



STOP DE CARROUSEL

WERKAGENDA

Deze werkagenda is gebaseerd op de uitkomsten van het project *Intensive Care, Bescherming & Onderwijs* t.b.v. meisjes met een achtergrond van geweld in afhankelijkheidsrelaties

FIER, LEVEL & STERK HUIS



STOP DE CARROUSEL

Wie was niet onder de indruk van de documentaire ALICIA van Maasja Ooms?

Het Vergeten Kind schrijft over deze documentaire:

“Alicia (9) is één jaar oud als ze uit huis wordt geplaatst. Via een pleeggezin komt ze op vijfjarige leeftijd terecht in een kindertehuis en als ze negen is zit ze daar nog steeds, in afwachting van plaatsing bij een nieuw gezin. Wat doet het met je als je opgroeit in kindertehuizen, jaar in jaar uit hopen op een plek in een pleeggezin? Dreigt ze hierdoor te ontsporen of zijn we getuige van een onontkoombare geschiedenis die zich herhaalt? Wie beslist er over Alicia’s lot en toekomst?”

De documentaire Alicia toont de worsteling van een kind dat zich geen raad lijkt te weten met het gebrek aan perspectief, anderen ziet komen en gaan en steeds bozer en onhandelbaarder wordt. Alicia wil maar één ding: bij haar moeder zijn, maar dat lijkt niet te gebeuren. Ze wordt van tehuis naar tehuis verhuisd. Niemand kan de zorg voor haar op zich nemen en haar veiligheid garanderen. De hekken worden hoger en hoger, het kind recalcitranter en roekelozer.”

De film begint met de geschiedenis van Alicia:

*2004. Moeder is 17 jaar en onder toezicht van Bureau Jeugdzorg als Alicia wordt geboren.
2005. Alicia is 1 jaar oud als Bureau Jeugdzorg van mening is dat beide ouders de veiligheid van hun dochter niet kunnen garanderen en haalt Alicia uit huis.
2009. Alicia woont 4 jaar in een pleeggezin als haar pleegvader plots overlijdt. Haar pleegmoeder kan de zorg niet meer aan en Alicia moet daar weg.
2013. Alicia is 9 jaar en wacht hier nog altijd op een nieuw gezin.*

De film eindigt met een passage uit een rapportage:

Intake Alicia, 12 jaar. Op haar vorige groep wist Alicia voor de zoveelste keer in de nacht het brandalarm in te drukken en wild om zich heen trappend naar de dienstdoende leiding via een brandtrap het hek over te klimmen. Ze bleef 24 uur vermist. Voor haar veiligheid is na dit incident met alle partijen besloten om Alicia met een spoed machtiging op onze maximaal gesloten jeugdzorggroep met alleen meiden te plaatsen. Alicia’s moeder heeft hier ook gezeten toen ze 13 jaar was.

Een samenwerking tussen

**STERK
HUIS**

fier!

LEVVEL

Colofon

Auteurs: Lenke Balogh (Sterk Huis), Bess Doornbos (Fier), Anne-Marije Hanekamp (Level) en Carolien Konijn (Level)
Ontwerp en opmaak: Studio x-hoogte, Linda van Eijndhoven
Datum: Augustus 2022

Het project is financieel mede mogelijk gemaakt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Fier, Sterk Huis en Level



ZEVENTIEN MEISJES ZOALS ALICIA

Fier, Levvel en Sterk Huis hebben ook 'Alicia's' in huis. Meisjes die uit huis zijn gehaald en in de 'jeugdhulp carrousel' terecht zijn gekomen: pleeggezin, crisisopvang, gezinshuis, zorgboerderij, netwerkplaatsing, de open of gesloten jeugdzorg, et cetera. Wij konden deze meisjes ook niet bieden wat ze nodig hadden. Ze liepen weg om vervolgens gebruikt, misbruikt of uitgebuit te worden; ze waren agressief en brachten andere kinderen in gevaar; ze gebruikten drugs; ze waren suïcidaal of automutileerden en uiteindelijk werden ze gesloten geplaatst. Net zoals Alicia. De jongste was op dat moment 13, de oudste 17 jaar. De vier bijlagen bij deze werkagenda geven in cijfers en percentages een beeld van deze zeventien meisjes; meisjes die het niet getroffen hebben in het leven.

WAT KUNNEN WE ANDERS EN BETER DOEN?

Fier, Levvel en Sterk Huis hebben zichzelf de vraag gesteld: Wat kunnen wij doen om de carrousel te stoppen? Wat moeten wij anders doen en beter doen, zodat wij geen onderdeel meer zijn van de carrousel? In de afgelopen drie jaar hebben we ons intensief beziggehouden met deze vraag. Onze bevindingen zijn neergelegd in de onderstaande eindproducten.

