

## Over de fysieke veiligheid van het jonge kind

Themastudie: voorvallen van kindermishandeling,  
met fatale of bijna fatale afloop

## **OVER DE FYSIEKE VEILIGHEID VAN HET JONGE KIND**

Themastudie: voorvallen van kindermishandeling  
met fatale of bijna fatale afloop

Den Haag, januari 2011 (T2006GZ0628-04)

De rapporten van de Onderzoeksraad voor Veiligheid zijn openbaar.

Alle rapporten zijn ook beschikbaar via de website van de Onderzoeksraad [www.onderzoeksraad.nl](http://www.onderzoeksraad.nl)

## DE ONDERZOEKSRaad VOOR VEILIGHEID

De Onderzoeksraad voor Veiligheid is ingesteld met als taak te onderzoeken en vast te stellen wat de oorzaken of vermoedelijke oorzaken zijn van individuele of categorieën voorvallen in alle sectoren. Het doel van een dergelijk onderzoek is uitsluitend toekomstige ongevallen of incidenten te voorkomen en indien de uitkomsten daartoe aanleiding geven, daaraan aanbevelingen te verbinden.

De organisatie bestaat uit een raad met vijf vaste leden en een professioneel bureau. Voor specifieke onderzoeken worden begeleidingscommissies in het leven geroepen.

	<b>Onderzoeksraad</b>	<b>Begeleidingscommissie</b>
Voorzitter:	prof. mr. Pieter van Vollenhoven	prof. dr. ing. F.J.H. Mertens (tot 1-12-2008) mr. J.A. Hulsenbek (na 1-12-2008)
Vice-voorzitter:	mr. J.A. Hulsenbek mr. Annie Brouwer-Korf prof. dr. ing. F.J.H. Mertens dr. ir. J.P. Visser	dr. ir. J.P. Visser prof. mr. drs. M.R. Bruning drs. O.M.H. Knoet-Vreken prof. dr. F. Lamers-Winkelmann dr. H.G.T. Nijs
Algemeen secretaris:	mr. M. Visser	
Projectleider:	drs. Th.M.H. van der Velden	
Bezoekadres:	Anna van Saksenlaan 50 2593 HT Den Haag	Postadres: Postbus 95404 2509 CK Den Haag
Telefoon:	+31 (0)70 333 7000	Telefax: +31 (0)70 333 7077
Internet:	<a href="http://www.onderzoeksraad.nl">www.onderzoeksraad.nl</a>	

## INHOUD

<b>Beschouwing</b> .....	<b>5</b>
<b>Lijst van afkortingen en definities</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>15</b>
1.1 Aanleiding onderzoek .....	15
1.2 Probleemstelling .....	16
1.3 Onderzoeksaanpak .....	19
1.4 Onderzoeksafbakening .....	20
1.5 Leeswijzer .....	21
<b>2 Voorvallen en achtergronden</b> .....	<b>23</b>
2.1 Kort overzicht kindveiligheidsstelsel .....	23
2.2 Omvang kindveiligheidsproblematiek .....	26
2.3 Gegevens over de bestudeerde voorvallen met (bijna) fatale afloop .....	27
<b>3 Wet- en regelgeving, richtlijnen en referentiekader veiligheidsmanagement</b> .....	<b>35</b>
3.1 Verdragen en wetgeving over fysieke veiligheid kind .....	35
3.2 Beleid en richtlijnen voor aanpak (fysieke) onveiligheid .....	38
3.3 Referentiekader voor veiligheidsmanagement.....	44
<b>4 Betrokken partijen en verantwoordelijkheden</b> .....	<b>47</b>
4.1 Overzicht kindveiligheidsstelsel .....	47
4.2 Voorfase: Signaleren en melden .....	51
4.3 Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten.....	52
4.4 Procesfase 2: Zorgen en beschermen .....	54
<b>5 Analyse</b> .....	<b>57</b>
5.1 Voorfase: Signaleren en melden .....	58
5.2 Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten.....	64
5.3 Procesfase 2: Zorgen en beschermen .....	71
<b>6 Conclusies</b> .....	<b>83</b>
6.1 Over de verantwoordelijkheid van de overheid .....	83
6.2 Over professionaliteit in het kindveiligheidsstelsel .....	84
6.3 Over de voorfase van signaleren en melden .....	85
<b>7 Aanbevelingen</b> .....	<b>87</b>
<b>Bijlagen</b>	
<b>Bijlage A. Onderzoeksverantwoording</b> .....	<b>89</b>
<b>Bijlage B. Omvang en karakterisering van de kindveiligheidsproblematiek en van de onderzochte voorvallen met (bijna) fatale afloop</b> .....	<b>95</b>
<b>Bijlage C. Beschrijving voorvallen met (bijna) fatale afloop</b> .....	<b>107</b>
<b>Bijlage D. Referentiekader nadere toelichting</b> .....	<b>135</b>
<b>Bijlage E. Literatuurlijst</b> .....	<b>155</b>
<b>Bijlage F. Reacties inzage en verwerking</b> .....	<b>159</b>



## BESCHOUWING

In Nederland overlijden ieder jaar enkele tientallen kinderen als gevolg van mishandeling door (één van) hun ouders. Het aantal kinderen waarvan bekend is dat ze overlijden door mishandeling is waarschijnlijk slechts het topje van een ijsberg, omdat tot voor kort niet alle sterfgevallen werden onderzocht en ook bij onderzoek niet altijd vast komt te staan of sprake was van mishandeling.

De Onderzoeksraad acht het overlijden van kinderen door toedoen of nalaten van hun ouders een ernstige maatschappelijke zorg. Jonge kinderen behoren tot de meest kwetsbaren van onze samenleving en kunnen zichzelf niet beschermen. Wanneer ouders hun kinderen niet beschermen en dus hun verantwoordelijkheid niet invullen, zijn kinderen afhankelijk van anderen.

Van oudsher werd de opvoeding en daarmee ook het garanderen van de fysieke veiligheid van kinderen gezien als het exclusieve domein van de ouders. Sinds het begin van de twintigste eeuw groeide het inzicht dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft wanneer de ouders de veiligheid van hun kind niet waarborgen.

In de loop van de 20e eeuw zijn het recht van kinderen op een veilige leefomgeving en de verantwoordelijkheid van de overheid daarvoor verankerd in wetgeving en internationale verdragen en gelden als algemeen geaccepteerde maatschappelijke norm. Met name in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind is in 1989 *expliciet vastgelegd dat de overheid tot taak heeft kinderen veiligheid te bieden wanneer de ouders dat niet of niet toereikend doen*. Nederland heeft dat verdrag geratificeerd in 1995. Volgens deskundigen heeft dat tijdsverloop onder meer te maken met de terughoudendheid in Nederland ten aanzien van overheidsbemoeienis met kinderen in gezinnen.

Als een kind in een fysiek onveilige situatie verkeert en de overheid een melding krijgt, is de veiligheid van het kind niet meer de uitsluitende verantwoordelijkheid van de ouders maar ook die van de overheid. De verantwoordelijkheid die de overheid dan krijgt, wordt ingevuld door uiteenlopende instellingen en professionals; die dan dus handelen 'namens' de overheid.

Kinderen overlijden ook wanneer er al professionals hulp verlenen aan hun gezin. Bij verschillende voorvallen met fatale afloop waren uiteenlopende professionals betrokken. Deze professionals vullen met hun handelen de overheidstaak ter bescherming van het kind in. De Onderzoeksraad acht het uiterst zorgelijk dat kinderen overlijden in deze situaties, vooral wanneer er een melding is geweest en de overheid verantwoordelijkheid draagt.

Om deze reden startte de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar aanleiding van enkele voorvallen met fatale afloop een onderzoek. Daarbij wilde de Onderzoeksraad bezien of inzichten die hij opdeed in andere sectoren nuttig konden zijn voor dit ernstige maatschappelijke probleem.

### **Kindveiligheidsstelsel**

In dit rapport staat de invulling van de verantwoordelijkheid van de overheid voor kindveiligheid centraal. Hierbij zijn verschillende overheidslagen, instellingen en individuele professionals betrokken. Dit functionele samenwerkingsverband is op te vatten als een 'kindveiligheidsstelsel', maar is geen juridische of bestuurlijke entiteit. Er kunnen twee soorten professionals worden onderscheiden: 1. Professionals betrokken bij de gezondheid en ontwikkeling van het gezin, zoals artsen, medewerkers in de kinderopvang en leerkrachten, die informatie hebben over het gezin en signalen en meldingen kunnen afgeven over mogelijke onveiligheid; 2. Professionals die belast zijn met de inventarisatie en evaluatie van risico's voor de fysieke veiligheid van het kind en het uitvoeren van eventuele maatregelen, met name werkzaam bij Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming. Zij zijn namens de overheid verantwoordelijk om met meldingen aan de slag te gaan. Zij hebben daarbij informatie nodig van de professionals uit de eerste categorie.

### **Visie van de Onderzoeksraad op veiligheid**

De Onderzoeksraad paste in deze studie zijn inzichten over veiligheid in organisaties toe op de taak van de overheid met betrekking tot kindveiligheid. Het waarborgen van veiligheid begint volgens de Onderzoeksraad met een goede risico-inventarisatie en evaluatie. Op basis daarvan kan worden vastgesteld welke risico's beheerst dienen te worden en welke maatregelen daarvoor noodzakelijk

zijn. Vervolgens moet een realistische en praktisch toepasbare veiligheidsaanpak worden gekozen en vastgelegd. Uitvoering en handhaving van de veiligheidsaanpak vindt plaats door een transparante, eenduidige en voor iedereen toegankelijke omschrijving van verantwoordelijkheden. Deze omschrijving omvat de vereiste personele inzet en deskundigheid voor de verschillende taken, de organisatie van het interne toezicht en de centrale coördinatie van veiligheidsactiviteiten. De veiligheidsaanpak dient continu aangescherpt te worden. Dit dient te gebeuren door het periodiek uitvoeren van (risico) analyses, observaties, inspecties en audits en een systeem van monitoring en onderzoek van incidenten, bijna-ongevallen en ongevallen. Door zo te werken, worden de kans op menselijk falen en de gevolgen daarvan zoveel mogelijk beperkt. Fouten die toch optreden, bieden aanknopingspunten om de veiligheidsaanpak verder te verbeteren. Nadrukkelijk moet hierbij worden vermeld dat voorvallen met een fatale afloop nooit allemaal te voorkomen zijn, en dat een sterfgeval niet per definitie hoeft te betekenen dat er sprake is van vermijdbaar menselijk falen.

### **Visie van de Onderzoeksraad op veiligheid, toegepast op het kindveiligheidsstelsel**

De visie van de Onderzoeksraad op veiligheid is gebruikt als uitgangspunt bij deze studie. Daarbij heeft de Raad vooral gekeken naar de wijze waarop de overheid de risico-inventarisatie en -evaluatie uitvoert, omgaat met verantwoordelijkheden, deskundigheid en coördinatie en leert van voorvallen. Deze risico-inventarisatie en -evaluatie wordt uitgevoerd door een professional die de situatie van een kind in kaart brengt, zich een oordeel vormt over deze situatie en daar indien nodig, consequenties aan verbindt. Indien de professional namens de overheid de verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het kind wil invullen, moet in ieder geval aan twee voorwaarden zijn voldaan: a. de professional moet over alle relevante informatie kunnen beschikken om een volledige risico-inventarisatie en -evaluatie van de fysieke veiligheid van het jonge kind uit te voeren; b. de professional moet voldoende deskundig zijn om te kunnen beslissen over het inzetten van het gehele overheidsinstrumentarium en bijbehorende bevoegdheden en c. de professional moet de gelegenheid hebben om te leren van voorvallen en incidenten.

Professionals in het kindveiligheidsstelsel hebben om meerdere redenen een complexe taak. Wanneer de overheid haar verantwoordelijkheid voor het kind moet nemen, wordt zij geconfronteerd met de verantwoordelijkheid van de ouders. De overheid kan die in principe - al dan niet tijdelijk - terzijde schuiven. Zij heeft echter op grond van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en van nationale wetgeving ook de taak om daarmee zo terughoudend mogelijk te zijn. Daarnaast is het werk complex omdat direct na een melding sprake is van een overgangsgebied waarin nog niet duidelijk is hoe het precies is gesteld met de onveiligheid terwijl de overheid al wel verantwoordelijk is. Ook blijkt uit verschillende publicaties dat professionals zeer beducht zijn voor het ten onrechte aanmerken van gezinnen als onveilig. Maatregelen gericht op veiligheid kunnen immers ingrijpend zijn (uit huis plaatsen bijvoorbeeld) en schadelijk blijken voor de fysieke en mentale ontwikkeling van het kind en de verhouding met zijn ouders. Wanneer achteraf mocht blijken dat de veiligheidsaanpak ten onrechte is gehanteerd, is er niet alleen geen veiligheidswinst geweest, maar ook nog schade toegebracht. Deze mogelijkheid, dat achteraf blijkt dat maatregelen onterecht waren - een mogelijkheid die in andere sectoren een geringere rol speelt - geeft in de praktijk aanleiding tot terughoudendheid. Een aanpak kan ook op een andere manier inadequaat zijn, namelijk wanneer de veiligheidsmaatregelen niet afdoende blijken.

### **Onderzoeksvraag**

De vraag die in deze studie wordt beantwoord, luidt:

*Hoe geeft de overheid invulling aan haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind wanneer de ouders dat niet doen; welke verbeteringen zijn mogelijk?*

De verantwoordelijkheid voor fysieke veiligheid wordt in de praktijk ingevuld door de partijen in het kindveiligheidsstelsel - de instellingen, de professionals en hun beroepsgroepen. De professional is degene die in de praktijk in gezinnen intervenueert met als doel te zorgen voor de fysieke veiligheid van het kind.

Met 'invulling geven aan verantwoordelijkheid' wordt in deze themastudie bedoeld op de wijze waarop professionals risico's voor de fysieke veiligheid van het jonge kind inventariseren en evalueren en de wijze waarop de overheid en de partijen in het kindveiligheidsstelsel professionals daarbij in staat stellen om hun complexe taak uit te voeren.

Voor het onderzoek zijn 27 voorvallen met fatale en bijna fatale afloop onderzocht en zijn regelgeving en richtlijnen bestudeerd.

### **Ontwikkelingen sinds de voorvallen**

De onderzochte 27 voorvallen vonden plaats in de periode 2004 - 2007. Sindsdien zijn - onder regie van eerst de staatssecretaris voor Volksgezondheid en daarna de minister voor Jeugd en Gezin (tot oktober 2010) - voor diverse van de in dit onderzoek gesignaleerde knelpunten inspanningen tot verbetering van het kindveiligheidsstelsel geleverd. Zo is de aandacht voor de veiligheid van het kind sterk verhoogd en zijn verschillende instrumenten beschikbaar gekomen om onveiligheid te 'meten'. Verder is de aandacht voor informatie-uitwisseling tussen de diverse professionals verhoogd, evenals de aandacht voor de meldingsbereidheid van professionele melders, mede door meer voorlichting over de geheimhoudingsplicht en het meldrecht. Ook zijn er inspanningen geweest om het kennisniveau van de betrokken professionals te verhogen en is het principe van 'beslissingen nemen, doe het nooit alleen' ingevoerd.

Niettemin constateert de Onderzoeksraad dat de in deze studie gesignaleerde knelpunten nog niet of nog onvoldoende worden geadresseerd, hetgeen hieronder wordt toegelicht.

### **Conclusies**

De Onderzoeksraad trekt op basis van zijn studie conclusies over: (1) de verantwoordelijkheid van de overheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind, (2) de daarbij benodigde professionaliteit van individuen en instellingen en (3) de voorfase waarin signalen moeten leiden tot meldingen, die de verantwoordelijkheid van de overheid activeren.

De Onderzoeksraad concludeert op basis van zijn studie allereerst het volgende:

1. *De overheid die bij een melding wordt aangesproken op haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het kind, kan deze verantwoordelijkheid onder de huidige omstandigheden niet waarmaken.*

De volgende twee conclusies vormen de grondslag van deze hoofdconclusie:

- 1A. Professionals die namens de overheid verantwoordelijk zijn voor de fysieke veiligheid van kinderen laten in hun handelwijze de verantwoordelijkheid van de ouders prevaleren. Deze professionals kunnen als gevolg hiervan geen goede risico-inventarisatie en -evaluatie maken van de fysieke veiligheid van het jonge kind.
- 1B. Professionals kunnen de risico-inventarisatie en -evaluatie niet naar behoren uitvoeren, omdat andere bij het gezin betrokken professionals niet verplicht zijn hieraan medewerking te verlenen. Daardoor mist de professional de mogelijkheid om namens de overheid daadwerkelijk de regie te nemen.

Deze twee conclusies kunnen als volgt worden toegelicht.

Ad 1A. Professionals die namens de overheid een risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken en op basis daarvan handelen, blijken uitermate terughoudend met het overnemen van de verantwoordelijkheid van de ouders. De overheid beschikt over instrumenten om de verantwoordelijkheid van de ouders al dan niet tijdelijk terzijde te schuiven (voorlopige ondertoezichtstelling, tijdelijke ontheffing uit het ouderlijk gezag). Deze instrumenten werden bij de door de Onderzoeksraad bestudeerde voorvallen niet of onvoldoende toegepast, behalve nadat (bijna) fataal letsel was toegebracht. Doordat professionals terughoudend zijn in het gebruik van instrumenten die het gezag van de ouders tijdelijk beperken, hebben zij onvoldoende toegang tot informatie die nodig is om een volledige risico-inventarisatie en -evaluatie van het jonge kind te maken.

Ad 1B. Professionals die namens de overheid een risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken van de fysieke veiligheid van het kind, zijn voor informatie over deze kinderen en hun ouders afhankelijk van medewerking van andere professionals, zoals artsen en GGZ-medewerkers. Hierbij moet worden bedacht dat het meestal gaat om multiprobleemgezinnen, waarbij een groot aantal professionals betrokken is voor zowel de ouder als het kind. Deze professionals zijn niet verplicht de informatie over het kind en de gezinsleden te delen; zij zijn alleen verschoond van hun geheimhoudingsplicht. Dit betekent dat zij een eigen afweging mogen maken over het doorbreken van hun geheimhoudingsplicht. Het blijkt regelmatig voor te



komen dat zij informatie, die relevant is voor de fysieke veiligheid van het kind, niet delen. In die gevallen kunnen de professionals van Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming geen volledige risico-inventarisatie en -evaluatie maken. Deze conclusie geldt niet alleen voordat een maatregel van kindbescherming is genomen, maar ook als al een maatregel van kracht is.

Een tweede conclusie betreft de professionaliteit binnen het kindveiligheidsstelsel:

2. *De professionaliteit in het kindveiligheidsstelsel is onvoldoende voor het uitvoeren van de overheidsverantwoordelijkheid voor de risico-inventarisatie en -evaluatie van kinderen van wie de ouders onvoldoende zorgen voor hun fysieke veiligheid.*

Deze conclusie over professionaliteit is gebaseerd op de volgende vijf deelconclusies.

- 2A. Professionals die namens de overheid belast zijn met de risico-inventarisatie en -evaluatie, missen een duidelijk kader om te beslissen of en in hoeverre zij bij meldingen van fysieke onveiligheid van het jonge kind het volledige overheidsinstrumentarium moeten gebruiken. De Nederlandse wetgeving en de brancherichtlijnen bevatten hierover onvoldoende aanwijzingen. Het criterium (fysieke) onveiligheid is geen grondslag voor beschermingsmaatregelen voor kinderen en vormt daarmee geen onderdeel van het formele kader voor de risico-inventarisatie die nodig is voor het nemen van een beschermingsmaatregel. Voor beschermingsmaatregelen hanteert de wetgeving het brede begrip 'mentale en fysieke ontwikkeling'. In de beleidsontwikkeling is de laatste jaren wel veel aandacht geweest voor het onderwerp veiligheid. In de praktijk moeten professionals werken met open normen waarin onduidelijk is wanneer sprake is van fysieke onveiligheid, terwijl zij tegelijkertijd de 'ontwikkeling van het kind' - liefst binnen het gezin - moeten waarborgen.
- 2B. De beschikbaarheid van informatie over eerdere gevallen van (fysieke) onveiligheid in hetzelfde gezin is niet geborgd en professionals beschikken niet over een beleid om de veiligheid voor kinderen uit recidivegezinnen structureel te regelen.
- 2C. Professionals maken te weinig gebruik van forensisch-medische kennis en deze gespecialiseerde kennis is in de praktijk onvoldoende beschikbaar. Hierdoor missen professionals soms een kans om letsel tijdig als indicatie van mogelijke onveiligheid te onderkennen.
- 2D. Intern toezicht op professionals die de risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken, wordt voornamelijk ingevuld door collegiaal overleg. Andere vormen van intern toezicht op de verschillende professionals betrokken bij de risico-inventarisatie zijn nog niet voldoende uitgewerkt.
- 2E. Bij overlijdensgevallen laat de overheid niet standaard een systematisch onderzoek verrichten. Bij vijf van de 27 onderzochte voorvallen vond een openbaar onderzoek plaats, in de overige gevallen niet. De overheid kiest het tuchtrecht als middel om de professionaliteit van de medewerkers in de jeugdzorg te vergroten. De sector wil door middel van tuchtrecht de professionalisering in de jeugdzorg (verder) vorm geven. De Onderzoeksraad merkt op dat het tuchtrecht in de huidige omstandigheden geen geschikt instrument is aangezien de professionaliteit in de sector nog 'in de kinderschoenen' staat. Het tuchtrecht is gericht op individueel disfunctioneren; omringende professionals en instellingen blijven buiten beeld. Verder kent het tuchtrecht een zekere mate van willekeur: de inzet ervan is afhankelijk van of er een klacht ingediend wordt en de aard van de klacht hoeft niet (vak)inhoudelijk te zijn. Een zwaarwegend argument is dat de overheid zelf onvoldoende kaders biedt aan de professional.

Naast deze twee conclusies over de verantwoordelijkheid van de overheid vanaf het moment dat er een melding van het vermoeden van onveiligheid is gedaan en de bijhorende conclusie over professionaliteit, heeft de Onderzoeksraad een conclusie getrokken over de fase voordat een melding van fysieke onveiligheid is binnengekomen.

3. *De fase voorafgaand aan een melding, wanneer signalen van fysieke onveiligheid opgepakt moeten worden om te komen tot een melding, blijkt zich evenals de overige fasen te kenmerken door een terughoudende opstelling van professionals, met name in de gezondheidszorg.*

Deze conclusie kan als volgt worden toegelicht.

Professionals, met name in de gezondheidszorg, die in de voorfase worden geconfronteerd met kinderen met letsel, blijken terughoudend te zijn met het melden van vermoedens van fysieke onveiligheid. Geconfronteerd met letsel en een vermoeden van fysieke onveiligheid zoeken zij bij voorkeur zelf naar een oplossing, zonder te melden. Door het uitblijven van meldingen kunnen

professionals die de risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken, relevante informatie niet combineren.

### **Aanbevelingen**

De overheid is vanuit het Verdrag inzake de Rechten van het Kind verantwoordelijk voor de fysieke veiligheid van kinderen wanneer blijkt dat hun ouders die bedreigen. De overheid dient ervoor te zorgen dat zij deze verantwoordelijkheid waar kan maken.

De overheid is naar het oordeel van de Onderzoeksraad daarom zelf aan zet om de werking van het kindveiligheidsstelsel te verbeteren, uiteraard in nauwe samenwerking met de instellingen en professionals die namens haar handelen. De Onderzoeksraad neemt echter waar dat de overheid voor wat betreft de inhoudelijke problematiek een afwachtende houding aanneemt en zich richt op een stelselwijziging van de jeugdzorg. Verwacht mag worden dat een stelselwijziging een langdurig proces zal zijn terwijl intussen de problematiek blijft voortbestaan en de overheid bij kinderen in fysieke onveiligheid niet doortastend optreedt.

Hoewel mogelijk ook organisatorische aanpassingen nodig zijn, meent de Onderzoeksraad dat ongeacht de wijze waarop het stelsel er organisatorisch uit komt te zien, de overheid moet zorgen dat zij haar verantwoordelijkheid voor kindveiligheid kan waarmaken en instellingen en professionals zo goed mogelijk toerust. Dit is voor bedreigde kinderen letterlijk van levensbelang.

De Onderzoeksraad komt tot de volgende aanbevelingen.

#### **Aanbeveling 1**

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie, in afstemming met het Interprovinciaal Overleg (IPO), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Jeugdzorg Nederland, KNMG, GGD Nederland en GGZ Nederland

*Zorg dat de instelling(en) en professionals, die na een melding van een vermoeden van fysieke onveiligheid namens de overheid dienen op te treden, in staat zijn om een volledige risico-inventarisatie en -evaluatie van de situatie te maken en om de regie te voeren bij te nemen maatregelen. Hiervoor is het noodzakelijk dat professionals:*

*(1A) zich bij de uitvoering van deze taak niet afhankelijk opstellen van de medewerking van de ouders;*

*(1B) kunnen beschikken over alle relevante informatie van de andere professionals betrokken bij het gezin.*

Toelichting:

De instrumenten die professionals hebben om de verantwoordelijkheid van de ouders al dan niet tijdelijk terzijde te schuiven (voorlopige ondertoezichtstelling, tijdelijke ontheffing uit het ouderlijk gezag) moeten, indien dat nodig is om een goede risico-inventarisatie en -evaluatie te maken, worden benut. Overheidsinstellingen die meldingen moeten onderzoeken en beschermingsmaatregelen uitvoeren zijn gebaat bij een uitbreiding van effectieve regiemogelijkheden. Dit heeft als doel informatie-uitwisseling tussen instellingen en professionals te verbeteren.

De Onderzoeksraad acht het wenselijk dat de verantwoordelijke ministers hierover in debat gaan met de betrokken bestuursorganen, instellingen en meest betrokken beroepsgroepen in de (geestelijke) gezondheidszorg.

#### **Aanbeveling 2A**

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie, Interprovinciaal Overleg (IPO) en Jeugdzorg Nederland

*Zorg voor een verdere professionalisering van het kindveiligheidsstelsel zodat het toegerust is om een goede risico-inventarisatie en -evaluatie te maken en waar nodig op te treden om de fysieke veiligheid van het kind te waarborgen.*

Toelichting:

Indien de overheid daadwerkelijk de regie wil nemen bij de risico-inventarisatie en -evaluatie zoals in de eerste aanbeveling geschetst, dient de professional in het kindveiligheidsstelsel beter toegerust

te worden. In dit rapport wordt een aantal elementen hiervan genoemd: fysieke veiligheid dient meer geoperationaliseerd te worden; een beleid ten aanzien van (informatie over) recidive is nodig; forensisch-medische kennis moet vaker worden toegepast en beschikbaar zijn en intern toezicht bij de risico-inventarisatie dient te worden verbeterd.

### **Aanbeveling 2B**

Aan het Interprovinciaal Overleg (IPO), Jeugdzorg Nederland, de minister van Veiligheid en Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Zorg voor het leren van voorvallen en incidenten. Gebruik het leren om scherper duidelijk te maken in welke gevallen er sprake is van een bedreiging van de fysieke onveiligheid van een kind en welke onderzoeksactiviteiten en veiligheidsmaatregelen daarbij passend zijn.*

Toelichting:

De Onderzoeksraad meent dat het kindveiligheidsstelsel gebaat is bij meer en stelselmatig leren van voorvallen en incidenten. Professionals moeten kunnen delen wat *good practices* zijn en kunnen op die manier ook gezamenlijk bepalen wanneer sprake is van een veilige of onveilige situatie en een adequate of niet adequate maatregel. Dit helpt om te komen tot een gezamenlijk referentiekader/normenkader voor fysieke veiligheid.

De Onderzoeksraad ziet tuchtrecht, dat in de jeugdzorg zal worden ingevoerd, in de huidige omstandigheden niet als een geschikt middel om de professionaliteit te verhogen. De Onderzoeksraad vindt dat professionals in de jeugdzorg kwetsbaar zijn door een gebrek aan duidelijke regels en richtlijnen. Supervisie en intern toezicht dienen een belangrijker plaats te krijgen bij het verhogen van de professionaliteit binnen de jeugdzorg.

### **Aanbeveling 3**

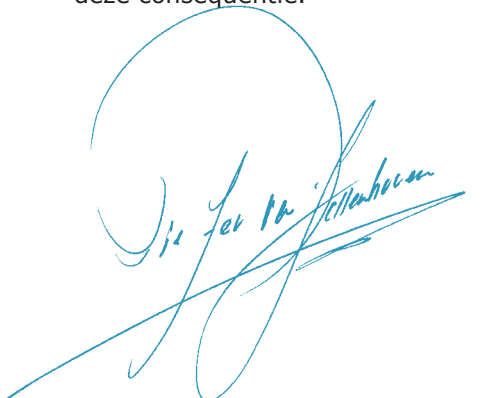
Aan het Interprovinciaal Overleg (IPO), Jeugdzorg Nederland, de minister van Veiligheid en Justitie, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in afstemming met de Vereniging Nederlandse gemeenten, Jeugdzorg Nederland, KNMG, GGD Nederland en GGZ Nederland

*Bevorder de toestroom van meldingen van (vermoedens van) fysieke onveiligheid van het jonge kind en scherp het kader voor deze meldingen aan.*

Toelichting:

Overheidsinstellingen die meldingen van vermoedens van fysieke onveiligheid ontvangen, met name het Bureau Jeugdzorg/Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming, moeten professionele melders een duidelijker referentiekader/normenkader bieden voor het melden van fysieke onveiligheid. Daarbij dient met de beroepsgroepen in de (geestelijke) gezondheidszorg een discussie plaats te vinden met als doel een beleid te formuleren over de gevallen van fysieke onveiligheid waarbij het uitstellen van een melding onwenselijk is.

De consequentie kan zijn dat het aantal meldingen van fysieke onveiligheid hierdoor toeneemt. Indien de overheid haar verantwoordelijkheid voor bedreigde kinderen serieus neemt, accepteert zij deze consequentie.



Prof. mr. Pieter van Vollenhoven  
Voorzitter van de Onderzoeksraad



mr. M. Visser  
Algemeen secretaris

## LIJST VAN AFKORTINGEN EN DEFINITIES

### Afkortingen

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BW	Burgerlijk Wetboek
EVRM	Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
IST	Inspectie voor de Sanctietoepassing
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JSO	Expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MOgroep	Maatschappelijke Ondernemers groep, per 1-1-2011 Jeugdzorg Nederland
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NODO	Nader Onderzoek naar de Doodsoorzaak
Ots	Ondertoezichtstelling
RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Sr	Strafrecht
Vots	Voorlopige ondertoezichtstelling
VRK	Verdrag voor de Rechten van het Kind
Wjz	Wet op de jeugdzorg
Wpg	Wet publieke gezondheid

### Definities

*Beschermingsonderzoek:* Het onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming gericht op de vraag of een maatregel van kinderscherming nodig is.

*Case manager:* De natuurlijke persoon die, namens een stichting die een Bureau Jeugdzorg in stand houdt, de volgende taken uitvoert:

- Bijstaan van een cliënt bij het tot gelding brengen van zijn aanspraak op jeugdzorg;
- Bevorderen van de totstandkoming van een samenhangend hulpverleningsplan dat is afgeleid van het indicatiebesluit;
- Volgen van de verleende jeugdzorg, het bijstaan van de cliënt bij vragen betreffende de inhoud van deze zorg evenals de evaluatie van deze zorg;
- Adviseren van de cliënt betreffende de zorg die na beëindiging van de jeugdzorg nodig is en het bijstaan van de cliënt bij het verkrijgen van deze zorg.<sup>1</sup>

*Consultatiebureau:* Oude benaming voor jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen. In dit rapport wordt deze benaming gebruikt vanwege de gangbaarheid ervan.

*Fatale kindermishandeling:* Het overlijden van een minderjarige, waarbij de letsels of afwijkingen die door kindermishandeling zijn ontstaan hetzij de directe aanleiding vormen voor het overlijden of weliswaar niet de directe aanleiding vormen voor, maar wel bijdragen aan het overlijden.<sup>2</sup>

---

1 Wjz, art. 10.1f-i.

2 Verheugt, 2007.

*Gezinsvoogd:* Professional die uitvoering geeft aan wettelijke taak jeugdbescherming die aan Bureau Jeugdzorg (de gezinsvoogdij-instelling) is toegewezen. Soms wordt hij aangeduid als 'gezinsvoogdijwerker'. Omwille van leesbaarheid is in dit rapport de term 'gezinsvoogd' gehanteerd.

*Huiselijk geweld:* Geweld dat door iemand uit de huiselijke of familiekring van het slachtoffer wordt gepleegd. Hieronder vallen lichamelijke en seksuele geweldpleging, belaging en bedreiging (al dan niet door middel van, of gepaard gaand met, beschadiging van goederen in en om het huis).

*Interventie in het gezin:* Alle vormen van professionele bemoeienis met het gezin. In de hulpverlening wordt het begrip interventie meestal toegepast voor specifieke therapeutische behandelingen.

*Jeugdgezondheidszorg:* Preventieve gezondheidszorg, van overheidswege aangeboden aan alle kinderen van nul tot negentien jaar in Nederland. Het doel van de jeugdgezondheidszorg is het volgen van de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen en het signaleren van stoornissen daarin, gericht op het tijdig aanbieden van interventies.<sup>3</sup> Onderdeel van de jeugdgezondheidszorg is de zorg voor 0- tot 4-jarigen: het consultatiebureau dat formeel niet meer die benaming heeft, maar nog wel zo bekend staat.

*Jeugdzorg:* Ondersteuning van, en hulp aan jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden, bij opgroei- of opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen.<sup>4</sup>

*Kernbeslissing:* De belangrijkste beslismomenten voor professionals van Bureau Jeugdzorg ten aanzien van het kind, die bepalend zijn voor het verdere verloop van het primaire proces.

*Kind:* Een mens jonger dan achttien jaar.<sup>5</sup>

*Kindermishandeling:* Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.<sup>6</sup>

*Kindveiligheid:* In de context van dit onderzoek wordt bedoeld een tussen betrokken partijen afgesproken niveau van bescherming tegen geweld gepleegd door ouders. Waar in het rapport over ouders wordt gesproken, zijn ook de verzorgers bedoeld. De 'smalle opvatting' van veiligheid luidt: een kind is veilig als het niet in levensgevaar verkeert en zijn/haar lichamelijke integriteit gewaarborgd is (fysieke veiligheid).

*Kindveiligheidsstelsel:* In de context van dit onderzoek wordt bedoeld het stelsel van partijen die gezamenlijk uitvoering geven aan het overheidsbeleid dat is gericht op 1. het signaleren, 2. het onderzoeken en 3. het beheersen of wegnemen van bedreigingen van de kindveiligheid. Signaleren (1) is een taak die zeer breed in de samenleving is neergelegd. De afdeling Jeugdbescherming en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling van het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming zijn specifiek ingericht voor de taken genoemd onder (2) en (3) en worden aangeduid als primaire partijen of kerninstanties in het kindveiligheidsstelsel. Daarnaast heeft de politie als één van haar taken de veiligheid van het kind en het vervolgen van strafbare feiten en wordt in dit rapport aangeduid als de partner van het kindveiligheidsstelsel. Voor de overige in dit rapport genoemde instanties is het beheersen van de veiligheid van het kind niet hun taak, wel het signaleren van onveiligheid en het verlenen van medewerking aan de partijen in het kindveiligheidsstelsel. De overheid draagt vanuit het Verdrag voor de Rechten van het Kind verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind wanneer de ouders hun verantwoordelijkheid niet waarmaken, en systeemverantwoordelijkheid voor de werking van het kindveiligheidsstelsel.

---

3 Zie [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o2391n20930.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html).

4 WJz, art. 1c.

5 VRK, art. 1 (door Nederland geratificeerd op 06/02/95).

6 WJz, art. 1p.

*Multiprobleemgezin:* Een gezin (minimaal 1 ouder en 1 kind) dat kampt met een chronisch complex van sociaal-economische en psychosociale problemen.

*Perspectief biedend pleeggezin:* Een gezin waarin een uit huis geplaatst kind voor onbepaalde tijd wordt opgevangen.

*Professional:* In de context van dit onderzoek wordt bedoeld op de individuele beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn binnen het kindveiligheidsstelsel. Het betreft bij de kerninstanties Bureau Jeugdzorg/ Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor de Kinderbescherming (niet uitputtend): maatschappelijk werkers, vertrouwensartsen, gedragsdeskundigen, gezinsvoogden, teamleiders. Het betreft daarnaast ook alle beroepskrachten die signaleren en melden (zie *professionele melders*).

*Professionele melders:* In de context van dit onderzoek wordt bedoeld personen die door uitoefening van hun beroep een relatie met het kind hebben en dus signalen van fysieke onveiligheid bij het kind kunnen zien. Het betreft beroepsbeoefenaren uit de maatschappelijke en (para)medische omgeving van het kind, zoals (niet uitputtend) huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg, leerkrachten, politieagenten, medewerkers in de kinderopvang, hulpverleners uit geestelijke gezondheidszorg, reclasseringsmedewerkers.

*Risico-inventarisatie en -evaluatie:* eerste onderdeel van veiligheidsmanagement, waarin risico's in kaart worden gebracht en besloten wordt welke risico's beheerst moeten worden.

*Risicofactoren:* Gezinsfactoren die een veiligheidsrisico voor het kind met zich meebrengen, zoals: ontwikkelingsgeschiedenis van de ouders, persoonlijkheid van de ouder of kenmerken van de ouder, pedagogisch besef, gezinskenmerken, kenmerken van het kind en leefomstandigheden.

*Secundaire preventie:* Heeft tot doel om de afwijking of het probleem te verhelpen of om verergering te voorkómen. Primaire preventie is gericht op het voorkómen van een afwijking of probleem door bijvoorbeeld voorlichting of ondersteuning te geven vóór een probleem ontstaan is.

*Shaken Baby Syndroom:* Het Shaken Baby Syndroom' (SBS) is een term die wordt gebruikt om de gevolgen van het door elkaar schudden van een baby/jong kind te beschrijven. SBS komt het meest voor bij kinderen onder 1 jaar. Het door elkaar schudden van baby's kan ernstige schade toebrengen aan de hersenen van een baby/jong kind. De schade die door het schudden wordt veroorzaakt, is blijvend en kan variëren van milde klachten tot, in het ergste geval, de dood. Bij dit soort trauma gaat het vaak niet alleen om schudden. De term 'Shaken Baby Syndroom' is om die reden een verouderde term. De internationaal geaccepteerde term is 'Abusive Head Trauma'.<sup>7</sup>

*Veiligheidsmanagement:* Het systematisch en structureel identificeren en analyseren van risico's en het evalueren en beheersen daarvan.

*Vroegsignalering:* Tijdig signaleren en onderkennen van (psychosociale) problemen die de ontwikkeling van het kind kunnen bedreigen, om zo in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen.

*Zorgaanbieder:* De natuurlijke persoon of de rechtspersoon die jeugdzorg verleent, waarop ingevolge de Wet op de jeugdzorg aanspraak bestaat.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Christian, Block and the Committee for Child Abuse and Neglect, 2009.

<sup>8</sup> WJz, art. 1g.



## 1. INLEIDING

Jaarlijks overlijden in Nederland enkele tientallen kinderen als gevolg van mishandeling door (één van) hun ouders.<sup>9</sup> De Onderzoeksraad acht het overlijden van kinderen door toedoen of nalaten van hun ouders een ernstige maatschappelijke zorg. Jonge kinderen behoren tot de meest kwetsbaren van onze samenleving en kunnen zichzelf niet beschermen. Wanneer de ouders hun kinderen niet beschermen en dus hun verantwoordelijkheid niet invullen, zijn kinderen afhankelijk van andere volwassenen.

Van oudsher werd de opvoeding en daarmee ook het garanderen van de fysieke veiligheid van kinderen gezien als het exclusieve domein van de ouders. Sinds het begin van de twintigste eeuw groeide het inzicht dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft wanneer de ouders de veiligheid van hun kind niet waarborgen.

In de loop van de 20e eeuw zijn het recht van kinderen op een veilige leefomgeving en de verantwoordelijkheid van de overheid daarvoor verankerd in wetgeving en internationale verdragen en gelden als algemeen geaccepteerde maatschappelijke norm. Met name in het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind is in 1989 expliciet vastgelegd dat de overheid tot taak heeft kinderen veiligheid te bieden wanneer de ouders dat niet of niet toereikend doen. Nederland heeft dat verdrag geratificeerd in 1995. Volgens deskundigen heeft dat tijdsverloop onder meer te maken met de terughoudendheid in Nederland ten aanzien van overheidsbemoeienis met gezinnen.

Als een kind in een fysiek onveilige situatie verkeert en de overheid een melding krijgt, is de veiligheid van het kind niet meer de uitsluitende verantwoordelijkheid van de ouders maar ook die van de overheid. De verantwoordelijkheid die de overheid dan krijgt wordt ingevuld door uiteenlopende instellingen en professionals; die dan dus handelen 'namens' de overheid. Hierbij zijn niet alleen overheidsinstellingen betrokken maar ook private instellingen of professionals.

Kinderen overlijden ook wanneer er al professionals hulp verlenen aan het gezin. Bij verschillende voorvallen met fatale afloop waren uiteenlopende professionals betrokken. Deze professionals vullen met hun handelen de overheidstaak ter bescherming van het kind in. De Onderzoeksraad acht het uiterst zorgelijk dat kinderen overlijden in deze situaties, vooral wanneer er een melding is geweest en de overheid verantwoordelijkheid draagt voor het kind.

### 1.1 AANLEIDING ONDERZOEK

Aanleiding voor dit onderzoek waren verschillende voorvallen waarbij kinderen zijn overleden terwijl er al professionals bij het gezin betrokken waren. De Onderzoeksraad voor Veiligheid startte naar aanleiding van enkele fatale voorvallen een onderzoek<sup>10</sup> om te bezien of inzichten die hij opdeed in andere sectoren nuttig konden zijn voor dit ernstige maatschappelijke probleem. De Onderzoeksraad paste in deze studie zijn inzichten over veiligheid in organisaties toe op de taak van de overheid met betrekking tot kindveiligheid.

Verder acht de Onderzoeksraad de problematiek van kindveiligheid een ernstige maatschappelijke zorg, vooral omdat er kinderen overleden die al gemeld waren bij 'de overheid' in casu een professional, en deze er ook dan niet altijd in slaagde het kind te beschermen. Omdat de overheid een verantwoordelijkheid heeft voor de veiligheid van het kind wanneer ouders die niet waarmaken, meent de Onderzoeksraad dat het nodig is te onderzoeken hoe de overheid deze verantwoordelijkheid invult.

Het onderwerp kindermishandeling kende sinds enige tijd een aanmerkelijke politiek-bestuurlijke interesse. De staatssecretaris voor Volksgezondheid in de periode 2002-2007 en de minister voor

9 Hoofdstuk 2 geeft meer informatie over de omvang van de problematiek. Waar in het rapport over 'ouders' wordt gesproken, zijn ook de verzorgers bedoeld.

10 Kort na aanvang van het onderzoek zijn Kamervragen gesteld over of dit onderzoek binnen de taakopvatting past. Desgevraagd onderschreven de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, alsook de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, dat dit onderzoek binnen de taakopdracht van de Onderzoeksraad voor Veiligheid valt (zie beantwoording Kamervragen 01/02/2007, KVR27212).



Jeugd en Gezin van 2007 tot oktober 2010 hebben kindermishandeling als een belangrijk onderwerp geagendeerd.<sup>11</sup> Het onderwerp kreeg sindsdien hernieuwde aandacht binnen het openbaar bestuur. De bedreiging van de veiligheid van kinderen door hun eigen ouders is veelvuldig onderwerp van studie, onder meer door de Inspectie Jeugdzorg. Het regeerakkoord van oktober 2010 noemt het onderwerp kindermishandeling kort en formuleert het voornemen het stelsel van jeugdzorg te wijzigen.

Het onderzoek van de Onderzoeksraad is gebaseerd op 27 voorvallen met een fatale of bijna fatale afloop. Het gaat om voorvallen uit de periode 2004 tot en met 2007. Een onderzoek vanuit veiligheidsperspectief naar kinderen die in hun thuissituatie fysiek worden bedreigd, en naar de werking van de aanpak van fysieke kindveiligheid, gericht op verschillende beroepsgroepen en over de grenzen van sectoren heen, is niet eerder uitgevoerd. Ook is in Nederland niet eerder een reeks van voorvallen met fatale afloop onderzocht.

## 1.2 PROBLEEMSTELLING

De Raad beschouwt in deze themastudie de verantwoordelijkheden van verschillende partijen die betrokken zijn bij de kindveiligheid: de ouders en verzorgers, de overheid, de uitvoerende instellingen, de beroepsgroepen en de professionals. Het doel van deze studie is het bijdragen aan verbetering van de werking van het kindveiligheidsstelsel<sup>12</sup> zodat voorvallen met een fatale of bijna fatale afloop kunnen worden voorkomen. Hieronder wordt toegelicht op welke wijze de probleemstelling tot stand is gekomen.

### 1.2.1 *Professional in kindveiligheidsstelsel geeft invulling aan verantwoordelijkheid overheid*

Professionals zijn degenen die in de praktijk invulling geven aan de verantwoordelijkheid van de overheid voor de veiligheid van het kind. In Nederland is de zorg voor de veiligheid en ontwikkeling van kinderen in eerste instantie een private aangelegenheid, in handen van de ouders in de context van het gezin. De overheid grijpt actief in wanneer ouders de veiligheid van de aan hun zorg toevertrouwde kinderen niet waarborgen. In het verlengde daarvan heeft de overheid ook een verantwoordelijkheid voor het verkrijgen van informatie over mogelijke onveiligheid. Deze publieke taak wordt uitgevoerd binnen het kindveiligheidsstelsel, dat uitvoering geeft aan de verantwoordelijkheid van de overheid. De rijksoverheid voorziet het stelsel van kaders in wetgeving en beleid, en stelt voor de uitvoering van beleid financiële middelen ter beschikking. De uitvoering van taken binnen het kindveiligheidsstelsel wordt verricht door een netwerk van instellingen en de daaraan verbonden professionals. In hoofdstuk vier wordt een overzicht gegeven van de inrichting en werking van het kindveiligheidsstelsel. Betrokken partijen noemen de betreffende taak ook wel 'secundaire preventie van kindermishandeling'. 'Primaire preventie' omvat het beleid dat kindermishandeling voorkomt.

Of en wanneer het stelsel in werking treedt, wordt bepaald door signalen uit de omgeving van het kind en het gezin. Deze signalen kunnen afkomstig zijn van familie en burens, maar ook van professionele melders zoals de jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau of de huisarts. Naar aanleiding van signalen bepalen partijen in het kindveiligheidsstelsel of zij een rol moeten vervullen bij de zorg voor de veiligheid van het kind. Ten aanzien van verantwoordelijkheden van ouders en overheid kunnen drie stadia worden onderscheiden:

1. Het autonome gezin met volledig verantwoordelijke ouders, zonder vermoeden dat ouders die verantwoordelijkheid niet naar behoren vervullen. De verantwoordelijkheid van de overheid bestaat eruit dat zij er zorg voor draagt dat zij informatie krijgt, die aanleiding kan vormen om tot een ander stadium over te gaan.
2. Het autonome gezin met volledig verantwoordelijke ouders, met vermoedens van onveiligheid. De verantwoordelijkheid van de overheid voor de veiligheid van het kind is daarmee aangesproken en krijgt een actieve, eerst onderzoekende en vervolgens - indien nodig - ingrijpende vorm. De overheid moet gaan onderzoeken of hulp of maatregelen nodig zijn en - indien nodig - haar verantwoordelijkheid voor het kind invullen middels een kindbeschermingsmaatregel (ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing).

---

11 Programmaministerie Jeugd en Gezin, Actieplan Kinderen Veilig Thuis, 2007.

12 Kindveiligheidsstelsel: In de context van dit onderzoek wordt bedoeld het stelsel van partijen dat gezamenlijk uitvoering geeft aan het overheidsbeleid dat is gericht tegen bedreigingen van de kindveiligheid. De rijksoverheid draagt als wetgever systeemverantwoordelijkheid voor de werking van het kindveiligheidsstelsel.

3. De toestand waarin de overheid de verantwoordelijkheid voor het kind geheel overneemt: ontheffing of ontzetting uit ouderlijk gezag.

### *1.2.2 Visie op veiligheid*

De Onderzoeksraad deed op verschillende terreinen ervaring op met het onderzoek naar organisaties en hoe die omgaan met veiligheid. Volgens de Onderzoeksraad begint het waarborgen van veiligheid met een goede risico-inventarisatie en -evaluatie. Op basis van deze inventarisatie kan worden vastgesteld welke risico's beheerst dienen te worden en welke maatregelen daarvoor noodzakelijk zijn. Vervolgens moet een realistische en praktisch toepasbare veiligheidsaanpak worden gekozen en vastgelegd. Uitvoering en handhaving van de veiligheidsaanpak vindt plaats door een transparante, eenduidige en voor iedereen toegankelijke omschrijving van verantwoordelijkheden. Deze omschrijving omvat de vereiste personele inzet en deskundigheid voor de verschillende taken, de organisatie van het interne toezicht en de centrale coördinatie van veiligheidsactiviteiten. De veiligheidsaanpak dient continu aangescherpt te worden op basis van het periodiek uitvoeren van (risico)analyses, observaties, inspecties en audits en een systeem van monitoring en onderzoek van incidenten, bijna-ongevallen en ongevallen. Door zo te werken wordt de kans op menselijk falen zoveel mogelijk beperkt. Fouten die toch optreden, bieden aanknopingspunten om verder te verbeteren. Nadrukkelijk moet hierbij worden vermeld dat voorvallen met een fatale afloop nooit allemaal te voorkomen zijn en dat een sterfgeval niet per definitie betekent dat er sprake is van vermijdbaar menselijk falen. Er is echter sprake van een toenemende intolerantie ten opzichte van fouten<sup>13</sup> mede omdat de kennis over ongevalsmechanismen toeneemt. Deze kennis vraagt om een voortdurend streven naar het reduceren van de kans op menselijk falen.

De geschetste uitgangspunten voor de veiligheidsaanpak zijn toegepast op de taak van de overheid voor kindveiligheid. In de praktijk wordt de veiligheidsaanpak uitgevoerd door een professional, die daarbij ondersteund moet worden door het kindveiligheidsstelsel. Om de verantwoordelijkheid van de overheid voor de fysieke veiligheid van het kind in te kunnen vullen, moet het stelsel zorgen dat in ieder geval aan drie voorwaarden is voldaan: a. de professional moet over alle relevante informatie kunnen beschikken om een volledige risico-inventarisatie en -evaluatie van de fysieke veiligheid van het jonge kind uit te voeren; b. de professional moet voldoende deskundig zijn om te kunnen beslissen over het inzetten van het overheidsinstrumentarium en bijbehorende bevoegdheden en c. de professional moet de gelegenheid hebben om te leren van voorvallen en incidenten. Deze studie brengt in kaart in hoeverre het kindveiligheidsstelsel volgens deze uitgangspunten functioneert. De uitgangspunten voor veiligheidsmanagement die de Onderzoeksraad in al zijn onderzoeken hanteert, worden verder toegelicht in hoofdstuk 3.

Professionals in het kindveiligheidsstelsel hebben om meerdere redenen een complexe taak. Een aanpak kan ook op een andere manier inadequaat zijn, namelijk wanneer de veiligheidsmaatregelen niet afdoende blijken. De Onderzoeksraad merkt hierbij op dat de beoordeling van actuele onveiligheid gemakkelijk 'vervuild' kan raken door de kwaliteit van de beschikbare maatregelen en oplossingen. Indien er geen mogelijkheden zijn om het kind in een veilige situatie te brengen, zal dit invloed hebben op het oordeel van de professional.

### *1.2.3 Complexiteit van werken in het kindveiligheidsstelsel*

De professionele beroepsbeoefenaren in het kindveiligheidsstelsel - in deze studie aangeduid als professionals - werken in een complexe omgeving. Op grond van een literatuurstudie onderscheidt de Onderzoeksraad de volgende acht factoren die het werk van professionals in het kindveiligheidsstelsel complex maken.<sup>14</sup>

#### *1. Onzekerheid over aanpak en casus*

Aan elke beslissing van een professional in het kindveiligheidsstelsel ligt een afweging ten grondslag over risico's gekoppeld aan wel of niet interveniëren. Direct na een melding is sprake van een overgangsgebied waarin nog niet duidelijk is hoe het precies is gesteld met de onveiligheid terwijl de overheid al wel verantwoordelijk is. Omdat inzicht in de mate van dreiging veelal beperkt is, en het effect van de beschikbare maatregelen van veel factoren afhankelijk is, kenmerken dergelijke beslissingen zich door een hoge mate van onzekerheid.

---

<sup>13</sup> WRR, 2007.

<sup>14</sup> Munro, 1996; Munro, 2007; Baartman, 2006; Raad voor de volksgezondheid en zorg, Centrum voor ethiek en gezondheid, 2008.

Uit verschillende publicaties blijkt dat professionals zeer beducht zijn voor het ten onrechte aanmerken van gezinnen als onveilig. Maatregelen gericht op veiligheid kunnen immers ingrijpend zijn (bijvoorbeeld uithuisplaatsing) en schadelijk blijken voor de fysieke en mentale ontwikkeling van het kind en de verhouding met zijn ouders. Wanneer achteraf mocht blijken dat de veiligheidsaanpak ten onrechte is gehanteerd, is er niet alleen geen veiligheidswinst geweest, maar ook nog schade toegebracht. Deze mogelijkheid, dat achteraf blijkt dat maatregelen onterecht waren - een mogelijkheid die in andere sectoren een geringere rol speelt - geeft in de praktijk aanleiding tot terughoudendheid. Daar komt bij dat professionals weinig handelingsopties hebben wanneer het kind in gevaar is. Professionals kunnen er dan slechts naar streven om een beslissing te nemen die volgens de beschikbare algemene kennis en de informatie met betrekking tot een specifiek geval op dat moment het beste lijkt. Dit zal niet altijd de juiste blijken te zijn.

2. *Moelijk verenigbare maatschappelijke waarden*

Wanneer de overheid haar verantwoordelijkheid voor het kind moet nemen, wordt zij geconfronteerd met de verantwoordelijkheid van de ouders. De overheid kan die in principe - al dan niet tijdelijk - terzijde schuiven. Zij heeft echter op grond van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en van nationale wetgeving ook de taak om daarmee zo terughoudend mogelijk te zijn. Daarnaast is er een beweging in de richting van 'bemoeizorg', maar wordt ook waarde gehecht aan zelfbeschikking en bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Ten slotte is, als gevolg van enkele tragische en veelbesproken voorvallen, de tolerantie in de maatschappij voor fouten van hulpverleners afgenomen. Door het 'Savanna-effect'<sup>15</sup> zouden professionals geneigd zijn om minder risico met kinderen te nemen, uit angst dat ze worden vervolgd als het misgaat.<sup>16</sup> Hierdoor neemt de druk op hen toe.

3. *Complexe professionele omgeving*

Professionals in het kindveiligheidsstelsel werken in een stelsel met een grote en gevarieerde groep hulpverleners en een complexe organisatiestructuur. Beide factoren kunnen de effectiviteit van het optreden van de individuele professional belemmeren.

4. *Meervoudige en complexe problematiek*

Onveiligheid in gezinnen is veelal onderdeel van een breder scala aan met elkaar samenhangende problemen waarmee een kind of gezin kampen. Dit maakt het soms moeilijk om fysieke onveiligheid vast te stellen, de ernst van de fysieke onveiligheid of het kans op herhaling in te schatten. Ook is het dikwijls moeilijk om de meest effectieve interventie te bepalen. Dit alles vergt veel flexibiliteit in oordeelsvorming. Meervoudigheid van problematiek leidt bovendien tot de betrokkenheid van verschillende typen hulpverleners, hetgeen extra eisen stelt aan de onderlinge communicatie en afstemming.

5. *Meerduidige signalen*

Onveiligheid kan zelden worden vastgesteld of verworpen op basis van een enkel signaal. Ernstig fysiek letsel dat aanleiding geeft tot sterke vermoedens van mishandeling kan zijn oorsprong vinden in een ongeval of ziekte. Professionals moeten zich een beeld vormen van de fysieke veiligheidssituatie van het kind op basis van informatie over allerlei variabelen. Van geval tot geval kan verschillen welke aspecten daarbij bepalend zijn, omdat er soms geen harde feiten zijn maar alleen risicofactoren. Echter, ook op basis van beperkte informatie moeten professionals beslissingen nemen en handelen.

6. *Mogelijke onbetrouwbaarheid verklaringen*

Onveiligheid in gezinnen is een gevoelig onderwerp en afgelegde verklaringen blijken soms onbetrouwbaar. Buren of ex-echtgenoten kunnen uit boosheid onjuiste beweringen doen in het kader van een buren- of echtelijke ruzie. Ouders die hun kind mishandelen, zijn bovendien geneigd om beschuldigingen te ontkennen. Kinderen vinden het moeilijk om mishandeling door (één van) hun ouders openhartig met buitenstaanders te delen en zijn geneigd om de verklaring van hun ouders te ondersteunen. De mogelijke onbetrouwbaarheid van sommige verklaringen maakt het moeilijk om fysieke onveiligheid vast te stellen.

---

15 Volkskrant, 4 september 2007.

16 Raad voor de volksgezondheid en zorg, Centrum voor ethiek en gezondheid, 2008.

## 7. Tijdsdruk

Zeker bij jonge kwetsbare kinderen is snelheid van beslissen en handelen in sommige situaties cruciaal voor de fysieke veiligheid van het kind. In deze gevallen zal een beslissing vaak gebaseerd zijn op beperkte informatie over het gezin.

## 8. Emotionele belasting

Het werk van professionals in het kindveiligheidsstelsel is emotioneel veeleisend. Ouders waarvan vermoed wordt dat zij de fysieke veiligheid van hun kinderen bedreigen, zijn moeilijk benaderbaar, evenals hun kinderen. Het is de taak van de professional om een vertrouwensrelatie met hen op te bouwen. Daarnaast vormt de emotionele impact een arbeidsrisico voor de betrokkene. Het kan leiden tot slecht functioneren en de eigen gezondheid negatief beïnvloeden, met als gevolg uitval en verloop van personeel.

### 1.2.4 Onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt:

*Hoe geeft de overheid invulling aan haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind wanneer de ouders dat niet doen; welke verbeteringen zijn mogelijk?*

De verantwoordelijkheid voor fysieke veiligheid wordt in de praktijk ingevuld door de partijen in het kindveiligheidsstelsel - de instellingen, de professionals en hun beroepsgroepen. De professional is degene die in de praktijk in gezinnen intervenueert met als doel te zorgen voor de fysieke veiligheid van het kind.

Met 'invulling geven aan verantwoordelijkheid' wordt in deze themastudie bedoeld op de wijze waarop professionals risico's voor de fysieke veiligheid van het jonge kind inventariseren en evalueren en de wijze waarop de overheid en de partijen in het kindveiligheidsstelsel professionals daarbij in staat stellen om hun complexe taak uit te voeren.

Uit deze vraag volgen vier deelvragen:

1. Wat zijn de wetten, kaders en richtlijnen in het kindveiligheidsstelsel? (zie hoofdstuk 3)
2. Hoe is het kindveiligheidsstelsel ingericht? (zie hoofdstuk 4)
  - Wie zijn de betrokken partijen?
  - Wat is hun rol in het stelsel?
3. Welke problemen deden zich bij de voorvallen voor, bij de aanpak van (vermeende) bedreigingen van de (fysieke) kindveiligheid? (zie hoofdstuk 2 en 5)
  - Welke instellingen en beroepsgroepen waren betrokken?
  - Over welke informatie over de fysieke veiligheidssituatie van het kind beschikten de betrokken beroepsbeoefenaren?
  - Hoe hebben zij op grond van die informatie geoordeeld en gehandeld?
  - In hoeverre worden de problemen in de voorvallen geadresseerd in het huidige kader van wet- en regelgeving en richtlijnen waarbinnen professionals in het kindveiligheidsstelsel moeten werken?
4. Welke mogelijkheden zijn er voor verbetering? (zie hoofdstuk 5 en 6)
  - Welke problemen worden in recente beleidsplannen geadresseerd?
  - Waar liggen volgens de Onderzoeksraad aanvullende mogelijkheden tot verbetering van (de werking van) het kindveiligheidsstelsel?

## 1.3 ONDERZOEKSAANPAK

Voor dit onderzoek zijn in de periode 2004 tot en met 2007 in totaal 27 voorvallen van kindermishandeling met (bijna) fatale afloop bestudeerd. Deze zijn primair geselecteerd op basis van de mate waarin zij maatschappelijke verontrusting teweeg hebben gebracht. Daarnaast is ernaar gestreefd een zekere mate van spreiding te bereiken in het type voorval dat is bestudeerd. De selectie van voorvallen wordt nader toegelicht in bijlage B (Omvang en karakterisering kindermishandeling en voorvallen).

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van dossiers van het Nederlands Forensisch Instituut, aangevuld met dossiers van Forum Educatief,<sup>17</sup> met gegevens van de Inspectie Jeugdzorg en enkele andere inspecties en met rechterlijke uitspraken. De Onderzoeksraad heeft niet gesproken met professionals die betrokken waren bij de individuele voorvallen. In enkele gevallen is nadere dossierinformatie ingewonnen bij de betrokken instanties. Het dossieronderzoek is aangevuld met literatuuronderzoek en interviews met deskundigen en betrokken partijen. De verantwoording van dit onderzoek staat in bijlage A.

#### 1.4 ONDERZOEKSAFBAKENING

##### *Voorvallen en fysieke veiligheid jonge kinderen*

Het onderzoek is gebaseerd op 27 voorvallen met (bijna)- fatale afloop. Het onderzoek beperkt zich daarmee tot situaties waarin de fysieke veiligheid van kinderen niet kon worden gewaarborgd. Andere gevallen en vormen van onveiligheid zijn buiten beschouwing gelaten. Veiligheid wordt daarmee beperkt geïnterpreteerd. De veiligheid van een kind behelst immers naast de fysieke veiligheid ook de emotionele veiligheid van kinderen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de definitie van kindermishandeling zoals gehanteerd in de Wet op de jeugdzorg. De verantwoordelijkheid van de overheid en partijen in het stelsel voor kindveiligheid strekt zich uit tot deze meer 'brede' definitie. De Onderzoeksraad voor Veiligheid hanteert dus in deze studie de 'smalle' definitie, en beperkt zich bovendien tot kinderen vanaf nul tot en met twaalf jaar. De kinderen in de 27 voorvallen met bijna fatale of fatale afloop behoorden allen tot deze leeftijdsgroep.

##### *Voorvallen en relatie met wet- en regelgeving en richtlijnen*

Dit onderzoek brengt de voorvallen in relatie tot de huidige regelgeving en de richtlijnen van de branche. De reden dat dit verband wordt besproken is dat de Onderzoeksraad veronderstelt dat het open karakter van de wet- en regelgeving een rol speelt bij problemen die professionals in de praktijk van de onderzochte voorvallen ondervonden. Door dit open karakter moeten professionals voor iedere situatie tot een eigen en unieke oplossing komen. Daarnaast zijn in regels en richtlijnen normaliter collectieve kennis en ervaringen gebundeld.<sup>18</sup> Om deze redenen is de aandacht van deze themastudie specifiek gericht op de regelgeving en richtlijnen van deze branche. Volgens sommige geïnterviewden is het open karakter van de regels onvermijdelijk gezien de complexiteit van het werk. De Onderzoeksraad stelt die onvermijdelijkheid ter discussie.

##### *Secundaire preventie; gedeelde verantwoordelijkheid*

Dit onderzoek richt zich op de werking van het kindveiligheidsstelsel op het terrein van secundaire preventie, het voorkomen van (verdere) bedreiging van de fysieke veiligheid van het kind bij een gerezen vermoeden van mishandeling. De overheid is verantwoordelijk voor dit systeem van zorg en bescherming, dat onder meer in werking treedt wanneer de ouders de fysieke veiligheid van het kind onvoldoende waarborgen. De wijze waarop de ouders en verzorgers de fysieke veiligheid van de aan hun zorg toevertrouwde kinderen in gevaar brengen, alsook de oorzaken hiervoor en de daaraan verbonden mogelijkheden tot preventief optreden, zijn niet onderzocht. Evenmin richtte het onderzoek zich op de rol van de sociale omgeving van het kind (familieleden, burens et cetera), maar uitsluitend op de professionele partijen in het kindveiligheidsstelsel.

Bovendien wordt alleen het gedeelte van het kindveiligheidsstelsel onderzocht, waarin nog sprake is van verantwoordelijkheid van de ouders. Situaties waarin de overheid de verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het kind geheel overneemt (ontheffing of ontzetting uit ouderlijk gezag) kwamen in de dossiers wel enkele malen voor, maar pas nadat het kind het (bijna) fatale letsel opliep.

##### *Relatie met strafbare feiten*

Kindermishandeling kan leiden tot vervolging voor een strafbaar feit. Bij de meeste van de bestudeerde fatale voorvallen is dit ook gebeurd, meestal nadat het kind overleed. De Onderzoeksraad houdt zich niet bezig met de schuldvraag, maar met de vraag hoe geleerd kan worden van hetgeen is gebeurd.

---

<sup>17</sup> Forum Educatief is een centrum voor forensische geneeskunde en gedragswetenschappen. Dit kenniscentrum is onderdeel van de Van der Hoevenstichting en biedt forensisch-medische expertise bij vermoedens van (kinder)mishandeling, onder meer ten behoeve van justitie.

<sup>18</sup> Zie bijv. Degas, 2010.

Het is daarom van belang te benadrukken dat het in deze themastudie niet gaat om de schuldvraag, maar om de bedreiging van de fysieke veiligheid van het kind en de vraag hoe de veiligheid beter kan worden gewaarborgd.

## 1.5 LEESWIJZER

Dit rapport bestaat inclusief deze inleiding uit zeven hoofdstukken.

Hoofdstuk 2 bevat een introductie van het kindveiligheidsstelsel en enige feitelijke achtergronden, zodat de overige hoofdstukken gemakkelijker leesbaar zijn. Vervolgens identificeert dit hoofdstuk op basis van de bestudeerde fatale voorvallen enige knelpunten die zich voordoen in de huidige werking van het kindveiligheidsstelsel. Het hoofdstuk presenteert daartoe geaggregeerde bevindingen uit de bestudeerde fatale voorvallen.

De vraag naar de precieze inrichting en werking van het kindveiligheidsstelsel komt aan de orde in de hoofdstukken 3 en 4. Hoofdstuk 3 beschrijft de relevante wet- en regelgeving, professionele richtlijnen van de betrokken instellingen en beroepsgroepen, alsook de uitgangspunten van de Onderzoeksraad voor adequaat veiligheidsmanagement. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden.

Hoofdstuk 5 beantwoordt de vraag hoe de partijen in het kindveiligheidsstelsel de fysieke veiligheid van het kind waarborgen. Het bevat een analyse van de beheersing door overheid, instellingen, professionals en beroepsgroepen van de fysieke veiligheidssituatie van het kind wanneer ouders hun primaire verantwoordelijkheid niet waarmaken. Daartoe worden uit voorvallen problemen afgeleid en in verband gebracht met het kader van wet- en regelgeving en richtlijnen.

Het rapport wordt afgesloten met conclusies in hoofdstuk 6. De aanbevelingen staan vermeld in hoofdstuk 7.



## 2 VOORVALLEN EN ACHTERGRONDEN

Dit hoofdstuk geeft ten behoeve van de leesbaarheid van de overige hoofdstukken een overzicht van de opbouw en werking van het kindveiligheidsstelsel en beschrijft de aard en omvang van de kindveiligheidsproblematiek in Nederland. Vervolgens identificeert het hoofdstuk op grond van de bestudeerde fatale voorvallen enkele knelpunten in de werking van het kindveiligheidsstelsel. Op basis van geaggregeerde informatie uit 27 voorvallen van fatale en bijna fatale kindermishandeling wordt in kaart gebracht welke hulpverleners betrokken waren, over welke informatie zij beschikten en hoe zij daarmee omgingen.

### 2.1 KORT OVERZICHT KINDVEILIGHEIDSSTELSEL<sup>19</sup>

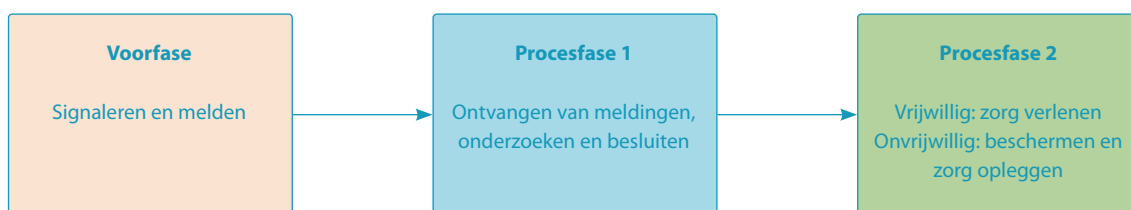
Het kindveiligheidsstelsel bestaat uit alle partijen die gezamenlijk uitvoering geven aan het overheidsbeleid dat is gericht tegen bedreigingen van de kindveiligheid. Het uiteindelijke doel van het stelsel - het in het belang van het kind waarborgen van zijn fysieke veiligheid - wordt bereikt via verschillende activiteiten: het signaleren en melden, het onderzoeken van een melding en het verlenen van zorg aan het gezin en bieden van bescherming aan het kind. Deze activiteiten zijn ten behoeve van dit rapport ingedeeld in drie procesfasen. Figuur 1 geeft de procesfasen weer.

1. Voorfase: Signaleren en melden.
2. Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten.
3. Procesfase 2: Zorgen en beschermen.

De indeling in procesfasen is gekoppeld aan de stadia van verantwoordelijkheden van de overheid (zie ook paragraaf 1.2.1).

- Voorfase: De verantwoordelijkheid van de overheid bestaat eruit dat zij ervoor zorgt dat zij informatie krijgt over fysieke onveiligheid.
- Procesfase 1 en 2: De verantwoordelijkheid van de overheid voor de fysieke veiligheid van het kind is aangesproken en krijgt - indien nodig - een actieve, ingrijpende vorm. De overheid moet gaan onderzoeken of hulp of maatregelen nodig zijn en - indien nodig - haar verantwoordelijkheid voor het kind invullen met een kindbeschermsmaatregel (ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing).

Het kindveiligheidsstelsel is geen bestaand stelsel, maar een modelmatige weergave van taken. De taken van het kindveiligheidsstelsel, die hier omschreven worden, zijn een deelverzameling van taken die bij onder meer jeugdzorg en jeugdbescherming thuishoren.



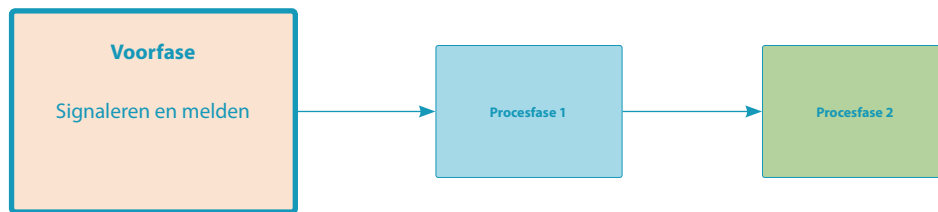
Figuur 1. Functionele indeling in procesfasen

In de volgende subparagrafen worden de taken die behoren tot elke procesfase nader toegelicht.

<sup>19</sup> Gedetailleerde beschrijvingen van de wet- en regelgeving, verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de verschillende partijen komen aan de orde in hoofdstuk 3 en 4.



### 2.1.1. Voorfase: Signaleren en melden



Het stelsel wordt geactiveerd wanneer signalen worden opgevangen en gemeld. Dit gebeurt nadat de omgeving signalen opvangt dat de fysieke veiligheid van een kind wordt bedreigd, en deze signalen meldt bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van het Bureau Jeugdzorg of bij de Raad voor de Kinderbescherming. In deze fase is er doorgaans nog sprake van een vermoeden, dat gebaseerd kan zijn op zaken als medische aandoeningen of letsel, psychische problemen van de ouders of kennis van de leefomstandigheden van het gezin.

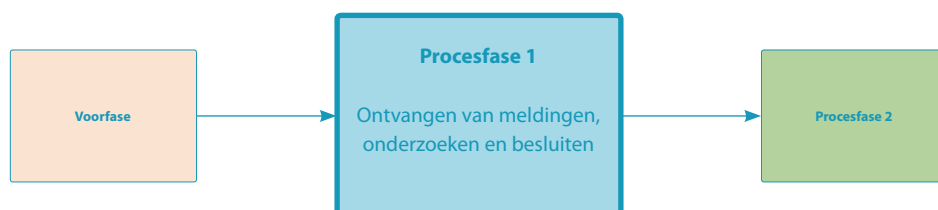
Er zijn veel personen en instanties in de omgeving van het kind die dergelijke signalen kunnen opvangen en doorgeven. Ongeveer 70% van de meldingen die het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ontvangt, komt van professionele melders uit de maatschappelijke of (para) medische omgeving van het kind. De overige 30% van de meldingen komt van burgers. De belangrijkste beroepsbeoefenaren uit deze groep zijn genoemd in figuur 2 in paragraaf 2.1.4. De politie neemt daarbij een bijzondere positie in. Zij signaleert veel situaties van kindermishandeling. Van het totale aantal meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is 30% afkomstig van de politie. De politie beoordeelt of het strafrecht dient te worden ingezet. Dit gebeurt in de praktijk relatief weinig.

Wanneer iemand belt met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van het Bureau Jeugdzorg zal een maatschappelijk werker of een vertrouwensarts in overleg met degene die belt een inschatting maken van de zorgen en bespreken of een onderzoek nodig is. De werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is dat wanneer de zorgen te groot zijn of wanneer degene die belt het kind en het gezin niet zelf kan helpen, een onderzoek start naar de aard en ernst van de mishandeling.

Aan deze keuze kunnen meerdere telefonische adviesgesprekken vooraf gaan.

De Raad voor de Kinderbescherming kan in acute en levensbedreigende situaties van een minderjarige een melding rechtstreek in ontvangst nemen, beoordelen en een onderzoek instellen.

### 2.1.2 Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten



Wanneer het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling<sup>20</sup> een melding ontvangt, gaat het na of de gemelde informatie aanleiding vormt om nader onderzoek te doen naar de fysieke veiligheidssituatie van het kind. Dit onderzoek is in termen van de veiligheidsaanpak van de Onderzoeksraad te vergelijken met een 'risico-inventarisatie en -evaluatie' van de bedreigingen voor het kind.<sup>21</sup> Op grond van de uitkomst van dit onderzoek wordt bepaald wat de beste interventie is om de veiligheid van het kind te waarborgen.

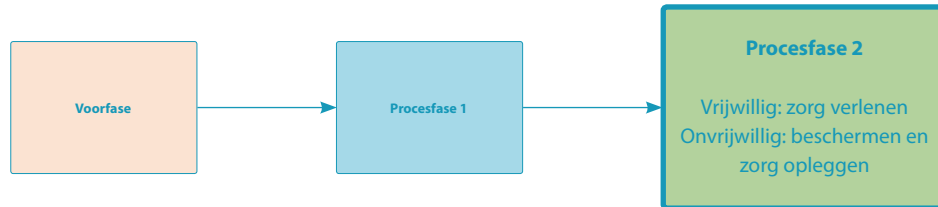
Onderzoek naar de veiligheid van het kind wordt in eerste instantie uitgevoerd door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Als het kind (vermoedelijk) in zijn ontwikkeling wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet mogelijk of toereikend is, voert de Raad voor de Kinderbescherming een zogenaamd beschermingsonderzoek uit. Op grond van dit onderzoek kan de Raad voor de Kinderbescherming

<sup>20</sup> Voor de volledigheid wordt hier vermeld dat naast het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ook de afdeling Toegang van het Bureau Jeugdzorg de zogenoemde 'zorgmeldingen' in ontvangst kan nemen. Dit zijn de 'lichtere' meldingen die door professionals aan het Bureau Jeugdzorg worden gedaan.

<sup>21</sup> Zie paragraaf 3.3.

de kinderrechter om een maatregel verzoeken. Het onderzoek kan ook uitwijzen dat er in het vrijwillig kader nog mogelijkheden zijn voor het kind en zijn gezin. In acute gevallen kan de Raad voor de Kinderbescherming ook zonder onderzoek de rechter verzoeken om oplegging van een voorlopige maatregel van kindbescherming.

### 2.1.3. Procesfase 2: Zorgen en beschermen



Er zijn diverse mogelijkheden om de veiligheid van een kind te waarborgen, die variëren in de mate waarin verantwoordelijkheid wordt ontnomen aan de ouders. Voor alle bemoeienis die zonder instemming van de ouders plaatsvindt, moet de kinderrechter een maatregel van kindbescherming uitspreken. Oplopend in 'zwaarte' gaat het om:

- Zorgverlening op vrijwillige basis, zonder een ondertoezichtstelling.
- Ondertoezichtstelling in combinatie met zorgverlening (onvrijwillig), met of zonder uithuisplaatsing, gezag blijft bij ouders.
- Ontheffing uit het ouderlijk gezag (bij onvermogen van de ouders).
- Ontzetting uit het ouderlijk gezag (na verwijtbaar gedrag van de ouders).

Bij de laatste twee vormen<sup>22</sup> verliezen de ouders het gezag. Een maatregel van kindbescherming is meestal tijdelijk van aard. Voordat de in de maatregel gespecificeerde periode afloopt, wordt gekeken of vervolgmaatregelen nodig zijn. In het algemeen wordt een beschermingsmaatregel gecombineerd met hulp aan de ouders en het kind.

Voor gevallen van acuut gevaar voor het kind kent de wet<sup>23</sup> een spoedprocedure. In dat geval vinden het nadere onderzoek en de bijbehorende definitieve besluitvorming plaats na de interventie.

### 2.1.4. Kerninstanties in het kindveiligheidsstelsel

De verantwoordelijkheid voor de procesfasen in het kindveiligheidsstelsel berust bij vijf kerninstanties die in de verschillende procesfasen uiteenlopende taken uitvoeren.

1. De politie<sup>24</sup>
  - Voorfase: De politie signaleert situaties van kindermishandeling en schakelt het Bureau Jeugdzorg (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of de Toegang) in.
  - Procesfase 1: De politie kan op basis van een aangifte een opsporingsonderzoek starten en stuurt het opgemaakte dossier naar het Openbaar Ministerie waar de strafvervolgning en berechting kan worden ingezet.
2. Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van het Bureau Jeugdzorg
  - Voorfase: Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van het Bureau Jeugdzorg is aanspreekpunt voor meldingen van (een vermoeden van) kindermishandeling en heeft tot taak het geven van adviezen. De Raad voor de Kinderbescherming kan in acute en levensbedreigende situaties van een minderjarige een melding rechtstreeks in ontvangst nemen, beoordelen en een onderzoek instellen.
  - Procesfase 1: Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling voert onderzoek uit. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is een onderdeel van Bureau Jeugdzorg.

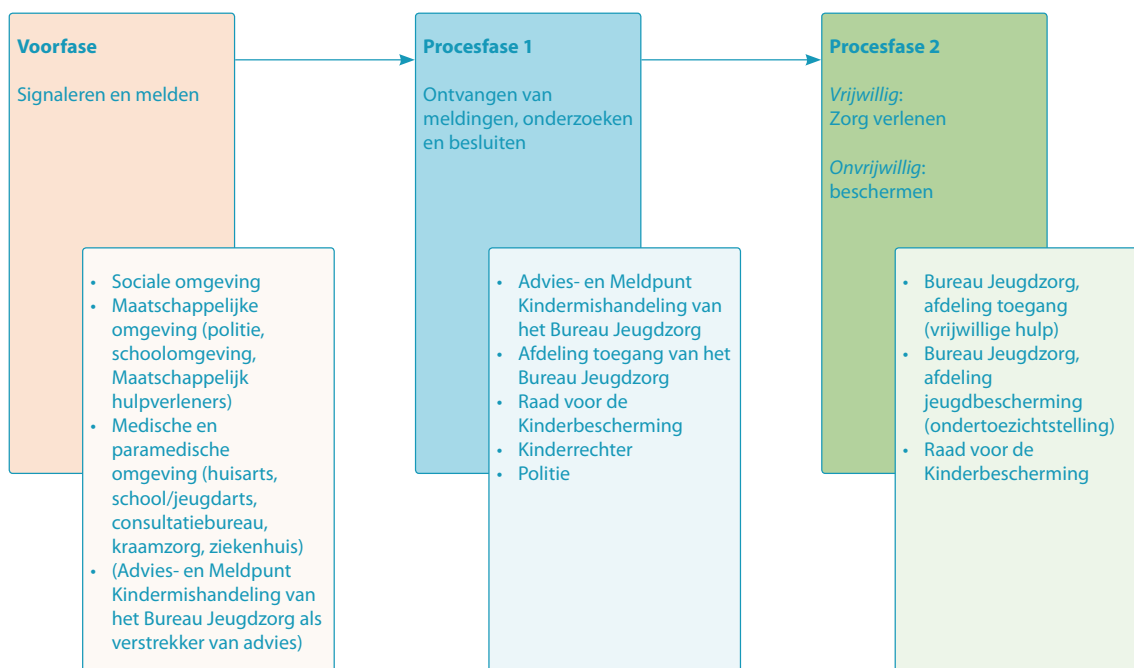
<sup>22</sup> Deze twee vormen van het wegnemen van het ouderlijk gezag worden met de voorziene wijziging van de kindbeschermingswetgeving waarschijnlijk samengevoegd.

