# Huidige aanpak kindermishandeling ontoereikend voor gezinnen met complexe problematiek

## *Current approach of child abuse is insufficient for families with complex problems*

**Anneke Jelsma, Anke van Dijke, Jeanette Nijland, Ellen de Ruiter en Linda Terpstra**


## Samenvatting

Het Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling (MDCK) in Friesland behandelde in 2015 zo'n 60 van de meest complexe Friese kindermishandelingszaken. De belangrijkste les uit deze casussen was dat de huidige aanpak van kindermishandeling voor een bepaalde categorie gezinnen onvoldoende is. Langdurige zorg in plaats van een crisisgerichte aanpak lijkt niet alleen effectiever maar is op de lange duur zelfs goedkoper.

## *Summary*

*In 2015, the multidisciplinary Centre for Child Abuse in Friesland in the Netherlands treated 60 of the most complex Frisian child abuse cases. The most important lesson learned is that the current approach is insufficient for this type of family. Long-term care rather than a crisis type of approach appears not only more effective, in the long run it may even be less expensive.*



## Over de auteurs

Drs. Anneke Jelsma, drs. Anke van Dijke, Jeanette Nijland, Ellen de Ruiter (Bc.) en drs. Linda Terpstra zijn werkzaam als respectievelijk projectleider MDCK Friesland, lid Raad van Bestuur Fier, directeur/bestuurder Regiecentrum Friesland (incl. Veilig Thuis en de Kinderbescherming), communicatie expert bij Fier, voorzitter Raad van bestuur Fier.

## *About the authors*

*Anneke Jelsma, MSc., Anke van Dijke, MSc., Jeanette Nijland, Ellen de Ruiter en Linda Terpstra, MSc., all are affiliated as project leader MDCK Friesland, member of the board of the foundation FIER, director Regiecentrum Friesland, communication expert at Fier, and chair of the foundation, respectively. All organisations are based in the Netherlands.*


**Dit artikel verscheen eerder in Orthopedagogiek Onderzoek en Praktijk (OOP), jaargang 55. nr. 3/4 maart/april 2016**

## Inleiding

Bij het Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling Friesland (MDCK) worden veel ouders aangemeld met psychi(atri)sche problemen, verslavingsproblemen en of een lichte verstandelijke beperking. Vaak betreft het gezinnen waar al veel hulp is of is geweest. We zien vooral ouders die heel graag goed voor hun kinderen willen zorgen, maar waar het leven een aaneenschakeling is van crisissen, huiselijk geweld, chaos en conflicten. Ouders die wel willen, maar niet kunnen vanwege hun belaste verleden, psychische problemen, verslaving, stress en trauma's.

Bij kindermishandeling zijn ouders (91%) primair het probleem (United States Department of Health and Human Services, 2015). Zij verwaarlozen, misbruiken of mishandelen hun kind of brengen hun kind schade toe door een destructieve of gewelddadige relatie met hun (ex) partner. Toch willen de meeste ouders het beste voor hun kind. Zij zijn er niet op uit om hun kind schade toe te brengen. Integendeel. Ze willen het liefst zelf op een goede manier voor hun kinderen zorgen. Uitzondering zijn de mishandelende ouders die aangemerkt kunnen worden als psychopaat, die gewetenloos zijn en geen schuld, trouw, loyaliteit of inlevingsvermogen hebben ten opzichte van anderen. Maar gewetenloze ouders zijn er niet veel. Bij complexe en hardnekkige zaken van kindermishandeling zien we vooral veel 'kwetsbaar ouderschap'.

Bij verwaarlozing en mishandeling van kinderen bestaat een hoog risico op intergenerationele overdracht, geweld dat van generatie op generatie wordt doorgegeven (e.g., Abramovaite, Bandyopadhyay, & Dixon, 2015; Berlin, Appleyard & Dodge, 2011; Terpstra & Van Dijke, 2016). In dit verband is het relevant dat veel volwassenen met ernstige verslavings- en psychiatrische problematiek een achtergrond hebben van misbruik, mishandeling of verwaarlozing. De volwassenen die zich nu schuldig maken aan mishandeling en verwaarlozing waren vaak zelf als kind slachtoffer van mishandeling en verwaarlozing. Een voorbeeld is een stel ouders die beiden als kind vele jaren in een internaat hebben gewoond. Vanwege verwaarlozing en partnergeweld worden ze gemeld bij Veilig Thuis. Deze ouders willen hun kindje een betere toekomst geven dan dat ze zelf hebben gehad, toch verwaarlozen ze hun kindje en zijn 'at risk' voor een onder toezicht stelling en een uithuisplaatsing. Als kind hebben ze niet gekregen wat zij zelf nodig hadden en niet geleerd wat ze hun eigen kindje moeten geven.

