale opvoedingsondersteunende aanbod varieert dan ook sterk in kwaliteit en capaciteit. Volgens de evaluaties van de regiocoördinatoren (zie paragraaf 1.1) worden bijvoorbeeld in slechts 7 van de 37 regio's alle ouders voorgelicht over gewelddoos

opvoeden (punt 6 van het 55-puntenplan, zie bijlage 1) en in slechts 15 van de 37 regio's wordt een screening uitgevoerd onder alle zwangere vrouwen om de meest extreme risico's op kindermishandeling zo vroeg mogelijk te signaleren (punt 17 van het 55-puntenplan, zie bijlage 1).⁷

1.4 Resultaten toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg

Een ander belangrijk traject voor de aanpak van kindermishandeling is het toezicht dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanaf 2008 uitvoert ten aanzien van de spoedeisende hulp in ziekenhuizen. Spoedeisende hulpartsen en verpleegkundigen werden veelal als 'handelingsverlegen' bestempeld. Zij deden weinig melding van kindermishandeling, terwijl zij bij uitstek in de gelegenheid zijn mishandelde kinderen op te merken.¹¹ Onder invloed van het inspectiekader hebben in slechts 3 jaar tijd vrijwel alle 90 ziekenhuizen een signaleringsinstrument geïmplementeerd (SPUTOVAMO), een aandachtsfunctionaris kindermishandeling aangesteld, kindermishandelingsteams ingericht, 75% van hun personeel geschoold en nog 8 andere maatregelen gerealiseerd. De ziekenhuizen melden nu 3 keer zoveel vermoedens van kindermishandeling als voorheen. Op dit moment houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg verscherpt toezicht op de zorg voor mishandelde kinderen bij huisartsenposten. Gelijksortige resultaten tekenen zich af. Deze aanpak is, ook ten opzichte van de hiervoor geschetste Regionale Aanpak Kindermishandeling en de ontwikkelingen in de CJG's, opvallend succesvol en verloopt vrijwel zonder overheidsfinanciering. Handelingsverlegenheid lijkt voor een deel ook samen te hangen met handelingsvrijheid. Binnen deze vrijheid sneuvelt in veel organisaties de aanpak van kindermishandeling bij gebrek aan tijd, geld en prioriteit. Het Kinderrechtencollectief pleit dan ook voor een uitbreiding van het succesvolle inspectiekader naar beroepsgroepen die de afgelopen jaren moeilijk te betrekken waren bij de aanpak van kindermishandeling zoals de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en het primair onderwijs (zie hoofdstuk 6).

1.5 Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

De afgelopen jaren heeft de overheid een wet voorbereid die het gebruik van een meldcode verplicht stelt voor professionals die werken met kinderen en/of hun ouders. Ondanks herhaalde stimuleringsprojecten beschikt een groot deel van de Nederlandse organisaties waar gewerkt wordt met ouders en kinderen nog niet over een meldcode kindermishandeling. Met de nieuwe wet krijgen ruim 1,5 miljoen professionals geen meldplicht, maar de verplichting professionele afwegingen te maken als zij vermoedens hebben van kindermishandeling. Instellingen worden verplicht randvoorwaarden te scheppen zodat hun medewerkers met een meldcode kunnen werken. Idealiter zou dit onder andere moeten leiden tot meer nascholing waarin profes-



sionals leren huiselijk geweld en kindermishandeling te signaleren. In voorbereiding op de wet zijn competentieprofielen opgesteld, is een basis nascholing ontwikkeld, zijn digitale lespakketten voor diverse beroepsgroepen ontwikkeld, is een website met handelingsprotocollen ingericht en voert de overheid gesprekken met brancheorganisaties.

1.6 Resultaten Wet tijdelijk huisverbod

De Wet tijdelijk huisverbod is sinds 1 januari 2009 van kracht. Met deze wet kan het een dader van huiselijk geweld verboden worden gedurende een bepaalde periode zijn of haar huis te betreden. Uitgangspunt is dat als kinderen getuige zijn van huiselijk geweld, er per definitie sprake is van kindermishandeling en hulpverlening geboden moet worden. Uit een evaluatie blijkt dat bij het opleggen van een huisverbod bij ongeveer een derde van de gevallen geen hulp voor deze kinderen op gang lijkt te komen. Niet alle vormen van gewenste hulp zijn beschikbaar in de betreffende regio's.¹⁰ Plannen zijn ontwikkeld om het tijdelijk huisverbod ook in te zetten in gevallen waar alleen sprake is van kindermishandeling. Als de mishandelende ouder voor maximaal 28 dagen verboden wordt het huis te betreden, kan het kind in de vertrouwde omgeving blijven. Er zijn onvoldoende garanties voor de veiligheid van het kind ná die periode, noch voor de continuïteit van ingezette hulpverlening. Ook voor de vraag of de achterblijvende ouder wel in staat is een veilige omgeving te bieden voor het kind, moet meer aandacht zijn.

1.7 Ontwikkelingen in de jeugdbescherming

Het aantal jeugdigen met een maatregel van kinderbescherming is vanaf begin jaren '90 sterk gestegen, met percentueel in 2009 het hoogste aantal jeugdigen ooit (39.486). Hierin is in 2010 een kentering gekomen. In 2010 groeide het aantal gedwongen jeugdbeschermingsmaatregelen nog slechts met één procent. Dit lijkt mede het resultaat van de invoering van de Deltamethode. Hiermee is voor het eerst een uitgewerkte en onderbouwde methode voor de gezinsvoogdij in het hele land ingevoerd. Een effectstudie laat zien dat de ondertoezichtstelling door het werken volgens Delta gemiddeld 7 maanden korter wordt en dat het aantal kinderen dat uit huis geplaatst wordt met de helft daalt wanneer de Deltamethode daadwerkelijk wordt gevolgd.¹¹ Naast deze ontwikkelingen is ook de caseload van gezinsvoogden verlaagd, zij het dat het budget nog onvoldoende is om de norm van 1 voogd op 15 cliënten overal mogelijk te maken. Bij deze norm is het in de praktijk mogelijk om zowel te werken aan positieve verandering in de opvoedingssituatie als tegelijkertijd toezicht te houden op de veiligheid en de ontwikkeling van het kind.

1.8 Conclusies Aanpak Kindermishandeling 2007-2011

Na een achterstand van tientallen jaren zonder een overheidsplan voor de aanpak van kindermishandeling, is de afgelopen 4 jaar het thema kindermishandeling met een eigen Actieplan in de politieke en publieke belangstelling gekomen. Dit heeft geresulteerd in een sterke toename van het aantal meldcodes en samenwerkingsprotocollen en een toename van het aantal kinderen bij wie professionals kindermishandeling signaleren. Het ontwikkelen van een beter lokaal zorgaanbod waarmee kindermishandeling kan worden voorkomen, is echter onvoldoende gelukt. De huidige preventieve aanpak van kindermishandeling schiet ernstig tekort. Bovendien is de afgelopen jaren weinig aandacht geschonken aan de (vaak bovenregionale) zorg die met name de mishandelde kinderen zelf nodig hebben.

Knelpunten en aanbevelingen

De aanpak van kindermishandeling is complex. Een beleidskader met maar liefst 55 punten illustreert dit. Om preventie en curatie beter vorm te geven, moeten keuzes gemaakt worden. Maar met welke maatregelen worden de meest prangende knelpunten aangepakt? Welke maatregelen resulteren in het meeste effect voor kinderen en gezinnen in de knel? De volgende hoofdstukken willen bijdragen aan deze discussie. In elk hoofdstuk worden urgente knelpunten besproken die volgens het Kinderrechtencollectief aangepakt moeten worden. Het opvolgen van deze aanbevelingen levert een wezenlijke bijdrage aan het voorkomen van kindermishandeling of behandelen van de gevolgen. Dit overzicht van knelpunten heeft niet de pretentie volledig te zijn. Voor een samenhang met beleidsterreinen en kinderrechtentema's als armoedebestrijding, meisjesbesnijdenis, kinderteilparticipatie, de zorg voor gehandicapte kinderen en het vluchtelingenbeleid, wordt verwezen naar de ngo-schaduwrapportage van 2008 en het Jaarbericht Kinderrechten 2011.

Hoofdstuk 2 Preventie van kindermishandeling: knelpunten en aanbevelingen

De afgelopen jaren heeft, zoals beschreven in het eerste hoofdstuk, het accent in de aanpak van kindermishandeling gelegen op de ontwikkeling van meldings- en samenwerkingsprocedures. Daarmee wordt kindermishandeling niet voorkomen, maar hooguit eerder in beeld gebracht. De preventieve aanpak, waarin via de RAK-projecten en de inrichting van Centra voor Jeugd en Gezin is geïnvesteerd, schiet nog ernstig tekort. De belangrijkste knelpunten zijn volgens het Kinderrechtencollectief de volgende (in willekeurige volgorde):

Knelpunt: Risicotaxatie in verloskundigenpraktijken en in de Jeugdgezondheidszorg

Het gebruik van screeninginstrumenten om zorgwekkende opvoedsituaties te voorspellen heeft vooral zin in de perinatale periode (punt 17 van het 55-puntenplan, zie bijlage 1).¹² Verloskundigen en jeugdartsen kampen echter nog steeds met een te beperkte beschikbaarheid van risicotaxatie- en signaleringsinstrumenten gericht op de fysieke veiligheid van baby's en jonge kinderen. Dit is al geconstateerd in de rapportage van de Invent-groep,¹³ werd vervolgens een aandachtspunt in de Regionale Aanpak van Kindermishandeling van 2008 tot 2010 en in 2011 opnieuw als knelpunt benoemd door de Onderzoeksraad voor Veiligheid.¹⁴ Uit de evaluatie blijkt dat regiocoördinatoren de indruk hebben dat, ondanks de stimulans vanuit de RAK-projecten, in slechts 15 van de 37 regio's alle zwangere vrouwen gescreend worden om de meest extreme risico's op kindermishandeling zo vroeg mogelijk op te sporen. Er zijn voorbeelden waar gemeente en zorgverzekeraar in korte tijd realiseren dat alle verloskundigen worden geschoold in het gebruik van hetzelfde wetenschappelijk ontwikkelde instrument.¹⁵ Deze kostenefficiënte aanpak verdient verdere uitbreiding.

AANBEVELING 1: Zorg dat alle verloskundigen systematisch screenen op risico's voor kindermishandeling. Zorg dat verloskundigen en jeugdartsen beschikken over effectieve risicotaxatie- en signaleringsinstrumenten gericht op de fysieke veiligheid van baby's en jonge kinderen.

Knelpunt: Sturen op effectieve preventie in de CJG's

Maar liefst 32 van de 55 punten waaruit een effectieve aanpak van kindermishandeling bestaat (zie bijlage 1) hebben betrekking op preventie. In het huidige stelsel wordt de uitvoering van deze activiteiten vooral belegd bij de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Om kindermishandeling te voorkomen is het, volgens het 55-puntenplan, zaak te reageren op beginnende signalen van ernstige problemen in opvoeden en opgroeien. Elk CJG zou tijdens de contactmomenten gebruik moeten maken van een (gefundeerd) gespreksprotocol waarmee actief wordt gezocht naar signalen van problemen in opvoeden of opgroeien. Daarna dient een reeks van lichte tot zwaardere interventies beschikbaar te zijn, variërend van gespreksmogelijkheden met opvoeddeskundigen tot opvoedcursussen en gezinsondersteuning door home visiting. Hiervoor zijn slechts een beperkt aantal, als effectief bekendstaande, programma's beschikbaar. Via de RAK-coördinatoren is geprobeerd extra aandacht te schenken aan de realisatie van dit preventieve continuüm. Uit de RAK-evaluaties blijkt dat CJG's veelal slechts een gedeelte van het preventieve continuüm realiseren en/of daar nog weinig ouders mee bereiken. Er zijn helaas weinig cijfers beschikbaar over het aantal gemeenten dat de preventieve programma's inzet die volgens het 55-puntenplan en de databases van kennisinstellingen als het Nederlands Jeugdinstituut effectief zijn in het voorkomen van kindermishandeling. De beleidsvrijheid van gemeenten in het maken van inhoudelijke keuzes ten aanzien van het zorgaanbod van de CJG's is voor veel onderwerpen voorstelbaar. Het Kinderrechtencollectief is van mening dat voor de meest kwetsbare groep (kinderen die slachtoffer dreigen te

worden van mishandeling) eisen moeten worden gesteld aan het zorgaanbod in gemeenten en hun CJG's. Deze eisen betreffen de aanwezigheid van een gefundeerd gespreksprotocol in combinatie met de aanwezigheid van (een keuze uit een beperkt aantal) opvoedprogramma's die in zwaarte oplopen en die effectief bijdragen aan de preventie van kindermishandeling. De benodigde capaciteit voor deze programma's dient vooraf te worden bepaald, op basis van het aantal mishandelde kinderen dat in de betreffende gemeente of regio wordt verwacht.