<sup>23</sup> Burgerlijk wetboek.

<sup>24</sup> De politie is in de praktijk een belangrijke toeleverancier voor de jeugdzorg (zie §2.1.1). De politie signaleert en verwijst door. Bij het onderzoek of en welke hulpverlenende maatregelen nodig zijn, heeft de politie geen kerntaak. Het beoordelen of een strafrechtelijke interventie noodzakelijk is, is een zelfstandige bevoegdheid van de politie.

3. Afdeling Toegang en afdeling Jeugdbescherming van het Bureau Jeugdzorg
  - Procesfase 1: De afdeling toegang van het Bureau Jeugdzorg ontvangt zorgmeldingen van professionals en doet onderzoek ten behoeve van de indicatiestelling.
  - Procesfase 2 onvrijwillig: De afdeling Jeugdbescherming van het Bureau Jeugdzorg voert de gezinsvoogdij uit bij een ondertoezichtstelling. Het Bureau Jeugdzorg coördineert de verlening van zorg aan kind en gezin die wordt aangeboden door zorgaanbieders. De politie en het openbaar bestuur kunnen hierbij een rol spelen (vervolgung strafbare feiten maar ook huisverbod voor plegers).
  - Procesfase 2 vrijwillig: Ook in dit geval coördineert het Bureau Jeugdzorg de verlening van zorg aan kind en gezin die wordt aangeboden door zorgaanbieders.
4. Raad voor de Kinderbescherming
  - Procesfase 1: De Raad voor de Kinderbescherming behartigt het belang van het kind als procespartij in civiele procedures. Hij verzoekt onder andere de kinderrechter een maatregel van kinderscherming uit te spreken, en doet onderzoek naar de situatie van het kind ter onderbouwing van dit verzoek.
  - Procesfase 2 onvrijwillig: De Raad voor de Kinderbescherming toetst per casus of een maatregel van kinderscherming en of een machtiging uithuisplaatsing kan worden beëindigd (de toetsende taak van de Raad voor de Kinderbescherming).
5. Rechterlijke macht (kinderrechter)
  - Procesfase 1 onvrijwillig: De kinderrechter spreekt een maatregel van kinderscherming uit.

Hieronder zijn de betrokken instanties en procesfasen weergegeven.



Figuur 2. Procesfasen en betrokken kerninstanties (voor een uitgebreide versie zie figuur 3 in hoofdstuk 4)

## 2.2 OMVANG KINDVEILIGHEIDSPROBLEMATIEK

In Nederland leven anno 2009 ongeveer 2,5 miljoen kinderen in de leeftijd tussen 0 en 12 jaar. In 2007 is voor het eerst een op Nederland gerichte prevalentiestudie verricht naar kindermishandeling.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> IJzendoorn e.a., 2007. In totaal gaat het om 107.200 kinderen van 0-17 jaar. Omgerekend zijn 78.685 kinderen tussen 0 en 12 jaar slachtoffer van enige vorm van kindermishandeling. Het rapport 'Scholieren Over Mishandeling' uit januari 2007 over mishandeling onder 12 tot 18-jarigen is niet opgenomen in dit rapport omdat het oudere kinderen betreft. Zie bijlage B.

Jaarlijks zijn naar schatting 78.685 kinderen tussen de 0 en de 12 jaar slachtoffer van enige vorm van kindermishandeling. Het aantal kinderen tussen de 0 en de 12 jaar dat aanwijsbare schade oploopt door fysieke mishandeling bedraagt naar schatting 10.417.<sup>26</sup> Het werkelijke aantal kinderen dat jaarlijks letsel oploopt als gevolg van fysieke mishandeling is onbekend.

Het aantal meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is een fractie van het geschatte totale aantal kinderen dat aanwijsbare schade oploopt als gevolg van kindermishandeling. Fysieke mishandeling vormt 9,5% van het totaal aantal bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gemelde vermoedens van kindermishandeling. Het gaat dan in 2009 om circa 1.245 kinderen tussen de 0 en de 12 jaar die bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gemeld worden in verband met fysieke kindermishandeling.<sup>27</sup>

Het aantal kinderen dat jaarlijks overlijdt als gevolg van mishandeling door (één van) hun ouders is niet eenvoudig te bepalen. Het eerste Nederlandse onderzoek naar overlijdensgevallen door vermoede kindermishandeling is in 1996 uitgevoerd en in 1998 gepubliceerd. Dit onderzoek vindt naar schatting 35 overlijdensgevallen door vermoede mishandeling van kinderen tussen de 0 en de 12 jaar. Daarbij ging het naar schatting bij de meeste kinderen (24 van de 35) om kinderen tussen de 0 en de 2 jaar.<sup>28</sup> Een andere mogelijkheid om het aantal voorvallen met fatale afloop voor kinderen tussen 0 en 12 jaar te schatten, is door te kijken naar het aantal uitgevoerde gerechtelijke secties door het Nederlands Forensisch Instituut. Dit instituut rapporteert over een periode van 14 jaar een jaarlijks gemiddelde van 15 'zekere' en 2 'zeer waarschijnlijke' voorvallen van kindermishandeling met fatale afloop. De meeste kinderen (64%) overlijden aan kindermishandeling voordat zij de leeftijd van twee jaar bereiken.<sup>29</sup>

Deskundigen<sup>30</sup> wijzen erop dat in een aantal overlijdensgevallen onterecht verklaringen voor een natuurlijke dood worden afgegeven. Dat heeft er hoofdzakelijk mee te maken dat niet altijd wordt onderzocht of er sprake is van kindermishandeling en dit niet altijd kan worden aangetoond. In bijlage B bij dit rapport wordt uitgebreider ingegaan op de omvang van de problematiek en de relatie tussen het aantal aan mishandeling overleden kinderen en het totaal aantal mishandelde kinderen.<sup>31</sup>

### 2.3. GEGEVENS OVER DE BESTUDEERDE VOORVALLEN MET (BIJNA) FATALE AFLOOP

De Onderzoeksraad heeft 27 voorvallen met fatale of bijna fatale afloop uit de periode 2004 - 2007 onderzocht. Bij de 27 onderzochte voorvallen waren in totaal 29 kinderen betrokken.<sup>32</sup> Deze kinderen waren tussen 0 en 12 jaar oud. Twintig van de 29 kinderen zijn overleden en negen kinderen zijn zwaar gehandicapt geraakt: de mishandeling is hun bijna fataal geworden. Vijftien van de 29 kinderen zijn (bijna) overleden voordat zij de leeftijd van één jaar bereikten.<sup>33</sup> Hersenletsel overheerste als geconstateerd (bijna) fataal letsel bij 14 van de 29 kinderen. Elf kinderen hadden te maken met (zwaar) fysiek geweld en vier kinderen kwamen om het leven door verstikking.

Een uitgebreide verantwoording en typering van de geselecteerde voorvallen is opgenomen in bijlage B; de toedracht van de voorvallen zelf wordt beschreven in bijlage C. De Raad heeft over deze voorvallen de beschikbare informatie verzameld uit onderzoeken van de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), uit dossiers van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en Forum Educatief en rechterlijke uitspraken. Op grond van deze informatie is in kaart gebracht welke professionals bij de voorvallen betrokken waren, hoe zij te werk gingen en welke besluiten zij

---

26 IJzendoorn e.a, 2007. Zie bijlage B.

27 MOgroep, *Advies en Meldpunt Kindermishandeling, overzicht 2009*. Zie bijlage B.

28 Kuyvenhoven, Hekkink & Voorn, 1998. Zie bijlage B.

29 Soerdjbalie-Maikoe, V., R.A.C. Bilo, E. van den Akker, A. Maes. 2010. In totaal gaat het om 233 kinderen vanaf 24 weken zwangerschapsduur tot en met 11 jaar over een periode van 14 jaar, waarbij de vastgestelde doodsoorzaak 'niet-accidenteel kindermishandeling' is. Dit is een (afgerond) gemiddelde van bijna 17 kinderen per jaar.

30 Kuyvenhoven, Hekkink & Voorn, 1998.

31 Recent is de Wet op de Lijkbezorging gewijzigd (motie-Arib, TK30696/33), waardoor artsen nu strafbaar zijn wanneer zij de dood van een minderjarig kind constateren zonder de gemeentelijk lijkschouwer in te schakelen. De verwachting is dat door deze maatregel in de toekomst meer zicht zal ontstaan op het aantal gevallen van kindermishandeling met fatale afloop.

32 Bij twee van de 27 voorvallen waren twee kinderen betrokken.

33 Zie paragraaf B.4 in de bijlage.

genomen hebben. Hieruit zijn problemen afgeleid, die door middel van gesprekken met deskundigen en literatuuronderzoek zijn getoetst.

De Onderzoeksraad benadrukt dat de onderzochte voorvallen mogelijk niet representatief zijn voor de staat en werking van het kindveiligheidsstelsel. Het voorvalonderzoek was kwalitatief van aard, en had als doel om op basis van meerdere voorvallen vast te stellen of in het kindveiligheidsstelsel sprake is van problemen die kunnen wijzen op structurele veiligheidstekorten. Het is mogelijk dat dit onderzoek bestaande structurele veiligheidstekorten niet heeft geïdentificeerd, omdat deze geen rol speelden in de bestudeerde voorvallen; echter, de knelpunten die wel zijn geïdentificeerd wijzen op reële systeemrisico's, ongeacht de schaal waarop en de mate waarin zij optreden in het gehele stelsel.

Voor elk voorval is vastgesteld in welke procesfase - Signaleren en melden, Onderzoeken en besluiten, Zorgen en beschermen - sprake was van mishandeling met (bijna) fatale afloop. Afhankelijk van de procesfase waarin de mishandeling met (bijna) fatale afloop plaats vond, zijn de volgende aspecten in kaart gebracht:

1. Voor voorvallen waarin de mishandeling met (bijna) fatale afloop plaats vond tijdens de voorfase: Signaleren en melden
  - a. Welke professionals waren betrokken?
  - b. Over welke informatie beschikten zij?
  - c. Welke informatie was beschikbaar over het bestaan van risicofactoren in het gezin?
  - d. Is letsel waargenomen, en zo ja, is dit gerelateerd aan het vermoeden van kindermishandeling?
2. Voor voorvallen waarin de mishandeling met (bijna) fatale afloop plaats vond tijdens de procesfase 1: Onderzoeken en besluiten
  - a. Wat was de herkomst van de meldingen?
  - b. Was voor de kerninstanties voldoende informatie beschikbaar?
  - c. Hoe hebben de kerninstanties de beschikbare informatie gewaardeerd?
3. Voor voorvallen waarin de mishandeling met (bijna) fatale afloop plaats vond tijdens de procesfase 2: Zorg verlenen en beschermen
  - a. Welke professionals waren betrokken?
  - b. Over welke informatie beschikten zij?
  - c. Was er sprake van hulpverlening of van bescherming?
  - d. Hoe gingen de betrokken professionals om met het beschikbaar komen van nieuwe informatie?

De rest van dit hoofdstuk volgt de vragen die hierboven zijn gesteld. Paragraaf 2.3.1 brengt in kaart in welke procesfase de mishandeling plaats vond. In paragraaf 2.3.2 worden de vragen met betrekking tot de procesfase Signaleren en melden besproken. De vragen gerelateerd aan de procesfase Onderzoeken en besluiten worden besproken in paragraaf 2.3.3. In paragraaf 2.3.3 worden ten slotte de vragen met betrekking tot de procesfase Zorgen en beschermen behandeld. De C-nummers waarmee naar specifieke voorvallen wordt verwezen, corresponderen met de nummering die wordt gehanteerd in bijlage C.

### *2.3.1 Spreiding van voorvallen met (bijna) fatale afloop naar procesfase*

Bij elf van de 27 bestudeerde voorvallen met (bijna) fatale afloop was de bedreiging voor de fysieke veiligheid van het kind niet tijdig gezien, geduid of gemeld. De kinderen overleden of liepen ernstig letsel op voordat een vermoeden van onveiligheid gemeld was bij de partijen in het kindveiligheidsstelsel. Zij overleden dus vóórdat een signaal gemeld was.

In zeven<sup>34</sup> van de 27 voorvallen met (bijna) fatale afloop vond een melding plaats, en had de mishandeling met (bijna) fatale afloop plaats tijdens het onderzoek naar aanleiding van deze melding. Deze kinderen overleden voordat het onderzoek daadwerkelijk gestart was of voordat het onderzoek en de besluitvorming erover waren afgerond.

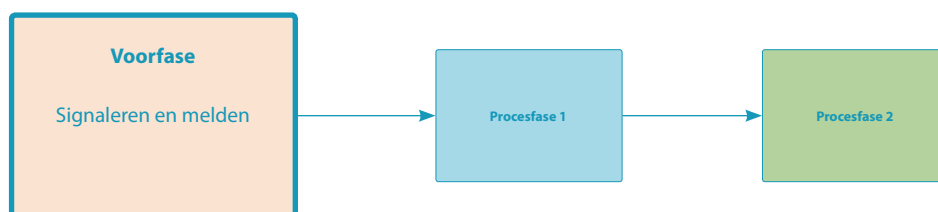
---

34 Het betrof negen kinderen, bij twee voorvallen waren twee kinderen betrokken.

In negen van de 27 voorvallen met (bijna) fatale afloop was het onderzoek afgerond. Bij vier gevallen werd een maatregel van kinderscherming uitgesproken voordat het kind was overleden; bij vier gevallen was hulp geregeld op vrijwillige basis en bij één geval was er (nog) niets geregeld na het onderzoek.

Het valt op dat de mishandeling met fatale of bijna fatale afloop plaatsvindt in alle procesfasen: als er alleen signalen zijn zonder melding, maar ook als er al een melding is geweest van een vermoeden van kindermishandeling en wanneer er al zorg werd verleend en/of maatregelen van kinderscherming zijn genomen. De Onderzoeksraad ziet er vanaf, aan deze spreiding over procesfasen enige betekenis toe te kennen. Het is immers alleszins mogelijk dat deze spreidingsgetallen in een representatieve kwantitatieve studie anders zijn. Dat er een spreiding is over de drie procesfasen, betekent wel dat in alle fasen verbetering denkbaar is. Enkele meer gedetailleerde gegevens over de spreiding naar leeftijd en procesfase zijn in bijlage B opgenomen.

### 2.3.2 Voorfase: Signaleren en melden



De voorfase Signaleren en melden begint wanneer professionele melders of de sociale omgeving van het kind een mogelijke bedreiging van de fysieke veiligheid van het kind signaleren. De grond hiervoor kan het waarnemen van feitelijk letsel zijn, of kennis over de aanwezigheid van risicofactoren in het gezin.

Ten aanzien van letsel is in beeld gebracht welke professionele melders letsel hebben waargenomen, of zij dit letsel in verband hebben gebracht met een mogelijk onveilige leefsituatie voor het kind, en wat de aard van het letsel was. In de jeugdgezondheidszorg worden richtlijnen gehanteerd die beschrijven welke letselbeelden mogelijk wijzen op fysieke mishandeling. De interpretatie van letselbeelden is overgenomen uit de dossiers, maar is gecontroleerd door artsen met forensische expertise. Ten aanzien van risicofactoren is van belang of de betrokken instellingen beschikken over kennis over het bestaan van dergelijke factoren in het gezin ten tijde van de melding, en welke factoren dat waren.<sup>35</sup> Bij de bestudeerde voorvallen ging het steeds om een direct aan fysieke veiligheid gerelateerde risicofactor, namelijk eerder geweld.

De elf voorvallen die plaatsvonden tijdens de voorfase Signaleren en melding vallen in drie groepen uiteen. Bij het indelen van de voorvallen in de groepen is ervoor gekozen te werken vanuit uitsluiting in de volgende drie stappen:

- a. Geen letsel vastgesteld, eerder geweld bekend.
- b. Er waren letsels waargenomen, maar deze zijn niet gerelateerd aan fysieke onveiligheid van het kind.
- c. Er waren letsels waargenomen en één van de professionals had een vermoeden van kindermishandeling.

Voor de volledigheid moet worden opgemerkt dat de professionals bij geen van deze voorvallen een melding deden. De lezer dient er rekening mee te houden dat er meer dan één professional betrokken kan zijn bij een voorval. Zo heeft de politie mogelijk zicht op de risicofactoren aangaande huiselijk geweld in het gezin of drugsgebruik en ziet een arts 'verdacht' letsel. Hieronder worden de voorvallen kort besproken.

#### *Ad a. Geen letsel vastgesteld, eerder geweld bekend*

In zes voorvallen is geen letsel waargenomen bij het kind dat (bijna) overleed, maar bestond wel kennis van risicofactoren. De volgende omstandigheden waren gesignaleerd door professionals in de voorvallen.

35 Factoren die gecorreleerd zijn aan een hoger risico op onveiligheid zijn bekend uit de literatuur. Zie bijvoorbeeld: Baartman, 1996; Ruiter, C. de & de Jong, E.M. 2005. *CARE-NL. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*; Dobowitz & Depanfilis, 2000; Munro, 2008.

- In voorval C1 was sprake van een situatie van huiselijk geweld en was de vader in beeld bij de politie, omdat hij verdacht was van seksueel misbruik van minderjarigen.
- Voorval C2 betrof een vader waarvan eerdere kinderen uit huis geplaatst waren na onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming. De vader volgde een door de rechter opgelegde therapie over hoe om te gaan met kinderen.
- Voorval C3 betrof een tienermoeder en haar kind van acht maanden. Het verleden van de moeder als slachtoffer van mishandeling was een risicofactor die bekend was bij de politie. Er waren geen indicaties van eerder letsel of andere zichtbare tekenen van onveiligheid voor het kind.
- In voorval C4 was bij de vader in een eerdere relatie een kind onder verdachte omstandigheden overleden. Tegen deze vader was daarnaast eerder aangifte gedaan voor het leggen van een baby in de vrieskist. De vader gebruikte overmatig alcohol, had ook eerdere kinderen mishandeld en had een drugsverleden.
- In voorval C7 verrichtte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling onderzoek naar het oplopen van letsel (brandwonden) onder verdachte omstandigheden bij een ouder kind in dit gezin.
- In voorval C11 constateerde een kraamverzorgster dat een ouder kind in het gezin harde klappen kreeg met een vlakke hand.

#### *Ad b. Letsel vastgesteld maar niet gerelateerd aan onveiligheid*

In twee voorvallen hebben artsen of de leerkracht letsel waargenomen, maar dit niet gerelateerd aan kindermishandeling. In deze gevallen hebben verschillende artsen op verschillende tijdstippen letsel gezien.

- In voorval C6 constateerden verschillende betrokkenen in een periode van negen maanden achtereenvolgens de volgende letsels:
  - Hevige bloeding en gezwollen geslachtsorgaan (huisarts en uroloog)
  - Gebroken scheenbeen (huisarts, jeugdarts)
  - Diverse ongelukjes (school)
  - Hechtingen en littekens op en rond het hoofd (huisarts en school)
  - Blauwe plekken in het gezicht (school)
  - Tong kapot en opgezwollen (school)
  - Rode vlekken op de buik (school)
  - Letsel (GGD)
- In voorval C5 ging de vader met een drie maanden oude baby naar de huisarts. Deze constateerde een gebroken arm en verwees door naar het ziekenhuis. Een maand later was er opnieuw sprake van letsel. De ouders verklaarden dat 'iemand per ongeluk op de baby was gaan zitten'. Weer een maand later constateerde het kinderdagverblijf dat de baby draaide met de oogjes.

In deze twee voorvallen bestond reeds kennis over risicofactoren in deze gezinnen bij professionals binnen het kindveiligheidsstelsel.

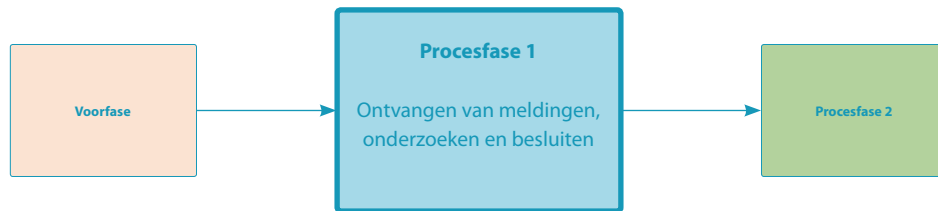
#### *Ad c. Letsel vastgesteld en gerelateerd aan onveiligheid*

In drie voorvallen ten slotte zagen artsen letsel en duiden dat als mogelijk veroorzaakt door kindermishandeling. Dit was voorafgaand aan het (bijna) fatale letsel dat uiteindelijk werd toegebracht door de ouder. Deze drie fatale voorvallen zijn door de professionele melders echter niet gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

- In voorval C8 zag de jeugdarts van het consultatiebureau blauwe plekken bij een baby van drie maanden. Dit leidde tot een vermoeden van kindermishandeling. De jeugdarts van het consultatiebureau overlegde over zijn vermoeden met de huisarts. Dit leidde echter niet tot het bevestigen van het vermoeden van de jeugdarts van het consultatiebureau.
- In voorval C9 constateerde het consultatiebureau een bolle fontanel. Het verwees naar de huisarts en deze schakelde het ziekenhuis in.
- In voorval C10 constateerde het consultatiebureau verwondingen en was op de hoogte van bijzondere risicofactoren. Het consultatiebureau verwees de moeder door naar de huisarts, maar de moeder ging daar niet heen.

In twee van deze drie voorvallen leidde het uiteindelijk - later - toegebrachte letsel tot de dood van het kind. Eén kind raakte zwaar gehandicapt.

### 2.3.3 Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten



In de zeven onderzochte voorvallen liepen acht<sup>36</sup> kinderen fataal of bijna fataal letsel op tijdens het onderzoek naar de vermoedelijke onveiligheid van het kind. In zes van de zeven voorvallen werd dit onderzoek ingesteld na melding van een vermoeden van kindermishandeling bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. In het zevende voorval was sprake van mishandeling met fatale afloop gedurende een door de Raad voor de Kinderbescherming uitgevoerd beschermingsonderzoek.

#### *Herkomst en aanleiding meldingen*

In de zeven voorvallen was sprake van drie groepen melders:

- a. de sociale omgeving (twee gevallen);
- b. de politie (vier gevallen);
- c. de huisarts (een geval).

Alleen in het laatste geval vormde waargenomen letsel de aanleiding voor de melding; in de overige zes gevallen, gemeld door politie en sociale omgeving, was kennis over eerder geweld in het gezin de aanleiding.

#### *Ad a. Melding door de sociale omgeving*

In twee gevallen wendde de sociale omgeving zich tot het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

- In voorval C12 meldde de biologische vader zich bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Hij maakte zich zorgen over het drugsgebruik van de nieuwe partner van zijn ex-vrouw.
- In voorval C13 deed iemand uit de sociale omgeving vóór de geboorte van het betreffende kind een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De melder gaf aan dat de ouders door hun alcoholverslaving niet in staat zouden zijn tot het opvoeden van hun op dat moment nog ongebooren kind.

Na beide meldingen startte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling een onderzoek. In het eerste voorval werden twee kinderen enkele dagen na het besluit tot onderzoek door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gedood door de nieuwe vriend van de moeder. In het tweede voorval ging het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zich intensief bezighouden met het regelen van een (zorg)netwerk voor dit gezin. Er waren toenemende signalen van onveiligheid: de baby lag in eigen braaksel en de burens maakten zich zorgen over het harde huilen van de baby. In een overleg met alle betrokkenen werd besloten dat de ouders extra oproepen zouden krijgen voor de kinderpoli van het ziekenhuis. Twee weken later tijdens een consult bij de kinderpoli werd een vergrote schedelomtrek bij de baby vastgesteld en bleek er sprake van het 'Shaken Baby Syndroom'.<sup>37</sup>

#### *Ad b. Melding door de politie*

In vier gevallen wendde de politie zich tot het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

- Voorval C18 betrof een melding vóór de geboorte van het kind, in een gezin waarvan de vader verdachte was geweest bij de dood van een eerder kind.
- In voorval C14 deed de politie een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling op instigatie van de vader, naar aanleiding van de verdwijning van een kind en moeder. In het gezin was sprake van escalerende relationele problemen.
- In voorval C17 vormde aanhouding van de vader wegens huiselijk geweld de aanleiding voor de melding van de politie bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> In twee voorvallen waren twee kinderen betrokken.

<sup>37</sup> *Shaken Baby Syndroom*: Het Shaken Baby Syndroom is een term die wordt gebruikt om de gevolgen van het door elkaar schudden van een baby/jong kind te beschrijven. Het door elkaar schudden van baby's kan ernstige schade toebrengen aan de hersenen van een baby/jong kind. De internationaal geaccepteerde term is 'Abusive Head Trauma'.

<sup>38</sup> In het kader van 'Kindspoor', een programma van de politie voor huiselijk geweld.



- In voorval C16 meldde een vrouw zich bij de politie vanwege huiselijk geweld, maar weigerde in eerste instantie aangifte te doen. De politie deed een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

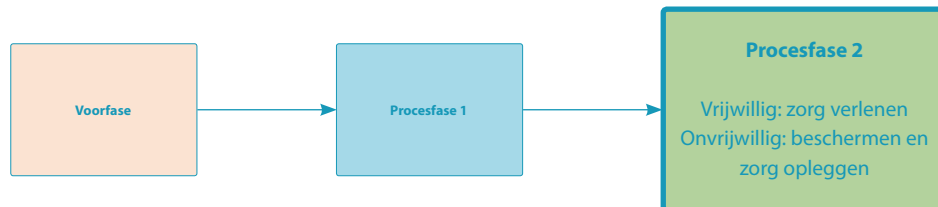
#### *Ad c. Melding door de huisarts*

In voorval C15 nam de huisarts blauwe plekken waar in het gezicht van een jonge baby. Beide ouders verbleven in een zorgboerderij voor mensen met een verstandelijke beperking. De huisarts meldde het vermoeden van kindermishandeling, samen met de verloskundige, bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

#### *Uitblijven meldingen*

Bij elk van deze zeven voorvallen waren ook professionals betrokken die hebben afgezien van het melden van signalen die zij waarnamen. Een nadere dossieranalyse wijst uit, dat in totaal 22 professionele melders betrokken waren bij de zeven hier besproken voorvallen. Van deze 22 beroepsbeoefenaren hebben er 13, betrokken bij 6 verschillende voorvallen, geen melding gedaan van bij hun bekende risicofactoren. Twee beroepsbeoefenaren constateerden- in twee verschillende voorvallen - letsel en hebben dit niet gemeld. In één voorval (C6) was sprake van vijf beroepsbeoefenaren die signalen waarnamen en deze niet meldden.

#### 2.3.4 Procesfase 2: Zorgen en beschermen



Voor negen van de 27 voorvallen was het onderzoek door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of door de Raad voor de Kinderbescherming naar het vermoeden van onveiligheid afgerond. Bij vier van deze voorvallen was sprake van zorgverlening zonder een beschermingsmaatregel, bij vier voorvallen was een beschermingsmaatregel getroffen en bij één voorval was er (nog) niets geregeld na afronding van het onderzoek.

#### *Geen zorgverlening*

In één voorval - C19 - heeft het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling geconcludeerd dat geen enkele interventie nodig was. Het voorval betrof een baby van twee maanden. De baby had een gescheurde tongriem in combinatie met blauwe plekken. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling onderzocht dit voorval, maar het onderzoek toonde niet aan dat de ouders het letsel opzettelijk hadden toegebracht. Daarop stopte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling het onderzoek. De ouders werd wel geadviseerd een opvoedcursus te volgen. Twee weken later overleed de baby door ernstig hersenletsel.

In alle acht andere voorvallen zijn stappen genomen omdat er zorgen waren over het opgroeien van deze kinderen. Er werden afspraken gemaakt met andere instellingen over het verlenen van zorg aan het gezin en de kinderen. De zorgverlening was in vier gevallen vrijwillig van aard en in vier gevallen was sprake van een ondertoezichtstelling.

#### *Zorgverlening in een vrijwillig kader*

In vier van de negen voorvallen was er sprake van vrijwillige hulpverlening. Bij twee van deze voorvallen werd het gezin begeleid door het Bureau Jeugdzorg; in de andere twee voorvallen maakten de ouders afspraken met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of de Raad voor de Kinderbescherming.

- In het eerste voorval (C20) was sprake van een lange geschiedenis van hulpverlening aan de vader (door een instelling voor geestelijke gezondheidszorg) en aan zijn dochter (door RIAGG, GGD, Bureau Jeugdzorg en diverse zorgaanbieders). Ook had de politie al verschillende malen een vermoeden van kindermishandeling gemeld bij het Advies- en Meldpunt

Kindermishandeling. In deze casus maakte het Bureau Jeugdzorg op verschillende momenten risicotaxaties. Er is niet besloten tot het aanvragen van een beschermende maatregel.

- In het tweede voorval (C21) deed een instelling voor geestelijke gezondheidszorg een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, omdat de moeder suïcidaal was, en gedwongen opgenomen werd. Het Bureau Jeugdzorg en de instelling voor geestelijke gezondheidszorg maakten afspraken met elkaar en met de sociale omgeving van de moeder over de zorgverlening aan het kind. De moeder keerde binnen één week terug naar huis en doodde enkele dagen daarna haar dochter.
- In het derde voorval (C23) was een gezinsvoogd in het gezin aangesteld voor een ouder kind. De gezinsvoogd maakte afspraken met de hulpverleners die de ouders begeleidden bij hun problemen. Omdat voor het pasgeboren kind geen formeel gezagskader (de onder-toezichtstelling) geregeld was, waren ingrijpendere beschermingsmaatregelen voor dit kind niet mogelijk.<sup>39</sup>
- In het vierde voorval (C22) raakte een baby blijvend gehandicapt als gevolg van het 'Shaken Baby Syndroom'. Twee maanden na dat voorval constateerde een kinderarts blauwe plekken en lichtte hij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling deed aangifte bij de politie. Er volgde onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming, die besloot zorg aan de vader te adviseren.<sup>40</sup> Er volgde geen aanvraag bij de kinderrechter voor een formele maatregel. Zowel vader als kind kregen vervolgens zorg in een vrijwillig kader. Het kind liep in deze fase op verschillende tijdstippen letsel op, waaronder gebroken benen.

#### *Zorgverlening in een gedwongen kader*

In de overige vier voorvallen werd zorg verleend in een gedwongen kader; een door de kinderrechter uitgesproken ondertoezichtstelling.

- In het eerste voorval (C24) waren twee oudere kinderen van het gezin uit huis geplaatst. Het derde kind, een meisje van drie jaar, woonde na een eerdere uithuisplaatsing weer bij haar moeder, maar stond onder toezicht. Aan de moeder werd door verschillende instanties - onder andere een instelling voor geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg - hulp verleend. Dit kind werd door haar moeder en stiefvader ernstig verwaarloosd en vond de dood door verwaarlozing en verstikking.
- In een tweede voorval (C25) was er intensieve bemoeienis met het gezin door onder andere het Bureau Jeugdzorg, de kinderrechter en een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (voor zorg aan de moeder). De moeder werd met enige regelmaat opgenomen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. De rechter besloot op enig moment tot het afgeven van een machtiging tot uithuisplaatsing. Het kind, een jongen van vijf jaar, kwam tijdelijk in een pleeggezin. De gezinsvoogd wilde graag dat dit kind voor langere tijd in een perspectiefbiedend pleeggezin terecht zou komen, waar hij tot zijn achttiende zou kunnen blijven. De kinderrechter besloot wel tot een uithuisplaatsing, maar niet bij een perspectiefbiedend pleeggezin. De rechter achtte het van groot belang dat er goed contact zou blijven tussen de ouders en het kind. Er moest worden toegewerkt naar een uitgebreidere bezoeksregeling en terugplaatsing van de jongen bij zijn moeder. Uiteindelijk werd dit kind gedood door zijn moeder tijdens een bezoekweekeinde.
- In een derde voorval (C26) raakte een meisje van zes maanden meervoudig gehandicapt. De kinderarts constateerde een hersenbeschadiging en vermoedde kindermishandeling. Hij lichtte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in. De kinderrechter sprak op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming direct een voorlopige ondertoezichtstelling uit. Het meisje werd voor drie maanden uit huis geplaatst. Het Bureau Jeugdzorg vroeg na deze drie maanden bij de kinderrechter verlenging van de uithuisplaatsing aan. Tijdens de rechtszaak voerden de ouders aan dat de hersenbeschadiging het gevolg was van een vaccinatie. De kinderrechter wees het verzoek tot verlenging af en oordeelde dat het in het belang van het herstel van het meisje was om terug naar huis te gaan. Wel bleef ze voor de duur van een jaar onder toezicht gesteld. Een jaar na het eerste incident volgde een tweede incident waarbij het meisje blauwe plekken opliep en de moeder aangifte deed van kindermishandeling tegen de vader.

---

39 Inspectie Jeugdzorg, 2008, *Rapport Baby T*.

40 Afspraken in een vrijwillig kader worden normaliter niet gemaakt door de Raad voor de Kinderbescherming.

- In een vierde voorval (C27) werd een ondertoezichtstelling uitgesproken voor een jongetje van acht maanden dat meervoudig gehandicapt is geraakt, vermoedelijk door het 'Shaken Baby Syndroom'. De ouders werden hiervan verdacht. Het jongetje verbleef in een verpleeghuis in verband met het strafrechtelijk onderzoek naar de mishandeling. Hij overleed ruim twee jaar later tijdens zijn verblijf in het verpleeghuis.

### 3 WET- EN REGELGEVING, RICHTLIJNEN EN REFERENTIEKADER VEILIGHEIDSMANAGEMENT

Dit hoofdstuk beschrijft het kader van wet- en regelgeving waarin het kindveiligheidsstelsel functioneert. Relevante verdragsteksten en wetgeving worden besproken in paragraaf 3.1. In paragraaf 3.2 komen brancherichtlijnen en normen aan de orde. In paragraaf 3.3 worden ten slotte de uitgangspunten geïntroduceerd die de Onderzoeksraad hanteert voor adequaat veiligheidsmanagement.

Het is van belang om op te merken dat het formele kader van wet- en regelgeving waarin het kindveiligheidsstelsel functioneert, sinds de inwerkingtreding van de Wet op de jeugdzorg in 2005 nauwelijks is veranderd.<sup>41</sup> De meeste veranderingen in de sector hebben betrekking op de richtlijnen die de betrokken organisaties binnen de branche hebben ontwikkeld. Ontwikkelingen in de richtlijnen vonden plaats tegelijk met en na de bestudeerde fatale voorvallen, en waren daardoor in de periode van de fatale voorvallen nog niet van kracht of nog niet volledig geïmplementeerd. In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken van eind 2010 weergegeven. De analyse van de voorvallen in de periode 2004-2007 houdt rekening met deze ontwikkelingen en zal ook aandacht besteden aan de betekenis van veranderingen die zich hebben voorgedaan.

#### 3.1 VERDRAGEN EN WETGEVING OVER FYSIEKE VEILIGHEID KIND

Hieronder volgt een korte opsomming van relevante verdragsteksten en wetgeving waarin de veiligheid van het kind wordt geregeld.

##### 3.1.1 Internationale verdragen

De werking van het kindveiligheidssysteem in Nederland wordt in belangrijke mate bepaald door verplichtingen die zijn vastgelegd in twee verdragen: Het Verdrag voor de Rechten van het Kind (VRK<sup>42</sup>; toetreding Nederland in 1995), en het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM; inwerkingtreding 1950). Het VRK legt de staat de volgende verplichtingen op:

1. De staat moet ervoor zorgen dat bedreigingen van de kindveiligheid gemeld kunnen worden en dat meldingen adequaat opgevolgd worden;
2. De staat moet er voor zorgen dat interventies kunnen worden vastgesteld en opgelegd, en dat de bevoegdheid om in te grijpen belegd is opdat de veiligheid van het kind daadwerkelijk gewaarborgd is;
3. De staat moet het daadwerkelijk melden van onveiligheid bevorderen;
4. De staat moet de bovenstaande verplichtingen vervatten in een stelsel van wet- en regelgeving, instituties en procedures.

In Nederland heeft de overheid deze verplichtingen ingevuld door het tot stand brengen van een normatief en een operationeel systeem. Het normatieve systeem bestaat uit nationale wet- en regelgeving. De planmatige uitvoering van het nationale beleid geschiedt door de publieke en private instanties in het kindveiligheidsstelsel. Dit operationeel systeem werkt in opdracht van provinciale en gemeentelijke overheden, aan wie de uitvoering van het nationale beleid is gedelegeerd.

Het EVRM, artikel 8, vormt de grondslag voor het recht op een gezinsleven, in de praktijk vertaald in het recht van ouders op een leven samen met hun kinderen. Het recht op een gezinsleven kan op gespannen voet staan met een ander recht uit het EVRM, artikel 3: niemand mag worden onderworpen aan vernederende behandelingen. Uit dit artikel vloeit de verplichting voort alert te zijn op onveiligheid van het kind en kinderen actief te beschermen.<sup>43</sup> Gebleken is dat zolang niet alle vormen van contact met het kind aan de ouders worden ontzegd maar omgang mogelijk blijft, actieve professionele bemoeienis met het kind waaronder gedwongen ziekenhuisopname voor nader onderzoek, geen schending oplevert van het recht op *family life*.<sup>44</sup>

41 Met uitzondering van art. 1:247 Burgerlijk Wetboek waar aan is toegevoegd dat ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld mogen toepassen (zie par. 4.1.2).

42 Het Verdrag wordt vaak aangeduid met *Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind* (IVRK).

43 Bruning, 2003.

44 Bruning, 2010.

### 3.1.2. Nationale wetgeving

Zes wetten hebben betrekking op de inrichting van het kindveiligheidsstelsel:

- a. Burgerlijk wetboek
- b. Wet op de Jeugdzorg
- c. Wetboek van Strafrecht
- d. Wet tijdelijk huisverbod
- e. Wet publieke gezondheid
- f. Wet Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen

Deze wetten worden hieronder kort toegelicht.

#### *Ad a. Burgerlijk wetboek*

Titel XIV:1 BW, *Het gezag over minderjarige kinderen*, regelt de rechten en plichten van ouders. Het verplicht de ouder om zijn minderjarig kind te verzorgen en op te voeden en geeft hem ook het recht daartoe. Onder verzorging en opvoeding worden mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind alsmede het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid. In de verzorging en opvoeding van het kind passen de ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld of enige andere vernederende behandeling toe.<sup>45</sup>

Er zijn drie verschillende maatregelen die de kinderrechter kan opleggen:

1. Ondertoezichtstelling al dan niet in combinatie met uithuisplaatsing: het gezag blijft bij de ouders.
2. Ontheffing uit het ouderlijk gezag: ouders verliezen het gezag.
3. Ontzetting uit het ouderlijk gezag: ouders verliezen het gezag.

De eerste maatregel, de ondertoezichtstelling, kan worden opgelegd indien een minderjarige zodanig opgroeit, dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd, en de ouders niet vrijwillig meewerken aan hulp.<sup>46</sup> De Raad voor de Kinderbescherming verzoekt de rechter het kind onder toezicht te stellen. De ondertoezichtstelling wordt uitgevoerd door het Bureau Jeugdzorg. Het gezag wordt in die zin beperkt dat een gezinsvoogd wordt aangesteld voor het kind. De ouders moeten ondersteuning aanvaarden van de gezinsvoogd en eventuele schriftelijke aanwijzingen van een Bureau Jeugdzorg opvolgen. Mochten de ouders bij een ondertoezichtstelling de schriftelijke aanwijzingen van het Bureau Jeugdzorg niet opvolgen, dan heeft de gezinsvoogd de mogelijkheid om bij de kinderrechter te vragen om een machtiging uithuisplaatsing. Op zichzelf is de weigering een schriftelijke aanwijzing op te volgen geen grond voor een uithuisplaatsing; dit kan alleen indien het noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding of tot onderzoek van diens geestelijke of lichamelijke gesteldheid.<sup>47</sup> De rechter neemt dan de beslissing of en voor welke duur de kinderen zonder instemming van de ouders uit huis geplaatst kunnen worden.

De tweede en derde maatregel zijn het meest verstrekkend en worden weinig toegepast: de ontheffing of ontzetting uit het ouderlijk gezag. In die gevallen raken de ouders het gezag over het kind kwijt en benoemt de kinderrechter een voogd, meestal een Bureau Jeugdzorg.<sup>48</sup> De ontheffing is bedoeld voor ouders die ongeschikt of onmachtig zijn. De ontzetting uit het ouderlijk gezag is de zwaarste maatregel. Dit gebeurt alleen indien de ouders zich verwijtbaar gedragen. Zowel de ondertoezichtstelling als het benoemen van een voogd kan in spoedgevallen 'voorlopig' gebeuren; het onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming gebeurt dan achteraf.

Bij een ondertoezichtstelling houdt een Bureau Jeugdzorg toezicht op de minderjarige en zorgt dat aan de minderjarige en de met het gezag belaste ouder hulp en steun worden geboden teneinde de bedreiging van de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van de minderjarige af te wenden. Deze hulp en steun zijn erop gericht de met het gezag belaste ouder de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding zoveel mogelijk te doen behouden.<sup>49</sup> Bij voogdij hebben ouders niet meer het gezag en behartigt het Bureau Jeugdzorg alle belangen van een minderjarige.

---

45 Art. 1:247 is in 2007 aangevuld met de zorg en de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind en het verbod op het toepassen van geweld. Hiermee werd iedere vorm van geweld door ouders - anders dan ter afwending van acuut gevaar voor het kind - afgewezen en kunnen ouders geen beroep meer doen op het 'ouderlijk tuchtrecht' indien zij worden beschuldigd van kindermishandeling.

46 Art. 1:254 BW.

47 Art. 1:261 BW.

48 Janssen & Bosschaart, 2009.

49 Art. 1:257 BW.

*Ad b. Wet op de Jeugdzorg*

De aanspraak op jeugdzorg en de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat deze aanspraak tot gelding kan worden gebracht, zijn vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg (Wjz). De Wjz delegeert de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat een kind aanspraak kan maken op jeugdzorg aan de provincie.<sup>50</sup>

In elke provincie is hiertoe één Bureau Jeugdzorg actief. Het Bureau Jeugdzorg is belast met het vaststellen van de zorgbehoefte van cliënten en het nemen van besluiten over zorgverlening, al dan niet met instemming van de cliënt of diens ouders. De stichting die een Bureau Jeugdzorg in stand houdt, heeft tevens tot taak om invulling te geven aan een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Uitgangspunt bij het uitoefenen van deze taken is dat zorg het belang van een onbedreigde ontwikkeling van het kind dient, en aansluit bij de behoefte van de cliënt. Deze zorg is derhalve niet ingrijpender dan noodzakelijk en wordt geboden zo dicht mogelijk bij de plaats waar de cliënt duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode.<sup>51</sup> Jeugdzorg wordt in principe alleen verleend op aanvraag van een cliënt; indien die minderjarig is, dient zijn wettelijk vertegenwoordiger toestemming te geven. Wanneer een kind onder toezicht is gesteld, kan jeugdzorg ook worden verleend zonder aanvraag.<sup>52</sup>

In de Wjz is geregeld<sup>53</sup> dat degene die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht, zonder toestemming van degene die het betreft, aan een Bureau Jeugdzorg inlichtingen kan verstrekken, indien dit noodzakelijk kan worden geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken. Ten slotte vormt de Wjz de grondslag voor de mogelijkheid die zorgverleners hebben om vermoedens van kindermishandeling anoniem te melden.<sup>54</sup>

*Ad c. Wetboek van Strafrecht*

Het Wetboek van Strafrecht stelt mishandeling strafbaar.<sup>55</sup> De mishandeling van zijn kind geldt hierbij als een verzwarende omstandigheid.<sup>56</sup>

*Ad d. Wet tijdelijk huisverbod*

In 2009 is de Wet tijdelijk huisverbod van kracht geworden waardoor een burgemeester tijdelijk een huisverbod kan opleggen aan de pleger van huiselijk geweld.<sup>57</sup> In het geval kinderen slachtoffer of getuige zijn geweest van partnergeweld vindt er altijd een melding plaats aan het Bureau Jeugdzorg / Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

*Ad e. Wet publieke gezondheid (Wpg)*

De Wpg belast gemeenten met de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Gemeenten hebben krachtens deze wet tot taak om op systematische wijze ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen te signaleren en te volgen, alsook de factoren die hun gezondheid bevorderen dan wel bedreigen.<sup>58</sup> De instellingen en beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg vormen een belangrijke groep professionele melders van (vermoedens van) kindermishandeling.

*Ad f. Wet Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)*

Op grond van de Wet Bopz kan de rechter op verzoek van de officier van justitie een voorlopige machtiging verlenen om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens, in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven.<sup>59</sup>

---

50 Wjz, art. 3.

51 Wjz, art. 5.4.

52 Wjz, art. 7 lid 6a (verwijst naar art 10 lid 1b waar de uitvoering van de ondertoezichtstelling door Bureau Jeugdzorg wordt geregeld).

53 Wjz, art. 48 lid 3.

54 Wjz, art. 13.7; uitvoeringsbesluit Wjz, art. 55.

55 WvS, Titel 20. Mishandeling, artikel 300 tot en met 306.

56 Artikel 304, lid 1 WvS: 'ten aanzien van de schuldige die het misdrijf begaat tegen zijn moeder, zijn vader tot wie hij in familierechtelijke betrekking staat, zijn echtgenoot, zijn levensgezel, zijn kind en over wie hij het gezag uitoefent of een kind dat hij verzorgt of opvoedt als behorend tot zijn gezin'.

57 Staatsblad, 2008, 421.

58 Wpg, art. 5.2.

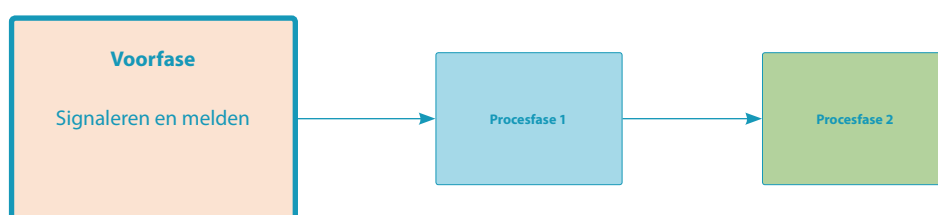
59 Wet Bopz, artikel 2, lid 1.

## 3.2 BELEID EN RICHTLIJNEN VOOR AANPAK (FYSIEKE) ONVEILIGHEID

De uitvoering van de hierboven besproken wetgeving berust bij de partijen in het kindveiligheidsstelsel. Zij hebben vooral de laatste jaren diverse richtlijnen en methoden ontwikkeld die de professionals in de sector ondersteunen bij hun handelen tijdens de procesfasen Signaleren en melden, Onderzoeken en besluiten en Zorgen en beschermen.

Dit onderzoek richtte zich op voorvallen in de periode 2004 - 2007. Sindsdien zijn er diverse beleidsontwikkelingen gaande die erop gericht zijn de signalering van mogelijke kindermishandeling te verbeteren, de onderzoekstijd te bekorten en de onveiligheid van kinderen beter te taxeren. In de volgende subparagrafen worden de relevante beleidsontwikkelingen per procesfase kort weergegeven. Een uitgebreider overzicht van de bestaande sectorspecifieke richtlijnen, protocollen en codes is opgenomen in bijlage D.

### 3.2.1 Voorfase: Signaleren en melden



De voormalig minister voor Jeugd en Gezin heeft in juni 2007 een actieplan voor de aanpak van kindermishandeling naar de Tweede Kamer gestuurd, getiteld 'Kinderen veilig thuis'. In dat actieplan staat een aantal kernpunten voor de aanpak van kindermishandeling tijdens de kabinetsperiode Balkenende IV. Hieronder worden er zes besproken.

#### 1. Invoeren RAK-aanpak<sup>60</sup> kindermishandeling.

In 2008 hebben 35 centrumgemeenten, provincies en stadsregio's zich gecommitteerd aan het realiseren van een samenhangende en effectieve, sluitende regionale aanpak van kindermishandeling. De gemeenten maken hierbij afspraken tussen lokale en regionale partners over de aanpak van kindermishandeling en het aanbieden van een programma voor training en scholing aan professionals. Eind 2010 zou de basis van het netwerk van samenwerkingsketens, gericht op de aanpak van kindermishandeling, gereed zijn. Daarmee is voorzien dat iedere regio een sluitende aanpak kindermishandeling ingevoerd heeft. De landelijke invoering van de regionale aanpak kindermishandeling is gebaseerd op de RAAK-aanpak die tussen 2003 en 2006 is ontwikkeld in een viertal proefregio's. De resultaten daarvan gaven aanleiding om deze werkwijze in heel Nederland in te voeren. Deze aanpak bestrijkt het hele zorgcontinuüm: van populatiegerichte universele preventie en opvoedingsondersteuning tot en met curatieve interventies na geconstateerde kindermishandeling. Uitgangspunt was en is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij in de regio al lopende ontwikkelingen en bestaande structuren. Binnen de regio's kunnen in de werkplannen, regionale handelingsprotocollen en scholingsplannen afspraken gemaakt worden, onder andere op het gebied van de voorlichting over het 'Shaken Baby Syndroom',<sup>61</sup> de (prenatale) screening van vrouwen ten behoeve van het signaleren van risicosituaties en de scholing van beroepsgroepen met betrekking tot kindermishandeling.<sup>62</sup> De landelijke RAK ondersteuning vanuit de rijksoverheid loopt eind 2010 af. De regionale plannen worden door de regio's ook na 1-1-2011 uitgevoerd.

60 Voorheen RAAK, Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling.

61 *Shaken Baby Syndroom*: Het Shaken Baby Syndroom is een term die wordt gebruikt om de gevolgen van het door elkaar schudden van een baby/jong kind te beschrijven. Het door elkaar schudden van baby's kan ernstige schade toebrengen aan de hersenen van een baby/jong kind. De internationaal geaccepteerde term is 'Abusive Head Trauma'

62 Programmaministerie Jeugd en Gezin, inzageactie.

2. *Het (opnieuw) ontwikkelen van meldcodes.*

Bij de rijksoverheid is een wet<sup>63</sup> in voorbereiding, die aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren de plicht oplegt om een meldcode de hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling. De verplichting zal gaan gelden voor de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs, de kinderopvang, de jeugdzorg en de maatschappelijke ondersteuning en voor politie en justitie.<sup>64</sup> Veel beroepsgroepen hebben inmiddels een meldcode ontwikkeld. In deze paragraaf staan de meldcodes genoemd die gericht zijn op de beroepsgroepen die beroeps-halve in aanraking komen met jonge kinderen met letsel:

- *Jeugdgezondheidszorg (JGZ) richtlijn.*  
De richtlijn 'JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling: Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling' (RIVM, 2010)<sup>65</sup> geeft aanwijzingen voor het herkennen van en omgaan met kindermishandeling. De richtlijn bestond al in 2003 en is in 2009 volledig herzien. De richtlijn is geschreven voor beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg, zoals jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam op consultatiebureaus en in de schoolgezondheidszorg. De richtlijn is gericht op zogenaamde vroegsignalering van risico's voor de ontwikkeling van jonge kinderen. Het doel is te voorkomen dat de ontwikkeling en veiligheid van het kind gevaar lopen.
- *KNMG-meldcode.*<sup>66</sup>  
Voor artsen is de 'KNMG-meldcode Kindermishandeling' (2008) de geldende professionele norm. Deze vervangt de KNMG meldcode uit 2002. Het uitgangspunt 'zwijgen, tenzij' wordt daarbij verlaten voor het uitgangspunt 'spreken, tenzij'. De gezondheidszorg-professional heeft geen meldplicht, maar een meldrecht. Daarnaast bestaat er wel een handelingsplicht, zeker indien de professional besluit niet te melden en de organisatie voor zorg zelf ter hand te nemen. Vele beroepsgroepen in de gezondheidszorg hebben op basis van deze KNMG-meldcode hun eigen specifieke protocollen ontwikkeld, onder andere de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen en de Landelijke Huisartsen Vereniging. De KNMG-meldcode benadrukt de professionele verantwoordelijkheid bij kindermishandeling en besteedt bijzondere aandacht aan de vertrouwensrelatie die medische beroepsbeoefenaren hebben met hun cliënt. De codes behandelen de omstandigheden waaronder zij worden geacht hun gebruikelijke zwijgplicht op te geven en melding te maken van hun vermoeden van kindermishandeling. Een verplichte stap is het consulteren van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en bij voorkeur ook een deskundig collega. Sinds de invoering van de meldcode is er bij artsen een grotere bereidheid ontstaan om te melden.<sup>67</sup>

3. *Aanwijzing opsporing en rol van de politie.*

Een derde onderwerp is de 'Aanwijzing opsporing en vervolging inzake kindermishandeling' die op 1 augustus 2009 in werking is getreden. Deze aanwijzing geeft politie en justitie instructies voor de opsporing en vervolging van kindermishandeling. Het doel van de aanwijzing is dat er meer aandacht en alertheid komt op kindermishandeling in de brede zin van het woord. Een uitgebreid arsenaal aan soorten kindermishandeling valt onder deze aanwijzing. Het strafrecht kan hierdoor eerder in beeld komen. In het kader daarvan is een protocol in ontwikkeling dat samenwerkingsafspraken bevat over het doen van melding van ernstige (vermoedens van) kindermishandeling vanuit de Bureaus Jeugdzorg/ Advies- en Meldpunten Kindermishandeling bij de politie. Uit de aanpak van partnergeweld is gebleken dat de politie een bijdrage kan leveren aan het stoppen van het geweld door gebruik te maken van haar strafvorderlijke bevoegdheden, zeker wanneer de officier van justitie vervolgens in zijn eis

63 Een tweede onderwerp uit het Actieplan van de minister is de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling die naar verwachting in 2011 in werking treedt. Instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren krijgen de plicht om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

64 Zie brief d.d. 20 november 2008 van de staatssecretaris van VWS en de ministers van Jeugd en Gezin en Justitie aan de Tweede Kamer, TK28345/72. Zie ook <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld>. Naar verwachting treedt de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in het voorjaar van 2011 in werking.

65 De definitieve versie is in 2010 vastgesteld. RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

66 KNMG: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

67 In 2006 was 1,3% van alle meldingen (13.815) afkomstig van de huisarts, 4,1% van de jeugdgezondheidszorg en 4,4% van een ziekenhuis. In 2009 was 1,8% van alle meldingen (16.574) van de huisarts, 4,0 % van de jeugdgezondheidszorg en 7,5 van de ziekenhuizen. Het in algemene zin signaleren van de aanwezigheid van risicofactoren is geen onderdeel van deze codes. Een aanleiding om te melden is er pas wanneer een vermoeden van mishandeling ontstaat. Bron: Jaarcijfers AMK van 2006 en 2009.



daderhulpverlening opneemt. Het oogmerk is niet het straffen van ouders, maar wel om hen met drang of dwang hulp te laten accepteren, waar vrijwillig vaak geen gebruik van gemaakt wordt.

4. *Verwijsindex risicojongeren.*

De verwijsindex<sup>68</sup> heeft tot doel vroegtijdige en onderlinge afstemming tussen 'meldingsbevoegden' te bewerkstellingen. Deze afstemming beoogt jeugdigen tijdig passende hulp, zorg of bijsturing te verlenen om daadwerkelijk bedreigingen van de noodzakelijke condities voor een gezonde en veilige ontwikkeling naar volwassenheid te voorkomen, te beperken of weg te nemen. Een professional die daartoe bevoegd is, kan een jeugdige melden aan de verwijsindex als hij een redelijk vermoeden heeft dat deze jeugdige door één van de in de wet genoemde risico's wordt bedreigd in zijn ontwikkeling naar volwassenheid. Als een andere professional dezelfde jeugdige ook aan de verwijsindex meldt, dan stelt de verwijsindex de betrokken professionals van elkaars betrokkenheid bij de gemelde jeugdige op de hoogte. In de verwijsindex worden geen andere gegevens verwerkt dan het burger service nummer van de gemelde jeugdige en de identificatie- en contactgegevens van de professional die de melding doet en, in voorkomende gevallen, van de coördinator, bedoeld in artikel 21 van de wet.<sup>69</sup>

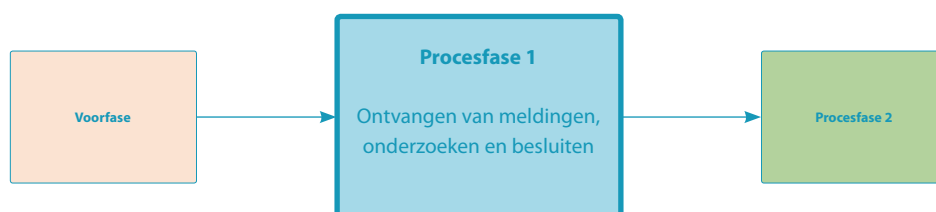
5. *Digitaal dossier jeugdgezondheidszorg/EKD.*

Het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) bevat informatie over het kind, en de gezinssituatie en omgeving van het kind. Dit dossier werd eerder ook wel Elektronisch Kinddossier of EKD genoemd. Het DD-JGZ is het medisch dossier dat medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg bijhouden van kinderen die ze in zorg hebben. Het dossier volgt de ontwikkeling van een kind. Het dossier is niet toegankelijk voor anderen dan de jeugdarts of jeugdverpleegkundige van de jeugdgezondheidszorg die direct contact heeft met het kind. Op 3 oktober 2007 heeft de Tweede Kamer verzocht om het Elektronisch Kind Dossier van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) te verbreden en zo informatie-uitwisseling tussen de Jeugdgezondheidszorg en andere partijen in de jeugdhulpverlening mogelijk te maken. De minister voor Jeugd en Gezin achtte dit eind 2008 op grond van een haalbaarheidsstudie een brug te ver vanwege onder meer de behoefte van hulpverleners om informatie over gezinnen mondeling te kunnen toelichten, een gebrek aan eenheid in taal tussen de verschillende disciplines, privacyproblemen en ICT-problemen. Hij heeft het beleid verder gericht op de Verwijsindex.

6. *Helpdesk voor professionals voor privacyvraagstukken.*

De Helpdesk Privacy Jeugd en Gezin is ingesteld om vragen te beantwoorden uit het veld over privacy op het terrein van jeugd in de leeftijd van 0 tot en met 23 jaar. De helpdesk werkt voor de sectoren justitie en politie, onderwijs, (jeugd)gezondheidszorg en -hulpverlening.

3.2.2. *Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten*



De Bureaus Jeugdzorg, de Advies- en Meldpunten Kinder mishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming hanteren verscheidene protocollen en beleid om de in hun organisaties werkzame professionals te ondersteunen tijdens de procesfase Onderzoeken en besluiten. De afgelopen jaren hebben de actoren in sector op verschillende sporen ingezet. Zij worden hieronder kort besproken.

68 Het wetsvoorstel is verheven tot wet en is gepubliceerd (Stb. 2010, 89). Met publicatie van de amvb die onder deze wet hangt, is de wet gelijk met de amvb per 1 augustus 2010 in werking getreden (Stb. 2010, 302).

69 Programmaministerie Jeugd en Gezin, inzage reactie.

1. *Maken van overkoepelend beleid ten aanzien van veiligheid Bureaus Jeugdzorg*  
 In 2008 heeft de MOgroep Jeugdzorg<sup>70</sup> de notitie 'Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg' vastgesteld. Deze notitie komt voort uit het Landelijk Actieprogramma Aanpak Kindermishandeling (LAAK) van de MOgroep Jeugdzorg. LAAK hield in dat alle instellingen voor jeugdzorg veiligheid voor kinderen opnemen als kernwaarde en dit binnen de jeugdzorg op alle niveaus uitwerken en doorvoeren.  
 De MOgroep Jeugdzorg benoemt in de beleidsnotitie de aanpak van kindermishandeling tot eerste prioriteit voor de bureaus jeugdzorg. De notitie bevat een overkoepelende visie op veiligheidsbeleid en risicomanagement met onder andere aandacht voor methodisch werken, de medewerkers en de organisatie. Een ander hoofdstuk gaat over het beslissen over de veiligheid in de praktijk. Deze (kern)beslissingen dienen gestructureerd te verlopen. Voor elke kernbeslissing<sup>71</sup> dient door de medewerker van het Bureau Jeugdzorg informatie te worden verzameld en een beoordeling plaats te vinden. Alle beslissingen worden door de professional intern eerst besproken met de gedragswetenschapper of leidinggevende. In de notitie wordt ook het begrip fysieke veiligheid uitgewerkt.<sup>72</sup> De gehanteerde instrumenten of methoden door het Bureau Jeugdzorg zijn aangepast (zie hieronder) waarbij de kernbeslissingen over veiligheid als uitgangspunt zijn genomen. Het gaat dan om ORBA, het (nieuwe) Handboek Indicatiestelling en het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij.
  
2. *Ontwikkelen van (nieuwe) methoden en protocollen*  
 De Bureaus Jeugdzorg, de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming hebben alle geïnvesteerd in het ontwikkelen van nieuwe protocollen en methoden.<sup>73</sup>
  - De *Advies- en Meldpunten Kindermishandeling* hebben Het 'Protocol van handelen Advies- en Meldpunten Kindermishandeling bij vermoedens van kindermishandeling in relaties van afhankelijkheid en onvrijheid' herzien. (MOgroep Jeugdzorg, 2009; oorspronkelijke versie 2004) . Het protocol van handelen geeft richtlijnen voor de medewerkers van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Daarnaast gebruiken de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling de ORBA-systematiek als meer methodische uitwerking van negen te nemen, zogenaamde KERNBESLISSINGEN.<sup>74</sup> Om de professional bij deze kernbeslissingen te ondersteunen, zijn zes hulpmiddelen - checklists en beslisschema's - ontwikkeld. Bij de meeste Advies- en Meldpunten Kindermishandeling wordt de CARE-NL gebruikt voor de risicotaxatie.
  - De *Bureaus Jeugdzorg* hebben hun primaire processen gedetailleerd beschreven in relatie tot het wettelijk kader van de Wjz in het 'Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg' (Ordina, 2005). Dit referentiewerkmodel vormt tevens de basis voor het 'Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg' (MOgroep Jeugdzorg, 2007).<sup>75</sup> Dit Handboek INDICATIESTELLING bevat het 'Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling' (LIRIK, een hulpmiddel om gestructureerd te kunnen nagaan of mogelijk sprake is van kindermishandeling en het inschatten van de veiligheidsrisico's voor de jeugdige in de toekomst) en het instrument 'Gestructureerde Checklist Toegang' (GCT).
  - De *Raad voor de Kinderbescherming* hanteert protocollen met een gedetailleerde beschrijving van de voorgeschreven werkwijze voor de beschermingsonderzoeken (Protocol Beschermingstaken).<sup>76</sup> Dit protocol gaat onder meer in op de werkwijze van het raads-onderzoek, te weten: de intake, met kwaliteitseisen ten aanzien van de intakewerkzaamheden; het onderzoek; de rapportage; de toetsende taak. Dit protocol is in 2009 herzien. De Raad voor de Kinderbescherming heeft tevens in 2009 een nieuwe methode ontwikkeld om de beschermingsonderzoeken uit te voeren: Nieuwe Raadsmethode (NRM).

70 MOgroep: Maatschappelijke Ondernemersgroep Jeugdzorg. Per 1-1-2011 Jeugdzorg Nederland.

71 Zie bijlage D.

72 Zie bijlage D.

73 Zie bijlage D.

74 Zie bijlage D.

75 Een herziene versie van dit handboek verschijnt in 2010.

76 De Raad voor de Kinderbescherming voert meer taken uit dan alleen beschermingsonderzoeken. Het 'Kwaliteitskader 2009: Beleidsregels met betrekking van de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming' bevat het algemene kader dat van toepassing is op de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming.

3. *Verbeteren van de kwaliteit van de jeugdbescherming*

Het beleidsprogramma 'Beter Beschermd' is in 2005 gestart en is recentelijk (in 2010) afgerond.<sup>77</sup> Het doel van dit programma is om de kwaliteit van de jeugdbescherming te vergroten door:

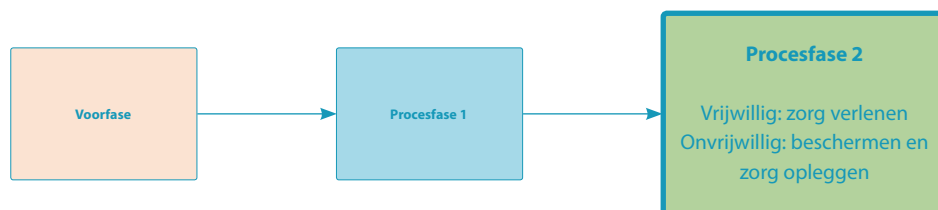
1. Verkorten van de doorlooptijden in de jeugdbeschermingsketen.
2. Verbeterde informatievoorziening in de jeugdbeschermingsketen.
3. Verbeterde uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen.
4. Herziening kindbeschermingswetgeving.

Vooraf de eerste twee doelen beogen te komen tot één landelijke werkwijze voor samenwerking tussen de kerninstanties (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling/Bureau Jeugdzorg, Raad voor de Kinderbescherming en de kinderrechter). Het doel van de nieuwe werkwijze is dat de doorlooptijden worden verkort en in concrete situaties sneller besloten kan worden over het inzetten van een jeugdbeschermingsmaatregel.<sup>78</sup> Sinds 2009 vindt daartoe in elke regio een zogenaamd casusoverleg bescherming plaats tussen deze partijen. Voor de verbeterde uitvoering van de kindbeschermingsmaatregelen verwijst de Onderzoeksraad naar de volgende paragraaf. De herziening van de kindbeschermingswetgeving is als voorstel aan de Tweede Kamer aangeboden.

4. *Professionaliseren van de jeugdzorg*

In het kader van de professionalisering van de jeugdzorg zijn de minister voor Jeugd en Gezin en de sector een aantal kwaliteitsprogramma's gestart waaronder de 'Verbetering Indicietelling Bureaus Jeugdzorg' (VIB). In 2007 is invulling gegeven aan het 'Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg'. Dit actieplan wil beroepskrachten in de jeugdzorg een professioneel kader verschaffen waarbinnen zij hun taken kunnen vervullen. Er is binnen dit actieplan aandacht voor beroepsprofielen, een beroepsregister, beroepscode en als sluitstuk het invoeren van een tuchtrecht.

3.2.3. *Procesfase 2: Zorgen en beschermen*



De richtlijnen, protocollen en beleidsprogramma's ter verbetering van deze procesfase richten zich in belangrijke mate op verdere professionalisering van de uitvoerende professionals, en een versterking van hun oordeelsvermogen. De belangrijkste initiatieven zijn hieronder vermeld.

1. *Ontwikkelen Deltamethode Gezinsvoogdij*

De 'Deltamethode gezinsvoogdij'<sup>79</sup> is een methode voor de uitvoering van onder toezichtstellingen. De methode richt zich op gezinsvoogden, en is tot stand gekomen als onderdeel van het programma 'Beter Beschermd' van het Ministerie van Justitie. De Deltamethode baseert zich op een analyse van de wettelijke grondslag van de ondertoezichtstelling (art. 1:254 BW), en biedt de professionals van de Bureaus Jeugdzorg praktische handvatten om aan breed geformuleerde wettelijke bepalingen invulling te geven. Uitgangspunt in de Deltamethode is het 'belang van het kind'. De Deltamethode concretiseert dit belang vanuit een ontwikkelingsperspectief.<sup>80</sup> Dat betekent dat professionals voortdurend moeten kijken naar hoe het kind zich

77 Brief van de minister van Jeugd en Gezin, 15 februari 2010. TK 2009/10. 31001, nr. 85 en Brief van de minister van Jeugd en Gezin, 17 augustus 2010. TK 2009/10. 31001, nr. 93

78 Concreet luidde de doelstelling dat de ketendoorlooptijd van een beschermingszaak moest worden teruggebracht van (voorheen) ruim een jaar naar circa twee maanden. De opgestelde normen zijn: (1) Binnen één dag na de melding van zorgen is een inschatting gemaakt van de ernst van de bedreiging; (2) Binnen 2 maanden is waar nodig een onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming uitgevoerd en een maatregel voor kindbescherming uitgevoerd; (3) Binnen 5 dagen daarna is er daadwerkelijk contact tussen gezinsvoogd en kind en/of gezin.

79 PI Research/Van Montfoort, 2009.

80 Handboek Deltamethode gezinsvoogdij, versie 3, december 2009.

ontwikkelt en of dat zorgelijk is vergeleken met de 'normale ontwikkeling' van een kind. De bedreiging van het kind wordt dus geformuleerd in termen van de bedreiging in de *ontwikkeling* van het kind. Veiligheid wordt hier genoemd als voorwaarde voor een normale ontwikkeling. Op verzoek van de minister voor Jeugd en Gezin moet in de jeugdbeschermingzaken verplicht jaarlijks een risicotaxatie-instrument worden ingezet.<sup>81</sup>

2. *Hervatten van de toetsende taak door de Raad voor de Kinderbescherming*

Sinds 1995 behoort de Raad voor de Kinderbescherming in alle aflopende ondertoezichtstellingen te toetsen of de beëindiging van de maatregel verantwoord is. Deze taak werd echter niet uitgevoerd. Naar aanleiding van de dood van de peuter Savanna kondigde de minister aan dat de toetsende taak wel zou gaan gebeuren. In 2008 bleek de toetsende taak naar oordeel van de Inspectie Jeugdzorg onvoldoende te worden uitgevoerd.<sup>82</sup> Tussen de Bureaus Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming zijn inmiddels samenwerkingsafspraken gemaakt over het uitvoeren van de toetsende taak. Eind 2010 moet de toetsende taak weer volledig worden uitgevoerd.<sup>83</sup>

3. *Regelen van de coördinatie van zorg*

Om te verduidelijken wie verantwoordelijk is voor de regie en hulpverlening als twee of meer instanties bemoeienis hebben met jeugdigen of een gezin, heeft de minister voor Jeugd en Gezin in 2009 een voorstel tot wijziging van de Wet op de Jeugdzorg aan de Tweede Kamer aangeboden.<sup>84</sup> In het wetsvoorstel krijgt de gemeente de regierol over de jeugdzorgketen. Dit houdt in dat de gemeente ervoor moet zorgen dat de verschillende instanties die betrokken zijn bij hulpverlening aan jongeren, sluitende samenwerkingsafspraken maken. Een van de onderwerpen waarover verplicht afspraken moeten worden gemaakt, is de coördinatie van de zorg. Als twee of meer instanties met één kind of gezin bemoeienis hebben en het gezin niet zelf voor afstemming kan zorgen, moet duidelijk zijn welke instelling er voor verantwoordelijk is dat de benodigde hulp of zorg daadwerkelijk wordt verleend.

In beginsel zal de hulpverlener die het meest bij het kind of gezin is betrokken, belast zijn met de coördinatie van de zorg. Voor het geval er een impasse ontstaat, geeft het wetsvoorstel de burgemeester de bevoegdheid om een instantie aan te wijzen, die wordt belast met de coördinatie van de zorg. Deze aanwijzing kan worden gegeven aan een instelling voor (school) maatschappelijk werk, een instelling die jeugdgezondheidszorg uitvoert, of een Bureau Jeugdzorg.<sup>85</sup> De minister voor Jeugd en Gezin vermeldde niet hoe deze gemeentelijke regierol zich verhoudt tot de regie door het Bureau Jeugdzorg wanneer sprake is van jeugdbescherming en betrokkenheid van professionals die niet onder de gemeente vallen.<sup>86</sup> Daarnaast heeft een parlementaire werkgroep een toekomstverkenning uitgevoerd voor de jeugdzorg.<sup>87</sup> Ook deze schets verschuift de vrijwillige jeugdzorg naar de gemeenten. In het kader van de oprichting van de centra voor jeugd en gezin is een nota<sup>88</sup> opgesteld, die aanknopingspunten geeft voor de aanpak van kindermishandeling en de bijdrage daaraan van de jeugdgezondheidszorg. Ook deze nota vermeldt regie door deze gemeentelijke dienst bij vrijwillige zorg.

---

81 De te gebruiken instrumenten staan in bijlage D.

82 De Inspectie Jeugdzorg heeft begin 2008 onderzoek gedaan naar de toetsing door de Raad van de voorgenomen beslissingen van Bureau Jeugdzorg tot terugplaatsing van het kind naar huis en kwam tot de conclusie dat deze toetsende taak kwalitatief onvoldoende wordt uitgevoerd (rapport 'De toetsende taak van de Raad voor de Kinderbescherming' uit september 2008).

83 De Inspectie Jeugdzorg heeft in 2010 een rapport uitgebracht over de doorgevoerde verbeteringen en kwam tot de conclusie dat de kwaliteit van de uitvoering van de toetsende taak bij beslissingen tot terugplaatsing naar huis - ondanks de inspanningen van de Raad en de MOgroep Jeugdzorg - als geheel nog steeds niet voldoende is. (rapport 'De toetsende taak van de Raad voor de Kinderbescherming bij beslissingen tot terugplaatsing naar huis' uit februari 2010).

84 Tweede Kamer 2009-2010, 31977, nr. 2.

85 Bron: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, inzagereactie.

86 Brief minister voor Jeugd en Gezin aan de Tweede Kamer d.d. 2 november 2009.

87 Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, 2010.

88 GGD-Nederland, *Zorgcoördinatie in de Jeugdgezondheidszorg*, 2006. Uitwerking van Operatie Jong actiepunt vroegsignalering. Visienota Z-org en GGD Nederland; Factsheet Zorgcoördinatie, V&VN Fractie JGZ, versie 1.0, mei 2008.

### 3.3 REFERENTIEKADER VOOR VEILIGHEIDSMANAGEMENT

De Onderzoeksraad paste in deze studie zijn inzichten over veiligheid in organisaties toe op de taak van de overheid voor kindveiligheid. De Onderzoeksraad hanteert in zijn onderzoeken een eigen referentiekader met vijf algemene uitgangspunten voor het beoordelen van de kwaliteit van het veiligheidsmanagement van betrokken partijen. Deze vijf uitgangspunten hebben in de onderzoeken van de Onderzoeksraad betrekking op organisaties en hoe zij zorgen voor veiligheid. Door zo'n aanpak worden de kans op menselijk falen en de gevolgen daarvan zoveel mogelijk beperkt. Fouten die toch optreden, bieden aanknopingspunten om nieuwe risico's; te identificeren en de veiligheidsaanpak verder te verbeteren. Voor deze studie naar kindveiligheid zijn de vijf punten uit het referentiekader 'vertaald' naar de aanpak van overheidsinstellingen en professionals die zij in concrete voorvallen hanteren als de fysieke veiligheid van een kind in het geding is. Nadrukkelijk moet hierbij worden vermeld dat voorvallen met een fatale afloop niet allemaal te voorkomen zijn, en dat een sterfgeval niet hoeft te betekenen dat er sprake is van vermijdbaar menselijk falen.

Het referentiekader van de Raad bevat de onderstaande vijf aandachtspunten.

#### 1. *Inzicht in de risico's als basis voor de veiligheidsaanpak*

Adequaat veiligheidsmanagement neemt de te beheersen risico's als uitgangspunt voor zijn veiligheidsaanpak. De risico's worden geïnventariseerd en op basis hiervan wordt vastgesteld welke risico's beheerst dienen te worden en welke maatregelen daarvoor noodzakelijk zijn.

Voor deze studie betekent dit dat professionals namens de overheid in een concrete casus de risico's inventariseren die de fysieke veiligheid van het kind in zijn gezinssituatie bedreigen, en deze evalueren. Op basis van deze inventarisatie en -evaluatie van risico's kan worden vastgesteld welke risico's beheerst dienen te worden en welke veiligheidsmaatregelen daarvoor noodzakelijk zijn.

De Onderzoeksraad gaat er vanuit dat de betrokken partijen bij de risico-inventarisatie en -evaluatie en bij de keuze van de maatregelen de relevante wetten, regels en richtlijnen in acht nemen en dat zij daarbij *best practices* uit hun branche betrekken. Ook wordt verwacht dat de betrokken partijen eerdere ervaringen meenemen in hun risicobeheersing. De Onderzoeksraad verwacht verder dat bij de risico -inventarisatie alle bedreigingen en aspecten die het risico beïnvloeden, mee worden genomen.

#### 2. *Aantoonbare en realistische veiligheidsaanpak*

Vervolgens moet een realistische en praktisch toepasbare veiligheidsaanpak worden gekozen en vastgelegd, die erop is gericht om ongewenste gebeurtenissen te voorkomen en risico's te beheersen. De aanpak omvat in ieder geval:

- Een beschrijving van de wijze waarop de gehanteerde veiligheidsaanpak tot uitvoering wordt gebracht, met aandacht voor de concrete doelstellingen, plannen inclusief de daaruit voortvloeiende maatregelen.

Voor deze studie betekent dit dat betrokken professionals namens de overheid in een concrete casus een aanpak bepalen die de fysieke veiligheid van het kind waarborgt.

#### 3. *Uitvoering en handhaving*

Ten derde wordt de kwaliteit van het veiligheidsmanagement bepaald door de mate waarin de voorgenomen veiligheidsaanpak ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd, en de wijze waarop de organisatie hierop toeziet. Uitvoering en handhaving van de aanpak vindt plaats door:

- Transparante en eenduidige verdeling van verantwoordelijkheden op de werkvloer voor de uitvoering en handhaving van veiligheidsplannen en maatregelen;
- Duidelijke vastlegging van de vereiste personele inzet en deskundigheid voor de verschillende taken;
- Een duidelijke en actieve centrale coördinatie van veiligheidsactiviteiten.

Voor deze studie betekent dit dat professionals de aanpak van de fysieke onveiligheid van het kind daadwerkelijk uitvoeren en toezien op de effecten daarvan.

De Onderzoeksraad verwacht dat de betrokken partijen in de veiligheidsaanpak randvoorwaarden opnemen voor een goede implementatie en handhaving van de aanpak om de fysieke veiligheid van het kind te kunnen borgen.

#### 4. *Aanscherping*

De veiligheidsaanpak dient continu aangescherpt te worden op basis van nieuwe informatie over risico's. Risico's zijn geen statische gegevens, maar kunnen veranderen met de context waarin processen worden uitgevoerd. Een adequaat systeem van veiligheidsmanagement voorziet in een zogenaamde leerlus,<sup>89</sup> waarbij ervaringen uit het proces systematisch worden gebruikt om het proces te verbeteren en de risicobeheersing te actualiseren.

Voor deze studie betekent dit voor iedere concrete casus continu gekeken wordt of de veiligheidsaanpak daadwerkelijk zorgt voor de beoogde fysieke veiligheid van het kind.

Ten tweede wordt dit specifieke uitgangspunt toegepast op organisatieniveau en heeft dan betrekking op hoe de betrokken instellingen leren van incidenten en voorvallen.

De Onderzoeksraad verwacht dat de veiligheidsaanpak continu aangescherpt wordt op basis van:

- Het periodiek, maar in ieder geval bij iedere wijziging van uitgangspunten, uitvoeren van (risico)analyses, observaties, inspecties en audits (proactieve aanpak);
- Een systeem van monitoring en onderzoek van incidenten, bijna-ongevallen en ongevallen, alsmede een deskundige analyse daarvan (reactieve aanpak). Op basis hiervan worden evaluaties uitgevoerd en wordt eventueel door het management de veiligheidsaanpak bijgesteld. Tevens worden verbeterpunten aan het licht gebracht waarop actief kan worden gestuurd.

#### 5. *Managementsturing en communicatie*

Ten slotte is het voor de levensvatbaarheid van veiligheidsmanagement van belang, dat het management van de organisatie betrokkenheid toont en actief stuurt op de uitvoering. Ook is doorlopende communicatie over de inrichting, uitvoering en aanpassing van het veiligheidsmanagement essentieel. Voor deze studie wordt dit punt buiten beschouwing gelaten.