Amerikaans en Nederlands onderzoek (Kuipers, Dusseldorp, & Vogels, 2010; Lanius, Vermetten, & Pain, 2010) laat zien dat hoe meer traumatische ervaringen een kind in zijn of haar kindertijd had, hoe groter de kans op ernstige problemen op verschillende leefgebieden later in het leven. Op de basisschool laten ze bijvoorbeeld internaliserend probleemgedrag, leerproblemen, gepest worden zien en in de puberteit en adolescentie onder andere externaliserend probleemgedrag, seksualiserend gedrag, middelengebruik, voortijdig schoolverlaten. Als volwassene komen er naast meer (chronische) psychi(atri)sche problemen, persoonlijkheidsstoornissen, middelenafhankelijkheid, verslaving, ook gezondheidsproblemen, relatieproblemen, opvoedproblemen en problemen op andere levensterreinen bij. Dit maakt de cirkel op haar beurt weer rond.

In een eerdere bijdrage hebben wij laten zien dat het 'nieuwe' beleid rond kindermishandeling tegenstrijdig is aan bestaande wetgeving, waardoor mishandelde en misbruikte kinderen niet de bescherming krijgen die ze nodig hebben (Van Dijke, Van Bavel, Van Arum, De Ruiter, Reijns, & Terpstra, 2015. Het doel van deze bijdrage is duidelijk te maken waarom de huidige aanpak van kindermishandeling niet werkt en wat er zou moet gebeuren om de vicieuze cirkel van complexe problematiek te doorbreken. Daartoe zal eerst een analyse van de risicofactoren worden beschreven.

## Risicofactoren kindermishandeling

Het Nederlands Jeugdinstituut (Van Rooijen, Bartelink & Berg, 2013) heeft een inventarisatie gemaakt van de risicofactoren voor kindermishandeling. Het betreft:

- Ouders die zelf als kind met mishandeling, misbruik, verwaarlozing en andere traumatische gebeurtenissen en omstandigheden te maken hebben gehad. Geschat wordt dat ongeveer een derde van deze ouders later zelf hun kind mishandelt.
- Ouders die kampen met psychische of psychiatrische problemen, zoals depressie, emotionele instabiliteit en een gebrek aan zelfwaardering. Depressie van de moeder is één van de meest voorkomende risicofactoren voor kindermishandeling.
- Ouders met verslavingsproblemen: 50% van de fysiek mishandelende ouders heeft verslavingsproblemen. Bij verwaarlozende ouders verschillen de cijfers: minimaal 30% en maximaal 90% van de verwaarlozende ouders heeft verslavingsproblemen.
- Er is een sterk verband tussen mishandeling en een combinatie van werkloosheid, laag inkomen en financiële zorgen. Het risico op kindermishandeling is bijna zeven keer groter in gezinnen met zeer laagopgeleide ouders. Werkloosheid van beide ouders vergroot het risico hierop ruim vijf keer.
- Ontbreken van praktische en emotionele steun uit het sociaal netwerk is een belangrijk kenmerk van mishandelende en verwaarlozende gezinnen. Sociaal isolement van moeders is een van de meest gevonden risicofactoren voor kindermishandeling. Ouders die hun kind fysiek mishandelen hebben soms wel een sociaal netwerk, maar hun contacten daarmee zijn vaak zo conflictueus dat ze die niet als ondersteunend ervaren.
- Verder wordt stress genoemd als risicofactor. Stress hangt veelal samen met andere risicofactoren zoals armoede, kinderen die extra zorg nodig hebben en psychiatrische problematiek.
- Ook bij ouders met een verstandelijke beperking is de kans op mishandeling of verwaarlozing groter.