AANBEVELING 2: Stel eisen aan de capaciteit en kwaliteit van opvoedondersteunende programma's die de lokale Centra voor Jeugd en Gezin organiseren voor kinderen en gezinnen in risicosituaties. Garandeer hiermee dat er voor deze kinderen en gezinnen, onafhankelijk van hun woonplaats, een reeks van lichte tot zwaardere vormen van (evidence-based) opvoedprogramma's beschikbaar is waarmee kindermishandeling kan worden voorkomen.



Knelpunt: Voorlichting over het Shaken Baby Syndroom

Veruit de meeste onderzoeken die het AMK uitvoert, gaan over baby's die nog geen 1 jaar oud zijn. Het aantal AMK-onderzoeken voor deze groep is sinds 2005 sterker gestegen dan voor elke andere leeftijdsgroep. Een deel van deze babymishandeling is te voorkomen door goede voorlichting te geven over het huilgedrag van baby's en de gevaren van het schudden van baby's. In een studie van TNO concludeerde Reijneveld e.a. (2004) dat tot 3,35% van de Nederlandse ouders hun baby schudt om huilgedrag te stoppen.¹⁶ Dit kan leiden tot hersenschade en het zogenoemde Shaken Baby Syndroom. Op de Spoedeisende Hulp in de Nederlandse ziekenhuizen worden jaarlijks 25 à 30 kinderen geregistreerd die hersenletsel hebben opgelopen als gevolg van schudden.¹⁷ Verder lopen naar schatting 30 kinderen vergelijkbaar hersenletsel op waarbij geen direct verband met schudden is aangetoond. Uit CBS-registratie blijkt dat 3 à 4 0-jarigen per jaar in Nederland overlijden aan babymishandeling als gevolg van hersenletsel. Waarschijnlijk blijven vele gevallen met milde(re) hersenletsel onopgemerkt. In verschillende landen is aangetoond dat het aantal baby's dat overlijdt of

gehandicapt raakt door schudletsels, met bijna de helft kan afnemen. Dit wordt bereikt door voorlichting te geven aan alle ouders van pasgeborenen over het omgaan met huilgedrag van baby's en over de gevaren van het schudden van een zuigeling. Ondanks dat het geven van deze voorlichting aan alle ouders van pasgeborenen een speerpunt was van de RAK-projecten, bleek uit de eindevaluatie dat dit nog maar in 8 van de 37 regio's is gerealiseerd. In de eindrapportage is ook te lezen dat uitvoerende organisaties menen dat deze voorlichting niet aan iedereen hoeft te worden gegeven; er worden varianten ontwikkeld waarin men persoonlijk inschat wie wel of niet voorgelicht moet worden. Dit haalt de effectiviteit van de voorlichtingsprogramma's onderuit. Een versnelde implementatie van de gewenste voorlichting is te bereiken door bijvoorbeeld kwaliteitseisen te stellen aan de CJG's, het Basistakenpakket van de Jeugdgezondheidszorg aan te scherpen of kwaliteitsafspraken tussen zorgverzekeraars en verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties te stimuleren.

AANBEVELING 3: Realiseer dat alle ouders van pasgeborenen worden voorgelicht over het huilgedrag van baby's en het Shaken Baby Syndroom.

Knelpunt: Voorlichting over de in de wet vastgelegde norm geweldloos opvoeden

In dezelfde lijn is meer systematische voorlichting over geweldloos opvoeden gewenst. In april 2007 is een bepaling aan het Burgerlijk Wetboek toegevoegd die het gebruik van lichamelijk of geestelijk geweld tegen kinderen in de opvoeding afkeurt. Ook hiervoor zijn aanwijzingen in de vakliteratuur dat een dergelijk verbod bij goede implementatie effectief bijdraagt aan een opvoedingsklimaat met minder geweld. De invoering van het verbod is in Nederland niet gepaard gegaan met de uitvoering van een implementatieplan. Er zijn bijvoorbeeld geen landelijke publiekscampagnes ingezet. Het spaarzaam ontwikkelde landelijke voorlichtingsmateriaal is ongeschikt voor lager opgeleiden en voor een deel van de allochtone ouders. Slechts in 7 van de 37 regio's worden volgens de regiocoördinatoren van de RAK-projecten alle ouders voorgelicht over geweldloos opvoeden.

AANBEVELING 4: Stel een implementatieplan op voor het wettelijke verbod op geweld in de opvoeding. Ontwikkel voorlichtingsmaterialen die ook allochtone doelgroepen en lager opgeleiden bereiken.

Knelpunt: Preventieve aanpak kinderpornografie ontbreekt

Zowel online als offline hebben kinderen recht op bescherming tegen seksueel geweld. De Nationaal Rapporteur Mensenhandel bracht in oktober 2011 de rapportage kinderpornografie uit.¹⁸ "De overheid schiet tekort in de aanpak seksueel geweld tegen kinderen", luidde de conclusie. Dat komt omdat in het huidige beleid de aanpak van kinderpornografie te eenzijdig vanuit de justitiële en repressieve kant wordt benaderd. De rapporteur vindt het een misvatting dat het Ministerie van VWS voor zichzelf geen rol heeft gezien bij de bestrijding van kinderpornografie. Een effectieve aanpak kent, naast opsporing en vervolging van daders, ook elementen van preventie, signalering en hulpverlening aan slachtoffers. Deze liggen specifiek op het terrein van VWS. Wil de overheid kinderpornografie serieus bestrijden, dan moet dit onderdeel worden van een totaalaanpak ter bescherming van kinderen tegen seksueel geweld. Het Ministerie van VWS moet het digitale perspectief toevoegen aan de programma's voor preventie, signalering en hulpverlening bij seksueel geweld tegen kinderen. Expertise moet worden ontwikkeld over het omgaan met trauma's die het gevolg zijn van blijvende beschikbaarheid van de misbruikbeelden via internet.

AANBEVELING 5: Het Ministerie van VWS moet zijn rol oppakken in de bestrijding van kinderpornografie in samenwerking met het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Voeg het digitale perspectief toe aan alle programma's voor preventie en signalering van en hulpverlening bij seksueel geweld tegen kinderen. Ontwikkel hulpverlening voor kinderen met betrekking tot de korte en lange termijn gevolgen van het maken van beeldmateriaal van seksueel misbruik.



Hoofdstuk 3 Melden en onderzoeken van mogelijke kindermishandeling: knelpunten en aanbevelingen

Onderzoek naar mogelijke kindermishandeling is complex georganiseerd. Figuur 1 laat zien dat zowel Bureau Jeugdzorg als het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling signalen van mogelijke mishandeling ontvangen en onderzoeken. Beide kunnen de Raad voor de Kinderbescherming verzoeken een eigen onderzoek te doen. Via de kinderrechter kunnen dan maatregelen worden opgelegd, zoals een ondertoezichtstelling. In deze keten zijn vele knelpunten te onderscheiden.



Figuur 1

Knelpunt: Kwaliteit en uniformiteit in uitvoering AMK-taken

De Nederlandse Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) kennen speciale wettelijke bevoegdheden die hen in staat stellen mogelijke gevallen van kindermishandeling te onderzoeken. De AMK's zijn organisatorisch ondergebracht bij de provinciaal gefinancierde Bureaus Jeugdzorg. Er zijn grote verschillen ontstaan in de taakuitoefening van de AMK's, onder meer door bezuinigingen bij de Bureaus Jeugdzorg. Zo is er nog maar bij enkele Bureaus Jeugdzorg een eigen toegang tot het AMK. Bij veel AMK's is de centrale afdeling 'Toegang' van het Bureau Jeugdzorg ook meteen de toegang tot het AMK geworden. In sommige regio's betekent dit dat zowel de adviesfunctie van het AMK, als delen van het AMK-onderzoek worden uitgevoerd door generalisten: jeugdzorgmedewerkers die niet gespecialiseerd zijn in de aanpak van kindermishandeling, geen werkervaring hebben opgedaan in de specifieke onderzoeksfunctie van het AMK en soms werken zonder het handelingsprotocol dat voor de AMK-functie geldt. De gespecialiseerde medewerkers van het AMK worden dan alleen nog maar ingeschakeld in die gevallen waar ouders zich verzetten of melders anoniem willen blijven. Deze werkwijze kan verwarrend zijn voor ouders en professionals: wanneer is de inzet van hulpverleners van Bureau Jeugdzorgmedewerkers nu gerelateerd aan een vrijwillig hulpverleningstraject en wanneer aan het (voor ouders vaak ongewenste) onderzoek inzake kindermishandeling? Het is de vraag of met de inrichting van zo'n algemene front office wel een optimale kwaliteit wordt gegarandeerd voor het geven van adviezen en uitvoeren van onderzoeken bij vermoedens van kindermishandeling. Dat de afdeling Toegang (BJZ) en het AMK taken combineren, resulteert in een groter risico op onvoldoende aandacht voor het geven van advies en consult, zo stelt de Inspectie Jeugdzorg in een onderzoek naar de adviesfunctie van het AMK.¹⁹ Als best practice worden door de inspectie de AMK's genoemd die ervaren AMK-medewerkers inschakelen voor de telefoondiensten waarin adviezen en meldingen worden aangenomen. Dit is echter geen eis die aan de AMK's wordt gesteld.

Het scheiden en diffuus raken van de uitvoering van de AMK-taken bedreigt volgens het Kinderrechten-collectief dan ook de uniformiteit en de kwaliteit van het bijzondere werk van het AMK. Deze zorg van het

Kinderrechtencollectief wordt versterkt door de aankomende overheveling en/of decentralisatie van AMK-taken. Als AMK-taken, uitgevoerd door 15 gespecialiseerde AMK's, bijvoorbeeld zouden overgaan naar de 418 Nederlandse gemeenten, neemt de diversiteit in de uitvoering verder toe, zonder dat op basis van de huidige ervaringen voorspeld kan worden wat de kwaliteitseffecten zijn. Dat is een onaanvaardbaar risico voor kinderen die met mishandeling worden bedreigd. Ongeacht de wijze waarop het stelsel er organisatorisch uit komt te zien, moet de overheid zorg dragen dat onderzoeken en adviezen omtrent kindermishandeling in alle regio's voldoen aan dezelfde hoogste kwaliteitsstandaarden.

AANBEVELING 6: Stuur nadrukkelijk op uniforme kwaliteit in de advies- en onderzoeksfunctie van het AMK, bijvoorbeeld door certificering. Voorkom nog meer diversiteit in de manier waarop de uitvoering van AMK-taken wordt georganiseerd. Monitor het effect van organisatorische diversiteit op de effectiviteit en kwaliteit van de advies- en meldfunctie.

Knelpunt: Kwaliteit en effectiviteit in het onderzoek naar veiligheid van kinderen

Het onderzoek naar mogelijke mishandeling door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en/of de Raad voor de Kinderbescherming kent nog veel knelpunten, die zich als volgt laten samenvatten:

Het beslisproces in de verschillende onderzoeksfasen verloopt veelal niet eenduidig

- Het beslisproces wordt niet in alle fasen gestructureerd door het gebruik van (valide) instrumenten.
- De veiligheid van het kind is niet altijd het leidende principe bij de beslissingen.
- Lichamelijk en psychologisch onderzoek van kinderen ontbreekt te vaak. Feitenonderzoek naar letsels bij kinderen, uitgevoerd door onafhankelijk forensisch artsen, is slechts gefinancierd in het strafrechtelijke kader.
- Het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming kunnen niet altijd beschikken over relevante informatie. Dit komt door gebrek aan medewerking van ouders en/of professionals uit met name de gezondheidszorg voor volwassenen.
- Er is te weinig bekend over de veiligheidseffecten van de gemaakte keuzes.