---

<sup>89</sup> *Leerlus (enkele)*: Het vergelijken van het resultaat met het doel dat men nastreefde en het zonodig bijstellen van het programma om het doel te bereiken. In deze studie: nagaan of interventies en beschermingsmaatregelen hebben gewerkt zoals bedoeld en eventueel bijstellen.

*Leerlus (dubbele)*: Nagaan of beoogde doel adequaat was. In deze studie: nagaan of de juiste beschermingsmaatregelen zijn gekozen.



## 4. BETROKKEN PARTIJEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Bij de bestudeerde voorvallen zijn naast de ouders verscheidene andere partijen betrokken. Hieronder worden deze partijen benoemd en worden hun taken en verantwoordelijkheden beschreven, voor zover deze betrekking hebben op het waarborgen van de fysieke veiligheid van het kind wanneer die veiligheid in zijn thuissituatie wordt bedreigd.

Alleen partijen die een rol hebben gespeeld in de onderzochte voorvallen zijn betrokken in de opsomming. In dit verband is van het belang op te merken dat de Bureaus Jeugdzorg provinciaal georganiseerd zijn,<sup>90</sup> waarbij sprake is van aanmerkelijke verschillen in de wijze waarop de uitvoering van werkzaamheden plaats vindt. Ook de Raad voor de Kinderbescherming, ofschoon één organisatie, heeft zijn werkzaamheden decentraal georganiseerd. Niet alle vijftien Bureaus Jeugdzorg zijn in dit onderzoek vertegenwoordigd, aangezien bij de selectie van te onderzoeken voorvallen geen landelijke dekking is nagestreefd.<sup>91</sup>

Paragraaf 4.1 geeft een kort overzicht van de partijen die betrokken zijn bij het kindveiligheidsstelsel en hun respectievelijke rollen in het waarborgen van de fysieke veiligheid van het kind. In de paragrafen 4.2 - 4.4 worden per onderscheiden procesfase de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van deze partijen besproken.

### 4.1 OVERZICHT KINDVEILIGHEIDSSTELSEL

Het waarborgen van de fysieke veiligheid van het kind wanneer ouders dat niet doen is een taak van de overheid. De bescherming van het kind vindt haar oorsprong in charitatieve instellingen in de private sector. Gaandeweg is de bescherming van het kind meer een onderdeel geworden van het politiek-bestuurlijk systeem. In 1995 ratificeerde Nederland het Verdrag voor de Rechten van het Kind, waarin de verantwoordelijkheid voor de overheid expliciet is geformuleerd. In 2007 stelde de regering een speciaal programmaministerie in voor Jeugd en Gezin. Het toenmalige kabinet was van mening dat jeugd- en gezinsbeleid meer aandacht behoeft. Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin werd verantwoordelijk voor een samenhangend kind- en gezinsvriendelijk beleid dat gedragen wordt door ouders, professionele hulpverleners, gemeenten en provincies.<sup>92</sup>

Sinds het regeerakkoord van 2010 is het programmaministerie opgeheven en dragen twee verschillende ministers verantwoordelijkheid, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie.<sup>93</sup>

Voor de uitvoering is een procesketen ingericht die kan worden verdeeld in de procesfasen Signalering en melding, Onderzoeken en besluiten en Zorgen en beschermen. Deze fasen zijn in hoofdstuk twee geïntroduceerd.

Een belangrijke partij in de procesketen zijn de Bureaus Jeugdzorg, waarvoor nu nog Gedeputeerde Staten - respectievelijk het bestuur van de stadsregio's Amsterdam, Rotterdam en Den Haag - verantwoordelijkheid dragen. De Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, die een belangrijke rol spelen aan de voorzijde van de procesketen, zijn een zelfstandig onderdeel van het Bureau Jeugdzorg. De regering heeft het voornemen om de (vrijwillige) jeugdzorg over te hevelen naar de gemeenten. Wat er met de jeugdbescherming (onvrijwillige jeugdzorg, zie hoofdstuk twee) gaat gebeuren, is nog niet bekend.<sup>94</sup>

90 Art. 4 Wjz bepaalt dat de Bureaus Jeugdzorg op provinciaal niveau worden ingesteld. Voor de stadsregio's Amsterdam, Rotterdam en Den Haag is een afwijkend regime overeengekomen; voor hun territoria worden de aan Gedeputeerde Staten toegewezen taken en bevoegdheden uitgeoefend door de besturen van de stadsregio's. Dit brengt het totale aantal Bureaus Jeugdzorg op vijftien.

91 Zie NJI, *Secundaire analyse onderzoeken AMK's, Onderzoeksrapport op verzoek van de Inspectie jeugdzorg*, jan 2010 voor een gedegen vergelijking van de werkwijze van de 15 AMK's in de periode 2000 - 2009. Voor andere instanties in het kindveiligheidsstelsel is geen vergelijking beschikbaar.

92 TK 31001, nr. 5, Programma voor Jeugd en Gezin, 28 juni 2007.

93 In de periode 2007-2010 was er een coördinerend minister voor Jeugd en Gezin.

94 Stand van zaken eind 2010.



De Advies- en Meldpunten Kindermishandeling van de Bureaus Jeugdzorg zijn voor hun functioneren afhankelijk van meldingen van vermoedens van kindermishandeling, afkomstig uit de omgeving van het kind. Deze meldingen kunnen worden gedaan door de sociale omgeving - familie, buren, vrienden en kennissen - maar ook door professionele melders uit de maatschappelijke of (para)medische omgeving van het gezin.

De functionarissen bij de Bureaus Jeugdzorg en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling zijn verantwoordelijk voor het nemen van zogenaamde kernbeslissingen met betrekking tot zorgverlening aan het kind en het gezin. Het belang van het kind en een zo beperkt mogelijke interventie zijn hierbij de leidende beginselen. Wanneer ouders niet mee willen werken aan hulpverlening in het vrijwillig kader of deze hulp onvoldoende wordt benut, wordt de Raad voor de Kinderbescherming bij de procesketen betrokken. De Raad voor de Kinderbescherming vertegenwoordigt het belang van het kind; hij kan de kinderrechter verzoeken tot het uitspreken van een maatregel van kinderbescherming. In dit geval wordt het ouderlijk gezag gepasseerd.

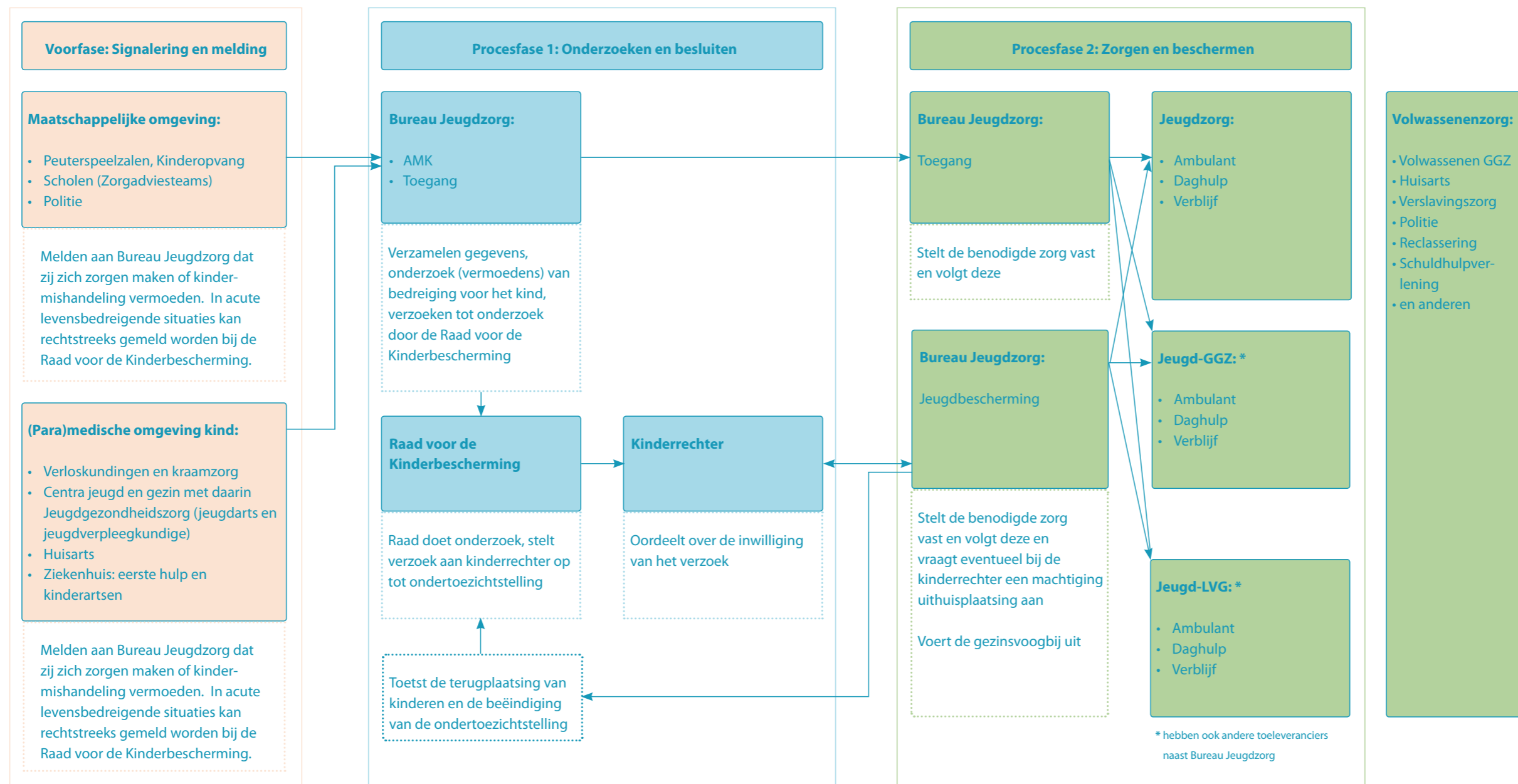
Bij het coördineren van zorg en bescherming voor het kind speelt het Bureau Jeugdzorg - de afdelingen Toegang en Bescherming - wederom een sleutelrol. Het Bureau Jeugdzorg oefent de gezinsvoogdij uit bij een ondertoezichtstelling, bepaalt wie de zorg aan het kind coördineert en volgt de zorgverlening. De zorg wordt niet door het Bureau Jeugdzorg zelf verleend, maar door zorgaanbieders zoals de jeugd-GGZ en andere instellingen voor jeugdzorg.

De organisatie van het kindveiligheidsstelsel en de wijze waarop dit wordt aangestuurd door de gemeentelijke en provinciale overheid blijven in dit onderzoek buiten beschouwing. Echter, het College van Burgemeester en Wethouders is, ingevolge de Wet publieke gezondheid, wel verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, waarin een belangrijke groep professionele melders werkzaam is. De gemeente speelt derhalve een belangrijke faciliterende rol in de procesfase Signalering en melding. Zoals gezegd zal de rol van de gemeente in de nabije toekomst veranderen en krijgt de gemeente ook taken van Bureau Jeugdzorg.

Voor deze studie zijn betrokken partijen geïdentificeerd aan de hand van wet- en regelgeving en aan de hand van de gebeurtenissen die leidden tot het overlijden of bijna overlijden van de kinderen in de bestudeerde dossiers. Een overzicht van de belangrijkste partijen betrokken bij deze aanpak is weergegeven in figuur 3, evenals hun taken en de procesketen.

Figuur 3 illustreert dat:

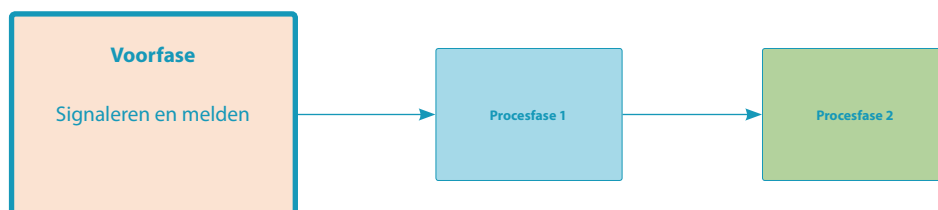
- Aansturing plaatsvindt vanuit drie overheidslagen: rijk, provincies en grootstedelijke regio's, en gemeenten;
- Veel instanties onveilige situaties kunnen signaleren en melden;
- Meldingen over signalen van kindermishandeling binnen Bureau Jeugdzorg zowel naar de afdeling Toegang als het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling kunnen gaan. Het onderzoek daarnaar vindt in principe plaats door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.
- Onderzoek naar aanleiding van een signaal op verschillende plaatsen kan gebeuren afhankelijk van de mate van urgentie en de procesfase (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, afdeling Toegang van Bureau Jeugdzorg én Raad voor de Kinderbescherming);
- Bij de zorg rondom een kind en een gezin, naast de jeugdzorg, ook veel andere instellingen en professionals betrokken zijn, met name instanties gericht op gezondheidszorg voor volwassenen.



Figuur 3: Overzicht van de (groepen) betrokken partijen.



## 4.2 VOORFASE: SIGNALEREN EN MELDEN



Bij de procesfase Signalering en melding zijn de instanties betrokken waar professionele melders werkzaam zijn. Zij zijn degenen die een vermoeden van kindermishandeling kunnen melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.<sup>95</sup> Gezien de aard van hun werkzaamheden - zij zijn dikwijls langdurig bij het opgroeiende kind betrokken, en zien in de uitoefening van hun beroep veel kinderen - hebben professionele melders de beschikking over kennis die hen in principe in staat stelt bedreigingen van de fysieke veiligheid van het kind gemakkelijker te onderkennen en in te schatten dan melders uit de sociale omgeving. Dit onderzoek onderscheidt twee groepen professionele melders:

- Beroepsbeoefenaren die uit hoofde van hun beroep te maken kunnen krijgen met letsel bij kinderen. Tot deze groep behoren ten eerste beroepsbeoefenaren uit de medische en paramedische omgeving van het kind, zoals huisartsen, verloskundigen en jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam op consultatiebureaus en in de schoolgezondheidszorg. Ten tweede behoren tot deze groep beroepsbeoefenaren uit de maatschappelijke omgeving van het kind, zoals medewerkers in de kinderopvang, docenten in het primair onderwijs en medewerkers in de jeugdhulpverlening.
- Beroepsbeoefenaren die zicht hebben op risicofactoren bij de ouders. Tot deze groep behoren onder andere medewerkers van de politie, reclassering Nederland en de GGZ voor volwassenen.

De professionals zijn primair verantwoordelijk voor de uitvoering van de taak waarvoor zij met het kind en de ouders in contact komen: het geven van onderwijs, het verlenen van zorg voor de problemen waarmee de cliënt komt, het handhaven van de openbare orde, het opsporen van strafbare feiten et cetera. Het signaleren van bedreigingen voor de fysieke veiligheid van het kind vindt plaats in het verlengde van hun beroepsuitoefening.

Het uitgangspunt van het kindveiligheidsstelsel is dat eenieder meldt indien daartoe aanleiding bestaat.<sup>96</sup> Om de alertheid van professionele melders voor signalen van mogelijke kindermishandeling te vergroten en hun voor die gevallen handelingsperspectief te bieden, zijn specifiek op hun beroepsuitoefening toegesneden meldcodes ontwikkeld. Het signaleren en melden van bedreigingen krijgt hierdoor een duidelijker plaats in de verantwoordelijkheden en taken van de professional.<sup>97</sup> In de dagelijkse praktijk blijkt de politie één van de belangrijkste melders; zij is verantwoordelijk voor bijna 30% van de instroom bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg - onder meer jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam bij zorgorganisaties en GGD-en - nemen een speciale positie in de groep van professionele melders in, omdat de jeugdgezondheidszorg belast is met de wettelijke taak om de ontwikkeling van het kind van zijn geboorte tot de meerderjarige leeftijd te monitoren.<sup>98</sup> In het bijzonder moet de jeugdgezondheidszorg ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen volgen, en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren signaleren. Bovendien mogen deze beroepsbeoefenaren, net als andere beroepsbeoefenaren die normaliter een zwijgplicht of beroepsgeheim hebben, ver-

95 Ook de sociale omgeving van het kind kan vermoedens van mishandeling melden bij het AMK. Echter, de sociale omgeving vormt geen onderdeel van dit onderzoek.

96 Zie Kinderen Veilig Thuis, actieplan minister voor Jeugd en Gezin, 2007, pag. 6.

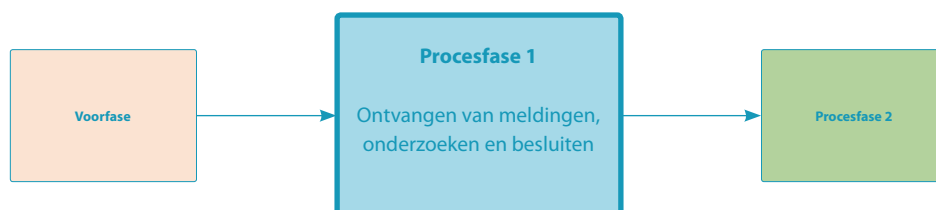
97 Een overzicht van meldcodes is opgenomen in bijlage D.

98 Elke gemeente is verplicht om eind 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin te hebben waar de jeugdgezondheidszorg deel vanuit maakt.

moedens van kindermishandeling melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zonder toestemming, maar wel met het in kennis stellen, van de cliënt.<sup>99</sup>

In 2002 verscheen de nota Privé Geweld - Publieke Zaak.<sup>100</sup> Deze had tot doel een infrastructuur te beschrijven voor de aanpak van huiselijk geweld waarmee lokaal samenwerkende partners aan de slag kunnen. Deze infrastructuur bestaat uit onder meer uit Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG).<sup>101</sup> In deze steunpunten werkt een aantal organisaties samen bij het aanpakken van huiselijk geweld, waaronder de politie en het Bureau Jeugdzorg.

#### 4.3. PROCESFASE 1: ONDERZOEKEN EN BESLUITEN



In de procesfase Onderzoeken en besluiten zijn verschillende partijen betrokken. Het onderzoek kan worden uitgevoerd door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en de afdeling Toegang van het Bureau Jeugdzorg en door de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad van de Kinderbescherming kan een kinderschermingsmaatregel vragen ('rekwestreren'); de kinderrechter beslist daarover. Elk van de partners in deze (jeugdbeschermings)keten heeft een eigen verantwoordelijkheid en functie. Ook de politie kan onderzoek doen, maar dan is er sprake van een opsporingsonderzoek in het kader van het strafrecht.

##### 4.3.1. Politie

Kindermishandeling is een misdrijf volgens het Wetboek van Strafrecht, zodat de politie een opsporingstaak heeft. Opsporingsonderzoek kan leiden tot vervolging door het Openbaar Ministerie. Het gaat hier om ernstige delicten: mishandeling van het kind met (bijna) fatale afloop. Opsporingsonderzoek (al dan niet naar aanleiding van een aangifte) leidde in de praktijk zelden tot het opmaken van een proces-verbaal en inzending aan het Openbaar Ministerie. Dit komt door de gedachte dat mishandeling door (één van) hun ouders niet opzettelijk gebeurt, maar voortvloeit uit onmacht en onkunde. Inmiddels vervolgt het Openbaar Ministerie vaker. Toch kiest de politie meestal voor een melding aan het Bureau Jeugdzorg, Advies- en Meldpunt Kindermishandeling dan wel de afdeling Toegang, of aan de Raad voor de Kinderbescherming. Het is de bedoeling dat de politie een grotere rol gaat spelen bij de aanpak van kindermishandeling en vaker zal doorgeleiden naar het Openbaar Ministerie, dat tot strafvervolging kan overgaan. De Onderzoeksraad meent dat betrokken partijen bij fysieke onveiligheid een expliciete beslissing zouden moeten nemen over het (de) meest passende kader(s) waarbinnen een aanpak het beste plaats kan vinden. Op dit moment nemen de partijen het strafrecht nog niet structureel mee als mogelijk kader.

##### 4.3.2. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van Bureau Jeugdzorg onderzoekt gemelde vermoedens van kindermishandeling, en geeft aan burgers en professionals advies over de omgang met (vermoedens van) kindermishandeling. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is een onderdeel van het Bureau Jeugdzorg, en heeft de volgende wettelijke taken:<sup>102</sup>

- Het naar aanleiding van een melding van kindermishandeling of een vermoeden daarvan, onderzoeken of sprake is van kindermishandeling.
- Het beoordelen van de vraag of en zo ja tot welke stappen de melding van kindermishandeling of een vermoeden daarvan aanleiding geeft.

99 Melden zonder toestemming is toegestaan indien dat noodzakelijk is om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken. WJz, art. 53.3. Voor beroepsbeoefenaren geldt hierbij in tegenstelling tot niet-beroepsbeoefenaren: 'niet anoniem, tenzij'.

100 Interdepartementale werkgroep Ministerie van Justitie, Ministerie van VWS. 2002. Privé Geweld - Publiek Zaak. Een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld.

101 Ministerie van Justitie. Brief aan de Tweede Kamer, 6 november 2007.

102 Wjz art. 10, 11.

- Het overdragen van een zaak binnen het Bureau Jeugdzorg ten behoeve van de uitvoering van de zorgverlening aan of de bescherming van het kind.
- Het onmiddellijk overdragen van een zaak aan de Raad voor de Kinderbescherming, indien meteen een maatregel met betrekking tot het gezag over de minderjarige overwogen dient te worden.
- Het in kennis stellen van het Openbaar Ministerie van kindermishandeling of een vermoeden daarvan, indien het belang van de minderjarige dan wel de ernst van de situatie waarop de melding betrekking heeft, daartoe aanleiding geeft.
- Het op de hoogte stellen van degene die een melding heeft gedaan, van de stappen die naar aanleiding van de melding zijn ondernomen.
- Het verstrekken van advies aan een persoon die een vermoeden van kindermishandeling heeft over de stappen die door hem in verband hiermee kunnen worden ondernomen en het zo nodig ondersteunen daarbij.

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van Bureau Jeugdzorg maakt onderscheid tussen vooronderzoek en onderzoek. Indien nodig kan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in de eerste vier weken starten met het verzamelen van gegevens bij beroepsmatig betrokkenen derden, zonder medeweten en toestemming van de ouder. Dit gebeurt incidenteel, met als doel om te achterhalen of het vermoeden van mishandeling gedeeld wordt en om het risico in te schatten.<sup>103</sup>

Overigens kan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in acute noodsituaties met een spoedprocedure direct de Raad voor de Kinderbescherming inschakelen en zo het uitspreken van een voorlopige ondertoezichtstelling in gang zetten. De inhoudelijke toetsing van de interventie gebeurt in dergelijke gevallen achteraf.<sup>104</sup> De taken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling worden uitgevoerd door vertrouwensartsen en maatschappelijk werkers.

#### 4.3.3. Bureau Jeugdzorg, afdeling Toegang

De vijftien Bureaus Jeugdzorg zijn provinciaal, respectievelijk grootstedelijk georganiseerd. Zij vervullen onder andere de volgende wettelijke taken in het kindveiligheidsstelsel:<sup>105</sup>

- Bezien of een cliënt zorg nodig heeft in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen, dan wel voor problemen die het onbedreigd opgroeien belemmeren.
- Vaststellen welke zorg nodig is, met welk doel, voor welke tijdsduur en wie deze zorg het beste kan coördineren. Het indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg geeft de cliënt vervolgens aanspraak op de aangewezen zorg, te verlenen door een zorginstelling.
- Bijstaan van de cliënt in het realiseren van de juiste zorg, het volgen van het hulpverleningsproces, de evaluatie van de zorg en het nemen van besluiten over het vervolg (case management).

De Wet op de jeugdzorg stelt expliciet dat het Bureau Jeugdzorg bij de uitoefening van haar taken voortdurend beziet of een maatregel met betrekking tot het gezag (een ondertoezichtstelling, ontheffing of ontzetting uit het ouderlijk gezag) overwogen dient te worden. Zodra het Bureau Jeugdzorg tot het oordeel komt dat dat het geval is, bijvoorbeeld bij zorgen over veiligheid, stelt het de Raad voor de Kinderbescherming hiervan in kennis.<sup>106</sup>

#### 4.3.4. Raad voor de Kinderbescherming

De kerntaak van de Raad voor de Kinderbescherming is het scheppen van de nodige randvoorwaarden voor de bescherming van het kind. Hiertoe heeft de Raad voor de Kinderbescherming de bevoegdheid inbreuk te maken op het ouderlijk gezag over het kind. De Raad voor de Kinderbescherming voorziet de kinderrechter van informatie en advies. De Raad voor de Kinderbescherming kan namelijk de kinderrechter op grond van onderzoek naar de situatie van het kind verzoeken een maatregel van kindermishandeling uit te spreken. De drie mogelijke maatregelen zijn, zoals eerder is vermeld, ondertoezichtstelling, ontheffing en ontzetting uit ouderlijk gezag.

103 MOgroep Jeugdzorg. 2009. *Protocol van handelen Advies- en Meldpunten Kindermishandeling bij vermoedens van kindermishandeling in relaties van afhankelijkheid en onvrijheid*.

104 Art. 1:255 BW. De bemoeienis van het AMK met de zaak stopt na overdracht naar de Raad voor de Kinderbescherming.

105 Wjz, art. 5-8, 10. Zie ook het Uitvoeringsbesluit WJz.

106 Wjz, art. 9.

De Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld door het Bureau Jeugdzorg, wanneer het niet lukt om de gezinsproblemen op te lossen en het vermoeden bestaat dat de gezinssituatie bedreigend is voor de ontwikkeling van het kind. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van Bureau Jeugdzorg draagt dan de beschikbare informatie over aan de Raad voor de Kinderbescherming.<sup>107</sup>

Sinds de inwerkingtreding van de Wet op de jeugdzorg op 1 januari 2005, is de Raad voor de Kinderbescherming in beschermingszaken een tweedelijnsorganisatie. Meldingen van bedreigende situaties rond kinderen komen - met uitzondering van crisissituaties - sindsdien eerst bij het Bureau Jeugdzorg of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling terecht. De Raad voor de Kinderbescherming kan in acute, levensbedreigende situaties van minderjarigen een melding rechtstreeks in ontvangst nemen, beoordelen en een onderzoek instellen.

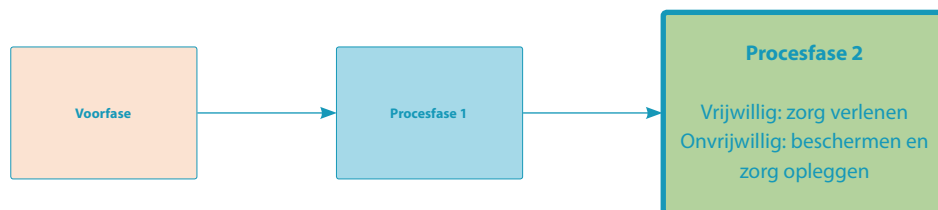
De Raad voor de Kinderbescherming en de Bureaus Jeugdzorg hebben onderlinge landelijke afspraken gemaakt en vastgelegd in het Landelijk Toetsingskader. Deze landelijke afspraken zijn de basis voor samenwerkingsafspraken op regionaal niveau.

De Raad voor de Kinderbescherming onderbouwt zijn verzoeken door middel van beschermingsonderzoek: een onderzoek naar het kind en diens gezin om te achterhalen of er inderdaad sprake is van een bedreigende gezinssituatie. Hiervoor spreken onderzoekers van de Raad voor de Kinderbescherming met het kind en zijn ouders, hulpverleners en anderen uit de omgeving van het gezin. De Raad voor de Kinderbescherming verleent geen hulp. Het raadsonderzoek kan leiden tot de vaststelling dat er onvoldoende aanleiding is voor een maatregel. In dat geval verwijst de Raad voor de Kinderbescherming door naar hulpverlening in een vrijwillig kader. Op basis van de uitkomst van het raadsonderzoek kan ook besloten worden een verzoek in te dienen bij de kinderrechter tot het opleggen van een kinderschermingsmaatregel.

#### 4.3.5. Rechtbank

De rechtbank behandelt op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming een zaak en neemt een besluit over het al dan niet opleggen van een maatregel van kinderscherming op basis van het raadsonderzoek en toetsing aan de juridische kaders (waaronder het VRK en het EVRM). De kinderrechter wijst het Bureau Jeugdzorg aan als uitvoerder van de maatregel.

#### 4.4. PROCESFASE 2: ZORGEN EN BESCHERMEN



Het verlenen van zorg aan het kind en het gezin kan plaatsvinden op basis van vrijwilligheid of onder een maatregel van kinderscherming. Ook het bieden van bescherming aan het kind door het te scheiden van de ouder (uithuisplaatsing) kan plaatsvinden op basis van vrijwilligheid maar ook door een onvrijwillige maatregel van kinderscherming.

##### 4.4.1. Bureau Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg kent 'vrijwillige' jeugdzorg en 'onvrijwillige' jeugdbescherming. De vrijwillige jeugdzorg wordt gecoördineerd door het Bureau Jeugdzorg, afdeling Toegang. De gedwongen jeugdzorg en het aanvragen van een machtiging tot uithuisplaatsing berusten bij de afdeling Jeugdbescherming van het Bureau Jeugdzorg. De wet (art. 1:254 BW) wijst de stichting die een Bureau Jeugdzorg in stand houdt aan als degene onder wier toezicht het kind wordt gesteld.<sup>108</sup> Deze

107 Sinds 2009 brengt Bureau Jeugdzorg (Toegang en AMK) de zaak bij de Raad voor de Kinderbescherming aan door middel van het casusoverleg Beter Beschermd.

108 Art. 1:257 BW formuleert de taak van het Bureau Jeugdzorg om toezicht te houden op het kind, en te zorgen dat aan het kind en de met het gezag belaste ouder hulp en steun worden geboden teneinde de bedreiging van de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van het kind af te wenden.

stichting heeft voor het uitvoeren van het toezicht functionarissen in dienst die worden aangeduid als gezinsvoogden. Tot een verantwoorde uitvoering van de taken behoort in ieder geval dat deze gebaseerd zijn op een plan dat is afgestemd op de behoeften van de cliënt.<sup>109</sup> De gezinsvoogden van de afdeling Jeugdbescherming regelen de zorg voor hun cliënten en leggen minimaal eenmaal per jaar, bij het verlengen van de ondertoezichtstelling, verantwoording af aan de kinderrechter over het gevoerde beleid. Indien het Bureau Jeugdzorg verlenging vraagt van een ondertoezichtstelling of een machtiging uithuisplaatsing wil beëindigen, dan legt het Bureau Jeugdzorg de zaak ter toetsing voor aan de Raad voor de Kinderbescherming. Op grond daarvan kan de kinderrechter besluiten een uitgesproken maatregel in te trekken of te verlengen. In alle andere gevallen eindigt de maatregel na de periode die de rechter heeft opgelegd.

#### *Zorgaanbieders en jeugdzorgaanbieders*

De zorg aan het kind en het gezin wordt verleend door (jeugd)zorgaanbieders van buiten het kindveiligheidsstelsel, zoals de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor jeugd en voor volwassenen, verslavingszorg, gehandicaptenzorg, reclassering Nederland en andere hulpverlenende instanties.

---

109 Wjz, art. 13.





## 5. ANALYSE

De analyse richt zich op de inspanningen van de overheid, instellingen en beroepsgroepen bij situaties waarin ouders hun primaire verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van hun kind niet waarmaken. In die gevallen kan er voor een kind een levensbedreigende situatie ontstaan. De overheid heeft op grond van hiervoor genoemde verdragen en wetten een verantwoordelijkheid voor het kind wanneer de ouders hun verantwoordelijkheid niet waarmaken. Zoals is besproken in het vorige hoofdstuk, is het kindveiligheidsstelsel ingericht om die verantwoordelijkheid te kunnen nemen.

Dit hoofdstuk richt zich op de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek:

*Hoe geeft de overheid invulling aan haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind wanneer de ouders dat niet doen; welke verbeteringen zijn mogelijk?*

De verantwoordelijkheid voor fysieke veiligheid wordt in de praktijk ingevuld door de partijen in het kindveiligheidsstelsel - de instellingen, de professionals en hun beroepsorganisaties. De professional is degene die in de praktijk in gezinnen intervenueert met als doel te zorgen voor de fysieke veiligheid van het kind.

Met 'invulling geven aan verantwoordelijkheid' wordt in deze themastudie bedoeld op de wijze waarop professionals risico's voor de fysieke veiligheid van het jonge kind inventariseren, evalueren en daarnaar handelen en de wijze waarop de overheid en de partijen in het kindveiligheidsstelsel professionals daarbij in staat stellen om hun complexe taak uit te voeren.

In ieder geval moet aan drie voorwaarden zijn voldaan: a. de professional moet over alle relevante informatie kunnen beschikken om een risico-inventarisatie en -evaluatie van de fysieke veiligheid van het jonge kind uit te voeren; b. de professional moet voldoende deskundig zijn om te kunnen beslissen over het inzetten van zijn bevoegdheden; c. de professional moet de gelegenheid hebben om te leren van voorvallen en incidenten.

In de voorfase van signaleren en melden kunnen zeer uiteenlopende professionals betrokken zijn. In de procesfasen onderzoeken en besluiten en zorg verlenen en beschermen, is de verscheidenheid aan professionals kleiner en gaat het met name om jeugdzorg en jeugdbescherming.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag worden de gegevens uit de dossierstudie gecombineerd met inzichten over wetten, kaders en richtlijnen en de daaruit voortvloeiende inrichting van het kindveiligheidsstelsel en de daarbij betrokken partijen, zoals beschreven in de hoofdstukken 3 en 4.

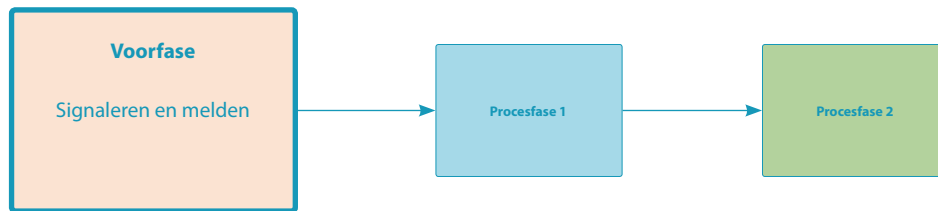
Dit hoofdstuk is als volgt gestructureerd. Voor elk van de drie procesfasen - (paragraaf 5.1) Voorfase: Signaleren en melden, (paragraaf 5.2) Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten, (paragraaf 5.3) en Procesfase 2: Zorg verlenen en beschermen - worden de volgende twee vragen gesteld:

1. Welke problemen deden zich in de praktijk van de voorvallen voor?
2. In hoeverre worden deze problemen geadresseerd in het huidige kader van wet- en regelgeving en formele taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden waarbinnen professionals in het kindveiligheidsstelsel moeten werken?

Per procesfase wordt steeds een conclusie getrokken en worden verbetermogelijkheden besproken.

Dit onderzoek brengt de voorvallen in verband met de huidige regelgeving en de richtlijnen van de branche. De reden dat dit verband wordt besproken is dat de Onderzoeksraad veronderstelt dat het open karakter van de wet- en regelgeving een rol speelt bij problemen die professionals in de praktijk van de onderzochte voorvallen ondervonden. Door dit open karakter moeten professionals voor iedere situatie zelf tot een oplossing komen. Daarnaast zijn in regels en richtlijnen normaliter collectieve kennis en ervaringen gebundeld. Om deze redenen is de aandacht van deze themastudie specifiek gericht op de regelgeving en richtlijnen van deze branche. Volgens sommige geïnterviewden is het open karakter van de regels onvermijdelijk gezien de complexiteit van het werk. De Onderzoeksraad stelt die onvermijdelijkheid ter discussie.

## 5.1 VOORFASE: SIGNALEREN EN MELDEN



De overheid verwacht van de sociale omgeving, van instellingen en van professionals dat zij kindermishandeling en onveilige thuissituaties voor kinderen signaleren en indien nodig melden. In het beleidsplan<sup>110</sup> van de voormalig minister voor Jeugd en Gezin dat is gericht op de aanpak van kindermishandeling staat: 'het signaleren en actie ondernemen om waar nodig kindermishandeling te stoppen en passende zorg op gang te brengen is een verantwoordelijkheid van alle instellingen, beroepskrachten en vrijwilligers die met kinderen werken en daarnaast ook van allen in de omgeving van het kind zoals burens en familie'.

Deze paragraaf behandelt de problemen die gepaard gaan met het signaleren en melden van onveiligheid voor een kind. Allereerst worden de problemen besproken die in de voorvallen te zien waren (paragraaf 5.1.1). Daarna worden deze problemen in de context van de huidige wet- en regelgeving geplaatst (paragraaf 5.1.2). Ook worden mogelijke verbeteringen verkend in relatie tot recente ontwikkelingen (paragraaf 5.1.3.).

Bij veel voorvallen was het beoordelen van letsel een probleem. De beoordeling van fysieke onveiligheid voor een kind in de gezinssituatie bleek dikwijls moeilijk voor potentiële melders, omdat fysieke onveiligheid of geweld zelden direct zichtbaar is. Letsel is een belangrijk aanknopingspunt voor fysieke onveiligheid, zeker in combinatie met risicofactoren. Letsel hoeft echter niet te betekenen dat er onveiligheid is en moet dus nader worden onderzocht. Een specifiek voorbeeld betreft blauwe plekken bij zeer jonge kinderen, die zichzelf nog niet kunnen verwonden. Deze gelden bij deskundigen als directe aanwijzing voor fysieke onveiligheid. In ieder geval moeten zij volgens deskundigen leiden tot nader onderzoek om een andere verklaring voor deze blauwe plekken uit te sluiten, zoals zeldzame bloedziekten. Dit blijkt in het algemeen te weinig te gebeuren.<sup>111</sup>

### 5.1.1. Welke problemen deden zich voor bij de voorvallen?

Bij bijna alle onderzochte voorvallen waar van letsel sprake was, bleken professionele melders moeilijkheden te hebben met het interpreteren van dit letsel en het daaraan koppelen van een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Het letsel bestond uit blauwe plekken, maar ook uit breuken en bloedingen. Een tweetal problemen valt op aan de omgang met letsel door potentiële professionele melders:

1. professionele melders zoeken (te) lang naar bevestiging of ontkrachting van hun vermoedens van mishandeling;
  2. professionals interpreteren het letsel onjuist.
- Deze twee punten worden hieronder nader toegelicht.

#### *De twee praktijkproblemen toegelicht aan de hand van voorvallen*

Ten eerste constateert de Onderzoeksraad dat professionele melders, die zich geconfronteerd zagen met letsel, hun aandacht richtten op het zoeken naar bevestiging of ontkrachting van hun vermoedens van mishandeling. Dit deden zij door een *second opinion* bij een andere professional te vragen of door te trachten ouderschap bij de ouders vast te stellen.

- In één geval<sup>112</sup> werd bijvoorbeeld geen melding gedaan bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling nadat een 'Shaken Baby Syndroom' was vastgesteld. De vader verklaarde dat hij de baby niet had geschud. De politie startte een onderzoek om te achterhalen of mogelijk een indringer zich toegang tot de woning had verschaft en de baby zodanig had

110 Actieplan Kinderen Veilig Thuis, 2007.

111 Zie o.a. Nijs, 2009. Aanwijzingen voor fysieke kindermishandeling zijn ook beschreven in: Council on Scientific Affairs, 1985; Verhulst en Verheij, 1992, pag. 576-679.

112 Voorval C22.

geschud dat hij het ernstige letsel opliep. Toen dit niet kon worden vastgesteld, volgden geen andere acties om de veiligheid van het kind te (laten) onderzoeken en regelen.

- In een ander geval<sup>113</sup> constateerde een jeugdarts van het consultatiebureau twee maal blauwe plekken bij een baby. Hij vermoedde kindermishandeling en besprak zijn vermoedens met collega's en verwees de ouders naar de huisarts. Hij meldde dit niet bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Door te zoeken naar bevestiging of ontcrachting van de mishandeling stellen professionals een melding uit. Bij het uitblijven van een melding is het gevolg dat informatie over letsel niet kan worden gecombineerd met bij andere hulpverleners bekende informatie over RISICOFACTOREN. Risicofactoren vormen een belangrijk hulpmiddel bij het duiden van letsel en het vaststellen van mogelijke onveiligheid. In veel gezinnen in dit onderzoek was sprake van het bestaan van risicofactoren, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek bij de ouders.<sup>114</sup> Indien kinderen letsel hebben en onderdeel uitmaken van gezinnen met risicofactoren wordt de kans dat sprake is van fysieke onveiligheid groter. Daarnaast is het, zeker bij kwetsbare kinderen in gezinnen met complexe problematiek, belangrijk dat er snel wordt 'opgeschaald' naar professionele hulp in een beschermd kader.

Daarnaast betekent deze werkwijze dat niet de onveiligheid van het kind centraal staat, maar de problemen van de ouders. Dit onderscheid komt in paragraaf 5.2 nader aan de orde.

Ten tweede valt op dat het letsel in veel gevallen zodanige aanknopingspunten bood, dat artsen met *state of the art* forensisch-medische kennis dat hadden kunnen onderkennen als signaal voor mogelijke bedreiging van de fysieke veiligheid van het kind.<sup>115</sup> Dit gold bijvoorbeeld voor verschillende baby's met blauwe plekken. Daarnaast is er ook letsel niet opgemerkt. Zo werden in enkele gevallen na het overlijden van het kind oude breuken geconstateerd, die eerder niet waren ontdekt.

- Bij twee voorvallen<sup>116</sup> werd bijvoorbeeld door het ziekenhuis bij een kind naast een 'Shaken Baby Syndroom' ook een aantal oude fracturen vastgesteld.
- Bij een ander voorval<sup>117</sup> werd een baby met wondjes bij de mond uit een gezin met bekende risicofactoren door het consultatiebureau doorverwezen naar de huisarts. De ouders gingen niet naar de huisarts. Toen de baby overleed nam het ziekenhuis aanvankelijk aan dat wiegendood de oorzaak was. Een forensisch geschoolde arts, die toevallig aanwezig was, drong aan op diepgaand onderzoek. Naast recente botbreuken werden ook oude botbreuken bij het vier maanden oude kind vastgesteld.
- Bij een ander voorval<sup>118</sup> nam de huisarts aan dat het wiegendood was. Een toevallig aanwezige forensisch arts drong aan op nader onderzoek. Bij dit onderzoek werd vastgesteld dat het circa drie maanden oude kind was overleden ten gevolge van het breken van ribben en sleutelbeen en werden eveneens oude botbreuken vastgesteld.

Wanneer artsen met forensisch-medische kennis deze kinderen hadden onderzocht of zich hadden laten bijstaan door deskundigen op dat gebied, hadden zij meer aanwijzingen kunnen krijgen over de onveiligheid.

### *5.1.2. In hoeverre worden deze problemen geadresseerd door het huidige kader van wet- en regelgeving en richtlijnen?*

Deze paragraaf beschrijft in hoeverre de bestaande richtlijnen (meldcodes) die voor de relevante sectoren worden gehanteerd, de professionele melder ondersteunen bij het signaleren en melden van zorgen over de fysieke veiligheid van het kind. Speciale aandacht gaat naar aanwijzingen over letsel. Ook wordt gekeken in hoeverre richtlijnen aandacht besteden aan het inschakelen van forensisch-medische deskundigen. De bestudeerde richtlijnen en meldcodes zijn: 'Jeugdgezondheidszorg-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling' en 'Meldcode KNMG' inclusief de bijlage 'SPUTOVAMO-formulier'. Het begrip professional slaat in dit verband dus vooral op professionals werkzaam in de (para)medische sector.

---

113 Voorval C8.

114 De volgende categorieën van risicofactoren worden in literatuur onderscheiden: ontwikkelingsgeschiedenis van de ouders, persoonlijkheid van de ouder of kenmerken van de ouder, pedagogisch besef, gezinskenmerken, kenmerken van het kind, leefomstandigheden. Bron: Klein Velderman en Pannebakker, 2008.

115 Bron: interviews OVV.

116 Voorval C5, C22.

117 Voorval C10.

118 Voorval C11.

### *Bevindingen*

De bestudeerde richtlijnen laten het aan het oordeel van de professional over of en wanneer er aanleiding is om te melden. Het zoeken naar bevestiging van een vermoeden van mishandeling is niet begrensd in tijd en omvang. De gezondheidszorgprofessional kan ervoor kiezen om niet te melden en zelf de organisatie van de zorg op zich te nemen: geen meldplicht, maar wel een zorgplicht. Ook in dat geval wordt de duur en de omvang aan de professional overgelaten. De richtlijnen koppelen de vereiste handelingen niet aan waar te nemen feiten en omstandigheden zoals de aard van het letsel, de leeftijd van het kind of eerdere onveiligheid binnen het gezin.

In de huidige richtlijnen wordt het handelen naar aanleiding van een vermoeden van mishandeling neergezet als een onderdeel van professionele verantwoordelijkheid, waarbij de richtlijnen de complexiteit van de problematiek en het belang van zorgvuldigheid benadrukken. De richtlijnen moedigen de professional aan om op zoek te gaan naar bevestiging of ontkrachting van zijn vermoedens en vragen de professional bij een (vermoeden van) kindermishandeling een stappenplan te volgen. De richtlijnen schetsen de ruimte die melders hebben om hun beroepsgeheim terzijde te schuiven, hetgeen immers nodig is om een melding te doen. De richtlijnen moedigen het melden niet aan. Uit de richtlijnen spreekt een beduchtheid voor tuchtrechtelijke vervolging, die kan plaatsvinden indien artsen ongeoorloofd hun beroepsgeheim schenden. In de richtlijnen wordt consultatie van collega's aangemoedigd. Aan het inschakelen van forensisch-medische deskundigen wordt geen aandacht besteed.

### *Toelichting bevindingen aan de hand van de bestudeerde richtlijnen*

Het volgende overzicht illustreert deze bevindingen aan de hand van de richtlijnen uit de sectoren die het meest met jonge kinderen met letsel in aanraking komen, namelijk

- a. de jeugdgezondheidszorg en
- b. de gezondheidszorg algemeen (KNMG).

Van deze richtlijnen is steeds de meest recente versie genomen.

### *Ad a. Jeugdgezondheidszorg richtlijn*

In de jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt de richtlijn 'JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling: Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling'<sup>119</sup> gehanteerd. Deze richtlijn onderscheidt vier situaties waarmee een professionele melder in de jeugdgezondheidszorg in aanraking kan komen en schrijft voor hoe in elk van deze vier situaties gehandeld dient te worden. De onderscheiden situaties en handelingsopties zijn:

1. Er bestaat een ernstig vermoeden van kindermishandeling en de situatie is voor het kind levensbedreigend. Het gezin wordt dan direct gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor de Kinderbescherming of de politie.
2. Er bestaat een ernstig vermoeden van kindermishandeling, maar de situatie lijkt voor het kind niet levensbedreigend. Afhankelijk van de bereidheid tot medewerking en de ernst van de situatie wordt het gezin bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gemeld en/of verwezen voor hulpverlening naar het Bureau Jeugdzorg, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg of het algemeen maatschappelijk werk.
3. Kindermishandeling is mogelijk of waarschijnlijk, maar meer advies of informatie van anderen is noodzakelijk.
4. Er is sprake van een ander probleem dan kindermishandeling. Met de ouders wordt relevante hulp besproken en zo nodig wordt verwezen.

Opvallend is dat de gebruiker van de richtlijn zelf moet kiezen *bij welke organisatie* hij gaat melden. Met betrekking tot de vraag *bij welke feiten en omstandigheden* hij zou moeten melden, onderkent de richtlijn dat een specifiek geval van kindermishandeling niet altijd gemakkelijk in één van deze categorieën geplaatst kan worden. Voor het nemen van een beslissing in dergelijke gevallen kan de professional gebruik maken van de definitie van kindermishandeling en een overzicht van bekende signalen van kindermishandeling voor kinderen van verschillende leeftijden, die eveneens in de richtlijn zijn opgenomen.

De richtlijn hanteert - naast de algemene definitie van kindermishandeling zoals genoemd in de Wet op de jeugdzorg - de volgende definitie van *lichamelijke* kindermishandeling: 'Van lichamelijke

---

119 Versie oktober 2009.

kindermishandeling is sprake als de dader lichamelijk geweld tegen het kind gebruikt zoals slaan, schudden, schoppen, bijten, knijpen, krabben, het toebrengen van brandwonden, laten vallen et cetera.<sup>120</sup> Echter, de richtlijn stelt ook dat bij geweld jegens kinderen niet altijd sprake is van kindermishandeling: 'De intentie en de intensiteit van het fysieke geweld, de duur en de frequentie bepalen of er sprake is van kindermishandeling'.<sup>121</sup> Deze nuancering impliceert een drempelwaarde die niet nader wordt uitgewerkt. Een vergelijkbaar genuanceerde stelling wordt ingenomen ten aanzien van de signalenlijst, waarvan de richtlijn benadrukt dat deze een hulpmiddel is '*...om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te bewijzen. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben. Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Er zijn ook kinderen waar nauwelijks aan te merken is dat zij worden mishandeld.*'<sup>122</sup>

Met deze genuanceerde stellingname doet de richtlijn secundaire preventie een zwaar beroep op het oordeelsvermogen van de professionele melder.

#### *Ad b. KNMG-meldcode*<sup>123</sup>

In de gezondheidszorg wordt de 'KNMG-meldcode Kindermishandeling' als uitgangspunt gehanteerd. Daarin staat dat de gezondheidszorgprofessional geen meldplicht heeft, maar een meldrecht. Daarnaast bestaat er wel een handelingsplicht, zeker indien de professional besluit niet te melden en de organisatie van de zorg zelf ter hand te nemen. De code besteedt daarbij aandacht aan het bespreekbaar maken van (een vermoeden van) kindermishandeling en de omslag in denken over de geheimhoudingsplicht in het geval van kindermishandeling. Art. 53.3 Wvz stelt dat de geheimhoudingsplicht achterwege kan blijven en een melding kan worden gedaan indien dit noodzakelijk wordt geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken.

Ten aanzien van het *doen van een melding* zegt de KNMG-meldcode (p.18) het volgende: '*Wordt het vermoeden bevestigd of in elk geval niet weggenomen en is er een reële kans op schade door (het voortduren van de) kindermishandeling, dan doet de arts zo spoedig mogelijk een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van Bureau Jeugdzorg. De arts zet zijn melding ook door als de ouders, indien daarover geïnformeerd, daar bezwaar tegen maken.*' De code legt een extra verantwoordelijkheid bij de arts in zijn hoedanigheid als melder door twee aanvullende voorwaarden. Ten eerste moet hij inschatten dat de mishandeling reële schade zal veroorzaken: '*Voor een melding moet sprake zijn van een reële kans op schade en die kans moet enigszins worden getaxeerd. Het woord 'reëel' maakt duidelijk dat de (theoretische) kans op schade onvoldoende basis is voor een melding*' (p. 18). Ten tweede moet hij alvorens over te gaan tot melding een stappenplan volgen. Verplichte stap daarbij is het vragen van advies aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en bij voorkeur ook aan een deskundige collega.

Daarnaast verplicht de KNMG-meldcode (p.18) de arts om de ouders te informeren over de melding '*tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.*'

Naast het doen van een melding heeft de arts ook nog de optie om niet te melden en zelf zorg te regelen: '*...is de arts overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind kan wegnemen, dan spant hij zich in om noodzakelijke hulp te verlenen of deze elders in gang te zetten. De arts monitort zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp of zorgt ervoor dat deze monitoring door een ander wordt uitgevoerd.*' De arts moet indien nodig alsnog melden: '*Blijkt de mishandeling niet of niet volledig gestopt of zijn daar aanwijzingen voor, dan doet de arts alsnog een melding bij het AMK*' (p. 19).

De KNMG geeft hierover in haar inzagereactie aan: '*Het leidend perspectief van de meldcode is het op gang brengen van hulpverlening en niet het melden an sich. Het centrale doel is het boven water*

---

120 Richtlijn JGZ, pag. 16.

121 Richtlijn, pag. 20.

122 Richtlijn, pag. 93.

123 KNMG: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. De eerdere code van 2002 is vervangen door een volledig nieuwe meldcode (2008).

*krijgen en beheersbaar maken veiligheidsrisico's voor kinderen. Als dat lukt zonder melding, is dat dus soms duidelijk te prefereren.'*

De meldcode besteedt nadrukkelijk aandacht aan de eisen die gesteld worden aan de zorgvuldigheid. *'Zou de (tucht)rechter achteraf gevraagd worden om een oordeel te geven over het optreden van de arts, dan wordt vooral de zorgvuldigheid beoordeeld van de totstandkoming van het besluit. Daarbij wordt onder andere gelet op collegiale consultatie, zorgvuldige verzameling van relevante feiten en een zorgvuldige en concrete afweging van belangen. Mede daarom is het ook zo belangrijk dat alle stappen en redenen die tot deze stappen hebben geleid, zorgvuldig worden vastgelegd in het dossier'* (p. 28). De KNMG geeft aan dat tuchtrechtelijke procedures de meldingsbereidheid onder druk kunnen zetten.

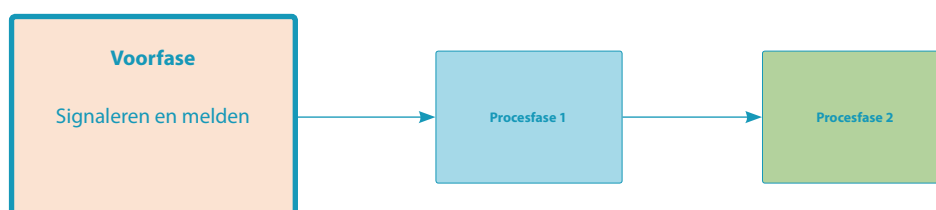
De meldcode omschrijft niet *welke feiten en omstandigheden* in aanmerking komen om te melden. Een bijlage in de meldcode is het zogenoemde SPUTOVAMO-formulier voor de Spoedeisende hulp van de ziekenhuizen. Dit is een signaleringsprotocol voor kindermishandeling dat lichamelijk letsel in verband brengt met (een vermoeden van) kindermishandeling. Er worden geen verdere handelingsopties aan gekoppeld.

De meldcode doet al met al een zwaar beroep op het oordeelsvermogen van de professional. De aanvullende voorwaarden in de meldcode over het optreden van reële schade, het informeren van ouders, de mogelijkheid om zelf zorg te regelen en de nadruk op zorgvuldigheid in handelen kunnen bijdragen tot meer terughoudendheid om te melden dan voor de fysieke veiligheid van het kind gezien wenselijk is. Bovendien loopt de professional de kans dat bij onzorgvuldig handelen een tuchtrechtelijke procedure tegen hem in gang gezet wordt.

Voor wat betreft de vraag *bij welke instantie* een melding moet plaatsvinden, geeft de meldcode de volgende keuze: *'Het AMK is de eerstelijns voorziening voor het doen van meldingen. Als echter sprake is van een situatie die zo acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kindbeschermingsmaatregel noodzakelijk is, dan doet de arts zijn melding direct bij de Raad voor de Kinderbescherming.'* (p.24). *'Dreigt er acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind, dan neemt de arts, naast een melding richting AMK of Raad voor de kindbescherming daarover onmiddellijk contact op met de politie'* (p. 26). Wat een acute situatie is die om *'onmiddellijke ingrijpen met een maatregel van kindbescherming'* vraagt en wat een situatie is die *'acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind'* is, wordt aan het oordeelsvermogen van de professional overgelaten. In feite moet de professional zelf beslissen wat nodig is: zorg in vrijwillig kader, zorg in onvrijwillig kader of de politie. Uit de formulering volgt dat alleen acute levensgevaarlijke situaties om een beschermingsmaatregel vragen.

De Onderzoeksraad merkt op dat de meldcode impliceert dat een melding bij voorkeur plaats dient te vinden bij aanhoudende onveiligheid als zorg in een vrijwillig kader niet (meer) voldoet. Wanneer zorg in een vrijwillig kader niet meer voldoet, is een gedwongen kader aan de orde. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is daarvoor echter niet de aangewezen weg, maar de Raad voor de Kinderbescherming.

### 5.1.3. Deelconclusies en discussie over verbetermogelijkheden



In deze paragraaf worden twee deelconclusies met betrekking tot de analyse van de procesfase Signaleren en melden getrokken. Ook wordt de vraag behandeld welk beleid sinds 2007 wordt gevoerd om de veiligheid van het kind in deze procesfase beter te beheersen, en welke verbetermogelijkheden nog overblijven.

### *Twee deelconclusies*

Ten eerste blijkt dat professionals (hun vermoedens van) fysieke onveiligheid in de voorvallen niet (of te laat) melden. Na het constateren van letsel werd soms lang gewacht met melding of onderzoek. Letsel is immers 'vluchtige' informatie en moet zo snel mogelijk door een deskundige worden onderzocht. Ook werd de snelheid niet afgestemd op de leeftijd van het kind. Zeker bij jonge kinderen is snelheid geboden vanwege hun kwetsbaarheid. De richtlijnen bieden daarbij geen inhoudelijk houvast en doen een zwaar beroep op het oordeelsvermogen van de potentiële professionele melder. De professionele melder wordt gevraagd om zelf te beoordelen of er sprake is van fysieke onveiligheid zonder specifieke aanwijzingen daarover. Door het ontbreken van specifieke aanwijzingen worden ervaringen uit casuïstiek niet structureel ter beschikking gesteld aan de professional bij zijn afwegingen.

Ook kan de gezondheidszorgprofessional ertoe besluiten het onderzoek naar de situatie van het kind en de organisatie voor de zorg zelf ter hand te nemen. De KNMG geeft aan dat, indien zonder melden de nodige hulpverlening op gang gebracht kan worden, dit de te prefereren aanpak is. Daarmee wordt de inspanning van de professional en het uitblijven van een melding niet begrensd in de tijd en niet afhankelijk gemaakt van het soort letsel. De Onderzoeksraad vraagt zich af of en hoe deze aanpak aansluit bij de beschikbare competenties. De professional in de gezondheidszorg die het letsel constateert en zorg regelt heeft immers niet de specifieke kennis over onveiligheid en mishandeling die wel aanwezig is bij de 'ontvangers' van meldingen. Ook de in de gezondheidszorg beschikbare tijd en bevoegdheden zijn niet toegesneden op deze gezinsproblematiek. Dit klemt temeer waar het gaat om kinderen in gezinnen met meervoudige problemen. De Onderzoeksraad vraagt zich af in hoeverre een dergelijk standpunt bij letsel of bedreiging van de fysieke veiligheid van een kind effectief is.

Ten tweede bleek dat het letsel niet altijd juist werd geduid en dat bestaande forensisch-medische kennis om letsel goed te kunnen beoordelen niet voldoende werd benut. Deels heeft dit te maken met de beperkte forensisch-medische kennis bij onder andere huis- en jeugdartsen en met de beperkte beschikbaarheid van forensisch-medische deskundigen.<sup>124</sup> De beschikbare deskundigheid wordt niet systematisch ingezet om letsel te duiden.

In de procesfase van het signaleren en melden is de overheid verantwoordelijk voor het ontdekken en melden van kinderen in fysieke onveiligheid. Zij doet dat door professionals aan te moedigen om te melden. Hiertoe heeft de rijksoverheid een wet in voorbereiding, die aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren de plicht oplegt om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Wanneer en hoe de beroepsgroepen dit doen, wordt in hoge mate als hun eigen verantwoordelijkheid gezien.

De Onderzoeksraad meent dat in deze fase - een situatie waarin professionals een voor een kind belangrijke beslissing moeten nemen over de fysieke veiligheid, terwijl dat niet hun primaire taak is - verwacht mag worden dat professionals inhoudelijk ondersteund worden. Het beroep dat op hen wordt gedaan, behoort in verhouding te zijn met de kennis waarover zij beschikken. De potentiële professionele melder heeft immers niet de specifieke kennis over en ervaring met onveiligheid en mishandeling die wel aanwezig is bij de 'ontvangers' van meldingen.

### *Discussie over verbetermogelijkheden*

De ontwikkelingen, beleid en verbetermogelijkheden op het gebied van Signaleren en melden worden hier voor de twee deelconclusies puntsgewijs toegelicht.

Ten eerste zijn ten aanzien van het geconstateerde probleem van het uitblijven van meldingen sinds 2007 de volgende maatregelen genomen:

- Meer aandacht voor kindermishandeling in artsopleidingen;<sup>125</sup>
- Samenwerkingsprogramma ter bevordering van het meldgedrag van instellingen (in het kader van de regionale aanpak kindermishandeling - RAK);
- Inrichting van helpdesk voor professionals voor privacyvraagstukken;
- Aanwijzing opsporing en vervolging inzake kindermishandeling van het College van procureurs-generaal over de rol van de politie;
- Verwijsindex risicojongeren waarin hulpverleners hun contact met jongeren registreren;
- Invoering wet meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling;

---

124 Bron: interviews, Bruning, 2010.

125 Werkgroep Onderwijs over Kindermishandeling voor Kinderartsen.



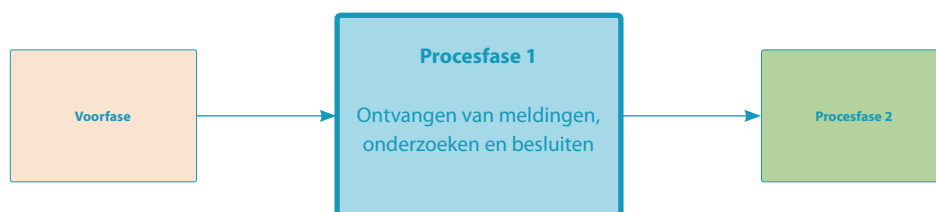
- Invoering meldrecht voor geheimhoudingsplichtigen (als onderdeel van de algemene meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld);
- Digitaal dossier jeugdgezondheidszorg.

De Onderzoeksraad constateert dat er vele initiatieven zijn om de professional te ondersteunen bij randvoorwaardelijke zaken. Geen van deze adresseert de vraag in welke situatie tot een melding moet worden overgegaan en hoe lang het mag duren voordat gemeld wordt.

Ten tweede constateert de Onderzoeksraad ten aanzien van het gebrek aan benutting van actuele forensisch-medische kennis dat het aantal artsen dat gespecialiseerd is in forensisch-medisch onderzoek naar kindermishandeling nog gering is en dat deze kennis niet structureel wordt ingezet.<sup>126</sup> Het NFI pleit voor verbetering van de opleiding van artsen op het terrein van kindermishandeling.<sup>127</sup> Dit pleidooi betreft forensisch onderzoek naar overleden kinderen. De Forensische Polikliniek Kindermishandeling vroeg in de media aandacht voor forensisch onderzoek bij *levende* kinderen.<sup>128</sup> De Onderzoeksraad acht op grond van deze overwegingen verbetering mogelijk ten aanzien van de bredere beschikbaarheid van forensisch-medische kennis en een structurele inzet ervan, opdat fysieke onveiligheid bij kinderen beter herkend wordt. Dit hoeft niet te betekenen dat iedere arts over deze kennis beschikt.

Deze procesfase overziend merkt de Onderzoeksraad op dat in verschillende voorvallen en interviews een beeld ontstond van twee gescheiden werelden: die van de potentiële melders uit de (jeugd) gezondheidszorg en die van de 'ontvangers' uit de jeugdzorg. Bevestiging van dat beeld komt uit het Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg, dat opmerkt dat verschillende groepen professionals soms weinig vertrouwen hebben in de jeugdzorgketen, met het risico dat zij te lang zelf doormodderen.<sup>129</sup> De Inspectie Jeugdzorg concludeert in dit verband dat het Bureau Jeugdzorg / Advies- en Meldpunt Kindermishandeling onvoldoende terugkoppelt naar de professionele melders.<sup>130</sup>

## 5.2 PROCESFASE 1: ONDERZOEKEN EN BESLUITEN



Wanneer een vermoeden van fysieke onveiligheid van een kind is gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of de Raad voor de Kinderbescherming, is de verantwoordelijkheid van de overheid aangesproken. Namens de overheid moeten de instellingen onderzoek gaan doen naar de situatie van het kind.<sup>131</sup> Dit wordt in dit rapport aangeduid als de procesfase Onderzoeken en besluiten. Het onderzoek is in feite een risico-inventarisatie en -evaluatie zoals beschreven in paragraaf 3.3 en moet uitsluitsel geven over risico's voor de fysieke veiligheid van het kind. Op basis daarvan moet een

126 Bron: Bruning, 2010.

127 Nieuwsbericht NFI, 8 april 2010. Veel niet-natuurlijk overlijden wordt nog gemist. Op grond van een recent uitgevoerde retrospectieve analyse van doodsoorzaken bij minderjarigen op wie in de afgelopen 14 jaar gerechtelijke sectie is verricht, blijkt bij ruim 60% sprake van een niet-natuurlijk overlijden. Bron: V. Soerdjbalie-Maikoe en A. Maes, *Forensisch post mortem onderzoek bij minderjarigen, theoretische en praktische aanbevelingen voor artsen en arts-pathologen*, Nederlands Forensisch Instituut, april 2010.

128 Volkskrant 13-04-2010. De Raad van Hoofdcommissarissen geeft aan dat de doorlooptijden van hun forensische onderzoeken naar kindermishandeling onnodig lang zijn door te weinig forensisch deskundigen. De artsen jeugdgezondheidszorg Nederland geven aan dat forensisch medische kennis onvoldoende beschikbaar is in de jeugdgezondheidszorg en investeren in deze kennis bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen nodig is.

129 BMC, 2009. Zie ook Rus, 2009.

130 Inspectie Jeugdzorg, 2010. *Landelijk toezicht AMK 2009, Ziet het AMK het kind en koppelt zij terug aan de melder?*

131 In dit hoofdstuk blijven de lichtere 'zorgmeldingen' bij de afdeling Toegang van Bureau Jeugdzorg buiten beschouwing. Ook de politie blijft buiten beschouwing, omdat die bij de voorvallen niet een eigen (strafrechtelijk) onderzoek startte; dit gebeurde alleen nadat het (bijna-)fatale letsel optrad.

besluit genomen worden over de gewenste aanpak om de veiligheid te waarborgen, al dan niet door middel van een civielrechtelijke beschermingsmaatregel.<sup>132</sup>

Uit de onderzochte voorvallen blijkt dat het in deze procesfase voor de betrokken professionals niet altijd makkelijk is om een compleet beeld te krijgen van de thuissituatie van het kind. De problemen waarmee dit gepaard gaat, worden hieronder vanuit de dossierstudie behandeld (5.2.1) en in de context van de huidige wet- en regelgeving geplaatst (5.2.2). Ook worden mogelijke verbeteringen besproken (5.2.3).

### 5.2.1 Welke problemen deden zich voor bij de voorvallen?

Uit de voorvallen blijkt dat de onderzoeken c.q. risico-inventarisaties die Bureau Jeugdzorg/Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en Raad voor de Kinderbescherming uitvoeren niet altijd tot een volledig beeld van de fysieke veiligheidssituatie leiden. Hierbij doen zich drie problemen voor:

1. het onderzoek is niet primair gericht op het vaststellen van de fysieke veiligheid van het kind;
2. het onderzoek wordt in (te) grote mate afhankelijk gemaakt van de medewerking van de ouders;
3. de informatieverzameling ten behoeve van het onderzoek wordt belemmerd door gebrek aan medewerking van andere professionals met name door degenen die belast zijn met medische zorg of met de zorg voor de ouder.

Deze drie problemen worden hieronder in meer detail geanalyseerd.

#### *De drie praktijkproblemen toegelicht aan de hand van voorvallen*

Ten eerste blijkt dat het onderzoek vaak niet in de eerste plaats is gericht op het vaststellen van onveiligheid voor het kind. Het onderzoek wordt uitgevoerd met het oog op de gewenste aanpak en behelst vooral een inschatting van de mogelijkheden van hulpverlening en de medewerking van ouders. Het zoveel mogelijk handhaven van de gezinssituatie staat centraal waarbij de ouders ook bij aanwezige risicofactoren het voordeel van de twijfel krijgen. In verschillende voorvallen<sup>133</sup> werd geen onderzoek gedaan naar de fysieke veiligheid van het kind, en soms handelde Bureau Jeugdzorg / Advies- en Meldpunt Kindermishandeling vanuit andere perspectieven.

- In een voorval<sup>134</sup> kon onderzoek door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling niet aantonen dat het letsel (gescheurde tongriem) door de ouders was toegebracht. Er werd geen onderzoek gedaan naar het gezin en geen zorg ingezet.
- In een ander voorval<sup>135</sup> startte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling geen onderzoek naar een mogelijke bedreiging van de fysieke veiligheid van een ongeborn kind maar sprak wel hulp af.
- In een ander voorval<sup>136</sup> concludeerden Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming na onderzoek bij een multidisciplinair overleg dat de kinderen hulp nodig hadden, omdat ze hun hele leven huiselijk geweld hadden meegemaakt. Er werd geen onderzoek gedaan naar de fysieke veiligheid van de kinderen.
- In een ander voorval<sup>137</sup> werd onder andere vermeld dat er sprake was van huiselijk geweld van de vader en dat de moeder van het kind dronken was en drugs gebruikte. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zag af van de urinecontrole, omdat het twijfelde aan het drugsgebruik en de moeder het voordeel van de twijfel wilde geven.
- In weer een ander voorval<sup>138</sup> bleef het onderzoek van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling naar een gezin waarin eerder een kind door mishandeling om het leven kwam onvolledig. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling coördineerde voor een deel de hulpverlening aan de ouders die hiervoor open stonden. Dat is formeel niet de taak van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Wanneer er onveiligheid bestond en de ouders niet meewerkten, moest eerst aangetoond worden dat er reden was om in te grijpen. Gevolg hiervan is dat tijdens deze procesfase de fysieke veiligheid van

---

132 Als bij ernstige fysieke onveiligheid structureel wordt afgewogen in welk(e) kader(s) de aanpak het beste kan geschieden, zou de politie ook als onderdeel gezien kunnen worden van het kindveiligheidsstelsel.

133 C13, C16, C17, C18 en C19.

134 Voorval C19.

135 Voorval C13.

136 Voorval C16.

137 Voorval C17.

138 Voorval C18.

het kind niet gewaarborgd kan worden. In geen van de zeven onderzochte voorvallen in deze procesfase was er dan ook een aanpak gericht op de fysieke veiligheid van het kind. De Onderzoeksraad merkt op dat dit een effect is van de huidige inrichting van het stelsel, waarin het nemen van een beschermingsmaatregel met waarborgen van zorgvuldigheid is omkleed. De bestudeerde voorvallen laten zien dat het zorgvuldig verrichten van een onderzoek tijd kost. Deze tijd blijkt een gevaarlijke periode voor het kind te kunnen zijn. In deze tussenfase zijn er niet altijd beschermende maatregelen getroffen terwijl het kind in een onveilige situatie kan verkeren. Voorlopige maatregelen zijn wel mogelijk, maar worden in de praktijk meestal alleen toegepast ter afwijking van acuut levensgevaar. In het verlengde daarvan valt op dat de route die werd gevolgd vanaf het signaleren van onveiligheid sterk kon variëren. De gekozen route (keuze voor instantie die onderzoek uitvoerde) werd meestal bepaald door de medewerking van de ouder en niet door de veiligheidssituatie.

Ten tweede blijkt dat bij verschillende voorvallen de informatieverzameling voor het onderzoek stokte, doordat de ouders niet mee wilden werken. Dit kon ertoe leiden dat het onderzoek geen lichamelijk of psychisch onderzoek van het kind zelf omvatte, en ook geen persoonlijkheidsonderzoek of medisch onderzoek van de ouder.

- In een voorval<sup>139</sup> werd legde het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling een huisbezoek af bij een gezin waarin reeds eerder een kind overleed. De moeder had verteld over driftbuien van de vader, maar bij het huisbezoek ontkenden beide ouders deze buien. Het kind werd niet door een arts onderzocht.
- In een ander voorval<sup>140</sup> ging een vertrouwensarts van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling na een melding (alcoholproblemen en huiselijk geweld) op huisbezoek bij een aanstaande moeder die niets wilde zeggen. Na de bevalling maakte het ziekenhuis zich zorgen over de situatie en ging de kinderarts op huisbezoek. Er werd niet opengedaan.

Lichamelijk onderzoek bij een kind kan alleen plaatsvinden met toestemming van de ouders. In de praktijk wordt met 'kunst- en vliegwerk' soms toch geprobeerd het kind lichamelijk te onderzoeken. Het kind wordt dan bijvoorbeeld nog iets langer in het ziekenhuis gehouden. Dit pro-actieve gedrag gaat in feite 'op rekening van' de betreffende arts. Voor kinderen die met ernstig geweld te maken hebben, acht de Onderzoeksraad deze situatie van 'kunst- en vliegwerk' in strijd met de kindveiligheid.

Ten derde blijkt het onderzoek dat naar aanleiding van een melding wordt uitgevoerd, niet altijd alle relevante informatie over de fysieke veiligheidssituatie van het kind op te leveren, omdat met name professionals die aan de ouder zorg verlenen, niet altijd meewerken. De noodzaak van brede informatieverzameling volgt uit het feit dat bij vermoedens van kindermishandeling vaak multiprobleemgezinnen betrokken zijn. In deze gezinnen is sprake van verscheidene risicofactoren en vaak ook van een breed scala aan betrokken hulpverleners. Voorbeelden van de uiteenlopende betrokkenen waren:

- Observaties in het gezin door een verloskundige;
- Ervaringen van begeleiders in een zorgboerderij waar verstandelijk gehandicapte ouders verblijven;
- Informatie van een bedrijfsarts of huisarts van de ouders;
- Informatie van psychiaters of psychotherapeuten van de ouders;
- Informatie van medewerkers van de reclassering van de ouders;
- Informatie van artsen, verpleegkundigen of maatschappelijk werkers van een ziekenhuis.

Uit de onderzochte voorvallen blijkt dat de beroepsbeoefenaren bij wie informatie wordt opgevraagd, daar soms geen gehoor aan geven. Dit betreft met name professionals die hulp verlenen aan de ouder. Voor zover uit de dossiers is af te leiden, hanteren zij formele bezwaren.

- In een voorval<sup>141</sup> vroeg het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van Bureau Jeugdzorg informatie op bij de bedrijfsarts van de instelling waar de moeder werkte. De bedrijfsarts weigerde informatie te verstrekken. Hierdoor verkreeg het Advies- en Meldpunt geen informatie over de (psychische) toestand van de moeder. In hetzelfde voorval vroeg het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling informatie op bij de advocaat van de moeder over de verblijfplaats van de moeder. De advocaat weigerde deze informatie te verstrekken.

---

139 Voorval C18.

140 Voorval C13.

141 Voorval C14.

- In een ander voorval<sup>142</sup> verzamelde het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling informatie over het gezin bij de officier van justitie, de huisarts en de gynaecoloog. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling legde ook contact met de reclassering. Deze zegde toe een risicoanalyse te maken van de vader, maar liet dat na, omdat een formeel document ontbrak en gaf hierover geen terugkoppeling aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

### 5.2.2 *In hoeverre worden deze problemen geadresseerd door het huidige kader van wet- en regelgeving en richtlijnen?*

Deze paragraaf beschrijft in hoeverre de bestaande wet- en regelgeving de professionals bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming ondersteunt bij de uitvoering van het onderzoek naar aanleiding van een gemeld vermoeden van kindermishandeling, en het besluit tot interventie dat zij op grond van dit onderzoek moeten nemen.

#### *Drie bevindingen*

Samenvattend blijkt dat het kader van wet- en regelgeving geen houvast biedt bij de hiervoor genoemde problemen. De wetgeving vraagt niet van het onderzoek naar de situatie van het kind om ook een beeld van de fysieke onveiligheid te geven; de richtlijnen doen dat inmiddels wel. Medewerking aan het onderzoek was en is niet verplicht, niet door ouders en niet door derden. Deze drie punten worden hieronder nader toegelicht.<sup>143</sup> Deze situatie doet een te zwaar beroep op de professional.

#### *De drie bevindingen toegelicht aan de hand van wet- en regelgeving en richtlijnen.*

Ten eerste constateert de Onderzoeksraad dat een onderzoek naar de situatie van het kind geen beeld hoeft te geven van de fysieke veiligheid. Het wettelijk kader van het kindveiligheidsstelsel is weliswaar gevormd rond de notie 'het belang van het kind', maar in de uitwerking van dat begrip is de fysieke veiligheid van het kind niet geëxpliciteerd. Dit gegeven is vooral zichtbaar in de wettelijke grondslag voor de ondertoezichtstelling (art. 1:254 BW), waar wordt gesproken van een 'ernstige bedreiging van de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid' van een kind. In het besluit tot uitspreken van een ondertoezichtstelling wordt dan ook meestal als motivering opgenomen dat sprake is van een bedreiging van geestelijke of zedelijke belangen van het kind. Fysieke mishandeling noch onveiligheid vormen in het Burgerlijk Wetboek expliciet de grondslag voor een maatregel van kindbescherming. Uiteraard kunnen deze criteria wel een impliciet onderdeel vormen van 'de belangen of de gezondheid van het kind',<sup>144</sup> maar het wettelijk kader vraagt daar (nog) niet om.<sup>145</sup> Art. 1:247 BW noemt sinds 2007 wel veiligheid als onderdeel van zorg en opvoeding en verbiedt ouders om geweld toe te passen; dit is echter nog niet doorvertaald naar de grondslagen voor maatregelen.

De richtlijnen van Bureau Jeugdzorg kenden ten tijde van de voorvallen geen omschrijvingen, classificaties of criteria van onveiligheid. In de literatuur komen dergelijke classificaties al langer voor, maar zij dienden nog niet als basis voor beslissingen in richtlijnen.<sup>146, 147</sup> Het Handboek Indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg vermeldt vijf gradaties van ernst en verwijst naar de eerder genoemde literatuur. Deze gradaties worden niet nader uitgewerkt in dit Handboek. Het Handboek noemt dertien indicatoren voor de veiligheid van het kind, die voornamelijk betrekking hebben op ontwikkelingsrisico's.<sup>148</sup>

De richtlijnen voor het onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming geven eveneens geen criteria op grond waarvan een gezinssituatie als (*fysiek*) *onveilig* kan worden geclassificeerd.<sup>149</sup> De beoordeling van een casus lijkt vooral te worden gebaseerd op de vraag of de ouders al dan niet meewerken aan hulpverlening of op grond van een inschatting van de mate waarin sprake is van bedreigingen voor de *ontwikkeling* van het kind. De richtlijnen omschrijven in grote lijnen welke factoren onderzocht moeten worden, maar maken niet duidelijk welke bevindingen nodig zijn om tot het oordeel te kunnen komen dat een kind in een onveilige situatie leeft.

142 Voorval C18.

143 Voor meer informatie over wet- en regelgeving zie paragraaf 3.2.2 en bijlage D.

144 Artikel 1:254 BW.

145 Bij de wijziging van het Burgerlijk Wetboek in 2007 merkte de Raad van State al op dat de wetgever wel de begrippen veiligheid en geweld toevoegde aan art. 1:247 maar art. 1:254 ongemoeid liet.

146 Willems, 1999, pag. 522.

147 Nederlandse Gezinsraad, 2001, pag. 75. Het is de Onderzoeksraad niet bekend waarom deze aanbeveling niet is opgevolgd.

148 Brink, ten & Veerman, 1998.

149 Protocol Beschermingstaken 2009. Nieuwe Methode Raadsonderzoek in Beschermingszaken.

Ruimte voor afwegingen per casus door professionals lijkt voor zowel het Bureau Jeugdzorg als de Raad voor de Kinderbescherming het uitgangspunt te zijn. Deze casusbenadering wordt onderschreven door de betrokken partijen.<sup>150</sup> Uitgangspunt is daarmee dat per geval door de betrokken professionals en instanties bekeken moet worden of een kind, in een specifieke opvoedingssituatie veilig is en of de *ontwikkeling* van dat kind voldoende is gewaarborgd.<sup>151</sup> De professionals moeten daarbij zelf definiëren wat onveilig is en toetsen hun bevindingen door intercollegiaal overleg per casus. Er is geen - op basis van praktijkgevallen opgebouwde - differentiatie in veiligheidsniveaus en een daaraan gekoppelde set handelingsopties.<sup>152</sup>

Sinds kort bieden de instrumenten van Bureau Jeugdzorg / Advies- en Meldpunt Kindermishandeling meer ondersteuning aan de professional. Zo ondersteunt CARE-NL de professional bij het opstellen van een risicoscore en geeft dat instrument globaal aan welke consequenties een eindscore heeft voor vervolghandelingen van de professional binnen het Bureau Jeugdzorg.<sup>153</sup> CFRA, een methode die nog in ontwikkeling is, geeft relatief veel instructies voor het scoren zelf en zou een relatief hoge validiteit hebben.<sup>154</sup> Dit instrument bevat echter geen handelingsvoorschriften voor de professional. Voor deze instrumenten geldt dat zij alleen worden gehanteerd binnen het Bureau Jeugdzorg / Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en niet bij andere instellingen in het kindveiligheidsstelsel.