Eindproducten

Achter gesloten deuren - Een onderzoek naar kenmerken en achtergronden van meisjes met een achtergrond van geweld in afhankelijkheidsrelaties die vanuit een open jeugdzorginstelling in een gesloten instelling zijn geplaatst



Bouwstenen voor een goede signalering en behandeling van meisjes met een achtergrond van geweld in afhankelijkheidsrelaties - Doorontwikkeling van de Intensive Care, Bescherming en Onderwijs aanpak



Factsheet voor onderwijs, huisartsen en sociale wijkteams - Signaleren van de complexe problematiek van kinderen en jongeren die te maken hebben met geweld thuis



Factsheet voor jeugdzorginstellingen en verwijzers - Behandeling van kinderen en jongeren met vroegkinderlijk trauma en ernstige hechtingsproblematiek | Een alternatief voor geslotenheid



We hebben nog niet op alle vraagstukken een antwoord. Maar we hebben mooie stappen gezet, andere perspectieven geïntroduceerd, nieuwe ontwikkelingen in gang gezet. Dit is het begin. We gaan verder. We zijn vastbesloten om het *wicked problem* van de jeugdzorg carrousel verder af te pellen en de Alicia's in ons land en hun ouders betere hulp te bieden. We haken daarbij aan bij de ambitie om het aantal gesloten plaatsingen fors terug te dringen.

DIT KUNNEN WE NIET ALLEEN!

Dat kunnen we niet alleen. Daarom hebben Fier, Levvel en Sterk Huis een WERKAGENDA opgesteld; een agenda waarmee we aan de slag *willen*, maar ook *moeten* gezien de urgentie van het vraagstuk. Met elkaar. Een agenda waar ook het ministerie, de staatssecretaris, de VNG, gemeenten, brancheorganisaties en de sector mee aan de slag moeten. Want – als we de gesloten jeugdzorg sluiten en we hebben geen goed alternatief – dan hebben we nog steeds meisjes (en jongens) die weglopen en bij foute mannen teruggevonden worden; dan hebben we nog steeds meisjes die hun trauma's, pijn, teleurstelling en wantrouwen 'verpakken' in woede, agressie, seksueel wervend gedrag, drugsgebruik, automutilatie, suïcidegedachten en suïcidepogingen. We zullen daarom in hoog tempo een visie en aanpak moeten ontwikkelen op 'wat dan wel?'

De WERKAGENDA gaat in hoofdlijnen in op de vraagstukken, uitgangspunten, randvoorwaarden en richtlijnen die we op basis van het stop de carrousel -project hebben geformuleerd.





WERKAGENDA

1 APARTE ZORGVORM

Fier, Levvel en Sterk Huis zijn aanbieders van schaars (landelijk) specialisme voor meisjes en jonge vrouwen die kampen met de gevolgen van geweld in afhankelijkheidsrelaties: actueel geweld en geweld dat eerder in hun leven heeft plaatsgevonden.

Geweld definiëren we breed: het gaat om emotioneel, fysiek en seksueel geweld en om *adverse childhood experiences* (ACE's)², traumatische gebeurtenissen, waaronder verwaarlozing.

Hoe structureler van aard de nare gebeurtenissen zijn en hoe jonger ze plaatsvinden, hoe groter de impact op de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Bij (vroegkinderlijke) traumatisering is er sprake van trauma's en hechtingsproblemen. Vaak wordt deze pas zichtbaar aan het eind van de basisschool of het begin van de middelbare school. Meisjes zoeken dan aandacht en liefde bij de verkeerde jongens en mannen. We zien dan onder meer wegloupedrag en seksueel wervend gedrag. Hierdoor zijn deze meisjes bijzonder kwetsbaar om gebruikt, misbruikt en uitgebuit te worden; zowel in seksueel opzicht als in crimineel opzicht (hand- en spandiensten bij criminele activiteiten).

Voor deze meisjes is een gender-sensitieve c.q. sekse-specifieke aanpak noodzakelijk waarbij niet alleen naar zichtbare (bovenliggende) problemen wordt gekeken maar ook naar onderliggende (instandhoudende) oorzaken. Verder moeten deze meisjes beschermd worden tegen 'foute' volwassenen en 'foute' netwerken. Ten slotte is aandacht voor onderwijs en participatie wezenlijk, aangezien deze meisjes vrijwel zonder uitzondering zijn afgehaakt op school.