Deze knelpunten worden verder toegelicht aan de hand van de jaarcijfers van het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming.²⁰

Verschillende criteria om een melding aan te nemen

Bij ruim twee derde van de 62.000 contacten van het AMK in 2010 kreeg de beller een advies waarmee hij of zij zelf aan de slag ging. Er worden geen kindgegevens geregistreerd. Volgens een inspectieonderzoek uit 2011 zijn de adviesvragers tevreden over de ontvangen adviezen.¹⁹ Maar daarmee weten we niet nog niet hoeveel van deze adviezen, achteraf gezien, eigenlijk direct door het AMK onderzocht hadden moeten worden. Een voorbeeld van een dergelijk 'vals negatief', is het eerste telefoontje over Het Hofnarretje in Amsterdam dat helaas niet is aangenomen als een onderzoek, maar als advies. De behandelend AMK-medewerker neemt een dergelijk besluit in deze fase individueel. Volgens een inspectierapport uit 2010 worden aan deze besluitvorming weinig expliciete verwachtingen of inhoudelijke criteria gesteld.²² Ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid concludeerde dat de veiligheid van het kind niet altijd het leidende perspectief is in het onderzoeksproces.¹⁵ Dit is onterecht. Bij de beslissing wel of geen AMK-onderzoek te starten wordt teveel gekeken of medewerking van ouders te verwachten is en of hulpverlening in een vrijwillig kader georganiseerd kan worden.

Lichamelijk en psychologisch onderzoek ontbreken vaak

Voor ruim 18.000 zaken (waarbij 30.563 kinderen betrokken waren) nam het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in 2010 de verantwoordelijkheid van de professional wél over en startte een eigen onderzoek. Dit wordt een 'melding' genoemd. In het onderzoek verzamelt het AMK informatie bij de ouders en het kind en bij professionals in de omgeving van het kind om vast te stellen of er wel of geen sprake is van kindermishandeling. Dit onderzoek is te vaak onvolledig. Een lichamelijk en psychologisch onderzoek van het kind en/of een

psychologisch onderzoek van ouders maken bovendien geen standaard onderdeel uit van het onderzoek. Er zijn niet altijd in kindermishandeling geschoolde gedragswetenschappers in dienst bij het AMK. Vertrouwensartsen van het AMK voeren zelf weinig tot geen (algemeen) lichamelijk onderzoek uit bij kinderen. Er is bovendien geen financiering geregeld waarmee het AMK een eventueel aangetroffen letsel of de gevolgen van verwaarlozing door een onafhankelijk forensisch arts pediatrie kan laten onderzoeken (tenzij er aangifte is gedaan). Zorgverzekeraars beschouwen het doel van een forensisch onderzoek niet als 'medisch' en het AMK en Bureau Jeugdzorg geven aan geen financiering te krijgen voor het gewenste consult. Mondeling ontvangen schattingen over het benodigde aantal consulten dat op jaarbasis gefinancierd zou moeten worden, lopen uiteen van 500 tot 1.500.

Volgens de prevalentiestudie stelde de AMK-onderzoeken in 2010 bij 22.661 kinderen mishandeling vast.¹ Voor de gezinnen van bijna 18.000 mishandelde kinderen werd vervolgens hulpverlening in het vrijwillige circuit georganiseerd. De indruk bestaat dat deze hulp veelal algemeen van aard is en zich niet specifiek richt op veiligheid en mishandeling. Kinderen krijgen dan bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstraining en ouders ondersteuning van maatschappelijk werk. Cijfers over de soorten hulp en de resultaten hiervan ontbreken. Het AMK kan met een rappelfunctie het resultaat van deze hulpverlening volgen. AMK-medewerkers nemen dan binnen 3 maanden contact op met de uitvoerende hulpverlener. Er zijn geen cijfers bekend over hoe vaak deze rappelfunctie wordt ingezet en wat de resultaten zijn.

Door gebrekkige medewerking komt niet alle relevante informatie beschikbaar

Bij zo'n 4.000 kinderen kon het AMK in 2010 mishandeling niet aantonen, maar kon het tegendeel ook niet worden bewezen. Veelal komt voor deze gezinnen geen hulpverlening tot stand, omdat ouders het accepteren van hulp zien als erkenning dat er "toch iets aan de hand zou zijn". Ook voor deze groep kinderen zijn de uiteindelijke uitkomsten ten aanzien van hun veiligheid onbekend. De Onderzoeksraad voor Veiligheid constateerde dat de onderzoeken te vaak vastlopen door gebrekkige medewerking van ouders (die bijvoorbeeld geen toestemming verlenen voor een (psycho)medisch onderzoek van hun kind). De Onderzoeksraad concludeerde ook dat het onderzoek onnodig wordt bemoeilijkt doordat, met name vanuit de volwassenpsychiatrie, sprake is van een te grote terughoudendheid richting jeugdzorg bij het verstrekken van informatie over ouders. Dit knelpunt is nog niet opgelost met het amendement waarin spreekplicht ten opzichte van gezinsvoogden is geregeld, omdat de onderzoeksfase van het AMK veelal plaatsvindt als er (nog) geen gezinsvoogd is aangesteld.²³ De GGZ-sector wil dit knelpunt het liefst aanpakken met verscherpte formuleringen in de protocollen kindermishandeling. Maar, zoals wordt beschreven in hoofdstuk 6, is de implementatie van de protocollen kindermishandeling in de GGZ-sector juist een groot knelpunt.

Tekortkomingen tijdens overdracht tussen AMK, BJZ en de Raad voor de Kinderbescherming

3.645 kinderen zijn in 2010 overgedragen van het AMK naar de Raad voor de Kinderbescherming. Het AMK-onderzoek heeft voor deze kinderen uitgewezen dat de bedreiging van hun veiligheid of welzijn niet kan worden weggenomen met vrijwillige hulp. De Raad voor de Kinderbescherming wordt dan gevraagd te onderzoeken of een maatregel van kinderscherming noodzakelijk is, zoals een ondertoezichtstelling. Deze vraag krijgt de Raad niet alleen van AMK's. Ook andere onderdelen van Bureau Jeugdzorg dragen veel casuïstiek over aan de Raad voor de Kinderbescherming, waardoor de Raad in 2010 ruim 19.000 beschermingsonderzoeken uitvoerde. Over de kwaliteit van de meldingen die Bureau Jeugdzorg aanlevert bij de Raad voor de Kinderbescherming, verscheen eind 2010 een kritisch rapport van de Inspectie Jeugdzorg.²⁴ De volledigheid, actualiteit en betrouwbaarheid van de meldingsrapporten van Bureau Jeugdzorg schoten te kort.

Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming beslissen gezamenlijk in een casusoverleg of er wel of geen onderzoek van de Raad wordt gestart. Deze besluitvorming is volgens de Inspectie Jeugdzorg niet eenduidig, waardoor het mogelijk is dat voor een kind in de ene regio geen raadsonderzoek wordt gestart, terwijl dit in een andere regio wel het geval zou zijn. De inspectie concludeerde ook dat "het zicht op de veiligheid van kinderen gedurende het raadsonderzoek varieert per regio van goed tot onvoldoende". Het Kinderrechtencollectief vindt het onaanvaardbaar dat tijdens het onderzoek (gemiddeld 3 maanden), onduidelijk is wie van de betrokken partijen waakt over de veiligheid van het kind. Overigens maken ook bij de Raad voor de Kinderbescherming een lichamelijk onderzoek van het kind en psychologisch onderzoek van de ouders

geen standaard onderdeel uit van het beschermingsonderzoek. Ook in deze fase geldt dat de inzet van een forensisch arts pediatrie enkel gefinancierd zou zijn als er aangifte is gedaan, wat veelal niet het geval is.

AANBEVELING 7: Zorg dat professionals bij de Raad voor de Kinderbescherming en het AMK zich niet te afhankelijk opstellen van de medewerking van ouders en kunnen beschikken over alle relevante informatie. Verbeter hiertoe de informatie-uitwisseling tussen het AMK, de Raad voor de Kinderbescherming en de Gezinsvoogdij met beroepsgroepen in vooral de (geestelijke) gezondheidszorg voor volwassenen. Organiseer daarvoor toezicht op de implementatie van de nieuwe GGZ-meldcode en/of breid de komende wettelijke spreekplicht van GGZ-professionals jegens gezinsvoogden uit naar onderzoekers van het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming.

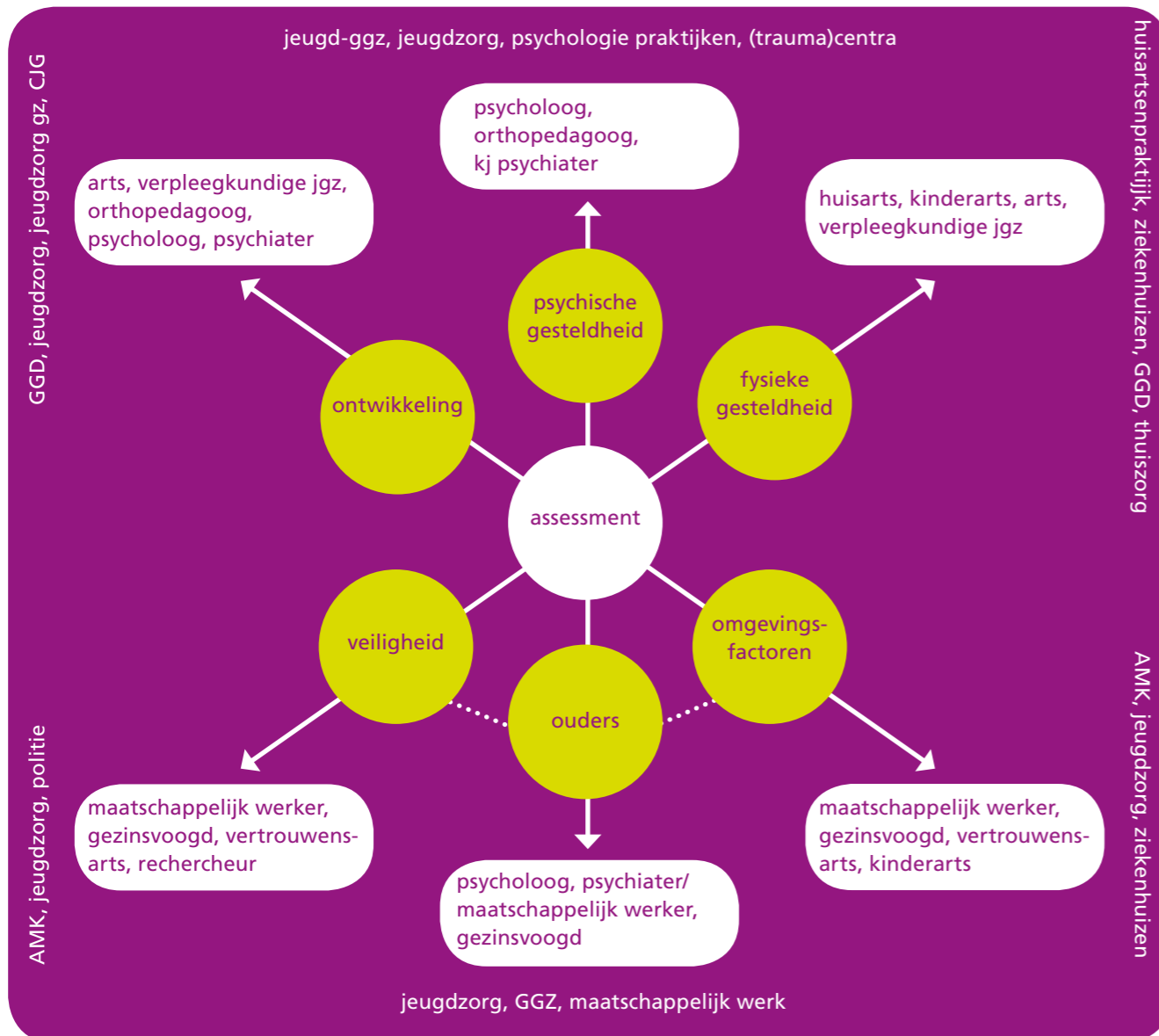
AANBEVELING 8: Zorg dat het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming voor letselduiding een forensisch arts pediatrie kunnen inschakelen, juist wanneer er nog geen strafrechtelijke aanpak is. Ontwikkel een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) voor het onafhankelijke, forensisch-pediatrie onderzoek en geef in de tussentijd zorgverzekeraars een richtlijn voor de inkoop van zorg.