Het ontwikkelen van een veiligheidsbegrip wordt nog niet 'gevoed' door kennis van overwegingen die voor de rechter meespelen bij de vraag of een kindbeschermingsmaatregel gerechtvaardigd is. Een knelpunt hierbij is de beperkte motivering door de kinderrechter in ots-zaken. In de meeste gevallen volstaat de kinderrechter met een standaardmotivering, waarin alleen wordt verwezen naar het betreffende wetsartikel over 'een bedreiging van de ontwikkeling van het kind'.<sup>155</sup> Meestal wordt deze verwijzing niet nader onderbouwd met feiten: wat maakt dat aan deze grond is voldaan? De norm en feiten waarop een kinderrechter zijn beslissing baseert, worden dus vaak niet geconcretiseerd. In hoger beroep wordt door het Gerechtshof wel uitgebreider gemotiveerd, maar dit betreft slechts een zeer beperkt aantal zaken.

Ten tweede moeten de ouders volgens de huidige regels instemmen met het doen van forensisch-medisch en/of psychologisch onderzoek naar het kind (dat nodig kan zijn om mishandeling vast te stellen) en naar de ouders zelf (dat nodig kan zijn om de situatie van het kind in te schatten). Dit geldt niet alleen voor het doen van onderzoek; ook voor het opvragen van medische informatie over het kind of de ouders is de toestemming van de ouders vereist.

Ten derde constateert de Onderzoeksraad dat de medewerking van derden aan het onderzoek door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of de Raad voor de Kinderbescherming onvoldoende is geborgd in de huidige wet- en regelgeving. Wel kunnen geheimhoudingsplichtige hulpverleners door hun eigen richtlijnen en de Wet op de jeugdzorg verschoond worden van hun geheimhoudingsplicht indien zij meewerken aan informatieverzoeken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of de Raad voor de Kinderbescherming.<sup>156</sup> Verder is in diverse regio's sprake van samenwerkingsconvenanten tussen het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en andere partijen, zoals de politie. Echter, overkoepelende regelgeving op dit terrein ontbreekt. Er is een wijziging van de wetgeving in voorbereiding ten aanzien van de kindbeschermingsmaatregelen. Deze beoogt duidelijkheid te verschaffen over de informatie-overdracht naar de gezinsvoogd ten aanzien van informatie over het kind.

---

150 In casu de MOgroep Jeugdzorg: Maatschappelijk Ondernemers groep Jeugdzorg, de werkgeversorganisatie in de jeugdzorg die onder meer alle bureaus jeugdzorg omvat.

151 MOgroep, 2008, *Veiligheid en risicomanagement*, pag. 9.

152 Een vergelijking met 'jurisprudentie' dient zich hierbij aan. Daarbij vindt op basis van individuele gevallen veralgemenisering plaats.

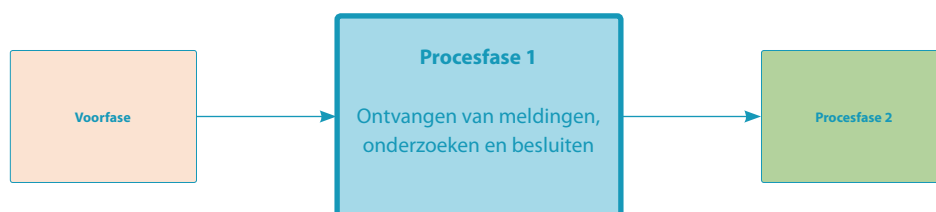
153 Zie bijlage D.

154 California Family Risk Assessment. Bron: J. Hermanns, 2010. Validiteit is gebaseerd op meerjarig onderzoek naar de voorspellende waarde van het instrument (actuariële methode).

155 Artikel 1:254 BW.

156 Wjz, artikel 48, lid 3. Zij die uit hoofde van hun stand, beroep of ambt tot geheimhouding verplicht zijn, kunnen zich van het geven van inlichtingen of het overleggen van inzage verschonen, voor zover hun geheimhoudingsplicht zich daartoe uitstrekt.

### 5.2.3. Deelconclusie en discussie over verbetermogelijkheden



In deze paragraaf worden drie deelconclusies met betrekking tot de analyse van de procesfase Onderzoeken en besluiten besproken. Ook wordt de vraag behandeld welk beleid sinds 2007 wordt gevoerd om de veiligheid van het kind in deze procesfase beter te beheersen, en welke verbetermogelijkheden nog overblijven.

#### *Drie deelconclusies*

Op grond van de voorvallen en de richtlijnen concludeert de Onderzoeksraad dat ten eerste het onderzoek door het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming geen volledig beeld geeft en hoeft te geven van de fysieke veiligheid van het kind. Ten tweede concludeert de Raad dat het onderzoek in te grote mate afhankelijk is van de medewerking van de ouders en ten derde dat de informatieverzameling ten behoeve van het onderzoek niet goed verloopt door beperkte medewerking van professionals die zorg verlenen aan ouders, en dat deze medewerking ook niet geregeld is. Het onderzoek lijkt te worden gedomineerd door enerzijds de oriëntatie op hulpverlening in een vrijwillig kader binnen het gezin en anderzijds overwegingen van zorgvuldigheid.

In deze procesfase is de verantwoordelijkheid van de overheid voor de fysieke veiligheid van het kind aangesproken; de overheid moet actief worden. De overheid moet gaan onderzoeken ouders hun verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het kind waarmaken, dan wel of hulp of maatregelen nodig zijn.

De Onderzoeksraad meent dat in deze fase - een situatie waarin vermoedens van onveiligheid zijn gerezen - verwacht mag worden dat de fysieke veiligheid van het kind leidend is voor alle professionals betrokken bij het gezin.<sup>157</sup> Het ontbreken van duidelijkheid over de medewerking die van andere betrokken professionals mag worden verwacht, doet een zwaar beroep op de professional.

#### *Discussie over verbetermogelijkheden*

De ontwikkelingen, beleid en verbetermogelijkheden op het gebied van onderzoek en besluitvorming worden hier voor de drie deelconclusies puntsgewijs toegelicht.

Ten eerste ziet de Onderzoeksraad enkele ontwikkelingen voor wat betreft de notie 'veiligheid van het kind'. In het Burgerlijk Wetboek is sinds 2007 de veiligheid van het kind ook onderdeel van de zorgplicht van ouders. In art. 1:254 BW is dit echter niet doorvertaald naar de grondslagen voor maatregelen. In recente wijzigingsvoorstellen voor het Burgerlijk Wetboek wordt veiligheid wel als randvoorwaarde voor iedere opvoeding genoemd, maar niet opgenomen als grond voor een ondertoezichtstelling.<sup>158</sup>

De wetgever is van mening dat de sector zelf moet komen tot verbetering van het kader waarbinnen het besluit om al dan niet te interveniëren plaats vindt, om zo de beslisruimte van de individuele beroepsbeoefenaar te beperken. Dit blijkt onder meer uit de reactie van de minister voor Jeugd en Gezin op het rapport 'Dilemma's op de drempel', waarin de Raad voor Volksgezondheid en Zorg stelt dat van de zijde van de overheid bezinning nodig is op de morele onderbouwing van het huidige, meer invasieve jeugdbeleid, en dat de overheid moet bewaken dat de grenzen van het aanvaardbare

157 In de praktijk worden in de besluiten de handelingsalternatieven meegewogen. Hierdoor vindt geen zelfstandige beoordeling plaats van de veiligheid van het kind. Die beoordeling zou los moeten staan van de mogelijkheden ten aanzien van oplossingen.

158 'Indien een kind wordt mishandeld of verwaarloosd is het duidelijk dat een kind zich niet op een gezonde en evenwichtige wijze kan ontwikkelen en - als de ouders niet hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen - de overheid het kind dient te beschermen. Afwezigheid van kindermishandeling, inclusief verwaarlozing, is dan ook een randvoorwaarde voor iedere opvoedingssituatie.' (TK32015/3, wijziging boek 1 BW, memorie van toelichting, pag. 8).

niet worden overschreden.<sup>159</sup> In reactie op dat rapport legde de minister voor Jeugd en Gezin deze verantwoordelijkheid nadrukkelijk bij de professional zelf, en stelde dat hij slechts zou sturen op verdere professionalisering van de sector.<sup>160</sup> Ook sommige literatuur over jeugdzorg voorziet in een nadrukkelijke rol van de professional in dit inhoudelijke debat, waarbij de professional wordt uitgenodigd zijn dilemma's kenbaar te maken zodat samenleving en politiek daarover kunnen meedenken.<sup>161</sup>

De Onderzoeksraad acht een betere ondersteuning van de professional onontbeerlijk om de verantwoordelijkheid van de overheid voor het onderzoek waar te kunnen maken. Professionals in de procesfase Onderzoeken en besluiten zouden in ieder geval duidelijke criteria moeten hebben voor de spoedprocedure die bestaat om het kind te beschermen tegen acute dreiging, in het bijzonder wanneer een vermoeden van onveiligheid wordt gemeld door een arts of een andere professionele melder. Hierbij denkt de Onderzoeksraad onder meer aan zeer jonge kinderen in risicogezinnen, waar geen tijd te verliezen is. De constatering van blauwe plekken bij een baby, die zichzelf nog niet kan verwonden, zou altijd aanleiding moeten zijn tot een snelle opvolging waarvan forensisch-medisch onderzoek deel uitmaakt. Een ontwikkeling in deze richting betreft de protocollen die in de meeste ziekenhuizen door de werkgroepen Kindermishandeling zijn gemaakt; deze protocollen beschrijven welke stappen moeten worden doorlopen als een (jong) kind met letsel en een vermoeden van kindermishandeling in het ziekenhuis komt. Het kind krijgt dan een volledig lichamelijk onderzoek en wordt bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gemeld. Het kind kan eventueel opgenomen worden in overleg met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zonder dat daarvoor een medische noodzaak is.

Ten aanzien van de motivering door rechters is er een voornemen tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek.<sup>162</sup> Om voor de ouders en de minderjarige inzichtelijk te maken aan welke problemen gedurende de ondertoezichtstelling in ieder geval gewerkt zal worden, zal worden bepaald dat de kinderrechter in de beschikking de concrete bedreigingen in de ontwikkeling van de minderjarige opneemt. Dit vergroot de transparantie van de ondertoezichtstelling.

Ten tweede zijn er ontwikkelingen in de rol van de politie voor wat betreft de medewerking van de ouders bij het onderzoek. Politie en Bureaus Jeugdzorg werken aan een protocol waarin meldingen van de Bureaus Jeugdzorg aan de politie worden geregeld. Daarnaast richtte de Inspectie Jeugdzorg in 2007 een aanbeveling aan de minister van Justitie: 'Zorg dat het Openbaar Ministerie altijd een persoonlijkheidsonderzoek gelast van de ouder wanneer vast is komen te staan dat een ouder een kind zodanig heeft mishandeld dat dit ernstig letsel of de dood ten gevolge heeft gehad'.<sup>163</sup> Deze aanbeveling is nog niet opgevolgd.<sup>164</sup> Daarnaast meent de Onderzoeksraad dat bij een onderzoek naar de fysieke veiligheidssituatie van het kind ook een persoonlijkheidsonderzoek van de ouder moet worden overwogen. Dit is nu al mogelijk in het kader van een aanvraag voor een beschermingsmaatregel, maar wordt in de praktijk nog niet veel gebruikt.

De Onderzoeksraad merkt in dit verband op dat het kindveiligheidsstelsel in grote mate de ouderlijke autonomie respecteert, ook in gevallen waar de fysieke veiligheid van het kind ernstig wordt bedreigd. Dit terwijl juist het onvermogen van de ouders om vorm te geven aan deze autonomie aanleiding is voor bemoeienis van het kindveiligheidsstelsel. Uitgangspunt van het stelsel is dat ouders zorgen voor en verantwoordelijk zijn voor de fysieke veiligheid van hun kinderen en dat ondersteuning plaatsvindt met respect voor de ouderlijke autonomie. Dit gaat 'mis' wanneer de opvattingen van ouders over wat goed is voor het kind afwijken van hetgeen hulpverleners aanvaardbaar achten en er geen correctie mogelijk blijkt. Dat is onder meer het geval bij ernstige psychiatrische problemen, zwakbegaafdheid en verslaving. Toch leunt het stelsel ook dan sterk op de ouderlijke autonomie. De

---

159 Raad voor de volksgezondheid en zorg, Centrum voor ethiek en gezondheid, 2008.

160 Toespraak minister voor Jeugd en Gezin d.d. 25 september 2008 in reactie op publicatie Raad Volksgezondheid en zorg. De minister kondigde aan dat zijn Gezinsnota in zou gaan op de morele dilemma's van hulpverleners. De Gezinsnota vermeldt echter alleen dat die er zijn en richt zich vooral op de (preventief bedoelde) ondersteuning van gezinnen.

161 Van Doorn, 2009.

162 Wijziging art 1 BW: 255 lid 5, kamerstuk 32015, nr. 3 (Memorie van Toelichting).

163 Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007, *Onderzoek naar casus kindermishandeling*.

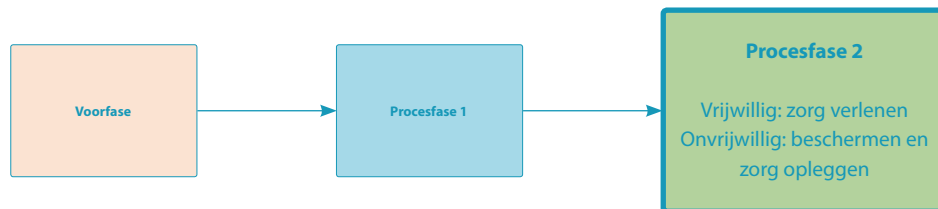
164 Bron: interviews.

politie en het Openbaar Ministerie hebben voornemens om vanuit het strafrecht meer 'dwang' te organiseren voor het meewerken door ouders aan onderzoek en aan maatregelen.

Ten derde constateert de Onderzoeksraad dat de vermeende belemmeringen die ten tijde van de onderzochte voorvallen bestonden om informatie te verkrijgen van geheimhoudingsplichtige derden, zijn geadresseerd met verbeterde voorlichting over privacyregelgeving.<sup>165</sup> Het blijft echter problematisch dat de 'informatieleveranciers' uit de andere sectoren wel het recht hebben om informatie te leveren maar niet de plicht. Zij zien nog altijd belemmeringen om mee te werken. Afwegingen moeten worden gedaan door de professional uit de andere sectoren (met name arts, GGZ-hulpverlener). Voor dat type beroepsbeoefenaren bestaat geen toezicht dat nagaat of zij deze afwegingen goed maken.

Wanneer er een melding is over een kind en er vermoedens zijn over onveiligheid zien artsen en GGZ-hulpverleners belemmeringen om informatie te verstrekken. In de vorige paragraaf is vastgesteld dat met name artsen terughoudend zijn met meldingen. In het verlengde van deze beide bevindingen verwacht de Onderzoeksraad dat ook GGZ-hulpverleners terughoudend zijn met meldingen.

### 5.3. PROCESFASE 2: ZORGEN EN BESCHERMEN



Wanneer een onveilige gezinssituatie is bevestigd door het onderzoek, moet een interventie in het gezin plaatsvinden in de vorm van zorg en hulpverlening, vrijwillig of mogelijk gecombineerd met een beschermingsmaatregel. In deze procesfase vindt de zorg voor de fysieke veiligheid van het kind plaats. De problemen die daarmee gepaard gaan worden hieronder vanuit de dossierstudie behandeld (paragraaf 5.3.1) en in de context van de huidige wet- en regelgeving geplaatst (paragraaf 5.3.2). Ook worden deelconclusies getrokken en mogelijke verbeteringen besproken (paragraaf 5.3.3).

#### 5.3.1. Welke problemen deden zich voor bij de voorvallen?

In de onderzochte voorvallen was viermaal sprake van mishandeling met fatale afloop terwijl het gezin hulpverlening kreeg op vrijwillige basis, en viermaal terwijl het gezin gedwongen hulpverlening kreeg tijdens een ondertoezichtstelling.<sup>166</sup>

Uit de voorvallen blijkt dat de professionals ook in deze procesfase moeite hebben met het inschatten van en omgaan met informatie over de onveiligheid van het kind. De Onderzoeksraad constateert dat sprake is van zes problemen:

1. de betrokken professionals hanteren de fysieke veiligheid van het kind niet als zelfstandig criterium;
2. de betrokken professionals pasten het gevoerde regime van zorg en bescherming niet aan, ook al gaf nieuwe informatie aanleiding daartoe;
3. de medewerking van de ouder is meer bepalend voor de aanpak dan de fysieke veiligheid van het kind;
4. de gezinsvoogd krijgt beperkt medewerking en informatie van professionals uit de medische zorg en van professionals gericht op zorg voor de ouders. Hierdoor kan de gezinsvoogd geen invulling geven aan zijn regisserende taak;
5. professionals lijken ook na fysieke onveiligheid van eerdere kinderen in het gezin geen speciale aanpak te volgen;
6. intern toezicht op professionals is deels ingevuld.

Deze zes punten worden hieronder nader toegelicht.

<sup>165</sup> Commissie Brouwer-Korf, 2009.

<sup>166</sup> In totaal gaat het om negen voorvallen, bij één voorval was er (nog) niets geregeld na afronding van het onderzoek.



### *De zes praktijkproblemen toegelicht aan de hand van voorvallen*

Ten eerste blijkt dat fysieke veiligheid niet als zelfstandig criterium werd gehanteerd. Veeleer ging het om het bredere, meer onbepaalde criterium van de 'ontwikkeling' van het kind. In verschillende dossiers ging het om de vraag of de *ontwikkeling* van het kind in gevaar zou komen, en of ouders wel of niet meewerkten.

- Bij een voorval met een jongetje van vijf<sup>167</sup> stond zijn ontwikkeling centraal en maakten hulpverleners zich in dat verband zorgen over de wisselende verblijfplaatsen van het kind.
- Bij een ander voorval<sup>168</sup> liep een meisje twee keer een hersenbeschadiging op. Toen het kind een half jaar was constateerde de kinderarts voor het eerst een hersenbeschadiging en vermoedde kindermishandeling. Hij lichtte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in. Het kind werd voor drie maanden uit huis geplaatst. Het Bureau Jeugdzorg vroeg na deze drie maanden bij de kinderrechter verlenging van de uithuisplaatsing aan. Tijdens de rechtszaak voerden de ouders aan dat de hersenbeschadiging het gevolg was van een vaccinatie. De kinderrechter wees het verzoek tot verlenging af en oordeelde dat het in het belang van het herstel van het dochttertje was om terug naar huis te gaan. Wel bleef ze voor de duur van een jaar onder toezicht gesteld. Een jaar na het eerste incident volgde een tweede incident waarbij dit kind opnieuw ernstig hersenletsel opliep.

Verder viel bij verschillende voorvallen op dat de fysieke veiligheid in de thuissituatie niet opnieuw werd beoordeeld wanneer de betrokken kinderrechter besloot om de uithuisplaatsing niet te verlengen.

Ten tweede constateert de Onderzoeksraad dat in sommige onderzochte voorvallen tijdens de procesfase Zorgen en beschermen nieuwe informatie beschikbaar kwam, maar dat gezinsvoogden of andere betrokkenen hun handelen niet bijstelden op grond van deze informatie. De Onderzoeksraad veronderstelt dat dit verschillende oorzaken kent. Een mogelijke oorzaak die de Onderzoeksraad hier wil noemen, is het beperkte aantal handelingsopties dat professionals hebben wanneer ouders niet meewerken.<sup>169</sup> Naast het geven van aanwijzingen rest meestal alleen de uithuisplaatsing.

- In een voorval<sup>170</sup> was sprake van een ouder met een pasgeboren kind en een dochter van bijna vier jaar waarvoor een gezinsvoogd was toegewezen. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ontving diverse signalen met betrekking tot de baby, maar ook de melding dat de ouder 'vreemd omgaat' met de oudere dochter. Ook rapporteerde de instelling die de ouder begeleidde, aan de gezinsvoogd dat de ouder aanwijzingen niet heeft opgevolgd. Ondanks deze nieuwe informatie besloot geen van de betrokken instellingen de driejarige dochter uit huis te laten plaatsen of een beschermingsmaatregel aan te vragen voor de baby.
- In een ander voorval<sup>171</sup> leidde een onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming niet tot maatregelen van kinderscherming maar tot een advies aan de ouder. In de periode erna constateerden diverse bij het gezin betrokken hulpverleners - medewerkers van een orthopedagogisch centrum, de huisarts en een medewerker van een thuiszorgorganisatie - dat het kind geregeld blauwe plekken had. Deze informatie bleef echter beperkt tot de individuele betrokkenen en werd niet gedeeld. De informatie werd ook niet teruggekoppeld naar de Raad voor de Kinderbescherming, die eerder het beschermingsonderzoek in het gezin had verricht.

Ten derde zijn gezinsvoogden in grote mate afhankelijk van de medewerking van de ouders en blijft het uitblijven daarvan in sommige voorvallen zonder consequenties. Ook hier geldt dat de gezinsvoogd weinig handelingsopties heeft wanneer de ouder niet meewerkt.

- Een voorbeeld betreft een voorval<sup>172</sup> waarbij in een gezin een ondertoezichtstelling voor de dochter was afgegeven. Daarnaast was er hulpverlening geregeld. Het consultatiebureau drong aan op plaatsing van het kind in een medisch kinderdagverblijf, en op plaatsing in een peuterspeelzaal. De moeder wilde beide niet. Daarnaast stopte de moeder op enig moment

---

167 Voorval C25.

168 Voorval C26.

169 De Onderzoeksraad heeft niet onderzocht waarom nieuwe omstandigheden in deze voorvallen niet hebben geleid tot aanpassing van het zorgverleningsplan. Een nadere studie van deze casus kan waardevolle inzichten opleveren over de zwakke plekken in het huidige stelsel van gezinsvoogdij. Uit de literatuur (Munro, 1999) is bijvoorbeeld bekend dat het menselijk vermogen om nieuwe informatie te verwerken en op grond daarvan bestaande plannen aan te passen, traag verloopt. Ook lijken mensen in het algemeen sterk geneigd om kindermishandeling te onderschatten of zelfs te ontkennen (Cooper, 2006).

170 Voorval C24.

171 Voorval C22.

172 Voorval C24.

de begeleiding die zij kreeg vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebrek aan medewerking had verder geen consequenties voor het gevoerde beleid.

Ten vierde constateert de Onderzoeksraad dat in het netwerk van professionals die in deze procesfase betrokken kunnen zijn bij het kind en diens ouders, niemand formeel de regie voert en doorzettingsmacht heeft. Ook wanneer het kind onder toezicht staat en er een gezinsvoogd is aangesteld, heeft deze geen bevoegdheden ten aanzien van andere betrokken hulpverleners. De hulpverlening aan de ouder enerzijds, en de hulpverlening aan en bescherming van het kind anderzijds worden als twee gescheiden trajecten uitgevoerd, door verschillende instellingen.<sup>173</sup>

Gezinnen waarin sprake is van onveiligheid zijn veelal zogenoemde MULTIPROBLEEMGEZINNEN, waarin de balans tussen de draaglast van de ouder (de complexiteit van de ouderschapstaak) en diens draagkracht (het vermogen om de ouderschapstaak uit te voeren) verstoord is.<sup>174</sup> Omdat aan deze verstoring een scala aan problemen ten grondslag kan liggen, zijn dikwijls evenzovele gespecialiseerde zorgverleners betrokken om de balans te herstellen en daarmee de bedreiging voor de fysieke veiligheid van het kind weg te nemen. Zij werken vanuit verschillende instellingen, sectoren en invalshoeken en hun doelstellingen kunnen sterk uiteenlopen.

Wanneer in deze procesfase een ondertoezichtstelling is uitgesproken en de hulp onvrijwillig is, lijkt het voor de hand te liggen dat de gezinsvoogd de regie heeft, omdat hij dan zijn verantwoordelijkheid beter kan waarmaken. In de praktijk bleek dit niet het geval. De gezinsvoogd had alleen zeggenschap over de verlening van zorg aan het kind. Zeggenschap over hulpverlening aan de ouder in het kader van de volwassenenzorg had hij niet; hij kan er ook geen informatie over krijgen. De ouders zijn het aanspreekpunt voor de gezinsvoogd. De gezinsvoogd stelde weliswaar een plan op waar de ouders zich aan moesten houden, maar trad niet rechtstreeks in contact met de volwassenenzorg over de wijze waarop dit plan wordt uitgevoerd. Hierdoor ontbreekt samenhang in de hulpverlening aan het kind en de ouders.

- In een voorval<sup>175</sup> was een gezinsvoogd toegewezen en een kind uit huis geplaatst terwijl de moeder opnieuw zwanger werd. Een maatschappelijk werker van het Leger des Heils verleende dagelijkse hulp in het gezin. Deze maatschappelijk werker wist van een agressie-incident met de vader, maar heeft deze informatie niet doorgegeven aan de gezinsvoogd. Deze gezinsvoogd was door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling benaderd om advies te geven over de vraag hoe moest worden omgegaan met de zojuist geboren baby in het gezin. Het is onbekend of deze nieuwe informatie over het incident achteraf tot andere beslissingen had geleid. Het illustreert wel dat niet alle relevante informatie bekend is bij degene die de fysieke veiligheid van het kind inschat, in dit geval het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en in het verlengde daarvan de gezinsvoogd van het oudere kind.

Bij verschillende voorvallen was geen sprake van een geïntegreerde aanpak van de problemen binnen het gezin, of van het delen van informatie. Bij de onderzochte voorvallen waren bijvoorbeeld een of meer van de volgende partijen uit de volwassenenzorg betrokken:

- Schuldhulpverlening
- Pedagogische hulp als de opvoedingsvaardigheden tekort schieten
- Psychiatrische begeleiding bij psychiatrische problematiek van de ouders
- Agressieregulatietherapie bij agressieve stoornissen bij de ouders
- Verslavingszorg bij alcohol- en drugsverslavingen
- Reclasseringszorg nadat ouders een gevangenisstraf hebben gehad

Met geen van deze partijen werd een gezamenlijke aanpak geformuleerd. Dit geldt zowel voor de onvrijwillige als de vrijwillige situatie. Een voorbeeld van een 'vrijwillige situatie': in een voorval<sup>176</sup> gaat het om een gezin waarin gedurende meerdere jaren verschillende vormen van vrijwillige hulp zijn verleend aan verschillende leden van het gezin. Zo kreeg de vader hulp van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg en had zijn dochter te maken met het RIAGG, de jeugdgezondheidszorg,

---

173 Een schematische weergave van de verschillende zorg- en hulpverleners die bij het gezin betrokken kunnen zijn in de procesfase Zorgen en beschermen is opgenomen in hoofdstuk vier.

174 Bakker, Bakker, Van Dijke en Terpstra, 1997.

175 Voorval C23.

176 Voorval C20.

het Bureau Jeugdzorg, verschillende scholen, huisartsen<sup>177</sup> en zorgaanbieders. Het gezin wijzigde in de loop van de jaren ook van samenstelling. De politie heeft verschillende malen een vermoeden van kindermishandeling gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. In deze casus werden door het Bureau Jeugdzorg op verschillende momenten risicotaxaties voor de dochter gemaakt. Dit leidde tot vormen van vrijwillige hulpverlening, ook omdat de vader bereid was mee te werken. Noch het Bureau Jeugdzorg noch de andere betrokken instellingen hadden volledig zicht op de situatie van het kind in het gezin. De informatie-uitwisseling tussen het Bureau Jeugdzorg en hulpverlenende instellingen is beperkt tot een eenmalig contact.

Ten vijfde viel op dat recidive geen speciale aanpak lijkt te kennen. Bij verschillende voorvallen was niet bekend dat in de bewuste gezinnen eerder sprake was geweest van een onveilige situatie voor een kind. Het betrof bijvoorbeeld gezinnen waarin een eerder kind is mishandeld of door geweld om het leven is gekomen, gezinnen waarbij aangifte was gedaan bij de politie van huiselijk geweld of gezinnen waar eerder een beschermingsmaatregel van toepassing was.

- In een voorval<sup>178</sup> waren in een gezin eerder twee kinderen mishandeld met fatale afloop toen er een derde kind van de vader werd geboren (andere moeder, tien jaar later) en binnen een aantal weken aan de toegebrachte verwondingen overleed.
- In een ander voorval<sup>179</sup> overleed een eerste kind door toedoen van een ouder. Voor de geboorte van een tweede kind werd het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling op de hoogte gebracht van de zwangerschap. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling schakelde hulp in. Het tweede kind liep een aantal maanden later ernstig hersenletsel op eveneens door toedoen van een van de ouders.
- In een voorval<sup>180</sup> werd een zesjarig jongetje stelselmatig mishandeld door zijn stiefvader, die een jaar eerder door zijn ex-partner bij de politie is gemeld voor huiselijk geweld.
- In een ander voorval<sup>181</sup> zijn in een gezin twee kinderen uit huis geplaatst, waarvan een onder voorwaarden weer terug was, toen er een derde kind werd geboren, in het gezin bleef en vier maanden later overleed aan zijn letsel.
- In een ander voorval<sup>182</sup> waren er twee oudere kinderen uit huis geplaatst. Een derde kind was onder toezicht gesteld en voor de pasgeboren baby kwamen meldingen binnen bij het AMK van professionals die zich zorgen maakten.
- In weer een ander voorval<sup>183</sup> was de vader bekend bij de politie, omdat hij in een eerdere relatie zowel zijn ex-vriendin als haar 3-jarige dochter mishandeld had.

In de voorvallen werd soms wel en soms niet gehandeld op basis van deze 'voorkennis' als zich een nieuw kind aandiende. Er leek geen systematische aanpak te worden gevolgd bij meldingen over gezinnen met ernstige risicofactoren.

- In een voorval<sup>184</sup> werd in een gezin een tweede kind geboren. Voor het eerste kind had het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling een onderzoek gestaakt, omdat de ouders zonder vaste verblijfplaats niet te vinden waren. In het gezin was sprake van verslaving van beide ouders aan alcohol en drugs. Na de geboorte van het tweede kind volgde geen actie.
- In een ander voorval<sup>185</sup> werd een dochttertje geboren in een gezin waarbij eerder een onderzoek had plaats gevonden door het AMK in verband met brandwonden van de oudere zoon. Het dochttertje zou later overlijden aan een 'Shaken Baby Syndroom'. Ook hier volgde geen actie.

Ten zesde bleek, voor zover daarover informatie beschikbaar was, dat het interne toezicht alleen 'horizontaal' werd ingevuld.<sup>186</sup> Onder intern toezicht verstaat de Onderzoeksraad het organiseren van verticaal toezicht (supervisie) en het horizontaal toezicht (intervisie) gericht op handelen bij een specifieke casus.

---

177 De vader wisselde van huisarts.

178 Voorval C4.

179 Voorval C18.

180 Voorval C6.

181 Voorval C2.

182 Voorval C24.

183 Voorval C10.

184 Voorval C9.

185 Voorval C7.

186 Op basis van een aantal rapporten van de Inspectie Jeugdzorg.

De Onderzoeksraad beschikt bij twee voorvallen over informatie over het interne toezicht:

- In het eerste voorval schiet de inhoudelijke toetsing van individuele zaken tekort.<sup>187</sup> Een bevinding is dat het in deze regiovestiging ontbreekt aan (een systeem van) tijdige interne controle en sturing. Het gaat hier om de gebrekkige invulling van de sturende en controlerende rol van de leidinggevende; deze is op dat niveau verantwoordelijk voor de besluiten van de gezinsvoogd.
- In het tweede voorval<sup>188</sup> is de fysieke veiligheid op diverse momenten afgewogen in overleg met de casemanager (meestal een maatschappelijk werker) en de gedragswetenschapper. Betrokkenen beschouwen dit als multidisciplinair overleg. De Onderzoeksraad merkt op dat hierbij bijvoorbeeld geen artsen betrokken zijn of andere paramedische disciplines.

### 5.3.2. *In hoeverre worden deze problemen geadresseerd door het huidige kader van wet- en regelgeving en richtlijnen?*

Deze paragraaf beschrijft in hoeverre de bestaande wet- en regelgeving het optreden van professionals (in casu, gezinsvoogden en casemanagers van het Bureau Jeugdzorg) ondersteunt in de procesfase Zorgen en beschermen.

#### *Zes bevindingen*

Samenvattend kan gesteld worden dat regelgeving en richtlijnen de professionals beperkt ondersteunen. Ten eerste is in de regelgeving niet omschreven wat moet worden gezien als (fysiek) onveilig. In het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij van Bureau Jeugdzorg, dat professionals moet ondersteunen, is veiligheid wel omschreven. Het Handboek geeft echter geen differentiatie naar veiligheidsniveaus. De beoordeling van (fysieke) onveiligheid hangt sterk af van het professionele oordeel van de gezinsvoogd. Ten tweede geeft het Handboek geen aanwijzingen welke informatie over het gezin aanleiding vormt tot wijzigingen in het beschermingsregime. De professional moet deze afwegingen zelf maken en het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij beoogt te ondersteunen bij het omgaan met onzekerheden. Ten derde heeft de gezinsvoogd weinig bevoegdheden ten aanzien van de ouders. Ten vierde biedt het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij geen handvatten voor de samenwerking tussen de gezinsvoogd en de bij het gezin betrokken hulpverleners die mogelijk over relevante informatie beschikken. Ten vijfde bestaat er geen specifiek beleid ten aanzien van 'recidive'. Ten zesde legt het Handboek recent een groter gewicht op collegiale consultatie: 'doe het nooit alleen'. Door dit alles wordt een te groot beroep gedaan op het oordeelsvermogen van de professionals.

#### *De zes bevindingen toegelicht aan de hand van de regelgeving en het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij*

Vanaf 2005 is er binnen de Bureaus Jeugdzorg en bij de MOgroep Jeugdzorg toenemende aandacht voor de veiligheid van kinderen in de gezinnen. Dit is terug te vinden in de beleidsnotitie 'Veiligheidsbeleid en risicomanagement' uit 2008 en het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij voor de gezinsvoogden. In de beleidsnotitie worden de begrippen veiligheid en fysieke veiligheid geëxpliciteerd. De notitie is van toepassing op alle Bureaus Jeugdzorg en het veiligheidsbeleid wordt geïmplementeerd bij de Bureaus Jeugdzorg. Versie 3 van het Handboek Deltamethode (december 2009) en de herziene versie van het Handboek Verbetering Indicatiebesluit Bureaus Jeugdzorg zijn in overeenstemming gebracht met het veiligheidsbeleid. Er is in het Handboek Deltamethode expliciet aandacht voor risicomanagement en de veiligheid van het kind tijdens het plannen en uitvoeren van maatregelen van kindbescherming, getuige de volgende passage:<sup>189</sup>

*'Uitgangspunt bij risicomanagement is dat er bij iedere ondertoezichtstelling risico's zijn voor het kind. De ondertoezichtstelling is uitgesproken, omdat het kind ernstig wordt bedreigd. Deze bedreiging is aangetoond door de Raad voor de Kinderbescherming en dit is getoetst door de rechter. De gezinsvoogd moet daarom uitgaan van deze feiten. Het is dus niet de vraag of er risico's zijn, maar hoeveel risico's er zijn, welke het zijn, hoe bedreigend ze zijn en hoe ze kunnen worden teruggedrongen. Het is niet genoeg als de gezinsvoogd constateert dat er geen tekenen zijn die wijzen op risico's en onveiligheid. Er is sprake van een 'omgekeerde bewijslast': de gezinsvoogd gaat actief op zoek naar gedragingen en belevingen die aangeven dat de situatie veilig genoeg is en vraagt ouders ook expliciet om met overtuigende argumenten te komen dat het kind veilig is.'*

187 Inspectie Jeugdzorg. 2005. *Onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverleningsproces aan S.*

188 Inspectie Jeugdzorg. 2007. *Onderzoek Maasmeisje. Rapport Bureau Jeugdzorg Rotterdam.*

189 Handboek Deltamethode gezinsvoogdij 2009, pag. 69.

In de beleidsnotitie en de Deltamethode wordt het begrip fysieke kindveiligheid geëxpliciteerd. Er is een omschrijving gegeven van onveilige situaties. Het Handboek noemt mogelijke signalen die erop kunnen wijzen dat de fysieke veiligheid van het kind in het geding is, en factoren die een indicatie van de ernst van de bedreiging kunnen zijn. Bij een van de kernbeslissingen in het Handboek - 'een machtiging tot uithuisplaatsing aanvragen' - staan enkele concrete mogelijkheden om de veiligheid van het kind in de thuissituatie te herstellen.

Verder stelt het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij dat bij terugplaatsing van het kind in het gezin na ernstige mishandeling, het uitgangspunt moet zijn dat het thuis niet veilig is, tenzij de thuis-situatie aantoonbaar is veranderd.<sup>190</sup>

De Onderzoeksraad heeft kanttekeningen bij de regelgeving en de beide Handboeken. De Handboeken en bijbehorende instrumenten vermelden geen - op basis van praktijkgevallen<sup>191</sup> opgebouwde - differentiatie in veiligheidsniveaus en een daaraan gekoppelde set handelingsopties. Er is geen ondersteuning bij de koppeling tussen de ernst van de bedreiging en de wijze van reageren. De gezinsvoogd heeft niet de beschikking over een 'escalatiemodel' - een geleidelijke opbouw in de mate van overname van de verantwoordelijkheid van de ouders.

Het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij lijkt van de veronderstelling uit te gaan dat hulp op zichzelf al veiligheid biedt, hetgeen niet het geval hoeft te zijn. Verder is het Handboek uitsluitend van toepassing op gezinsvoogden en niet op andere professionals die betrokken zijn bij het gezin. Zoals ook in de vorige paragraaf is besproken, zijn instrumenten zoals CARE-NL die voor een eventuele beoordeling van veilig of onveilig kunnen worden ingezet niet of beperkt gevalideerd. Ze geven geen concrete aanwijzingen over welke situaties als onveilig of als veilig moeten worden beschouwd. Het is de professional die, in collegiaal overleg, de afwegingen maakt, een eindoordeel geeft en de noodzaak voor een interventie bepaalt.

Ook in het recente Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij blijft, in het verlengde van de wetgeving, de bedreiging van de *ontwikkeling* van het kind een belangrijke rol spelen in de afwegingen. De ontwikkeling van het kind is een breder begrip dan de veiligheid. De Onderzoeksraad verwacht dat het voorop stellen van veiligheid zoals recent gebeurt, niet vanzelfsprekend leidt tot veranderingen in de praktijk. Het accent op het zogenoemde ontwikkelingsperspectief van het kind is zeer breed gedragen, zo blijkt uit de literatuur. Er lijkt ook begripsonduidelijkheid te zijn; de instrumenten hanteren soms ontwikkelingsaspecten onder de noemer 'veiligheid'.

Ten tweede zijn de aanwijzingen die het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij geeft over hoe de professional moet omgaan met nieuwe informatie, en onder welke omstandigheden zulke informatie aanleiding vormt tot wijzigingen in het beschermingsregime weinig concreet en gedifferentieerd. Het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij besteedt wel aandacht aan dit probleem van het bijstellen van de aanpak. Er is voor zover de Onderzoeksraad bekend geen speciale aandacht voor het probleem van het bijstellen van de aanpak in het vrijwillige kader.

Ten derde zijn in de regelgeving de bevoegdheden van de gezinsvoogd ten aanzien van de ouder beperkt. De gezinsvoogd dient een plan op te stellen waar ouders mee moeten instemmen. Hij kan gebruik maken van zijn aanwijzingsbevoegdheid.<sup>192</sup> Als ouders dan niet meewerken kan hij de rechter verzoeken om een machtiging tot uithuisplaatsing, maar dat hoeft de rechter niet toe te wijzen. Op zichzelf is de weigering een aanwijzing op te volgen geen grond voor een uithuisplaatsing; dat kan alleen indien het noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding of tot onderzoek van diens geestelijke of lichamelijke gesteldheid. Bovendien is een uithuisplaatsing in strijd met de andere wettelijke opdracht aan de gezinsvoogd, namelijk de instandhouding van het gezin. Ook uit de voorvallen ontstond de indruk van een beperkt arsenaal aan handelingsopties.

Ook ten aanzien van het kind zijn de mogelijkheden van de gezinsvoogd beperkt. Hij kan bijvoorbeeld geen inlichtingen krijgen of aanwijzingen geven over de medische behandeling aan het kind;

---

190 Handboek Deltamethode gezinsvoogdij 2009, paragraaf 8.2.3.

191 Een vergelijking met 'jurisprudentie' dient zich hierbij aan. Daarbij vindt op basis van individuele gevallen veralgemenisering plaats.

192 Deze aanwijzingsbevoegdheid is beschreven in hoofdstuk drie.

dit is voorbehouden aan kind c.q. ouder.<sup>193</sup> Omdat de gezinsvoogd niet over de medische behandeling beslist, heeft hij ook geen recht op informatie. De informatie kan wel door artsen verstrekt worden: het is hun recht en geen plicht.<sup>194</sup>

Ten vierde blijkt dat de toezichthoudende en organiserende rol voor de gezinsvoogd waarin de wet voorziet, onvoldoende kan worden ingevuld. Krachtens art. 1:257 BW is het diens taak om toezicht te houden op het kind, en te zorgen dat aan het kind en de met het gezag belaste ouder hulp en steun worden geboden teneinde de bedreiging van de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van het kind af te wenden.<sup>195</sup> Aan deze bepaling zijn geen bevoegdheden gekoppeld ten aanzien van andere instanties. Over de volgende mogelijkheden beschikt de gezinsvoogd niet:

- Het stellen van randvoorwaarden aan de zorgverlening aan de ouders, met als doel de bedreiging van de belangen en de gezondheid van het kind weg te nemen.
- Het monitoren van het effect van zorgverlening aan de ouders, en het hiertoe verkrijgen van informatie van de betrokken zorgverleners. Het betrekken van de resultaten van zorgverlening aan de ouders in zijn oordeel of nadere maatregelen van kindbescherming nodig zijn.

Het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij geeft geen aanwijzingen over de omgang tussen de gezinsvoogd en bij het gezin betrokken hulpverleners die mogelijk over relevante informatie beschikken en/of een bijdrage moeten leveren aan de oordeelsvorming.

Ten vijfde zijn er ten aanzien van recidive geen richtlijnen binnen de jeugdzorg. Buiten de Jeugdzorg hanteert de jeugdgezondheidszorg in toenemende mate risicoprofielen voor gezinnen. Hierdoor krijgen gezinnen met risicofactoren meer aandacht van onder andere het consultatiebureau en worden vaker opgeroepen. Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg moet hier ook een bijdrage aan leveren. De Onderzoeksraad constateert echter dat de jeugdgezondheidszorg in principe niet beschikt over informatie over eerdere onveiligheid en geweld, en nog onvoldoende toegerust is voor het tijdig signaleren van mogelijke onveiligheid specifiek in multiprobleemgezinnen.<sup>196</sup> Verder is er het instrument van de 'verwijsindex risicojongeren'. Artsen kunnen daar meldingen in kwijt over kinderen in onveiligheid, maar KNMG en huisartsenvereniging LHV adviseren artsen om bij voorkeur een jongere pas aan te melden in de Verwijsindex als zij daarvoor toestemming hebben gekregen van de jongere of diens ouders.<sup>197</sup>

Ten zesde blijkt dat in richtlijnen het interne toezicht nog niet duidelijk is uitgewerkt. Het organiseren van intern toezicht in de Bureaus Jeugdzorg wordt in notitie 'Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg' beschreven.<sup>198</sup> De inrichting van dit overleg kan per Bureau Jeugdzorg verschillen. Bedoeld wordt het overleg rondom een casus.

In de meer in detail uitgewerkte richtlijnen (Handboek Indicatiestelling en Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij) staat dat de regel is dat kernbeslissingen over de veiligheid van het kind nooit alleen door de medewerker van het Bureau Jeugdzorg worden genomen.<sup>199</sup> Anders geformuleerd: deze beslissingen worden genomen in overleg met de leidinggevende (verticaal) of de gedragswetenschapper (horizontaal). De exacte procedure voor dit overleg kan verschillen per Bureau Jeugdzorg.<sup>200</sup> Bij één van de kernbeslissingen - de start van een maatregel - schrijft het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij een multidisciplinair overleg voor tussen de gezinsvoogd, de gedragsdeskundige en de teammanager.<sup>201</sup>

Hoe het interne toezicht georganiseerd moet worden, is in de richtlijnen niet voorschrijvend uitgewerkt. Het organiseren van het intern toezicht wordt overgelaten aan de Bureaus Jeugdzorg.

---

193 Wet op de geneeskundige behandel overeenkomst, WGBO, art. 457. Deze regelgeving gaat veranderen; zie 5.3.3.

194 WJz, artikel 48 lid 3.

195 Wanneer zorg aan kind en ouders wordt verleend op basis van vrijwilligheid, hebben *case managers* van het Bureau Jeugdzorg een vergelijkbare functie; deze is vastgelegd in de wet op de jeugdzorg.

196 De Waal, 2010.

197 Bron: website KNMG dd. oktober 2010.

198 MOgroep. 2008.

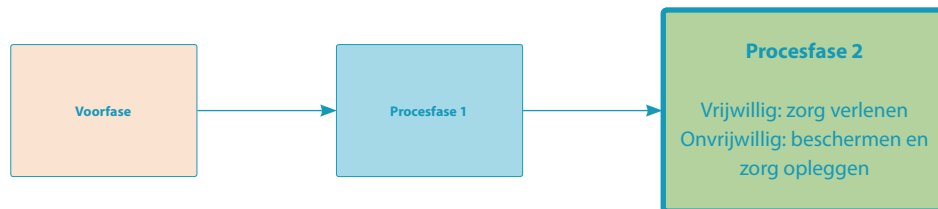
199 MOgroep. 2009. Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij. p. 73; MOgroep. 2007. Handboek Indicatiestelling. p. 76

200 MOgroep. 2009. Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij. p. 73.

201 MOgroep. 2009. Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij. p. 105.

In 2008 concludeerde de Inspectie Jeugdzorg in een onderzoek bij onder toezicht gestelde kinderen dat de bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot het risicomanagement van de verschillende medewerkers binnen de jeugdzorg niet zijn vastgelegd. De meeste organisaties hebben geen vastgelegde werkwijzen voor de toetsing van de uitvoering van risicomanagement. De werkwijze binnen de Bureaus Jeugdzorg is te veel afhankelijk van de toevallige kennis en werkwijze van de betreffende lijn- of staffunctionaris.<sup>202</sup>

### 5.3.3. Deelconclusies en discussie over verbetermogelijkheden



In deze paragraaf worden zes deelconclusies met betrekking tot de analyse van de procesfase Zorgen en beschermen besproken. Ook wordt de vraag behandeld welk beleid sinds 2007 wordt gevoerd om de veiligheid van het kind in deze procesfase beter te beheersen, en welke verbetermogelijkheden nog overblijven.

#### Zes deelconclusies

Bij de voorvallen was sprake van zes problemen: (1) de fysieke veiligheid van het kind was niet het leidende perspectief, (2) het gevoerde regime van zorg en bescherming wordt niet gewijzigd, ook al gaf nieuwe informatie daar aanleiding toe, (3) vooral de medewerking van de ouder is bepalend voor de aanpak en niet de fysieke veiligheid; (4) de gezinsvoogd ontbeert instrumenten om invulling te geven aan zijn regisserende taak en krijgt niet vanzelfsprekend informatie van andere professionals, (5) er is geen aanpak voor recidive en (6) het intern toezicht wordt alleen horizontaal ingevuld.

De Onderzoekraad constateert dat de regelgeving en het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij hierin onvoldoende sturing geven. Ten eerste is onvoldoende omschreven waar de grens ligt tussen veilige en onveilige situaties ligt en ten tweede is onvoldoende duidelijk onder welke omstandigheden nieuwe informatie aanleiding vormt tot wijzigingen in het beschermingsregime. Ten derde biedt het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij evenmin aanwijzingen voor de omgang tussen de gezinsvoogd en de bij het gezin betrokken hulpverleners die mogelijk over relevante informatie beschikken. Daarbij komt ten vierde dat een gezinsvoogd ten aanzien van de ouders weinig bevoegdheden heeft. Ten vijfde bleek dat een systematische aanpak om recidive te voorkomen, niet geregeld is. Informatie over eerdere onveiligheid (recidive), die met name bekend is uit onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of uit strafrechtelijk onderzoek naar de ouder(s), vond niet altijd ingang in de jeugdzorgketen. Deze ouders beginnen bij een volgend kind 'met een schone lei', terwijl verscherpte monitoring en begeleiding wenselijk zijn.

In deze procesfase is de verantwoordelijkheid van de overheid voor de fysieke veiligheid van het kind aangesproken en krijgt een actieve en indien nodig, een ingrijpende vorm. De overheid weet nu dat er hulp of maatregelen nodig zijn. De Onderzoekraad meent dat in deze fase - een situatie waarin onderzoek heeft uitgewezen dat zorgen over de fysieke veiligheid van het kind gerechtvaardigd zijn - verwacht mag worden dat de fysieke veiligheid van het kind leidend is voor alle professionals betrokken bij het gezin, dat er regie mogelijk is over de hulpverlening en dat voor iedereen helder is welke wijzigingen in de situatie moeten leiden tot een ander regime, met name wat de gevolgen zijn van het uitblijven van medewerking van de ouder. In deze fase worden hoge eisen gesteld aan professionals. De open normen dienen verder geoperationaliseerd te worden. Indien daar grenzen aan zijn, vragen deze open normen om zeer ervaren professionals, die elkaar scherp houden en over goede interne feedback en intern toezicht beschikken.

#### Discussie over verbetermogelijkheden

De ontwikkelingen, beleid en verbetermogelijkheden op het gebied van Zorg en Bescherming worden hier voor de zes deelconclusies puntsgewijs toegelicht.

202 Inspectie Jeugdzorg, 2008. Onvoldoende toezicht bij onder toezicht gestelde kinderen.

Ten eerste zijn er voor wat betreft het hanteren van kindveiligheid als leidend perspectief er verschillende ontwikkelingen geweest en nog gaande. De editie van het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij die in gebruik was ten tijde van de onderzochte voorvallen, ondersteunde de professional onvoldoende bij het waarborgen van de fysieke veiligheid van het kind tijdens de procesfase Zorgen en beschermen, maar hierin is zoals gesteld veel veranderd.

De Onderzoeksraad ziet een verbetermogelijkheid door fysieke veiligheid expliciet te definiëren en een koppeling te leggen tussen de mate van onveiligheid en de mate van ingrijpen. Het lijkt de moeite waard om een escalatiemodel te hebben, zodat gezinsvoogden tussen het middel van de 'aanwijzing' en de uithuisplaatsing nog andere opties hebben waarmee ze de fysieke veiligheid van het kind kunnen waarborgen. Lokaal zijn er initiatieven die dat proberen. Een voorbeeld is 'Signs of Safety' in onder andere Zeeland en Drenthe.<sup>203</sup> Kern van de benadering van *Signs of Safety* is het vaststellen van zorgen over de veiligheid van het kind, de bestaande gevaren en zaken die juist goed gaan. Dit wordt samengevat in een cijfer voor veiligheid, dat wordt gegeven door een brede groep betrokken bij het hele gezin. Daarnaast tracht men ook veiligheid binnen het gezin te realiseren door het organiseren van vormen van informeel toezicht binnen het gezin. Op de benadering van *Signs of Safety* is overigens ook kritiek die te maken heeft met de huidige wijze van uitvoeren van deze benadering.

Ten tweede zijn er ook ontwikkelingen voor wat betreft het onderwerp 'wijzigingen in het te voeren regime'. De effecten van deze wijzigingen in het Handboek Indicatiestelling voor wat betreft het bijstellen van de aanpak zijn nog niet bekend. Uit een evaluatie van het invoeren van de Deltamethode blijkt wel dat de doorlooptijd van een ondertoezichtstelling verkort wordt door de duidelijke aanpak. Dit betreft de 'lichte' gevallen waar een korte periode volstaat. Of dit betekent dat bij de zwaardere gevallen een duidelijkere aanpak ook leidt tot tijdig bijstellen, moet worden afgewacht.

Ten derde zijn er ook enkele ontwikkelingen voor wat betreft het probleem van de bevoegdheden van de voogd ten aanzien van de ouders. Er is een wijziging van de wetgeving in voorbereiding ten aanzien van de kindbeschermingsmaatregelen. Deze beoogt duidelijkheid te verschaffen over de informatieoverdracht naar de gezinsvoogd ten aanzien van informatie *over het kind*. Dit betekent dat professionals met een beroepsgeheim dat geoorloofd mogen doorbreken voor het verstrekken van relevante en noodzakelijke informatie aan de gezinsvoogd, die over de fysieke veiligheid van een kind moet oordelen en daarvoor alle relevante informatie moet hebben. Het is nog altijd een recht van professionals en geen plicht.<sup>204</sup> De Onderzoeksraad meent echter dat daarnaast ook informatie *over de ouders* relevant is voor de fysieke veiligheid van het kind. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen in de rol van de politie. Het is de bedoeling dat de politie een bijdrage levert aan de aanpak van kindermishandeling door gebruik te maken van haar strafvorderlijke bevoegdheden, waarbij de officier van justitie bijvoorbeeld in zijn eis daderhulpverlening opneemt. Naast het straffen van daders kan het strafrecht een bijdrage leveren door daders met drang of dwang hulp te laten accepteren, waar vrijwillig vaak geen gebruik van gemaakt wordt. Gebruik van het strafrecht geeft niet de gezinsvoogd meer bevoegdheden, maar kan een alternatief of aanvulling zijn voor civielrechtelijke maatregelen en langs die weg zorgen voor meer invloed op de ouders.

Ten vierde zijn er wat betreft instrumenten om invulling te geven aan de regisserende taak, verschillende lokale initiatieven en landelijke beleidsprogramma's die de regie op en medewerking van derden aan het kindveiligheidsstelsel beogen te verbeteren. Een voorbeeld daarvan is het initiatief 'De Aanpakkers', dat zich overigens niet alleen richt op kindveiligheid.<sup>205</sup> De belangrijkste ontwikkeling in dit verband is de voorgestelde regierol voor gemeenten. Deze heeft echter vooralsnog geen betrekking op de procesfase Zorgen en beschermen. Met name wanneer er maatregelen van kindbescherming toegepast worden, blijft de situatie zoals hij was. Mogelijk zijn er toch effecten door nieuwe samenwerkingsvormen tussen de betrokken instanties, die moeten worden afgewacht.

---

203 Sulkers en Dijkstra, 2009. Er zijn inmiddels meer instanties die experimenteren op verschillende locaties in Nederland met Signs of Safety.

204 Memorie van toelichting Wijziging Boek 1 Burgerlijk Wetboek, kamerstuk 32 015, nr. 3, pag. 18.

205 Zorgmodel voor continue ondersteuning voor mensen (en gezinnen) met een geringe sociale redzaamheid. De Aanpakkers is gebaseerd op ervaringen uit Amerika, Enschede, Rotterdam en Hulp aan Huis Overijssel o.a. met 'community based care'. De Aanpakkers zorgt voor herstel van het gewone leven, continue zorg, laagdrempelig met één duidelijke regie en verantwoordelijkheid. Het principe van een lokale probleemeigenaar staat voorop. (Bron: [www.deaanpakkers.nl](http://www.deaanpakkers.nl)).



De Onderzoeksraad meent dat de mogelijkheden van de gezinsvoogd in ieder geval ook moeten omvatten dat informatie uitgewisseld wordt met volwassenenzorg die ouders krijgen en dat de gezinsvoogd randvoorwaarden kan stellen aan volwassenenzorg, deze kan monitoren en consequenties kan verbinden aan (uitblijvende) resultaten van die zorg.

Ten vijfde is er meer aandacht gekomen voor het voorkomen van recidive, onder meer vanuit de Inspecties. In 2007 richtte de Inspectie Jeugdzorg een aanbeveling aan de minister van Justitie: 'Zorg dat het Openbaar Ministerie altijd een persoonlijkheidsonderzoek gelast van de ouder wanneer vast is komen te staan dat een ouder een kind zodanig heeft mishandeld dat dit ernstig letsel of de dood ten gevolge heeft gehad.'<sup>206</sup> In 2008 deed de Inspectie Jeugdzorg de aanbeveling 'Ontwikkel een visie hoe om te gaan met gezinnen waarin een nieuw kind geboren wordt en er andere kinderen zijn die onder toezicht staan.'<sup>207</sup> Deze aanbevelingen hebben nog geen landelijke opvolging gekregen.

Ook in een recente rapportage<sup>208</sup> van de Inspectie Jeugdzorg wordt dit probleem geadresseerd naar aanleiding van het overlijden van drie pasgeboren baby's in gezinnen waarin voor één of meer kinderen een beschermingsmaatregel gold. In de regio Rotterdam gold na eerdere calamiteiten per 1 januari 2009 een afspraak over het melden bij de Raad voor de Kinderbescherming van baby's en nog ongeboorte baby's van wie broertjes of zusjes onder toezicht zijn gesteld. De Onderzoeksraad is niet bekend met andere formele afspraken in Nederland die zijn gericht op het voorkomen van recidive. Er is wel het voornemen van de zogenoemde gezins-ondertoezichtstelling; dat wil zeggen dat een ondertoezichtstelling niet per kind, maar voor het gezin wordt uitgesproken. Dit instrument is nog niet geëffectueerd.

De Onderzoeksraad meent dat verbetering mogelijk is door het ontwikkelen van een landelijk beleid aangaande recidive. Fysieke onveiligheid door recidiverende ouders speelde een rol in verschillende voorvallen waarop dit onderzoek betrekking heeft. Vooral bij gezinnen waarin eerder een kind (bijna) om het leven is gekomen door mishandeling van de ouder, ziet de Onderzoeksraad verbetermogelijkheden.<sup>209</sup> De Onderzoeksraad acht het wenselijk dat hiervoor in ieder geval een verbeterde informatievoorziening vanuit de strafrechtketen komt en vanuit eerdere contacten met civiele jeugdbescherming. Daarnaast is meer beleid of een aanpak wenselijk, gericht op ouders die al eerder de fysieke onveiligheid niet hebben gewaarborgd.

Ten zesde acht de Onderzoeksraad verbetering mogelijk ten aanzien van het interne toezicht. Na het overlijden van de peuter Savanna en het rapport van de Inspectie Jeugdzorg daarover is er binnen de jeugdzorg meer aandacht voor het organiseren van intern toezicht. Dit is terug te vinden in de notitie 'Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg' en het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij van de MOgroep Jeugdzorg waarbij de kernbeslissingen over de veiligheid van het jonge kind dienen niet alleen genomen te worden.

Verbeterpunten voor de Bureaus Jeugdzorg zijn het vaststellen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de gezinsvoogd, de gedragsdeskundige en de leidinggevende. De huidige notities en handboeken van de MOgroep Jeugdzorg werken dit nog niet duidelijk uit voor alle Bureaus Jeugdzorg. Gezien de problematiek van *fysieke* onveiligheid vragen de afwegingen die professionals in de jeugdzorg maken om intern toezicht dat daarbij aansluit. Het is van belang verschillende gezichtspunten en kennis uit verscheidene disciplines daarbij te benutten. De samenstelling van dit interne overleg, dat de rol speelt van interne toezicht, zou meer multidisciplinair moeten zijn, in die zin dat ook professionals met kennis op het gebied van *fysieke veiligheid* deelnemen.

#### *Algemeen: leren van voorvallen*

Ten slotte vraagt de Onderzoeksraad aandacht voor het onderwerp leren van voorvallen en ook voor het onderwerp tuchtrecht. Onderdeel van de verdere professionalisering is de wens tot het instellen

---

206 Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007. *Onderzoek naar casus kindermishandeling*.

207 Inspectie Jeugdzorg, 2008. *Rapport Baby T*.

208 Inspectie Jeugdzorg, 2010. *Rapport Onderzoek bij de Raadsregio Rotterdam-Rijnmond en BJJ Rotterdam naar aanleiding van het overlijden van drie baby's*.

209 Het programmaministerie van Jeugd en Gezin heeft aangegeven dat bij ernstige strafzaken door de Officier van Justitie een instrument (BOOG) wordt ingezet om de noodzaak van een persoonlijkheidsonderzoek te beoordelen. Dit betekent dat na eerdere fysieke onveiligheid een persoonlijkheidsonderzoek nog niet standaard is.

van tuchtrecht voor medewerkers in de jeugdzorg. Betrokken partijen zien het tuchtrecht als sluitstuk van professionalisering. De Onderzoeksraad merkt daarbij op dat het een aanpak betreft die is gericht op individueel disfunctioneren waarbij omringende professionals buiten beeld blijven. Verder kent de inzet van tuchtrecht een bepaalde mate van willekeur: de inzet is afhankelijk van of er een melding gedaan wordt en de aard van de melding hoeft niet (vak)inhoudelijk van aard te zijn. Uit ervaringen in andere sectoren is verder gebleken dat een veilige werkomgeving voor de professional er niet per se mee gediend is. Een veilige werkomgeving vereist dat professionals in alle openheid en onderling vertrouwen over hun fouten kunnen praten en er van leren. Tuchtrecht kan daarmee op gespannen voet staan. Om deze redenen verdient het volgens de Onderzoeksraad de voorkeur om vooral andere aspecten van professionalisering zoals supervisie en vormen van intern toezicht verder vorm te geven en terughoudendheid te ten betrachten ten aanzien van het invoeren van het tuchtrecht. Het valt de Onderzoeksraad op dat reflectie, systematisering van ervaringen en intervisie genoemd worden als elementen van professioneel handelen in het actieplan, maar dat deze elementen in het actieplan niet verder worden uitgewerkt.<sup>210</sup>

De Onderzoeksraad concludeert als 'bijvangst' van zijn onderzoek dat het lering trekken van voorvallen met fatale afloop in de praktijk nagenoeg uitsluitend taak is voor de Inspecties en in het bijzonder de Inspectie Jeugdzorg. Bureaus Jeugdzorg evalueren intern maar delen deze lessen niet met andere Bureaus Jeugdzorg. Leren vindt incidenteel en lokaal plaats.

Ter vergelijking: in Engeland is een onderzoek verplicht als een kind overlijdt of ernstige schade lijdt en er een vermoeden is van mishandeling of verwaarlozing. De *Local Safeguarding Children Boards* dienen in deze gevallen een *serious case review* uit te voeren om er achter te komen wat er is mis gegaan, ervan te leren en te werken aan een betere samenwerking tussen verschillende partijen. De uitkomsten van het onderzoek zijn openbaar.<sup>211</sup> Een voorbeeld is het rapport over *Baby Peter* van de *Local Safeguarding Board Haringey*.

Om te kunnen evalueren en leren is eerst nodig te weten of het overlijden van een jong kind is veroorzaakt door kindermishandeling. In sommige van de voorvallen in deze studie kwam min of meer door toeval aan het licht dat het kind was overleden als gevolg van kindermishandeling, na een aanvankelijk afgegeven verklaring 'natuurlijke dood'. Andere onderzoeken wijzen er ook op dat artsen een verklaring voor natuurlijke dood afgeven terwijl er vermoedens waren van mogelijke mishandeling.<sup>212</sup> Structureel onderzoek naar de doodsoorzaak van kinderen is sinds 1 januari 2010 wettelijk geregeld, na een bereikt compromis met de beroepsgroep van artsen.<sup>213</sup>

Bij het evalueren en leren van voorvallen met fatale afloop speelt met name de Inspectie Jeugdzorg een rol. De Inspectie Jeugdzorg heeft in de afgelopen jaren het uitgangspunt gehanteerd dat instellingen het meeste leren van incidenten en voorvallen als zij zelf direct (en voorafgaand aan een eventueel onderzoek door de Inspectie Jeugdzorg) een onderzoek verrichten naar de gevolgde interne werkwijze en toedracht bij een voorval. De Inspectie Jeugdzorg geeft daarbij als voorwaarde aan de instelling mee dat het onderzoek onafhankelijk (dat wil zeggen dat betrokkenen bij het incident of voorval niet deelnemen aan het onderzoek) dient plaats te vinden. Bovendien geeft de Inspectie Jeugdzorg de betreffende instelling(en) randvoorwaarden mee voor het te verrichten onderzoek en geeft zij tevens vragen aan die zij beantwoord wil zien. Op basis van de rapportage van het verrichte onderzoek door de jeugdzorginstelling(en) besluit de Inspectie Jeugdzorg of zij nog aanvullende vragen wil stellen of besluit zij alsnog zelf onderzoek te doen.

Vanaf 2011 zal de Inspectie Jeugdzorg zich met prioriteit richten op calamiteiten bij instellingen (dat wil zeggen ernstige en fatale incidenten). Vanaf het moment van de melding zal de Inspectie Jeugdzorg een duidelijke regie gaan voeren over wie wat en om welke reden direct zal onderzoeken. Dit kan betekenen dat de Inspectie Jeugdzorg de keuze maakt -met inachtneming van het door haar gehanteerde uitgangspunt dat het leereffect groot is als instellingen zelf een onafhankelijk onderzoek verrichten- direct een eigen onderzoek te starten.

---

210 HBO-raad, MOgroep, MOVISIE, NIP, NJi, NVMW/Phorza en NVO. 2007. Actieplan Professionalisering in de jeugdzorg.

211 NJI, 2009. Zie ook Hochstadt, 2006.

212 Kuyvenhoven, Hekkink & Voorn, 1998; Soerdjabalie, Bilo, Akker & Maes, 2010.

213 Artikel 10a, lid 1 van de gewijzigde Wet op de Lijkbezorging; Brief van de Minister van Jeugd en Gezin, 8 juni 2010. Daarin hebben gemeentelijke lijkschouwers tot 1 januari 2013 de tijd gekregen om te zorgen dat zij aan de kwaliteitseisen van forensisch arts voldoen.

Tussen 2005 en 2009 zijn vijf van de in dit rapport behandelde voorvallen bij de Inspectie Jeugdzorg gemeld en door haar onderzocht. In sommige gevallen is dit gedaan samen met andere inspecties waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg, en zijn daarover openbare rapporten gepubliceerd. Het totaal aan fatale incidenten waarvan bekend is dat sprake was van kindermishandeling bedraagt ongeveer zestien per jaar.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg verricht een onderzoek naar kinderen die zijn overleden door kindermishandeling volgens de Leidraad meldingen.<sup>214</sup> Dit gebeurt wanneer zorginstellingen en/of individuele medische beroepsbeoefenaren zoals huisartsen bij de calamiteit betrokken zijn. Het onderzoek betreft de vraag of betrokkenen voldoende alert zijn geweest op signalen dan wel na signalering van (risico op) mishandeling voldoende gehandeld hebben om het risico af te wenden. Bij geen van de 18 voorvallen in deze studie die ingedeeld zijn in de voorfase of procesfase 1 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoeksrapport opgesteld. Voor procesfase 2 heeft de Inspectie, naast enkele bijdragen aan gezamenlijk onderzoek door meerdere inspecties (zie hieronder), een eigen rapport opgesteld over de casus 'het Maasmeisje'. Dit rapport beoogde helder te formuleren wat de inspectie verwacht van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij het signaleren van en handelen bij (vermoedens van) kindermishandeling. Het betrof in het bijzonder de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar vanwege het grote bereik. Dit rapport kreeg een vervolg door thematisch onderzoek om te bewerkstelligen dat de werkwijze van de Jeugdgezondheidszorg ook in overeenstemming is met de normen die de inspectie in het rapport over het Maasmeisje heeft geformuleerd.

Ook heeft de Inspectie themaonderzoek verricht naar de signalering van kindermishandeling op de Spoedeisende Hulp afdelingen van ziekenhuizen en bij huisartsenposten.<sup>215</sup>

---

214 De Inspecties kunnen besluiten om een onderzoek in te stellen naar de zorgverlening, wanneer zij geïnformeerd worden over een voorval waarbij een kind door mishandeling overlijdt terwijl professionals/instellingen die onder hun toezicht vallen bemoeienis met het kind of het gezin hadden.

215 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008 en 2010.

## 6. CONCLUSIES

De onderzoeksvraag van deze studie luidde als volgt:

*Hoe geeft de overheid invulling aan haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind wanneer de ouders dat niet doen; welke verbeteringen zijn mogelijk?*

De verantwoordelijkheid voor fysieke veiligheid wordt in de praktijk ingevuld door de partijen in het kindveiligheidsstelsel - de instellingen, de professionals en hun beroepsgroepen. De professional is degene die in de praktijk in gezinnen intervenueert met als doel te zorgen voor de fysieke veiligheid van het kind. Met 'invulling geven aan verantwoordelijkheid' wordt in deze themastudie bedoeld op de wijze waarop professionals risico's voor de fysieke veiligheid van het jonge kind inventariseren en evalueren en de wijze waarop de overheid en de partijen in het kindveiligheidsstelsel professionals daarbij in staat stellen om hun complexe taak uit te voeren.

De Onderzoeksraad analyseerde 27 voorvallen met fatale en bijna fatale afloop, en bestudeerde de regelgeving en richtlijnen die van toepassing zijn op fysieke onveiligheid van kinderen. De bevindingen zijn in hoofdstuk 5 gepresenteerd voor elk van de drie procesfasen - signaleren en melden, onderzoeken en besluiten, zorg verlenen en beschermen - waarin de werking van het kindveiligheidsstelsel kan worden verdeeld. De bevindingen per procesfase hebben een aantal inhoudelijke overeenkomsten. Hieronder zijn ze gecombineerd.

Op grond van de analyse en bevindingen per procesfase trekt de Onderzoeksraad drie conclusies: een algemene conclusie over de verantwoordelijkheid van de overheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind (6.1), over de daarbij benodigde professionaliteit van individuen en instellingen (6.2) en over de voorfase waarin signalen moeten leiden tot meldingen, die de verantwoordelijkheid van de overheid activeren (6.3).

### 6.1. OVER DE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE OVERHEID

De Onderzoeksraad concludeert op basis van zijn studie allereerst het volgende:

1. *De overheid, die bij een melding wordt aangesproken op haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het kind, kan deze verantwoordelijkheid onder de huidige omstandigheden niet waarmaken.*

De volgende twee conclusies vormen de grondslag van deze hoofdconclusie:

- 1A. Professionals die namens de overheid verantwoordelijk zijn voor de fysieke veiligheid van kinderen, laten in hun handelwijze de verantwoordelijkheid van de ouders prevaleren. Deze professionals kunnen als gevolg hiervan geen goede risico-inventarisatie en -evaluatie maken van de fysieke veiligheid van het jonge kind.
- 1B. Professionals kunnen de risico-inventarisatie en -evaluatie niet naar behoren uitvoeren, omdat andere bij het gezin betrokken professionals niet verplicht zijn hieraan medewerking te verlenen. Daardoor mist de professional de mogelijkheid om namens de overheid daadwerkelijk de regie te nemen.

Deze twee conclusies kunnen als volgt worden toegelicht.

Ad 1A. Professionals die namens de overheid een risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken en op basis daarvan handelen, blijken uitermate terughoudend met het overnemen van de verantwoordelijkheid van de ouders. De overheid beschikt over instrumenten om de verantwoordelijkheid van de ouders al dan niet tijdelijk terzijde te schuiven (voorlopige ondertoezichtstelling, tijdelijke ontheffing uit het ouderlijk gezag). Deze instrumenten werden bij de door de Onderzoeksraad bestudeerde voorvallen niet of onvoldoende toegepast, behalve nadat (bijna) fataal letsel was toegebracht. Doordat professionals terughoudend zijn in het gebruik van instrumenten die het gezag van de ouders tijdelijk beperken, hebben zij onvoldoende toegang tot informatie die nodig is om een volledige risico-inventarisatie en -evaluatie van het jonge kind te maken.

Ad 1B. Professionals die namens de overheid een risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken van de fysieke veiligheid van het kind, zijn voor informatie over deze kinderen en hun ouders afhankelijk van medewerking van andere professionals, zoals artsen en GGZ-medewerkers. Hierbij moet worden bedacht dat het meestal gaat om multiprobleemgezinnen, waarbij een groot aantal professionals betrokken is voor zowel de ouder als het kind. Deze professionals zijn niet verplicht de informatie over het kind en de gezinsleden te delen; zij zijn alleen verschoond van hun geheimhoudingsplicht. Dit betekent dat zij een eigen afweging mogen maken over het doorbreken van hun geheimhoudingsplicht. Het blijkt regelmatig voor te komen dat zij informatie, die relevant is voor de fysieke veiligheid van het kind, niet delen. In die gevallen kunnen de professionals van Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming geen volledige risico-inventarisatie en -evaluatie maken. Deze conclusie geldt niet alleen voordat een maatregel van kindbescherming is genomen, maar ook als al een maatregel van kracht is.

Ten aanzien van de (ontbrekende) samenwerking met betrokken hulpverleners zijn er verschillende beleidsprogramma's en lokale initiatieven die de medewerking van derden aan het kindveiligheidsstelsel beogen te verbeteren. Het betreft een heel scala aan initiatieven die zich nog moeten bewijzen maar die de wettelijke bevoegdheden ongemoeid laten.

## 6.2 OVER PROFESSIONALITEIT IN HET KINDVEILIGHEIDSSTELSEL

Een tweede conclusie betreft de professionaliteit binnen het kindveiligheidsstelsel:

2. *De professionaliteit in het kindveiligheidsstelsel is onvoldoende voor het uitvoeren van de overheidsverantwoordelijkheid voor de risico-inventarisatie en -evaluatie van kinderen van wie de ouders onvoldoende zorgen voor hun fysieke veiligheid.*

Deze conclusie over professionaliteit is gebaseerd op de volgende vijf deelconclusies.

- 2A. Professionals die namens de overheid belast zijn met de risico-inventarisatie en -evaluatie, missen een duidelijk kader om te beslissen of en in hoeverre zij bij meldingen van fysieke onveiligheid van het jonge kind het volledige overheidsinstrumentarium moeten gebruiken. De Nederlandse wetgeving en de brancherichtlijnen bevatten hierover onvoldoende aanwijzingen. Het criterium (fysieke) onveiligheid is geen grondslag voor beschermingsmaatregelen voor kinderen en vormt daarmee geen onderdeel van het formele kader voor de risico-inventarisatie die nodig is voor het nemen van een beschermingsmaatregel. Voor beschermingsmaatregelen hanteert de wetgeving het brede begrip 'mentale en fysieke ontwikkeling'. In de beleidsontwikkeling is de laatste jaren wel veel aandacht geweest voor het onderwerp veiligheid. In de praktijk moeten professionals werken met open normen waarin onduidelijk is wanneer sprake is van fysieke onveiligheid, terwijl zij tegelijkertijd de 'ontwikkeling van het kind' - liefst binnen het gezin - moeten waarborgen.
- 2B. De beschikbaarheid van informatie over eerdere gevallen van (fysieke) onveiligheid in hetzelfde gezin is niet geborgd en professionals beschikken niet over een beleid om de veiligheid voor kinderen uit deze recidivegezinnen structureel te regelen. Onveiligheid voor kinderen door recidiverende ouders kwam verschillende malen voor in de bestudeerde voorvallen: of er was eerder een kind (bijna) om het leven gekomen of er was eerder onveiligheid van een kind vastgesteld in het gezin.  
Kennis over eerdere onveiligheid die voortkomt uit strafrechtelijk onderzoek of uit onderzoek door Raad voor de Kinderbescherming of Bureau Jeugdzorg blijkt verloren te gaan en heeft geen consequenties. Deze ouders beginnen bij een volgend kind 'met een schone lei', terwijl verscherpte aandacht wenselijk is.
- 2C. Professionals maken te weinig gebruik van forensisch-medische kennis en deze gespecialiseerde kennis is in de praktijk onvoldoende beschikbaar. Hierdoor missen professionals soms een kans om letsel tijdig als indicatie van mogelijke onveiligheid te onderkennen.
- 2D. Intern toezicht op professionals die de risico-inventarisatie en -evaluatie moeten maken, wordt voornamelijk ingevuld door collegiaal overleg. Andere vormen van intern toezicht op de verschillende professionals betrokken bij de risico-inventarisatie zijn nog niet voldoende uitgewerkt.

- 2E. Bij overlijdensgevallen laat de overheid niet standaard een systematisch onderzoek verrichten. Bij vijf van de 27 onderzochte voorvallen vond een openbaar onderzoek plaats, in de overige gevallen niet. De overheid kiest het tuchtrecht als middel om de professionaliteit van de medewerkers in de jeugdzorg te vergroten. De sector wil door middel van tuchtrecht de professionalisering in de jeugdzorg (verder) vorm geven. De Onderzoeksraad merkt op dat het tuchtrecht in de huidige omstandigheden geen geschikt instrument is aangezien de professionaliteit in de sector nog 'in de kinderschoenen' staat. Het tuchtrecht is gericht op individueel disfunctioneren; omringende professionals en instellingen blijven buiten beeld. Verder kent het tuchtrecht een zekere mate van willekeur: de inzet ervan is afhankelijk van of er een klacht ingediend wordt en de aard van de klacht hoeft niet (vak)inhoudelijk te zijn. Een zwaarwegend argument is dat de overheid zelf onvoldoende kaders biedt aan de professional.

### 6.3. OVER DE VOORFASE VAN SIGNALEREN EN MELDEN

Naast deze twee conclusies over de verantwoordelijkheid van de overheid vanaf het moment dat er een melding van het vermoeden van onveiligheid is gedaan en de bijhorende conclusie over professionaliteit, heeft de Onderzoeksraad een conclusie getrokken over de fase voordat een melding van fysieke onveiligheid is binnengekomen.

3. *De fase voorafgaand aan een melding, wanneer signalen van fysieke onveiligheid opgepakt moeten worden om te komen tot een melding, blijkt zich evenals de overige fasen te kenmerken door een terughoudende opstelling van professionals, met name in de gezondheidszorg.*

Deze conclusie kan als volgt worden toegelicht.

Professionals, met name in de gezondheidszorg, die in de voorfase worden geconfronteerd met kinderen met letsel, blijken terughoudend te zijn met het melden van vermoedens van fysieke onveiligheid. Geconfronteerd met letsel en een vermoeden van fysieke onveiligheid zoeken zij bij voorkeur zelf naar een oplossing, zonder te melden. Door het uitblijven van meldingen kunnen professionals die de risico-inventarisatie en - evaluatie moeten maken, relevante informatie niet combineren.



## 7. AANBEVELINGEN

De overheid is vanuit het Verdrag inzake de Rechten van het Kind verantwoordelijk voor de fysieke veiligheid van kinderen wanneer blijkt dat hun ouders die bedreigen. De overheid dient ervoor te zorgen dat zij deze verantwoordelijkheid waar kan maken.

De overheid is naar het oordeel van de Onderzoeksraad daarom zelf aan zet om de werking van het kindveiligheidsstelsel te verbeteren, uiteraard in nauwe samenwerking met de instellingen en professionals die namens haar handelen. De Onderzoeksraad neemt echter waar dat de overheid voor wat betreft de inhoudelijke problematiek een afwachtende houding aanneemt en zich richt op een stelselwijziging van de jeugdzorg. Verwacht mag worden dat een stelselwijziging een langdurig proces zal zijn terwijl intussen de problematiek blijft voortbestaan en de overheid bij kinderen in fysieke onveiligheid niet doortastend optreedt.

Hoewel mogelijk ook organisatorische aanpassingen nodig zijn, meent de Onderzoeksraad dat ongeacht de wijze waarop het stelsel er organisatorisch uit komt te zien, de overheid moet zorgen dat zij haar verantwoordelijkheid voor kindveiligheid kan waarmaken en instellingen en professionals zo goed mogelijk toerust. Dit is voor bedreigde kinderen letterlijk van levensbelang.

De Onderzoeksraad komt tot de volgende aanbevelingen.