Fier, Levvel en Sterk Huis werken al jaren aan een jeugdhulp-concept waarin hoog specialistische behandeling³ samengaat met:

- ▶ een hoge mate van veiligheid en bescherming in een open setting⁴;
- ▶ intensieve inzet op onderwijs en maatschappelijke participatie (ontwikkeling/toekomst).

Veel meisjes die nu nog gesloten worden geplaatst kunnen adequaat behandeld worden in deze setting: deze setting biedt voor een deel van de meisjes een alternatief voor de gesloten jeugdzorg. Er is echter een kleine groep carouselmeisjes waar de huidige behandelconcepten, het huidige aanbod en de huidige financiering niet toereikend voor zijn. Dit is een belangrijke ontwikkelopgave voor de gespecialiseerde hulp aan meisjes met een achtergrond van geweld in de persoonlijke sfeer.

Wij pleiten ervoor om deze vorm van jeugdhulp (*Intensive Care, Bescherming & Onderwijs*) te erkennen als aparte vorm van 7x24 uur jeugdhulp naast de open jeugdzorg en de gesloten jeugdzorg.

Het *Intensive Care, Bescherming & Onderwijs* project is opgezet om de gespecialiseerde hulp op het snijvlak van zorg en veiligheid, voor meisjes met een achtergrond van ernstig en structureel geweld in de persoonlijke sfeer, door te ontwikkelen. Het project richtte zich op twee pijlers:

- ▶ Wat kunnen we leren van meisjes die eerder bij Fier, Levvel en Sterk Huis waren opgenomen en zijn doorgeplaatst naar de gesloten jeugdzorg? In dit kader zijn zeventien meisjes geïnterviewd die doorgeplaatst zijn naar de gesloten jeugdzorg en hun verhaal is te lezen in het onderzoek "*Achter gesloten deuren - Een onderzoek naar kenmerken en achtergronden van meisjes met een achtergrond van geweld in afhankelijkheidsrelaties die vanuit een open jeugdzorginstelling in een gesloten instelling zijn geplaatst*".
- ▶ Hoe kunnen we de jeugdhulp carousel stoppen door meisjes die bij Fier, Levvel en Sterk Huis zijn opgenomen niet meer door te plaatsen (naar de gesloten jeugdzorg)? Onze ervaringen en bevindingen zijn beschreven in "*Bouwstenen voor een goede signalering en behandeling van meisjes met een achtergrond van geweld in afhankelijkheidsrelaties*".

Fier, Levvel en Sterk Huis bieden ook hulpverlening aan jongens die met geweld in afhankelijkheidsrelaties te maken hebben. De bevindingen uit ons onderzoek, dat specifiek gericht was op meisjes, vragen om een sekse-specifieke vertaling voor jongens.

2 HULP IN DE CONTEXT VAN (ZEDEN)DELICTEN, CRIMINALITEIT EN SEKSUELE UITBUITING

Bij *Intensive Care, Bescherming & Onderwijs* gaat het niet alleen om schaarse behandel-expertise t.b.v. een specifieke doelgroep maar ook om unieke beschermingsexpertise. De hulp vindt plaats in de context van (zeden)delicten, criminaliteit en seksuele uitbuiting; een context waarin meisjes in de fuik van 'foute' vrienden en 'foute' netwerken terecht zijn gekomen.

Meisjes zijn gerekruteerd, waarbij vrijwilligheid snel ombuigt in een onvrijwillige situatie. Daarbij spelen misleiding, dwang en geweld een grote rol. Het slachtoffer waardeert de aandacht die ze in eerste instantie krijgt, maar komt vervolgens in een situatie terecht (bijvoorbeeld vanwege compromitterende beelden of foto's) die onvrijwillig wordt, terwijl ze geen uitweg meer ziet. Wanneer meisjes eenmaal in de greep zijn van zedendelinquenten, criminelen of mensenhandelaren worden zij vaak op meerdere manieren gebruikt, misbruikt en uitgebuit: afsluiten van telefoonabonnementen, afsluiten van bankrekeningen voor witwassen, op naam zetten van auto's of panden of het onder dwang afgeven van een ID-bewijs. En op het moment dat het fout gaat en zij worden betrapt, betalen zij de hoofdprijs: een schuld van duizenden euro's, sociaal isolement en nog afhankelijker van criminelen.