AANBEVELING 9: Doe onderzoek naar de uitkomsten van de interventies die het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming namens de overheid uitvoeren, waarbij de veiligheid van kinderen de belangrijkste uitkomstmaat is. Stimuleer doorontwikkeling van het instrumentarium om in elke fase gestructureerd te beslissen en rust jeugdbeschermingsmedewerkers hiervoor voortdurend toe. Zie toe dat er geen regionale verschillen bestaan in de (kwaliteit van de) besluitvorming bij het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming.

Hoofdstuk 4: Interventies na het vaststellen van kindermishandeling: knelpunten en aanbevelingen

De huidige beleidsinspanningen zijn sterk gericht op structuurverbeteringen in het signaleren van kindermishandeling en in de gezamenlijke besluitvorming die daarop volgt. Deze extra aandacht voor signalering en melding ging nauwelijks gepaard met extra aandacht voor hulpverlening nádat een melding is gedaan, terwijl deze zorg ernstige knelpunten kent. De Gezondheidsraad benoemt de volgende knelpunten:²⁵

Knelpunt: Het assessment bij mishandelde kinderen is vaak op een of meerdere onderdelen onvolledig, duurt te lang en er zijn teveel partijen betrokken



Figuur 2. De infrastructuur voor het assesment van kinderen (bron: Gezondheidsraad, behandeling van de gevolgen van kindermishandeling).

Voordat adequaat hulp kan worden geboden aan gezinnen waar, bijvoorbeeld het AMK-onderzoek heeft uitgewezen dat mishandeling plaatsvindt, is het noodzakelijk goed te weten wat er aan de hand is. De binnenste cirkels van figuur 2 laten zien welke elementen het assessment (de op behandeling gerichte diagnostiek) moet bevatten volgens de Gezondheidsraad. In de praktijk is dit assessment vaak onvolledig. Veel kinderen waarbij door het AMK mishandeling is vastgesteld, worden niet lichamelijk onderzocht en hun (mogelijke) letsels worden niet standaard beoordeeld door een forensisch arts pediatrie. Ook het ontwikkelingspsychologisch onderzoek, waarbij de psychotraumatische gevolgen van mishandeling worden gediagnosticeerd, is onvoldoende beschikbaar en wordt niet systematisch ingezet. Ook de veiligheid van kinderen wordt niet voortdurend goed in kaart gebracht door de verschillende hulpverleners, onderzoekers en jeugdbeschermers die betrokken zijn. Informatie en steunmogelijkheden vanuit de familie en het vriendennetwerk worden niet systematisch benut. Bij dit diagnosticeren en monitoren van (on)veiligheid in gezinnen praten de diverse hulpverleners vaak nog in een verschillende 'taal' met elkaar én met de betreffende gezinsleden over veiligheid. Een uniforme en breed ingevoerde veiligheidsmethodiek ontbreekt bij de verschillende afdelingen van Bureau Jeugdzorg (zoals de Toegang en het casemanagement), bij de zorgaanbieders die samenwerken met de gezinsvoogdij en bij professionals werkend in het lokale veld. Volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid zou een verdere toepassing van de Signs of Safety- methodiek kunnen bijdragen aan een meer gezamenlijke dialoog met gezinnen over veiligheid.

Geconcludeerd kan worden dat we nog ver verwijderd zijn van de situatie waarin alle onderdelen van een goed assessment gelijktijdig, in een korte tijd aan de orde komen. Dit betekent in de praktijk dat kinderen verspreid over een lange tijd aan verschillende onderzoekers en aan voor hen belastende onderzoeken worden onderworpen. Onderzoeken die elkaar deels overlappen, maar uiteindelijk nog steeds geen compleet beeld geven over zowel de veiligheid als de gezondheid van mishandelde kinderen.

AANBEVELING 10: Organiseer dat tenminste de 22.661 kinderen waarbij het AMK mishandeling vaststelt, binnen een overeengekomen periode een volledig assessment krijgen conform de standaarden van de Gezondheidsraad. De kinderen moeten met een zo beperkt mogelijk aantal onderzoekers te maken krijgen en onder meer systematisch lichamelijk en psychologisch worden onderzocht. Hetzelfde geldt voor de kinderen bij wie de Raad voor de Kinderbescherming mishandeling constateert. Ondersteun hiervoor de vorming van meer multidisciplinaire teams, zoals in Friesland en Haarlem, conform het advies van de Gezondheidsraad.

Knelpunt: De zorginfrastructuur voor slachtoffers van kindermishandeling is te complex

Behalve de assessment, vergt ook de daaropvolgende behandeling van (de gevolgen van) kindermishandeling een integrale benadering. De voortdurende zorg voor veiligheid in het gezin (uitgevoerd door bijvoorbeeld gezinsvoogden en maatschappelijk werkers), moet afgestemd zijn op de behandeling van de kinderen (uitgevoerd door bijvoorbeeld de jeugd-GGZ) en de behandeling van ouders (uitgevoerd door bijvoorbeeld de forensische psychiatrie in combinatie met bijvoorbeeld schuldhulpverlening). Door verschillende uitgangspunten en financieringsstromen komt een dergelijk integraal behandelaanbod van ouder(s), pleger(s) en slachtoffer(s) nauwelijks tot stand. In de Kinder- en Jeugd Trauma Centra van Haarlem en Friesland worden proefprojecten georganiseerd met een meer integrale aanpak. Dit gebeurt op zeer kleine schaal. In Friesland krijgen ongeveer 2 kinderen per week een intake. Een druppel op de gloeiende plaat, gezien alleen al de 22.661 kinderen waarbij het AMK jaarlijks mishandeling vaststelt.¹

Volgens het Kinderrechtencollectief moeten dan ook op korte termijn maatregelen genomen worden die leiden tot meer samenhang in en volledigheid van diagnostiek, (trauma)behandeling en zorg voor veiligheid. De oplossingen hoeven niet per se de organisatie van een complete nieuwe organisatie of tussenlaag te betekenen. Een uitbreiding van het AMK-onderzoek en het Raadsonderzoek met een systematische inzet van lichamelijk, forensisch-medisch en psychologisch onderzoek kan ook worden gerealiseerd door bijvoorbeeld vanuit het AMK multidisciplinaire teams te organiseren en die de mogelijkheid te geven de benodigde onderzoeken uit te laten voeren (extra kosten). Tegelijkertijd kan de bestaande overlap tussen het werk van verschillende organisaties verder worden tegengegaan (kostenbesparing). Volgens diverse experts zou het huidige

AMK, de zorgmeldingen bij de Toegang van het Bureau Jeugdzorg, de rekestreernde functie van de Raad en de uitvoering van de maatregelen van kindbescherming kunnen worden ondergebracht in één organisatie.²⁶

Een andere maatregel die zowel een kostenbesparing als een kwaliteitswinst oplevert, is het realiseren van veel grotere familiebetrokkenheid in de besluitvorming over kinderen. Tot nu toe wordt in circa 1% van jeugdbeschermingzaken daadwerkelijk actieve betrokkenheid van de familiegroep gevraagd, terwijl dit essentieel is voor een goed resultaat van de hulp. Door gezinnen en hun netwerk een eigen plan van aanpak op te laten stellen, in bijvoorbeeld "Eigen Kracht Conferenties", kunnen volgens (nog kleinschalige) effectstudies tot wel 90% van de dreigende ondertoezichtstellingen worden voorkomen. Ook blijkt na een Eigen Kracht Conferentie 10% tot 20% van het latere hulpverleningsplan uitgevoerd te worden door het familienetwerk, in plaats van door professionals. Onlangs zijn besparingen tot 400.000 euro per casus berekend. In de nieuwe Kinderbeschermingswetgeving zullen families bij een (dreigende) onder toezichtstelling altijd de mogelijkheid krijgen eerst zelf een plan op te stellen. Dit principe zou ook al kunnen worden toegepast bij een deel van de 18.000 gezinnen die vaak onvrijwillig een AMK-onderzoek ondergaan en vervolgens overgaan op een 'vrijwillig' hulpverleningstraject.

AANBEVELING 11: Zorg dat in gezinnen waar veiligheidsproblematiek speelt, hulp wordt geboden die zich specifiek richt op de gevolgen van onveiligheid en het realiseren van veiligheid. Stimuleer daarvoor een landelijke implementatie van een veiligheidsaanpak binnen de verschillende afdelingen van Bureau Jeugdzorg, bij zorgaanbieders die samenwerken met de gezinsvoogdij en bij professionals werkend in het lokale veld. Het familie- en vriendennetwerk moet nadrukkelijk de kans krijgen een eigen veiligheidsplan te ontwikkelen, ook als nog geen ondertoezichtstelling dreigt.

AANBEVELING 12: Benut de stelselwijzigingen in de jeugdzorg om te komen tot een efficiënter en effectiever jeugdbeschermingssysteem. Onderzoek of de functies advies, melding, onderzoek, verzoeken tot Raads-onderzoek en uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen, kunnen worden ondergebracht in minder organisaties. Ondersteun hiervoor de vorming van meer multidisciplinaire teams, zoals in Friesland en Haarlem, conform het advies van de Gezondheidsraad.

Knelpunt: De weinige effectieve interventies die er zijn, zijn onvoldoende beschikbaar

"Er gebeurt niets". Dit is in de praktijk een veelgehoorde klacht onder professionals die kindermishandeling signaleren en hebben gemeld. Het AMK doet onderzoek, maar verleent zelf geen hulp. Bureau Jeugdzorg indiceert, maar verleent zelf geen hulp. De Raad voor de Kinderbescherming doet onderzoek, maar verleent zelf geen hulp. En als er dan eenmaal een gezinsvoogd zou zijn aangesteld, verleent ook die geen hulp, maar zorgt dat er hulp in het gezin komt. De hulp die er vervolgens komt voor de verschillende gezinsleden, is te vaak niet op elkaar afgestemd en komt te gefaseerd tot stand. En de hulp die er komt voor de kinderen en ouders is te vaak algemeen van aard, gericht op bijvoorbeeld diagnoses die de kinderen ook hebben (ADHD) of op opvoedproblemen in het algemeen. Daarmee wordt voorbij gegaan aan de mogelijke psychotraumatische gevolgen van mishandeling die het kind zelf ervaart. En is veiligheid in het gezin te vaak niet het leidende thema in de hulpverlening, maar is dit 'verkapt' onder gebracht in een algemene aanpak.

Er zijn slechts een beperkt aantal evidence-based behandel mogelijkheden die zich specifiek richten op de gevolgen van kindermishandeling. De Gezondheidsraad concludeerde dat er 3 producten voldoen aan de criteria (TF-CBT, EMDR, PCIT). Daarnaast stelt de Gezondheidsraad dat alle nieuwe slachtoffers tenminste psycho-educatie zouden moeten ontvangen. De 3 genoemde therapeutische producten zijn niet in heel Nederland beschikbaar, zo concludeert de Gezondheidsraad. Over de benodigde capaciteit doet het rapport helaas geen uitspraak.²⁵ Het Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke chronische Traumatisering berekende in 2010 dat het om 3.000 extra behandelplaatsen in de jeugd-GGZ zou gaan. Ook de aanbeveling dat alle mishandelde kinderen tenminste psycho-educatie zouden moeten ontvangen staat nog ver van de huidige praktijk af. Een voorbeeld hiervan zijn psycho-educatieve groepsbijeenkomsten voor kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk

geweld. Deze interventies vinden plaats, maar bij lange na niet bij alle kinderen die slachtoffer zijn van deze vorm van mishandeling. Slechts in enkele regio's zijn hierover systematische samenwerkingsafspraken gemaakt tussen AMK, politie en hulpverlening (een voorbeeld is het zogenoemde Kindspoor in Haaglanden).

AANBEVELING 13: Zorg voor een landelijke dekking van het beschikbare evidence-based therapeutische aanbod. Garandeer dat in elke jeugdzorgregio tenminste de door de Gezondheidsraad aanbevolen therapieën (TF-CBT en EMDR en PCIT) beschikbaar zijn voor een afgesproken percentage van het te verwachten aantal mishandelde kinderen. Stel hiertoe (kwaliteits)eisen aan het zorgaanbod dat gemeenten gaan realiseren.