### **Aanbeveling 1**

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie, in afstemming met het Interprovinciaal Overleg (IPO), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Jeugdzorg Nederland, KNMG, GGD Nederland en GGZ Nederland

*Zorg dat de instelling(en) en professionals, die na een melding van een vermoeden van fysieke onveiligheid namens de overheid dienen op te treden, in staat zijn om een volledige risico-inventarisatie en -evaluatie van de situatie te maken en om de regie te voeren bij te nemen maatregelen. Hiervoor is het noodzakelijk dat professionals:*

*(1A) zich bij de uitvoering van deze taak niet afhankelijk opstellen van de medewerking van de ouders;*

*(1B) kunnen beschikken over alle relevante informatie van de andere professionals betrokken bij het gezin.*

Toelichting:

De instrumenten die professionals hebben om de verantwoordelijkheid van de ouders al dan niet tijdelijk terzijde te schuiven (voorlopige ondertoezichtstelling, tijdelijke ontheffing uit het ouderlijk gezag) moeten, indien dat nodig is om een goede risico-inventarisatie en -evaluatie te maken, worden benut. Overheidsinstellingen die meldingen moeten onderzoeken en beschermingsmaatregelen uitvoeren zijn gebaat bij een uitbreiding van effectieve regiemogelijkheden. Dit heeft als doel informatie-uitwisseling tussen instellingen en professionals te verbeteren.

De Onderzoeksraad acht het wenselijk dat de verantwoordelijke ministers hierover in debat gaan met de betrokken bestuursorganen, instellingen en meest betrokken beroepsgroepen in de (geestelijke) gezondheidszorg.

### **Aanbeveling 2A**

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie, Interprovinciaal Overleg (IPO) en Jeugdzorg Nederland

*Zorg voor een verdere professionalisering van het kindveiligheidsstelsel zodat het toegerust is om een goede risico-inventarisatie en -evaluatie te maken en waar nodig op te treden om de fysieke veiligheid van het kind te waarborgen.*

Toelichting:

Indien de overheid daadwerkelijk de regie wil nemen bij de risico-inventarisatie en -evaluatie zoals in de eerste aanbeveling geschetst, dient de professional in het kindveiligheidsstelsel beter toegerust te worden. In dit rapport wordt een aantal elementen hiervan genoemd: fysieke veiligheid dient meer



geoperationaliseerd te worden; een beleid ten aanzien van (informatie over) recidive is nodig; forensisch-medische kennis moet vaker worden toegepast en beschikbaar zijn en intern toezicht bij de risico-inventarisatie dient te worden verbeterd.

### **Aanbeveling 2B**

Aan het Interprovinciaal Overleg (IPO), Jeugdzorg Nederland, de minister van Veiligheid en Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Zorg voor het leren van voorvallen en incidenten. Gebruik het leren om scherper duidelijk te maken in welke gevallen er sprake is van een bedreiging van de fysieke onveiligheid van een kind en welke onderzoeksactiviteiten en veiligheidsmaatregelen daarbij passend zijn.*

Toelichting:

De Onderzoeksraad meent dat het kindveiligheidsstelsel gebaat is bij meer en stelselmatig leren van voorvallen en incidenten. Professionals moeten kunnen delen wat *good practices* zijn en kunnen op die manier ook gezamenlijk bepalen wanneer sprake is van een veilige of onveilige situatie en een adequate of niet adequate maatregel. Dit helpt om te komen tot een gezamenlijk referentiekader/normenkader voor fysieke veiligheid.

De Onderzoeksraad ziet tuchtrecht, dat in de jeugdzorg zal worden ingevoerd, in de huidige omstandigheden niet als een geschikt middel om de professionaliteit te verhogen. De Onderzoeksraad vindt dat professionals in de jeugdzorg kwetsbaar zijn door een gebrek aan duidelijke regels en richtlijnen. Supervisie en intern toezicht dienen een belangrijker plaats te krijgen bij het verhogen van de professionaliteit binnen de jeugdzorg.

### **Aanbeveling 3**

Aan het Interprovinciaal Overleg (IPO), Jeugdzorg Nederland, de minister van Veiligheid en Justitie, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in afstemming met de Vereniging Nederlandse Gemeenten, KNMG, GGD Nederland en GGZ Nederland

*Bevorder de toestroom van meldingen van (vermoedens van) fysieke onveiligheid van het jonge kind en scherp het kader voor deze meldingen aan.*

Toelichting:

Overheidsinstellingen die meldingen van vermoedens van fysieke onveiligheid ontvangen, met name het Bureau Jeugdzorg/Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming, moeten professionele melders een duidelijker referentiekader/normenkader bieden voor het melden van fysieke onveiligheid. Daarbij dient met de beroepsgroepen in de (geestelijke) gezondheidszorg een discussie plaats te vinden met als doel een beleid te formuleren over de gevallen van fysieke onveiligheid waarbij het uitstellen van een melding onwenselijk is.

De consequentie kan zijn dat het aantal meldingen van fysieke onveiligheid hierdoor toeneemt. Indien de overheid haar verantwoordelijkheid voor bedreigde kinderen serieus neemt, accepteert zij deze consequentie.

Bestuursorganen aan wie een aanbeveling is gericht, dienen een standpunt ten aanzien van de opvolging van deze aanbeveling binnen een half jaar na verschijning van deze rapportage aan de betrokken minister kenbaar te maken. Niet-bestuursorganen of personen aan wie een aanbeveling is gericht dienen hun standpunt ten aanzien van de opvolging van de aanbeveling binnen een jaar kenbaar te maken aan de betrokken minister. Een afschrift van deze reactie dient gelijktijdig aan de voorzitter van de Onderzoeksraad voor Veiligheid en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties verstuurd te worden.

## BIJLAGE A. ONDERZOEKSVERANTWOORDING

### A.1 AANLEIDING

De aanleiding voor dit onderzoek is beschreven in hoofdstuk 1.

### A.2 PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling voor dit onderzoek is beschreven in hoofdstuk 1.

### A.3 ONDERZOEKSAANPAK EN -FASEN

#### *Onderzoeksaanpak*

Voor dit onderzoek zijn 27 voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop bestudeerd. Deze zijn primair geselecteerd op basis van de mate waarin zij maatschappelijke verontrusting teweeg hebben gebracht. Daarnaast is ernaar gestreefd een zekere mate van spreiding te bereiken in het type voorval dat is bestudeerd. De selectie van voorvallen wordt nader toegelicht in bijlage B (Omvang en karakterisering kindermishandeling en voorvallen met (bijna) fatale afloop).

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van dossiers van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI), aangevuld met de dossiers van Forum Educatief. Forum Educatief is een centrum voor forensische geneeskunde en gedragswetenschappen. Dit kenniscentrum is onderdeel van de Van der Hoevenstichting en biedt forensisch-medische expertise bij vermoedens van (kinder)mishandeling, onder meer ten behoeve van justitie. Daarnaast zijn gegevens benut van de Inspectie Jeugdzorg, enkele andere inspecties en rechterlijke uitspraken. De dossiers dienden als basis van het onderzoek en zijn niet per casus geverifieerd. Indien daar aanleiding toe was, is nadere informatie ingewonnen bij de instanties die betrokken waren bij het voorval. Deze nadere informatie is volledig geanonimiseerd opgenomen in de casusbeschrijving in bijlage C. Het dossieronderzoek is aangevuld met literatuuronderzoek en interviews met deskundigen en betrokken partijen. De Onderzoeksraad heeft, een enkele uitzondering daargelaten, niet gesproken met professionals die betrokken waren bij de individuele voorvallen.

#### *Projectfasen en uitvoering*

Het volledige onderzoek bestond uit 3 projectfasen:

1. Een oriëntatie op het systeem ter bescherming van het kind vanaf het moment dat een vermoeden van mishandeling of verwaarlozing bekend zou kunnen zijn. In dit deelonderzoek werd het systeem ter bescherming van het kind in kaart gebracht aan de hand van wet- en regelgeving en beleids- en wetenschappelijke documentatie over het Nederlandse systeem van de bescherming van een kind en de ontwikkeling daarvan. Het deelonderzoek besteedde aandacht aan de signaleringsketen: wanneer en hoe wordt bekend dat de veiligheid van het kind bedreigd wordt en dat bescherming nodig kan zijn. Aan bod kwamen zowel de informele als de professionele signaleerders van kindermishandeling, zoals bureaus, familieleden, verloskundigen, huisartsen en onderwijsinstellingen, en de plaatsen waar zij terecht kunnen. Ook is in kaart gebracht het systeem voor de bescherming van het kind, wanneer een vermoeden van mishandeling gemeld is. De vier partners in het beschermingssysteem, te weten Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, Bureau Jeugdzorg, Raad voor de Kinderbescherming, politie en justitie, zijn beschreven. In het onderzoek is aandacht besteed aan eerdere onderzoeken naar het beschermingssysteem van het kind.
2. Een dossieronderzoek naar de loop der gebeurtenissen bij voorvallen van kindermishandeling met fatale en bijna fatale afloop, op basis van beschikbare dossierinformatie. Per voorval werden genoteerd: de betrokken instanties, de informatie c.q. signalen die zij hadden over het gezin, de acties die werden ondernomen en de effecten daarvan en voor zover bekend de overwegingen die werden gehanteerd. Voor ieder voorval is een tijdslijn opgesteld waarin de verschillende gebeurtenissen per betrokkene zijn aangegeven. De tijdslijn gaf een overzicht van de opeenvolgende gebeurtenissen voorafgaand aan de mishandeling met (bijna) fatale afloop en de opvolging daarvan. Opvallende zaken werden per voorval genoteerd en besproken en gecombineerd met andere voorvallen. Tentatief werden de structurele veiligheidstekorten in het systeem ter bescherming van het kind genoteerd.

3. Een nader onderzoek naar de structurele veiligheidstekorten.<sup>216</sup> Hiervoor werden wet- en regelgeving, richtlijnen en beleidsontwikkelingen nader geanalyseerd en aangevuld met literatuuronderzoek en interviews met betrokkenen uit de sector.<sup>217</sup> Tevens is ter vergelijking de Engelse werkwijze beknopt in kaart gebracht. Omdat er vele initiatieven zijn om het stelsel te verbeteren, is tevens onderzocht aan welke structurele tekorten en hun onderliggende oorzaken aandacht besteed wordt in de beleidsontwikkelingen. De bevindingen van de analyse van structurele tekorten en onderliggende oorzaken zijn in een bijeenkomst voorgelegd aan experts uit de verschillende betrokken sectoren. De voorlopige resultaten zijn besproken met vertegenwoordigers van de meest betrokken organisaties.

Deelonderzoek 1 werd grotendeels uitgevoerd door Bureau Beke in opdracht van de Onderzoeksraad. Deelonderzoek 2 werd uitgevoerd door medewerkers van de Onderzoeksraad samen met de Inspectie Jeugdzorg, Bureau Beke en enkele andere externe deskundigen. Deelonderzoek 3 werd uitgevoerd door medewerkers van de Onderzoeksraad samen met externe deskundigen.

#### *Wijze van omgaan met informatie*

Middels bronvermeldingen in het rapport is de verzamelde relevante documentatie ontsloten, voor zover het openbare gegevens betreft. Daar waar het vertrouwelijke informatie betreft, is volstaan met een algemene referentie naar de organisatie wiens informatie bestudeerd is.

#### A.4 ONDERZOEKSAFBAKENING

De afbakening van het onderzoek is vermeld in hoofdstuk 1.

#### A.5 SAMENWERKING

In Nederland bestaan twee instanties die onderzoek doen naar voorvallen van kindermishandeling met fatale en bijna fatale afloop: Forum Educatief<sup>218</sup> en het Nederlands Forensisch Instituut (NFI).<sup>219</sup> Daarnaast doen inspecties afhankelijk van de betrokkenheid van instellingen onderzoek naar aanleiding van voorvallen. Het is niet de taak van de Onderzoeksraad voor Veiligheid om onderzoeken van de instelling zelf en andere instanties te beoordelen of over te doen. De onderzoeken van NFI en Forum Educatief bevatten veel bruikbare informatie. Daarnaast hadden inspecties (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Jeugdzorg) onderzoek gedaan naar een aantal ernstige voorvallen. In een beperkt aantal fatale voorvallen was er sprake van een samenwerking tussen meerdere inspecties (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing en Inspectie Openbare Orde en Veiligheid).

Om die reden heeft de Onderzoeksraad in een vroeg stadium van het onderzoek contact gelegd met deze onderzoeksinstanties ten behoeve van het onderzoek naar de gebeurtenissen in de door de Onderzoeksraad bestudeerde casussen.

Wanneer de bestudeerde dossiers bij Forum Educatief, NFI of de Inspectie Jeugdzorg aanleiding gaven tot nadere vragen, is contact gezocht met andere betrokken instanties, zoals de Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid.

#### A.6 PROJECTORGANISATIE

Een onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid wordt uitgevoerd in teamverband, door een kernteam van onderzoekers van de Onderzoeksraad aangevuld met externe experts. De externe

---

216 Een structureel veiligheidstekort, is een tekort dat: a) in meerdere voorvallen optreedt; b) beschouwd kan worden als een tekort dat mogelijk de veiligheid in de toekomst negatief beïnvloedt; c) eerder kenmerkend is voor een organisatie of systeem dan voor een individu of de manier van werken op een bepaalde plaats of tijd.

217 Een gegeven van het beschermen van kinderen is, dat alle levensgebieden waar kinderen mee te maken hebben van belang zijn en dat dus vele sectoren, van politie tot gezondheidszorg en van onderwijs tot welzijn, een verantwoordelijkheid hebben.

218 Forum Educatief wordt in het kader van strafprocessen tegen vermoedelijke daders van kindermishandeling gevraagd deskundigenrapporten op te stellen, waarbij niet alleen de directe oorzaak van het letsel (geweld van buitenaf of een andere medisch-somatische oorzaak) beschouwd wordt, maar ook de toedracht (de omstandigheden waaronder en de wijze waarop het letsel is ontstaan). Forum Educatief is een onderdeel van de Van der Hoeven Stichting in Utrecht.

219 Het NFI verricht forensisch onderzoek wanneer er sprake is van onderzoek bij kinderen in strafzaken en wanneer er sprake is van een onnatuurlijke dood of er aanwijzingen zijn voor een onnatuurlijke dood. Het NFI is een onderdeel van het Ministerie van Justitie.

onderzoeksopdrachten worden uitgevoerd onder geheimhoudingsplicht. De Onderzoeksraad voor Veiligheid blijft te allen tijde eigenaar van de verzamelde kennis en gerapporteerde bevindingen.

*Projectteam vanaf april 2008*

Vanaf april 2008 heeft het onderstaande onderzoeksteam nader onderzoek verricht naar de structurele tekorten. Zij hebben daarnaast enkele nieuwe dossiers in het onderzoek betrokken.

Naam	Functie
Mw. drs. Th.M.H. van der Velden	Projectleider
Mw. drs. S.H. Akbar	Onderzoeker
Drs. R. Gaasterland	Onderzoeker (extern)
Mw. drs. A.J. van der Kolk	Onderzoeker
Mr. dr. A.J. van Montfoort	Onderzoeker (extern)
Mw. dr. A.P. Nelis	Onderzoeksmanager
Mw. dr. S. van Rossenberg	Onderzoeker
Dr. N. Smit	Adviseur Onderzoek en ontwikkeling
Mw. T. Veldman	Projectondersteuning
Drs. R.T. van Vianen	Onderzoeker (extern)
Ir. W. Walta	Onderzoeker
Mw. drs. E.J. Willeboordse	Adviseur Onderzoek en Ontwikkeling
Mw. J. Zwaan, mw. A. Drooger-Kuiper	Projectondersteuning

*Projectteam tot april 2008*

In de oriëntatiefase en aan het dossieronderzoek tot april 2008 hebben de volgende medewerkers van de Onderzoeksraad voor Veiligheid en externe onderzoekers een bijdrage geleverd.

Naam	Functie
Mw. mr. drs. L.J. van Wagendonk-Vink	Projectleider
Mw. drs. M. Baart	Onderzoeker
Drs. T. van den Berg	Onderzoeker
Dr. E.M. de Croon	Adviseur onderzoek en ontwikkeling
Drs. T. van Hoorn	Onderzoeker
Mw. B de Jong	Projectondersteuning
Mw. drs. S. Pijnse van der Aa-van Gelder	Onderzoeker
Mw. dr. S. van Rossenberg	Onderzoeker
Mw. drs. Th.M.H. van der Velden	Onderzoeksmanager
Ir. W. Walta	Onderzoeker
L. de Wilde	Onderzoeker
<i>Externe onderzoekers Bureau Beke</i>	
Mw. drs. I.M.G.G. van Leiden	Extern projectleider
Mw. drs. N. Arts	Onderzoeker
Mw. drs. A. Cornelissens	Onderzoeker
Mw. drs. J.P. Jakobs	Onderzoeker

De volgende deskundigen zijn geraadpleegd:

Naam	Functie
Dr. S. van Arum	Orthopedagoog/psychotherapeut, hoofd behandelzaken jeugd De Waag Nederland, Centrum voor forensische psychiatrie - volwassenen en jeugd
Prof. dr. H.E.M. Baartman	Emeritus hoogleraar Preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling
Dr. R. Bilo	Forensisch arts, Nederlands Forensisch Instituut
Commissaris Mw. M.H.V.C. Christophe M.P.A.	Landelijk Programmabureau Huiselijk Geweld de Politietak
Prof. dr. J. Hermanns	Hoogleraar, Universiteit van Maastricht
M.J.J.M. Malmberg	Manager Ordina consulting
Prof. E. Munro, Ph.D.	Professor at the Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science
Dr. E. Sulkers	Vertrouwensarts Advies en Meldpunt Kindermishandeling, Bureau Jeugdzorg Zeeland en kinderarts Ziekenhuis Walcheren
Prof. dr. J.C.M. Willems	Bijzonder hoogleraar Rechten van het kind, Maastricht University

Het onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie. De leden daarvan waren:

<b>Intern</b>	
<b>Onderzoeksraad voor Veiligheid</b>	
Mr. J.A. Hulsenbek	Voorzitter vanaf 1-12-2008; raadslid.
Prof. dr. ing. F.J.H. Mertens	Voorzitter tot 1-12-2008; raadslid en voormalig portefeuillehouder gezondheidszorg.
Dr. ir. J.P. Visser	Raadslid en portefeuillehouder gezondheidszorg.
<b>Extern</b>	
Mw. prof. mr. drs. M.R. Bruning	Bijzonder hoogleraar Jeugdrecht Faculteit Rechtsgeleerdheid Rijksuniversiteit Leiden, rechter- plaatsvervanger.
Mw. drs. O.M.H. Knoet-Vreken	Chef bureau DOEN, Politie Haaglanden.
Mw. prof. dr. F. Lamers-Winkelman	Bijzonder hoogleraar Kindermishandeling.
Mr. dr. A.J. van Montfoort	Lector jeugdzorg en jeugdbeleid Hogeschool Leiden, rechter-plaatsvervanger. Lid tot 1-4-2008, daarna onderzoeker/adviseur.
Dr. H.G.T. Nijs	Forensisch arts, Nederlands Forensisch Instituut.

## A.7 INTERVIEWS

In de loop van het onderzoek zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van betrokken instanties op het gebied van jeugdzorg en jeugdrecht:

<b>Artsen jeugdgezondheidszorg Nederland</b>
Forum Educatief
GGD Nederland
Inspectie Jeugdzorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Interprovinciaal Overleg
Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg
MOgroep voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang, per 1-1-2011 is Jeugdzorg Nederland afgesplitst
Nederlands Forensisch Instituut
Nederlands Jeugd instituut
Programmaministerie Jeugd en Gezin
Raad voor de Kinderbescherming
Raad voor de Rechtspraak
Raad voor de Strafrechttoepassing en jeugdbescherming
Vereniging van Nederlandse Gemeenten



## **BIJLAGE B. OMVANG EN KARAKTERISERING VAN DE KINDVEILIGHEIDSPROBLEMATIEK EN VAN DE ONDERZOCHE VOORVALLEN MET (BIJNA) FATALE AFLOOP**

Een accurate schatting van de omvang van de problematiek is moeilijk te geven. Kindermishandeling leidt lang niet altijd tot de dood of, in minder ernstige gevallen, een bezoek aan een dokter. Vaak betreft het een vermoeden bij mensen in de omgeving van een kind. Kindermishandeling als onderwerp is breder van aard. Het gaat om:<sup>220</sup>

- Fysieke mishandeling;
- Seksueel misbruik;
- Psychische mishandeling;
- Verwaarlozing.

Een vermoeden van (fysieke) kindermishandeling wordt gezien als delicaat probleem. Het vergt moed om een vermoeden te melden. Tegelijk zijn uitgesproken vermoedens vaak lastig te onderzoeken en te bewijzen, waarbij eveneens de delicate aard een rol speelt. Daar waar een kind overleden is en een vermoeden van kindermishandeling bestaat, blijkt het niet altijd mogelijk de mishandeling achteraf te bewijzen.

Het aantal kinderen dat jaarlijks overlijdt als gevolg van kindermishandeling is te zien als een top van de ijsberg, waarbij het zichtbare deel (de fatale ongelukken) erg klein is ten opzichte van het onderliggende deel (de niet zichtbare mishandelingen).

In deze bijlage wordt ingegaan op de omvang van de problematiek en de relatie tussen het aantal aan mishandeling overleden kinderen en het totaal aantal mishandelde kinderen. Verschillende categorieën mishandeling worden omschreven. Ten slotte wordt het aantal bestudeerde voorvallen met (bijna) fatale afloop toegelicht en de selectie die daarbij in dit onderzoek is gemaakt. De bijlage wordt afgesloten met de typering van de bestudeerde voorvallen.

### **B.1 FATALE KINDERMISHANDELING EN DE TOTALE OMVANG**

Het totaal aantal kinderen in de leeftijd van nul tot achttien jaar in Nederland bedraagt ongeveer 3,8 miljoen. Daarvan zijn er ongeveer 2,5 miljoen in de leeftijd van nul tot en met twaalf jaar. In 2008 werden er ongeveer 185.000 kinderen in Nederland geboren.<sup>221</sup>

De bepaling van de totale omvang van de problematiek berust grotendeels op schattingen. Onderzoek, maar ook de bestudeerde casuïstiek, wijst uit dat er een aantal problemen is bij het vaststellen van aantal overleden kinderen als gevolg van mishandeling:<sup>222</sup>

- Het lichaam van het kind wordt bijtoeval gevonden, bijvoorbeeld in een vuilniscontainer, in het water of in een park. Als dit gebeurt, betreft het vaak jonge kinderen die maar enkele uren of dagen oud zijn. In die gevallen, is doorgaans niet meer vast te stellen in hoeverre er sprake was van doodgeboorte, een natuurlijke dood in de eerste levensuren of mishandeling.
- Geweld of verwaarlozing is niet de eerste doodsoorzaak, maar het kind overlijdt primair als gevolg van een longontsteking opgelopen door de verzwakte conditie.<sup>223</sup>
- Verkeerde medische diagnose, bijvoorbeeld verkeerd gediagnosticeerde wiegendood. Wiegendood is een diagnose die niet wordt vastgesteld op basis van een aantal duidelijke aanwezige symptomen, maar juist op basis van de afwezigheid ervan. Hierdoor worden soms feitelijke gevallen van kinderdoding aangezien voor wiegendood. In de onderzoeken van het Nederlands Forensisch Instituut naar de onnatuurlijke dood van kinderen is te zien dat niet altijd met zekerheid is vast te stellen of een kind aan wiegendood of 'Shaken Baby Syndroom' is overleden. Daarnaast is in de individuele voorvallen te zien dat het vaststellen van letsel

---

220 De indeling in categorieën verschilt per studie.

221 CBS, Statline.

222 Zie ook Verheugt, 2007.

223 Zie Soerdjbalie-Maikoe ea. 2010 waarbij de auteurs het probleem van het 'uitgesteld overlijden' als gevolg van eerdere kindermishandeling benoemen.



ontstaan door kindermishandeling medisch niet eenvoudig is, zeker wanneer er geen andere signalen of vermoedens zijn.<sup>224</sup>

- Wettig bewijs is moeilijk te leveren. De onderzoekers van het Nederlands Forensisch Instituut en/of Forum Educatief kunnen andere oorzaken niet helemaal uitsluiten: ouders dragen alternatieve verklaringen voor het overlijden aan (zoals een recente vaccinatie), ouders ontkennen en/of het aandeel blijft onduidelijk. Soms volgt vrijspraak van het primair ten laste gelegde - de dood van het kind - maar wel een veroordeling voor mishandeling.
- Weerstand bij hulpverleners om kinderdoding te benoemen: ondanks vermoedens van een onnatuurlijke dood, wordt toch een verklaring voor natuurlijke dood afgegeven. In het onderzoek van de Onderzoeksraad zijn twee casussen aangetroffen waarbij een verklaring voor natuurlijke dood was afgegeven, terwijl er vermoedens van kindermishandeling waren en een forensisch patholoog in tweede instantie constateerde dat het kind was overleden als gevolg van mishandeling.<sup>225</sup>

Ondanks deze knelpunten is op basis van diverse studies een beeld te vormen over de totale omvang van de problematiek. De studie van de Onderzoeksraad richt zich op kinderen in de leeftijd tussen de 0 en de 12 jaar. De meeste studies hebben betrekking op de leeftijdscategorie 0 tot 18 jaar. In onderstaande studies zijn de kengetallen vermeld voor de leeftijdscategorie 0 tot 18 jaar en indien mogelijk zijn deze omgerekend naar de leeftijdscategorie tussen 0 en 12 jaar. De volgende vier studies zijn relevant:

1. Het Leiden Attachment Research Program (LARP)<sup>226</sup> heeft onder beroepsbeoefenaren die signalen over de veiligheid van een kind kunnen opvangen, een studie uitgevoerd naar het voorkomen van kindermishandeling. Het LARP vond naar schatting 107.200 kinderen tussen de 0 en de 18 jaar die mishandeld worden. In deze studie zijn 73,4 procent van de kinderen tussen de 0 en de 12 jaar. Dat betekent, omgerekend, dat er naar schatting 78.685 kinderen tussen de 0 en 12 jaar slachtoffer zijn van enige vorm van kindermishandeling. Bij 13 procent (circa 14.192) van alle kindermishandeling tussen de 0 en de 18 jaar gaat het volgens de onderzoekers om fysieke mishandeling met aanwijsbare schade.<sup>227</sup> Omgerekend (met een percentage van 73,4 procent van de kinderen die tussen de 0 en de 12 jaar zijn) betekent dit dat er naar schatting 10.417 kinderen zijn met aanwijsbaar letsel in de leeftijd tussen 0 en de 12 jaar.<sup>228</sup>
2. Het aantal kinderen dat jaarlijks ernstig - maar niet fataal - letsel oploopt als gevolg van kindermishandeling is niet bekend. Wel bekend is het aantal kinderen dat bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gemeld wordt en waarbij fysieke kindermishandeling speelt. In 2009 werden in totaal 16.574 vermoedens van kindermishandeling gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling voor kinderen tussen de 0 en de 18 jaar. Bij 9,51 procent was de melding geregistreerd als een vermoeden van fysieke kindermishandeling.<sup>229</sup> Het gaat dan om 1.576 kinderen die gemeld zijn vanwege mogelijke fysieke kindermishandeling tussen de 0 en de 18 jaar. De MOgroep beschikt niet over gedifferentieerde cijfers per categorie van de mishandeling en per leeftijd. Dat betekent dat er voor de schatting van het aantal kinderen in de categorie van 0 tot 12 jaar die fysiek mishandeld zijn, gebruik moet worden gemaakt van wél beschikbare kengetallen. Uit de gegevens van de MOgroep is af te leiden dat het bij

---

224 Zie Soerdjbalie-Maikoe ea. 2010 waarin de auteurs na gerechtelijke secties bij gemiddeld 2 kinderen per jaar constateren dat er dit 'zeer waarschijnlijke' voorvallen van kindermishandeling betreft.

225 Zie ook studie Kuyvenhoven ea, 1996 waarin artsen aangeven 6 keer een verklaring voor natuurlijke dood te hebben afgegeven, terwijl er wel een vermoeden was van mishandeling van de kinderen.

226 Van IJzendoorn e.a, 2007.

227 Er wordt in de LARP-studie ook gewerkt met een categorie kinderen met vermoedelijke schade (fysiek letsel). Deze is wel meegeteld bij het berekenen van het totaal aantal kinderen dat mishandeld wordt. Het percentage kinderen dat zowel aanwijsbare schade als vermoedelijke schade oploopt, is 19 procent. Bij het berekenen van de kengetallen voor de leeftijd tussen de 0 en de 12 jaar is uitgegaan van alleen de categorie met aanwijsbare fysiek letsel. In tabel B1 in de bijlage (IJzendoorn e.a., 2007) staat een schatting van 14.192 van kinderen met aanwijsbare schade bij fysieke mishandeling voor kinderen tussen de 0-17 jaar.

228 De onderzoekspopulatie wijkt qua leeftijdscategorieën enigszins af van de verdeling in de totale populatie jongeren onder de 18 jaar. Van IJzendoorn e.a (2007) meldt daarover dat 'vooral de jongste kinderen zijn oververtegenwoordigd in de groep mishandelde kinderen, en zij zijn relatief vaak slachtoffer van fysieke verwaarlozing met aanwijsbare en vermoedelijke schade (zie Tabel 7.9, p. 111).'

229 MOgroep Jeugdzorg, *Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, overzicht 2009*.

79 procent van alle meldingen gaat om kinderen tussen de 0 en de 12 jaar.<sup>230</sup> Met behulp van dit percentage, dat van toepassing is op alle meldingen en niet op de categorie meldingen van fysiek letsel, zijn er omgerekend ongeveer 1.245 kinderen gemeld vanwege fysieke mishandeling tussen de 0 en de 12 jaar. Van Iizendoorn (2007) wijst erop dat vooral jonge kinderen relatief vaak slachtoffer zijn van fysieke mishandeling met aanwijsbare schade. Dit duidt erop dat de groep kinderen onder de 12 jaar die gemeld zijn vanwege fysieke kindermishandeling in feite groter is dan de hierboven geschatte 1.245 kinderen op basis van de berekening.

Het is onbekend in welk aantal van deze voorvallen het vermoeden bevestigd wordt en/of de Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld. In 2007 zijn er 11.533 verzoeken ingediend bij de kinderrechter, ofwel voor 1 op de 330 kinderen werd een maatregel ter bescherming van de veiligheid van het kind aangevraagd. Maar dit geldt weer voor alle categorieën van kindermishandeling c.q. ernstige bedreigde ontwikkeling.

3. Wat is er bekend over het aantal kinderen dat in Nederland overlijdt als gevolg van kindermishandeling? Drie studies geven zicht op de omvang:
  - a. In 1996 is het eerste Nederlandse onderzoek naar overlijdensgevallen door vermoede kindermishandeling uitgevoerd.<sup>231</sup> Dit onderzoek komt tot een schatting van 40 overlijdensgevallen tussen de 0 en de 18 jaar door vermoede mishandeling. Deze schatting is gebaseerd op 32 gerapporteerde overlijdensgevallen en een ophoging vanwege een non-respons. Uit de gerapporteerde gegevens blijkt dat 28 van de 32 overlijdensgevallen jonger waren dan 12 jaar (78,5 procent). Omgerekend naar de leeftijdsgroep tussen de 0 en 12 jaar gaat het dan om (78,5 procent van 40) 35 overlijdensgevallen kinderen tussen de 0 en 12 jaar. De studie levert naast inzicht in de omvang ook informatie over:
    - Meer dan de helft (24 van de 35) betrof kinderen in de leeftijd van 0-2 jaar;
    - In een vijfde (7) van de gevallen is er een verklaring voor natuurlijke dood afgegeven.
  - b. In 2010 is er een onderzoek verschenen naar de omvang en de kenmerken van moord en doodslag in huiselijke kring.<sup>232</sup> Deze studie inventariseerde het aantal dodelijke slachtoffers van huiselijk geweld in 2006. Uit deze studie blijkt dat het in de leeftijdscategorie tussen de 0 en de 12 jaar gaat om 12 kinderen die slachtoffer waren van huiselijk geweld.<sup>233</sup> Bijna alle slachtoffers waren onder de zes jaar, waarbij de helft van alle slachtoffers nog geen jaar oud was.
  - c. Recent hebben artsen van het Nederlands Forensisch Instituut een onderzoek gepubliceerd naar het niet-natuurlijk overlijden door kindermishandeling. Dit onderzoek is gebaseerd op de gerechtelijke secties in een periode van 14 jaar (1996-2009). Zij rapporteren een jaarlijks gemiddelde van 15 'zekere' en 2 'zeer waarschijnlijke' voorvallen van kindermishandeling met fatale afloop.<sup>234</sup> In totaal gaat het om 239 kinderen in de leeftijd tussen de 24 weken zwangerschap en de 18 jaar waarna gerechtelijke sectie geconstateerd is dat zij zijn overleden als gevolg van fatale kindermishandeling.<sup>235</sup> Er zijn 6 kinderen tussen de 12 en de 18 jaar die overleden als gevolg van fatale kindermishandeling.<sup>236</sup> De meeste kinderen (64 procent) overlijden aan fatale kindermishandeling voordat zij de leeftijd van twee jaar bereiken.<sup>237</sup>

---

230 Gesprek met MOgroep over de jaarcijfers 2009.

231 Kuyvenhoven, Hekkink & Voorn, 1998

232 Nieuwenhuis, A. & Ferwerda, H. 2010.

233 Nieuwenhuis, A. & Ferwerda, H. 2010; Zie Figuur 4 op pagina 24. In totaal gaat het om 24% van de 49 slachtoffers.

234 Soerdjbalie-Maikoe, V., R.A.C. Bilo, E. van den Akker, A.Maes. 2010. In totaal gaat het om 233 kinderen vanaf 24 weken zwangerschapsduur tot en met 11 jaar over een periode van 14 jaar (zie tabel 3) waarbij de vastgestelde doodsoorzaak 'niet-accidenteel kindermishandeling' is. Dit is een (afgerond) gemiddelde van bijna 17 kinderen per jaar.

235 Soerdjbalie-Maikoe ea. 2010, Tabel 3, p. 3.

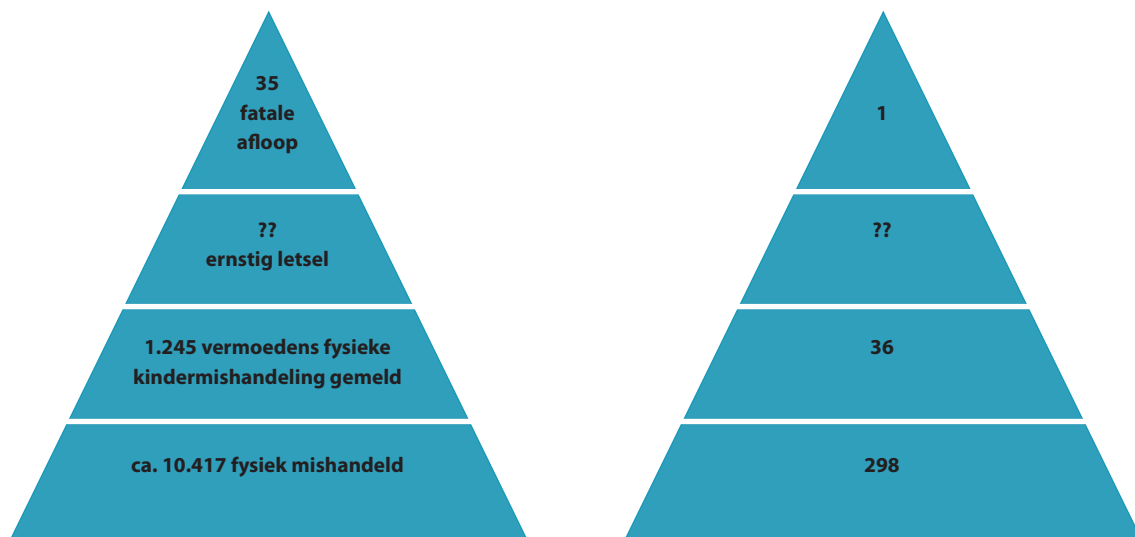
236 Er resteren (239 - 6) = 233 kinderen tussen de 24 weken zwangerschap en de 12 jaar die overlijden als gevolg van kindermishandeling. Omgerekend naar een gemiddelde per jaar heeft dit geen invloed in de studie gepresenteerde en afgeronde aantal van in totaal 17 overlijdensgevallen per jaar van kindermishandeling met fatale afloop.

237 Soerdjbalie-Maikoe ea. 2010. Tabel 3, p. 3. Er zijn in totaal 150 van de 233 kinderen onder de twee jaar.

De studies van Kuyvenhoven e.a. (1996) en Soerdjbalie-Maikoe (2010) wijzen erop dat bij de schattingen van het aantal kinderen dat overlijdt ten gevolge van mishandeling sprake is van een mogelijk hoog 'dark figure'. Er is aanleiding te veronderstellen dat huisartsen en politie bij twijfel soms zijn uitgegaan van een natuurlijke dood, terwijl de oorzaak in feite kindermishandeling is.<sup>238</sup>

- In de studie van Kuyvenhoven e.a (1996) wordt geschat dat artsen 7 keer een verklaring van natuurlijke dood afgegeven hebben, dit terwijl zij vermoedens hadden van mogelijke kindermishandeling.
  - Van de gemiddeld 1600 kinderen tussen de 0 en de 18 jaar die jaarlijks overlijden, is er in ongeveer 200 gevallen geen overtuigende verklaring gevonden voor het overlijden waarbij dus het risico bestaat dat ten onrechte wordt uitgegaan van een natuurlijke dood.<sup>239</sup>
  - In gemiddeld 49 voorvallen per jaar verricht het Nederlands Forensisch Instituut een gerechtelijke sectie naar de niet-natuurlijke dood van de kinderen tussen de 0 en de 18 jaar.<sup>240</sup> Bij gemiddeld 35 procent van de onderzochte overlijdensgevallen per jaar was sprake van een niet-natuurlijke en niet-accidenteel door kindermishandeling.<sup>241</sup> Soerdjbalie-Maikoe (2010) wijzen onder andere op gebrek aan kennis en ervaring onder huisartsen en kinderartsen, waardoor aspecten van kindermishandeling niet worden herkend en ten onrechte natuurlijk overlijden wordt opgetekend.
4. Op basis van Engels en Amerikaans onderzoek blijkt dat kinderdoding bijna drie tot zeven keer zo vaak voorkomt als blijkt uit de officiële statistieken. Voor Nederland is de officiële statistiek van 10 tot 15 gevallen per jaar vertaald naar 30 tot 70 kinderen tussen de 0 en de 18 jaar die overlijden aan de gevolgen van mishandeling in de huiselijke sfeer.<sup>242</sup> Uitgaande van 70 kinderen per jaar is dat 1 op de 55.000 kinderen tussen de 0 en de 18 jaar. Deze studies differentiëren niet naar de onderzoeksgroep van de voorliggende studie: de kinderen tussen de 0 en de 12 jaar.

Uitgaande van deze gegevens kan de omvang van de problematiek en de relatie tussen de kinderen die overlijden als gevolg van kindermishandeling en de kinderen die in meer of mindere mate worden mishandeld met behulp van een ongevalspiramide worden weergegeven.



Figuur B1: Het aantal voorvallen van kindermishandeling met fatale afloop in relatie tot mishandeling met ernstig letsel als gevolg, en het totaal aantal gevallen van fysieke kindermishandeling voor kinderen tussen 0 en de 12 jaar.

238 'Schouwarts voor elk overleden kind' van 20 maart 2006 (ANP); Kruyer, 2006, p. 28-30. Zie ook Soerdjbalie-Maikoe ea. 2010.

239 Novum, 2006.

240 Soerdjbalie-Maikoe, ea. 2010

241 Soerdjbalie-Maikoe, ea. 2010. In de onderzoeksperiode van 14 jaar gaat het om 239 voorvallen van de 688 gerechtelijke secties bij minderjarigen.

242 Van Erpecum, 2002.

## B.2 NADERE KARAKTERISERING VAN DE PROBLEMATIEK

De fatale kindermishandeling is op basis van de leeftijd van de slachtoffers ruwweg te verdelen in drie categorieën:

1. *Neonaticide*: Het kind wordt gedood binnen 24 uur na zijn geboorte. De pasgeboren baby's worden door verstikking of geweld om het leven gebracht. Deze baby's worden doorgaans ter wereld gebracht buiten het zicht van de hulpverlening, waardoor niemand formeel op de hoogte is van hun bestaan. Deze categorie is wel opgenomen in de bepaling van de omvang, maar niet in het verdere onderzoek.
2. *Infanticide*: Het kind is ouder dan 1 dag maar jonger dan 1 jaar. Het gaat vooral om kinderen die overlijden als gevolg van schudden en de daaruit voortkomende hersenschade ('Shaken Baby Syndroom').
3. *Filicide*: Het kind is ouder dan 1 jaar. In deze categorie overlijden de kinderen veelal door verstikking of uitwendig geweld (waaronder steekletsels) of door verbranding. In deze studie zijn alleen de kinderen meegenomen tussen de 1 en de 12 jaar.

Uitgaande van de gezinssituatie onderscheidt de Onderzoeksraad voor Veiligheid ten behoeve van het onderzoek nog twee categorieën:

1. *Recidive*: Gezinnen waar mishandeling van andere kinderen in het gezin gemeld is en waar soms ook beschermingsmaatregelen getroffen zijn voordat de mishandeling met fatale afloop heeft plaatsvond. In het onderzoek nam deze groep een aparte plaats in, omdat in deze gevallen het risico van mogelijke mishandeling eerder al gesignaleerd en soms ook onderkend was. De vraag is hoe het systeem gericht op de bescherming van een kind met deze informatie om gaat.
2. De zogenoemde *gezinsmoorden*: De kinderen die bij gezinsdrama's het leven laten vallen bijna altijd in de groep filicide, al komt het een enkele keer voor dat er (ook) sprake is van een jonger kind. Een kenmerk van gezinsmoorden is ook dat één van de ouders niet alleen de kinderen maar ook zichzelf (en de partner) van het leven berooft of tracht te beroven. Verder gaat het met name om de daad van een ouder tegen meerdere gezinsleden tegelijk. De bescherming van elk individueel kind is echter niet anders dan wanneer het één kind betreft. In dit onderzoek is daarom geen aparte aandacht besteed aan deze groep.

## B.3 INVENTARISATIE VAN 81 (BIJNA) OVERLEDEN KINDEREN

Om een beter beeld te krijgen voor de Nederlandse situatie is een inventarisatie uitgevoerd van het aantal kinderen dat in de perioden 2004 - 2007 is overleden of bijna is overleden als gevolg van mishandeling door (één van) de ouders en/of directe verzorgers. Deze zaken waren:

- recent genoeg om navraag over de in de dossiers gevonden feiten te kunnen doen;
- was het feitenonderzoek door derden afgerond (medisch, juridisch) waardoor alle benodigde dossierinformatie beschikbaar was.

De inventarisatie betrof kinderen in de leeftijd tussen de 0 en de 12 jaar. In totaal zijn 81 dossiers bestudeerd van kinderen die geen natuurlijke dood zijn gestorven of levensbedreigend letsel opliepen, vermoedelijk door geweld in de huiselijke sfeer.

De resultaten van de inventarisatie zijn weergegeven in tabel B2. Ten aanzien van voorvallen van kindermishandeling met bijna fatale afloop moet opgemerkt worden dat er in Nederland geen instelling is, die bij voorvallen van kindermishandeling met bijna fatale afloop onderzoek verricht - zoals het NFI voor de onnatuurlijke dood van kinderen. Voor de voorvallen, opgenomen in onderstaande tabel, heeft een officier van justitie een onderzoek aangevraagd bij Forum Educatief. De tabel geeft geen overzicht van het aantal kinderen in Nederland dat door kindermishandeling zwaar gehandicapt verder leeft. Wel zijn enkele voorvallen uit deze categorie in het onderzoek betrokken.

	2004	2005	2006	2007	Totaal
Kindermishandeling met fatale afloop	13	17	16	19	65
Kindermishandeling met bijna fatale afloop	3	4	2	7	16
<b>Totaal</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>26</b>	<b>81</b>

Tabel B2: Totaal overzicht omvang kindermishandeling met (bijna) fatale afloop.

### 65 dossiers van overleden kinderen

In totaal zijn er 65 dossiers aangetroffen waarbij sprake was van mishandeling van het kind met fatale afloop. Van deze 65 kinderen zijn er 19 overleden binnen één dag na de geboorte van het kind; de zogenaamde neonaticides. Vijftien kinderen zijn overleden binnen één jaar na hun geboorte (infanticides). En 31 kinderen overleden tussen hun eerste en twaalfde levensjaar (filicides).

Twintig kinderen van de 65 kwamen om het leven bij de zogenoemde gezinsdrama's. Het ging bij deze voorvallen vaak om één specifiek moment waarop de kinderen tegelijk om het leven werden gebracht door een ouder. Uit de dossiers blijkt niet dat er voorafgaand aan het voorval zorgen waren over de veiligheid van de kinderen. Dit wil niet zeggen dat ze er niet waren. Uit onderzoek<sup>243</sup> is gebleken dat in veel voorvallen signalen die een potentieel gevaar laten zien, niet worden opgevangen.

	2004	2005	2006	2007	Totaal
Neonaticide (< 1 dag)	5	4	3	7	19
Infanticide (> 1 dag < 1 jaar)	2	4	5	4	15
Filicide (> 1 jaar)	6	9	8	8	31
<b>Totaal</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>65</b>

Tabel B3: Overzicht kindermishandeling.

Het traceerbare aantal kinderen tussen de 0 en de 12 jaar bij NFI dat een onnatuurlijke dood sterft en aantoonbaar overlijdt als gevolg van fysieke kindermishandeling, komt dus uit op 65 in vier jaar, dat wil zeggen gemiddeld 16 kinderen per jaar. De schatting van het aantal kinderdoden in Nederland bedraagt naar schatting 35 kinderen per jaar tussen de 0 en de 12 jaar.<sup>244</sup> Eerder in deze bijlage is aangegeven welke factoren dit verschil veroorzaken.

### 16 dossiers van bijna overleden kinderen

Een categorie binnen dit onderzoek waren de kinderen die bijna fataal zijn mishandeld. Het gaat dan in onze definitie om het toebrengen van verwondingen die tot ziekenhuisopname leiden (bijvoorbeeld ernstige brandwonden, inwendige verwondingen) en tot blijvend fysieke schade of tot verminkingen of misvormingen leiden. In de geraadpleegde bronnen<sup>245</sup> is de Onderzoeksraad de volgende aantallen tegengekomen over de onderzoeksperiode:

	2004	2005	2006	2007	Totaal
<b>Kindermishandeling met bijna fatale afloop</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>16</b>

Tabel B4: Overzicht kindermishandeling.

In de onderzoeksperiode zijn er dossiers van 16 kinderen aangetroffen waarbij vaak sprake was van ernstig hersenletsel of fysieke verwondingen waarbij het kind de mishandeling overleefd heeft.

## B.4 SELECTIE VAN DE 27 VOORVALLEN MET (BIJNA) FATALE AFLOOP

In totaal zijn er voor dit onderzoek gegevens over 81 kinderen ingezien. Niet alle 81 dossiers zijn als voorval beschreven, namelijk:

- De groep neonaticides, 19 kinderen, zijn niet beschreven. De reden is dat er van deze groep te weinig informatie bekend was over mogelijke signalen. Verder was in veel van deze dossiers de ouder niet bekend.
- Van de 20 kinderen die omgekomen zijn bij een gezinsdrama,<sup>246</sup> zijn alleen twee fatale voorvallen (4 kinderen) in onze fatale voorvallen opgenomen. Dit omdat bij deze fatale voorvallen instellingen in de jeugdzorg op enig moment betrokken waren bij onderzoek of zorgverlening. Over deze gezinnen waren dus al signalen bekend van mogelijke onveiligheid van de kinderen. In alle andere gevallen was op basis van het dossier niet duidelijk of er vooraf signalen over de onveiligheid van kinderen gezien waren. Er zijn daarom 16 kinderen van de gezinsdrama's niet in dit onderzoek beschreven.

243 Verheugt, 2007.

244 Kuyvenhoven, Hekkink & Voorn, 1998.

245 Nederlands Forensisch Instituut, Forum Educatief.

246 In 2004: 3 kinderen (1 gezin); 2005: 8 kinderen (4 gezinnen); 2006: 4 kinderen (2 gezinnen); 2007: 5 kinderen (3 gezinnen).

Van de 81 casus resteren 46 kinderen<sup>247</sup> over vier jaar (2004-2007) waarbij er signalen waren van fysieke onveiligheid. Van deze 46 kinderen heeft de Onderzoeksraad voor de Veiligheid ervoor gekozen 29 kinderen in zijn onderzoek te betrekken. Het gaat hier om 27 voorvallen. In twee gezinnen was er, zoals gezegd, sprake van het overlijden van twee kinderen uit één gezin op hetzelfde moment. Deze selectie is niet te beschouwen als representatief. Voorvallen zijn geselecteerd wanneer:

- De beschikbare informatie inzichten kon bieden over de werking van het stelsel, dat wil zeggen voorvallen waarbij veel informatie beschikbaar was over de betrokkenheid van instellingen, zijn geselecteerd;
- Een strafrechtelijke of civielrechtelijke uitspraak van de rechter beschikbaar was, zodat het oordeel van de forensisch deskundige over het oorzak van het letsel (kinder mishandeling) bevestigd was.

Er zijn dus 17 kinderen buiten dit onderzoek gebleven. De nadere toelichting op deze exclusie luidt als volgt:

- In 2004 zijn twee kinderen niet meegenomen omdat het onduidelijk was of professionals in de gezondheidszorg of jeugdzorg signalen hadden opgevangen over deze kinderen. Er heeft naar aanleiding van het overlijden van deze twee kinderen wel strafvervolging plaatsgevonden.
- In 2005 is één kind niet meegenomen in dit onderzoek. Zowel Bureau Jeugdzorg als een instelling voor GGZ waren bij deze casus betrokken. Het was ten tijde van de gegevensverzameling onduidelijk of een strafrechtelijke vervolging werd ingesteld naar de kindermishandeling.
- In 2006 zijn twee kinderen niet meegenomen. In beide gevallen was sprake van bijna fatale kindermishandeling. In één voorval was onbekend of professionals in de gezondheidszorg of jeugdzorg signalen hadden opgevangen. In een tweede casus ontkenden ouders hun betrokkenheid en is op dat moment geen strafrechtelijke vervolging ingesteld.<sup>248</sup>
- Over het jaar 2007 zijn alleen enkele fatale voorvallen beschreven om te bezien of bestudering van die dossiers aanvullende inzichten zou opleveren. In totaal heeft van 12 kinderen in 2007 geen beschrijving plaatsgevonden. Reden daarvoor was ook dat ten tijde van de gegevensverzameling onduidelijk was of strafrechtelijke vervolging werd ingesteld.

## B.5 TYPING VAN DE 29 KINDEREN IN DE 27 FATALE VOORVALLEN

Van alle 29 kinderen in de 27 fatale voorvallen<sup>249</sup> zijn gegevens bekend over de leeftijd van de kinderen op het moment van het voorval, het letsel waaraan zij zijn overleden en in welke procesfase van het proces zij zijn overleden

Dit zijn de kenmerken van de geselecteerde voorvallen in ons onderzoek. De kenmerken van de kinderen hebben alleen een beschrijvende waarde: er wordt geen representativiteit mee beoogd.

---

247 81 kinderen minus 19 neonaticides en minus 16 kinderen van gezinsdrama's = 46 kinderen.

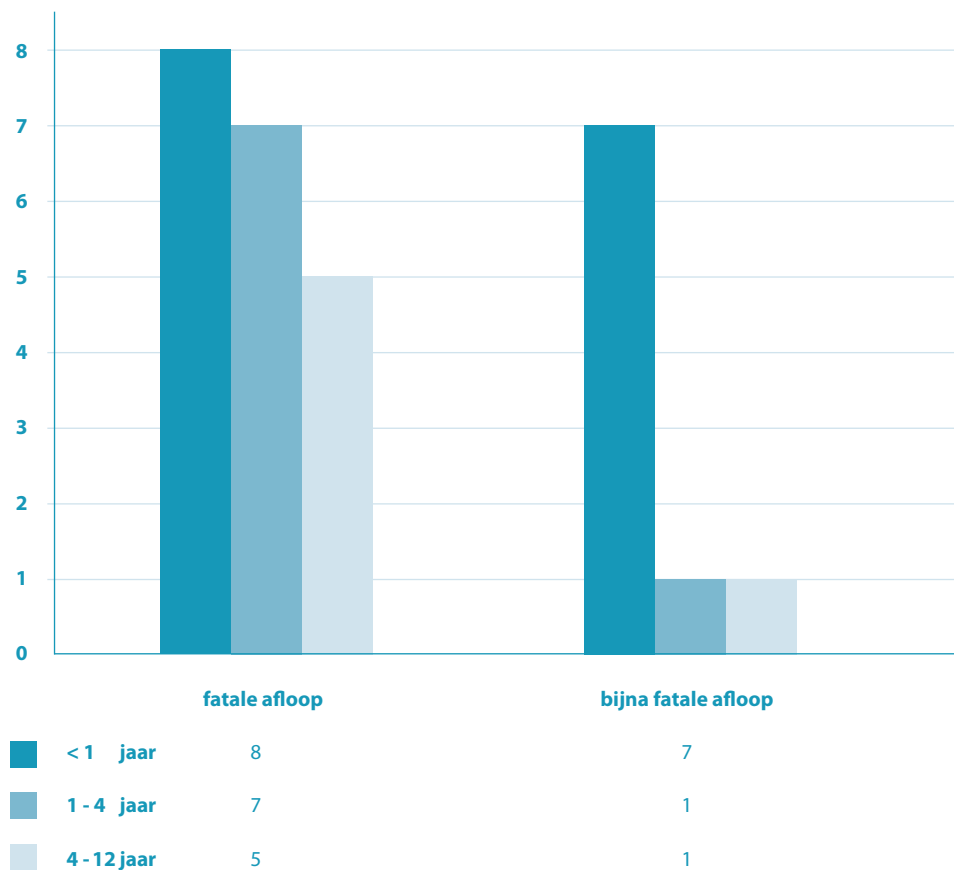
248 Het NFI stelde in deze casus vast dat het kind bijna fataal mishandeld was en er sprake was van kindermishandeling.

249 In twee gezinnen was sprake van het overlijden van twee kinderen uit één gezin op hetzelfde moment.

### Leeftijd

De meeste kinderen in het onderzoek zijn jonger dan 1 jaar. Het gaat om meer dan de helft van alle kinderen (15 van de 29).

De verdeling van de leeftijd van de kinderen in de twee groepen

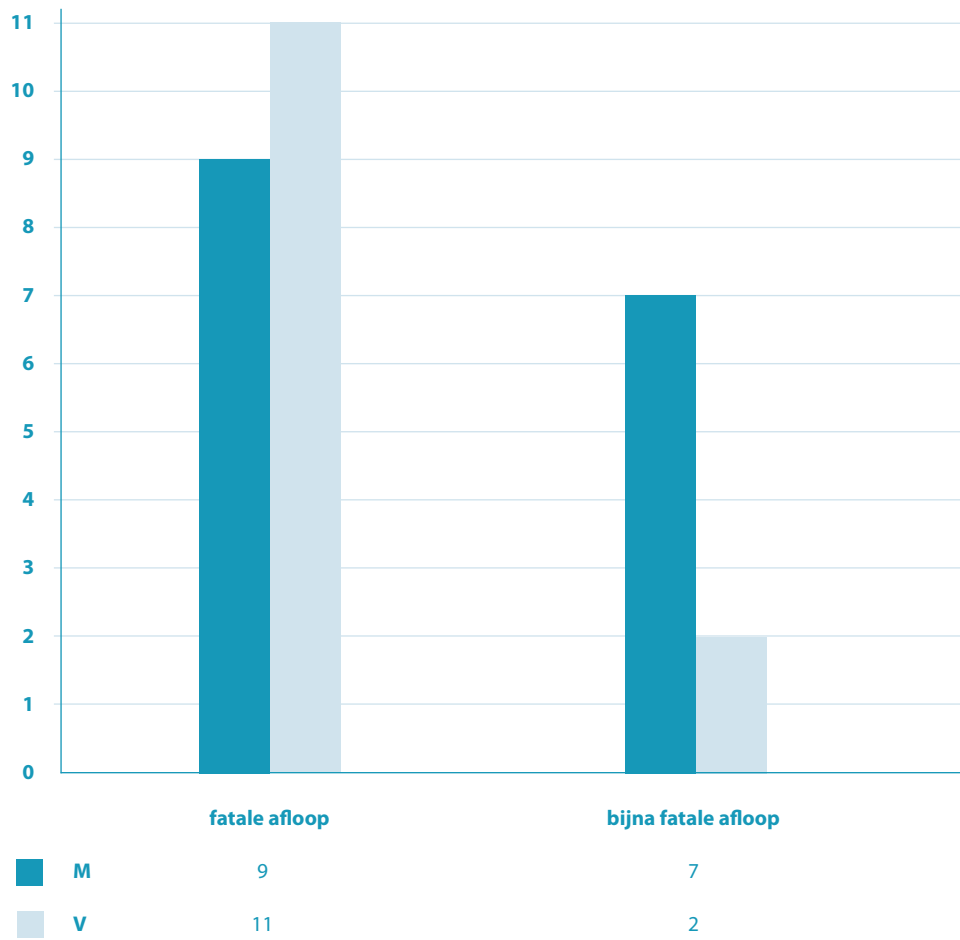


Figuur B5: Leeftijd van de kinderen

## Sekse

Onder de 29 kinderen die zijn mishandeld met (bijna) fatale afloop waren 16 jongens en 13 meisjes.

### Verskil in sekse tussen de fatale en de bijna fatale groep kinderen

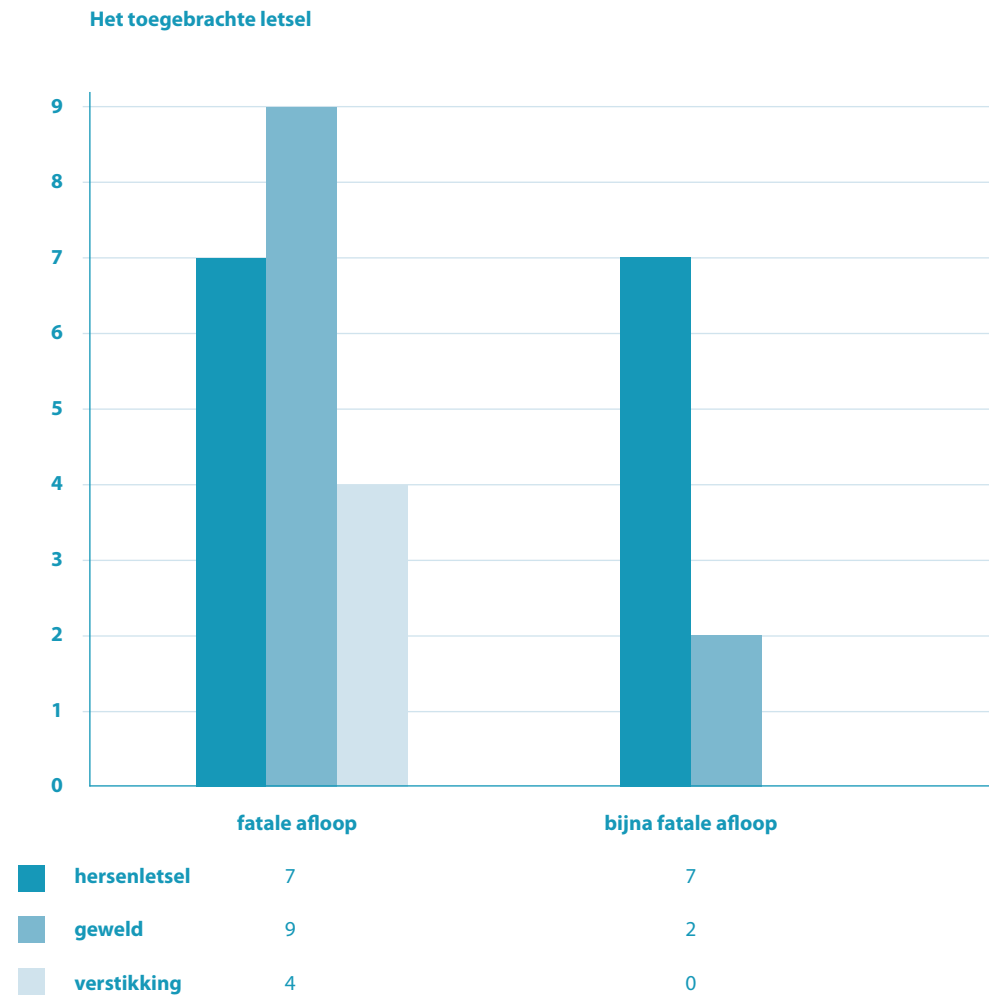


Figuur B6: De sekse van de kinderen



### Letsel

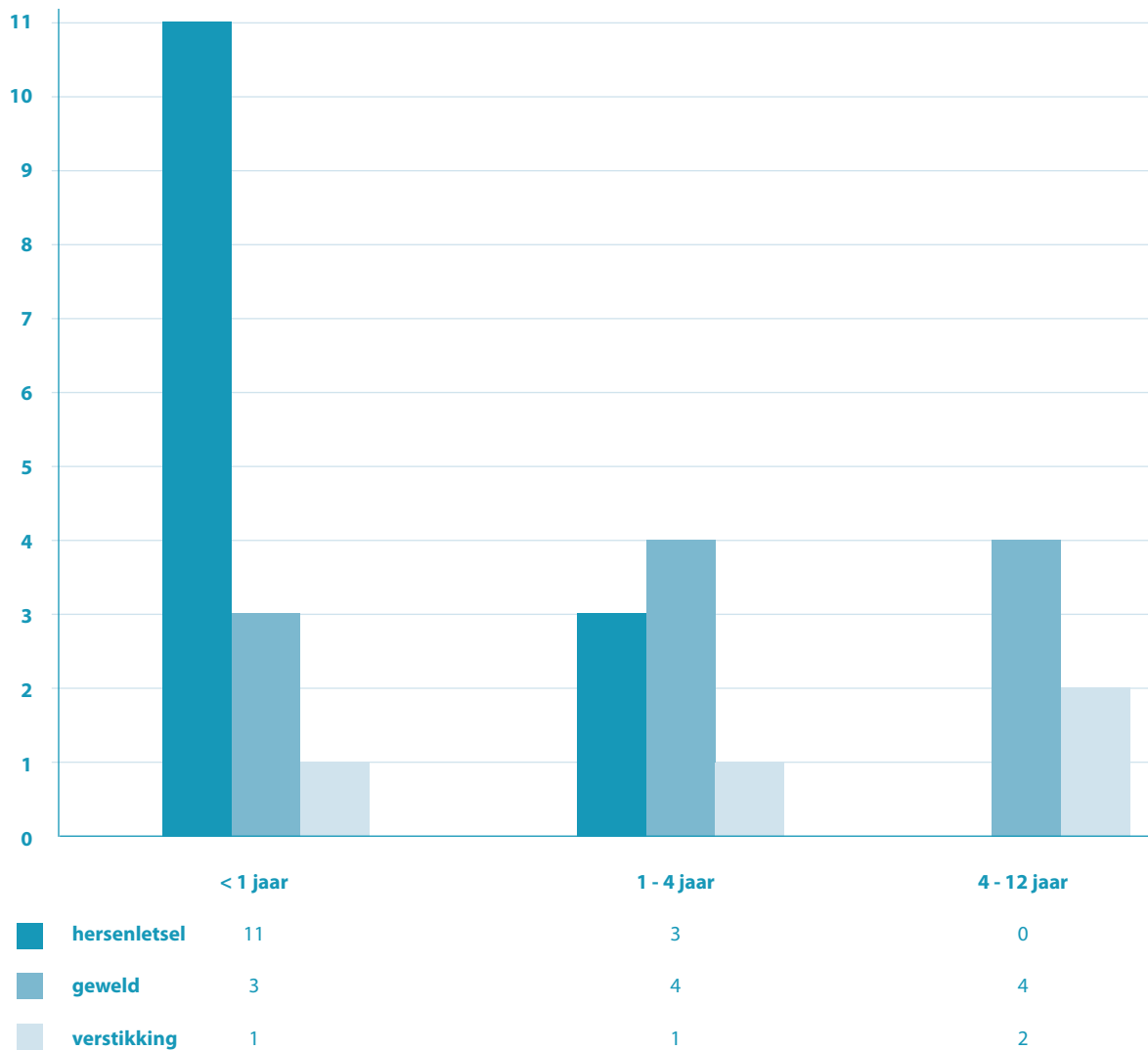
Het is bekend aan welk letsel de kinderen uiteindelijk zijn overleden en wat de aard van de mishandeling met bijna fatale afloop was.



Figuur B7: Het toegebrachte letsel.

In totaal is er bij 14 van de 29 kinderen sprake van ernstig hersenletsel, bijna altijd veroorzaakt door het schudden van een zuigeling ('Abusive Head Trauma'). Dit blijkt ook uit figuur B7 waar letsels en de leeftijd van de kinderen met elkaar gecombineerd zijn.

### Het toegebrachte letsel en de leeftijd van de kinderen



Figuur B8: Toegebrachte letsels gecombineerd met leeftijd

Het (bijna) overlijden van kinderen aan geweld (messteken, herhaaldelijk mechanisch geweld) komt vooral voor bij de groep kinderen tussen de 4 en de 12 jaar.

De tabel hieronder geeft een overzicht van de wijze waarop de bij de bestudeerde voorvallen betrokken kinderen gespreid zijn over de drie procesfasen alsook per leeftijdsgroep.

De Onderzoeksraad heeft de fatale voorvallen ingedeeld naar de drie procesfasen waarin het kind mishandeld is met (bijna) fatale afloop:

- Voorfase: Signaleren en melden
- Procesfase 1: Onderzoeken van een melding en besluiten
- Procesfase 2: Zorg verlenen en beschermen

	Leeftijdsgroep	< 1	1 - 4	4 - 12	Totaal
Procesfase	Voorfase: Signaleren en melden	10	0	1	11
	Procesfase 1: Onderzoeken van een melding en besluiten	3	4	2	9
	Procesfase 2: Zorg verlenen en beschermen	2	4	3	9
	<b>Totaal</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>29</b>

Tabel B9: Aantal mishandelde kinderen per leeftijdsgroep en procesfase.



## BIJLAGE C. BESCHRIJVING VOORVALLEN MET (BIJNA) FATALE AFLOOP

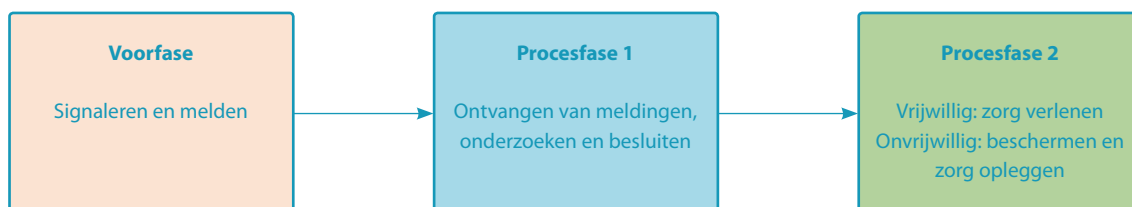
De Onderzoeksraad heeft 27 voorvallen met (bijna) fatale afloop, waarbij 29 kinderen betrokken waren, nader onderzocht. In twee gezinnen was er sprake van het overlijden van twee kinderen uit één gezin op hetzelfde moment. Deze selectie is zoals gezegd niet te beschouwen als representatief.

Per bestudeerd voorval is de aard van het letsel en de leefsituatie van het kind in kaart gebracht. Daarnaast is een tijdslijn opgesteld van de gebeurtenissen, die voorafgingen aan het letsel dat het kind (bijna) fataal werd: het signaleren van en onderzoek naar fysieke onveiligheid en de maatregelen ter bescherming van het kind. De focus hierbij lag op de handelingen van professionals.

De volgorde van de voorvallen met (bijna) fatale afloop is niet chronologisch. De Onderzoeksraad heeft de fatale voorvallen ingedeeld naar de procesfase in het kindveiligheidsstelsel waarin het kind zich bevond toen de onveiligheid zich manifesteerde:

- Voorfase: Signaleren en melden.
- Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten.
- Procesfase 2: Zorgen en beschermen.

Figuur B10 geeft de procesfasen weer.



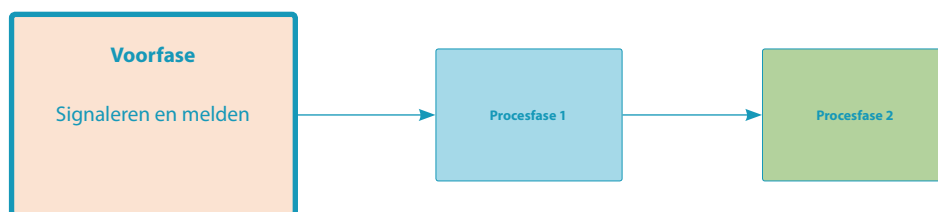
Figuur B10: Procesfasen.

Fase	Aantal voorvallen	Aantal kinderen
Voorfase: Signaleren en melden	11	11
Procesfase 1: Onderzoeken van een melding en besluiten	7	9
Procesfase 2: Zorg verlenen en beschermen	9	9

Tabel B11: Procesfasen en aantal voorvallen en aantal kinderen die in die procesfase zijn overleden.

De procesfasen zijn in kleuren weergegeven. In de procesfasen staat de tijdslijn weergegeven. In de rechterkolom staan de belangrijkste zaakgebeurtenissen van de fatale voorvallen chronologisch beschreven. Dit zijn de feitelijkheden zoals deze achteraf bleken uit de aangelegde dossiers. Daarbij is vooral aandacht gegeven aan de betrokken professionals en hun handelingen.

## C.1 VOORFASE: SIGNALEREN EN MELDEN



In de voorfase zijn elf kinderen mishandeld met (bijna) fatale afloop. Daarvan zijn er zeven mishandeld met (bijna) fatale afloop voordat er een vermoeden was van een onveilige situatie voor het kind (voorvallen C1- C7). Bij de overige vier voorvallen was er wel een vermoeden van onveiligheid, maar dit was niet gemeld bij een formele instantie (voorvallen C8 - C11). In een aantal voorvallen waren risicofactoren bij betrokkenen bekend of waren aanwijzingen voor een fysiek onveilige situatie. In een aantal voorvallen vond er *na* het moment waarop het letsel ontstond met (bijna) fatale afloop een melding plaats bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming. Deze instanties namen dan achteraf beschermende maatregelen. In een aantal voorvallen is te zien dat dit binnen enkele dagen geregeld was. Dit is de zogenaamde spoedprocedure (voorlopige ondertoezichtstelling) waarbij kinderen direct onder toezicht worden gesteld en eventueel uit huis geplaatst kunnen worden.

### C1 Een baby van 28 dagen, bijna fatale afloop

0	De baby werd geboren.
2 weken	De politie ging bij het gezin langs vanwege 'relationele problemen'. De vader was bekend bij de politie o.a. vanwege het seksueel misbruiken van minderjarigen.
4 weken	De baby werd opgenomen op de spoedeisende afdeling van een ziekenhuis met ademhalingsproblemen. De aanwezige kinderarts stelde bloedingen achter hersenvlies en ogen vast. Het kind raakte in coma. Het letsel van het kind paste niet bij de verklaringen die de vader hiervoor gaf. De kinderarts vermoedde het 'Shaken Baby Syndroom'. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) werd gewaarschuwd.
4 weken	Deze meldde het voorval aan de Raad voor de Kinderbescherming, die uiteindelijk aangifte deed bij de politie.
4 weken	Enkele dagen later werd ter bescherming van het kind een voorziening voor 'Voorlopige Ondertoezichtstelling' getroffen door de kinderrechter. Na ruim een maand werd de baby uit het ziekenhuis ontslagen en aan pleegouders toevertrouwd.

### C2 Een baby van vier maanden, fatale afloop

5 jaar eerder	Een tweede kind van de moeder werd geboren.  Er vond een melding plaats bij het AMK. Die leidde uiteindelijk - na onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming - tot een ondertoezichtstelling van beide kinderen. De moeder deed tijdens het onderzoek aangifte tegen de vader. De vader kreeg gedurende drie maanden door de rechter opgelegde therapie in de forensische GGZ over hoe om te gaan met kinderen. Beide kinderen werden uit huis geplaatst.  Het tweede kind kwam weer thuis wonen. De terugkeer van het tweede kind bij zijn ouders was niet onvoorwaardelijk toegestaan, maar gekoppeld aan intensieve gezinsbegeleiding. Vier maanden nadat het tweede kind weer thuis was, werd intensieve gezinsbegeleiding gestart.
0 maanden	Het derde kind werd geboren.

4 maanden	Op een avond, de moeder was niet aanwezig, begon de baby te huilen. De vader was op de bank in slaap gevallen -het was negen uur 's avonds- en werd wakker van het gehuil van de baby. De vader pakte de baby op en probeerde door krachtig schudden de baby stil te krijgen. De baby werd slap en bleek. De vader belde daarop de huisarts en omdat hij zag dat de baby niet meer reageerde, vertrok hij even later met de baby naar de huisartsenpost. De huisarts liet de baby direct opnemen in het nabijgelegen ziekenhuis. In het ziekenhuis werd zwaar letsel vastgesteld tengevolge van extern geweld.
4 maanden	Het AMK werd ingelicht en vervolgens de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad voor de Kinderbescherming deed onderzoek en vroeg een beschermende maatregel aan.
4 maanden	Op het moment dat de baby uit het ziekenhuis werd ontslagen, berichtte de Raad voor de Kinderbescherming het ziekenhuis dat de baby werd opgehaald voor plaatsing in een pleeggezin. De Raad deelde aan de moeder mee dat aangifte van mishandeling zou worden gedaan als de moeder zelf geen aangifte zou doen. Omdat de moeder weigerde, werd even later aangifte gedaan. Een week na de plaatsing van de baby in een pleeggezin werd ook het tweede kind uit huis geplaatst.

### C3 Een baby van 8 maanden, fatale afloop

	De aanstaande moeder deed aangifte van mishandeling van haarzelf door verschillende gezinsleden.
0	Een baby (jongen) werd geboren, zijn moeder was nog minderjarig. Haar nieuwe vriend was niet de vader van de baby.
0-8 maanden	Er waren geregelde consultatiebureaubezoeken en een aantal consulten bij de huisarts voor 'normale zuigelingenklachten'. Tijdens deze consulten was de baby ook ontbloot onderzocht, waarbij niets was opgevallen dat duidde op mishandeling. De vriend van de moeder schudde 's avonds de baby bij het naar bed gaan. De baby raakte bewusteloos. 112 werd gebeld en de baby werd met spoed opgenomen in het ziekenhuis. Twee dagen later overleed de baby in het ziekenhuis.
8 maanden	Toen de baby in het ziekenhuis kwam, deed de IC-arts aangifte bij de politie van mishandeling. De politie meldde dit bij het AMK. De conclusie van de forensisch deskundigen was dat er enkele dagen voor overlijden heftig en/of herhaald geweld op de hersenen was geweest. Deze onnatuurlijke dood leidde tot een aangifte en een rechtszaak.

### C4 Een baby van 8 dagen, fatale afloop

-15 jaar	De vader had een baby. De moeder van deze baby deed aangifte van mishandeling van de baby door de vader bij het AMK. De moeder deed daarnaast aangifte bij de politie toen zij bij een onverwachte thuiskomst zag dat de vader de baby in de vrieskist had gelegd. Deze aangifte had verder geen gevolgen.
-14 jaar	De vader trouwde met een andere vrouw en in het nieuwe gezin werd een kind (zoon) geboren. Het kind werd in het ziekenhuis opgenomen, omdat zich voedsel in de luchtwegen bevond. Twee weken later werd het kind opnieuw in een ziekenhuis opgenomen, nu omdat het blauw zag en er bloed uit de neus kwam. Acht dagen later overleed het kind. De doodsoorzaak was niet duidelijk: verwaarlozing of mishandeling. Er werd een verklaring voor een natuurlijke dood afgegeven en er volgde geen aangifte. <sup>251</sup>
0	De vader had een relatie met een andere vrouw en in dit nieuwe gezin werd een baby geboren.

250 Achteraf bleek dat het overleden kind letsels vertoonde die het gevolg waren van mishandeling.

0-1 week	De baby liep in de eerste week na de geboorte verschillende lichte verwondingen op. Het betreft: vlekjes in het gezicht, bloed uit oor, rode puntjes linkerwang. Niemand merkte iets bijzonders op; ook de verloskundige en de kraamverzorgster niet.
1 week	Een week na de geboorte van de baby kregen de ouders 's avonds ruzie. De vader was dronken en zat met de baby op zijn knie op de bank. De vader behandelde de baby hardhandig (de vader schudde het hoofd van de baby flink heen en weer en hij sloeg haar in het gezicht) waarop de moeder boos werd en een jeu de boules bal in de richting van de vader gooide. Deze trof niet de vader, maar de baby. De baby werd onmiddellijk naar het ziekenhuis vervoerd.
1-5 weken	De kinderarts meldde diezelfde dag het vermoeden van kindermishandeling bij het AMK. De baby lag nog ongeveer een maand aan de beademing voordat zij overleed. De eerdere lichte verwondingen werden door artsen getypeerd als onderhuidse bloedingen. Twee dagen na de opname van de baby in het ziekenhuis werden zowel de baby als de inwonende, toen 7-jarige, dochter uit een eerdere relatie van de moeder onder toezicht gesteld en uit huis geplaatst. Dit naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek naar de gezinssituatie en de voorgeschiedenis van beide ouders.

### *C5 Een baby van 3 maanden, bijna fatale afloop*

0	In een gezin (vader, moeder, zoon van twee jaar) werd een baby geboren.
1 week	De baby en het gezin kregen normale kraamverzorging. Er werden geen bijzonderheden geconstateerd.
1 week tot 1 maand	De baby werd op de hiervoor vastgestelde tijden naar het consultatiebureau gebracht voor controle. Ook vond er vanuit het consultatiebureau een huisbezoek plaats. Bij geen van deze consulten werd iets bijzonders opgemerkt.
1 maand	Toen de baby één maand oud was, merkte de vader na thuiskomst op dat een arm van de baby er vreemd uitzag en de baby een gezwollen pols had. De moeder zag daar niets verontrustends in. De ouders besloten het nog een dag aan te zien. De volgende dag werd toch besloten om een huisarts te raadplegen. Deze verwees door naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis werd een gebroken onderarm geconstateerd.
2 maanden	De baby belandde bij de huisarts. De aard van het letsel was niet duidelijk. Als oorzaak werd opgegeven dat waarschijnlijk iemand per ongeluk op de baby was gaan zitten. De huisarts waarschuwde de moeder dat zij de baby toch echt beter moest beschermen.  Bij het reguliere bezoek aan het consultatiebureau een dag later werden geen bijzonderheden geconstateerd.
3 maanden	Toen de baby drie maanden oud was, verbleef de baby voor de tweede keer op het kinderdagverblijf. Het viel de medewerkers van het kinderdagverblijf op dat de baby suf en afwezig was, draaide met de ogen, stuipjes had (reflexbewegingen met mond) en met zijn voet trok. De medewerkers waren niet zo verontrust dat zij overdag nog de moeder belden. Toen de moeder uiteindelijk de baby ophaalde, werd de moeder verteld dat ze de baby in de gaten moest houden, omdat zij die middag minder gedronken had en geen oogcontact maakte. Toen de moeder met de baby thuis was aangekomen, belde zij de vader en vertelde dat de baby niet in orde was. Thuis aangekomen zag ook de vader dat de baby geen oogcontact maakte, met een mondhoek trok en kwijlde. Na overleg met een vriendin van de moeder gingen de ouders met de baby naar de huisartsenpost.

3 maanden	De huisarts stelde vast dat de baby mogelijk een hersenbloeding of een hersenvliesontsteking had. Omdat de symptomen een levensbedreigend karakter hadden, werd het kind overgebracht naar het ziekenhuis. Na onderzoek werd de baby overgebracht naar het academische ziekenhuis alwaar het direct werd opgenomen in de afdeling intensive care. Bij de onderzoeken die volgden, werd het 'Shaken Baby Syndroom' vastgesteld en ook enkele oude fracturen. Het AMK werd gewaarschuwd en er werd aangifte gedaan door de kinderarts.
4 maanden	Het AMK schakelde de Raad voor de Kinderbescherming in. Er volgde een VOTS. De baby werd uit het ziekenhuis ontslagen en in een pleeggezin geplaatst.