In deze lijst komen conflictscheidingen niet voor als risico voor kindermishandeling. Het is echter een fenomeen dat het MDCK en de hulpverlening veel tegenkomen en waar kinderen evident schade aan oplopen. Eén op de drie huwelijken strandt. Naar schattingen van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum verloopt 10 tot 15% van de echtscheidingen problematisch, met negatieve gevolgen voor kinderen (Ter Voert, 2015).

## Huidige aanpak en een analyse van het probleem

Op dit moment is het maakbaarheidsprincipe dominant in de zorg. We geloven dat – relatief - kortdurende hulpverlening en behandeling de problemen oplossen in deze gezinnen. We versterken de competenties van de gezinsleden en de opvoedvaardigheden van ouders, we verminderen de opvoedingsbelasting bij ouders en de gedragsproblemen bij kinderen en we versterken het sociaal netwerk van het gezin en stimuleren de gezinsleden hier meer gebruik van te maken. Zo'n interventie duurt gemiddeld tussen de een en twaalf maanden. Interessant is dat deze interventies in de gezinnen waar het MDCK mee te maken heeft doorgaans wel effectief maar niet duurzaam zijn. Dat wil zeggen dat de interventies de rust en de structuur in het gezin herstellen en de gezinsleden zijn blij met de interventie. Als de rust is weergekeerd wordt de hulpverlening beëindigd.

De aanpak die gehanteerd wordt, lijkt ontoereikend voor de gezinnen met de meest complexe problematiek. We zien namelijk dat deze gezinnen na verloop van tijd opnieuw aangemeld worden bij Veilig Thuis of een andere instantie. Er is – opnieuw – sprake van chaos, verwaarlozing, geweld. Opnieuw wordt er hulp ingezet. En na verloop van tijd "dooft de hulpverlening weer uit", zoals een medewerker van Veilig Thuis het verwoordde. Als dit patroon zich een aantal keren herhaalt, komt de vraag onvermijdelijk op tafel of deze ouder(s) wel in staat zijn om hun kinderen de veiligheid te bieden die zij nodig hebben om gezond op te groeien. Een ondertoezichtstelling (OTS) of een (tijdelijke) uithuisplaatsing volgt.

Een dilemma is echter dat de internaten en pleeggezinnen waar deze kinderen worden geplaatst soms net zo beschadigend zijn als de situatie waar de kinderen uitgehaald zijn. Veel uithuisgeplaatste kinderen worden overgeplaatst van de ene naar de andere crisisgroep, leefgroep, behandelgroep of pleeggezin. Natuurlijk zijn er kinderen die in een stabiel pleeggezin terecht komen en daar kunnen blijven zo lang als nodig is. Maar veel uithuisgeplaatste kinderen hebben dat geluk niet. Ze komen in een systeem van jeugdhulp terecht dat wordt gekenmerkt door instabiliteit en gebrek aan hechtingsfiguren, waar soms sprake is van een repressief pedagogisch klimaat en waar kinderen een aanzienlijke kans hebben op revictimisatie (herhaald slachtofferschap) als het gaat om seksueel misbruik en verwaarlozing (Commissie-Samson, 2012).

Een deel van deze kinderen raakt verder beschadigd in dit systeem dat in het leven is geroepen om hun veiligheid en ontwikkeling te waarborgen. Deze uithuisgeplaatste kinderen komen dus van de regen in de drup terecht. Van een situatie van kindermishandeling thuis naar een systeem dat een hoog risico met zich meebrengt op institutionele verwaarlozing. Kinderen die langdurig afhankelijk zijn van jeugdhulp lopen de meeste kans op verdere beschadiging in dit systeem. Er is dan ook een grote maatschappelijke urgentie om naar andere oplossingen te zoeken bij 'complexe en hardnekkige zaken van kindermishandeling' en 'kwetsbaar ouderschap'.

## Wet Langdurige Zorg

Bij veel problemen hebben mensen baat bij tijdelijke hulpverlening of behandeling. De hulp is gericht op het oplossen van het probleem, de behandeling gericht op genezing. Maar soms zijn problemen niet te op te lossen of te genezen en leren mensen niet om met hun kwetsbaarheden en beperkingen om te gaan. Het gaat dan om chronische beperkingen waar (levens)lang ondersteuning bij nodig is.