AANBEVELING 14: Organiseer dat tenminste alle 22.661 kinderen bij wie het AMK mishandeling vaststelt, psycho-educatie ontvangen, conform het advies van de Gezondheidsraad. Hetzelfde geldt voor de kinderen bij wie de Raad voor de Kinderbescherming mishandeling constateert. Stel hiertoe (kwaliteits)eisen aan het zorgaanbod dat gemeenten gaan realiseren.

Knelpunt: Veiligheid van kinderen gedurende kindbeschermingsmaatregelen

Na melding vanuit het AMK of Bureau Jeugdzorg, kan de Raad voor de Kinderbescherming onderzoeken of een kindbeschermingsmaatregel noodzakelijk is. In 2010 werden ruim 19.000 beschermingsonderzoeken uitgevoerd. De meest voorkomende kindbeschermingsmaatregel die de Kinderrechter oplegt, is de ondertoezichtstelling (ots) die het gezag van ouders beperkt zodat een gezinsvoogd de noodzakelijke hulp op gang kan brengen. Als ouders niet in staat zijn zelf hun kinderen op te voeden, kan de Raad ontheffing of zelfs ontzetting van het gezag vragen. Meestal krijgt Bureau Jeugdzorg dan de voogdij en wordt het kind in een pleeggezin of tehuis geplaatst. Gezinsvoogden hebben gedurende al deze kindbeschermingsmaatregelen de wettelijke taak om de bedreiging van een minderjarige tegen te gaan en voor zijn of haar veiligheid te waken (zie ook aanbevelingen 6, 8, 10 en 11). Eind 2009 stonden 32.775 kinderen onder toezicht, dat zijn er 12.000 meer dan 9 jaar eerder. Ook het aantal uithuisplaatsingen is sterk toegenomen, tot 10.552 kinderen in 2010 (van de 32.775 kinderen met een ots-maatregel). Inmiddels tekent zich een kentering in de groei af. Dit lijkt het resultaat te zijn van het versterken van het methodisch werken bij zowel de Raad als de gezinsvoogdij. Hiermee is voor het eerst een uitgewerkte en onderbouwde methode voor de gezinsvoogdij in het hele land ingevoerd. Een effectstudie laat zien dat de ondertoezichtstelling door het werken volgens de Deltamethode gemiddeld 7 maanden korter wordt.¹³ En dat het aantal kinderen dat uit huis geplaatst wordt met de helft daalt wanneer de Deltamethode daadwerkelijk wordt gevolgd. Om volgens deze methode te kunnen werken zou de caseload van 1 gezinsvoogd niet meer dan 15 cliënten mogen bedragen. Er is al enige tijd discussie tussen de brancheorganisatie Jeugdzorg Nederland, het IPO en het Ministerie voor Veiligheid en Justitie over de door Deloitte berekende verhoging van het tarief Jeugdbescherming. Deze verhoging is noodzakelijk om volgens de Deltamethode te kunnen werken. Ondanks deze al bestaande financiële zorgen blijkt uit de begroting van 2012 juist een bezuiniging van 5% op de Jeugdbescherming te zijn gepland.²⁷ Hiermee staat de caseload van gezinsvoogden opnieuw onder druk en is er onvoldoende garantie dat gezinsvoogden kunnen werken aan positieve verandering in de opvoedingssituatie en tegelijkertijd toezicht kunnen houden op de veiligheid en de ontwikkeling van het kind. Dit is ernstig. Ook de tussentijdse berichten van de Commissie Samson laten zien dat de overheid de afgelopen decennia niet in staat is geweest om tijdens de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen de veiligheid van kinderen te garanderen. Signalen van kinderen over seksueel misbruik in instellingen lijken in het merendeel van de gevallen niet te zijn opgepikt. Het is onduidelijk of de veiligheid van kinderen in instellingen en pleeggezinnen op dit moment wel is gegarandeerd en of signalen nu wel worden opgepikt. Ook bleek uit onderzoek van de Inspectie Jeugdzorg dat het toezicht op de veiligheid van kinderen in netwerkpleeggezinnen nog niet altijd goed geregeld is.²⁸

AANBEVELING 15: Garandeer een caseload van 15 kinderen per gezinsvoogd met een daarbij passende financiering, zodat gezinsvoogden toezicht kunnen houden op de veiligheid en ontwikkeling van kinderen met een kindbeschermingsmaatregel.

Hoofdstuk 5 Extra aandacht voor gezinnen waar risicofactoren aanwezig zijn: knelpunten en aanbevelingen

In de aanpak van kindermishandeling heeft het toerusten van professionals met meldcodes en samenwerkingsprotocollen centraal gestaan. Een uitvloeisel van deze beleidskeuzes is dat er weinig aandacht is geweest voor specifieke groepen ouders of kinderen. In dit hoofdstuk worden 3 groepen kinderen genoemd waarvoor urgent extra aandacht nodig is. Aandacht in zowel de preventie en signalering van mishandeling, als aandacht voor de daaropvolgende behandeling.

Knelpunt: Kinderen van ouders met psychische problemen en/of een verslaving

In gezinnen waar ouders psychische problemen hebben, in combinatie met factoren als bijvoorbeeld armoede en werkloosheid, stijgen de risico's op kindermishandeling evident. Bijna 43% van de mishandelde kinderen heeft een ouder met psychische problemen en/of een verslaving, zo blijkt uit een recente studie van het Trimbos-instituut.²⁹ Van de kinderen die worden aangemeld voor een psycho-educatief groepsprogramma nadat zij getuige waren van huiselijk geweld, bleek maar liefst 71,9% te leven met een ouder die een gediagnosticeerd psychiatrisch probleem had. In meer dan een derde van de gevallen hadden beide ouders een psychiatrisch probleem.³⁰ Vanuit de GGZ-instellingen voor volwassenen wordt in zogenoemde KOPP-groepen (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen) effectief ondersteuning geboden aan kinderen in zeer complexe opvoedsituaties. Met deze preventieve interventie, waar in de praktijk kinderen aan deelnemen die reeds flinke problemen hebben, wordt bovendien vaak een onveilige opvoedsituatie gesignaleerd.³¹ Desondanks verkeert de ondersteuning voor KOPP-kinderen al jaren in zwaar weer. Het Trimbos-instituut beschrijft in zijn rapport dat gemeenten en zorgverzekeraars onderling verdeeld zijn over wie de huidige en toekomstige kosten moet dragen.³² Afspraken met zorgverzekeraars verschillen, gemeenten zien deze groep kinderen niet altijd als hun verantwoordelijkheid of willen alleen voor eigen inwoners betalen. Het is noodzakelijk dat op korte termijn een beslissing in deze financieringsdiscussies wordt afgedwongen. Opties zijn onder meer opname in de Zorgverzekeringswet, financiering via het Preventiefonds of via geormerkte gelden van (centrum)gemeenten.

AANBEVELING 16: Maak landelijke afspraken over (geormerkte) financiering van de ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslaving.

Knelpunt: Wet Meldcode in asielzoekerscentra

Kinderen van vluchtelingen hebben een verhoogd risico om mishandeld te worden. Risico's stapelen zich op door factoren als psychotrauma's en psychische problemen van ouders, armoede, werkloosheid, krappe behuizing en een voor kinderen onveilige leefomgeving in een asielzoekerscentrum. De nieuwe Wet Meldcode (zie paragraaf 1.5) geldt niet voor COA-medewerkers in asielzoekerscentra, terwijl deze medewerkers vaak de enigen zijn die kinderen en ouders dagelijks zien. Als argument wordt gegeven dat COA-medewerkers geen hulpverleners zijn. De Wet Meldcode geldt echter wel voor medewerkers in de maatschappelijke opvang die, net als de COA-medewerkers, 'bed, bad en brood' bieden zonder hulpverlening.

AANBEVELING 17: Zorg dat de nieuwe Wet Meldcode ook van toepassing is op COA-medewerkers in asielzoekerscentra en zie toe dat de Wet hier goed wordt geïmplementeerd.



Knelpunt: Gehandicapte kinderen

Het Actieplan Aanpak Kindermishandeling had geen betrekking op de gehandicaptensector, waardoor deze instellingen niet hebben meegedaan aan de ontwikkeling van samenwerkingsprotocollen, meldcodes en nascholingsplannen. Dit is een ernstige omissie, aangezien deze groep kinderen veruit het meest wordt misbruikt. Volgens het recente rapport "Beperkt Weerbaar" is bijna één op de vier verstandelijk gehandicapte vrouwen verkracht. Naar eigen zeggen heeft 70% van de verstandelijk gehandicapte vrouwen en 20% van de verstandelijke gehandicapte mannen, te maken gehad met seksueel misbruik. Dit geweld bleek zich vooral voor te doen tijdens de jeugd van de slachtoffers.

Het instellingsbeleid om mishandeling onder gehandicapte kinderen te voorkomen en om de gevolgen ervan te behandelen, staat in vele handleidingen en publicaties op papier. Dit papierwerk is echter geen vastgestelde kwaliteitseis, richtlijn of veldnorm waarop wordt getoetst. De implementatie kent in de praktijk dan ook veel knelpunten. Dit wordt zichtbaar in het lage aantal meldingen van seksueel misbruik dat instellingen in de gehandicaptenzorg doen. Zorginstellingen moeten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg melding maken van al het seksueel misbruik van een cliënt door een medewerker, maar ook van het seksueel misbruik tussen cliënten en seksueel misbruik van een cliënt door een ander. In 2010 ontving de Inspectie zo'n 300 meldingen.

Bovendien hebben misbruikte kinderen met een beperking, die in een instelling verblijven, door gescheiden financieringsstromen nauwelijks toegang tot gespecialiseerde diagnostiek en behandeling buiten hun instelling. Ook voor de licht verstandelijk gehandicapten geldt dat het aanbod aan hulp na kindermishandeling, onvoldoende toegespitst is op de specifieke problematiek van deze groep kinderen.

Daarnaast zijn er knelpunten in de rechtsgang nadat aangifte is gedaan van mishandeling. Voor 2009 werd meer dan honderd maal een beroep gedaan op deskundigen uit een 'verhoorderspool'. Deze deskundigen gaven advies aan de verhoorders over de manier van communiceren met verstandelijk gehandicapten tijdens een verhoor. Door procedurewijzigingen wordt het verhoor bij kinderen met een beperking, die ouder zijn dan 12 jaar, nu afgenomen door reguliere zedenrechercheurs. De zedenpolitie besluit zelf of zij bij dit verhoor ook een gespecialiseerde gedragswetenschapper betreft. In 2011 is slechts eenmaal een beroep gedaan op een deskundige uit de 'verhoorderspools'. Dit betekent dat de invulling van de rechtspositie van kinderen met een beperking is uitgehold en verschilt per politieregio.³³

AANBEVELING 18: Betrek de gehandicaptensector in het vervolg op het Actieplan Aanpak Kindermishandeling. Formuleer met deze sector kwaliteitseisen waaraan het preventie-, signalerings- en behandelingsbeleid ten aanzien van kindermishandeling moet voldoen. Voer verscherpt inspectietoezicht uit op zowel de implementatie van de Wet Meldcode in de gehandicaptensector als op de implementatie van preventiebeleid.

Hoofdstuk 6 Onderwijs, geestelijke gezondheidszorg, beroepsopleidingen: knelpunten en aanbevelingen

De afgelopen jaren is stevig ingezet op de ontwikkeling van meldcodes en samenwerkingsprotocollen. Sommige beroepsgroepen zijn achtergebleven bij deze ontwikkelingen, ondanks dat zij een cruciale rol vervullen in het signaleringsproces of werken met gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling.