De relatie van de meisjes met de daders, lijkt in veel opzichten op het Stockholm Syndroom, waarbij het slachtoffer sympathie krijgt voor de dader (overlevingsmechanisme). Het complexe fenomeen van sympathie en tegelijkertijd grote angst hebben voor de dader maakt dat deze meisjes 'losgeweekt' moeten worden van hun 'foute' vrienden(groepen) en daartegen moeten worden beschermd. Dit vraagt onder meer om nauwe samenwerking met (gespecialiseerde diensten van) politie en het Openbaar Ministerie. In dit kader is het van belang om niet alleen een slachtofferaanpak stevig neer te zetten maar ook een daderaanpak.⁵

Wij pleiten voor nauwe samenwerking tussen de zorgketen en de justitieketen en betere mogelijkheden om gegevens uit te wisselen; zowel vanuit het perspectief van de slachtofferaanpak



3. ER EERDER BIJ ZIJN.

Allereerst, we moeten er veel eerder bij zijn. Sommige meisjes zijn in de loop van hun leven zo beschadigd geraakt dat de schade niet meer (volledig) te herstellen is. De eerste 1001 dagen van kinderen zijn cruciaal voor hun ontwikkeling⁶: in de eerste drie jaar wordt de basis gelegd voor een gezonde ontwikkeling maar kan ook de basis worden gelegd voor een traumagerelateerde ontwikkeling (*Developmental Trauma Disorder*)⁷. Uit het onderzoek naar de zeventien meisjes die gesloten geplaatst zijn, komt naar voren dat twee derde al voor het zesde levensjaar huiselijk geweld meemaakte, de helft fysieke verwaarlozing en een kwart fysieke mishandeling. In de gezinnen waar deze zeventien meisjes opgroeiden was er bij (een van) de ouders sprake van psychi(atri)sche problematiek (een derde van de gezinnen) en verslaving (60% van de gezinnen). Van de meisjes is 82% op school gepest, twee derde had gedragsproblemen op school (agressie, vechten) en de helft heeft school als ronduit negatief ervaren. Twee derde van deze meisjes is misbruikt, waarvan een kwart (ook) thuis. Verder is bekend dat huiselijk geweld, psychiatrie, verslaving en kindermishandeling vaak samengaan met armoede, werkloosheid, isolement en sociale achterstand. Kortom, er is sprake van een opeenstapeling van domein overstijgende problemen – zowel in het gezin als bij de individuele gezinsleden – die een integrale gezinsgerichte aanpak vragen.

Wij pleiten voor:

- ▶ **vroege signalering bij consultatiebureaus, het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs;**
- ▶ **een gezinsgerichte aanpak in de jeugdhulp, met oog voor bestaansvoorwaarden zoals armoede en huisvesting en voor problemen van ouders;**
- ▶ **integrale domein overstijgende financiering t.b.v. integrale kind- en gezinshulp bij meervoudige complexe domein overstijgende problemen;**
- ▶ **huiselijk geweld, psychiatrische en verslavingsproblemen van ouders altijd te benaderen als (hoog) risico voor de ontwikkeling van kinderen.**

Daarnaast pleiten wij ervoor om minderjarigen in principe niet meer uit huis te plaatsen en alternatieven te ontwikkelen die passend gefinancierd worden zoals:

- ▶ **ambulante gezinsbehandeling;**
- ▶ **professionals in huis te plaatsen; intensieve en stevige hulp, begeleiding en behandeling bij het gezin thuis;**
- ▶ **gezinsopnames zodat ieder lid van het gezin de noodzakelijke behandeling kan krijgen en er systeembehandeling plaats kan vinden (uithuisplaatsing gezinnen t.b.v. behandeling);**
- ▶ **Behandelgroepen en woongroepen waar uithuisgeplaatste kinderen (in deeltijd) dicht bij hun ouders blijven wonen en ouders maximaal betrokken blijven bij hun kind.**

4. DE INTENSIVE CARE OF HET BRANDWONDENCENTRUM VAN DE JEUGDHULP.

Wat zijn de belangrijkste redenen om meisjes naar de gesloten jeugdzorg te verwijzen: 1) voortdurend weglopen en tijdens het weglopen gebruikt, misbruikt of uitgebuit worden; 2) agressie en ernstig ontregelend gedrag op de groep; 3) suïcidegedachten, suïcidepogingen en automutilatie; 4) bezit en gebruik van drugs (verslaving); 4) machteloosheid bij de hulpverleners; 5) onvoldoende passende behandelplekken of vervolgzorg zoals kleinschalige woonvormen of intensieve ambulante hulp aan het gezin.

Weglopen, agressie, suïcidaliteit, automutilatie en middelengebruik zijn vaak een reactie op triggers zoals nare gebeurtenissen en herbelevingen; als iemand emotioneel te dichtbij komt; of als een meisje de behandeling te confronterend vindt. De reacties van de meisjes zijn dan heftig, niet beheersbaar en risicovol. Om de risico's in te dammen en de meisjes te beschermen worden ze vervolgens doorgeplaatst naar de gesloten jeugdzorg.