De overheid heeft de 'Wet langdurige zorg' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015) in het leven geroepen voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Het gaat om mensen waar de ondersteuning van hun sociaal netwerk en de reguliere hulpverlening niet toereikend zijn, bijvoorbeeld: kwetsbare ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap of mensen met een psychische stoornis.

De benadering van de Wet langdurige zorg zou ook toegepast kunnen worden op de kwetsbare ouders waar het Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling (MDCK) mee te maken heeft. Bij deze ouders is sprake van een vergaande kwetsbaarheid en van chronische beperkingen die doorgaans het gevolg zijn van jeugdtrauma's en een hoog risico vormen voor verwaarlozing van hun eigen kinderen en andere vormen van kindermishandeling. De kwetsbaarheden en beperkingen waarmee zij kampen maken hen ook kwetsbaar op andere levensterreinen, zoals sociale relaties en sociale steun, werk en inkomen, etcetera.

Veel van de gezinnen die aangemeld worden, zitten in een vicieuze cirkel waarin de ene crisis door de andere crisis wordt opgevolgd. Niet alleen het gezin wordt gedomineerd door de crisissen, ook de hulpverlening. Een

crisis leidt tot een crisisinterventie. Als de rust is weergekeerd en alles weer onder controle lijkt, dooft de hulpverlening na verloop van tijd uit en is het wachten op de volgende crisis en de volgende (crisis)interventie. Hoewel de interventies een positief effect hebben op ouders en kinderen en de rust en de structuur terugkomt in het gezin blijken deze gezinnen echter niet in staat om – zonder steun – het geleerde vast te houden. Veel van deze ouders zijn in staat tot goed-genoeg-ouderschap als zij permanent – of langdurige – professionele ondersteuning krijgen, maar zonder die ondersteuning lukt het hen niet.

## Voorstel: langdurige basishulp bij kwetsbaar ouderschap

Iemand waarvan het onderbeen geamputeerd is, kan prima lopen, rennen of sporten met een prothese. Dit kan zelfs met twee geamputeerde onderbenen. Zonder prothesen is dit echter onmogelijk want een geamputeerd been 'geneest' niet. Iemand blijft voor de rest van zijn of haar leven aangewezen op prothesen. Het 'handicap'-model is ook van toepassing op veel ouders waar het MCDK mee te maken heeft. De gevolgen van negatieve jeugdervaringen en (vroegkinderlijke) traumatisering maken dat deze ouders een aantal competenties, die noodzakelijk zijn voor 'goed-genoeg ouderschap', niet hebben ontwikkeld en deze ook niet meer zullen ontwikkelen. Zoals iemand met een geamputeerd been een fysieke handicap heeft, hebben deze ouders handicaps op het gebied van ouderschap. Maar met adequate en structurele ondersteuning zijn veel ouders in staat om hun kinderen zelf op te voeden. De ondersteuning zou in ieder geval de eerste zes levensjaren van een kind moeten omvatten omdat in deze periode alle neurologische systemen worden aangelegd. Bij voorkeur duurt de begeleiding echter langer, zo lang als de kinderen thuis wonen.

Voor ouders moet duidelijk zijn dat de begeleiding en hulpverlening vrijwillig zijn, maar niet vrijblijvend. De samenwerking met ouders wordt aangegaan onder duidelijke voorwaarden en condities. De inzet is geen uithuisplaatsing en een stabiele thuissituatie waarin ouders 'goed-genoeg ouderschap' kunnen realiseren. Het rendement zou moeten leiden tot een effectievere en duurzame besteding van jeugdhulpmiddelen. Een alternatief voor kortdurende crisishulp en voor uithuisplaatsingen dat tegemoetkomt aan de wens van ouders en kinderen. Zoals gezegd, deze ouders verschillen niet van andere ouders, ze willen het beste voor hun kind. Hun kinderen verschillen niet van andere kinderen, ze zijn loyaal aan hun ouders en willen het allerliefst bij hen blijven wonen. De vraag is hoe hen daarbij te helpen. Elementen waaruit de ondersteuning van deze gezinnen zou kunnen bestaan zijn:

- het voorkomen dan wel stoppen van actueel geweld in het gezin en het realiseren van duurzame veiligheid in de ouder-kind relatie en de ouder-ouder relatie;
- het verminderen van stress in het gezin, het versterken van protectieve factoren en het reduceren van risicofactoren;
- het vergroten van de geestelijke gezondheid van ouders (depressie, trauma-symptomen, middelenafhankelijkheid, verslaving etc.);
- versterken van de ouder-kind relatie (o.a. bevorderen van hechting en tegengaan van parentificatie);
- ondersteunen van ouderschap en opvoeding (waaronder kennis/ psycho-educatie over opvoeding, ontwikkeling van kinderen en de manier waarop eigen ervaringen en trauma's ouderschap en opvoeding kunnen beïnvloeden);
- vaststellen hoe leerbaar een gezin/ouder is en compenseren van competenties die noodzakelijk maar onvoldoende aanwezig zijn en niet leerbaar zijn.

De ondersteuning moet crisissen voorkomen (of stabiliseren), partnergeweld en kindermishandeling tegengaan, een veilig pedagogisch en ontwikkelingsgericht klimaat voor kinderen realiseren, basiskennis en –vaardigheden versterken bij ouders over ouderschap, opvoeding en ontwikkeling, een veilige hechting en sensitief ouderschap stimuleren, praktische problemen die stress veroorzaken oplossen, etcetera.

## Financieel gunstige consequenties

Uit het volgende rekenvoorbeeld lijkt duidelijk te worden dat structurele ondersteuning in de gezinssituatie uiteindelijk goedkoper (in ieder geval niet duurder) is dan de crisisgestuurde, zogenaamde kortdurende zorg die nu geboden wordt, en nog belangrijker waarschijnlijk ook daadwerkelijk effectiever. De cijfers die hier worden gehanteerd zijn geschat met behulp van de Tarievenoverzicht Jeugdhulp (VNG, 2016; zie Tabel 1)

Tabel 1. Tarievenoverzicht Jeugdhulp (2016)

| **Jeugdhulpvorm** | € | |
|---|---|---|
| **Onderzoek Veilig Thuis** | 2.000 | |
| **Ambulante Spoedhulp** | 5.500 | |
| **Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling** | 6.400 | |
| **Onderzoek Raad voor de Kinderbescherming** | 2.500 | |
| **Uitvoering van Onder Toezichtstelling door een voogd** | 8.000 | Op jaarbasis |
| **Plaatsing in een behandelgroep** | 95.265 | Op jaarbasis |
| **Behandeling voor ADHD of andere GGZ behandeling** | 5.000 | Op jaarbasis |
| **Behandeling van ouder (individuele therapie):** | 6.000 | Op jaarbasis |

Ter illustratie een voorbeeld van een gezin dat in vier jaar tijd twee keer gemeld werd bij Veilig Thuis. Veilig Thuis deed twee keer onderzoek. Vervolgens werd ook twee keer Intensieve Spoedhulp en Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling ingezet. Kosten: 28.200. Omdat het na beëindiging van de hulp steeds weer misging, kwam er een raadsonderzoek, werd er een OTS uitgesproken en kwam er anderhalf jaar een gezinsvoogd in het gezin. Kosten: 14.500. In de loop van de vier jaar kregen beide kinderen behandeling voor ADHD en beide ouders individuele therapie. Kosten: 22.000. Omdat alle interventies en hulp tot onvoldoende resultaat hadden geleid, werden de kinderen uit huis geplaatst. Beide kinderen kwamen op een behandelgroep (jeugdhulp) terecht en verbleven daar een jaar voordat ze het thuis weer mochten proberen. Kosten: 190.530. Beide kinderen verbleven later nog twee keer een half jaar in de residentiele jeugdzorg. Kosten: 190.530. Totale kosten over een aantal jaren bedroeg 445.760 met een betrekkelijk mager resultaat. Voor dit bedrag zou in het gezin bijna 15 jaar lang 0,5 fte ingezet kunnen worden. Of een combinatie van langdurende stut en steun contacten met behandeling van de jeugdtrauma's van de ouders bijvoorbeeld.