Knelpunt: Onderwijs

Eind 2006 werd een VWS-project om het gebruik van een meldcode in onder andere het onderwijs te stimuleren afgesloten met een rapportage van Cap Gemini.³⁴ Ongeveer een derde van de scholen voor primair onderwijs zei op dat moment te beschikken over een meldcode. Slechts 8% van het onderwijspersoneel had (na)scholing over het onderwerp kindermishandeling gevolgd. Uit de RAK-rapportage van 2011 bleek het onderwijs ook de afgelopen jaren moeilijk te betrekken bij de ontwikkeling van samenwerkingsprotocollen en nascholingsplannen. Folders die in het kader van de nieuwe Wet Meldcode zijn ontwikkeld voor het onderwijs, benadrukken dat er weinig verandert. Er wordt niet verwezen naar relevante hulpmiddelen die voor de implementatie zijn ontwikkeld, zoals competentieprofielen en een database met nascholingen. Ook is nog weinig bekend over een eventueel toezicht op de implementatie van de Wet Meldcode, bijvoorbeeld via de onderwijsinspectie. Het Kinderrechtencollectief is dan ook bezorgd over de implementatie van de nieuwe wet in de onderwijssector.

Knelpunt: Geestelijke gezondheidszorg

Bijna 43% van de mishandelde kinderen heeft een ouder met een psychische stoornis en/of verslaving. Desondanks meldt de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen jaarlijks slechts 300 vermoedens van kindermishandeling (1,68% van het aantal meldingen). In de regionale projecten (zie paragraaf 1.1) bleek deze sector, net als voorheen in de RAAK-proefregio's, moeilijk te betrekken bij de ontwikkeling van samenwerkingsprotocollen en nascholingsplannen. Bovendien zijn er in deze sector ook knelpunten in het delen van informatie over de behandeling van ouders, met bijvoorbeeld gezinsvoogden en AMK-onderzoekers (zie aanbeveling 7). De Onderzoeksraad voor Veiligheid concludeerde dat jeugdzorgmedewerkers hierdoor de veiligheidsrisico's voor kinderen niet goed kunnen taxeren. Het is een bekend probleem dat in de GGZ niet systematisch aan volwassen patiënten wordt gevraagd of zij kinderen hebben. De invloed van psychopathologie op ouderschapsvaardigheden wordt niet consequent in beeld gebracht. In het buitenland zijn voorbeelden te vinden waar GGZ-professionals bij wet verplicht zijn, om bij de intake van een volwassen patiënt, te vragen naar eventuele kinderen of deze kinderen zelf ook te spreken.

De nieuwe GGZ-meldcode kan verbetering brengen in de genoemde knelpunten, mits de meldcode goed wordt geïmplementeerd. Ervaringen met de spoedeisende hulp en huisartsenposten tonen aan dat alleen een nieuwe meldcode onvoldoende is. De implementatie van de KNMG-meldcode kreeg pas daadwerkelijk vorm, zodra de Inspectie voor de Gezondheidszorg een toezichthoudend kader had opgesteld, met daarin bijvoorbeeld de eis dat 75% van het personeel geschoold moet zijn.

AANBEVELING 19: Zorg dat alle instellingen in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, de verslavingszorg en het onderwijs beschikken over een actuele Meldcode Kindermishandeling en dat minimaal 75% van het personeel wordt (na)geschoold over deze meldcode. Benut hierbij de ervaringen die zijn opgedaan met het toezichthoudend Kader van de Inspectie voor Gezondheidszorg bij Huisartsenposten en spoedeisende hulpdiensten. Organiseer verscherpt toezicht op de implementatie van de Wet Meldcode in het primair en secundair onderwijs.

Knelpunt: Beroepsopleidingen

Beroepsopleidingen voor onder meer kinderopvang medewerkers en leerkrachten hebben niet de verplichting aandacht te schenken aan het thema kindermishandeling en doen dit dan ook niet structureel.³⁵ Al diverse malen zijn beroepsopleidingen van overheidswege hiertoe gestimuleerd. Hoewel actuele cijfers nog ontbreken, bestaat de indruk dat dit knelpunt onvoldoende is opgelost, met name in geneeskundeopleidingen, opleidingen tot leerkracht en kinderopvangmedewerker.³⁶ Zolang dit knelpunt niet is opgelost, wordt veel geld geïnvesteerd in relatief dure na- en bijscholingen in bijvoorbeeld de RAK- projecten. Het bereik van nascholingen is helaas nog steeds relatief laag. Ook de Stuurgroep Aanpak Kindermishandeling, onder leiding van Ivo Opstelten, heeft dringend geadviseerd dit knelpunt op te pakken.³⁷

AANBEVELING 20: Maak bindende afspraken met tenminste de beroepsopleidingen voor leerkracht, kinderopvang medewerker en basisarts over (verplichte) aandacht voor kindermishandeling in de onderwijscurricula.

Conclusie en aanbevelingen

Na een achterstand van tientallen jaren zonder een overheidsplan voor de aanpak van kindermishandeling, is de afgelopen 4 jaar het thema kindermishandeling met een eigen Actieplan in de politieke en publieke belangstelling gekomen. Dit heeft geresulteerd in een sterke toename van het aantal meldcodes en samenwerkingsprotocollen en een toename van het aantal kinderen bij wie professionals kindermishandeling signaleren. Het ontwikkelen van een beter lokaal zorgaanbod waarmee kindermishandeling kan worden voorkomen, is echter onvoldoende gelukt. Bovendien is in de afgelopen jaren nauwelijks aandacht geschonken aan de (vaak bovenregionale) zorg die met name de mishandelde kinderen zelf nodig hebben nádat mishandeling is gesignaleerd. Het aantal mishandelde kinderen is nog niet gedaald. Prevalentiestudies schatten de omvang van kindermishandeling in 2007 op 107.000 kinderen per jaar en in 2010 op ruim 118.000 kinderen per jaar. Desondanks zal de overheid de komende jaren volgens haar begrotingen miljoenen euro's minder uitgeven aan de aanpak van kindermishandeling. Het Kinderrechtencollectief heeft, op basis van urgentie en haalbaarheid, 20 aanbevelingen geformuleerd voor het nieuwe Actieplan Aanpak Kindermishandeling. Het opvolgen van deze aanbevelingen levert een wezenlijke bijdrage aan het voorkomen van kindermishandeling of behandelen van de gevolgen. Dit overzicht van knelpunten heeft niet de pretentie volledig te zijn. Voor een samenhang met beleidsterreinen en kinderrechtentema's als armoedebestrijding, meisjesbesnijdenis, kinderpaticipatie, de zorg voor gehandicapte kinderen en het vluchtelingenbeleid, wordt verwezen naar de ngo-schaduwrapportage van 2008 en het Jaarbericht Kinderrechten 2011.

Aanbevelingen Kinderrechtencollectief

- AANBEVELING 1:** Zorg dat alle verloskundigen systematisch screenen op risico's voor kindermishandeling. Zorg dat verloskundigen en jeugdartsen beschikken over effectieve risicotaxatie- en signaleringsinstrumenten gericht op de fysieke veiligheid van baby's en jonge kinderen.
- AANBEVELING 2:** Stel eisen aan de capaciteit en kwaliteit van opvoedondersteunende programma's die de lokale Centra voor Jeugd en Gezin organiseren voor kinderen en gezinnen in risicosituaties. Garandeer hiermee dat er voor deze kinderen en gezinnen, onafhankelijk van hun woonplaats, een reeks van lichte tot zwaardere vormen van (evidence-based) opvoedprogramma's beschikbaar is waarmee kindermishandeling kan worden voorkomen.
- AANBEVELING 3:** Realiseer dat alle ouders van pasgeborenen worden voorgelicht over het huidgedrag van baby's en het Shaken Baby Syndroom.
- AANBEVELING 4:** Stel een implementatieplan op voor het wettelijke verbod op geweld in de opvoeding. Ontwikkel voorlichtingsmaterialen die ook allochtone doelgroepen en lager opgeleiden bereiken.

- **AANBEVELING 5:** Het Ministerie van VWS moet zijn rol oppakken in de bestrijding van kinderpornografie in samenwerking met het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Voeg het digitale perspectief toe aan alle programma's voor preventie en signalering van en hulpverlening bij seksueel geweld tegen kinderen. Ontwikkel hulpverlening voor kinderen met betrekking tot de korte en lange termijn gevolgen van het maken van beeldmateriaal van seksueel misbruik.
- **AANBEVELING 6:** Stuur nadrukkelijk op uniforme kwaliteit in de advies- en onderzoeksfunctie van het AMK, bijvoorbeeld door certificering. Voorkom nog meer diversiteit in de manier waarop de uitvoering van AMK-taken wordt georganiseerd. Monitor het effect van organisatorische diversiteit op de effectiviteit en kwaliteit van de advies- en meldfunctie.
- **AANBEVELING 7:** Zorg dat professionals bij de Raad voor de Kinderbescherming en het AMK zich niet te afhankelijk opstellen van de medewerking van ouders en kunnen beschikken over alle relevante informatie. Verbeter hiertoe de informatie-uitwisseling tussen het AMK, de Raad voor de Kinderbescherming en de Gezinsvoogdij met beroepsgroepen in vooral de (geestelijke) gezondheidszorg voor volwassenen. Organiseer daarvoor toezicht op de implementatie van de nieuwe GGZ-meldcode en/of breid de komende wettelijke spreekplicht van GGZ-professionals jegens gezinsvoogden uit naar onderzoekers van het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming.
- **AANBEVELING 8:** Zorg dat het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming voor letselduiding een forensisch arts pediatrie kunnen inschakelen, juist wanneer er nog geen strafrechtelijke aanpak is. Ontwikkel een Diagnose Behandeling Combinatie voor het onafhankelijke, forensisch-pediatriesch onderzoek en geef in de tussentijd zorgverzekeraars een richtlijn voor de inkoop van zorg.
- **AANBEVELING 9:** Doe onderzoek naar de uitkomsten van de interventies die het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming namens de overheid uitvoeren, waarbij de veiligheid van kinderen de belangrijkste uitkomstmaat is. Stimuleer doorontwikkeling van het instrumentarium om in elke fase gestructureerd te beslissen en rust jeugdbeschermingsmedewerkers hiervoor voortdurend toe. Zie toe dat er geen regionale verschillen bestaan in de (kwaliteit van de) besluitvorming bij het AMK, Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming.
- **AANBEVELING 10:** Organiseer dat tenminste de 22.661 kinderen waarbij het AMK mishandeling vaststelt, binnen een overeengekomen korte periode een volledig assessment krijgen conform de standaarden van de Gezondheidsraad. De kinderen moeten met een zo beperkt mogelijk aantal onderzoekers te maken krijgen en onder meer systematisch lichamelijk en psychologisch worden onderzocht. Hetzelfde geldt voor de kinderen bij wie de Raad voor de Kinderbescherming mishandeling constateert. Ondersteun hiervoor de vorming van meer multidisciplinaire teams zoals in Friesland en Haarlem, conform het advies van de Gezondheidsraad.
- **AANBEVELING 11:** Zorg dat in gezinnen waar veiligheidsproblematiek speelt, hulp wordt geboden die zicht specifiek richt op de gevolgen van onveiligheid en het realiseren van veiligheid. Stimuleer daarvoor een landelijke implementatie van een veiligheidsaanpak binnen de verschillende afdelingen van Bureau Jeugdzorg, bij zorgaanbieders die samenwerken met de gezinsvoogdij en bij professionals werkend in het lokale veld. Het familie- en vriendennetwerk moet nadrukkelijk de kans krijgen een eigen veiligheidsplan te ontwikkelen, ook als nog geen onder toezichtstelling dreigt.
- **AANBEVELING 12:** Benut de stelselwijzigingen in de jeugdzorg om te komen tot een efficiënter en effectiever jeugdbeschermingssysteem. Onderzoek of de functies advies, melding, onderzoek, verzoeken tot Raadonderzoek en uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen, kunnen worden ondergebracht in minder organisaties. Ondersteun ook de vorming van meer multidisciplinaire teams zoals in Friesland en Haarlem, conform het advies van de Gezondheidsraad.