### C6 Een jongen van 6 jaar, bijna fatale afloop

0	Er werd een jongetje geboren.
5 jaar	De alleenstaande moeder van het jongetje kreeg een relatie met een man. Een ex-partner van deze man had een jaar eerder bij de politie melding gemaakt van huiselijk geweld door deze man. De melding had geen gevolgen.
5 jaar en 6 maanden	<p>Het jongetje werd bij de huisarts gebracht met een hevige bloeding en een gezwollen geslachtsorgaan en werd doorverwezen naar de uroloog voor verder onderzoek. De opgegeven oorzaak was een val op de rand van de douchecabine.</p> <p>Het jongetje werd 3 weken later wederom bij de huisarts gebracht nu met een gebroken scheenbeen. Volgens de stiefvader was het jongetje op school tegen de glijbaan gevallen. Op school had men dat niet vastgesteld.</p> <p>De intern begeleider van de school benaderde de GGD, omdat het jongetje zoveel ongelukjes had. Dit resulteerde in een afspraak tussen de GGD, de moeder en het jongetje voor drie maanden later. In de tussentijd zou de jeugdarts in de schoolgezondheidszorg de motoriek van het jongetje beoordelen en controleren. Door het gebroken scheenbeen verplaatste het jongetje zich tijdelijk in een rolstoel.</p> <p>De school stelde vast dat het jongetje hechtingen in de mond had en littekens op zijn hoofd. Ook bemerkte de school dat het jongetje alleen door de moeder van school gehaald wilde worden. Met de stiefvader ging hij huilend mee.</p> <p>Er werden op school blauwe plekken in het gezicht waargenomen. Het jongetje zelf gaf aan tegen de kamerdeur te zijn gelopen.</p> <p>Het jongetje kon opeens moeilijk praten, zijn tong was stuk en dik. Volgens de moeder omdat hij tijdens het douchen gevallen was. (Bij de onderzoeken door het ziekenhuis en de Raad voor de Kinderbescherming zou blijken dat de letsels zijn ontstaan, doordat de man hard tegen de onderkant van de kin van het jongetje had geslagen terwijl hij zijn tong had moeten uitsteken.)</p>
5 jaar en 9 maanden	<p>Het afgesproken overleg vond plaats tussen de GGD, de moeder en het jongetje. De moeder gaf aan dat het jongetje van een klimrek was gevallen. Alle letsels werden besproken tijdens dit overleg en er werd een nieuwe afspraak gemaakt voor na de vakantie vier maanden later.</p> <p>Om de motoriek van het jongetje te verbeteren, kreeg hij in de tussentijd een speciale training (Motorische Remedial Training) van een speltherapeut. De sessies, die wekelijks moesten plaatsvinden, startten kort na dit overleg. Tijdens deze trainingen kwam de therapeut tot de conclusie dat er sprake was van een onveilige hechting en dat het jongetje leed onder een gewetensconflict tussen de biologische ouders en de stiefvader.</p>



6 jaar	<p>Tijdens de vakantie die volgde, bracht het gezin, uitgebreid met de dochter van de stiefvader, een bezoek aan een pretpark. Tijdens de lunch sleurde de stiefvader het jongetje vanwege ongewenste tafelmanieren mee naar het toilet. In het toilet kreeg het jongetje een aframmeling.</p> <p>In het begin van het nieuwe schooljaar vond al snel een tweede gesprek plaats tussen de moeder, het jongetje en de GGD. Het betrof hier een controlebezoek. Uit dit overleg kwam naar voren dat het jongetje wellicht depressief was. De dienstdoende arts van de GGD moest een en ander overleggen met de speltherapeut aan het einde van de trainingssessies twee maanden later.</p> <p>De speltherapeut gaf twee weken later aan dat het jongetje mat was en geen behoefte had aan contact met andere kinderen.</p> <p>Enkele dagen later wilde het jongetje niet sporten en zei hij dat hij misselijk was en last had van buikpijn. De leerkracht zag rode vlekken op zijn buik en stelde verder vast dat het jongetje somber was en zich vrijwel nooit uitgelaten gedroeg.</p>
6 jaar en 2 maanden	<p>De stiefvader haalde het zoontje van zijn vrouw op van school met de scooter. Thuis aangekomen ging de stiefvader op de bank liggen. Het jongetje speelde buiten met de pup. De stiefvader werd wakker en trof het jongetje bijna bewusteloos aan. De stiefvader spoot het jongetje nat met een tuinslang om een schrikreactie teweeg te brengen. Uiteindelijk werd het alarmnummer 112 gebeld en het jongetje werd met een traumahelikopter overgebracht naar het ziekenhuis dat lichamelijk onderzoek deed.</p>
6 jaar en 2 maanden	<p>Het AMK werd ingelicht en er volgde een aangifte. Uit gesprekken van het AMK met professionals kwam naar voren dat het jongetje gedurende twee jaar stelselmatig was mishandeld. Het AMK lichtte de Raad voor de Kinderbescherming in.</p>

#### *C7 Een baby van 5 maanden, fatale afloop*

-2,5 jaar	<p>De moeder werd tijdens haar eerste zwangerschap meerdere malen mishandeld door de aanstaande vader.</p>
-2 jaar	<p>De moeder kreeg een eerste kind. Na de geboorte van haar zoon werd de relatie tussen de moeder en de vader verbroken. De moeder was na de geboorte in de war en haar zoon werd de eerste drie maanden verzorgd door de ouders van de moeder. De moeder stond in die tijd onder begeleiding van het Riagg.</p>
-1 jaar	<p>De moeder kreeg een nieuwe relatie.</p>
-6 maanden	<p>Het (inmiddels tweejarige) zoontje liep aan beide handen tweedegraads brandwonden op. Op het moment van het incident was de vriend van de moeder -verder stiefvader genoemd - alleen met het jongetje thuis. Na ontdekking ging de moeder met haar zoontje naar de spoedeisende hulp, waar haar zoontje werd doorverwezen naar het brandwondencentrum in Groningen. De kinderarts werd om consult gevraagd in verband met de verdachte omstandigheden ten aanzien van het ontstaan van het trauma. Daarna werd een melding gedaan bij het AMK. Er werd onder andere gemeld dat er twijfels waren over de verklaring van de ouders. Deze kwam namelijk niet overeen met de aard en omvang van de brandwonden.</p>
-5 maanden	<p>Naar aanleiding van de melding gingen een medewerker en een vertrouwensarts van het AMK op huisbezoek. Het AMK sprak aan het einde van het bezoek af dat de ouders contact moesten opnemen met de wijkverpleegkundige van het consultatiebureau voor ondersteuning bij de opvoeding. De wijkverpleegkundige voerde gesprekken met de moeder en de stiefvader.</p>
-3 maanden	<p>Het AMK besloot, nu er contact was met een hulpverlener, het dossier af te sluiten.</p>

0	In het gezin werd een dochter geboren.
5 maanden	Ongeveer vijf maanden na de geboorte van zijn dochter was de vader alleen thuis met de baby. De baby was die dag niet lekker (overgeven, koorts, slapjes, pips). Een dag later bleef de baby alleen met de vader thuis. Deze dag functioneerde zij normaal. De dag erna trof de vader zijn dochter in zeer slechte toestand in bed aan. De baby was bewusteloos en ademde niet meer. De vader belde de ambulance, die haar met spoed naar het ziekenhuis bracht.
5 maanden	Het AMK werd een dag later ingeschakeld door het ziekenhuis en werd op de hoogte gebracht van het vermoeden van het 'Shaken Baby Syndroom'. Twee dagen later werd de melding besproken bij het AMK en er werd besloten de zaak direct in onderzoek te nemen. Uit het administratiesysteem bleek dat het gezin reeds bekend was. Het AMK was op de hoogte van het bestaan van het (oudere) broertje, maar wist op dat moment niet hoe het met hem ging. Na intern overleg bij het AMK werd besloten om aangifte te doen bij de politie, om het gezin te melden bij de Raad voor de Kinderbescherming en om een gesprek met de ouders te voeren. In het ziekenhuis vond een gesprek plaats tussen het AMK en de ouders. De moeder gaf aan in beide gevallen (van de zoon en de dochter) niet aanwezig te zijn geweest en ze ging akkoord met een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming en aangifte bij de politie.
5 maanden	Een dag later overleed de baby in het ziekenhuis. Drie dagen na het overlijden droeg het AMK, met het oog op de veiligheid van het broertje, het verdere onderzoek over aan de Raad voor de Kinderbescherming. Een dag later deed het AMK aangifte bij de politie.

#### *C8 Een jong kind van bijna drie maanden, fatale afloop*

0	Eind september 2005 werd het meisje geboren. Een week na de geboorte was het eerste bezoek aan het consultatiebureau. Hierbij werden geen bijzonderheden gemeld. Daarnaast hadden de ouders een kennismakingsgesprek met hun nieuwe huisarts. Ze wilden een nieuwe huisarts in verband met de betere bereikbaarheid nu ze een kind hadden. Een maand na de geboorte vond weer een bezoek aan het consultatiebureau plaats. Hierbij werden de standaardcontroles uitgevoerd.
6 weken	Circa zes weken na de geboorte werden door het consultatiebureau blauwe plekken bij het meisje gesignaleerd. De arts en de verpleegkundige vonden dit vreemd en spraken af om alert te blijven. Een aantal dagen later besprak de verpleegkundige van het consultatiebureau haar observaties met collega's. Op dezelfde dag volgde een huisbezoek door het consultatiebureau in verband met de blauwe plekken. Het kind zag er nu rustig uit. De ouders zouden contact opnemen als het weer zou gebeuren. Het 'niet pluis'-gevoel bleef bij de verpleegkundige van het consultatiebureau.
2,5 maanden	Er was opnieuw een afspraak bij het consultatiebureau. De jeugdarts op het consultatiebureau constateerde wederom twee blauwe plekkjes rondom het oog. Hij verzocht de ouders om de huisarts in te schakelen. De moeder zei een afspraak te maken. Een paar dagen later had het consultatiebureau contact met de huisarts. De moeder was bij de huisarts geweest, maar hij zag geen reden tot ongerustheid. Hij had het meisje gezien en constateerde geen blauwe plekken, wel eczeem op de wangen. De huisarts had de ongerustheid van het consultatiebureau met de ouders besproken. De ouders waren niet zo blij met de vermoedens.
3 maanden	Een week later werd door de ouders een afspraak met het consultatiebureau afgezegd wegens ziekte van de moeder. Een week daarna kwamen ze wel bij het spreekuur van het consultatiebureau. Er was bij dat bezoek een andere verpleegkundige dan voorheen. Het kind zag er goed uit. Een dag na het bezoek aan het consultatiebureau overleed het meisje op de leeftijd van drie maanden. Vastgesteld werd dat het kind door mishandeling was overleden.

### C9 Een baby van 4 maanden, bijna fatale afloop

-2 jaar	Geboorte van de eerste dochter. De ouders hadden geen vaste woon- of verblijfplaats. Beide ouders waren verslaafd aan alcohol en drugs.
-1 jaar	Er werd een melding gedaan over dit kind bij het AMK door de nachtopvang waar de ouders sliepen. Het AMK gaf de melding door aan de Raad voor de Kinderbescherming.  De Raad startte een onderzoek. Het onderzoek werd gestaakt omdat de ouders onvindbaar waren.
0	De ouders trokken in bij de ouders van de vader.  In het ziekenhuis werd een zoon geboren.  Terwijl de moeder en de baby nog in het ziekenhuis verbleven, gaf de grootmoeder aan de wijkverpleegkundige aan dat de gezinssituatie zorgelijk was. De wijkverpleegkundige lichtte het ziekenhuis in. Het ziekenhuis lichtte de huisarts in en de huisarts de maatschappelijk werkster. Deze werd in overweging gegeven het AMK te informeren. Dat gebeurde uiteindelijk niet, omdat de grootmoeder anoniem wilde blijven.
14 dagen	De ouders verschenen een maand na ontslag uit het ziekenhuis niet met de baby op de afgesproken controle.  Ook op de controle 14 dagen later verschenen de ouders niet.  Het ziekenhuis nam daarom contact op met de wijkverpleegkundige. Deze informeerde de huisarts. De huisarts ging op huisbezoek en gaf aan dat de ouders zich met de baby dienen te melden op het consultatiebureau.
4 maanden	De ouders meldden zich met de baby op het consultatiebureau. Het consultatiebureau constateerde een bolle fontanel en de baby werd doorverwezen naar de huisarts. De huisarts, waar de ouders zich vervolgens meldden, verwees direct door naar de kinderarts. De huisarts regelde zelf een afspraak voor de volgende dag.  Toen de huisarts een dag later vernam dat de ouders niet waren komen opdagen, ging hij zelf naar de ouders toe en bracht ouders en baby naar de kinderarts in het ziekenhuis. De huisarts zorgde ervoor dat de baby van vier maanden onmiddellijk in het ziekenhuis werd opgenomen. Een neurochirurgische ingreep bleek noodzakelijk. De zware letsels van de baby wezen op een 'Shaken Baby Syndroom'. De baby bleek ernstig mishandeld.
4 maanden	Het ziekenhuis lichtte het AMK in. Het AMK gaf deze melding door aan de Raad voor Kinderbescherming. Er volgde een onderzoek.
4 maanden	De baby en het oudere zusje werden onder toezicht gesteld en uit huis geplaatst nog vóór de baby uit het ziekenhuis werd ontslagen.

### C10 Een baby van 4 maanden, fatale afloop

eerder	De (aanstaande) vader was in het verleden in aanraking geweest met justitie en was eens door de woningstichting uit huis gezet. Hij had in het verleden zijn eerdere vriendin en haar driejarig kind mishandeld.
0	<p>De vader en zijn nieuwe vrouw kregen een baby. De buurt ervoer veel overlast van het gezin. De hele buurt was bang voor de vader en zijn familie en vooral zijn tweelingbroer. Een buurtbewoner had in verband met de overlast en zorgen om het kind hiervan melding gemaakt bij de woningstichting. De woningstichting had de buurtbewoner geadviseerd melding te doen bij het AMK. Dit was niet gebeurd.</p> <p>In de eerste maanden van zijn leven was de baby in contact geweest met het consultatiebureau. De baby werd op tijd naar het consultatiebureau gebracht voor vaccinaties. Andere consulten werden regelmatig afgebeld. Het consultatiebureau was er onder andere door huisbezoek van op de hoogte dat in dit gezin sprake was van bijzondere risicofactoren.</p> <p>In een vroeg stadium werden tijdens een consult bij de mond van het kind wondjes vastgesteld. Het consultatiebureau adviseerde de moeder vanwege de wondjes naar de huisarts te gaan. De moeder was nooit bij de huisarts geweest, omdat de vader dat volgens de moeder ten strengste verbod.</p>
4 maanden	Op een avond, de baby was toen ongeveer vier maanden oud, viel het echtpaar in slaap met de baby in bed. Halverwege de nacht werd de moeder wakker. De baby lag in een onnatuurlijke houding en zag blauwgrijs. Een gealarmeerde ambulance bracht de baby naar het ziekenhuis. Daar aangekomen werd vastgesteld dat de baby was overleden. Aanvankelijk werd als doodsoorzaak wiegendood aangenomen. Een forensisch geschoolde arts die toevallig aanwezig is, drong aan op een diepgaand onderzoek. Bij dit onderzoek werd vastgesteld dat de baby naast recente botbreuken ook oudere botbreuken had. Het echtpaar werd vervolgens gehoord door de politie. Tijdens een verhoor besloot de moeder aangifte te doen tegen de vader vanwege mishandeling van de baby.

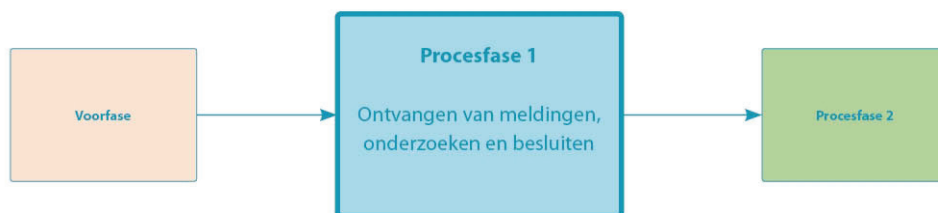
### C11 Een baby van 2,5 maanden, fatale afloop

0	In een gezin bestaande uit vader, moeder en een dochter werd nog een meisje geboren.
4 dagen	De kraamverzorgster stelde vast dat er een liefdeloze sfeer hing in huis en dat de dochter van drie regelmatig harde klappen kreeg met vlakke hand. Zij meldde dit telefonisch aan de Jeugdgezondheidszorg (JGZ).
5 dagen	Een dag later meldde ze dit nogmaals bij de JGZ.
13 dagen	De JGZ gaf 8 dagen later aan dat de melding niet naar de JGZ moest, maar naar de vertrouwensarts van het AMK. Het protocol voor de kraamverzorgster gaf aan dat gemeld moest worden aan de leidinggevende kraamverpleegkundige. Deze licht in voorkomende gevallen, aldus het protocol, vervolgens de vertrouwensarts van het AMK in. In dit geval was er geen melding gedaan bij het AMK.
+/- 4 weken	Een wijkverpleegkundige van de JGZ bezocht ongeveer 2 weken later het betreffende gezin. Bij dat bezoek bleken beide kinderen afwezig. De moeder en haar baby bezochten wel dezelfde week nog het consultatiebureau.
1 maand- 2,5 maand	De moeder bracht haar baby regelmatig naar het consultatiebureau voor de reguliere controle. Voor het eerst een maand na de geboorte, daarna ongeveer om de 14 dagen. Bij deze bezoeken werden geen onregelmatigheden vastgesteld.

2,5 maand

Toen de baby tweeënhalve maand oud was, zat de vader in een kamer op de eerste verdieping achter de computer. Toen de baby op een gegeven moment begon te huilen, riep de vader naar beneden, waar de moeder in gesprek was met een gast, dat hij naar de baby toe zou gaan. De vader pakte de baby op en drukte de baby stevig tegen zich aan om de baby stil te krijgen. De baby werd stil en werd met de speen in de mond teruggelegd in bed. Tweeënhalf uur later ging de moeder naar de baby en trof de baby met een lijkleke kleur aan in bed. De moeder vertrok met de gast, een vriend van de moeder, hals over kop naar het ziekenhuis waar de dood van de baby werd geconstateerd. De huisarts nam aanvankelijk aan dat het om een geval van wiegendood ging. Uit onderzoek van het lichaam van de baby na het overlijden, waarop een toevallig aanwezige forensische arts aandrong, bleek dat de baby zeer waarschijnlijk was overleden ten gevolge van het breken van ribben en een sleutelbeen. Bij dit onderzoek werden ook veel oude botbreuken aangetroffen.

## C.2 PROCESFASE 1: ONDERZOEKEN EN BESLUITEN



Er zijn 7 fatale voorvallen waarin 9 kinderen<sup>251</sup> zijn overleden in de procesfase Onderzoeken en besluiten. Deze kinderen waren gemeld bij het AMK, Bureau Jeugdzorg (de toegang) of de Raad voor de Kinderbescherming. In drie voorvallen zijn de kinderen overleden voordat het onderzoek werd gestart (C12-15). In vier voorvallen zijn de kinderen overleden tijdens het onderzoek naar de onveiligheid van het kind (C15-C18).

### C12 Twee kinderen van twee en vier jaar, fatale afloop

0 Het eerste kind werd geboren.

2 jaar Het tweede kind werd geboren.

4 jaar De moeder en haar twee kinderen ging samenwonen met haar nieuwe vriend.

4 jaar In diezelfde periode belde de biologische vader twee keer met Bureau Jeugdzorg (AMK en Toegang). De eerste keer gaf hij aan zich zorgen te maken over de woonsituatie van de kinderen. De nieuwe vriend van de moeder zou mogelijk drugs gebruiken. Hij baseerde zich daarbij op gegevens die hij van anderen had gekregen.

De biologische vader belde drie weken later een tweede keer met het AMK. Hij gaf aanvullende informatie die naar zijn zeggen verkregen was door eigen observatie. De AMK-medewerker kondigde op basis van de aanvullende informatie bij de melder aan intern te zullen bespreken of deze informatie voldoende was voor het instellen van een (voor) onderzoek. De medewerker wilde op dat moment overgaan tot een officiële melding en meldde de voorvallen voor (voor)onderzoek aan bij het multidisciplinaire overleg.

Vijf dagen later werd de zaak besproken in een multidisciplinair intake overleg en werd besloten tot een vooronderzoek.

251 In twee gezinnen overleden twee kinderen.

	Weer drie dagen later belde de AMK-medewerker met de biologische vader. Hij deelde de biologische vader mee dat het AMK tot een melding wilde overgaan en besprak de situatie (wachtlíjst) en de voorwaarden waaronder het vooronderzoek plaats kon vinden. De melder ging akkoord.
4 jaar + 3 maanden	De melding werd een tweede keer besproken in het multidisciplinair intake overleg. Men plande het vooronderzoek om bij instanties duidelijk te krijgen of zorgen door hen herkend werden en om tevens de urgentie te kunnen bepalen voor het onderzoek.  De moeder en haar vriend kregen vijf dagen later ruzie, hij mishandelde haar en zij vluchtte uit het huis. Daarna bracht hij de twee kinderen om het leven.

### C13 Een baby van 1,5 maand, bijna fatale afloop

-9 maanden tot 0	Tijdens de zwangerschap ontving het AMK een melding vanuit de sociale omgeving. De melder gaf hierin aan dat de toekomstige moeder en vader vanwege alcoholproblemen niet in staat waren om het kind op te voeden. De ouders waren beide alcoholverslaafd. De aanstaande moeder was een half jaar eerder in een ziekenhuis opgenomen vanwege alcoholintoxicatie. Ze waren bij de politie bekend vanwege huiselijk geweld en relatieproblemen.
-6 maanden	Een vertrouwensarts van het AMK ging op huisbezoek. De aanstaande moeder wilde echter niets zeggen.
0	Het kind werd in de herfst in het ziekenhuis geboren. In het ziekenhuis ontstond twijfel of de moeder (en de vader) wel in staat waren om de baby te verzorgen. De baby werd uit voorzorg opgenomen op de couveuseafdeling om zo gelegenheid te krijgen om te controleren of de situatie thuis voor de baby aanvaardbaar was. Een verpleegkundige van het ziekenhuis ging vervolgens op huisbezoek. Alle voorzieningen nodig voor een goede verzorging van de baby leken aanwezig. De kinderarts van het ziekenhuis lichtte vervolgens per brief de huisarts in en stelde een multidisciplinair overleg voor over de thuissituatie van het kind.  De baby werd na 8 dagen met de ouders meegegeven.  Een dag na het ontslag van de baby uit het ziekenhuis ging een kinderarts in gezelschap van een coassistent onaangekondigd op huisbezoek. Er werd niet opengedaan.
12 dagen	Drie dagen later vond het eerder afgesproken multidisciplinaire overleg plaats met de kinderarts, de verpleegkundige van het ziekenhuis, de huisarts, de woningbouwvereniging en de vertrouwensarts van het AMK. In het overleg werd een aantal voorwaarden geformuleerd voor de verzorging van de baby: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De baby moest wekelíjks naar de poli worden gebracht voor controle;</li> <li>• Eenmaal in de twee weken zou de huisarts op huisbezoek komen;</li> <li>• Een gespecialiseerde gezinsverzorgster zou gedurende vijf weken iedere dag anderhalf uur in het gezin aanwezig zijn;</li> <li>• Ook het maatschappelijk werk zou bij het gezin worden betrokken.</li> </ul> In een volgend multidisciplinair overleg moest een en ander worden geëvalueerd. Dezelfde dag nog volgde opnieuw een onaangekondigd huisbezoek van de kinderarts met de coassistent. Ook nu werd niet opengedaan. Toen de kinderarts de moeder ten slotte mobiel belde, werden ze alsnog in de woning toegelaten. Daarnaast was de gespecialiseerde gezinsverzorgster nog dezelfde dag in het gezin aanwezig.  De begeleiding vond plaats zoals afgesproken. De gezinsverzorgster kreeg na enkele weken, de baby was toen bijna een maand oud, het gevoel dat zij het contact met de moeder begon te verliezen. De gezinsverzorgster nam contact op met de kinderarts in het ziekenhuis.

	<p>Een paar dagen later bleek de moeder met kind (en hond) niet meer in de woning aanwezig. Ze verbleven bij een goede vriend. De moeder gaf aan de gezinsverzorger aan dat zij nog niet wist wanneer ze zou terugkeren in de woning. De moeder bezocht wel volgens afspraak met haar kind de poli voor controle. Bij het daaropvolgende huisbezoek door de huisarts bleken de moeder en het kind wederom niet thuis. Ook het eerstvolgende bezoek aan de poli werd gemist.</p>
1 maand	<p>Ruim een maand na de geboorte vond het tweede multidisciplinaire overleg plaats. Het bleek dat het kind veel gehuild had en in eigen braaksel had gelegen. De buurvrouwen, verontrust door het harde huilen van het kind, waren bij de ouders aan de deur geweest en hadden dit vastgesteld. Besloten werd dat de wekelijkse bezoeken aan de poli met zes weken werden verlengd. Bovendien was vastgesteld in het multidisciplinaire overleg dat er onvoldoende aanwijzingen waren om in te grijpen in dit gezin. De huisbezoeken en de bezoeken aan de poli verliepen volgens betrokkenen conform afspraak.</p>
1,5 maand	<p>Het kind werd op het afgesproken tijdstip naar de poli gebracht voor controle. Bij deze controle werd vastgesteld dat de schedelomvang van de baby opeens sterk was toegenomen en dat de baby suf was. Een diepgaand onderzoek volgde. Hieruit bleek dat er waarschijnlijk sprake was van het 'Shaken Baby Syndroom'. Dezelfde dag nog werd het AMK ingelicht. Ook werd aan de ouders meegedeeld dat men dacht aan kindermishandeling. Een dag later werd het kind doorverwezen naar een academisch ziekenhuis. Hier wezen onderzoeken uit dat de baby verschillende hersenbeschadigingen had die in verschillende perioden waren ontstaan. Dit werd aan het AMK gemeld. Het AMK meldde dit vervolgens aan de Raad voor Kinderbescherming. Er werd direct een voorlopige voorziening aangevraagd. Toen de baby enkele weken later uit het ziekenhuis werd ontslagen, werd het niet meer meegegeven aan de moeder, maar werd het in een pleeggezin geplaatst.</p>

#### C14 Een meisje van 2 jaar, fatale afloop

0	<p>Er werd een meisje geboren. Het meisje had geen broers of zussen en woonde met haar ouders net over de grens in het buitenland. Beide ouders werkten voor dezelfde organisatie in Nederland.</p>
1 jaar en 10 maanden	<p>De bedrijfsmaatschappelijk werker van de organisatie ging bij het gezin langs, omdat sprake was van een escalatie van reeds eerder gebleken relationele problemen tussen de ouders. Er werden met de bedrijfsmaatschappelijk werker afspraken gemaakt over het creëren van enige rust en afstand.</p> <p>Ondanks gemaakte afspraken escaleerde de kwestie opnieuw gedurende de volgende dag. De moeder meldde zich die dag met haar kind bij enkele collega's, waarbij zij een verwarde en angstige indruk maakte. Een door de organisatie opgeroepen forensisch arts van de GGD zag de moeder en kwam tot het oordeel dat er geen sprake was van psychiatrische problematiek.</p> <p>De moeder vertrok met haar kind naar een andere verblijfplaats. Na verdwijning van de moeder en het kind nam de vader telefonisch contact op met het AMK. Op grond van de chaotische indruk die vader maakte, alsmede op grond van de niet geformuleerde zorgen betreffende het kind adviseerde de medewerker van het AMK de vader om de betrokken bedrijfsmaatschappelijk werker contact met het AMK te laten opnemen. Diezelfde dag nam de bedrijfsmaatschappelijk werker contact op. Na interne beraadslaging informeerde het AMK de bedrijfsmaatschappelijk werker dat de casus niet als crisis werd opgepakt. De bedrijfsmaatschappelijk werker was het daarmee eens. De bedrijfsmaatschappelijk werker zou de zaak zelf in de gaten houden en indien nodig contact opnemen.</p>
1 jaar 11 maanden	<p>Een week later deed de bedrijfsmaatschappelijk werker een officiële melding bij het AMK, omdat er geen zicht meer was op de situatie van de moeder en het kind. Afgesproken werd dat het AMK moest worden geïnformeerd op het moment dat de bedrijfsmaatschappelijk werker bekend was met de verblijfplaats van de moeder.</p>

2 jaar	<p>Een week later nam het AMK het formele besluit om de melding onmiddellijk op te pakken op grond van de aard van de zorg, te weten ernstige psychiatrische problematiek van de moeder met mogelijk gevaar voor het kind tot gevolg.</p> <p>De maatschappelijk werker van het AMK bezocht de moeder van de moeder. Zij deelde mee dat de zorgen betreffende de moeder niet terecht waren. Het gedrag van de moeder verklaarde zij vanuit de huwelijkse problemen; de vader zou bedreigend zijn voor de moeder. Zij verstreekte geen adres van de moeder en haar kind. Tevens nam het AMK contact op met de advocaat van de moeder; deze bevestigde dat er geen zorgen hoefden te zijn over de moeder en haar kind. Ook hij weigerde het adres van de moeder en haar kind te verstrekken.</p> <p>Er werd vanuit het AMK informatie opgevraagd bij de bedrijfsarts en de huisarts van de moeder. De bedrijfsarts weigerde deze te verstrekken en de huisarts had niet vastgesteld dat er sprake zou zijn van psychische problemen bij de moeder dan wel relationele problemen tussen de ouders.</p> <p>Er vond een interdisciplinaire beoordeling plaats van de melding tussen de maatschappelijk werker en de vertrouwensarts van het AMK. Geconcludeerd werd tot afsluiting van het dossier.</p> <p>Het kind werd vlak over de grens in het buitenland dood gevonden. De moeder had tevens een poging gedaan om zichzelf van het leven te beroven.</p>
--------	---

#### C15 Een baby van 10 dagen, fatale afloop

-9 tot 0 maanden	De beide ouders hadden een verstandelijke handicap en verbleven op een zorgboerderij. <sup>253</sup> De vader kreeg medicijnen tegen agressief gedrag. Door zowel de begeleiders van de zorgboerderij als de huisartsen en verloskundigen was veel tijd en aandacht besteed om zowel de vader als de moeder goed voor te bereiden op de aanstaande geboorte. <sup>254</sup>
0	De baby werd geboren.
2 dagen	De vader belde om vier uur 's nachts de verloskundige vanwege het voortdurend huilen van de baby. 's Morgens nam de verloskundige contact op met het gezin. Er bleken geen bijzonderheden aan de hand.
3 dagen	Ook bij een huisbezoek werden geen bijzonderheden geconstateerd.
6 dagen	<p>Er werden blauwe plekken op het gezicht van de baby waargenomen door de huisarts, de kraamhulp en de verloskundige. Aanvankelijk werd aangenomen dat dit het gevolg kon zijn van een onbewuste stoot met een elleboog tijdens het slapen. De baby sliep in het ouderlijke bed.</p> <p>De dag daarop nam de verloskundige contact op met de huisarts, samen lichtten zij Bureau Jeugdzorg in. De huisarts bracht dezelfde dag nog een bezoek aan de zorgboerderij, waarbij de baby volledig werd onderzocht. De baby had op verschillende plaatsen blauwe plekken. De huisarts meldde dit aan het AMK.</p>
8 dagen	Het AMK overlegde met de MEE <sup>255</sup> en de huisarts. MEE zei toe om een (voor een week later) gemaakte afspraak te vervroegen.
9 dagen	De dag daarna observeerde de verloskundige gedurende een uur het gezin. Er werden geen bijzonderheden vastgesteld.

252 Een zorgboerderij is een boerderij, waarop personen op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten begeleid kunnen wonen. De betreffende zorgboerderij is een particuliere instelling waarin meerdere personen met een verstandelijke beperking onder begeleiding van twee volwassenen verblijven.

253 In deze voorvallen boden twee huisartsen, twee kraamhulpen en drie verloskundigen het gezin hulp op verschillende momenten.



10 dagen	In de daaropvolgende nacht belde de vader om vier uur met de verloskundige, omdat de baby niet wilde drinken, koud aanvoelde en onduidelijke reacties vertoonde. De volgende ochtend nam de verloskundige contact op met de ouders. Het bleek dat de temperatuur was gestegen, maar dat de baby nog niet goed wilde drinken. Kort daarna belde de verloskundige opnieuw met de ouders met de mededeling dat het consultatiebureau de baby wilde onderzoeken. De vader wilde net met de baby naar de huisartsenpraktijk gaan, omdat de baby wel dood leek. De verloskundige ging daarop naar de zorgboerderij waar de ouders woonden. Bij aankomst trof de verloskundige de baby in zeer slechte toestand aan. De ouders gingen met de baby en de verloskundige naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis werd een 'Shaken Baby Syndroom' vastgesteld. In de nacht overleed de baby in het ziekenhuis. Het ziekenhuis meldde aan het AMK dat de baby door mishandeling was overleden.
----------	---

#### *C16 Twee kinderen van negen en elf jaar, fatale afloop*

0	Het eerste kind werd geboren.
2 jaar	Het tweede kind werd geboren. Het huwelijk van de ouders kenmerkte zich, in een reeks van perioden die begon direct na de huwelijkssluiting, door een patroon van gewelddadig gedrag, respectievelijk dreigingen daarmee.
8 jaar	De moeder meldde zich bij de politie vanwege mishandeling door haar man. Omdat de moeder geen aangifte wilde doen, werd er geen strafrechtelijk gevolg gegeven aan haar melding. Wel vond doorverwijzing naar de GGZ plaats. Het zorgtraject werd afgebroken, omdat de ouders er niet meer aan wilden meewerken.
10 jaar	De moeder deed aangifte van mishandeling en bedreiging door haar man. Na de aangifte ging de moeder met kinderen tijdelijk elders wonen. Datzelfde jaar volgde de scheiding en verhuisde de moeder met de kinderen naar een nieuw adres.
10 jaar en 4 maanden	De zaak werd door de politie aangemeld bij Kindspoor, een speciaal traject van Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming voor kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld. De Raad voor de Kinderbescherming was gedurende het gehele traject op de hoogte van de casus en de verschillende stappen. BJJZ en de Raad voor de Kinderbescherming waren verantwoordelijk voor het besluit tot het traject van de vrijwillige toegang tot hulpverlening. De uitvoerende partij, Bureau Jeugdzorg, was verantwoordelijk voor de hulpverlening in deze casus.
10 jaar en 6 maanden	Het lukte niet om contact met de ouders te krijgen en de hulpverlening te starten en daarom werd de zaak doorverwezen naar het AMK. Op basis van de gegevens kreeg de zaak de beoordeling 'midden' en kwam op de wachtlijst.
10 jaar en 8 mnd	De zaak werd wederom opgepakt door het AMK en de beide ouders werden benaderd.  Er werd in een multidisciplinair overleg geconcludeerd dat de kinderen hulp nodig hadden, omdat zij hun hele leven huiselijk geweld hadden meegemaakt. Hulp van de GGZ werd ook voor beide ouders noodzakelijk geacht.  Er werd opnieuw tot zorgverlening voor de vader besloten, gecombineerd met begeleiding door Bureau Jeugdzorg. De ouders reageerden niet op uitnodigingen.
11 jaar	Twee weken voordat de vader beide kinderen om het leven bracht, werd hij veroordeeld door de politierechter vanwege mishandeling.

De vader van het gezin bracht zijn ex-vrouw, zijn kinderen en zichzelf om het leven. Er waren geen aanwijzingen dat de vader daadwerkelijk geweld tegen zijn kinderen had gebruikt, anders dan het geweld waarmee hij hen op om het leven had gebracht. Er waren wel aanwijzingen dat hij bij herhaling met geweld had gedreigd, waarbij ook de kinderen als mogelijke slachtoffers genoemd werden.

#### *C17 Een jongetje van anderhalf jaar overlijdt na mishandeling*

0	Er werd een jongetje geboren.
4 maanden	Het AMK ontving een (eerste) melding van de politie. De politie meldde dat de vader was aangehouden vanwege huiselijk geweld tegen de moeder. De moeder was dronken en mogelijk onder invloed van drugs. Naar aanleiding van deze melding startte het AMK een onderzoek. Het AMK benaderde onder andere het consultatiebureau voor informatie. Het consultatiebureau zag het gezin na de melding meerdere keren.
5 maanden	Het consultatiebureau werd geïnformeerd dat de moeder het kind intussen alleen opvoedde en zij verwezen haar naar algemeen maatschappelijk werk.
8-9 maanden	Daarna bezocht de moeder het consultatiebureau. Het AMK nam het besluit om geen urinecontrole bij de moeder te regelen. Het AMK betwijfelde of de moeder werkelijk drugs gebruikte. Het AMK besloot de zaak over te dragen aan het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Na een rappel van het AMK (het jongetje was toen acht maanden oud), waarbij het AMK had gesproken met het AMW en het consultatiebureau, besloot het AMK geen verdere stappen te ondernemen.
12 maanden	De politie maakte een tweede melding bij het AMK van geweld tussen de ouders.
13 maanden	Na deze melding nam het AMK contact op met het consultatiebureau. Het consultatiebureau gaf aan dat het jongetje bij het laatste bezoek in juni er goed uit had gezien. Met de moeder was afgesproken dat ze een maatschappelijk werker zou contacteren, maar dat had ze niet gedaan. Het AMK ging bij de moeder op bezoek.
13-14 maanden	Het AMK verzocht de Raad voor de Kinderbescherming om onderzoek te verrichten. Als reden werd met name genoemd de relatie tussen de moeder en de vader en de omstandigheden van de moeder. Het AMK gaf ook aan dat er geen sprake was van een crisissituatie. De intake van de Raad besliste dat de zaak niet de hoogste prioriteit moest krijgen.
14 maanden	Het consultatiebureau had contact met de moeder en haar kind. De moeder had een nieuwe vriend.
16 maanden	De Raad voor de Kinderbescherming startte het onderzoek. De Raad had overleg hierover met het AMK en er vond een eerste huisbezoek plaats. De moeder gaf aan dat het goed ging en de jongen zag er goed uit en vertoonde geen bijzonder gedrag. De Raad vroeg informatie op bij de politie over de escalatie tussen de ouders en rol van de beide partijen hierbij. De politie gaf aan dat zij het een en ander zou uitzoeken.
17 maanden	Nadat het telefoonnummer van de vader was achterhaald, werd de vader van de jongen door de Raad geïnformeerd over het onderzoek. Dezelfde dag overleed de jongen als gevolg van meerdere malen toegepast, heftig en mechanisch geweld. Zowel de nieuwe vriend van de moeder als de moeder zelf moesten voor de rechter verschijnen. De rechtbank concludeerde dat de jongen het slachtoffer was geworden van structurele kindermishandeling en dat de mishandeling van de jongen niet beperkt was gebleven tot een keer. Dit volgde niet alleen uit de medische informatie. In de laatste maanden van de jongen hadden verschillende kennissen van het gezin opvallend veel blauwe plekken bij hem gezien.

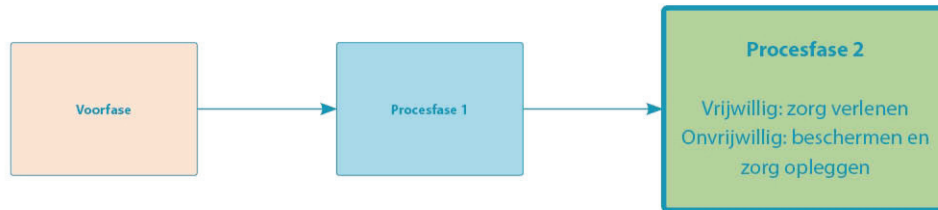
### C18 Baby van vier maanden, bijna fatale afloop

Vooraf	<p>In een gezin was een jaar eerder een jongen geboren, deze overleed na één maand in het ziekenhuis. Op basis van onderzoek was vastgesteld dat het kind was overleden aan de gevolgen van mishandeling. Het Openbaar Ministerie bestempelde de dood van de jongen als een tragisch ongeval en de zaak werd geseponeerd onder de voorwaarde dat de vader zich gedurende twee jaar onder behandeling zou stellen van de reclassering. Die behandeling zou, zo bleek later, in totaal twee gesprekken omvatten.</p>
-3 maanden	<p>Ongeveer een half jaar na het overlijden van de eerste baby was de moeder weer in verwachting. Het AMK werd door de Jeugd- en Zedenpolitie op de hoogte gesteld van de zwangerschap. De melding werd opgevolgd en die dag startte het AMK een onderzoek.</p> <p>Het onderzoek door het AMK bestond hieruit dat bij diverse bronnen informatie ingewonnen werd over het gezin. Het AMK legde contact met de Officier van Justitie, de huisarts en de gynaecoloog.</p> <p>Het AMK besloot dat de baby na de geboorte mee naar huis kon en zette ondersteunende maatregelen in gang, zonder over de risicoanalyse van de vader te beschikken. Het AMK informeerde het consultatiebureau en de kraamzorg niet over de toedracht van het overlijden van de eerste baby.</p>
0	<p>Het tweede kind, een jongen, werd geboren. Het AMK had contact met de gezinsverzorging. De verzorging ging prima, de ouders stonden open voor hulp. De vader gaf aan geen contact te kunnen krijgen met de reclassering. Het AMK probeerde vervolgens zeven keer contact te leggen met de reclassering maar tevergeefs. In vervolg hierop werd de Officier van Justitie geïnformeerd. Deze zou de kwestie opnemen met de reclassering. De reclassering had naar het AMK, het OM en de vader de indruk gewekt een begeleidings- en eventueel behandelingstraject te organiseren voor de vader. De reclassering startte het toezicht niet, omdat een brondocument met de schriftelijke opdracht van de Officier van Justitie ontbrak. De reclassering had het AMK hiervan niet op de hoogte gehouden. Na berichten dat de reclassering geen contact had met de vader, stelde het AMK de eigen taxatie en interventie niet bij.</p> <p>In de twee maanden na de geboorte (maart, april) kwamen de ouders een aantal keren bij de huisarts met diverse klachten bij de jongen, waaronder een bult boven zijn scrotum, ontsteking van het rechter middenoor en een liesbreuk. Een maand later was de moeder bij de huisarts, omdat de baby blauwe billen had. De verklaring was dat hij van de commode afgevallen was.</p>
3 maanden	<p>De particuliere therapeute<sup>256</sup> belde het AMK dat de moeder zou gaan bellen voor hulp. Daarna belde de moeder met het AMK dat de ouders graag hulp willen voor de driftbuien die de vader in het verleden heeft gehad. Na deze melding startte het AMK een onderzoek om na te gaan in hoeverre het kind nog veilig was bij de ouders. Het AMK maakte een afspraak met de ouders voor een huisbezoek een week later. Tijdens het gesprek ontken- den zowel de moeder als de vader dat de vader sinds de geboorte van de baby driftbuien had gehad. Bij dit huisbezoek was geen arts van het AMK aanwezig om het kind te zien. Na het huisbezoek twijfelde het AMK aan de betrouwbaarheid van de ouders. Het AMK legde contact met het consultatiebureau. Het consultatiebureau, dat niet op de hoogte was gesteld van de oorzaak van het overlijden van het eerste kind en de risico's op kindermishandeling in dit gezin, gaf aan geen bijzonderheden te hebben gevonden sinds de geboorte. De medisch maatschappelijk werker van het ziekenhuis en de gespecialiseerde gezinsverzorging<sup>6</sup> gaven aan dat het goed ging in het gezin. De gespecialiseerde gezins- verzorging was wel geïnformeerd door de medisch maatschappelijk werker, maar de medisch maatschappelijk werker was, ondanks overleg met het AMK, van mening dat het tweede kind geen risico liep. Daardoor heeft de gespecialiseerde gezinszorg het gezin niet beschouwd als een hoogrisico gezin. Het AMK schatte na de melding in dat er geen acute noodsituatie was.</p>

4 maanden

Een kleine week later werd de baby met ernstig hersenletsel opgenomen in het ziekenhuis. Dezelfde avond gaf de vader zichzelf aan. Daarna vertelde de moeder dat er de laatste maanden meerdere incidenten waren geweest. Zij had de zorgverlening hiervan niet op de hoogte gebracht, omdat zij bang was dat de baby weggehaald zou worden. Nadat de baby in het ziekenhuis was opgenomen, was er melding gedaan bij het AMK en was hij door de kinderrechter op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming onder toezicht gesteld en uit huis geplaatst. Vastgesteld werd dat het kind werd mishandeld.

### C.3 PROCESFASE 2: ZORG VERLENEN EN BESCHERMEN



In deze procesfase zijn er 9 kinderen overleden nadat het onderzoek was afgerond. Voor één kind was er geen zorg of bescherming aanwezig (C19). Vier kinderen zijn overleden terwijl er een vorm van zorgverlening gericht op het kind in het gezin aanwezig was (C20-C23). En de overige vier kinderen zijn overleden terwijl een beschermende maatregel (C24-C27) getroffen was. Wanneer er sprake was van een beschermende maatregel was er meestal ook sprake van zorgverlening.

#### C19 Een baby van 3 maanden, bijna fatale afloop

0 Een jongen werd geboren. Het was het eerste kind van beide ouders. Rond de geboorte en in de twee eerste maanden verliep alles normaal. Kraamzorg, consultatiebureau en huisarts vonden geen enkele aanleiding tot bijzondere zorg.

2 maanden De baby werd in het ziekenhuis opgenomen. De tongriem bleek te zijn gescheurd of doorsneden en de baby vertoonde blauwe plekken. De behandelende kinderarts meldde dit aan het AMK.

2 maanden Het AMK stelde onmiddellijk dat de baby niet aan de ouders mocht worden meegegeven voordat was vastgesteld dat de veiligheid van de baby was gewaarborgd. Een dag later besprak de kinderarts van het ziekenhuis zijn vermoeden met de ouders.

Het AMK nam contact op met de huisarts van het gezin. De huisarts was verrast, maar gaf wel aan dat er in dit gezin sprake was van enkele risicofactoren.

De dag hierna volgde een gesprek van de maatschappelijk werker van het AMK en de ouders. In dit gesprek gaven ouders aan dat zij een second opinion wilden. Hiermee werd ingestemd. De baby werd overgebracht naar het academisch ziekenhuis. In dit ziekenhuis werd de diagnose van de behandelend kinderarts bevestigd.

Het AMK startte een volledig onderzoek op. Tijdens dit onderzoek door het AMK werd de baby uit het ziekenhuis ontslagen en aan de ouders toevertrouwd.

De resultaten van het onderzoek van het AMK kwamen binnen twee weken beschikbaar. Uit het onderzoek bleek dat niet kon worden aangetoond dat de ouders het letsel opzettelijk hadden toegebracht. In het rapport werd gesuggereerd dat het letsel was toegebracht door een scherpe nagel van de moeder.

255 Begeleidde de ouders bij de rouwverwerking.  
256 Ingezet door thuiszorg.

3 maanden

De ouders werden ten slotte geadviseerd om een cursus 'Opvoeden zo' te volgen. Daarmee werd het dossier gesloten. Twee weken later werd de baby opgenomen in het ziekenhuis met ernstig hersenletsel en enkele andere uitwendige letsels zoals puntvormige bloedingen en bloeduitstortingen. De baby werd al snel overgebracht naar het academisch neurochirurgisch centrum. De baby raakte in coma waaruit hij niet meer zou ontwaken. De vader gaf aan dat het kind uit zijn handen gevallen was. Vastgesteld werd dat dit niet waarschijnlijk was, aangezien de baby de klassieke symptomen vertoonde van het 'Shaken Baby Syndroom'. Er volgde een melding aan het AMK, de Raad voor de Kinderbescherming en ten slotte de politie. Uiteindelijk bekende de vader de baby te hebben mishandeld.

### *C20 Meisje van twaalf jaar, fatale afloop*

4-6 jaar

Het consultatiebureau (jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar) droeg het dossier van dit kind op 4-jarige leeftijd over aan de jeugdgezondheidszorg voor 4-12 jarigen (GGD). In het dossier stonden enkele notities, die de JGZ ten onrechte niet alarmeerden.

De politie was op de hoogte van een gezinssituatie waarbij regelmatig sprake was van huiselijk geweld. De vader en de stiefmoeder scheidden. De vader werd begeleid door de GGZ en kreeg medicatie.

Op 6-jarige leeftijd kreeg de JGZ signalen van school dat er problemen waren en dat mogelijk RIAGG en daghulp aangewezen zouden zijn; dit leidde niet tot actie. De vader benaderde de huisarts één maand later over de gedragsproblemen van het meisje en de huisarts verwees het meisje naar de RIAGG.

6- 8 jaar

In de twee jaar die volgden, begeleidde de RIAGG het meisje en plaatste haar tijdelijk in een instelling voor crisisopvang. De crisisopvang maakte een risicotaxatie of het voor het meisje thuis veilig was en adviseerde de RIAGG hierover. Aan het eind van de tijdelijke plaatsing vond de RIAGG dat een residentiële plaatsing na afloop van de crisisplaatsing de beste zorg was, een alternatief was intensieve gezinsbegeleiding. De vader wilde beide niet. Uiteindelijk werd een compromis gesloten en ging het meisje bij haar stiefmoeder wonen.

Alle gezinsleden hadden hulpverleners. Voor het meisje waren er naast de RIAGG de jeugdzorg en de verschillende elkaar opvolgende scholen en Bureau Leerplicht. Niemand had de problemen en risicofactoren volledig in beeld.

Het meisje had te maken met vier elkaar opvolgende huisartsen. Twee van de vier huisartsen hadden onvoldoende informatie over de gezinssituatie en de risico's die daarmee samenhangen, omdat ze geen uitgebreide intake hadden gedaan of een risicotaxatie hadden gemaakt.

Ook de scholen en Bureau Leerplicht hadden geen volledig overzicht over de omstandigheden waarin het meisje leefde en zij maakten geen expliciete risico-inschattingen.

Informatie van de hulpverleners die bij de verschillende gezinsleden betrokken waren, werd door geen van de betrokkenen gebundeld tot een brede risicotaxatie.

De Jeugdgezondheidszorg had geen informatie opgevraagd bij of uitgewisseld met andere hulpverleners.

Tussen de instellingen binnen de jeugdzorg onderling werd goed gecommuniceerd, maar de informatie-uitwisseling tussen de jeugdzorg en de hulpverlening buiten de jeugdzorg was beperkt.

Bij het begin van de hulpverlening door de jeugdzorg was er éénmalig contact tussen het Bureau Jeugdzorg en de hulpverlener van de vader, met de school van het meisje en met de RIAGG. Daarna is er geen informatie meer uitgewisseld met deze partijen.

9 jaar	<p>De politie signaleerde dat er sprake was van huiselijk geweld tussen de vader en de stiefmoeder en het meisje werd 's nachts alleen gelaten. De politie belde daarop met de Raad voor de Kinderbescherming, die het doormeldde aan het AMK. De melding werd de volgende dag beoordeeld en er werd besloten dat nader onderzoek door het AMK nodig was. Er werd een risico-inschatting gemaakt en de zaak werd als prioriteit 'midden' beoordeeld.</p> <p>Daarna kreeg de politie een melding over het meisje. Zij wilde niet meer naar huis en gaf aan regelmatig mishandeld te worden. Op basis van deze informatie nam de politie contact op met de Raad voor de Kinderbescherming.</p> <p>De Raad verwees de politie naar het AMK, die doorverwees naar het crisisinterventieteam van Bureau Jeugdzorg. De politie nam contact met het crisisinterventieteam (CIT). Het CIT ontving na de melding van de politie informatie van het AMK. Het AMK en CIT stemden af. Het CIT pakte de melding direct op en had diezelfde dag een gesprek met het meisje en het familielid van de stiefmoeder, waar zij verbleef. Het meisje gaf aan dat haar vader haar mishandelde. De vader gaf aan dat hij in onmacht soms sloeg. Er zijn hierna geen signalen van mishandeling meer geweest. Het crisisinterventieteam maakte een risicotaxatie en woog af welke zorg nodig was.</p>
10-12 jaar	<p>BJZ plaatste het meisje in de crisisopvang. Kort na de crisisopname ontving het CIT schriftelijk informatie van de RIAGG. Na de crisisopname werd besloten haar weer terug te laten keren naar de vader. Dit nadat de vader geweigerd had om mee te werken aan de overplaatsing van zijn dochter naar een (tijdelijke) vervolggroep totdat een daghulp voor haar was geregeld.</p> <p>De vader stond open voor opvoedingsondersteuning. Hij kreeg deze opvoedingsondersteuning van de ambulante pedagogische gezinsbegeleiding (APG).</p> <p>In de maanden voorafgaand aan de dood van het meisje was de vader op voorschrift van zijn nieuwe psychiater gaandeweg op andere medicatie overgestapt. Ongeveer een maand voor de fatale gebeurtenis vertelde hij aan zijn begeleider dat hij de oude medicatie miste en dat hij zich sneller geïrriteerd voelde, vooral jegens zijn dochter. De GGZ heeft geen aanleiding gezien om dit te melden bij het AMK.</p> <p>Aan het begin van de zomer meldde de vader zijn dochter ziek op school. De school nam toen contact op met de vader en maakte daar melding van bij BJZ (de casemanager) en de leerplichtambtenaar. BJZ stuurde de ambulant pedagogisch gezinsbegeleider bij het gezin langs om te kijken wat er aan de hand was. Deze was meerdere keren aan de deur en had ingesproken, maar kreeg geen respons. Aan het einde van de zomer was duidelijk dat de vader zonder zijn dochter terug was van zijn verblijf in het buitenland.</p> <p>In de herfst werd het verminkte lichaam van het overleden meisje geïdentificeerd. Zij was overleden op 12-jarige leeftijd. Vastgesteld werd dat zij door mishandeling was omgekomen.</p>

*C21 Een meisje van 7 jaar, fatale afloop*

0	Geboorte kind.
6 jaar en 11 maanden	De moeder van het meisje meldde zich, in gezelschap van haar ex-man, haar broer en haar moeder - hierna de noemen de grootmoeder - bij de GGZ na door haar huisarts doorverwezen te zijn.

De grootmoeder gaf bij dit bezoek aan dat de kans op suïcide bestond en ook de kans op het meenemen van het meisje daarbij. Er werd besloten dat de moeder een week moest worden opgenomen op de Psychiatrische Afdeling van het Algemeene Ziekenhuis. Dit was een gesloten afdeling waar men gedwongen of vrijwillig verbleef. Het risico op suïcide van de moeder werd ingeschat als licht tot matig verhoogd. Voor de moeder werd gekozen voor een 'vrijwillig' verblijf. Voor het geval de moeder de afdeling eerder wilde verlaten werd een 24-uursgarantie voor een in bewaring stelling (IBS) door de Crisisdienst afgesproken. Bovendien werd afgesproken dat gedurende het verblijf in de kliniek de dochter verzorgd moest worden door de vader (de ex-partner van de moeder), de grootmoeder en de broer van de moeder. Het kind moest door de GGZ aangemeld worden bij Bureau Jeugdzorg.

Een dag later belde de GGZ met Bureau Jeugdzorg om het kind aan te melden. Hierbij werd informatie doorgegeven over de gezinssituatie. Aangegeven werd dat de vader nu in het huis van de moeder verbleef om het kind te verzorgen. De GGZ merkte de situatie rond het kind niet als crisis aan. Op dezelfde dag, de tweede dag van het verblijf van de moeder in de kliniek, gaf de moeder aan zo snel mogelijk naar huis te willen. De moeder had zonder medicatie geslapen en maakte een heldere adequate indruk. In eerste instantie werd voor drie dagen later een afspraak gemaakt met de GGZ om na te gaan of de moeder naar huis kon. Later werd besloten om de moeder al de volgende dag te ontslaan.

De dag erna belde de moeder met Bureau Jeugdzorg en vroeg of de afspraak, gemaakt door haar ex-man voor haar kind, verplaatst kon worden naar een eerdere datum. De moeder zei dat het helemaal niet goed ging met haar kind. De moeder vond het niet noodzakelijk dat het kind uit huis werd geplaatst.

Weer twee dagen later ging de al gemaakte afspraak bij de GGZ, gepland twee dagen na het ontslag uit de kliniek, aanvankelijk bedoeld om na te gaan of de moeder uit de kliniek ontslagen kon worden, gewoon door. Op de afspraak verschenen de moeder, de ex-partner van de moeder en de grootmoeder. In dit gesprek maakte de moeder een veel betere indruk. De acute problemen leken voorbij. Afgesproken werd dat de familie een oogje in het zeil moest houden en kon bellen indien dat nodig was. Afgesproken werd bovendien op korte termijn opnieuw te overleggen. Op dezelfde dag als waarop de bespreking met GGZ plaatsvond, belde de moeder de afspraak met Bureau Jeugdzorg voor haar kind af. In de bespreking met de GGZ had de moeder al aangegeven dat dit haar wens was. De GGZ vond dat geen goed idee. De afspraak was gemaakt door haar ex-man. De ex-man had in dat weekend zijn korte verblijf in de voormalige echtelijke woning beëindigd omdat hij moest werken. De vader woonde en werkte elders. De medewerker van Bureau Jeugdzorg probeerde telefonisch de moeder te bereiken over de door haar afgezegde afspraak. De medewerker vroeg de moeder de reden van de afzegging. De moeder gaf aan geen hulp van Bureau Jeugdzorg meer nodig te hebben. Gevraagd werd vervolgens of de ex-man, de vader van het kind, het eens was met de afzegging. De moeder bevestigde dat. Direct na dat telefoongesprek stelde de medewerker zich op de hoogte van de toestand van de moeder bij de GGZ. Hiervoor was, volgens het oordeel van de medewerker, toestemming vereist van de moeder. Deze toestemming werd verkregen. De informatie van de GGZ over de toestand van de moeder was redelijk positief en bevatte niets veront-rustends. Afgesproken werd dat de GGZ en het Bureau Jeugdzorg elkaar zouden informeren met betrekking tot ontwikkelingen in deze zaak. Laat in de middag werd de moeder telefonisch door de medewerker van het Bureau Jeugdzorg van deze afspraak op de hoogte gebracht. De moeder maakte in dat gesprek een normale indruk.

6 jaar en  
11 maanden

De moeder bracht op een dag haar kind om het leven waarschijnlijk in aanwezigheid van haar (ex)partner (niet de vader van het kind). Een dag later werden de moeder en de (ex)partner aangehouden. Zij hadden beide twee pogingen ondernomen om zelfmoord te plegen.

## C22 Een jongetje van 13 maanden, fatale afloop

0	Een jongetje werd geboren.
5 weken	<p>Het consultatiebureau stelde een (te) grote schedelomtrek vast bij het jongetje. De moeder overleed.</p> <p>Het consultatiebureau stelde vast dat de schedelomvang verder was toegenomen en verzocht de vader met zijn baby de volgende dag naar het consultatiebureau te komen. Het consultatiebureau verzocht de vader de huisarts te bezoeken. De huisarts verwees naar de kinderarts.</p> <p>Een dag later belde de vader het alarmnummer. De baby had ademhalingsproblemen en spuugde. Nadat de baby was gereanimeerd, werd hij in het regionale ziekenhuis opgenomen. Dezelfde dag nog onderzocht de technische recherche van de politie de woning van de vader om na te gaan of een indringer zich toegang tot de woning had verschaft. Hiervoor werden geen aanwijzingen gevonden.</p> <p>De radioloog in het ziekenhuis stelde de volgende dag vast dat de baby gebroken ribben had. Kort daarop werd de baby overgebracht naar het academisch ziekenhuis. Hier werd vastgesteld dat de baby waarschijnlijk een ernstig blijvend hersenletsel had opgelopen ten gevolge van het 'Shaken Baby Syndroom'. Het kind was blijvend gehandicapt. In het academische ziekenhuis werden geen ribfracturen vastgesteld. De baby werd teruggebracht naar het regionale ziekenhuis.</p> <p>De baby ging terug met de vader naar huis.</p>
+/- 4 maanden	<p>Een kinderarts stelde twee maanden later bij de baby een heupafwijking vast. Herstel ver-eiste een maandenlange behandeling met gips en spalken. Bij het aanbrengen hiervan werden blauwe plekken vastgesteld. In de benen werden geen botbreuken waargenomen. De kinderarts gaf de vader na een week te kennen dat hij het AMK op de hoogte zou brengen van kindermishandeling. De formele melding volgde enkele dagen later.</p> <p>Het AMK deed aangifte bij de politie. De politie won binnen enkele dagen informatie in bij het ziekenhuis. Het AMK bracht enkele dagen later de Raad voor de Kinderbescherming op de hoogte en deze startte een onderzoek. Het jongetje mocht voordat het onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming was afgerond mee terug met de vader naar huis.</p>
7 maanden	<p>Het onderzoek door de Raad resulteerde een maand later in een zorg/hulpverlening advies. Er werd geen ondertoezichtstelling aangevraagd bij de kinderechter. Wel werd hulpverlening geregeld in een orthopedagogisch kinderdagverblijf en werd de vader ondersteund door MEE.</p> <p>De leidinggevende van dit kinderdagverblijf belde de vader regelmatig over de blauwe plekken die het kind vertoonde. De vader gaf hiervoor steeds verklaringen.</p>
13 maanden	<p>De vader bracht de baby naar de spoedeisende hulp, omdat hij spuugde en suf was. Het kind werd opgenomen. Een CT-scan liet zien dat de beide scheenbenen en een kuitbeen van het kind gebroken waren. Bovendien waren nog oude botbreuken zichtbaar. Het AMK werd op de hoogte gebracht. Het AMK lichtte de Raad voor de Kinderbescherming in.</p>

## C23 Baby van vier weken, fatale afloop

Vooraf	<p>Het Bureau Jeugdzorg was belast met het uitvoeren van de ondertoezichtstelling voor het eerste kind van de ouders. Dit kind was uithuis geplaatst. De ouders waren op dat moment zwervend, gebruikten drugs en hadden financiële problemen.</p> <p>De moeder bleek opnieuw zwanger. De gezinsvoogd stelde voorwaarden waaraan de ouders moesten voldoen willen zij zelf voor het kind mogen zorgen. De ouders werden begeleid door een medewerker van het Leger des Heils.</p>
--------	---



Voor de geboorte	Het ziekenhuis waar de moeder onder controle was voor haar zwangerschap, meldde bij het AMK vanwege de belaste voorgeschiedenis van de moeder. Het AMK overlegde hierop met de gezinsvoogd die toezag op het andere kind. De gezinsvoogd meldde dat er hulpverlening was ingezet: de medewerker van het Leger des Heils ging tweemaal per week op huisbezoek, de vader volgde een agressieregulatietraining en de moeder een sociale vaardigheidstraining. Het AMK droeg de melding over aan de gezinsvoogd.
0	Bij de geboorte checkte het AMK bij de gezinsvoogd of de baby mee mocht met de ouders. De gezinsvoogd was akkoord en het AMK meldde dit aan het ziekenhuis. De baby stond op dat moment niet onder toezicht, de gezinsvoogd was formeel alleen aangesteld voor het eerdere kind van de ouders.
4 weken	Dezelfde dag van het meegeven van de baby aan de ouders, voelde de vader zich belaagd en ging hij met messen de straat op. Naar aanleiding van dit incident was de medewerker van het Leger des Heils - die op de hoogte was van dit incident, maar dit niet doorgaf - meegegaan met de vader naar zijn therapie-afspraken. In de daaraan voorafgaande week werd de afspraak met de ingezette preventiewerker afgezegd. Op een bezoek aan haar oudere kind, kwam de moeder ondanks de afspraak alleen. De baby zou verkouden zijn. De ouders verklaarden later dat zij letsel bij het kind hadden waargenomen. Op de dag van de afspraak met het Bureau Jeugdzorg had de baby een plek bij haar oog en wilde de moeder niet dat de medewerker van Jeugdzorg deze plek zou zien. De vader gaf achteraf toe dat hij op de ochtend van de afspraak de baby diverse keren had geslagen. In de middag constateerde de moeder dat de lichaamstemperatuur van de baby daalde naar 34 graden. De ouders probeerden de baby te reanimeren maar besteedden verder geen aandacht aan de stervende baby. De volgende ochtend belde de moeder de ambulancepost. De politie en ambulance troffen de baby dood aan. Uit de sectie bleek dat het kind eerder was overleden. In de week voor het overlijden en kort voor het overlijden waren er minstens twee trauma incidenten geweest.

#### *C24 Een kind van bijna 4 jaar, fatale afloop*

-10 jaar en -1 jaar	Twee eerdere kinderen van de moeder werden uit huis geplaatst.
0	Er werd een meisje geboren.
9-11 maanden	Er werd hulpverlening opgestart voor het gezin ten behoeve van het meisje, omdat de opvoedingslast erg groot was voor de moeder. Deze voorziening maakte melding bij het AMK. Het ging om ondervoeding en verwaarlozing, vermoedens van mishandeling, ontbrekende pedagogische vaardigheden en het niet willen aannemen van aanwijzingen met betrekking tot de verzorging en opvoeding van het meisje.
11 maanden	Het meisje werd door de kinderrechter op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming uit huis geplaatst in een crisisopvang en voorlopig onder toezicht geplaatst van een Bureau Jeugdzorg. Het Bureau Jeugdzorg stelde een hulpverleningsplan op. Daarin werden voorwaarden geformuleerd waaraan moest worden voldaan voordat het meisje kon worden thuisgeplaatst. De hulpverlening tijdens de uithuisplaatsing bestond uit begeleiding van de moeder bij bezoeken aan het meisje; GGZ-hulpverlening aan de moeder en hulp in huis. Tijdens de uithuisplaatsing verhuisde de moeder naar een andere regio. Die verhuizing had niet tot gevolg dat overdracht naar het BJZ voor die regio plaatsvond.
1 jaar, 3 maanden	In het kader van de ondertoezichtstelling werd gerapporteerd aan de kinderrechter. De einddatum voor de uithuisplaatsing werd vastgesteld. In de beschikking van BJZ stond in algemene zin vermeld dat aan de voorwaarden voor de thuisplaatsing was voldaan door de moeder. De beslissing om het meisje terug te plaatsen werd niet door Bureau Jeugdzorg aan de Raad voor de Kinderbescherming gemeld.
1 jaar, 5 maanden	De uithuisplaatsing eindigde, het meisje bleef wel onder toezicht. De gezinsvoogd ging enkele malen op huisbezoek. De GGZ-hulpverlening en de hulp in huis bleven gehandhaafd. Deze twee ingezette instanties verschilden van mening over de situatie. Toen het meisje 1 jaar en acht maanden oud was, werd de gezinsvoogd ziek.

1 jaar, 10 maanden	Een nieuwe gezinsvoogd startte haar werkzaamheden in het kader van de ondertoezichtstelling van het meisje. De nieuwe gezinsvoogd kreeg direct te maken met zorgen van ingezette hulpverleningsinstanties over het meisje. Het betrof zorgen omtrent de voeding van het meisje, de houding van de moeder naar het meisje, straffen door de moeder en het feit dat de moeder geen aanwijzingen van derden kon accepteren. De hulpverleners drongen bij BJZ aan op plaatsing van het meisje in een Medisch Kinderdagverblijf (MKD). Dit gebeurde niet.
1 jaar, 11 maanden	Het AMK belde het BJZ dat er een melding was, de gezinsvoogd was toen niet bereikbaar. Twee weken later belde de gezinsvoogd het AMK. Er was gemeld dat er veel geschreeuw werd gehoord, maar dat het meisje nooit gezien werd. De melding werd in het gemeenschappelijk overleg op diezelfde dag besproken en er vond een huisbezoek plaats. De gezinsvoogd constateerde dat het contact tussen de moeder en het kind goed was. Bij een jaarevaluatie werden de voorwaarden voor thuisplaatsing geëvalueerd. Aan deze voorwaarden werd niet volledig voldaan. Hieraan werden geen (zichtbare) consequenties verbonden.
2 jaar	Moeder wilde geen begeleiding meer door de GGZ-instelling. Het consultatiebureau nam voor het eerst contact op met BJZ. Het consultatiebureau had al langer zorgen, maar wist nog niet dat er een ondertoezichtstelling was. Er vonden in een periode van zes maanden drie huisbezoeken plaats door de gezinsvoogd en er werd een gemeenschappelijk overleg bij de moeder thuis gehouden. In juni was er sprake van een onrustige thuissituatie.
2 jaar, 6 maanden	Toen het meisje 2,5 jaar was, veranderde de gezinssituatie. De moeder had een nieuwe relatie en was zwanger. De hulp in huis werd afgebouwd. De zorgen waren nog aanwezig: het consultatiebureau had geconstateerd dat het meisje onvoldoende was gegroeid, moeder problemen bagatelliseerde en geen noodzaak tot hulp zag. Conclusie in een halfjaar-rapportage van het BJZ was dat toezicht noodzakelijk bleef. Het consultatiebureau stelde in deze periode vast dat het kind een taalachterstand had en adviseerde een plaatsing in een kinderdagverblijf. De moeder wilde dit niet. Het consultatiebureau en ook de gezinsvoogd namen blauwe plekken waar bij het meisje. De moeder zei dat de blauwe plekken kwamen door uitglijden en vallen. Het consultatiebureau was van mening dat de blauwe plekken het gevolg waren van kindermishandeling. De huisarts gaf een verwijzing voor onderzoek naar de taalontwikkeling en naar het vallen.
3 jaar, 2 maanden	De zus van het meisje werd geboren, direct daarna kwamen meerdere meldingen binnen bij het AMK. Volgens deze meldingen ging de moeder vreemd om met de nieuwe baby, maar vooral werd gemeld dat het oudere kind slecht werd behandeld. De meldingen over het pasgeboren kind waren te summier om direct door te geleiden naar de Raad voor de Kinderbescherming. <sup>258</sup> Gedurende de tijd dat de melders met de moeder contact hadden, wisten zij niet dat er een gezinsvoogd was voor het oudste kind.  Het consultatiebureau kreeg in de tijd van de melding ernstige signalen van verschillende, bij de moeder betrokken professionals en van iemand die de moeder privé kende. In verband daarmee belde het consultatiebureau het BJZ en gaf aan dat de kinderen moesten worden weggehaald. Er werd afgesproken samen onaangekondigd op huisbezoek te gaan.  Het AMK onderzocht de melding met betrekking tot de nieuwe baby en ging op huisbezoek. BJZ vroeg het AMK meerdere keren de zaak door te verwijzen naar de Raad voor de Kinderbescherming, omdat BJZ vond dat er voor de baby een ondertoezichtstelling moest komen. Het AMK kwam tot de conclusie dat een melding aan de Raad voor de Kinderbescherming met als doel een ondertoezichtstelling nog niet mogelijk was, omdat de situatie van de baby nog onvoldoende ernstig was. Het AMK onderzocht de melding over het oudere meisje niet, omdat dat al onder toezicht was gesteld.

Voor het oudste kind ging de gezinsvoogd onaangekondigd op huisbezoek samen met het consultatiebureau. De gezinsvoogd besloot dat de situatie niet ernstig genoeg was om het meisje uit huis te plaatsen. Zij maakte afspraken met de moeder dat deze onmiddellijk behandeling moest regelen voor haar problematiek en dat zij weer hulpverleners in huis toe moest laten. Het consultatiebureau liet weten hierin geen vertrouwen te hebben en grote zorgen te hebben over de veiligheid van het meisje.

De gezinsvoogd ging eens per twee weken op huisbezoek tot de extra hulpverlening begon. In totaal waren er vijf zorgvoorzieningen betrokken bij de hulp aan dit gezin.

- De GGZ startte met een kort kennismakingsgesprek. Hierna volgden nog twee huisbezoeken met een tussenpoos van ongeveer een maand.
- Voorziening 1 kwam voor de baby bij de moeder thuis. Deze was (vanaf 3 maanden voor het overlijden van het meisje) in totaal vier maal op huisbezoek geweest. Tussen de moeder en haar baby verliep het contact goed, het geven van aanwijzingen verliep moeizaam. De moeder liet weten dat zij niet wilde dat deze voorziening het meisje zag, omdat er al zoveel hulpverleners over de vloer kwamen.
- Voorziening 2 kwam voor de moeder en legde twee huisbezoeken af van drie uur.
- Het consultatiebureau. De moeder liet BJJ weten dat zij niet meer met het meisje naar het consultatiebureau wilde en ging ook niet meer.
- De gezinsvoogd van het Bureau Jeugdzorg.

3 jaar, 7 maanden

Het meisje overleed. Vastgesteld werd dat zij was overleden aan mishandeling.

#### *C25 Een jongen van 5 jaar, fatale afloop*

jaar

Een jongen van gescheiden ouders werd opgevoed door de moeder die een psychische stoornis had. De moeder werd voor haar stoornis begeleid door een GGZ-instelling.

3 jaar

De behandelaars van de moeder verzochten BJJ om opvang voor de jongen te regelen gedurende een behandeling van de moeder. De moeder was het niet eens met deze keuze en bracht haar zoon onder bij zijn vader en vroeg zelf elders hulp. De behandelaar van de moeder deed vervolgens een melding bij het AMK. Het AMK verwees door naar de Raad voor de Kinderbescherming. Uiteindelijk stemde de behandelaar van de moeder in met de opvang van de jongen door de vader en de extra hulp aan de moeder. Het AMK checkte tweemaal of de geboden hulp voldeed en sloot het dossier.

4 jaar

In het jaar daarna had de moeder twee keer contact met BJJ met het verzoek opvang te zoeken voor de zoon in verband met een vrijwillige opname van zichzelf. De behandelaar van de moeder had een gastgezin waar de jongen kon worden opgevangen. Hulp vanuit BJJ was niet nodig. Na een kortdurende behandeling van de moeder kwam de jongen weer thuis wonen.

4 - 5 jaar

De moeder nam weer contact op met BJJ met hetzelfde verzoek. BJJ nam contact op met de behandelaar van de moeder en hoorde dat de hulpverlening aan de moeder en haar zoon voldoende was. Niet veel later nam de moeder in verwarde toestand contact op met BJJ. Zij had suïcidale neigingen en dreigde de zoon te doden, daarnaast was ze bang voor uithuisplaatsing. Samen met de moeder vond BJJ een oplossing voor de gerezen problemen waarbij de jongen tijdens de (intramurale) behandeling van de moeder in een pleeggezin werd geplaatst.

257 De eerste melders gaven aan een uitgebreide melding te hebben gedaan en zijn uit hoofde van hun beroep veel in het gezin geweest. Toen ze later de melding bij het AMK mochten teruglezen, waren er enkele regels genoteerd.

5 jaar

Een dag later bleek dat de moeder zich niet had gemeld voor de behandeling. BJZ overlegde vervolgens met een jeugdzorgaanbieder en de Raad voor de Kinderbescherming over een voorlopige ondertoezichtstelling. Er werd besloten geen verzoek tot voorlopige ondertoezichtstelling te doen, maar wel met spoed een onderzoek te starten naar ondertoezichtstelling. De moeder mocht onder voorwaarden de zoon mee naar huis nemen, maar hield zich niet aan de gestelde voorwaarden. BJZ en de jeugdzorgaanbieder verzochten de Raad de Kinderrechter een voorlopige ondertoezichtstelling met machtiging uithuisplaatsing te vragen. De kinderrechter sprak deze voor drie maanden uit. De moeder raakte in een crisis en de jongen ging naar een geheim opvanggezin van een andere jeugdzorgaanbieder.

Ongeveer een week later werd de jongen na een bezwaar van de moeder overgeplaatst naar het gastgezin van de behandelaar van de moeder, dit gezin werd nu officieel pleeggezin.

Op basis van een uitspraak van de kinderrechter mocht de moeder een maand later haar zoon regelmatig een dag mee naar huis nemen. Al snel werd de jongen niet teruggebracht naar het pleeggezin. De moeder had haar zoon (begeleid door een familielid) op het vliegtuig naar het buitenland gezet. De moeder kreeg spijt van de actie en bracht de zoon een paar dagen later terug naar het pleeggezin. Nadat de moeder de politie had gebeld om hulp, werd ze weer opgenomen voor behandeling. De moeder mocht haar zoon nu niet meer meenemen, maar wel in het pleeggezin bezoeken.

In de tussentijd werd een ondertoezichtstelling uitgesproken voor negen maanden met een uithuisplaatsing voor anderhalve maand. De kinderrechter stelde vast dat moest worden toegewerkt naar thuisplaatsing van de jongen. Omdat het pleeggezin na een maand stopte met de opvang (omdat het te zwaar was) moest naar die datum worden toegewerkt. Het pleeggezin bleef wel beschikbaar als gastgezin voor één weekend per 14 dagen en tijdens eventuele opnames van de moeder.

De moeder ging weer naar huis met ondersteuning van de GGZ. Kort daarna mocht de jongen weer thuis wonen, om de twee weken ging hij een weekend naar het gastgezin en een weekend per maand naar zijn vader.

De moeder kwam tijdens een behandeling waarbij de jongen bij het pleeggezin verbleef, ernstig verward bij het pleeggezin. De pleegmoeder belde het BJZ. Na overleg met de behandelaar van de moeder besloot BJZ de jongen op te nemen in crisisopvang. Via de kinderrechter werd een spoedmachtiging voor uithuisplaatsing gevraagd (voor 1 maand).

Een maand later verzocht BJZ om een nieuwe machtiging tot uithuisplaatsing bij een perspectief biedend pleeggezin, omdat zowel de gezinsvoogd als de behandelaar van de moeder vonden dat de ontwikkeling van de jongen mogelijk in gevaar kwam door de wisselende verblijfplaatsen. De behandelaar van de moeder gaf daarbij wel aan dat de moeder met toenemend suïcidaal gedrag zou reageren als zij niet meer zelf voor haar kind zou mogen zorgen. De kinderrechter bepaalde dat wel een uithuisplaatsing werd afgegeven, maar niet bij een perspectief biedend pleeggezin. De rechter achtte het van groot belang dat er goed contact zou blijven tussen de ouders en het kind. Er moest worden toegewerkt naar een uitgebreidere bezoeksregeling en terugplaatsing van de jongen bij zijn moeder. De moeder startte een intensievere behandeling voor haar klachten. Er vond overleg plaats tussen de behandelaars van de moeder, het pleeggezin en BJZ over de bezoeksregeling. In de weekenden mocht de moeder haar zoon mee naar huis nemen, ook de vader zag zijn zoon af en toe. Na evaluatie met het pleeggezin werd de bezoeksregeling door BJZ aangepast (de jongen gaat niet meer elke week het gehele weekend naar de moeder, omdat dit voor hem te vermoeiend zou zijn). Tussen de behandelaars van de moeder en de gezinsvoogd werd afgesproken in te grijpen wanneer bezoek van de jongen aan de moeder niet meer verantwoord was.

5 jaar en 6 maanden	<p>De moeder belde de gezinsvoogd met de mededeling dat er op korte termijn een evaluatiegesprek over haar behandeling plaats zou vinden. Zij gaf aan dat ze zelf weer voor haar zoon wilde zorgen. De behandelaars van de moeder gaven aan dat de behandeling nog niet was afgerond. De gezinsvoogd besprak met de moeder dat zij nog niet zelf voor haar zoon mocht zorgen.</p> <p>Na een bezoekweekend van de jongen aan zijn moeder, nam de pleegmoeder contact op met de gezinsvoogd en met de behandelaar van de moeder. Volgens de pleegmoeder had de moeder suïcidale neigingen en wilde niet meer behandeld worden. De bezoeksregeling werd niet aangepast. Een week later gaf de pleegmoeder aan dat het lastig was dat de moeder veelvuldig telefonisch contact met haar opnam. De gezinsvoogd sprak de moeder hierop aan. De moeder gaf aan haar gedrag aan te passen en vroeg of dit consequenties zou hebben voor de bezoeksregeling. De gezinsvoogd vertelde dat de huidige bezoeksregeling gehandhaafd zou blijven. De moeder zei dit niet te vertrouwen.</p> <p>Een paar dagen daarna haalde de moeder de zoon op voor een bezoekweekend. Een dag later meldde de moeder zich in verwarde toestand bij de politie met de boodschap dat zij haar zoon had omgebracht. De jongen was op het moment van overlijden vijf en een half jaar oud.</p>
---------------------	---

*C26 Een meisje van 1,5 jaar mishandeld, (bijna) fatale afloop*

0	Er werd een meisje geboren.
2-6 maanden	Bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau werd het dochtertje lichamelijk nagekeken en waren er geen bijzonderheden. Ook bij de maandelijkse controles hierna werden geen bijzonderheden aangetroffen. Wel had het dochtertje in de genoemde periode een keer of drie achter elkaar een rode stip in haar oog.
6 maanden	De moeder was met de dochter in een café toen het meisje plotseling slap werd in haar armen en voorover klapte. Omdat de dochter nog ademde, ondernam de moeder geen actie. De moeder dacht dat haar dochter in een diepe slaap was gevallen.
6 maanden en 1 week	De vader was 's avonds alleen thuis met zijn dochter en hij gaf haar de fles. Tijdens of na het voeden werd het dochtertje onwel. De vader ging met haar naar het ziekenhuis waar hij zei dat hij bij het instappen in de auto het hoofd van zijn dochter tegen het autoportier had gestoten. Een ambulancechauffeur zag een blauwe plek op haar hoofdje, en vond het gek dat die blauwe plek al zo snel zichtbaar was, gezien het feit dat het kind pas net haar hoofd zou hebben gestoten. De kinderarts constateerde een ademstilstand: het gevolg van een hersenbeschadiging. De kinderarts vond het verhaal van de vader onduidelijk. Het dochtertje raakte meervoudig gehandicapt. Er was behoefte aan Intensive Care en het meisje werd een dag later overgeplaatst naar een academisch kinderziekenhuis.
6 maanden en 1 week	De kinderarts deed op deze dag een melding bij het AMK. Het AMK schakelde direct de Raad voor de Kinderbescherming in.
6 maanden en 1 week	Op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming werd op deze dag een voorlopige ondertoezichtstelling met een uithuisplaatsing van het dochtertje voor drie maanden uitgesproken.
9 maanden	Het Bureau Jeugdzorg vroeg na deze drie maanden verlenging van de uithuisplaatsing aan. Tijdens de rechtszaak voerden de ouders aan dat de hersenbeschadiging het gevolg was van een vaccinatie. De kinderrechtter wees het verzoek tot verlenging af en oordeelde dat het in het belang van het dochtertje, haar herstel, was om terug naar huis te gaan. Wel bleef ze voor de duur van een jaar ondertoezicht gesteld.