ALS WE DOEN WAT WE ALTIJD DEDEN, KRIJGEN WE WAT WE ALTIJD KREGEN

Om deze complexe problematiek te kunnen behandelen in een setting met hoge veiligheid, hoge specialistische traumakennis en intensief passend onderwijs, zal allereerst erkend moeten worden dat het om specifieke problematiek gaat waarvoor schaars specialisme moet worden ingezet. Je zou kunnen zeggen de *Intensive Care* of het Brandwondencentrum van de jeugdhulp. Wij zeggen weleens dat 'onze' jongeren brandwonden van binnen hebben. Een lichte brandwond kun je thuis behandelen door deze te koelen onder de kraan; met ernstiger brandwonden kun je terecht bij de huisarts, het gespecialiseerde brandwondenteam van de wijkverpleging of het regionale ziekenhuis; met complexe en zeer ernstige brandwonden ga je naar één van de drie brandwondencentra in Nederland. Jammer genoeg worden brandwonden van binnen minder goed herkend dan brandwonden van buiten.

Fier, Levvel en Sterk Huis dringen er bij de betrokken ministers en staatssecretarissen op aan om deze specifieke en gespecialiseerde vorm van jeugdhulp t.b.v. ernstig beschadigde meisjes op te nemen in relevante beleidsontwikkelingen en beleidskaders zoals de *Hervormingsagenda Jeugd*, het *Toekomstscenario Kind- en Gezinsbescherming* en het *Actieplan Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag en Seksueel Geweld*.

5. RANDVOORWAARDEN.

Op de IC van de jeugdhulp horen de beste, meest bekwame (ortho)pedagogische en GGz-professionals te werken. Er zijn stabiele teams waar zowel jonge professionals werken, die in opleiding zijn, als waar (zeer) ervaren professionals werken die al veel vlieguren hebben gemaakt. Permanente opleiding en training, coaching, intervisie en supervisie zijn onderdeel van het complexe werk op de IC en dragen eraan bij dat professionals niet uitgeput en opgebrand raken. Specialistische behandeling gaat samen met expertise ontwikkeling op dit vakgebied zodat het werk met deze complexe doelgroep niet alleen uitdagend blijft maar dat we ook steeds beter weten 'wat werkt' en handelingsverlegenheid wordt teruggedrongen.



Behandeling op de IC van de jeugdzorg kan alleen in een echt ervaren team plaatsvinden. De huidige realiteit ziet er anders uit. Op dit moment werken er voornamelijk beginnende professionals - jonge net afgestudeerde HBO'ers, vrouwen tussen de 20 en 30 jaar - in de behandelteams. Veel (jonge) professionals houden dit werk niet lang vol en er is hierdoor sprake van instabiele teams met (te) veel wisselingen. Hierbij spelen verschillende factoren een rol, onder meer:

- ▶ de meeste pedagogisch medewerkers hebben uitsluitend een basisopleiding op HBO-niveau gevolgd;
- ▶ de druk die het onregelmatige werken legt, zeker met instabiele teams (in combinatie met het feit dat veel jonge professionals in deze levensfase kinderen krijgen);
- ▶ de bejegening van deze meisjes vraagt opleiding, training en ervaring;
- ▶ er is (te vaak) sprake van handelingsverlegenheid en de daarmee gepaard gaande frustratie en teleurstelling;
- ▶ een sterke focus op het vermijden van risico's in de jeugdzorg en het individueel aansprakelijk houden van professionals als het (toch) fout gaat;
- ▶ de huidige organisatie met acht getraumatiseerde jonge mensen op een groep kan onvoldoende behandelklimaat opleveren;
- ▶ arbeidsvoorwaarden – waaronder inschaling – zijn minder gunstig voor ervaren (en wat oudere) professionals.

Maak de voorwaarden voor het werken op deze behandelgroepen passend bij een Intensive Care functie in de jeugdhulp.

De HBO- en WO-opleidingen⁸ zijn basisopleidingen; HBO- en WO-afgestudeerde professionals hebben nog niet de kennis en ervaring die nodig zijn voor de behandeling van kinderen met deze complexe problematiek. De IC-teams van de jeugdhulp moeten permanent geschoold en getraind worden in: traumasensitief werken; de-escalierend werken (bij agressie); psychopathologie; suïcidepreventie; et cetera. Ook zijn *coaching on the job* en supervisie van belang zodat mensen in de praktijk getraind worden op bijvoorbeeld overdracht en tegenoverdracht mechanismen; omgaan met eigen pijngedrag (*pain-based behaviour*); voorkomen van secundaire traumatisering et cetera.