- **AANBEVELING 13:** Zorg voor een landelijke dekking van het beschikbare evidence-based therapeutische aanbod. Garandeer dat in elke jeugdzorgregio tenminste de door de Gezondheidsraad aanbevolen therapieën (TF-CBT en EMDR en PCIT) beschikbaar zijn voor een afgesproken percentage van het te verwachten aantal mishandelde kinderen. Stel hiertoe (kwaliteits)eisen aan het zorgaanbod dat gemeenten gaan realiseren.
- **AANBEVELING 14:** Organiseer dat tenminste alle 22.661 kinderen bij wie het AMK mishandeling vaststelt, psycho-educatie ontvangen, conform het advies van de Gezondheidsraad. Hetzelfde geldt voor de kinderen bij wie de Raad voor de Kinderbescherming mishandeling constateert. Stel hiertoe (kwaliteits)eisen aan het zorgaanbod dat gemeenten gaan realiseren.
- **AANBEVELING 15:** Garandeer een caseload van 15 kinderen per gezinsvoogd met een daarbij passende financiering, zodat gezinsvoogden toezicht kunnen houden op de veiligheid en ontwikkeling van kinderen met een kinderbeschermingsmaatregel.
- **AANBEVELING 16:** Maak landelijke afspraken over (geormerkte) financiering van de ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslaving.
- **AANBEVELING 17:** Zorg dat de nieuwe Wet Meldcode ook van toepassing is op COA-medewerkers in asielzoekerscentra en zie toe dat de Wet hier goed wordt geïmplementeerd.
- **AANBEVELING 18:** Betrek de gehandicaptensector in het vervolg op het Actieplan Aanpak Kindermishandeling. Formuleer met deze sector kwaliteitseisen waaraan het preventie-, signalerings- en behandlingsbeleid ten aanzien van kindermishandeling moet voldoen. Voer verscherpt inspectietoezicht uit op zowel de implementatie van de Wet Meldcode in de gehandicaptensector als op de implementatie van preventiebeleid.
- **AANBEVELING 19:** Zorg dat alle instellingen in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, de verslavingszorg en het onderwijs beschikken over een actuele Meldcode Kindermishandeling en dat minimaal 75% van het personeel wordt (na)geschoold over deze meldcode. Benut hierbij de ervaringen die zijn opgedaan met het toezichthoudend Kader van de Inspectie voor Gezondheidszorg bij Huisartsenposten en SEH-posten. Organiseer verscherpt toezicht op de implementatie van de Wet Meldcode in het primair en secundair onderwijs.
- **AANBEVELING 20:** Maak bindende afspraken met tenminste de beroepsopleidingen voor leerkracht, kinderopvang medewerker en basisarts over (verplichte) aandacht voor kindermishandeling in de onderwijscurricula.

CONCLUSIE

In tijden van bezuinigingen is investeren in preventie en behandeling bij kindermishandeling niet populair. Het Kinderrechtencollectief wijst er in dit rapport op dat investeren in de aanpak van kindermishandeling geen vrijblijvende keuze is. Met mishandeling bedreigde kinderen vormen een zodanig kwetsbare groep, dat in het VN-Kinderrechtenverdrag primaire verantwoordelijkheid is vastgelegd voor de overheid om zowel geweld te voorkomen als zorg te dragen voor passende hulpverlening nadat geweld heeft plaatsgevonden. "No violence against children is justifiable, all violence against children is preventable", is in navolging van de wereldwijde VN-studie naar geweld tegen kinderen uit 2006, het uitgangspunt van het VN-Kinderrechtencomité.

Tegelijkertijd wijst dit rapport op een aantal actuele knelpunten waarvan de oplossing niet primair in geld is gelegen, maar in het nemen van verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid om beslissingen in financie-ringsdiscussies die te lang duren af te dwingen. Verantwoordelijkheid om kwaliteitseisen en toezichhoudende kaders in te stellen in sectoren waar de aanpak van kindermishandeling te moeizaam tot stand komt. Verantwoordelijkheid om te bewaken dat bij de naderende stelselwijzigingen de zorg wordt georganiseerd rondom de veiligheidsbelangen van kwetsbare kinderen in plaats van rondom organisatiebelangen. Verantwoordelijkheid om te garanderen dat elk kwetsbaar gezin in iedere Nederlandse gemeente tenminste die preventieve en curatieve zorg kan ontvangen waarvan we inmiddels bekend zijn met de effectiviteit.

De bij dit rapport betrokken ngo's, kennisinstituten en experts zijn in staat, en zeker ook bereid, om samen met de overheid op te trekken in de aanpak van het taaie en complexe maatschappelijke probleem dat kindermishandeling is.



Bijlage 1 Raamwerk voor een effectieve aanpak van kindermishandeling

Het 55-puntenplan van prof. dr. Jo Hermanns om te komen tot een zorgcontinuüm bij kindermishandeling.¹³

Universele of populatiegerichte preventie: een aanbod voor iedereen

1. Bewustzijn dat sociaal beleid bijdraagt aan bestrijding kindermishandeling.
2. Prioriteit voor interventies voor groepen met verhoogd risico op kindermishandeling.
3. Informatie over opvoeden en opgroeien op scholen, kinderopvang e.d.
4. Voldoende pedagogische spreekuren.
5. Professionals zijn vaardig in het geven van opvoedadvies, advies is van goede kwaliteit.
6. Voorlichting aan alle ouders over geweldloos opvoeden.
7. Voorlichting over specifieke risicogedragingen, zoals dat kan leiden tot shaken baby syndroom.
8. Publiekscampagne gericht op jeugd, uitnodigend om kmh bespreekbaar te maken (herhaaldelijk).
9. Structurele samenwerking tussen huisarts en CJG.
10. Groepsgewijze opvoedingsvoorlichting voor en kort na de geboorte van het kind.
11. Groepsconsultatiebureau.
12. Programma's op scholen waarin kinderen kennis krijgen van geweld en machtsmisbruik.
13. Structurele mogelijkheid kindertelefoon om te verwijzen bij vertellen over mishandeling.

Selectieve preventie: aandacht voor kinderen en ouders in risicosituaties

14. Wijken met verhoogde opvoedingsproblematiek meer beschikbaarheid van zorg en hulp.
15. Buurtgerichte programma's voor verbeteren pedagogische infrastructuur en samenwerking.
16. Onderwijsachterstandenprogramma's (bijvoorbeeld VVE) hebben een intensieve oudermodule.

Geïndiceerde preventie: aandacht voor individuele risicogezinnen

17. Zwangere vrouwen screenen op extreme risicosituaties.
18. Programma Voorzorg.
19. Als er een interventie wordt overwogen check op risico's onveiligheid voor het kind.

Zorg bij de eerste signalen van problemen

20. Interventies aanbieden bij beginnende signalen.
21. Investering in gespreksvaardigheden bij professionals.
22. Maximaal en outreachend investeren in het bereik van de JGZ (bemoeizorg).
23. Gespreksprotocol om samen met ouder situatie in kaart te brengen (bijvoorbeeld SamenStarten).
24. Zorgmijding is signaal van mogelijk toekomstige problemen in gezin.
25. Een reeks van interventies zodat er passend gereageerd kan worden op signalen.
26. Versterk het opvoedingsondersteunend gesprek kwalitatief en kwantitatief bij huisarts en JGZ.
27. Effectiviteit en bereik van lichte opvoedingsondersteunende interventies zijn aandachtspunten.
28. Het pedagogische adviesgesprek is er voor alle ouders van kinderen van alle leeftijden.
29. Kortdurende interventies voor opvoedingsondersteuning (bijvoorbeeld Triple P, PMTO, videofeedback).
30. Gezinsondersteuning door home visiting (bijvoorbeeld Home Start, Stevig Ouderschap, Voorzorg, MiM).
31. Coördinatie van zorg.
32. CJG: signaleren, combineren, interpreteren, wegen van signalen, verwijzen, coördineren, evalueren.

Reacties op vermoedens en constatering van kindermishandeling

33. Voorlichting aan kinderen en omstanders en training professionals over kindermishandeling.
34. Systematisch en voortdurend voorlichting over AMK bij algemeen publiek en professionals.
35. In iedere instelling een meldcode, en alle professionals getraind om er mee te werken.
36. Alle spoedeisende hulp en huisartsenposten werken met checklist kindermishandeling.
37. Voldoende middelen voor AMK's om hun taken uit te kunnen voeren.

38. Aanpassing van de capaciteit van de AMK's op de verwachte toename door RAAK-aanpak.
39. Voortdurend optimaliseren van de doorlooptijden AMK's.
40. Samenwerking tussen AMK en strafrechtcircuït (politie, OM) in schriftelijke afspraken.
41. Inkorten periode tussen melding kindermishandeling en uitvoer jeugdbescherming (BB).
42. Als jeugdbeschermingsmaatregel binnen jaar geen effect heeft, dan ander opvoedarrangement.
43. Werkzame bestanddelen hulp: gezinsgericht, in eigen leefsituatie, multisystemisch, strengthsbased.
44. Wraparoundcare-model (bijvoorbeeld MST, IPT, 12-ways).
45. Mishandelend gedrag van ouders ombuigen, bijvoorbeeld incredible years, TripleP, therapie.
46. Bij seksueel misbruik staan strafrecht en (forensisch-) psychiatrische behandeling centraal.
47. Latere gevolgen van kindermishandeling met psychotherapie behandelen.
48. Groei- en ontwikkelachterstanden door kindermishandeling kunnen alleen behandeld worden door een rigoureuze verandering in de opvoedingscontext.
49. Veiligheid van het kind staat het hele traject van melding tot beëindiging hulp centraal (SDM).
50. Systematische aandacht voor veiligheid van kinderen in jeugdzorginstellingen is van groot belang om te voorkomen dat kinderen nog meer beschadigd worden.

Kindermishandeling en huiselijk geweld

51. Een structurele en geprotocolleerde samenwerking tussen bestrijding kindermishandeling en huiselijk geweld.
52. Interventies om gevolgen van huiselijk geweld bij kinderen te behandelen is hetzelfde bij kindermishandeling.

Fataal verlopen kindermishandeling

53. Als kindermishandeling mogelijke doodsoorzaak is dan moet dit altijd leiden tot aangifte.
54. Invoer van NODO-protocol.
55. Regionaal aggregeren gegevens NODO-protocol kan bijdragen aan voorkomen overlijden door kindermishandeling.

Bijlage 2 Geraadpleegde literatuur

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

Berenschot & Verwey-Jonker Instituut (2011) *Effectevaluatie regionale aanpak kindermishandeling. Eindrapportage*. Utrecht: Berenschot & Verwey-Jonker Instituut.

Berlo, W. van e.a. (2011) *Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF/MOVISIE.

Berge, I.J. & Wolzak, A. (2008) *Gevolgen van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

United Nations Committee on the Rights of the Child (2011). *General Comment No. 13: The right of the child to freedom from all forms of violence*. New York: United Nations.

Committee on the Rights of the Child. (2011). General Comment No. 13. The right of the child to freedom from all forms of violence. New York: United Nations.

Dekker, M. Leerkrachten willen meer kennis, april 2011. In: *Tijdschrift Kindermishandeling*, nr. 1 jaargang 4.

Dias, M.S. & K. Smith, K. de Guehery, P. Mazur, V. Li, M.L. Shaffer (2005) *Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program*. In: *Pediatrics*. Vol 115. No. 4. April 2005. Pp. e470-e477.

Felitti, V.J. & Anda, R.F. (2010). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders and sexual Behavior: Implications for Healthcare. In: Lanius, R.A.

Vermetten, E., Pain, C. (ed; 2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Goossens, F., Speetjens, P. (2011). *Financiering KOPPIKVO: Een inventarisatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hermanns, J. (2008). *Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Inventgroep/Juliuscentrum.

IJzendoorn, M.H., e.a. (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005. De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Universiteit Leiden.

IJzendoorn, M.H., e.a. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010. De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010)*. Universiteit Leiden en TNO.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Huisartsenposten onvoldoende alert op kindermishandeling. Inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). *Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Inspectie Jeugdzorg (2011). *De bruikbaarheid van adviezen en consulten van het AMK. Het landelijk beeld naar aanleiding van onderzoek van de Inspectie Jeugdzorg bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.

Inspectie Jeugdzorg (2010). *Een kindbeschermingsmaatregel? Besluiten en overwegingen van de Raad voor de Kinderbescherming*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.

Inspectie Jeugdzorg (2010). *Veiligheid pleegkinderen in beeld. Stand van zaken van de verbeteringen naar aanleiding van eerder inspectie-onderzoek*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.

Integraal Toezicht Jeugdzaken, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Het kind van de rekening. Hulp aan kinderen die leven in armoede*.

Jeugdzorg Nederland: *AMK in cijfers 2010*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.

Kamerstukken II 2008-09 28 345, nr. 72, p. 72.

Kamerstukken II 2009-10 31015, nr. 49.