## Conclusie

Bij chronisch kwetsbare ouders zien we lange hulpverleningsgeschiedenissen die bestaan uit een opeenstapeling van losse, kortdurende en niet samenhangende interventies, die worden uitgevoerd door verschillende instanties en vaak een reactie zijn op meldingen of crisisuitbraken. De interventies zijn gericht op het stabiliseren van de crisis. Zodra de crisis

voorbij is en er is weer wat structuur in het gezin, verdwijnt de hulpverlening. Omdat deze ouders niet in staat zijn zelfstandig – zonder hulp – deze stabiliteit en structuur vast te houden, lopen de stress en de chaos na verloop van tijd weer op. Als het zo hoog is opgelopen dat er opnieuw een melding wordt gedaan bij een instantie begint het hele circus weer van voren af aan. Deze hulp is weinig of niet effectief. De symptomen (= de crisis) worden aangepakt, maar niet de onderliggende problemen (= de beperkingen c.q. de handicap). We grijpen in als het uit de hand loopt maar ouders helpen om te voorkomen dat het uit de hand gaat lopen gebeurt niet. Althans, niet effectief. Zo worden deze gezinnen geconfronteerd met een opeenstapeling van kortdurende interventies, die gebaseerd zijn op het idee dat hun problemen op te lossen of te behandelen zijn. Omdat er sprake is van een handicap op het terrein van ouderschap is het echter geen probleem dat opgelost moet worden maar een probleem dat gecompenseerd moet worden. Een 'prothese' in de vorm van langdurende hulp door een vaste professional die in ieder geval zes jaar – maar liever langer - aanwezig is in het gezin en ouders helpt op die aspecten die zij zelf onvoldoende of niet in huis hebben. Onze hypothese is dat veel van 'onze' ouders in staat zijn tot goed genoeg ouderschap als zij structureel ondersteuning krijgen én dat veel kinderen zo minder schade oplopen. Het lijkt de moeite waard om dit model te ontwikkelen en toe te passen. Vooralsnog zijn er geen goede alternatieven voorhanden en uithuisplaatsingen beschadigen kinderen vaak alleen maar meer.

## Geraadpleegde literatuur


Abramovaite, J., Bandyppadhyay, S., & Dixon, L. (2015). The dynamics of intergenerational family abuse: A focus on child maltreatment and violence and abuse in intimate relationships. *Journal of Interdisciplinary Economics*, 27, 160-174.

Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82, 162-176.

Commissie-Samson. (2012). *'Omringd door zorg, toch niet veilig' (Deel 1). Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden.* https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/02/06/rapport-commissie-samson-omringd-door-zorg-toch-niet-veilig

Dijke, A. van, van Bavel, J., van Arum, S., de Ruiter, C., Reijns, M., & Terpstra, L. (2015). Zero tolerance-beleid kindermishandeling lijkt logisch. *Jeugdbeleid*, 9, 63-73.

Kuiper, R.M., Dusseldorp, E., & Vogels, A.G.C. (2010). *A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease with respect to negative experiences during childhood.* Delft: TNO.

Lanius, A.R., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic.* Cambridge. MA: Cambridge University Press.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). *Wet op de langdurige zorg.* https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/inhoud/wet-langdurige-zorg-wlz

Rooijen, K. van, Bartelink, C., & Bert, T. (2013). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Risicofactoren-kindermishandeling.pdf

Terpstra, L., & Van Dijke, A. (2016). De keten van geweld, verwaarlozing en mishandeling heeft een andere aanpak nodig. *Jeugdbeleid,* 10, 79-92.

United States Department of Health and Human Services (2015). *Child maltreatment 2013.* Verkrijgbaar via http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment

VNG (2016). Tarievenoverzicht 2016 – Landelijke inkoop jeugdzorg. https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/tarievenoverzicht-2016-landelijke-inkoop-jeugdzorg

Voert, M. ter (2015). *Scheidingen 2014.* Gerechtelijke procedures en gesubsidieerde rechtsbijstand. Factsheet 2015-2. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.