1 jaar en 2 maanden	De William Schrikker Stichting nam de gezinsvoogdij over van Bureau Jeugdzorg. De gezinsvoogd ging tweemaal op huisbezoek. De gezinsvoogd gaf aan dat ze nogmaals langs zou komen en dat deze bezoeken ook onverwachts zouden kunnen zijn.
1,5 jaar	De moeder ontdekte blauwe plekken bij haar dochter van anderhalf, nadat de dochter alleen met haar vader was geweest. De moeder ging met haar naar de eerste hulp. De vader verklaarde dat er een ongeluk was gebeurd bij het föhnen van het haar van zijn dochter. Er was een plank met de daarop staande spullen bovenop haar terechtgekomen, waardoor het letstel was ontstaan. Het meisje werd doorverwezen naar het ziekenhuis. Daar vond een gesprek plaats tussen de gezinsvoogd, de moeder en de maatschappelijk werker van het ziekenhuis. Tijdens het gesprek werd besloten dat de moeder aangifte tegen de vader zou doen. De vader werd aangehouden en voorgeleid. Een maand later werd het dochttertje in relatief goede conditie ontslagen. Het ziekenhuis bleef haar poliklinisch volgen.

### C27 Een jongetje van 3 jaar, fatale afloop

0	<p>Er werd een jongetje geboren. Hij was het eerste kind van de ouders.</p> <p>Er waren vier consulten bij het consultatiebureau. De eerste drie keer werden geen bijzonderheden geconstateerd. De laatste keer werd een buitengewone gewichtstoename vastgesteld. De ouders bleken hun zoontje te veel voeding te geven. De ouders gaven als reden dat het kind stil was zodra het voeding kreeg. Buiten het consultatiebureau en de huisarts waren er geen instanties betrokken bij het gezin.</p>
5 maanden	De moeder vertrok vroeg naar haar werk. De vader was alleen thuis met zijn zoontje. De vader gaf de baby de fles. Opeens kwam de voeding uit de neus van de baby. De vader nam de baby uit het stoeltje en klopte hem zacht op de rug. De baby werd slap en kreeg blauwe lippen. Vervolgens ging de vader naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost. De huisarts zag meteen de ernst van de situatie in en belde een ambulance. De baby werd gereanimeerd en naar een academisch ziekenhuis gebracht. De baby kwam in coma te liggen. In het academisch ziekenhuis werd de baby uitgebreid onderzocht. Er werd een oude inwendige bloeding geconstateerd, wat een mogelijke indicatie is voor eerder geweld. Er ontstond verdenking op het 'Shaken Baby Syndroom'. De vertrouwensarts van het AMK deed aangifte bij de politie van (zware) mishandeling. Er volgde een onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming.
Ca. 8 -12 maanden	De baby verbleef in het academisch ziekenhuis en werd daarna opgenomen in een revalidatiekliniek. In deze periode zou hij een longontsteking hebben gehad. Het jongetje werd opgenomen in een neuro-revalidatieprogramma.
12-13 maanden	Na drie maanden werd een ondertoezichtstelling uitgesproken. Een machtiging uithuisplaatsing werd door de kinderrechter afgewezen: het kind verbleef in een revalidatiecentrum. Drie maanden later volgde wel een machtiging uithuisplaatsing in verband met het opnieuw gestarte strafrechtelijk onderzoek naar de mogelijke mishandeling: het kind werd opgenomen in een kindersospice.
13 maanden	Het jongetje werd in verband met een verdenking van longontsteking voor tien dagen opgenomen in ander academisch ziekenhuis. Wegens een second opinion werd hij daarna opgenomen in een derde academisch ziekenhuis.
1,5- 3 jaar	Het jongetje verbleef in een verpleeghuis.

3 jaar

Het jongetje van drie jaar oud verbleef in een verpleeghuis. Circa twee weken voor het overlijden zou het vermoeden hebben bestaan op een breuk van het linkerbovenbeen, waarnaar verder onderzoek in een ziekenhuis zou zijn verricht. Circa één week voor overlijden zou een breuk van het rechtbovenbeen zijn geconstateerd en het jongetje zou overgebracht zijn naar het ziekenhuis. Aldaar overleed hij korte tijd later aan koorts en een mogelijke longontsteking. Het strafrechtelijk onderzoek leidde tot een veroordeling van de vader.

## BIJLAGE D. REFERENTIEKADER NADERE TOELICHTING

### D.1 WET- EN REGELGEVING

#### D. 1.1 Internationale verdragen

##### *Verdrag inzake de rechten van het Kind (VRK)*

Het VRK is voortgekomen uit de Verklaring van Genève inzake de Rechten van het Kind (1924), aangenomen in Algemene Vergadering op 20 november 1959. Het VRK is erkend in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, in het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten en in het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten. Enkele voorbeelden van verplichtingen die het VRK aan de staten oplegt zijn:

- eerbiediging van rechten, verantwoordelijkheden en verplichtingen van de ouders;<sup>258</sup>
- waarborging van het recht op leven;<sup>259</sup>
- waarborging dat het kind niet tegen zijn wil wordt gescheiden van zijn ouders, tenzij de bevoegde autoriteiten beslissen dat deze scheiding noodzakelijk is in het belang van het kind - in welk geval rechterlijke toetsing moet plaatsvinden. Een dergelijke beslissing kan, aldus het verdrag, noodzakelijk zijn in een bepaald geval, zoals wanneer er sprake is van misbruik of verwaarlozing van het kind door zijn ouders, of wanneer de ouders gescheiden leven en er een beslissing moet worden genomen over de verblijfplaats van het kind;<sup>260</sup>
- waarborging van vrijheid van meningsuiting, vrijheid van gedachte, geweten, godsdienst, toegang tot de media;<sup>261</sup>
- erkenning en waarborging van het recht op onderwijs;<sup>262</sup>
- bescherming tegen exploitatie, tegen drugs, tegen seksueel misbruik en tegen kinderhandel.<sup>263</sup>

De centrale bepaling voor dit onderzoek is Artikel 19 Bescherming tegen kindermishandeling:

1. De staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied om het kind te beschermen tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijk of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, terwijl het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft.
2. Deze maatregelen ter bescherming dienen, indien van toepassing, doeltreffende procedures te omvatten voor de invoering van sociale programma's om te voorzien in de nodige ondersteuning van het kind en van degenen die de zorg voor het kind hebben, alsmede procedures voor andere vormen van voorkoming van en voor opsporing, melding, verwijzing, onderzoek, behandeling en follow-up van voorvallen van kindermishandeling zoals hierboven beschreven, en, indien van toepassing, voor inschakeling van rechterlijke instanties.

Voor de implementatie van artikel 19 is een aantal algemene bepalingen van belang:

- Artikel 3 waarin bepaald is dat het belang van het kind als eerste overweging geldt.
- Artikel 6 waarin het recht op leven wordt gewaarborgd.
- Artikel 9 waarin de scheiding van ouders en kind wordt geadresseerd uitgaande van de wil, maar ook het belang, van het kind.

##### *Europees verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM)*

Het EVRM is in 1950 voortgekomen uit de Universele verklaring van de rechten van de mens aangenomen door de Algemene vergadering van de Verenigde Naties (A/RES/217, 10 december 1948).

---

258 Artikel 5 Verdrag inzake de rechten van het kind.

259 Artikel 6 Verdrag inzake de rechten van het kind.

260 Artikel 9, lid 1 Verdrag inzake de rechten van het kind.

261 Artikel 13, artikel 14, artikel 17 Verdrag inzake de rechten van het kind.

262 Artikelen 28, 29 Verdrag inzake de rechten van het kind.

263 Artikelen 32, 33, 34 en 35 Verdrag inzake de rechten van het kind.



De centrale bepaling voor dit onderzoek is Artikel 8 Recht op eerbiediging van privéleven, familie- en gezinsleven.

1. Een ieder heeft recht op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.
2. Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

Het EVRM, artikel 8, vormt de grondslag voor het recht op een gezinsleven, in de praktijk vertaald in het recht van ouders op een leven samen met hun kinderen. Het recht op een gezinsleven kan op gespannen voet staan met een ander recht uit het EVRM, artikel 3: niemand mag worden onderworpen aan vernederende behandelingen. Uit dit artikel 3 vloeit de verplichting voort alert te zijn op onveiligheid van het kind en kinderen actief te beschermen.<sup>264</sup> Gebleken is dat zolang niet alle vormen van contact met het kind aan de ouders worden ontzegd maar omgang mogelijk blijft, actieve professionele bemoeienis met het kind waaronder gedwongen ziekenhuisopname voor nader onderzoek, geen schending oplevert van het recht op *family life*.<sup>265</sup>

#### *D 1.2. Nationale wetgeving*

De volgende wetten hebben betrekking op de inrichting van het kindveiligheidsstelsel:

- a. Burgerlijk wetboek
- b. Wet op de Jeugdzorg
- c. Wetboek van Strafrecht
- d. Wet tijdelijk huisverbod
- e. Wet publieke gezondheid
- f. Wet Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen
- g. Overige wetgeving

Deze wetten worden hieronder toegelicht.

#### *Ad a. Het Burgerlijk Wetboek, boek 1 - Personen en familierecht*

Het Burgerlijk Wetboek regelt het ouderlijk gezag en de wettelijke mogelijkheden om daarin te inter-veniëren. Het Burgerlijk Wetboek verstaat onder het ouderlijk gezag de plicht en het recht van de ouder zijn minderjarig kind te verzorgen en op te voeden. Onder verzorging en opvoeding worden mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind alsmede het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid. In de verzorging en opvoeding van het kind passen de ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld of enige andere vernederende behandeling toe.<sup>266</sup> Maatregelen om kinderen te beschermen tegen geweld-  
dadige en andere schadelijke opvoedingssituaties zijn:

- a. De ondertoezichtstelling (ots).<sup>267</sup> Een kind kan onder toezicht gesteld worden, wanneer het zodanig opgroeit dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd, en de ouders niet vrijwillig meewerken aan hulp.<sup>268</sup> De ondertoezichtstelling wordt uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg en brengt geen verandering in de thuissituatie van het kind. Het doel is de bedreiging af te wenden, door hulp en steun te bieden aan de minderjarige en aan de met gezag belaste ouder. De hulp en steun zijn erop gericht de ouder de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding zo veel mogelijk te doen behouden.<sup>269</sup> Zij zijn niet vrijblijvend; het gezag wordt in die zin beperkt dat een gezinsvoogd wordt aangesteld voor het kind. De ouders moeten ondersteuning aanvaarden van de gezinsvoogd en eventuele aanwijzingen opvolgen. Mochten de ouders bij een ondertoezichtstelling de

---

264 Bruning, 2003.

265 Bruning, 2010.

266 Burgerlijk Wetboek, boek 1 - Titel 14. Het gezag over minderjarige kinderen - Afdeling 1. Algemeen: artikel 247.

267 Burgerlijk Wetboek, boek 1 - Titel 14. Het gezag over minderjarige kinderen - Afdeling 4. Ondertoezichtstelling van minderjarigen: artikel 254 tot en met artikel 260.

268 Art. 1:254 BW. De ondertoezichtstelling kan onder andere door ouders verzocht worden. In de regel verzoekt de Raad voor de Kinderbescherming de rechter het kind onder toezicht te stellen (art. 1:254 lid 4, BW).

269 Het Burgerlijk Wetboek verwijst op onderdelen naar de Wet op de jeugdzorg wanneer dat van toepassing is.

voorstellen van de gezinsvoogd weigeren, dan heeft hij de mogelijkheid om bij de kinderrechtter te vragen om een machtiging uithuisplaatsing. Op zichzelf is de weigering een aanwijzing op te volgen geen grond voor een uithuisplaatsing; dit kan alleen indien het noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding of tot onderzoek van diens geestelijke of lichamelijke gesteldheid.<sup>270</sup> De rechter neemt dan de beslissing of en voor welke duur de kinderen zonder instemming van de ouders uit huis geplaatst kunnen worden. De ondertoezichtstelling is de meest gebruikte maatregel.

- b. Uithuisplaatsing:<sup>271</sup> Uitgangspunt van de Nederlandse wet- en regelgeving is dat het kind thuis kan blijven. Als dat niet voldoende bescherming biedt, kan besloten worden het kind uit huis te plaatsen in het belang van de verzorging en opvoeding, of ten behoeve van onderzoek naar de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van het kind.<sup>272</sup> De uithuisplaatsing wordt ten hoogste voor een jaar vastgesteld, waarna telkens verlenging met een jaar mogelijk is. Voor waarde voor het indienen van een verzoek tot uithuisplaatsing is dat er al sprake is van een ots. Bij het verzoek moet een indicatiebesluit worden overgelegd; het verzoek is gericht op effectuering van dit besluit.
- c. Ontheffing en ontzetting.<sup>273</sup> De meest vergaande maatregelen met betrekking tot het ouderlijk gezag zijn de ontheffing en de ontzetting uit het ouderlijk gezag. Bij deze maatregelen wordt de gezagsrelatie tussen ouder(s) en kind verbroken.<sup>274</sup> In die gevallen raken de ouders het gezag over het kind kwijt en benoemt de kinderrechtter een voogd.<sup>275</sup> De ontheffing is bedoeld voor ouders die ongeschikt of onmachtig zijn. De ontzetting uit het ouderlijk gezag Zowel de ondertoezichtstelling als het benoemen van een voogd kan in spoedgevallen 'voorlopig' gebeuren; het onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming gebeurt dan achteraf.

Het Bureau Jeugdzorg houdt toezicht op de minderjarige en zorgt dat aan de minderjarige en de met het gezag belaste ouder hulp en steun worden geboden teneinde de bedreiging van de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van de minderjarige af te wenden. Deze hulp en steun zijn erop gericht de met het gezag belaste ouder de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding zoveel mogelijk te doen behouden.<sup>276</sup>

#### *Ad b. De Wet op de jeugdzorg (Wjz)*

De wet regelt:

- a. Aanspraak op jeugdzorg en de partijen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en uitvoering van de jeugdzorg, inclusief de kwaliteitsborging<sup>277</sup> en afleggen van verantwoording.
- b. De mogelijkheid om beschermingsmaatregelen voor te stellen waarbij ingegrepen wordt in het ouderlijk gezag.<sup>278</sup>
- c. De inrichting van een advies- en meldpunt kindermishandeling voor het ontvangen van signalen en meldingen over bedreigingen van de veiligheid van kinderen en geven van advies.
- d. Het aanbieden en verlenen van jeugdzorg, inclusief de kwaliteitsborging.
- e. De planning en financiering van de jeugdzorg door de provincies, grootstedelijke gemeenten en de rijksoverheid.
- f. Toezicht op de uitvoering van de Wet op de jeugdzorg. De wet bevat bepalingen voor het toezicht op de stichting die verantwoordelijk is voor de jeugdzorg en het afleggen van verantwoording door de stichting aan Gedeputeerde Staten. Daarnaast bevat de wet bepalingen ten aanzien van toezicht namens de centrale overheid, uitgevoerd door de inspectie.

---

270 Art. 1:261 BW.

271 Burgerlijk Wetboek, boek 1 - Titel 14. Het gezag over minderjarige kinderen - Afdeling 4. Ondertoezichtstelling van minderjarigen: artikel 261 tot en met artikel 265.

272 Het Burgerlijk Wetboek verwijst hiervoor op onderdelen naar de Wet op de jeugdzorg.

273 Burgerlijk Wetboek, boek 1 - Titel 14. Het gezag over minderjarige kinderen - Afdeling 5. Ontheffing en ontzetting van het ouderlijk gezag: artikel 266 tot en met artikel 278.

274 Het gezag van de ouders ten aanzien van het kind worden beperkt of gestopt met deze maatregel. Het kind heeft wel rechten ten aanzien van de omgang met de ouder(s). Ook de familierechtelijke relatie, bijvoorbeeld van belang voor nalatenschap, blijft in stand.

275 L. Janssen. & A. Bosschaart, *Juridische aspecten van de Kindergeneeskunde en de Jeugdgezondheidszorg*. 2009

276 Art. 1:257 BW.

277 Wet op de jeugdzorg, paragraaf 3. Hoofdstuk IV. Zorgaanbod. Kwaliteit, artikel 24 tot en met 27.

278 De maatregelen zelf evenals de instellingen die ze moeten voorbereiden en opleggen vallen onder het regime van het Burgerlijk Wetboek.

Wat 'jeugdzorg' concreet inhoudt staat in het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. De jeugdzorg wordt daarbij verdeeld in drie categorieën, te weten:

1. *jeugdhulp*: kort gezegd de hulpverlening aan de jeugdige of diens ouder of verzorger ter zake van psychosociale, psychische of gedragsproblemen. Het betreft ambulante hulpverlening binnen de bestaande thuissituatie, al dan niet in groepsverband;
2. *verblijf*: het aan een jeugdige gedurende het etmaal of gedeelte daarvan bieden van verblijf met een passend pedagogisch klimaat bij een pleegouder of in een accommodatie van een zorgaanbieder. Hier brengt de jeugdzorg dus een verandering in de woon- en leefsituatie met zich mee;
3. *observatiediagnostiek*: het onderzoeken van een jeugdige gericht op het verkrijgen van gegevens die nodig zijn voor het nemen van een indicatiebesluit.<sup>279</sup>

#### *ad c. Wetboek van Strafrecht*

Het Wetboek van Strafrecht stelt mishandeling strafbaar.<sup>280</sup> Mishandeling van een kind<sup>281</sup> geldt hierbij als een verzwarende omstandigheid. Signalering van bedreigingen en het opsporen van degene die de bedreiging vormt, vallen beiden binnen dit wettelijk kader.

#### *Ad d. Wet tijdelijk huisverbod<sup>282</sup>*

De Wet tijdelijk huisverbod is per 1 januari 2009 ingegaan. Het huisverbod houdt in dat een pleger van huiselijk geweld in beginsel tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag en in die periode ook geen contact mag opnemen met de partner of de kinderen. De maatregel biedt de mogelijkheid om in een noodsituatie te voorzien in een afkoelingsperiode waarbinnen de nodige hulpverlening op gang kan worden gebracht en escalatie kan worden voorkomen. Het huisverbod kan ook worden opgelegd bij kindermishandeling of een ernstig vermoeden daarvan. Het huisverbod wordt in de vorm van een beschikking uitgereikt door de burgemeester of door de politie indien zij daartoe wordt gemandateerd. De burgemeester kan afhankelijk van de situatie het huisverbod verlengen tot maximaal vier weken.

#### *Ad e. Wet publieke gezondheid (Wpg)*

In Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn onder andere de taken van jeugdgezondheidszorg opgenomen. In de Wet en de bijbehorende besluiten en regelingen wordt aandacht besteed aan het beoordelen van ontwikkeling, functioneren, medisch-biologische parameters en gedrag van de jeugdige en zijn sociale omgeving. Het doel is vroegtijdig stoornissen in de ontwikkeling te identificeren en op basis daarvan advies te verstrekken, respectievelijk door te verwijzen.<sup>283</sup> In de wet en bijbehorende besluiten zijn bepalingen opgenomen ten aanzien van:

- De taken van burgemeesters en wethouders ten aanzien van de realisatie van de jeugdgezondheidszorg in de gemeente<sup>284</sup> en de realisatie van deskundigheid van de gemeentelijke gezondheidsdiensten op het gebied van sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering, en gedragswetenschappen.<sup>285</sup>
- De taken van de jeugdgezondheidszorg, waaronder:<sup>286</sup>
  - het afnemen van een algemene anamnese van de jeugdige, het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige, het meten en beoordelen van de groei van de jeugdige, het beoordelen van de ontwikkeling van de jeugdige, het beoordelen van het functioneren van de jeugdige, het beoordelen van medisch-biologische parameters van de jeugdige, het beoordelen van het gedrag van de jeugdige, het beoordelen van het sociaal milieu van de jeugdige, het beoordelen van het fysieke milieu rondom de jeugdige, het in kaart brengen van het zorgsysteem rondom de jeugdige.
- het schatten van de verhouding tussen de draaglast en draagkracht van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort, het schatten van de behoefte aan advies en voorlichting van

279 Artikelen 3, 4 en 5 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

280 Wetboek van Strafrecht, Titel 20. Mishandeling, artikel 300 tot en met 306.

281 Artikel 304, lid 1 WvS: 'ten aanzien van de schuldige die het misdrijf begaat tegen zijn moeder, zijn vader tot wie hij in familierechtelijke betrekking staat, zijn echtgenoot, zijn levensgezel, zijn kind een kind over wie hij het gezag uitoefent of een kind dat hij verzorgt of opvoedt als behorend tot zijn gezin'.

282 Staatsblad 2008, 421. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 657, nr. 3.

283 De Wet publieke gezondheid en bijbehorende besluiten en regelingen, zijn in werking getreden op 01 december 2008. De wet is de opvolger van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en bijbehorende besluiten en regelingen.

284 Wet publieke gezondheidszorg, § 2. Jeugdgezondheidszorg. Artikel 5.

285 Wet publieke gezondheidszorg, Hoofdstuk IV. Gemeentelijke gezondheidsdiensten. Artikel 15.

286 Besluit publieke gezondheidszorg, Hoofdstuk III. Jeugdgezondheidszorg. Artikel 4 t/m 9.

- de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort, het inventariseren van de zorg die de jeugdige al ontvangt, het nagaan of de jeugdige tot een of meer risicogroepen behoort.
- het ramen welke individuele en/of risicogroep gericht zorgverlening nodig is.
    - het geven van individugerichte en/of groepsgericht voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
    - het formuleren welke (individuele) maatregelen nodig zijn, afgestemd op het gezin van de jeugdige, en/of de groep gezinnen waartoe het gezin van de jeugdige behoort, en/of de buurt of school van de jeugdige, en/of de groep buurten of scholen waartoe de buurt of school van de jeugdige behoort.

*Ad f. Wet Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)*

Op grond van de Wet Bopz kan de rechter op verzoek van de Officier van Justitie een voorlopige machtiging verlenen om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens, in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven.<sup>287</sup>

*Ad g. Overige wetgeving*

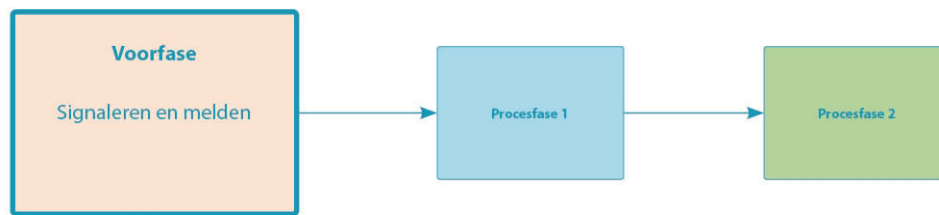
- *Onderwijs*: De Wet op het primair onderwijs en de Wet op het voortgezet onderwijs bevatten geen specifieke bepalingen voor de scholen die het melden van vermoedens van bedreigingen voor de veiligheid van een kind stimuleren of verhinderen.
- *Kinderopvang*: Begin 2008 is het protocol kindermishandeling opgenomen in de beleidsregels kwaliteit kinderopvang bij de Wet kinderopvang (2005).
- *Reguliere gezondheidszorg*: De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomsten (WGBO) hebben allen als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en daarmee de patiënt te beschermen. De wetten bevatten eisen ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg en de borging daarvan, maar ook de informatie-uitwisseling over het (minderjarige) kind en diens ouders. Van belang voor het signaleren van bedreigingen voor de veiligheid van het kind zijn bepalingen in de wet- en regelgeving ten aanzien van:
  - de omschrijving van de deskundigheid van de beroepsgroep, inclusief het beroepsgeheim;
  - het leveren van verantwoorde zorg en kwaliteitsbewaking, door de beroepsbeoefenaren zelf en het toezicht daarop door de overheid;
  - de mogelijkheid informatie te verstrekken zonder de ouders daarbij te betrekken en de randvoorwaarden hiervoor;
  - de mogelijkheden tot ingrijpen via het tuchtrecht of via het strafrecht;<sup>288</sup>
  - de inhoud van een medisch dossier, wat betreft gegevens over de gezondheid van de patiënt, de uitgevoerde verrichtingen, en andere gegevens van belang voor de hulpverlening.
  - inlichtingen die niet aan de patiënt verstrekt kunnen worden, omdat ze een ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren.
- *Hulpverlening naast of aanvullend aan jeugdzorg*: De Wet op de jeugdzorg verwijst voor sommige vormen van hulp aan jeugdigen naar de Algemene Wet bijzondere Ziektelasten, de Zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De genoemde wetten hebben gemeen dat ze gericht zijn op het verlenen van (preventieve) zorg vanuit een specifieke medische of sociaal-maatschappelijke zorgvraag. Ze zijn niet gericht op het verlenen van hulp met als doel het kind te behoeden voor verder letsel.

<sup>287</sup> Wet Bopz, artikel 2, lid 1.

<sup>288</sup> Wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG).

## D.2 RICHTLIJNEN

### D.2.1 Voorfase: Signaleren en melden



#### *Algemene Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling*

Momenteel is bij de rijksoverheid een wet in voorbereiding, die aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren de plicht oplegt om een meldcode de hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling. De verplichting zal gaan gelden voor de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs, de kinderopvang, de jeugdzorg en de maatschappelijke ondersteuning en voor politie en justitie.<sup>289</sup> Het basismodel is begin 2010 gepresenteerd door de voormalige staatssecretaris van Volksgezondheid en de voormalige minister voor Jeugd en Gezin.<sup>290</sup> Het basismodel is een stappenplan waarin staat hoe een professional moet omgaan met het signaleren en melden van huiselijk geweld en kindermishandeling. Hij is bedoeld om de professional te ondersteunen bij het besluit om een vermoeden van kindermishandeling al dan niet te melden. Het basismodel vormt de basis voor meer specifieke protocollen voor verschillende groepen professionals die in hun werk te maken krijgen met kinderen waarvan de veiligheid bedreigd kan worden, en hun ouders. Een organisatie kan worden aangesproken op het beschikken over een meldcode én op het scheppen van de randvoorwaarden waardoor de beroepskrachten die binnen een organisatie werkzaam zijn, de meldcode in een veilig werkklimaat kunnen toepassen. Er zijn inmiddels meldcodes ontwikkeld voor onder andere de politie, (huis)artsen, de kinderopvang, de kraamzorg, verloskundigen en de geestelijke gezondheidszorg.

In deze bijlage staan de meldcodes genoemd die gericht zijn op de beroepsgroepen die beroepshalve in aanraking komen met jonge kinderen met letsel.

#### *JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling: Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling*

In de jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt de richtlijn 'JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling: Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling' (RIVM, 2009) gehanteerd. De richtlijn geeft aanwijzingen voor het herkennen van en omgaan met kindermishandeling. De richtlijn is geschreven voor beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg, zoals jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam op consultatiebureaus en in de schoolgezondheidszorg. De richtlijn is gericht op zogenaamde vroegsignalering van risico's voor de ontwikkeling van jonge kinderen. Het doel is te voorkomen dat de ontwikkeling en veiligheid van het kind gevaar lopen.

Deze richtlijn onderscheidt vier situaties waarmee een professionele melder in de jeugdgezondheidszorg in aanraking kan komen en schrijft voor hoe in elk van deze vier situatie gehandeld dient te worden. De onderscheiden situaties en handelingsopties zijn:

1. Er bestaat een ernstig vermoeden van kindermishandeling en de situatie is voor het kind levensbedreigend. Het gezin wordt dan direct gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor de Kinderbescherming of de politie.
2. Er bestaat een ernstig vermoeden van kindermishandeling, maar de situatie lijkt voor het kind niet levensbedreigend. Afhankelijk van de bereidheid tot medewerking en de ernst van de situatie wordt het gezin bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en/of verwezen voor hulpverlening naar het Bureau Jeugdzorg, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg of het algemeen maatschappelijk werk.

289 Zie brief d.d. 20 november 2008 van de staatssecretaris van VWS en de ministers van Jeugd en Gezin en Justitie aan de Tweede Kamer, TK28345/72. Zie ook <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld>.

290 Deze wet moet nog van advies worden voorzien door de Raad van State en naar de Tweede Kamer worden gezonden; inwerkingtreding wordt op zijn vroegst verwacht in de loop van 2011.

3. Kindermishandeling is mogelijk of waarschijnlijk, maar meer advies of informatie van anderen is noodzakelijk.
4. Er is sprake van een ander probleem dan kindermishandeling. Met de ouders wordt relevante hulp besproken en zo nodig wordt verwezen.

De richtlijn hanteert - naast de algemene definitie van kindermishandeling zoals genoemd in de Wet op de jeugdzorg - de volgende definitie van *lichamelijke* kindermishandeling: 'Van lichamelijke kindermishandeling is sprake als de dader lichamelijk geweld tegen het kind gebruikt zoals slaan, schudden, schoppen, bijten, knijpen, krabben, het toebrengen van brandwonden, laten vallen et cetera'.<sup>291</sup> De richtlijn bevat een signalenlijst die moet helpen om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen.

#### *KNMG-meldcode Kindermishandeling*

De gezondheidszorg hanteert meldcodes die het signaleren en aanpakken van (vermoedens van) kindermishandeling betreffen. Voor artsen is de 'KNMG-meldcode Kindermishandeling' (2008) de geldende professionele norm. Het uitgangspunt 'zwijgen, tenzij' wordt daarbij verlaten voor het uitgangspunt 'spreken, tenzij'. De gezondheidszorgprofessionals heeft geen meldplicht, maar een meldrecht. Daarnaast bestaat er wel een handelingsplicht, zeker indien de professional besluit niet te melden en de organisatie voor zorg zelf ter hand te nemen. Vele beroepsgroepen in de gezondheidszorg hebben op basis van deze KNMG-meldcode hun eigen specifieke protocollen ontwikkeld, zoals de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen en de Landelijke Huisartsen Vereniging.

De KNMG-meldcode benadrukt de professionele verantwoordelijkheid bij kindermishandeling en besteedt bijzondere aandacht aan de vertrouwensrelatie die medische beroepsbeoefenaren hebben met hun cliënt. De codes behandelen de omstandigheden waaronder zij worden geacht hun gebruikelijke zwijgplicht op te geven en melding te maken van hun vermoeden van kindermishandeling. Sinds de meldcode is er bij artsen een grotere bereidheid ontstaan om te melden.

Ten aanzien van *het doen van een melding* zegt de KNMG-meldcode (p.18) het volgende: 'Wordt het vermoeden bevestigd of in elk geval niet weggenomen en is er een reële kans op schade door (het voortduren van de) kindermishandeling, dan doet de arts zo spoedig mogelijk een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De arts zet zijn melding ook door als de ouders, indien daarover geïnformeerd, daar bezwaar tegen maken.'

De code stelt twee aanvullende voorwaarden aan de melder: Ten eerste moet hij inschatten dat de mishandeling reële schade zal veroorzaken: '*Voor een melding moet sprake zijn van een reële kans op schade en die kans moet enigszins worden getaxeerd. Het woord 'reëel' maakt duidelijk dat de enkele (theoretische) kans op schade onvoldoende basis is voor een melding*' (p. 18). Ten tweede moet hij alvorens over te gaan tot melding een stappenplan volgen. *Verplichte stap daarbij is het consulteren van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en bij voorkeur ook een deskundig collega. Bovendien verplicht de KNMG-meldcode (p.18) de arts om de ouders te informeren over zijn melding 'tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.'*

De gezondheidszorgprofessional heeft de optie om niet te melden en zorg te regelen '*...is de arts overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind kan wegnemen, dan spant hij zich in om noodzakelijk hulp te verlenen of deze elders in gang te zetten. De arts monitort zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp of zorgt ervoor dat deze monitoring door een ander wordt uitgevoerd.*' De arts moet indien nodig dan alsnog melden: '*Blijkt de mishandeling niet of niet volledig gestopt of zijn daar aanwijzingen voor, dan doet de arts alsnog een melding bij het AMK*' (p. 19).

De meldcode besteedt nadrukkelijk aandacht aan de eisen die gesteld worden aan de zorgvuldigheid. '*Zou de (tucht)rechter achteraf gevraagd worden om een oordeel te geven over het optreden van de arts, dan wordt vooral de zorgvuldigheid beoordeeld van de totstandkoming van het besluit. Daarbij wordt onder andere gelet op collegiale consultatie, zorgvuldige verzameling van relevante feiten en een*

---

291 Jgz-richtlijn, pag. 16.

*zorgvuldige en concrete afweging van belangen. Mede daarom is het ook zo belangrijk dat alle stappen en redenen die tot deze stappen hebben geleid, zorgvuldig worden vastgelegd in het dossier' (p. 28).*

Wat betreft *bij welke instantie* een melding moet plaatsvinden, geeft de meldcode de volgende keuze: *'Het AMK is de eerstelijns voorziening voor het doen van meldingen. Als echter sprake is van een situatie die zo acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kindbeschermingsmaatregel noodzakelijk is, dan doet de arts zijn melding direct bij de Raad voor de Kinderbescherming.'* (p.24). *'Dreigt er acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind, dan neemt de arts, naast een melding richting AMK of Raad voor de Kinderbescherming daarover onmiddellijk contact op met de politie.'* (p. 26). Wat een acute situatie is die om 'onmiddellijke ingrijpen met een beschermingsmaatregel' vraagt en wat een situatie is die 'acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind' is, wordt niet omschreven.

Een bijlage in de meldcode is het zogenoemde SPUTOVAMO-formulier voor de Spoedeisende hulp van de ziekenhuizen. Dit is een signaleringsprotocol voor kindermishandeling dat lichamelijk letsel in verband brengt met (een vermoeden van) kindermishandeling.

#### *Signaleringsprotocol kindermishandeling voor de acute hulp (SPUTOVAMO)*<sup>292</sup>

Verder wordt in een aantal ziekenhuizen bij onder andere de spoedeisende hulp gewerkt met het zogenaamde SPUTOVAMO-formulier, een observatieschema dat in 1996 is ontwikkeld voor de eerste hulp. Het formulier is een hulpmiddel voor het herkennen van een vermoeden van kindermishandeling.<sup>293</sup> Het formulier laat de beroepsbeoefenaar letsel als gevolg van een ongeval omschrijven aan de hand van negen vragen (soort, plaats, uiterlijke kenmerken, tijd van ontstaan, oorzaak, veroorzaker ongeval, aanwezigheid anderen, maatregelen getroffen door ouders, ouder letsel) en aan te geven hoe plausibel de gegeven informatie is uitgaande van het aangetroffen letsel.

Het doel van het formulier is betrokken medici en verpleegkundigen houvast te bieden bij het besluit naast de reguliere behandeling van het letsel over te gaan tot verdere actie, zoals het inschakelen van specifieke expertise of het doen van een melding. Het formulier geeft houvast voor een besluit eventueel over te gaan tot een vervolgactie, maar legt dit niet op. Sinds ziekenhuizen hiermee werken doen zij meer meldingen van kindermishandeling. Het formulier is via het Nederlands Jeugdinstituut inmiddels ook verspreid onder andere groepen zorgverleners en is opgenomen als bijlage in de KNMG-meldcode.

#### *Andere meldcodes*

Andere sectorgerichte codes zijn:

- De Meldcode kindermishandeling van de KNOV (Koninklijke Nederlands Organisatie voor Verloskundigen);<sup>294</sup>
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) tussen de huisartsen (NHG) en de JGZ artsen en verpleegkundigen (AJN & V&VN);
- De Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld;<sup>295</sup>
- De GGZ-code 'Over sommige kinderen moet je praten: code voor het melden van kindermishandeling voor de geestelijke gezondheidszorg'
- Het protocol 'Vermoeden kindermishandeling: Protocol voor kinderdagverblijf, peuterspeelzaal en buitenschoolse opvang' (JSO, expertisecentrum jeugd, samenleving en opvoeding, 2005).

Daarnaast worden er ook in regio's codes ontwikkeld en vastgesteld, bijvoorbeeld de Rotterdamse meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.<sup>296</sup> Het voert in het kader van dit onderzoek te ver alle richtlijnen en protocollen op te sommen of te bespreken. Een inventarisatie van codes en protocollen is te vinden op de website van het NJI.

---

292 Werkgroep Kindermishandeling VU, 2003.

293 De afkorting SPUTOVAMO heeft betrekking op het letsel en staat voor: Soort, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd, Oorzaak, Veroorzaker, Andere getuigen/signaleerders, Maatregelen, Oud letsel.

294 KNOV (2007). KNOV-Meldcode Kindermishandeling. Utrecht: KNOV.

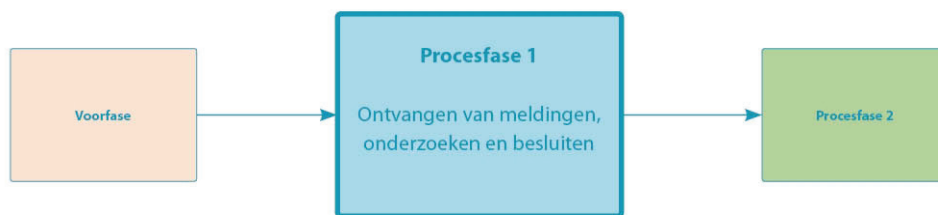
295 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: NVVP.

296 Gemeente Rotterdam. 2007. Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

De Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling formuleert de volgende zes toetsingscriteria voor een arts die zonder toestemming van de ouders informatie wil gaan delen en dus zijn beroepsgeheim schendt:

1. Het is niet mogelijk om toestemming te vragen dan wel te verkrijgen;
2. De arts is in gewetensnood door zijn beroepsgeheim te handhaven;
3. Het niet doorbreken van het beroepsgeheim kan voor het kind (verdere) ernstige schade opleveren;
4. Het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan het kind voorkomen;
5. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden;
6. De arts ziet geen andere weg dan doorbreken van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.<sup>297</sup>

#### D.2.2 Procesfase 1: Onderzoeken en besluiten



De Bureaus Jeugdzorg, de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming hanteren verscheidene protocollen om de in hun organisaties werkzame professionals te ondersteunen tijdens de procesfase Onderzoeken en besluiten. Deze protocollen worden hieronder nader toegelicht.

##### D.2.2.1 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

###### *Protocol van handelen Advies- en Meldpunten Kindermishandeling bij vermoedens van kindermishandeling in relaties van afhankelijkheid en onvrijheid*

Het Protocol van handelen (MOgroep Jeugdzorg, 2009; oorspronkelijke versie 2004) geeft richtlijnen voor de medewerkers van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Het protocol onderscheidt zeven functies van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, waarvan er drie - meldingen in ontvangst nemen, onderzoeken en beoordelen, en verwijzen en overdragen - betrekking hebben op de procesfase Onderzoeken en besluiten. Het protocol identificeert het doel van elke functie, en beschrijft welke mogelijke handelingen de professional kan verrichten om het doel te bereiken.

Ook is de ORBA systematiek ontwikkeld<sup>298</sup> dat een meer methodische omgang met meldingen door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ten doel had.

###### *Onderzoek, Risicotaxatie en Besluitvorming Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (ORBA)-systematiek<sup>299</sup>*

De ORBA-systematiek bevat hulpmiddelen en instrumenten voor de besluitvorming voor de in het protocol van handelen voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling beschreven kernfuncties. ORBA omvat vijf stappen: aanmelding & acceptatie, intercollegiale toetsing, onderzoek - in kaart brengen problematiek, onderzoek - vaststellen noodzaak hulpverlening en bescherming, afsluiten - rappèl - hermelding. De hulpmiddelen en instrumenten hebben tot doel het besluitvormingsproces te expliciteren, structureren en onderbouwen. Het protocol van handelen en ORBA zijn daardoor aanvullend.

297 Bron: website Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling. In KNMG Meldcode Kindermishandeling staan terzake vijf vragen geformuleerd aan de arts die zijn beroepsgeheim wil/moet schenden (pag. 28).

298 ORBA: Onderzoek, Risicotaxatie en Besluitvorming Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Project 'Onderzoek, Risicotaxatie en Besluitvorming Advies- en Meldpunten Kindermishandeling' van het Nederlands instituut voor Zorg en Welzijn in samenwerking met de AMK's in Drenthe, Gelderland en Rotterdam, met financiële steun van het ministerie van VWS en de MOgroep.

299 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. 2006. *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling, Eindrapport project Onderzoek, Risicotaxatie en Besluitvorming Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (ORBA)*. Berge, I.J. & Vinke, A. 2006. *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling: Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*, NIZW.



De systematiek bevat:

- Een beschrijving van de basis van het besluitvormingsproces, inclusief:
  - Een opsomming van relevante factoren van mogelijk ontwikkelingsbedreigende opvoedingssituaties
  - Relevante domeinen en aandachtspunten daarin
  - Voorbeelden van gradaties van categorieën bedreigingen van de veiligheid van een kind in kwalitatieve termen (licht <-> (bijna) fataal).
  - Voorbeelden van kindsignalen
  - Voorbeelden van gedrag van ouders en opvoeders
  - Veelgenoemde risicofactoren
  - Mogelijk beschermende factoren
- Hulpmiddelen.
  - Onderzoeksproces: ter ondersteuning bij het expliciet en systematisch doorlopen van het besluitvormingsproces.
  - Checklist aandachtspunten: ter ondersteuning bij het verkrijgen van overzicht van relevante aandachtspunten en factoren om tot een oordeel te komen.
  - Checklist Intercollegiaal Overleg
  - Checklist Onderzoek
  - Kladblok: ter ondersteuning van het maken van werkaantekeningen op een gestructureerde wijze.
  - Beslissingschema's: ter ondersteuning bij het maken van kernbeslissingen. Het betreft processchema's (ja / nee / misschien). De schema's bevatten geen nadere criteria.

Bovengenoemde hulpmiddelen zijn algemeen opgesteld, waarna een toelichting volgt over het gebruik per stap.<sup>300</sup>

#### *D.2.2.2 Bureaus Jeugdzorg*

Een gedetailleerde beschrijving van alle werkprocessen van de Bureaus Jeugdzorg in relatie tot het wettelijk kader van de Wjz, is neergelegd in het 'Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg' (Ordina, 2005). Dit referentiewerkmodel vormt tevens de basis voor het 'Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg' (MOgroep, 2007). Dit Handboek Indicatiestelling bevat het 'Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling' (LIRIK, een hulpmiddel om gestructureerd te kunnen nagaan of mogelijk sprake is van kindermishandeling) en het 'Instrument Gestructureerde Checklist Toegang' (GCT).

Een meer verdiepend instrument voor de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling is de CARE-NL ('Child Abuse Risk Evaluation'), die ook is opgenomen in de instrumenten voor Bureaus Jeugdzorg.<sup>301</sup> Aan het eind van deze paragraaf wordt aandacht besteed aan het veiligheidsbeleid en risicomanagement van de MOgroep Jeugdzorg.

#### *Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg<sup>302</sup>*

Het referentiewerkmodel is een vertaling in werkprocessen van de Wet op de jeugdzorg en onderliggende regelgeving (Uitvoeringsbesluit wet op de jeugdzorg). Het model is op punten waar de wet ruimte laat voor eigen invulling nog algemeen in zijn beschrijving. Tijdens de implementatie bestaat de mogelijkheid om als bureaus jeugdzorg de mogelijkheid gemeenschappelijk nadere invulling te geven aan deze ruimte.

Het referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg is ontwikkeld in opdracht van de Directie Jeugdbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Directie Jeugd en Criminaliteitspreventie van het Ministerie van Justitie. Bij het ontwikkelen van het model daarnaast ook het Interprovinciaal Overleg (IPO), de Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep) en de Bureaus Jeugdzorg nauw betrokken geweest.

Het model is tot stand gekomen in twee fasen. In de eerste fase is met de ministeries, het IPO en de MOgroep een aantal criteria vastgesteld waaraan het model moest voldoen. Deze zijn leidend geweest bij het modelleren van het proces. Het betreft de volgende criteria:

---

300 Het NJI stelt dat de AMK's werken met de LIRIK.

301 Programmaministerie Jeugd en Gezin, 2007. Brief van de minister voor Jeugd en Gezin voor de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 001, nr. 37; Zie verder H 3 en bijlage D voor een beschrijving van de genoemde instrumenten.

302 Ordina. 2005. *Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg*. Uitgebracht aan Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie.

- eenheid van taal t.a.v. de werkprocessen;
- transparant en eenduidig, heldere en eenvoudige taal;
- inzicht in onderlinge relaties binnen het BJZ en de afhankelijkheden van elkaar;
- inzicht op hoofdlijnen geven in de relaties naar de ketenpartners;
- basis voor definitie meetpunten in werkprocessen;
- model vormt basis voor te starten normprijsonderzoek.

In de tweede fase is het model ontwikkeld in een tiental intensieve workshop sessies met medewerkers van een aantal Bureaus Jeugdzorg. Waar de inhoud daarom vroeg, waren ook 'specialisten' aanwezig, zoals medewerkers van de MOgroep, van de Raad voor de Kinderbescherming en van zorgaanbieders. Tevens heeft een klankbordgroep, bestaande uit diverse partijen uit de omgeving van de Bureaus Jeugdzorg meegedacht bij de ontwikkeling van het model.

#### *Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*<sup>303</sup>

Het Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg vormt tevens de basis voor het 'Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg' (MOgroep, 2007). In 2010 verschijnt een nieuwe versie van dit handboek. Het Handboek Indicatiestelling (2007) bevat richtlijnen voor:

1. De aanmelding en acceptatie van een jeugdige als cliënt voor Bureau Jeugdzorg.
2. Het indicatietraject om te komen tot een indicatie besluit. Onderscheiden worden:
  - Indicietraject I: enkelvoudige problematiek, primair gerelateerd aan de jeugdige of aan de opvoedproblematiek.
  - Indicietraject II: meervoudige problematiek, gerelateerd aan de jeugdige / en het gezin of de omgeving.
  - Indicietraject III: multiprobleemsituaties, zonder zicht op de probleemgebieden en/of hun onderlinge verwevenheid, ambiguïteit over de samenhang en oorzaken, laag probleem-besef en motivatie.
3. Reageren op een vermoeden van kindermishandeling. Het gaat om vermoedens die ontstaan in direct contact met de cliënt en vermoedens door signalen van derden. De leidraad verwijst hierbij naar de specifieke kennis en mogelijkheden van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling.
4. Aanmelding en acceptatie voor jeugdreclassering en (gezins)voogdij.

Het Handboek Indicatiestelling bevat beschrijvingen van de te doorlopen processen en in te zetten instrumenten. Een aantal daarvan worden hieronder nader toegelicht.

In dit Handboek Indicatiestelling zijn indicatoren opgenomen voor de veiligheid van het kind.<sup>304</sup> Er zijn criteria voor afwegingen die de werker moet maken voor bijvoorbeeld het doen van een melding aan de Raad voor de Kinderbescherming. In het geval van direct melden bij de Raad voor de Kinderbescherming (crisis) zijn er opvoedproblemen waarbij:

1. Er sprake is van een acute en ernstige bedreiging van de jeugdige;
2. Aan de jeugdige onmiddellijke hulp geboden moet worden;
3. De jeugdige en/of ouders of gezagsdragers niet willen meewerken aan hulp op vrijwillige basis.

Deze algemene criteria zijn niet gekoppeld aan specifieke kenmerken van een casus zoals bijvoorbeeld leeftijd en aard van de mishandeling. De professional kan voor het beoordelen van het risico op kindermishandeling gebruik maken van verschillende instrumenten zoals GCT, LIRIK en CARE-NL, die hieronder worden toegelicht.

#### *Gestructureerde checklist toegang (GCT)*<sup>305</sup>

Het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg bevat o.a. de Gestructureerde Checklist Toegang (GCT), een hulpmiddel om systematisch informatie te verzamelen en een oordeel te vormen over aard en ernst van de problematiek en het gewenst vervolgetraject.

303 MOgroep jeugdzorg. 2007. *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Het handboek is gebaseerd op de uitkomsten van het project 'Ontwikkelen Criteria Bureaus jeugdzorg' uitgevoerd door Ordina in samenwerking met de bureaus jeugdzorg Rotterdam, Noord-Brabant, Utrecht, Haaglanden, Limburg en christelijke jeugdzorg SGJ.

304 MOgroep jeugdzorg 2007. *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*, Box 5.3.

305 Eijgenraam, K. & Berge, I. ten. 2009. *Gestructureerde checklist toegang (GCT)*. Nederlands Jeugdinstituut, herziene versie 2009. De checklist is opgenomen in het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg uitgegeven door de MOgroep.

De Gestructureerde Checklist Toegang is bedoeld als hulpmiddel in de fase 'Aanmelding en Acceptatie'. De checklist helpt medewerkers van het Bureau Jeugdzorg én gezinsvoogden bij het uitvragen en monitoren van de opgroei-problematiek van het kind, de pedagogische vaardigheden van de ouders en contextfactoren. Het doel van de criteria is met name om de volledigheid van de bevraging, een systematische verzameling van informatie en de beoordeling van de aangemelde problematiek te waarborgen.

Op grond van de informatie bij de aanmelding wordt een eerste oordeel gevormd over de kern van de problematiek en de oplossingsrichting en wordt een besluit genomen over het vervolgtraject. Bij het invullen van de GCT wordt gevraagd de veiligheid en kindermishandeling in te schatten. Dit op basis van vier vragen:

1. Zijn er vermoedens of aanwijzingen dat de jeugdige op dit moment fysiek niet veilig is?
2. Lijkt sprake van handelen of niet-handelen van de ouder(s) dat bedreigend is voor de jeugdige?
3. Zijn er kindsignalen die wijzen op een verstoorde of bedreigde ontwikkeling?
4. Zijn er risicofactoren voor kindermishandeling?

Is één van deze vier vragen met 'ja' beantwoord dan dient ook de LIRIK ingevuld te worden.

#### *Licht Instrument Risico taxatie Kindermishandeling (LIRIK)*<sup>306</sup>

Het Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg bevat tevens een hulpmiddel om gestructureerd te kunnen nagaan of mogelijk sprake is van kindermishandeling: het Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK).

De LIRIK-methodiek is ontwikkeld voor medewerkers van het Bureau Jeugdzorg om een eenvoudige risicotaxatie te kunnen maken. Het doel is het onderkennen van mogelijke risico-indicatoren zonder dat er een concreet vermoeden bestaat, bijvoorbeeld wanneer advies gevraagd wordt over de opvoeding. Tevens is het een hulpmiddel bij een eerste inschatting van het risico op kindermishandeling in de nabije toekomst. Het instrument kan zowel in de fase 'Aanmelding en acceptatie' als verderop in het indicatietraject ingezet worden.

LIRIK is erop gericht een gestructureerd oordeel te vormen. Met behulp van LIRIK moet de werker snel kunnen nagaan of er mogelijk sprake is van kindermishandeling en wat de veiligheidsrisico's voor het kind zijn in de toekomst. De methode bestaat uit een beperkt aantal vragen over de omgang ouder(s)-jeugdige, de ontwikkeling van de jeugdige, risicofactoren bij de ouders en risicofactoren bij de jeugdige of diens omgeving. Bedoeld is aan te geven in hoeverre in de lijst opgenomen deelaspecten reden worden tot zorg over de veiligheid van het kind. Op basis van de gegeven antwoorden, wordt vervolgens een risicotaxatie gemaakt; bij gemiddeld of hoog risico kan overwogen worden om tot een vervolgactie (nader onderzoek of contact met het gezin) over te gaan. De lijst kan ook gebruikt worden door (gezins)voogden en jeugdhulpverleners bij het monitoren van veranderingen in het gezin.

LIRIK bestaat uit twee delen: (1) Onderkennen van vermoeden van kindermishandeling en (2) Risicotaxatie. Het eerste deel is inventariserend: welke risicofactoren zijn er die samenhangen met kindermishandeling. Het tweede deel gaat in op de aard, de ernst en de beschermende factoren. Dit leidt tot een conclusie waarbij de werker een 'overall' inschatting maakt van de risico's. Dit is een combinatie van de inschatting wat er kan gebeuren, hoe waarschijnlijk dit is en hoe ernstig de gevolgen zijn. Deze 'overall' inschatting wordt niet door beslisregels ondersteund. Bij het oordeel van de werker dat er een gemiddeld of hoog risico is, wordt geadviseerd CARE-NL in te vullen.

#### *Child Abuse Risk Evaluation - Nederland (CARE-NL)*<sup>307</sup>

Het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg bevat naast LIRIK nog een ander hulpmiddel om gestructureerd na te gaan wat het risico is op kindermishandeling: CARE-NL. Deze wordt ingezet indien de uitkomsten van LIRIK daartoe aanleiding geeft. CARE-NL is een richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. CARE-NL is een wetenschappelijk onder-

306 Berge, I. ten & Eijgenraam, K. 2009. *Licht instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK)*, herziene versie 2009, Nederlands Jeugdinstituut. De LIRIK-methodiek is ontwikkeld in het verlengde van de ORBA-systematiek en is opgenomen in het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg uitgegeven door de MOgroep.

307 Ruiter, C. de & Jong, E.M. de. 2006. *Child Abuse Risk Evaluation (CARE-NL)*, Trimbos instituut; Ruiter, C. de & Jong, E.M. de. 2005. *Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*, CARE-NL.

bouwde checklist voor taxatie van het risico van kindermishandeling in gevallen van of vermoedens van kindermishandeling.

De richtlijn specificeert factoren die van belang zijn voor een risicobeoordeling van de situatie van het kind, te weten:

- Ouderfactoren: verleden ten aanzien van eigen kind(eren), verleden ouder, psychische stoornissen; gedachten over het toebrengen van letsel; verslavingen; persoonlijkheidstoornissen; verloochening; negatieve houding ten opzichte van interventies.
- Ouder-kind factoren: kennis opvoeding, negatieve opvattingen ten aanzien van het kind, knelpunten interactie ouder-kind, vijandige interactie, lage uiting affectie ouder-kind.
- Kwetsbaarheidverhogende factoren: leeftijd kind (< 6jr), premature geboorte, ongewenste geboorte, hyperactiviteit, handicap kind, gedragsproblemen.
- Sociaal-economische situatie in het gezin: gezinsstressoren, sociaal-economische stressoren, gebrek sociale steun, relationeel geweld).

CARE-NL kan worden beschouwd als een vervolg op de LIRIK. Het instrument meet op gestructureerde wijze de belangrijkste risicofactoren voor alle vormen van kindermishandeling. De risicofactoren vertonen een significant verband met een vergroot risico van kindermishandeling. Het instrument werkt volgens de methode van het gestructureerd professioneel oordeel en biedt een grondslag om een interventieplan op te stellen. De checklist is ontwikkeld vanuit de geestelijke gezondheidszorg voor gebruik in alle situaties waarin een risicotaxatie van kindermishandeling gevraagd wordt, maar is ook te gebruiken door andere beroepsgroepen waaronder vertrouwensartsen, huisartsen en anderen die kennis hebben van en kunnen beschikken over informatie met betrekking tot de genoemde factoren.

Het eindoordeel over het risico van kindermishandeling wordt gegeven op basis van de professionele expertise van de beoordelaar. De oordelen geven volgens de handleiding een ruwe indicatie voor de noodzaak van een interventie in een bepaald geval. Is het eindoordeel 'hoog' dan geeft dat een indicatie voor een interventie met 'hoge' prioriteit. Is het oordeel 'matig' dan is dat een indicatie voor toezicht en (monitoring) en interventie wanneer dat nodig is. Is het oordeel 'laag' dan betekent dit dat interventie niet of zeer beperkt nodig is. Bij het laatste kan gedacht worden aan het maken van een vervolgspraak over drie maanden om te kijken hoe het loopt met het gezin.<sup>308</sup>

#### *California Family Risk Assessment (CFRA)*

Eén van de instrumenten die zowel gebruikt wordt binnen de jeugdgezondheidszorg als bij de Bureau Jeugdzorg, is de California Family Risk Assessment (CFRA). Dit instrument is in 2006 vertaald en in 2008 startte in Nederland een valideringsonderzoek naar de CFRA in Rotterdam.<sup>309</sup> De CFRA is bedoeld om een objectieve inschatting te maken van de waarschijnlijkheid dat een kind waarover vermoedens van kindermishandeling zijn gemeld, in de komende 18-24 maanden binnen het gezin mishandeld of verwaarloosd zal worden.

De uitkomst van de CFRA geeft algemene richtlijnen. Een hoge of zeer hoge risicoscore betekent dat de veiligheid van het kind een eerste prioriteit wordt.

De score komt tot stand op basis van een lijst met tien risicofactoren voor verwaarlozing en tien risicofactoren voor mishandeling. De inhoud van de CFRA is gebaseerd op risicofactoren die in Californië de best voorspellende waarde hebben (statistisch) voor mishandeling dan wel verwaarlozing. Op basis van uitgebreide richtlijnen geeft de werker elke risicoscore een (0, 1 of 2). De som van de scores geeft een overall risicoscore aan, die ingedeeld wordt in de categorieën: laag, matig, hoog, zeer hoog.

In 2004 is een aantal criteria opgesteld voor het onderkennen van kindermishandeling. De criteria omvatten de subtypen van kindermishandeling waarvan sprake zou kunnen zijn:

- a. Lichamelijke mishandeling;
- b. Seksueel misbruik;
- c. Lichamelijke verwaarlozing;

308 Ruiter, C. de & Jong, E.M. de. 2006. *Child Abuse Risk Evaluation (CARE-NL)*, Trimbos instituut; Ruiter, C. de & Jong, E.M. de. 2005. *Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*, CARE-NL, p.34.

309 Berge, I. J. ten. 2008. Instrumenten voor risicotaxatie in situaties van (vermoedelijke) kindermishandeling. NJI.

- d. Fysieke verwaarlozing;
- e. Emotionele maltraitering;
- f. Normatieve en educatieve maltraitering.

De ernst (licht, matig, tamelijk ernstig, zeer ernstig, (bijna) fataal) wordt in een handboek dat is uitgegeven bij het tweede congres RAAK, nader omschreven. De beroepskracht wordt geacht bij een vermoeden deze ernst in te schatten; dit vanuit zijn eigen expertise. Voor deze inschatting worden per subtype mishandeling en per ernst-gradatie een nadere toelichting, definities en voorbeelden gegeven. Naar dit handboek wordt in sommige instrumenten verwezen.

#### *Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg*

In 2008 heeft de MOgroep Jeugdzorg de notitie *Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg* vastgesteld. Deze notitie komt voor uit het Landelijk Actieprogramma Aanpak Kindermishandeling (LAAK) van de MOgroep Jeugdzorg. Dit programma hield in dat alle instellingen voor jeugdzorg veiligheid voor kinderen opnemen als kernwaarde en dit binnen de jeugdzorg op alle niveaus uitwerken en doorvoeren.

De beleidsnotitie 'Veiligheidsbeleid' is uitgewerkt voor de Bureaus Jeugdzorg. De aanpak kindermishandeling is de eerste prioriteit voor de Bureaus Jeugdzorg. Zij nemen in het primaire proces van het AMK, de vrijwillige hulpverlening of in het gedwongen kader een aantal kernbeslissingen vanuit het oogpunt minderjarigen te beschermen tegen mishandeling. De notitie geeft een algemeen kader voor alle te nemen beslissingen in het Bureau Jeugdzorg. Er is in de notitie een overkoepelende visie op veiligheidsbeleid en risicomanagement uitgewerkt waarin onder andere aandacht voor methodisch werken, de medewerkers en de organisatie. Een ander hoofdstuk gaat over het beslissen over de veiligheid in de praktijk. Deze (kern)beslissingen dienen gestructureerd te verlopen. Er zijn zeven kernbeslissingen:

1. Wel/niet actie ondernemen naar aanleiding van een signaal van of over een kind;
2. Wel/niet inzetten van professionele interventie(s) om de bedreiging af te wenden cq de noodzakelijke hulp te kunnen bieden;
3. Wel/niet een maatregel van kindbescherming bevorderen om een bedreiging af te wenden cq de noodzakelijke hulp te kunnen bieden;
4. Wel/niet een (machtiging) uithuisplaatsing vragen;
5. Wel/niet een uithuis geplaatst kind terug naar huis laten gaan;
6. Wel/niet de maatregel van kindbescherming (i.e. OTS) beëindigen en/of een verderstrekende maatregel bevorderen;
7. Wel/niet de bemoeienis met kind en gezin beëindigen.

Voor elke kernbeslissing dient door de medewerker van het Bureau Jeugdzorg informatie te worden verzameld en een beoordeling plaats te vinden. Alle beslissingen worden door de professional intern eerst besproken met de gedragswetenschapper of leidinggevende. In de notitie worden aandachtspunten voor de beoordeling van de fysieke veiligheid behandeld. Er is sprake van een levensbedreigende situatie of direct gevaar in geval van:<sup>310</sup>

1. Bedreiging door de ouder(s):
  - a. Ernstige kindermishandeling (onder andere eerder letsel, dreiging door opvoeder, drugs-baby, geweld, seksueel misbruik);
  - b. Onvoldoende bescherming (tegen gevaar of bedreiging door anderen; vluchtgedrag);
  - c. Onvoldoende basiszorg (onder andere. toezicht, eten, kleding, medische zorg, woonsituatie);
  - d. Opvoeder niet beschikbaar (onder andere verslaving, emotionele instabiliteit, fysiek afwezig);
  - e. Ouder(s) belemmeren zicht op/ toegang tot de jeugdige (veiligheid jeugdige niet te beoordelen);
2. Bedreiging door derden én ouder(s) zijn niet in staat het kind te beschermen;
3. Bedreiging door jeugdige zelf (suïcidaal, psychotisch).

Vanaf 2008 is deze beleidsnotitie gebruikt voor het aanpassen van de bestaande werkprocessen (ORBA, indicatiestelling, Delta-methode) van het Bureau Jeugdzorg.

310 Berge, I.J. ten & Van Montfoort, A. 2008. *Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg*. MOgroep.

### D.2.2.3 Raad voor de Kinderbescherming

#### *Kwaliteitskader 2009: Beleidsregels met betrekking tot de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming*<sup>311</sup>

Het Kwaliteitskader 2009 bevat het algemene kader dat van toepassing is op de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming. Het kwaliteitskader vormt een globale leidraad voor het handelen van professionals in dienst van de Raad voor de Kinderbescherming. Een meer gedetailleerde uitwerking van het kwaliteitskader is opgenomen in de bijbehorende protocollen.

De Raad voor de Kinderbescherming hanteert - naast het Kwaliteitskader - protocollen met een meer gedetailleerde beschrijving van de voorgeschreven werkwijze per categorie onderzoek.

Een van de protocollen opgenomen in het 'Kwaliteitskader 2009' is het 'Protocol Beschermingstaken', dat onder meer ingaat op de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming.

#### *Protocol Beschermingstaken 2009*<sup>312</sup>

Het protocol Beschermingstaken voor de Raad voor de Kinderbescherming vermeldt de voor alle beschermingszaken geldende regelingen. De in het protocol opgenomen regelingen betreffen het juridisch kader voor de beschermingszaken en de binnen de Raad voor de Kinderbescherming afgesproken werkwijze voor:

- Intake: Intake en besluitvorming om onderzoek in te stellen vindt plaats in het casuoverleg bescherming door een raadsmedewerker met specifieke kennis en vaardigheden (zoals juridische kennis, kennis van de sociale kaart, inzicht in de samenwerkingsrelaties en netwerken in de regio, vaardigheden met betrekking tot de consultfunctie). Een besluit om geen onderzoek in te stellen dient door minimaal twee raadsmedewerkers genomen te worden. De teamleider is eindverantwoordelijk.
- Onderzoek: De Raad voor de Kinderbescherming heeft in 2009 een nieuwe methode ontwikkeld om de beschermingsonderzoeken uit te voeren.

De processtappen van de nieuwe methode raadsonderzoek zijn de volgende:

1. Ordenen en analyseren van de beschikbare informatie;
2. Maken van het onderzoeksplan in het MDO (multidisciplinair overleg);
3. Uitvoeren van het onderzoeksplan;
4. Concluderen en besluiten in het MDO;
5. Rapporteren (tijdens gehele proces) en afsluiten.

De methode kent naast de processtappen een inhoudelijke rode draad gevormd door de onderzoeksvraag en bijbehorende afwegingen. De inhoudelijke aandachtsgebieden zijn hierbij ondersteunend.

- De ontwikkeling van het kind;
- De opvoedingsomgeving en context (waaronder het item basale zorg en veiligheid);
- De hulpverlening.

Eén van de te nemen afwegingen op basis van de verzamelde informatie is wat de zorgpunten zijn van het kind en wat er nodig is naast basale zorg en veiligheid.<sup>313</sup> Binnen een multidisciplinair overleg worden de onderzoeksvragen vastgesteld, op basis van de melding/het verzoek om onderzoek met eventuele bijgevoegde stukken en de inhoud van het eventueel bij de Raad voor de Kinderbescherming aanwezige dossier van het gezin of van de andere kinderen.

Als vrijwillige hulpverlening tot de mogelijkheden behoort, zorgt de raadsonderzoeker voor de verwijzing van de cliënt naar het Bureau Jeugdzorg en maakt hierover afspraken met het Bureau Jeugdzorg en cliënt. Wanneer verwijzing naar vrijwillige hulpverlening niet tot de mogelijkheden behoort en hulpverlening wel noodzakelijk is, wordt een kinderschermingsmaatregel overwogen.

- Rapportage: In aanvulling op het kwaliteitskader moet in ieder geval gemotiveerd worden als de andere minderjarigen in het gezin niet in het onderzoek betrokken zijn.
- Toetsende taak: De wet bepaalt dat de Raad voor de Kinderbescherming de besluitvorming van het Bureau Jeugdzorg in drie situaties vooraf moet toetsen: indien het Bureau Jeugdzorg geen

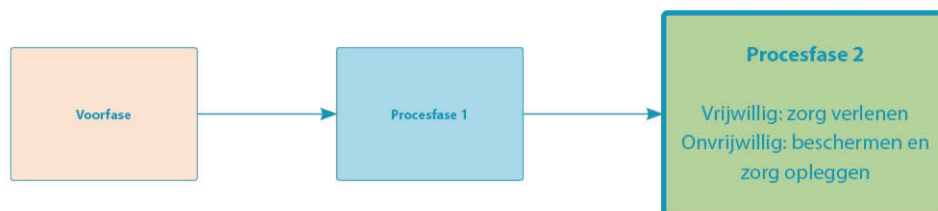
311 Raad voor de Kinderbescherming 2009. *Kwaliteitskader en Protocollen 2009. Beleidsregels met betrekking tot de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming*. Ministerie van Justitie.

312 Raad voor de Kinderbescherming. 2009. *Kwaliteitskader en Protocollen 2009. Beleidsregels met betrekking tot de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming*. Ministerie van Justitie.

313 Raad voor de Kinderbescherming. 2009. *Nieuwe Methode Raadsonderzoek in Beschermingszaken. Handleiding Methode*.

verlenging vraagt van de door de kinderrechter vastgestelde termijn van de ondertoezichtstelling; indien het Bureau Jeugdzorg geen verlenging vraagt van de door de kinderrechter vastgestelde termijn van een machtiging tot uithuisplaatsing; indien het Bureau Jeugdzorg een uithuisplaatsing tussentijds wil beëindigen, dus vóór het aflopen van de door de kinderrechter bepaalde termijn.

### D.2.3 Procesfase 2: Zorg verlenen en beschermen



#### *Deltamethode Gezinsvoogdij*<sup>314</sup>

De Deltamethode Gezinsvoogdij geldt voor alle gevallen waar een beschermingmaatregel noodzakelijk is. De methode onderscheidt: lichamelijke mishandeling, geestelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, affectieve verwaarlozing, seksueel misbruik.

Uitgangspunten van de methode zijn:

- De ontwikkeling en de veiligheid van het kind zijn leidend voor het handelen van de gezinsvoogd;
- Het kind is onderdeel van een context/ netwerk;
- Communicatie met de ouders, kind en derden uit het netwerk van het gezin is cruciaal;
- De gezinsvoogd werkt op een respectvolle, activerende, positieve en transparante wijze samen met de ouders en de jeugdige;
- De gezinsvoogd werkt planmatig en doelgericht;
- De ondertoezichtstelling is een tijdelijke maatregel.

Daarbij wordt onder meer ingegaan op de mogelijke verstoringen en bedreigingen van de ontwikkeling van de jeugdige. De Deltamethode biedt een aantal hulpmiddelen om antwoord te krijgen op de vraag of de situatie van het kind 'ernstig' of 'goed genoeg' is.

In de Deltamethode staan ontwikkelingstaken van kinderen van 0 tot 18 jaar centraal: wat kan een kind in een bepaalde leeftijd (gemiddeld)? De methode bevat een kwalitatief overzicht waarin is aangegeven wat normaliter verwacht mag worden bij een kind van een bepaalde leeftijd. De ontwikkelingstaken variëren van fysiologische regulatie en motorische ontwikkeling tot functioneren op school, sociale contacten en vriendschappen en intimiteit/seksualiteit. Met deze ontwikkelingstaken worden problemen en bedreigingen vertaald in positief geformuleerde doelen (wat moet er gebeuren, in plaats van welke omstandigheden of moeten stoppen). Op deze wijze is het mogelijk om vanuit de ontwikkeling van een kind zowel de positieve factoren te benoemen als een inschatting te maken van de mate waarin een kind wordt bedreigd.

Het vierstappen model is bedoeld om gezinsvoogden te ondersteunen bij het proces van het vertalen van informatie over het gezin in uiteindelijke concrete werkdoelen.

Stap 1. Het formuleren van zorgpunten, sterke punten en de visie van het gezin. In deze stap sluit de gezinsvoogd aan op het startpunt voor het gezin: het uitspreken van de ots. Vandaar uit wordt informatie over de zorgpunten verzameld, maar ook over de sterke punten in het gezin.

Stap 2. Mogelijke verstoringen in en bedreigingen van de ontwikkeling. De zorgpunten uit stap 1 worden uitgedrukt in 'mogelijke verstoringen'<sup>315</sup> van de ontwikkeling van de jeugdige. In deze stap worden conclusies getrokken vanuit de in de voorgaande stap verzamelde informatie. De vastgestelde verstoring is de basis voor de te bieden hulp en begeleiding. In deze stap

314 MOgroep. 2009. *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij. Methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*, versie 3, december 2009. Opgesteld door PI research /Adviesbureau van Montfoort.

315 In de gevallen waar een ots is opgelegd komen de zorgpunten voort uit bedreigingen die zijn geformuleerd als grondslag voor de ots.

moet worden vastgesteld of het kind voldoende veilig is en hoe het kind zich ontwikkelt ten opzichte van wat er mag worden verwacht bij de leeftijd van het kind (de hiervoor beschreven ontwikkelingsstaken).

Stap 3. Gewenste ontwikkelingsuitkomsten. In deze stap wordt een positieve vertaling gemaakt naar alternatieven voor de geconstateerde verstoringen en problemen. Het is de vertaling van de verstoorde ontwikkeling naar de gewenste ontwikkelingsuitkomst (de gewenste toekomstsituatie voor het kind). De stap beschrijft de situatie die in principe zou kunnen leiden tot opheffing van de ots.

Stap 4. De actieagenda: werkdoelen, actiepunten en werken met het 'plan op tafel' in termen van toekomstgerichte gewenste ontwikkelingsdoelen. In deze laatste stap worden haalbare en realistische werkdoelen geformuleerd. De werkdoelen kunnen op de jeugdige van toepassing zijn, maar ook op wat men met de ouders en de omgeving wil bereiken. Ook kunnen in deze stap werkdoelen voor zorgaanbieders worden geformuleerd. Indien nodig, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een zeer dreigende en onveilige situatie, kunnen doelen als eis geformuleerd worden, waarbij ook benoemd wordt hoe de eis getoetst wordt en consequenties benoemd worden in het geval niet aan de eis wordt voldaan.

De methode verwijst voor het beschrijven en inschatten van knelpunten in de ontwikkeling van een kind naar:

- Signaallijsten voor problemen die gebonden zijn aan een bepaalde leeftijdsgroep en die doorgaans overgaan als een kind in een andere fase terecht komt.<sup>316</sup> Signaallijsten van het expertisecentrum kindermishandeling met beschrijvingen van signalen van kind, ouder en gezinssituatie die verontrustend zijn, bedoeld om gedragingen te herkennen die op kindermishandeling zouden kunnen duiden. Er zijn lijsten voor kinderen van 0-4 jaar, 4-12 jaar en 12-18 jaar.<sup>317</sup>
- Overzichten van risicofactoren eveneens van het expertisecentrum kindermishandeling.
- CARE-NL voor het inschatten van de veiligheidsrisico's.

In de toelichting op het gebruik van deze lijst, staat in de methode:<sup>318</sup> 'In de complexe situatie waarin gezinsvoogden opereren, kan men niet alleen afgaan op het ongestructureerde klinische oordeel of de 'professionele intuïtie' van de gezinsvoogd. De jeugdzorg heeft geleerd van incidenten en ziet dat een meer gestructureerde vorm waarmee men de veiligheid en onveiligheid van de jeugdige in kaart brengt, nodig is: een instrument of checklist (...). De praktische bruikbaarheid en hanteerbaarheid van deze checklist bleek voor het Bureau Jeugdzorg van groot belang, omdat voorkomen diende te worden dat met het invullen van een veiligheidslijstje onnodige bureaucratie en tijdsverlies zou ontstaan.'

In het verlengde van het vierstappen model beschrijft de methode vier kernbeslissingen<sup>319</sup> die een gezinsvoogd kan nemen tijdens de uitvoering van een ondertoezichtstelling en de gronden daarvoor.

1. Kernbeslissing: de reactie op een signaal of melding van kindermishandeling. Signalen bij de beoordeling of de fysieke veiligheid in het geding is, zijn:
  - De opvoeder toont zich gewelddadig, dreigt of heeft geen controle over zijn emoties.
  - De opvoeder spreekt of handelt negatief ten aanzien van het kind of dreigt het kind te bezeren.
  - Er is vastgesteld lichamelijk letsel.
  - De gezinsvoogd wordt niet binnen gelaten of mag het kind niet zien.
  - Er wordt niet voorzien in basisbehoeften: voeding, kleding, woning, medische zorg.
  - Hulpverlening om de bedreiging op te heffen wordt geweigerd.
  - Er zijn signalen van eerdere kindermishandeling.
  - Het kind is bang.
  - Persoonlijke problematiek van de opvoeder belemmert hem / haar ernstig om voor het kind te zorgen of te beschermen.
  - De fysieke veiligheid is ernstig in gevaar als:
    - Er sprake is van mishandeling, misbruik, ernstige verwaarlozing of huiselijk

316 Delfos, 1999.

317 Overgenomen uit: Wolzak, 2001. K. Zie verder <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/401.html>

318 Zie *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij*. Versie 3. December 2009.

319 Deltamethode Hoofdstuk 6.



- geweld, of er zijn zeer ernstige vermoedens in combinatie met eerdere signalen.
  - Het kind is kwetsbaar door leeftijd (jonger dan 7 jaar is verhoogd kwetsbaar) of handicap.
  - Iemand die mishandelt of misbruikt (of dit in het verleden heeft gedaan) heeft toegang tot het kind terwijl de (andere) opvoeder niet in staat is het kind te beschermen.
  - De (andere) opvoeder reageert niet passend op de mishandeling, misbruik, ernstige verwaarlozing of huiselijk geweld.
2. Kernbeslissing: machtiging tot uithuisplaatsing aanvragen. De beslissing kan genomen worden doordat een crisis ontstaat of wanneer gaandeweg duidelijk wordt dat de bedreiging voor het kind thuis niet kan worden opgeheven en een plaatsing in het belang van de minderjarige noodzakelijk is.
  3. Kernbeslissing: uithuisplaatsing beëindigen wanneer de situatie zodanig is dat het kind terug naar huis kan. Met dien verstande:
    - Dat het overeenkomt met de wil van de ouders én het kind. En het Bureau Jeugdzorg toestemming geeft, wanneer de uithuisplaatsing geïnitieerd is op gezag van gezinsvoogd of anderen binnen de jeugdzorg.
    - Er rekening gehouden wordt met het gegeven dat ouders en kind(eren) uit elkaar kunnen zijn gegroeid, met geïdealiseerde beelden over het thuis wonen als gevolg.
    - Het kind is ingegroeid in de nieuwe situatie, waardoor een afweging gemaakt moet worden tussen een goed lopende opvoedingssituatie en de voorkeur voor thuisplaatsing.
    - Geen afzonderlijke rechterlijke beslissing voor thuisplaatsing nodig is. Het Bureau Jeugdzorg kan besluiten een machtiging niet langer uit te voeren of geen verlenging aan te vragen.
  4. Kernbeslissing: beëindiging of verlenging van ondertoezichtstelling of het bevorderen van een verder strekkende maatregel. Op grond van in het Burgerlijk Wetboek vastgelegde criteria.

De Deltamethode gaat er bij alle genoemde kernbeslissingen van uit dat de gezinsvoogd deze neemt in overleg met de gedragswetenschapper of teamleider. Dit wordt multidisciplinair overleg genoemd.<sup>320</sup> Voor het vormen van een oordeel over 'veilig' of 'onveilig' kunnen checklists daarbij behulpzaam zijn. Verder bevat de methode voorbeelden van situaties en door de gezinsvoogd te beheersen vaardigheden voor het contact met de jongere, het gezin en andere betrokken hulpverleners.

De gezinsvoogd maakt afspraken over de veiligheid van het kind met het gezin. Tijdens de ondertoezichtstelling kunnen zich altijd nieuwe feiten en omstandigheden voordoen. De bedreiging voor de veiligheid van het kind kan toenemen, waardoor ingrijpende maatregel nodig zijn (extra afspraken, inschakelen van meer intensieve hulp tot en met het uit huis plaatsen van kinderen).<sup>321</sup> Meer expliciet staat in de methode vermeld welke acties de gezinsvoogd moet ondernemen bij een signaal of melding van kindermishandeling. Bij onmiddellijk gevaar moet de kernbeslissing (reactie op nieuwe signalen of meldingen) vrijwel direct worden genomen. Het is dan onverantwoord de situatie waarin het kind zich bevindt te laten voorduren.<sup>322</sup> Welke acties, wanneer en in welk tempo ondernomen moeten worden, is niet geoperationaliseerd.

Eén hoofdstuk is gewijd aan het praten over veiligheid.<sup>323</sup> Daarin staan vooral tips om te praten met ouders en jonge kinderen over de veiligheid van het kind en het vergroten daarvan.