Maak een vanzelfsprekendheid van continu ontwikkelen: investeer in opleidingen, trainingen, coaching on the job, supervisie en het voorkomen van secundaire traumatisering (mede door een passend tarief voor deze Intensive Care functie).

Jeugdhulp is wat ons betreft per definitie gezinshulpverlening. Financiering van systeem- of gezinshulp is een *must* bij de behandeling van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek en/of een *Developmental Trauma Disorder* als gevolg van geweld in de relationele sfeer. Immers, de basis van hun problemen is doorgaans een onveilige thuissituatie en onvoorspelbare ouders. Maar ook als het geweld buiten het gezin heeft plaatsgevonden, kunnen ouders een fundamentele bijdrage leveren aan het herstel.

Maak lumpsumbekostiging mogelijk voor de “brandwondencentra in de jeugdhulp” die Intensive Care bieden (of maak integrale domein overstijgende bekostiging mogelijk op het niveau van zorgtrajecten en/of gezinstrajecten).

Fier, Level en Sterk Huis hebben een aanvang gemaakt met het formuleren van nieuwe of andere methodische uitgangspunten en we doen hier momenteel ervaring mee op. Zo was het uitgangspunt voorheen dat we moesten voorkomen dat meisjes hoge risico's lopen op seksueel grensoverschrijdende ervaringen, verkrachting, automutilatie et cetera. Juist dit risicovolle gedrag maakt dat jeugdhulpaanbieders meisjes doorplaatsen omdat het niet lukt om het risicovolle gedrag van meisjes te keren. Trauma en hechting zijn kernbegrippen in de hulp aan deze meisjes. Belangrijk is dat de meisjes zich (weer) durven te gaan hechten; (weer) vertrouwen krijgen in mensen. Dat is de basis die nodig is voor behandeling. Iedere door- en overplaatsing betekent een breuk in de hechtingsrelatie en een breuk in het behandeltraject. We zoeken naar de balans tussen verdragen dat een meisje zich in risicovolle situaties begeeft en negatieve ervaringen op doet enerzijds, en de verbinding of de relatie behouden en versterken anderzijds. Met als belangrijkste doel dat meisjes - ook na weglopen - weer terugkomen en verder gaan met hun hun behandeltraject c.q. hun autonome ontwikkeling.

Andere elementen waaraan we werken zijn 'voorspellend werken' en 'verdragen'. Wat voorspellend werken betreft: hoe beter we weten wat de onderliggende problematiek is en wat triggers zijn voor een meisje, hoe beter we daarop in kunnen spelen en kunnen voorkomen dat zaken escaleren. 'Verdragen' verwijst naar het dilemma 'een meisje beschermen tegen nare ervaringen' enerzijds en 'accepteren dat een meisje risico loopt op het opdoen van nare ervaringen en inzetten op de vertrouwens- of hechtingsrelatie' anderzijds. Een dergelijk dilemma speelt ook bij de wens om te normaliseren – kleinschalig wonen in de wijk en naar een reguliere school gaan versus 'ze staan de meiden om de hoek op te wachten'. De weg naar herstel is geen lineaire weg voor deze groep meisjes. Het is een weg met herstel en terugval. Een weg met risico's en weer verder gaan. Meisjes moeten leren intrinsieke beslissingen te nemen voor hun eigen veiligheid.

We vragen het ministerie van VWS en de VNG het ontwikkelen van nieuwe methodische uitgangspunten voor het werken met deze groep kwetsbare meisjes optimaal te ondersteunen.

Hier voor pleitten we al voor het versterken van vroegsignalering. Ook vanuit dit perspectief is er 'huiswerk' te doen. Want: "Hoe gaan we de doelgroep die van binnen brandwonden heeft (op tijd) opsporen?" Dit wordt gewoon niet gezien.

Een ander aspect dat om aandacht vraagt is *matched care* (maatwerk). Op basis van welke afwegingen bepalen we de ernst van de problematiek en het (zorg)aanbod dat daarbij *matcht*? Wanneer is intensieve begeleiding thuis bijvoorbeeld toereikend? Wanneer juist een semi-open setting? Missen we specifieke hulp?

We vragen het ministerie van VWS en de VNG om te investeren in expertise opbouw rond vraagstukken en dilemma's die aan de orde zijn bij de specifieke problematiek van meisjes met brandwonden van binnen als gevolg van geweld in afhankelijkheidsrelaties.