Kerkhof, M. P.N., (2011), Vaak onbekend of patiënten kinderen hebben of niet. In: *Tijdschrift Kindermishandeling*, nr. 3, oktober 2011, p. 14-16.

Kooiman, N. (SP), amendement *Wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de Wet op de jeugdzorg en de Pleegkinderenwet in verband met herziening van de maatregelen van kindbescherming*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 015, nr. 15.

Kloosterboer, K. (2009). *Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra*. Unicef, Defence for Children, Centraal Orgaan opvang Asielzoekers.

Kooijman, K., Baat, M. de, Linden, P. van der (2011). *Regionale aanpak kindermishandeling. Eindrapportage*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Kooijman, K. en Baat, M. de (2011). *Eindmeting zorgcontinuüm Regionale aanpak kindermishandeling en vergelijking met de startfoto*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Korfker, D.G. e.a. (2007). *Inventarisatie van aandacht voor Huiselijk Geweld, Seksueel Geweld en Kindermishandeling in de beroepsopleidingen Jeugd(gezondheids)zorg tot 12 jaar*. Leiden: TNO.

Lamers-Winkelman, F. (2008). *Waar moet je met zo'n kind naartoe? Kindermishandeling en hulpverlening aan kinderen*. In: *Tijdschrift Kindermishandeling*, nr. 1 (1), p. 26-29.

Lamers-Winkelman, F., Willemsen, A., & Visser, M. (accepted for publication). *Adverse Childhood Experiences of Referred Children Exposed to Intimate Partner Violence: Consequences for their Wellbeing*. Accepted for publication in *Child Abuse & Neglect*, In: *The International Journal*.

Nationaal Rapporteur Mensenhandel (2011). *Kinderpornografie - Eerste rapportage van de nationaal rapporteur*. Den Haag: BNRM.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (2011). *Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Programmaministerie Jeugd en Gezin (2007). *Actieplan Aanpak Kindermishandeling. Kinderen Veilig Thuis*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Raad voor de Kinderbescherming, Ministerie van Veiligheid en Justitie (2011). *Jaarbericht 2010. De Raad in ontwikkeling*. Utrecht: Raad voor de Kinderbescherming.

Reijneveld SA, Wal MF van der, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Prevalentie van gedragingen van ouders om het huilen van zuigelingen te verminderen die kunnen leiden tot mishandeling. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 2004; 148:2227-30.

Scharloo, A. (2009). *Vergeeten groep met onzichtbare slachtoffers*. In: *Tijdschrift Kindermishandeling*, nr. 4, december 2009, p. 8-10.

Schoenmakers, N. e.a. (2006). *Implementatie meldcode kindermishandeling, eindrapportage*. Cap Gemini Nederland BV, i.o.v. het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Schreijenberg, A. e.a. (2010). *Procesevaluatie wet tijdelijk huisverbod. Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

Soerdjbalie-Maikoe, V. e.a. (2010). *Niet-natuurlijk overlijden door kindermishandeling; gerechtelijke secties 1996-2009*. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 145: A2285, november 2010.

Sams, G.J., Top-Van der Eem, M., Limburg, S., Vugt, E. S. van, Laan, P.H. van der (2010). *Implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode gezinsvoogdij. Onderzoek naar de invloed van de Deltamethode op het verloop van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut.

Van Gastel, W., Ten Berge, I., Wolzak, A. (2010). *Secundaire analyse onderzoeken AMK's. Onderzoeksrapport op verzoek van de Inspectie Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E., staatssecretaris VWS (2011), beantwoording Kamervragen Kamerlid Dille (PVV), kenmerk JZ-U-3043339.

Vianen, R.T. e.a. (2010). *De inzet van het strafrecht bij kindermishandeling*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.

Vink, R., Rijnders, M., Buitendijk, S., Briese, A., Korfer, D., Öry, F., *Vroeg Erbij. Vroegsignalering met de ALPHA-NL*. Tijdschrift voor Verloskundigen, april 2011.

Witteveen, M., (Interprovinciaal Overleg), Kamps, H., (Jeugdzorg Nederland): brief aan algemene commissie Jeugdzorg Tweede Kamer (10 oktober 2011): *'Tarieven Jeugdbescherming'*.

De Waag & Fier Fryslan (2011) *Het mishandelde kind centraal stellen: realiseren van een multidisciplinair centrum kindermishandeling*.

Noten

- 1 IJzendoorn, M.H., e.a. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010. De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010)*. Universiteit Leiden en TNO.
- 2 IJzendoorn, M.H., e.a. (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005. De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Universiteit Leiden.
- 3 Programmaministerie Jeugd en Gezin (2007). *Actieplan Aanpak Kindermishandeling. Kinderen Veilig Thuis*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 4 Hermanns, J. (2008). *Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 5 Berenschot & Verwey-Jonker Instituut (2011). *Effectevaluatie regionale aanpak kindermishandeling. Eindrapportage*. Utrecht: Berenschot & Verwey-Jonker Instituut.
- 6 Kooijman, K. Baat, M. de, Linden, P. van der (2011). *Regionale aanpak kindermishandeling. Eindrapportage*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 7 Kooijman, K. en De Baat, M (2011). *Eindmeting zorgcontinuüm Regionale aanpak kindermishandeling en vergelijking met de startfoto*. Nederlands Jeugdinstituut.
- 8 Dias, M.S. & K. Smith, K. de Guehery, P. Mazur, V. Li, M.L. Shaffer (2005) *Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program*. In: Pediatrics. Vol 115. No. 4 . April 2005. Pp. e470-e477.
- 9 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). *Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- 10 Schreijenberg, A., Vaan, K.B.M. de, Vanoni, M.C., & Homburg, G.H.J. (2011). *Procesevaluatie Wet tijdelijk huisverbod*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek (2010).
- 11 Stams, G.J., Top-Van der Eem, M., Limburg, S., Vugt, E. S. van, Laan, P.H. van der (2010). *Implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode gezinsvoogdij. Onderzoek naar de invloed van de Deltamethode op het verloop van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut.
- 12 De perinatale periode is de 24e week van de zwangerschap tot tweede week na de geboorte.
- 13 Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Inventgroep/Juliuscentrum.
- 14 De Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2011). *Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- 15 Vink, R., Rijnders, M., Buitendijk, S., Brierse, A., Korfer, D., Öry, F., *Vroeg Erbij. Vroegsignalering met de ALPHA-NL*. Tijdschrift voor Verloskundigen, april 2011.
- 16 Reijneveld SA, Wal MF van der, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Prevalentie van gedragingen van ouders om het huilen van zuigelingen te verminderen die kunnen leiden tot mishandeling. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 2004; 148:2227-30.
- 17 Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E., staatssecretaris VWS (2011), beantwoording Kamervragen Kamerlid Dille (PVV), kenmerk JZ-U-3043339.
- 18 Nationaal Rapporteur Mensenhandel (2011). *Kinderpornografie – Eerste rapportage van de nationaal rapporteur*. Den Haag: BNRM.
- 19 Inspectie Jeugdzorg (2011). *De bruikbaarheid van adviezen en consulten van het AMK. Het landelijk beeld naar aanleiding van onderzoek van de Inspectie Jeugdzorg bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- 20 Overzicht 2010, AMK in cijfers, Jeugdzorg Nederland en De Raad in ontwikkeling, Raad voor de Kinderbescherming (2011).
- 21 Inspectie Jeugdzorg (2011). *De bruikbaarheid van adviezen en consulten van het AMK. Het landelijk beeld naar aanleiding van onderzoek van de Inspectie Jeugdzorg bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- 22 Van Gastel, W., Ten Berge, I., Wolzak, A. (2010). *Secundaire analyse onderzoeken AMK's. Onderzoeksrapport op verzoek van de Inspectie Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 23 Kooiman, N. (SP), amendement *Wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de Wet op de jeugdzorg en de Pleegkinderenwet in verband met herziening van de maatregelen van kindbescherming*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 015, nr. 15.
- 24 Inspectie Jeugdzorg (2010). *Een kindbeschermingsmaatregel? Besluiten en overwegingen van de Raad voor de Kinderbescherming*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- 25 Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- 26 Rekestreerend: een verzoek indienen aan de (kinder)rechter om een maatregel van kindbescherming (een ondertoezichtstelling: beperking van het ouderlijk gezag, of in enkele gevallen een ontheffing of ontzetting: ontneming van het ouderlijk gezag).
- 27 Witteman, M., (Interprovinciaal Overleg), Kamps, H., (Jeugdzorg Nederland): brief aan algemene commissie Jeugdzorg Tweede Kamer (10 oktober 2011): 'Tarieven Jeugdbescherming'.
- 28 Inspectie Jeugdzorg (2010). *Veiligheid pleegkinderen in beeld. Stand van zaken van de verbeteringen naar aanleiding van eerder inspectie-onderzoek*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- 29 Kerkhof, M. P.N., (2011), Vaak onbekend of patiënten kinderen hebben of niet. In: *Tijdschrift Kindermishandeling*, nr. 3, oktober 2011, p. 14-16.
- 30 Lamers-Winkelmann, F., Willemen, A., & Visser, M. (accepted for publication). Adverse Childhood Experiences of Referred Children Exposed to Intimate Partner Violence: Consequences for their Wellbeing. Accepted for publication in Child Abuse & Neglect, In: *The International Journal*.
- 31 Van Santvoort e.a., Preventieve programma KOPP/KVO onder vuur, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde nr. 1, 2011.
- 32 Goossens, F., Speetjens, P. (2011). *Financiering KOPP/KVO: Een inventarisatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 33 Scharloo, A. (2009). Vergeten groep met onzichtbare slachtoffers. In: *Tijdschrift Kindermishandeling*, nr. 4, december 2009, p. 8-10.
- 34 Schoenmakers, N. e.a. (2006) Implementatie meldcode kindermishandeling, eindrapportage. Cap Gemini Nederland BV, i.o.v. het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 35 Dekker, M. Leerkrachten willen meer kennis, april 2011, Tijdschrift Kindermishandeling, nr. 1 jaargang 4.
- 36 Dossier beroepsopleidingen, juni 2011, Tijdschrift Kindermishandeling, nr 2. Jaargang 4.
- 37 Mr. I.W. Opstelten, voorzitter Stuurgroep aanpak kindermishandeling, brief aan minister Rouvoet 'Signalen uit het veld', 10 mei 2010.

Colofon

Auteur namens Kinderrechtcollectief: Marielle Dekker, Augeo Foundation
Eindredactie: Marie-José Linders, Augeo Foundation
Vormgeving en druk: Drukkerij Libertas, Bunnik
Foto's en illustraties: Barbara Mulderink en Bernet Ragetli

Contactgegevens

Kinderrechtendcollectief

p/a Defence for Children International Nederland
Hooglandse Kerkgracht 17 G
2312 HS Leiden
071 - 516 09 80
www.kinderrechten.nl

Voor vragen over de inhoud van dit rapport kunt u contact opnemen met:

Augeo Foundation

0343 - 53 60 40
info@augeo-foundation.nl
www.augeo-foundation.nl



Dit rapport is geschreven door het Kinderrechtencollectief. Het Kinderrechtencollectief is een coalitie ter bevordering van rechten van kinderen. Het Kinderrechtencollectief bestaat uit:

Augeo Foundation
Bernard van Leer Foundation
Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
Defence for Children
Jantje Beton
NJR (Nationale Jeugdraad)
Stichting Kinderpostzegels Nederland
Terre des Hommes
UNICEF Nederland

Het Kinderrechtencollectief heeft dit rapport geschreven in samenwerking met de volgende deskundigen en organisaties:

Prof. dr. H.E.M. Baartman (emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling)
Prof. dr. F. Lamers-Winkelmann (emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling Vrije Universiteit, Amsterdam)
Dr. F.G. Öry, adviseur Jeugd (TNO)

Forensische Polikliniek Kindermishandeling
Nederlands Jeugdinstituut
TNO

Better Care Network Netherlands
FICE NL
ICCO & Kerk in Actie
International Child Development Initiatives
NSGK voor het Gehandicapte Kind
Plan in Nederland
Quality 4 Children Nederland
Save the Children Nederland
Stichting RAAK
Wereldkinderen

Auteur namens het Kinderrechtencollectief

Mariëlle Dekker, Augeo Foundation
November 2011



KINDERPOSTZEGELS
voor kinderen door kinderen



Kinderrechtencollectief
www.kinderrechten.nl