320 Zie pg 105. *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij*. Versie 3. December 2009.

321 Zie paragraaf 8.1.2. *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij*. Versie 3. December 2009.

322 Zie Paragraaf 8.2.1. *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij*. Versie 3. December 2009.

323 Hoofdstuk 9. *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij*. Versie 3. December 2009.

## BIJLAGE E. LITERATUURLIJST

- Baartman, H.E.M., 1996. *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie.*
- Baartman, H.E.M., 2006. *Zorg voor veiligheid van kinderen en de menselijke factor.* In Ouderschap & Ouderbegeleiding.
- Baeten, P. & Willems, J. 2004. *De maat van kindermishandeling: Meldcode en criteria van kindermishandeling.* SWP.
- Bakker, I., Bakker, K., Dijke, A. van & Terpstra, L. 1997. *O+O =O kwadraat: Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties.* NIZW.
- BMC. 2009. *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg.*
- Brink, L.T. ten, Veerman, J.W. e.a. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In: *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, pp. 13-46.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Commissie Brouwer-Korf, 2009. *Gewoon doen: beschermen van veiligheid en persoonlijke levenssfeer.*
- Bruning, M.R., 2003. *Bescherming van kinderen tegen huiselijk geweld als positieve verplichting van de staat* - annotatie bij EHRM 26-11-2002. In: NJCM-Bulletin, nr. 5, pag. 625-640.
- Bruning, M.R., 2010. *Vermoedens van kindermishandeling: actie maar uiterste zorgvuldigheid geboden!* - annotatie bij EHRM 23-3-2010. In: NJCM-Bulletin, nr. 6, 2010.
- Christian, C.W., Block, R. and the Committee for Child Abuse and Neglect. 2009. *Abusive head Trauma in Infants and Children.* Policy statement American Academy of Pediatrics. In Pediatrics, Volume 123, 5 May 2009.
- Commissie Diekstra, mei 2006. *Voldoende schakels maar geen keten.*
- Degas, 2010. *Regels als gestolde ervaring.*
- Delfos, M.H., 1999. *Ontwikkeling in vogelvlucht.*
- Dobowitz, H. & Depanfilis, D., 2000. *Handbook for child protection practice.*
- Doorn, L. van, 2009. *Morele dilemma's en morele oordeelsvorming in de jeugdzorg.* In Jeugdbeleid, nr. 3.
- Doorn, L. van, 2009. *Hulpverlening mist moraal,* De Volkskrant, 24 augustus 2009.
- Erpecum, I. van., 2002. *Jonge getuigen van geweld.* In: SEC, 16<sup>e</sup> jaargang, nummer 4, p. 11-13.
- HBO-raad, MOgroep, MOVISIE, NIP, NJi, NVMW/Phorza en NVO. 2007. *Actieplan professionalisering in de Jeugdzorg.*
- Hermanns, J., 2008. *Kindermishandeling, een aanpak die werkt?.*
- Hochstadt, N.J., 2006. *Child death review team: a vital component of child protection.*
- Janssen, L., & Bosschaart, A. 2009. *Juridische aspecten van de Kindergeneeskunde en de Jeugdgezondheidszorg.*
- Klein Velderman, M. & Pannebakker, F.D. 2008. *Primaire preventie van kindermishandeling: Bekende, gebaande en gewenste paden.* TNO Kwaliteit van leven.
- Kuyvenhoven, M.M., Hekkink, C.F. & Voorn, Th.B. 1998. *Overlijdensgevallen onder 0-18 jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen.* In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998, 14 november; 142 p. 2515-2518.
- Kruyer, F., 2006. *Ouders liegen huilend.* In: Blauw, jaargang 2, nummer 11, p. 28-30, mei 2006.
- Leyden, J. van, 1992. *Psychologische functieleer.*
- Local Safeguarding Children Board Haringey, 2009. *Serious Case Review: Baby Peter.*
- MOgroep, 2008. *Veiligheid en risicomanagement.*
- MOgroep, 2010. *Advies en meldpunt Kindermishandeling, overzicht jaarcijfers 2009.*
- Montfoort, A. van, 2008. *Professionaliteit en nuchterheid in jeugdzorg en jeugdbeleid,* Lectorale rede Hogeschool Leiden, januari 2008.
- Munro, E., 1996. *Avoidable and unavoidable mistakes in child protection work,* British Journal of Social Work, pp. 793-808.
- Munro, E., 1999. *Common errors of reasoning in child protection work.*
- Munro, E., 2005. *Improving practice: child protection as a systems problem.* Children and youth services review, 27 (4). pp. 375-391.
- Munro, E., 2005. *A systems approach to investigating child abuse deaths.* British journal of social work, 35 (4). pp. 531-546.
- Munro, E., 2007. *Child protection.* SAGE Publications. London. UK.
- Munro, E., 2008. *Effective child protection.*

- Munro, E., 2008. *Lessons from research on decision-making*. In: Lindsey, Duncan and Shlonsky, Aron, (eds.) *Child welfare research: advances for practice and policy*, pp. 194-200.
- Munro, E., 2010. *Learning to reduce risk in child protection*, British Journal of social work.
- Nederlandse Gezinsraad, 2001. *Als vrijwillig te vrijblijvend is: Een studie naar de mogelijkheid van een lichtere rechtsgrond voor pedagogische interventie*.
- Nieuwenhuis, A. & Ferwerda, H., 2010. *Tot de dood ons scheidt: Een onderzoek naar de omvang en kenmerken van moord en doodslag in huiselijke kring*, Arnhem, Bureau Beke.
- Nijs, H., 2009. *Klinische les: Een blauwe plek bij een zuigeling dient altijd verklaard te worden*. In Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, pag. 153.
- NJI, 2009. *Jeugdzorg in Europa, Lessen over strategieën en zorgsystemen uit Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden*.
- Novum, 2006. *Onderzoek bij twijfel over doodsoorzaak kinderen*, 23 juni 2006.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007. *Actieplan Aanpak Kindermishandeling: Kinderen Veilig Thuis*.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, Ministerie van Justitie, 2010. *Kabinetsvisie Perspectief voor Jeugd en Gezin*.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2010. *Beleidsdoorlichting Jeugdinstel*.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Centrum voor ethiek en gezondheid. Struijs, A.J. en Doorten, I. 2008. *Dilemma's op de drempel, Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties*.
- Rus, W., 2009. *Wie luistert naar het kind: Over wat er allemaal mis ging met een melding van kindermishandeling*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid.
- Soerdjbalie-Maikoe, V., R.A.C. Bilo, E. van den Akker, A. Maes, 2010. *Niet-natuurlijk overlijden door kindermishandeling; gerechtelijke secties 1996-2009*. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2010, 154: A2285.
- Sulkers, E. & Dijkstra, S., 2009. *Veiligheid is een werkwoord*. Maatwerk.
- Veldkamp, A.W.M., 2000. *Over grenzen!, Internationaal vergelijkende verkenning van de rol van de overheid bij de opvoeding en bescherming van kinderen*.
- Verheugt, A.J., 2007. *Moordouders: Kinderdoding in Nederland. Een klinisch en forensisch psychologische studie naar de persoon van de kinderdoder*.
- Verhulst, F.C. & F. Verheij (red), 1992. *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*. Van Gorcum. Assen, pag. 576-679.
- Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, 2010. *Jeugdzorg dichterbij*.
- Waal, S.P.M. de, 2010. *Jeugdgezondheidszorg: zijn wij op de goede weg? SPACE*.
- Willems, J.C.M., 1999. *Wie zal de opvoeder opvoeden? Kindermishandeling en het recht van het kind op persoonswording*.
- Wolsak, T.D., Verhoeve, K.N.R en Groeneweg, J., 2007. *Op zoek naar de latente fouten tijdens de feitenverzameling*. NVVK Jubileum congres.
- Wolzak, A., 2001. *Kindermishandeling - signalering en handelen: Basis informatie voor mensen die werken met kinderen*. NIZW. Uitgeverij Bruna.
- WRR, 2008. *Bewijzen van goede dienstverlening*.
- WRR, 2007. *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*.
- Wijgergangs, H. & Tönjes H., 2009. *De aanpakkers*.
- IJzendoorn, M.H. van, e.a., 2007. *Kindermishandeling in Nederland Anno 2005: De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen*. Leiden Attachment Research Program (LARP).

## **Rapporten Inspecties over individuele voorvallen**

- Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming Regio Zuid, 2002. *Casus Roermond nader onderzocht*.
- Inspectie Jeugdzorg, 2005. *Onderzoek naar de kwaliteit van het hulpverleningsproces aan S*.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005. *Algemene rapportage betreffende het onderzoek naar de kwaliteit van het zorgverleningsproces aan...S. en het gezin waarvan zij deel uitmaakte*.
- Inspectie Jeugdzorg, 2005. *Risico's...De casus Tolbert*.
- Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, 2007. *Brede zorgcoördinatie noodzakelijk. Onderzoek naar de hulpverlening rond het meisje Gessica*.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007. *Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind*, Verdiepingsrapport IGZ.

Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007. *Onderzoek naar casus kindermishandeling*.

Inspectie Jeugdzorg, 2007. *Onderzoek Maasmeisje. Rapport Bureau Jeugdzorg Rotterdam*.

Inspectie Jeugdzorg, 2007. *Onderzoek Maasmeisje. Rapport Lindenhof*.

Inspectie Jeugdzorg, 2008. *Rapport Baby T*.

Inspectie Jeugdzorg, 2010. *Rapport Onderzoek bij de Raadsregio Rotterdam-Rijnmond en BJZ Rotterdam naar aanleiding van het overlijden van drie baby's*.

### **Rapporten Inspecties overig**

Inspectie Jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en het Verwey-Jonker Instituut. 2003. *Horen, zien, niet zwijgen, Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties (Roermond)*.

Inspectie Jeugdzorg, 2005. *Kansen in de Keten, een onderzoek naar de keten in jeugdzorg*.

Inspectie Jeugdzorg, 2005. *Bellen met het AMK, en dan?: Een onderzoek naar de werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*.

Inspectie Jeugdzorg, 2008. *De toetsende taak van de Raad voor de Kinderbescherming*.

Inspectie Jeugdzorg, 2008. *Risicomanagement bij onder toezicht gestelde kinderen, een notitie naar aanleiding van onderzoek van de Inspectie jeugdzorg*.

Inspectie Jeugdzorg, 2008. *Onvoldoende risicomanagement bij onder toezicht gestelde kinderen*.

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

Inspectie Jeugdzorg, 2009. *Toetsingskader AMK van de Inspectie jeugdzorg*.

NJI, 2010. *Secundaire analyse onderzoeken AMK's, Onderzoeksrapport op verzoek van de Inspectie jeugdzorg*.

Inspectie Jeugdzorg, 2010. *Landelijk toezicht AMK 2009, Ziet het AMK het kind en koppelt zij terug aan de melder?*

Inspectie jeugdzorg, 2010. *Risicomanagement bij onder toezicht gestelde kinderen, Het landelijk beeld naar aanleiding van onderzoek van de Inspectie jeugdzorg*.

Inspectie jeugdzorg, 2010. *De toetsende taak van de Raad voor de Kinderbescherming bij beslissingen tot terugplaatsing naar huis, Onderzoek naar de doorgevoerde verbeteringen*.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010. *Huisartsenposten onvoldoende alert op kindermishandeling, Inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten*.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010. *Melden Kindermishandeling door SEH afdelingen*. Brief aan Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.



## **BIJLAGE F. REACTIES INZAGE EN VERWERKING**

### **Inzage conceptrapport**

In de Rijkswet Onderzoeksraad voor veiligheid is bepaald dat direct betrokkenen bij een voorval gedurende vier weken in de gelegenheid worden gesteld om schriftelijk te reageren op de bevindingen in een conceptrapport van de Onderzoeksraad. Hierbij kunnen de betrokkenen eventuele feitelijke onjuistheden aangeven. De Onderzoeksraad kan deze onjuistheden in het definitieve rapport herstellen.

Het conceptrapport (zonder beschouwing en aanbevelingen) is ter beoordeling voorgelegd aan de volgende betrokken partijen (die kunnen bijdragen aan de fysieke veiligheid van het jonge kind):

1. Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
2. GGD Nederland
3. GGZ Nederland
4. Inspectie Gezondheidszorg
5. Inspectie Jeugdzorg
6. Interprovinciaal Overleg
7. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
8. Maatschappelijke Ondernemersgroep Jeugdzorg
9. Ministerie voor Jeugd en Gezin (reactie samen met ministeries van Volksgezondheid en Justitie)
10. Nederlands Forensisch Instituut
11. Nederlands Jeugdinstituut
12. Raad voor de Kinderbescherming
13. Raad voor de Rechtspraak
14. Raad voor Hoofdcommissarissen
15. Vereniging Nederlandse Gemeenten
16. Vereniging Vertrouwens Artsen Kindermishandeling (VVAK)

### **Ontvangen reacties algemeen**

Aan zestien betrokkenen is om een reactie gevraagd. De VNG heeft afgezien van een reactie. Van de overige vijftien betrokkenen is een reactie ontvangen.

De reacties betroffen inhoudelijke aanvullingen op de tekst of verbeteringen in de tekst. Bijna alle inhoudelijke aanvullingen zijn overgenomen en verwerkt in het rapport. Als dit niet het geval is, staat dat in onderstaande tabel vermeld.

Een aantal reacties betrof standpunten van de betrokken partij ten aanzien van de in het rapport vermelde conclusies. Het standpunt van de Onderzoeksraad staat in onderstaande tabel vermeld. Een aantal reacties betrof aanvullingen die meer informatief van aard waren. Deze zijn niet verwerkt in het rapport maar ter kennisgeving aangenomen.

In de tabel hieronder zijn reacties opgenomen, die hetzij niet zijn overgenomen, hetzij wel zijn overgenomen, maar in geamendeerde vorm. Hieronder wordt per reactie per partij weergegeven op welke wijze de reactie is verwerkt of waarom die niet is verwerkt.

Nr	Paragraaf	Partij / reactie / verwerking
1	Gehele rapport	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland:</i> In de notitie wordt verwarrend gebruik gemaakt van termen als jeugdarts, schoolarts, medewerker consultatiebureau etc. De juiste termen zijn jeugdarts (werkzaam in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, 4-19 jaar of 0-19 jaar) of jeugdverpleegkundige (werkzaam in de JGZ 0-4 jaar, de JGZ 4-19 jaar of de JGZ 0-19 jaar). De JGZ 0-4 jaar betreft o.a. de consultatiebureaus, de JGZ 4-19 jaar de schoolgezondheidszorg.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft in zijn rapport de gehanteerde termen eenduidig aangepast aan de hierboven vermelde juiste termen.</p>
1	H4	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland:</i> In de notitie wordt geen aandacht besteed aan de Steunpunten Huiselijk Geweld die in heel Nederland een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van en ingrijpen bij huiselijk geweld. Deze steunpunten spelen een belangrijke rol bij de veiligheid van kinderen en hun rol ontbreekt o.i. dan ook ten onrechte in de notitie.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft de Steunpunten Huiselijk Geweld vermeld in hoofdstuk 4</p>
1	Inzage	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland:</i> De VVAK (Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling) is niet gevraagd om commentaar op de notitie. Dit is ons inzien wel raadzaam. De VVAK kan met name de onderdelen in het rapport in de procesfase 2 en 3 beoordelen. Ook hier is de inbreng van de medische expertise van belang.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft de VVAK alsnog om een reactie gevraagd en deze ook gekregen (zie onder 16).</p>
1	H6 Conclusie 1	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland:</i> Conclusie 1: Veiligheid van het kind is geen richtinggevend beginsel bij de oordeels- en besluitvorming van professionals Uitgangspunt van de opstellers van het document is de veiligheid van kinderen. Er wordt gesteld dat dit op dit moment niet het leidende motief is in de zorg en dat dit een ongewenste situatie is. Leidende motief in de zorg nu is het belang van het kind. Dit is een breder begrip dan de veiligheid. Als we de veiligheid van het kind als enig principe voorop zetten dan zullen we in alle gevallen 'het zekere voor het onzekere' moeten nemen. Dit zal mogelijk leiden tot veel schade voor kinderen en gezinnen, veel onnodige uithuisplaatsingen, meldingen AMK etc. Dit leidt tot maatschappelijke onrust en afnemend vertrouwen in de hulpverlening. Gevolg is mogelijk dat de onveiligheid van kinderen hierdoor juist toeneemt. Veiligheid voor kinderen waarborg je het beste door samen met de ouders op te trekken en niet te snel over te gaan tot rigoureuze maatregelen. Er is een natuurlijk spanningsveld tussen zorg en veiligheid, en op het snijvlak daarvan opereert de JGZ.</p> <p>In het conceptrapport wordt gesuggereerd dat er protocollen en vaste afspraken zijn die gebruikt kunnen worden door de professional als een soort screeningsinstrumenten voor kindermishandeling. Deze protocollen zouden het professionele oordeel kunnen vervangen. Dergelijk screeningsmethoden zijn de AJN niet bekend, ook niet uit andere landen. Groot probleem bij screeningstesten zijn het aantal fout-positief en fout-negatief gelabelde casussen. Bij vermoeden van kindermishandeling heeft een fout-positief gelabelde casus én een fout-negatief gelabelde casus grote en potentieel zeer schadelijke gevolgen voor kinderen en gezinnen. Professionele inschatting is in alle gevallen een belangrijk vereiste. Om deze reden zijn er wel hulpmiddelen voor professionals ontwikkeld, maar geen protocollen of richtlijnen die als screeningsinstrument gebruikt kunnen worden.</p>

		<p>Er heeft er in de afgelopen jaren een paradigmashift plaatsgevonden: voorheen werd er gewerkt vanuit de visie van eigen verantwoordelijkheid en autonomie van ouders en was de zorg aanbodgericht; nu is dat sinds 2000 geleidelijk aan verschoven (en geaccepteerd!) naar meer bemoeizorg en vraaggerichte zorg.</p> <p>Het veiligheidsdenken kan bij de JGZ-medewerkers verder ontwikkeld worden door te investeren in inhoudelijke kennis en trainingen, maar vooral ook door een kennismaking met de werkwijze van bijvoorbeeld de gezinsvoogden en AMK, instanties waarin juist het veiligheidsdenken voorop staat. Ook de kennis van de JGZ professionals over risico's en risico-hantering kan vergroot worden.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland halen hier een aantal belangrijke punten naar voren. De Onderzoeksraad constateert nu juist in zijn studie dat in de voorvallen de 'fysieke veiligheid van het jonge kind' onvoldoende gewaarborgd is in deze voorvallen. De Onderzoeksraad ziet het waarborgen van de 'fysieke veiligheid van het jonge kind' als een ondergrens. Dat daarnaast andere belangen een rol spelen, is bekend. De Onderzoeksraad ziet dat er vooral eerder en sneller (forensisch) onderzoek gedaan moet worden naar letsel bij jonge kinderen. Eventuele (ingrijpende) maatregelen dienen afgestemd te zijn op de mate van onveiligheid. De Onderzoeksraad constateert dat een referentiekader voor de professional ontbreekt.</p> <p>De Onderzoeksraad wil niet de suggestie wekken dat screeningsmethoden het professionele oordeel volledig kunnen overnemen. Wel dient naar het oordeel van de Onderzoeksraad het professionele oordeel gebaseerd te zijn op gebruikte screeningsmethoden. Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland constateren terecht dat screeningsinstrumenten kunnen leiden tot vals-positieven en vals-negatieven. De vraag is of dit tot schade leidt wanneer het nader onderzoek naar de 'fysieke veiligheid van het jonge kind' onder een aantal waarborgen (zorgvuldig en voortvarend) geschiedt.</p>
1	H6	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg:</i> De Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland onderschrijven de conclusies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De informatie-uitwisseling tussen de betrokken partijen liet te wensen over;</li> <li>• Forensisch medische kennis is niet beschikbaar of wordt niet benut;</li> <li>• De beschikbaarheid van informatie over eerdere gevallen van kindermishandeling is niet geborgd.</li> </ul> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Ter kennisgeving aangenomen.</p>
1	Algemeen	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg:</i> Afwegingen maken en beslissingen nemen over veiligheid op basis van onvolledige en tegenstrijdige informatie is inherent aan het werkveld van de jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg. Volledige zekerheid bestaat er nooit. Onderzoek kost tijd, terwijl besluiten veelal snel genomen moeten worden.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad onderkent de complexiteit van de situaties waar de professional zich in beweegt en maakt zich daarom zorgen over de foutgevoeligheid. De Onderzoeksraad vraagt daarom om meer professionaliteit en pleit voor het beter ondersteunen van de professionals.</p>
1	Algemeen	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg:</i> De Veiligheidsraad oordeelt dat de JGZ richtlijn 'Secundaire preventie kindermishandeling' een zwaar beroep doet op het oordeelsvermogen van de professional, terwijl de weging of er daadwerkelijk sprake is van kindermishandeling door anderen gedaan zou moeten worden; de professional in de JGZ onderzoekt immers alleen het vermoeden. Echter, het wegen en beoordelen van signalen moet ook de JGZ professional doen. Het is geen kwestie van een lijstje invullen en op basis van bepaalde criteria wel of niet melden. Steeds moet naar het volledige kind gekeken worden, in zijn totale context.</p>



		<p>Iedere situatie is uniek, het kind verdient maatwerk om hem zo goed mogelijk te kunnen helpen. Als die hulp in het voorliggende veld kan plaatsvinden, heeft iedereen daar baat bij. De impact van een AMK melding moet niet onderschat worden. Het is van het allergrootste belang om capaciteit van AMK, Jeugdzorg en GGZ beschikbaar te houden voor de kinderen met echt zware problematiek en voor multiprobleemgezinnen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad is van mening dat waar het gaat om fysieke veiligheid van het kind er ten eerste meer gebruik gemaakt kan worden van duidelijke richtlijnen over in welke situatie te melden. Natuurlijk zijn er veel (lichte) gevallen waarbij melding achterwege kan blijven. Dit rapport gaat over ernstige situaties. De Onderzoeksraad vindt het belangrijk dat in het geval van fysieke onveiligheid de informatie zo snel mogelijk gebundeld wordt zodat een compleet beeld verkregen kan worden. Het melden is een belangrijke voorwaarde daarvoor.</p>
1	Algemeen	<p><i>Artsen Jeugdgezondheidszorg:</i> Het 'dichttimmeren' van richtlijnen is ons inziens geen oplossing voor het verbeteren van de veiligheid van kinderen. Veel beter is het te werken aan versterking van de professionals, door het vergroten van kennis en vaardigheden. Kennis op het gebied van letsels en risicofactoren, en vaardigheden zoals samenwerken, lef, doorzetten, verbinden, vasthouden, overtuigen, leiding nemen, etc.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad onderschrijft het belang van versterking van de professional door opleiding en ervaring. Richtlijnen zijn echter bij uitstek de plaats waar kennis wordt gebundeld, ervaringen worden neergelegd. Er zal altijd beslisruimte moeten blijven bestaan. De Onderzoeksraad meent dat de geanalyseerde richtlijnen, protocollen en meldcodes kunnen worden aangescherpt op basis van eerdere ervaringen uit bestaande casuïstiek.</p>
2	Algemeen	<p><i>GGD Nederland</i> De GGD Nederland heeft in haar reactie vier tekstuele verbeteringen voorgesteld.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Geheel overgenomen.</p>
3	H5	<p><i>GGZ Nederland:</i> Veiligheid en regelgeving: In de ggz worden jaarlijks ongeveer 900.000 cliënten behandeld waaronder ook 150.000 kinderen onder de 18 jaar. Ook in onze praktijk zien wij knelpunten en risico's in de hulpverlening aan kinderen en wij willen alles doen wat in onze mogelijkheden ligt om ernstige risico's voor kinderen te voorkomen.</p> <p>Enkele voorbeelden van knelpunten: Als een van de ouders instemt met behandeling van het kind, en de andere ouder is niet in staat gezagswijziging aan te vragen, stagneert de hulp. Hier is hulp aan (meestal) de moeder een voorwaarde om ook het kind te helpen. Ook komen situaties voor waarin wetgeving uit de jeugdzorg (OTS, gesloten jeugdzorg) conflicteert met BOPZ-wetgeving. Dit belemmert het toepassen van middelen en maatregelen ter beveiliging van het kind. Conflicterende regelgeving belemmert ook resocialisatie en verlof uit de kliniek, bij voorbeeld als er behoefte is aan een veilige situatie zoals een pleeggezin. GGZ Nederland heeft het onderwerp harmonisatie van rechtspositieregelingen in verschillende wetgeving meerdere keren onder de aandacht gebracht van het Ministerie van Jeugd en Gezin.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad onderkent dat de huidige regelgeving kan conflicteren met het uitwisselen van informatie over de mogelijk fysieke onveiligheid van het jonge kind en dat dit gevolgen heeft voor de effectiviteit van de aanpak binnen de GGZ. De Onderzoeksraad bepleit dat het waarborgen van de fysieke veiligheid van het jonge kind ook binnen de GGZ een leidend principe wordt.</p>

4	H5	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> Ik merk op dat de algehele conclusies de vinger op een paar zere plekken leggen die echt verbetering behoeven. In het bijzonder de vaststelling dat de focus bijna nergens op de veiligheid van het kind ligt is van belang. De vaak herhaalde opmerking dat de focus in de (jeugd)gezondheidszorg ligt op het vaststellen van opzettelijkheid of ouderschap is echter onjuist. Veel meer is in de gezondheidszorg sprake van het vaststellen van de aanwezigheid van kindermishandeling en die te differentiëren van andere afwijkingen. Opzettelijkheid of ouderschap zijn daarbij irrelevant en zijn voor zover wij weten en signaleren ook geen focus van de medewerkers in de gezondheidszorg.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad kan zich vinden in de opmerkingen die de Inspectie Gezondheidszorg heeft gemaakt met betrekking tot het vaststellen van de opzettelijkheid of ouderschap en heeft het rapport hierop aangepast.</p>
	H3 en H5	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> Ook blijkt uit diverse passages dat de Raad uitgaat van een meldplicht en dat deze te herleiden zou zijn uit de verschillende meldcodes en protocollen. Overigens staan ook passages in het rapport waar duidelijk wordt dat deze meldplicht niet bestaat. In Nederland bestaat voor de gezondheidszorgprofessional geen meldplicht maar een meldrecht. Daarnaast bestaat wel een handelingsplicht, zeker indien een professional besluit niet te melden en de organisatie van zorg zelf ter hand te nemen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De paragrafen die betrekking hebben op de meldcodes zijn door de Onderzoeksraad aangescherpt ten aanzien van het meldrecht.</p>
4	Algemeen	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> De Inspectie Gezondheidszorg wijst op enkele onjuistheden ten aanzien van de positie van de partijen in de jeugdgezondheidszorg en het in werking treden van de wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarnaast zijn er tekstuele opmerkingen gemaakt.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De tekstuele opmerkingen zijn verwerkt. Hieronder worden de specifieke onjuistheden behandeld.</p>
4	H1	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> Daar (H1) staat dat de overheid verantwoordelijk is voor het systeem van zorg en bescherming, dat in werking treedt wanneer de ouders de fysieke veiligheid van het kind onvoldoende waarborgen. Dit systeem treedt echter ook in werking bij alle andere vormen van kindermishandeling. Ten onrechte wordt hier dus al de beperking aangegeven tot fysieke kindermishandeling. De beperking tot fysieke kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop is overigens wel een beperking tot maar een heel klein deel van de gevallen van kindermishandeling. De conclusies en aanbevelingen moeten ook in dat kader geïnterpreteerd worden.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad is het hiermee eens en heeft waar nodig de teksten aangepast of aangescherpt.</p>
4	3.2.1.	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> Verder is het bijzonder dat hier alleen de KNMG meldcode en GGZ code genoemd worden terwijl vele beroepsgroepen in de gezondheidszorg hun eigen specifieke protocollen hebben en juist de GGZ professionals en bestuurders nauwelijks weet hebben van het bestaan van de GGZ code. Het laatste deel van die paragraaf gaat over het sputovamo-formulier dat op de SEH in ziekenhuizen gebruikt wordt. In diverse ziekenhuizen in Nederland worden echter andere risicosignaleringslijsten gebruikt. Momenteel loopt nog onderzoek naar diverse instrumenten en is nog niet duidelijk welk instrument het beste is. Wel is bekend dat het gebruik van een instrument beter is dan het niet gebruiken van een instrument.</p>

		<p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft zich vooral gericht op de meldcode voor de professionals die met letsel bij jonge kinderen in aanraking komen. Dit probleem deed zich immers regelmatig voor bij de voorvallen.</p>
4	H5	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> De Inspectie vraagt in een casus om een toelichting op het handelen van de betrokken artsen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad kon niet aan dit verzoek voldoen. De beschikbare informatie is weergegeven.</p>
4	H5	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> Op zich wordt hier terecht gesignaleerd dat niet alle letsels ook als zodanig worden herkend. De bolletjes hebben het echter alleen over gebroken botten. Daarmee is de conclusie onder de bolletjes dat wanneer artsen deze kinderen uitgebreider hadden onderzocht, zij meer aanwijzingen hadden kunnen krijgen over de onveiligheid, onterecht. Bij kinderen zijn gebroken botten soms niet te zien zonder het maken van een complete skeletstatus. Aan de buitenkant kunnen die kinderen compleet gaaf zijn. Het is ondoenlijk en zelfs schadelijk om bij elk kind met risicofactoren periodiek een skeletstatus te maken. Dit gezegd hebbende is een roep om beter signaleren van fysieke kenmerken van mishandeling toch terecht. Dit kan alleen indien alle betrokken professionals ook beter geschoold zijn in het herkennen van de fysieke kenmerken van mishandeling en mogelijke andere verklaringen voor die fysieke kenmerken. Geen enkel fysiek kenmerk is immers specifiek voor kindermishandeling. Fysieke kenmerken die bij kindermishandeling ook voorkomen kunnen soms wijzen op (ernstige) fysieke afwijkingen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad richt zich met zijn opmerking op jonge kinderen waarbij letsel is geconstateerd. Het gaat hier in de constatering van de Onderzoeksraad niet - in de bredere zin - om alle kinderen met risicofactoren.</p>
4	H5	<p><i>Inspectie Gezondheidszorg:</i> De Raad doet voorkomen alsof de genoemde definitie de enige definitie van kindermishandeling is in de richtlijn. Dit is onjuist. Het betreft hier de subdefinitie van lichamelijke kindermishandeling. Voor de algemene definitie van kindermishandeling wordt gebruik gemaakt van de definitie zoals genoemd in de wet op de jeugdzorg.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft deze opmerking overgenomen en verwerkt in de tekst.</p>
5		<p><i>Inspectie Jeugdzorg</i> De Inspectie Jeugdzorg stelt een aantal tekstuele verbeteringen voor.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Geheel overgenomen.</p>
5	H4 en H5 Bijlage D	<p><i>Inspectie Jeugdzorg</i> Hier (H4) wordt het Handboek Deltamethode gezinsvoogdij, versie 2, april 2008 aangehaald. Er is inmiddels een recentere versie van dit handboek (november 2009). Op pagina 68 staat een aantal bevindingen over het Handboek Deltamethode gezinsvoogdij. Zijn deze wel gebaseerd op de nieuwste versie van het handboek?</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Het meest recente Handboek Delta Methode Gezinsvoogdij (december 2009) is aanvullend in de analyse betrokken. De teksten en de conclusies zijn gebaseerd op deze nieuwe versie.</p>

H4		<p><i>Inspectie Jeugdzorg</i> (Bureau Jeugdzorg, H4): wij twifelen over de toegevoegde waarde van deze alinea, waarin een rapport van de Inspectie jeugdzorg wordt aangehaald. Daarnaast vragen we ons af waarom juist dit rapport van de inspectie wordt aangehaald. Er zijn recentere rapporten van de inspectie die een breder beeld schetsen dan het hier aangehaalde inspectierapport.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De opmerking is overgenomen. De alinea is geschrapt.</p>
H6		<p><i>Inspectie Jeugdzorg</i> Het rapport overziend deelt de inspectie de conclusie dat het ontbreken van een eenduidig en gezamenlijk veiligheidsbegrip betekent dat de professionals in het kindveiligheidsstelsel te weinig ondersteuning krijgen in hun oordeels- en besluitvorming over individuele gevallen. Voor professionals moet duidelijk zijn dat als eerste de veiligheid van het kind wordt getoetst en hierop wordt geacteerd. Ter ondersteuning dienen er heldere richtlijnen en protocollen aanwezig te zijn.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad neemt deze reactie voor kennisgeving aan.</p>
6	Algemeen	<p><i>Interprovinciaal Overleg:</i> Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor de grondige wijze waarop uw Raad het onderzoek naar de veiligheid van kinderen heeft uitgevoerd en de evenwichtige presentatie van de bevindingen. Zo heeft uw onderzoek betrekking op casuïstiek in de periode 2004 - 2007, waaruit waardevolle inzichten naar voren komen om tot verbeteringen te komen. Maar u geeft terecht ook aan dat sinds de door u onderzochte casussen zich hebben voorgedaan, ook al de nodige verbetertrajecten zijn en worden uitgevoerd die bijdragen aan het verder verbeteren van de veiligheidssituatie van kinderen. U wijst daarbij onder meer op de ontwikkeling en invoering van het Deltaplan gezinsvoogdij waarmee een verbeterde methodiek en verlaging van de caseload zijn gerealiseerd en het traject Verbetering Indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (VIB). In dit verband wijzen wij u ook op de invoering van risicomangement bij de bureaus jeugdzorg en de ontwikkelingen met betrekking tot meldcodes kindermishandeling. Wij brengen daarbij nadrukkelijk onder uw aandacht dat deze verbeteringen onder bestuurlijke verantwoordelijkheid en regie van de betreffende overheden (i.c. het rijk en de provincies) tot stand zijn gekomen. Het rapport geeft goed weer onder welke complexe omstandigheden de professionals dagelijks zeer moeilijke afwegingen moeten maken. Dit dient ons inziens een belangrijke context te vormen bij de uiteindelijke beoordeling van uw bevindingen. Waardering spreken wij dan ook uit voor uw primaire focus op de vraag in hoeverre wet en regelgeving (waaronder richtlijnen vanuit de sector zelf) de professionals ondersteunen bij hun functioneren in deze complexe context. In uw rapport spreekt u over een kindveiligheidsstelsel. Vanuit die optiek stelt u dat de veiligheid van het kind onvoldoende het leidend principe is in het handelen, beoordelen en beslissen in de sector van de jeugdzorg in brede zin. Echter, het stelsel van de jeugdzorg is expliciet gericht op het bieden van zorg in geval van opgroei- en opvoedproblematiek. De optiek van de jeugdzorg is daarmee per definitie breder dan alleen het aspect van veiligheid. Het centraal stellen van de (fysieke) veiligheid van het kind als leidend beginsel voor alle handelen, beoordelen en beslissen in de jeugdzorg zou tot een versmalling leiden die niet aansluit bij de opdracht van de jeugdzorg om in den brede zorg te dragen voor hulp en zorg in geval van allerlei vormen van opvoed- en opgroei-problematiek. Dit laat onverlet dat (fysieke) veiligheid van kinderen een essentiële randvoorwaarde is voor een verantwoorde opvoed- en opgroeisituatie en daarmee een centrale waarde in het jeugdzorgstelsel. Hoewel wij dus kanttekeningen plaatsen bij uw benadering om de fysieke veiligheid als hét leidend principe te hanteren voor het brede stelsel van de jeugdzorg, sluiten wij niet uit dat een nadere operationalisering van het veiligheidsaspect in de ondersteunende instrumenten voor professionals tot verdere verbetering kan leiden met betrekking signalering en aanpak in de jeugdzorg van voor kinderen onveilige situaties. Het rapport geeft hier ook de nodige handvatten voor.</p> <p>In het rapport lijkt het AMK te worden beschouwd als een instantie die enkel onderzoek doet naar aanleiding van meldingen van vermoedens van kindermishandeling. Het AMK heeft echter daarnaast de wettelijk taak om aan burgers en/of professionals advies en consultatie te bieden.</p>

		<p>Deze taken kunnen vooral van belang zijn tegen de achtergrond van uw constatering met betrekking tot onduidelijkheid en onzekerheid bij professionals bij de afweging of en wanneer een melding bij het AMK zou moeten worden gedaan. Als professionals optimaal gebruik maken van de mogelijkheid om advies of consult in te winnen bij het AMK kan dat mogelijk een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de tekortkomingen die u constateert met betrekking tot de ondersteunende regels, instrumenten en meidcodes voor professionals, zoals beschreven in paragraaf 5.1.</p> <p>In dit verband merken wij ook op dat het rapport de indruk wekt dat mogelijk meldcodes kindermishandeling zouden moeten worden verbreed naar meldcodes van onveiligheid. In geval sprake is van vermoedens van onveiligheid zonder een duidelijk vermoeden van kindermishandeling, ligt echter signalering hiervan naar de toegang van bureau jeugdzorg meer in de rede. Een dergelijke signalering is minder stigmatiserend en het bureau jeugdzorg heeft op grond van de wet ook nu reeds de taak om dergelijke signalen op te pakken om te bezien of sprake is van zodanige problematiek dat inzet van de jeugdzorg nodig is en kan daarbij zo nodig direct doorschakelen naar het AMK als daarbij alsnog vermoedens van kindermishandeling aan de orde komen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad pleit niet voor versmalling maar voor een duidelijke definiëring en operationalisering van de fysieke veiligheid van het jonge kind. Het kindveiligheidsstelsel zou in ieder geval voor deze groep kinderen optimaal moeten functioneren. Fysieke veiligheid is het minimum van een verantwoorde opvoeding.</p>
6	Algemeen	<p><i>Interprovinciaal Overleg:</i> Het valt ons op dat de rol van de kinderrechtter weinig aandacht krijgt in het rapport, terwijl ons ook signalen bereiken dat deze beslissingen nemen in afwijking van het advies van het bureau jeugdzorg die van invloed zijn op de garanties met betrekking tot de veiligheid van het kind. De bureaus jeugdzorg zijn uiteraard wel gehouden aan dergelijke onafhankelijke rechterlijke uitspraken. In dit verband wijs ik u onder meer op de door u onderzochte casus C25.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Ter kennisgeving aangenomen.</p>
		<p><i>Interprovinciaal Overleg:</i> Door u is een selectie gemaakt van de te onderzoeken casussen. Daarbij geeft u aan onder andere bepaalde casussen te hebben geselecteerd, omdat daarbij instellingen in de jeugdzorg op enig moment zijn betrokken geweest en er in die gevallen signalen van onveiligheid waren. Tevens geeft u aan bepaalde casussen niet te hebben geselecteerd, omdat dergelijke signalen er niet waren. Dit roept de vraag op of met name mogelijke tekortkomingen in de procesfase signalering voldoende over het voetlicht komen in uw analyse. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de deskundigheid van huisartsen en de jeugdgezondheidszorg waar het gaat om het signaleren van onveiligheid en vermoedens van kindermishandeling.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Het IPO maakt een terechte opmerking over de selectie van de voorvallen. De Onderzoeksraad heeft in de gemaakte selectie voldoende aanknopingspunten gevonden voor mogelijke tekortkomingen in de procesfase signaleren en melden.</p>
6	H3	<p><i>Interprovinciaal Overleg:</i> Voorts wordt op dezelfde pagina in de tweede alinea van paragraaf 4 gesteld dat de bureaus jeugdzorg verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de procesketen en dat provincies/stadsregio's daarbij bestuurlijk verantwoordelijk zijn voor deze bureaus. Echter, de eerste fase van de door u beschreven procesketen, de signalering en melding gaat in de meeste gevallen juist vooraf aan de bemoeienis van de bureaus jeugdzorg en behoort daarmee primair tot het domein van andere instanties dan de bureaus jeugdzorg waarvoor vooral de gemeenten de bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen.</p>

		<p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad verwijst voor de opmerking over de procesketen naar paragraaf 3.3 waarin het referentiekader staat. Onderdeel daarvan is dat de organisaties inzicht dienen te hebben in de risico's van hun veiligheidsaanpak. Dit geldt dus ook voor de bureau jeugdzorg die signalen behoren te ontvangen vanuit de voorliggende voorzieningen.</p>
6	H3	<p><i>Interprovinciaal Overleg</i></p> <p>Op pagina 38 wordt naar aanleiding van figuur 3 aangegeven dat signalen van vermoedens van kindermishandeling bij de bureaus jeugdzorg zowel bij de toegang als bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling binnen kunnen komen. Ook geeft u aan dat onderzoeken naar vermoedens van kindermishandeling door zowel de toegang van bureau jeugdzorg als het AMK kunnen worden uitgevoerd. Dit laatste wordt ook op pagina 42 aangegeven. In dit verband wijzen wij erop dat het weliswaar mogelijk is dat signalen bij beide onderdelen van het bureau jeugdzorg binnenkomen, maar dat de integratie van de toegang tot de jeugdzorg en het AMK het mogelijk maakt dat achter deze beide voordeuren van het bureau (front-office), direct kan worden doorgeschakeld naar het onderdeel dat binnen het totale bureau speciaal is belast met het onderzoeken van dergelijke signalen (back-office), namelijk het AMK. Een onderzoek naar vermoedens van kindermishandeling wordt dan ook altijd uitgevoerd door het AMK. Eventueel onderzoek door de toegang van bureau jeugdzorg heeft een andere doelstelling en richt zich primair op de vraag welke problematiek aan de orde is (diagnose) en of en welke jeugdzorg is aangewezen (indicatie). Hierbij geldt derhalve hetzelfde als bij eventueel politieonderzoek expliciet wordt aangegeven, namelijk dat dit onderzoek een andere aard heeft dan het AMK-onderzoek. Zowel vanuit het oogpunt van samenhang als efficiency is bij een aantal bureaus jeugdzorg wel sprake van een zekere mate van integratie van werkzaamheden van het AMK met de afdeling toegang.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>In paragraaf 2.1.4 is dit onderscheid tussen AMK en Toegang gemaakt. De tekst bij figuur 3 is aangepast.</p>
6	H4	<p><i>Interprovinciaal Overleg:</i></p> <p>In het rapport wordt ook aangegeven dat naast het bureau jeugdzorg (AMK), ook de Raad voor de Kinderbescherming meldingen van vermoedens van kindermishandeling behandelt en onderzoekt. Dit is echter een uitzonderingssituatie. De Wet op de jeugdzorg regelt juist dat dit alles wordt geconcentreerd bij het AMK als onderdeel van het bureau jeugdzorg. Bij invoering van deze wet zijn de betreffende taken van de Raad dan ook overgeheveld naar de AMK's. Slechts in uitzonderingssituaties kan de Raad zelf onderzoek doen naar aanleiding van bij haar rechtstreeks binnengekomen meldingen. Maar in de regel zal de Raad, als tweedelijns instantie, dergelijke meldingen en signalen moeten doorgeleiden naar het AMK als eerstelijns instantie.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De constatering van het Interprovinciaal Overleg is juist. De Onderzoeksraad neemt dit ter kennisgeving aan. Het doet niets af aan de constatering dat ook de Raad voor de Kinderbescherming meldingen kan aannemen.</p>
6	H4	<p><i>Interprovinciaal Overleg:</i></p> <p>Op pagina 44 wordt aangegeven dat in geval van vermoedens van kindermishandeling bij de politie, deze dit meldt bij hetzij de toegang, hetzij het AMK van bureau jeugdzorg. Dit bevreedt ons, aangezien het expliciet de bedoeling van de wetgever is om dergelijke meldingen door het AMK te laten onderzoeken.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad wijst in dit verband op het werkproces 'reageren op signalen van derden' van de bureaus jeugdzorg. De politie kan zorgmeldingen doen bij bureau jeugdzorg, afdeling Toegang.</p>

7	Algemeen	<p><i>KNMG:</i></p> <p>Het rapport biedt interessante en nuttige aanbevelingen ter verbetering. Het verbeteren van (de beschikbaarheid van) gespecialiseerde kennis, het verbeteren van het delen van relevante informatie, ook over recidivekansen, en het verder versterken van de regierol spreken ons daarvan het meeste aan. Overigens denken wij dat het niet realistisch is om van alle artsen te verlangen dat zij beschikken over uitgebreide forensische kennis op het gebied van kindermishandeling, ook omdat dit onderwerp niet of nauwelijks aan de orde komt tijdens de (beroeps)opleiding. Dat laat onverlet dat artsen de weg naar deze expertise toe, inderdaad beter kunnen (en moeten leren) benutten.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>Dit sluit aan bij de constatering van de Onderzoeksraad over ontbrekende kennis in het herkennen en duiden van fysiek letsel bij jonge kinderen. Deze kennis hoeft niet bij iedere arts aanwezig te zijn, maar artsen dienen wel te weten dat zij deze kennis moeten inschakelen en waar zij deze kennis kunnen verkrijgen. De noodzaak om (de inzet van) deze kennis te 'organiseren' wordt bevestigd door deze reactie van de KNMG.</p>
7	H5	<p><i>KNMG:</i></p> <p>Dat professionals teveel gefocust zouden zijn op onderbouwing, opzettelijkheid en daderschap van kindermishandeling waardoor veiligheid van het kind niet het leidend perspectief is, zijn constatering in het rapport waar wij vraagtekens bij plaatsen. Dat geldt ook voor de constatering dat de normen in richtlijnen over melding te weinig richting zouden geven.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad heeft de tekst wat betreft de focus op opzettelijkheid en daderschap aangepast. De Onderzoeksraad blijft van mening dat de gehanteerde richtlijnen door de KNMG te weinig richtinggevend zijn en heeft dit toegelicht in H5.1.</p>
7	H5	<p><i>KNMG:</i></p> <p>De KNMG-Meldcode (2008) verlangt enige onderbouwing van een vermoeden van kindermishandeling alvorens dit - althans zonder toestemming - kan worden gemeld aan het AMK. Melden zonder toestemming ziet de KNMG nog steeds als een forse stap, die op gespannen voet staat met het belang van de vertrouwensrelatie met de patiënt(en), die niet al te lichtvaardig moet worden genomen. Het nader onderzoeken van een eerste vermoeden, het (anoniem) voorleggen van de casus aan het AMK en eventueel een collega voor advies, het zo mogelijk inlichten van de ouders en het eventueel verifiëren van het vermoeden bij andere betrokken hulpverleners, zijn stappen die kunnen leiden tot enige nadere onderbouwing en die vinden wij van groot belang vanuit een oogpunt van zorgvuldigheid (1). De KNMG tekent daarbij aan dat meldingen die nadien ongefundeerd bleken te zijn inmiddels tot de nodige tuchtrechtelijke procedures hebben geleid, die de meldingsbereidheid onder druk kunnen zetten. De stapsgewijze benadering van de Meldcode wil voorkomen dat - zoals de Raad ook zelf signaleert (p. 11) - ingrijpen soms even schadelijk kan blijken voor het kind als het risico waartegen dat ingrijpen het kind wil beschermen. Dat geldt zeker wanneer sprake is van onduidelijke vermoedens. Het verbreken van de arts-patiëntrelatie na een melding op instigatie van de patiënt is geen zeldzaamheid en het risico dat ouders zorg gaan mijden als die primair gefocust is op veiligheid en niet op zorg zelf, is eveneens aanwezig. Op die manier kan de toegankelijkheid van de zorg te veel onder druk komen te staan en wordt hulpverlening te zeer bemoeilijkt. Het leidend perspectief van de Meldcode is primair hulpverlening in situaties van veiligheidsrisico's voor kinderen en niet het melden 'an sich'. Melden is in de optiek van de Meldcode een middel om hulpverlening op gang te brengen in situaties van mogelijke onveiligheid. Dit vanuit het centrale doel: het boven water krijgen én beheersbaar maken van veiligheidsrisico's voor kinderen. Als dat lukt zonder melding, is dat dus soms duidelijk te prefereren.</p> <p>(1) Overigens is het verifiëren van het vermoeden bij andere bij het gezin betrokken hulpverleners (stap 4 in de Meldcode) optioneel en dus - anders dan in het rapport gesteld zeker niet verplicht; dat geldt wel voor het vragen van advies aan het AMK (stap 2).</p>

		<p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad onderkent het belang van zorgvuldigheid en het respecteren van privacy van de ouders, maar meent dat het waarborgen van de fysieke veiligheid van het jonge kind op de eerste plaats moet komen. De Onderzoeksraad deelt de zorgen van het KNMG over de invloed van tuchtrechtelijke procedures op de meldingsbereidheid. De Onderzoeksraad vindt dat, in gevallen van letsel bij jonge kinderen in combinatie met zorgen, optimaal gebruik moet worden gemaakt van de beschikbare kennis bij verschillende disciplines. Het melden is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Bij de ernstige (gezins)problematiek waar dit rapport over gaat, zijn competenties benodigd die niet van artsen verlangd kunnen worden.</p>
7	H5	<p><i>KNMG:</i></p> <p>Wij herkennen in dat licht ook niet de bevinding dat de Meldcode onvoldoende duidelijk maakt dat een vermoeden niet hoeft te zijn bewezen om het te mogen melden. Ook zijn opzet en daderschap in de Meldcode uitdrukkelijk geen relevante gegevens. Het is niet aan de arts om te (be)oordelen of sprake is van 'opzet' en 'daderschap', los van de omstandigheid dat kan worden betwijfeld of het aanmerken van een ouder als 'dader' die met 'opzet' mishandelt een juist beeld geeft van de meeste situaties. Hoe dan ook: de Meldcode maakt ons inziens voldoende duidelijk dat zekerheid over feiten niet nodig is. Het moet echter wel gaan om een redelijk vermoeden, een vermoeden dat na enig nader onderzoek als vermoeden wordt bevestigd dan wel niet wordt weggenomen. Artsen hebben naar onze indruk ook niet het gevoel dat zij pas tot melding zouden mogen overgaan als hun vermoeden is bewezen. In dat laatste geval zou sprake zijn van feiten, hetgeen iets anders is dan vermoedens.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De opmerkingen over 'opzettelijkheid' en 'daderschap' zijn door de Onderzoeksraad veranderd. Het is uiteraard juist dat een vermoeden niet hoeft te zijn bewezen. De Onderzoeksraad ziet in de voorvallen dat er gezien de leeftijd van de jonge kinderen en de aard van het letsel het te lang duurt voordat er overgegaan wordt tot een melding. De Onderzoeksraad wilde met deze begrippen ook wijzen op het verschil tussen het bevestigen van mishandeling (een opzettelijke handeling door de ouders) en het onderzoeken of de fysieke veiligheid van het kind is gewaarborgd (hoe is het met het kind gesteld). Deze begrippen wekken echter verwarring en zijn verwijderd.</p>
7	H5	<p><i>KNMG:</i></p> <p>De aanbeveling in het rapport dat Meldcodes als die van de KNMG verdicht zouden moeten worden met meer concrete omschrijvingen wanneer de veiligheid van een kind in het geding is en wanneer de arts melding moet maken van een vermoeden van kindermishandeling, vinden wij interessant, maar wij vragen ons wel af of het werken met gedetailleerde lijstjes onzekerheid ooit kan wegnemen en of zij niet slechts schijnzekerheid bieden. Professionals hebben houvast nodig, maar het inschatten van kansen op onveiligheid door kindermishandeling is geen mechanisch proces, terwijl de kans dat dergelijke lijsten bij breed gebruik tot veel onterechte meldingen leiden in onze ogen niet denkbeeldig is. Wat in het licht daarvan overigens opvalt, is dat veel van de geanalyseerde gevallen van (bijna) fatale kindermishandeling zich voordeden op een moment dat al melding was gedaan of zelfs al kinderbeschermingsmaatregelen waren getroffen. Het is de vraag of dat gegeven voldoende is meegenomen in deze conclusie uit het rapport, zeker aangezien de Meldcode nog niet was geïmplementeerd ten tijde van de geanalyseerde voorvallen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad is van mening dat de richtlijnen wat betreft situaties waarin moet worden gemeld verbeterd kunnen worden en dat forensisch-medische kennis meer en beter benut moet worden bij het beoordelen van letsel. De Onderzoeksraad vindt het belangrijk dat in het geval van fysieke onveiligheid in de vorm van letsel de informatie zo snel mogelijk gebundeld wordt. Het melden is hier een belangrijke voorwaarde voor.</p>
7	H5	<p><i>KNMG:</i></p> <p>De KNMG wijst de Onderzoeksraad op enkele onjuistheden ten aanzien van de KNMG-meldcode. Onjuist is de stelling in het rapport dat in de Meldcode in het midden wordt gelaten hoe melders moeten kiezen tussen AMK, Raad of aangifte doen bij de politie.</p>



		<p>In artikel 10 van de Meldcode wordt aangegeven dat het AMK de eerstelijnsvoorziening is maar dat in situaties die zó acuut zijn dat onmiddellijk ingrijpen met een kindbeschermingsmaatregel noodzakelijk is, direct de Raad moet worden ingeschakeld. In artikel 11 wordt beschreven wanneer de politie moet worden ingeschakeld. Overigens betreft het daar niet het doen van aangifte, maar het inschakelen van de politie om acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van het kind af te wenden (hulpverlening dus). Het doen van aangifte wordt in de meldcode niet gezien als een taak voor de arts maar eventueel wel als taak van het AMK. Wel wordt beschreven wanneer de arts kan bijdragen aan een strafrechtelijk onderzoek door het (eventueel ook zonder toestemming) verstrekken van informatie aan politie en/of justitie.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Deze opmerkingen zijn verwerkt. De Onderzoeksraad tekent aan dat in de meldcode onderscheid wordt gemaakt naar de verschillende instanties waar de arts terecht kan. De Onderzoeksraad vindt echter onvoldoende geoperationaliseerd, wanneer, in welke situatie bij welke instantie gemeld moet worden. De Onderzoeksraad verwijst hiervoor naar zijn betoog in Hoofdstuk 5.</p>
8	Algemeen	<p><i>Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) Jeugdzorg:</i> Algemeen: Een belangrijke constatering is dat MOgroep Jeugdzorg onvoldoende terugvindt over de ontwikkelingen sinds 2008 op het gebied van het veiligheidsbeleid en risicomanagement bij de Bureaus Jeugdzorg. MOgroep Jeugdzorg hecht eraan dat deze ontwikkelingen op een goede manier in het rapport worden verwoord. Deze komen in de visie van MOgroep Jeugdzorg onvoldoende aan bod en dit wekt de indruk dat de branche weinig heeft gedaan met de leerpunten uit de incidenten die zich in de jaren daarvoor hebben voorgedaan. Dat zou een onjuiste indruk zijn.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft alle teksten aangepast en de meest recente notities over Veiligheidsbeleid en risicomanagement bij de Bureaus Jeugdzorg, het herzien van het Handboek Verbetering Indicatiebesluit (eind 2010) en de laatste versie van het Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij (versie 3, december 2009) en een aanvullende notitie over instrumenten voor risicotaxatie in het rapport verwerkt. Het rapport vermeldt nu dat veiligheid in de laatste jaren meer aandacht heeft gekregen en nu een centraal begrip is in onder meer het handboek Deltamethode Gezinsvoogdij. De conclusie dat veiligheid geen richtinggevend beginsel was geldt daarom nog wel voor de periode van de onderzochte voorvallen maar voor de huidige situatie niet meer. Omdat het rapport zich ook richt op de huidige situatie is deze conclusie aangepast.</p>
8	H4 H5 Bijlage D	<p><i>Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) Jeugdzorg:</i> De MOgroep geeft een reactie ten aanzien van feitelijkheid en onduidelijkheden. Daarbij verwijst de MOgroep vooral naar de meest recente ontwikkelingen (handboeken, notities).</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft deze feitelijkheden verwerkt.</p>
8	H5	<p><i>Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) Jeugdzorg:</i> Gesteld wordt dat het handboek Deltamethode Gezinsvoogdij geen aanwijzingen bevat hoe de professional moet omgaan met nieuwe informatie. Deze stelling is onjuist. Ook het Handboek versie 2 bevatte in paragraaf 6.2.1 al aanwijzingen en aanknopingspunten hoe en wanneer gehandeld dient te worden lopende de ots. Dit is vervolgens in versie 3 verder aangescherpt in de paragrafen 8.1.2 en 8.2.1. Ondersteunend zijn hierin tevens de in versie 3 opgenomen Deltaveiligheidslijsten Box I en 2.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> In het Deltaplan wordt aandacht besteed aan 'nieuwe feiten en omstandigheden, die de bedreiging voor het kind (weer) vergroten'. Er wordt beschreven dat als het kind onmiddellijk gevaar loopt de kernbeslissing 'reactie op signaal van derden' moet worden genomen. De opmerking van de MOgroep is terecht en verwerkt.</p>

8	H5	<p><i>Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) Jeugdzorg:</i></p> <p>De Onderzoeksraad geeft hier van versie 2 van de Deltamethode haar interpretatie van de kernbeslissingen weer en slaat de plank mis. In de eerste plaats noemt de Onderzoeksraad dat de gezinsvoogd 4 kernbeslissingen kan nemen. Op pagina 138 van het onderzoeksrapport staat de passage: 'De Deltamethode gaat bij alle genoemde beslissingen uit van het oordeelsvermogen van de betrokken professional.' Dit is pertinent onjuist en daarmee misleidend. Paragraaf 6.2. van versie 2 van de Deltamethode stelt dat kernbeslissingen dermate belangrijk zijn, dat de gezinsvoogd deze beslissingen niet alleen mag nemen, maar altijd met een gedragswetenschapper en/of leidinggevende. De term kernbeslissing is geïntroduceerd juist met het oog op de noodzaak dat de professional zijn oordeel laat toetsen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad bedoelde met de betreffende formulering niet dat de professional in isolement oordeelt, maar dat bedreigde kinderen afhankelijk zijn van het professionele oordeel. Professionals beschikken over open normen die ze per casus toepassen. De kwaliteit van de beslissing is afhankelijk van de kwaliteiten van professionals. De betreffende teksten zijn aangepast, zodat niet meer de indruk wordt gewekt dat een professional in isolement handelt. Daarnaast is het onderwerp interne toetsing van beslissingen nu ook opgenomen in hoofdstuk vijf.</p>
8	Algemeen	<p><i>Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) Jeugdzorg:</i></p> <p>De Onderzoeksraad stelt op diverse plaatsen in het onderzoek dat veiligheid soms ondergeschikt wordt gemaakt aan de ontwikkeling van het kind of aan medewerking van de ouders. Hierboven is reeds vermeld dat dit al enige tijd niet meer zo is. De notitie veiligheidsbeleid, ORBA en het Protocol AMK, het Handboek VIB en de Deltamethode benadrukken dat veiligheid en ontwikkeling van het kind twee gelijkwaardige belangen zijn die de jeugdzorg, en zeker de jeugdbescherming, moet behartigen. Ook de door de Onderzoeksraad aangehaalde Willems baseert zich bij zijn indeling voor de gradatie (ernstfactoren voor kindermishandeling) op de te verwachten bedreiging van de minimale persoonswording (=ontwikkeling).</p> <p>De twee onderwerpen gaan dus hand in hand en zijn geen tegengestelde belangen. Dit wil overigens niet zeggen dat het maken van onderscheid zinloos is. Met name de focus op de veiligheid van het kind geeft extra scherpte aan het handelen van onderzoekers en jeugdbeschermers en is behulpzaam bij bijvoorbeeld het nemen van de kernbeslissingen. Daarom is dit de afgelopen jaren ook speerpunt van beleid voor MOgroep Jeugdzorg geweest.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad ziet en heeft waardering voor de toenemende focus op de veiligheid van het kind door de MOgroep. Deze focus zou verder geoperationaliseerd kunnen worden, in ieder geval wat betreft de fysieke veiligheid van het jonge kind. Ook is het belangrijk om handelingsgevolgen te koppelen aan het constateren van onveiligheid. De Onderzoeksraad mist daarbij het structurele gebruik van kennis en ervaringen vanuit eerdere casuïstiek bij het bepalen van gevolgen.</p>
8	Algemeen	<p><i>MOgroep Jeugdzorg:</i></p> <p>De Onderzoeksraad spreekt zijn verbazing uit over het feit dat een classificatiesysteem, zoals Willems dat aanreikt, ontbreekt. In de eerste plaats moet vermeld dat de lijst van Willems zeker nog gebruikt wordt. Het handboek VIB bevat deze lijst als bijlage. De ontwikkeling heeft niet stil gestaan. Zijn items zijn inmiddels ook nader uitgewerkt in de instrumenten die binnen de Bureaus Jeugdzorg worden gebruikt: de GCT, LIRIK, CARE-NL en de Delta Veiligheidslijst Box I en II. In die zin maakt de branche zeker gebruik van geobjectiverde en wetenschappelijk gefundeerde instrumenten. De Onderzoeksraad zou graag richtlijnen zien voor het bepalen welke mate van onveiligheid moet leiden tot bijstelling in de aanpak. Hierin verschilt MOgroep Jeugdzorg van mening met de Onderzoeksraad: het louter handelen op basis van een classificatie wordt afgewezen. Dit doet te weinig recht aan complexe gezinssituaties waar mishandeling een rol speelt. Altijd is het risico aanwezig van een verkeerde inschatting en daarmee van een zeer ingrijpende verkeerde beslissing. In elk gezin zijn immers naast bedreigende ook beschermende factoren aanwezig.</p>

		<p>Een professioneel oordeel op basis van feiten en zo compleet mogelijke informatie, kan nooit vervangen worden door een score van een instrument, hoe waardevol en onmisbaar een instrument ook is. Uitzonderingen zijn natuurlijk die gevallen waarin kinderen direct en aantoonbaar fysiek mishandeld zijn. Acuu ingrijpen is dan nodig. Deze mening is ingegeven door de mening van wetenschappers. MOgroep Jeugdzorg vroeg in 2008 aan het NJI de bruikbare risicotaxatie-instrumenten te beschrijven en een oordeel te geven over het nut hiervan, met het volgende als resultaat.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Het gaat de Onderzoeksraad niet om het louter werken met een classificatiesysteem. De Onderzoeksraad meent dat partijen zich moeten blijven inspannen voor het verder verbeteren van het instrumentarium. De Onderzoeksraad denkt daarbij ook aan het structurele gebruik van kennis en ervaringen vanuit eerdere casuïstiek bij het bepalen van handelingsgevolgen na geconstateerde onveiligheid. Het gebruik van open normen, zoals MOgroep voorstaat, vraagt veel van professionals. Deze zouden veel zwaarder moeten worden toegelust, niet alleen met instrumenten, maar ook met kennis, ervaring en tijd voor reflectie.</p>
9	H5	<p><i>Ministerie voor Jeugd en Gezin</i> In het rapport concludeert de Onderzoeksraad dat veiligheid geen richtinggevend beginsel is. In de praktijk maken professionals continu afwegingen over kinderen en de gezinssituatie. Daarbij staat de veiligheid van het kind voorop. De vraag aan de Onderzoeksraad is dan ook hoe hij komt tot de conclusie dat de veiligheid geen richtinggevend beginsel is.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad constateerde op basis van de voorvallen in de periode 2004-2007 dat veiligheid geen richtinggevend beginsel was. Daarna is er veel veranderd, in ieder geval in het beleid. De conclusie is aangepast.</p>
9	H5	<p><i>Ministerie voor Jeugd en Gezin</i> In het rapport concludeert de Onderzoeksraad dat forensisch-medische kennis onvoldoende beschikbaar is. Gezien de beschreven cases en daarop uitgevoerde analyse, is dit ons inziens een conclusie die nadere toelichting verdient. In verschillende van de beschreven cases komt naar voren dat letsel verkeerd geïnterpreteerd is en dat het invoeren van forensische expertise mogelijk tot een andere interpretatie zou hebben geleid. Daarbij lijkt eerder sprake van het 'niet-invoeren' van forensisch-medische kennis dan dat deze kennis niet beschikbaar is. De vraag aan de Onderzoeksraad is dan ook hoe de conclusie dat forensisch-medische kennis onvoldoende beschikbaar is, tot stand is gekomen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> In de voorvallen wordt forensisch-medische kennis niet ingeroepen. Uit publicaties blijkt dat forensisch-medische kennis onvoldoende beschikbaar is. De Onderzoeksraad heeft deze verschillende bronnen vermeld in het rapport.</p>
9	Algemeen	<p><i>Ministerie voor Jeugd en Gezin</i> Het Ministerie voor Jeugd en Gezin heeft aanvullende informatie over actuele beleidsontwikkelingen in haar reactie verwerkt.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De tekstvoorstellen of actuele beleidsontwikkelingen zijn overgenomen. Twee aanvullingen over richtlijnontwikkeling door de beroepsverenigingen in de jeugdzorg en het ontwikkelen van een e-learning module voor de voorlichting aan huisartsen bij het hanteren van de KNMG-meldcode, zijn ter kennisgeving aangenomen.</p>
9	Algemeen	<p><i>Ministerie voor Jeugd en Gezin</i> Het Ministerie voor Jeugd en Gezin heeft in haar reactie feitelijke onjuistheden en omissies aangegeven.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Geheel overgenomen.</p>

10	Algemeen	<p><i>Nederlands Forensisch Instituut</i></p> <p>De term 'Shaken Baby Syndroom' is een oude term en nog ingeburgerd spraakgebruik. De internationaal geaccepteerde term is 'Abusive Head Trauma' (vertaling: toegebracht schedel/hersenletsel); C.Q. Christian, R. Block and the Committee for Child Abuse and Neglect. Bij dit soort trauma gaat het immers vaak niet alleen om schudden. Het verdient aanbeveling de oude term niet meer in het rapport te gebruiken of in de definitielijst te verwijzen naar de nieuwe term en toelichting daarbij.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De term Shaken Baby Syndroom blijft in de teksten gehanteerd omdat het ingeburgerd spraakgebruik is. Naar de nieuwe term wordt verwezen.</p>
10	Algemeen	<p><i>Nederlands Forensisch Instituut:</i></p> <p>Het NFI stelt een aantal tekstuele verbeteringen voor.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>Geheel overgenomen.</p>
11	Algemeen	<p><i>Nederlands Jeugdinstituut:</i></p> <p>Op diverse plekken in het rapport wordt veiligheid expliciet gekoppeld aan de fysieke veiligheid van kinderen, bijvoorbeeld in relatie tot verantwoordelijkheden van de overheid en partijen in het kindveiligheidsstelsel. Hoewel begrijpelijk in de context van de onderzoeksvraag (fatale gevallen van kindermishandeling) is deze afbakening van veiligheid ons inziens te beperkt. De verantwoordelijkheden van ouders, overheid en partijen in het kindveiligheidsstelsel voor de veiligheid van kinderen betreffen naast de fysieke veiligheid ook de emotionele veiligheid van kinderen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de definitie van kindermishandeling zoals gehanteerd in de Wet op de Jeugdzorg. Emotionele mishandeling en verwaarlozing, alsook getuige zijn van huiselijk geweld vallen uitdrukkelijk binnen deze definitie. Tevens verwijzen wij in dit verband graag naar de smalle en brede definities van veiligheid, die onder meer door de bureaus jeugdzorg gehanteerd worden in het kader van hun veiligheidsbeleid:</p> <p>'Het begrip veiligheid heeft betrekking op de minimale condities waaronder een kind gezond en wel kan opgroeien. Afhankelijk van de voorliggende beoordeling of beslissing, wordt het begrip veiligheid breed of smal opgevat:</p> <p><i>Smalle opvatting:</i> Een kind is veilig als het niet in levensgevaar verkeert en zijn/haar lichamelijke integriteit gewaarborgd is. Deze smalle opvatting is richtinggevend voor de beoordeling of direct ingrijpen noodzakelijk is om de veiligheid van het kind te waarborgen (dit betreft vooral de fysieke veiligheid).</p> <p><i>Brede opvatting:</i> Een kind is veilig als het structureel kan rekenen op een volwassene die voorziet in zijn basale fysieke en emotionele behoeften, die hem beschermt tegen gevaar en die daarin continuïteit en voorspelbaarheid biedt. Deze brede opvatting van veiligheid is richtinggevend voor beslissingen waarbij de ontwikkelingsperspectieven voor het kind op langere termijn leidend zijn. (fysieke én emotionele veiligheid)' (Ten Berge &amp; Van Montfoort, 2008: Berge. I.J. ten &amp; Van Montfoort, A. (2008). Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg. Utrecht: MOgroep)</p> <p>Onze aanbeveling is om, waar van toepassing, in het rapport helder te zijn over de reikwijdte van de verantwoordelijkheden van ouders, overheid en partijen in het kindveiligheidsstelsel.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i></p> <p>De Onderzoeksraad heeft geprobeerd de begrippen scherper neer te zetten in de eindversie van haar rapport. Hij heeft daarbij gebruikt gemaakt van de door het NJI aangehaalde rapporten en notities.</p>

11	Algemeen	<p><i>Nederlands Jeugdinstituut:</i> Het NJI heeft per paragraaf een aantal opmerkingen gemaakt. Het betrof tekstuele verbeteringen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De tekstuele verbeteringen zijn overgenomen. Als opmerkingen door de Onderzoeksraad niet zijn overgenomen dan staan ze hieronder vermeld.</p>
11	H2	<p><i>Nederlands Jeugdinstituut:</i> Het is de vraag of het getal van 105.000 voor kinderen van 0-12 jaar klopt. Van IJzendoorn e.a. noemen een getal van 107.200 voor kinderen van 0-17 jaar. Hiervan zijn 43,4% kinderen van 0-11 jaar (Van IJzendoorn e.a., 2007, tabel 7.9, p. 111) = 78.685 kinderen. In bijlage B van het rapport (p. 88, 2e alinea) wordt het getal van 105.000 overigens genoemd voor kinderen van 0-18 jaar (i.p.v. 0-12). Wat betreft het genoemde percentage van 13% fysieke mishandeling: Op basis van tabel 6.8 in van IJzendoorn e.a. komen wij tot een percentage van ruim 19% fysieke kindermishandeling. Het door de OvV genoemde getal van 14.000 kinderen betreft alleen gevallen met aanwijsbare schade, terwijl van IJzendoorn e.a. in hun prevalentiecijfers uitgaan van een combinatie van aanwijsbare en vermoedelijke schade.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De constatering van het NJI dat de leeftijdsindeling en de daaruit voorkomende kengetallen niet eenduidig gehanteerd zijn, is juist. In hoofdstuk 2 zijn de kengetallen - voor zover mogelijk - aangepast op de kinderen tussen de 0 en de 12 jaar. In bijlage B is meer geprobeerd de algemene context te schetsen waarbij ook kengetallen gebruikt zijn voor de groep 0-18 jaar.</p> <p>Overigens is de hierboven uitgewerkte berekening door het NJI van de studie van IJzendoorn niet helemaal correct. De studie van IJzendoorn schat het aantal kinderen slachtoffer van kindermishandeling op 107.200. In deze studie zijn er 73,4 procent van de kinderen tussen de 0 en de 12 jaar en niet 43,4 procent waarvan het NJI uitgaat (zie paragraaf 7,8, p. 110). Dit betekent dat er naar schatting 78.685 kinderen slachtoffer zijn van kindermishandeling. In tabel B1 in de bijlage (IJzendoorn e.a., 2007) staat een schatting van 14.192 van kinderen met aanwijsbare schade bij fysieke mishandeling voor kinderen tussen de 0-17 jaar. Omgerekend naar de 73,4 procent van de kinderen in deze studie tussen de 0 en 12 jaar is de schatting dat jaarlijks 10.417 kinderen aanwijsbare schade oplopen.</p>
11	H2	<p><i>Nederlands Jeugdinstituut:</i> Wellicht is het goed om op te merken dat het AMK slechts incidenteel gebruik maakt van de mogelijkheid tot vooronderzoek en de criteria die gelden voor de beslissing om een vooronderzoek te starten (zie protocol van handelen, 2009).</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Deze opmerking is niet overgenomen. In onze voorvallen kwam het vooronderzoek regelmatig voor. Het is voor de Onderzoeksraad onduidelijk waar de aanname van de het NJI op gebaseerd is.</p>
12	Algemeen	<p><i>Raad voor de Kinderbescherming:</i> Het verhoogt naar mijn mening de duidelijkheid, als in het begin van het rapport wordt toegevoegd dat het gaat om voorvallen uit de periode 2004-2007. Daarnaast stel ik voor om op een aantal plaatsen in het rapport, met het oog op de helderheid van het stelsel, de rekweserende rol van de Raad voor de Kinderbescherming te benoemen, c.q. te verhelderen. Zie daarvoor de tekstvoorstellen bij de betreffende pagina's.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft dit verduidelijkt. De tekstvoorstellen ten aanzien van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de Raad voor de Kinderbescherming zijn overgenomen. De geconstateerde feitelijke onjuistheden of onduidelijkheden zijn verwerkt. Als opmerkingen door de Onderzoeksraad niet zijn overgenomen dan staan ze hieronder vermeld.</p>

12	H2	<p><i>Raad voor de Kinderbescherming:</i> De Raad voor de Kinderbescherming maakt geen afspraken met ouders over zorgverlening in vrijwillig kader. De Raad hier weghalen. De Raad doet onderzoek en adviseert de rechter. Ook kan de Raad voor de Kinderbescherming verwijzen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> In algemene zin heeft de Raad voor de Kinderbescherming gelijk. In dit specifieke voorval heeft de Raad voor de Kinderbescherming de ouders geadviseerd.</p>
12	H5	<p><i>Raad voor de Kinderbescherming</i> 'Hierbij aansluitend constateert de Onderzoeksraad...' Dit geldt niet voor de Raad. In de Raadsmethode (NRM) is wel degelijk een vraag opgenomen over de veiligheid van kinderen (wat heeft het kind, naast de basale veiligheid, nodig). Dit onderzoek heeft waarschijnlijk voor de implementatie van de NRM plaatsgevonden.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad meent dat een vraag over wat een kind nodig heeft naast de basale veiligheid (zie pag. 4/17 van Nieuwe Raadsmethode) en het opnemen van het criterium 'basale zorg en veiligheid' (pag. 5) onvoldoende operationaliseert op welke manier naar veiligheid gekeken moet worden. Het valt op dat de Raadsmethode geen verwijzingen hanteert naar instrumenten die in de jeugdzorg worden gebruikt.</p>
13	H5	<p><i>Raad voor de Rechtspraak</i> De Onderzoeksraad meent dat een onderzoek naar de veiligheidssituatie van het kind bijna altijd vraagt om een persoonlijkheidsonderzoek van de ouder en wijst erop dat dit nu al mogelijk is in het kader van een kindbeschermingsmaatregel, maar dat van die mogelijkheid niet veel gebruik gemaakt wordt. Dit roept de vraag op welke mogelijkheid de Onderzoeksraad hier voor ogen staat. Het zou verhelderend zijn als hierop wordt ingegaan.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> In het kader van een maatregel van kindbescherming kan de kinderrechter om een persoonlijkheidsonderzoek van de ouder vragen. Dit gebeurt in de praktijk niet vaak.</p>
14	H6	<p><i>Raad voor Hoofdcommissarissen</i> De term Kindermishandeling wordt naar mijn mening te veel gebruikt in kaders waar geen sprake is van mishandeling an sich . Ik ga daarbij uit van de terminologie mishandeling die wij in het wetboek van strafrecht hanteren. Het wetboek van strafrecht onderscheidt daarin diverse artikelen zoals door u zeer helder is uiteengezet. Als een kind getuige is van geweld tussen de ouders wordt dit volgens de wet op de jeugdzorg ook als kindermishandeling betiteld. Deze soort 'mishandeling' staat echter niet in het wetboek van strafrecht. Er kan echter voor het kind wel sprake zijn van een onveilige situatie. Het juridisch handelen van de politie beperkt zich echter alleen tot de eventuele strafbare gedragingen van de ouder(s). Beter is het om te spreken van kindveiligheid hetgeen u in uw rapport dan ook verwoordt.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad is het hier mee eens en gebruikt de term kindveiligheid in zijn rapport.</p>
14	H6	<p><i>Raad voor Hoofdcommissarissen</i> De politie maakt in ieder incident waarbij zij een 'bezorgd gevoel' heeft rondom kinderen een zorgformulier op ten behoeve van Jeugdzorg. Zij is daarmee hofleverancier voor de AMK's in Nederland. Circa 30% van alle meldingen komen van de politie. Daarnaast is een nieuw protocol met Bureau Jeugdzorg (MOgroep Jeugdzorg) en het OM in de maak om het aantal meldingen/aangiften vanuit jeugdzorg/AMK naar de politie te vergroten en daarmee de normstelling toe te passen. Het adagium- één gezin, één plan- wordt nog te weinig consequent toegepast. De veiligheidshuizen zouden hierbij voor meer stroomlijning in de informatie-uitwisseling kunnen zorgen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad heeft hieraan aandacht besteed in het rapport.</p>

14	H6	<p><i>Raad voor Hoofdcommissarissen:</i> De doorlooptijden van onderzoeken naar kindermishandeling worden onnodig lang door te weinig forensisch deskundigen. Indien het aantal meldingen van kindermishandeling toeneemt, is meer van deze specialistische kennis nodig. Wat de politie betreft mag de Onderzoeksraad zich daar wat stelliger over uiten.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad neemt dit voor kennisgeving aan.</p>
14	H6	<p><i>Raad voor Hoofdcommissarissen:</i> De werkwijze- één gezin, één plan- en wellicht één regisseur kan maken dat de informatie per gezin bewaard en gedeeld blijft worden. Daardoor wordt het gezin langer gevolgd en kan een nieuw incident van kindermishandeling worden voorkomen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad neemt dit voor kennisgeving aan.</p>
14	H6	<p><i>Raad voor Hoofdcommissarissen:</i> De Raad voor Hoofdcommissarissen heeft enkele verbeteringen of aanvullingen op de tekst voorgesteld.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De opmerkingen zijn verwerkt.</p>
15	Algemeen	<p><i>Vereniging Nederlandse Gemeenten:</i> Ziet af van een reactie.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Geen.</p>
16	Algemeen	<p><i>Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling:</i> De VVAK heeft vooral een aantal tekstuele en inhoudelijke verbeteringen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Geheel overgenomen. Als opmerkingen door de Onderzoeksraad niet zijn overgenomen dan staan ze hieronder vermeld.</p>
	H3 Bijlage D	<p><i>Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling:</i> Het Protocol van handelen van het AMK berust niet op de ORBA-systematiek. Het Protocol van handelen was er al geruime tijd voor de ORBA-systematiek was ontwikkeld. Het Protocol van handelen is in 2009 aangepast aan de Wet op de jeugdzorg. De ORBA-systematiek zoals beschreven in het NJI rapport geeft wel een verdieping van het protocol van handelen en is verwerkt in het elektronisch dossier zoals dat door alle AMK's wordt gebruikt. Overigens wordt als risicotaxatie bij de meeste AMK's de CARE-NL gebruikt.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Geheel overgenomen.</p>
	H5	<p><i>Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling:</i> Wat betreft de forensisch medische kennis willen wij u verwijzen naar de brief die hierover deze zomer naar de Tweede Kamer is gegaan vanuit de minister voor Jeugd en Gezin. Echter een van de problemen bij een verzoek om een beoordeling van letsels door Forum Educatief of door een externe kinderradioloog deskundig op het gebied van kindermishandeling, is de financiering.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Deze reactie onderstreept het probleem zoals geschetst in het rapport.</p>

<p>H3 Bijlage D</p>	<p><i>Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling:</i> Ter aanvulling: bij diverse AMK's wordt De maat van kindermishandeling (P. Baeten) gebruikt ter beoordeling van de ernst/ urgentie.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> De Onderzoeksraad neemt dit ter kennisgeving aan.</p>
<p>H3 Bijlage D</p>	<p><i>Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling:</i> Meerdere keren wordt verwezen naar het feit dat rekening wordt gehouden met de autonomie van ouders. Ook wordt wel genoemd dat niemand 'doorzettingmacht' heeft. In het algemeen is het vanuit de belangen van het kind een probleem dat een ouder niet verplicht kan worden zich te laten behandelen. Zelf bij een IBS is dit heel betrekkelijk. Een kind kan dan ook alleen veilig worden gesteld door ouders in hun omgang met hun kind te beperken. De vraag is dan ook of verdere wetgeving dit dilemma kan verhelpen dan wel verminderen.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Dit onderstreept het pleidooi in het rapport.</p>
<p>Algemeen</p>	<p><i>Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling:</i> Fysieke mishandeling speelt in minder dan 17% van meldingen binnen de jeugdzorg keten een rol. Dit pleit ervoor dat al deze meldingen door het AMK onderzocht worden. Het AMK heeft als enige afdeling in de jeugdzorgketen (Bureau Jeugdzorg en de Raad) artsen in dienst (vertrouwensartsen inzake kindermishandeling). Ook als er sprake is van een vermoeden van kindermishandeling elders in de keten (Toegang, Gezinsvoogdij, Raad) is het wenselijk dat vertrouwensartsen betrokken worden. Vertrouwensartsen hebben de mogelijkheid om drempelloos intercollegiaal advies te vragen aan en overleg te hebben met derdelijnsinstanties zoals het NFI, Forum Educatief en kinderradiologen met expertise op gebied van kindermishandeling. Wel dient de financiering hiervan geregeld te worden.</p> <p><i>Verwerking Onderzoeksraad:</i> Dit standpunt sluit goed aan bij de problematiek zoals benoemd in dit rapport.</p>





**Onderzoeksraad voor Veiligheid**

**telefoon** (070) 333 70 00 • **e-mail** [info@onderzoeksraad.nl](mailto:info@onderzoeksraad.nl) • **internet** [www.onderzoeksraad.nl](http://www.onderzoeksraad.nl)

**bezoekadres** Anna van Saksenlaan 50 • 2593 HT Den Haag • **postadres** Postbus 95404 • 2509 CK Den Haag