Bijlagen

Een beeld van de 17 meisjes
in cijfers



Bijlage 1

Adverse Childhood Experiences

Geboorteland meisje	Nederland	88%
Geboorteland ouders	Eén of beide ouders in buitenland geboren	53%
Gezin en ouders		
	Verlies ouders (echtscheiding, overlijden of verlaten)	88%
	Waarvan voor het zesde levensjaar	59%
	(Pleeg)ouders gescheiden	76%
	(Meerdere) adoptie- of pleeggezinnen ⁹	29%
	Samengesteld gezin	53%
Traumatische ervaringen		
	Fysieke mishandeling	59%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	24%
	Emotionele mishandeling	29%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	29%
	Seksueel misbruik	65%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	6%
	Waarvan (ook) binnen het gezin	24%
	Fysieke verwaarlozing	53%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	47%
	Emotionele verwaarlozing	59%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	59%
	Huiselijk geweld	71%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	65%
Ernstig probleem gezinslid		
	Psychische stoornis	35%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	35%
	Verslaving	59%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	53%
	Gevangenis	12%
	Waarvan voor het 6de levensjaar	6%



Bijlage 2

Sociaal netwerk meisjes en schoolcarrière

Sociaal netwerk		
	Agressieve vriend	12%
	Vriend in crimineel netwerk (o.a. seksuele uitbuiting)	29%
	Seksueel risicovolle relatie	53%
	Geen goede vriend(inn)en	35%
	Wel goede vrienden	65%
	Waarvan uitsluitend vriendschappen uit jeugdzorg	24%
	Waarvan alleen online vriendschappen	12%
	Geen steunende volwassenen buiten het gezin	65%
	Steunende volwassenen en positieve vriendschappen	12%
School		
	Gepest op school	82%
	Gedragsproblemen op school (vechten, agressie)	65%
	(Veel) schoolwisselingen	76%
	Hoog verzuim	53%
	Problemen met leeftijdsgenoten	29%
	Leerproblemen	41%
	Meisje heeft school uitsluitend negatief ervaren	53%

Bijlage 3

Jeugdhulpgeschiedenis

Leeftijd bij 1 ^{ste} keer jeugdhulp		
	0 t/m 5 jaar	29%
	5 t/m 11 jaar	47%
	12 t/m 16 jaar	24%
Type eerste hulp		
	Medisch Kinderdagverblijf	18%
	Veilig Thuis	6%
	Ambulante jeugdhulp / wijkteam	18%
	Crisisopvang	12%
	Jeugd GGz	24%
	Pleegzorg	24%
Aanleiding 1 ^{ste} keer inzet Jeugdhulp		
	Opvoedproblemen moeder, problemen in ouder-kind relatie	30%
	Huiselijk geweld, mishandeling, verwaarlozing	23%
	Problemen in de opvoedcompetentie (psychische of verslavingsproblemen ouders)	18%
	Problemen van het meisje (ADHD, bipolaire stoornis, gedrag, hechtingsstoornis, licht verstandelijke beperking)	23%
	Verkrachting buiten het gezin	6%
Leeftijd meisje bij OTS		
	Na geboorte tot kleuterleeftijd	29%
	Basisschoolleeftijd	29%
	Puberteit	29%
	Geen OTS	12%
Hulpverleningsgeschiedenis		
	Jeugdbescherming (OTS)	88%
	Melding bij Veilig Thuis	53%
	Leerplicht / zorgcoördinatie school	29%
	Ambulante jeugdzorg	88%
	LVB-jeugdzorg	12%
	Jeugd-GGz	64%
	Dagbehandeling MKB	18%
	Crisisopvang	71%



Vervolg bijlage 3 >>

Hulpverleningsgeschiedenis		
	Verslavingszorg	18%
	(Weekend)pleegzorg	35%
	Residentiele jeugdzorg (w.o. gezinshuis)	24%
	Gesloten jeugdzorg	12%
	Gemiddeld aantal (bekende) jeugdhulp vormen per gezin	5,1

Bijlage 4

Problemen en probleemgedrag tijdens verblijf bij Fier, Level en Sterk Huis

Externaliserend gedrag		
	Agressief naar groepsgenoten en/of hulpverlening	50%
	Ontregelend gedrag	75%
	(Vermoeden van) seksueel wervend gedrag	94%
	Wegloopgedrag	100%
Internaliserend gedrag ¹⁰		
	Paniek- en/of angstgevoelens	76%
	Depressieve klachten	59%
	Suïcidale gedachten	53%
	Suïcidepogingen ondernomen ¹¹	12%
	Automutilatie ¹²	41%
	Eetproblemen	18%
	Hechttingsproblematiek	94%
Overige problemen		
	Verslaving	41%
	Licht Verstandelijke Beperking	29%
	Psychiatrische problematiek	81%



Bijlage 5

Crisisplaatsingen & residentiële plaatsingen in de open en gesloten jeugdhulp

Uithuisplaatsingen in de voorschoolse en basisschoolleeftijd		
	Plaatsing in pleeg- of adoptiegezin ¹³	29%
Plaatsingen voorafgaand aan opname bij Fier, Levvel en Sterk Huis		
	Plaatsingen in crisisopvangcentra	70%
	Plaatsingen in open residentiële groepen	80%
Reden plaatsing Fier, Levvel en Sterk Huis		
	Weglopen	81%
	Seksueel wervend gedrag	81%
	Conflicten thuis	75%
	Draagkracht (pleeg)ouders is op	50%
	Fout netwerk of relatie	38%
	Huiselijk geweld, acuut	31%
	Automutilatie / depressieve klachten	19%
Reden plaatsing in gesloten jeugd-zorg vanuit Fier, Levvel en Sterk Huis		
	Weglopen	100%
	Onveilige seksuele contacten	76%
	Destructief / agressief gedrag	47%
	Gevaarlijk netwerk (prostitutie / crimineel)	41%
	Drugsgebruik	35%
	Zelfbeschadiging / suïcidedreiging	12%
Leeftijd bij plaatsing in gesloten jeugd-zorg		
	Gemiddelde leeftijd	15 jaar
	Variatie in leeftijd	13 tot 17 jaar

- 1 <https://www.hetvergetenkind.nl/over-het-vergeten-kind/verhalen/het-verhaal-van-alicia>
- 2 Nare – en vaak traumatische – gebeurtenissen in de jeugd.
- 3 Kernelementen van deze hoog specialistische behandeling: in ieder geval een integraal aanbod van jeugdzorg, jeugd-GGz en Onderwijs/Participatie, eventueel aangevuld met Verslavingszorg. Verder moet een professional kennis hebben van geweldspatronen, trauma, hechting en systeemdynamieken.
- 4 De kern is relationele beveiliging of met andere woorden: contact en verbinding. Een meisje (en haar ouders) moet bij ons willen zijn en blijven. Tegelijkertijd gaat het ook om de veiligheid van het gebouw; extra personele inzet i.h.k.v. bescherming en veiligheid; nauwe samenwerking met de politie, het OM en het Stelsel Bewaken en Beveiligen; een verklarende probleemanalyse en voorspellend werken om zoveel als mogelijk escalaties te voorkomen; et cetera. Naast relationele beveiliging gaat het hier ook om het losweken van meisjes van foute vriendjes en uit criminele en mensenhandel netwerken. Dit kan met zich meebrengen dat meisjes een periode geen gebruik mogen maken van hun telefoon of internet zonder begeleiding en niet zonder begeleiding naar buiten mogen.
- 5 De kanttekening is hier op zijn plaats dat veel daders eveneens een achtergrond hebben van ingrijpende jeugdervaringen (adverse childhood experiences) en vroegkinderlijke traumatisering. Naast vervolging en berechting zou behandeling (zorg) daarom integraal onderdeel moeten zijn van de daderaanpak.
- 6 <https://nidi.nl/demos/ingrijpende-jeugdervaringen-in-kaart-gebracht/>
- 7 https://traumaticstressinstitute.org/wp-content/files_mf/1276541701VanderKolkDvptTraumaDis.pdf
- 8 Waaronder de opleiding voor orthopedagogen, GZ-psychologen, klinisch psychologen (kinder- en jeugd) psychiaters, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten.
- 9 Leeftijd uithuisplaatsing: 0 jaar (2x); 2,5 jaar (1x); 7 jaar (1x); 8 jaar (1x).
- 10 Hoewel het geen onderdeel uitmaakte van het dossieronderzoek, is van 47% van de meisjes bekend dat er sprake is van slaapproblemen.
- 11 Drie meisjes hebben vóór opname een suïcidepoging ondernomen; dit is niet meegeteld in deze tabel. Als deze meisjes wel meegeteld zouden worden, dan gaat het om 29% van de meisjes die een suïcidepoging hebben gedaan.
- 12 Eén meisje beschadigde zichzelf vóór opname; dit is niet meegeteld in deze tabel. Als dit meisje wel was meegeteld, dan gaat het om 47% van de meisjes die automutileerden.
- 13 Leeftijd uithuisplaatsing: 0 jaar (2x); 2,5 jaar (1x); 7 jaar (1x); 8 jaar (1x).