



**Nederland**

# Kindermishandeling bij asielzoekers in Nederland

Epidemiologisch onderzoek op basis van gegevens van de  
Medische Opvang Asielzoekers 2000-2008

Colofon

© GGD Nederland, definitieve versie, juli 2013

Kindermishandeling bij asielzoekers in Nederland; Epidemiologisch onderzoek op basis van gegevens van de Medische Opvang Asielzoekers 2000-2008

GGD Nederland

Postbus 85300

3508 AH Utrecht

## Inhoudsopgave

Afkortingen	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Overzicht van de literatuur	7
2.1 Definities van kindermishandeling	7
2.2 Kindermishandeling in cijfers	7
2.3 Risicofactoren voor kindermishandeling	9
3. Onderzoeksmethoden	10
3.1 Achtergrond van de gegevens	10
3.2 Indicatoren	11
3.3 Case-definitie	11
4. Resultaten	13
4.1 Geregistreerde opvangperiode prevalentie	13
4.2 Geregistreerde incidentie	13
5. Bespreking	20
5.1 Algemeen	20
5.2 Naar type kindermishandeling	20
5.3 Risicogroepen voor fysieke kindermishandeling	20
5.4 Relatie met geweldservaringen, PTSS en depressie bij de moeder	22
5.5 Relatie met opvangvariabelen	23
6. Conclusies en aanbevelingen	24
6.1 Conclusies	24
6.2 Aanbevelingen	25
Bijlage 1 Samenvattingen van relevante literatuur	28
Bijlage 2 MOA-protocol Kindermishandeling asielzoekers (2006)	36

## **Afkortingen**

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AZC	Asielzoekerscentrum
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NPM	Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
WHO	World Health Organization

## **Samenvatting**

### *Inleiding*

Kindermishandeling is wereldwijd een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Hoe vaak kindermishandeling voorkomt bij asielzoekers en of er binnen de groep asielzoekers risicogroepen zijn, is zowel in Nederland als in het buitenland niet bekend. Bestaande registraties en periodieke onderzoeken geven geen inzicht specifiek voor asielzoekers. Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) heeft GGD Nederland opdracht gegeven om het voorkomen van kindermishandeling bij asielzoekers te monitoren. Dit onderzoek is daarvan het eerste resultaat.

### *Methoden*

Gegevens voor dit onderzoek zijn afkomstig uit de elektronische database van de Medische Opvang Asielzoekers (BIS-MOA). Deze database bevat demografische en opvanggegevens van alle asielzoekers die in de periode 2000-2008 in de centrale opvang hebben gezeten. Daarnaast bevat deze database informatie over gezondheidsproblemen van asielzoekers zoals beschreven op de probleemlijst van het MOA-dossier van deze asielzoekers. Voor dit onderzoek zijn gegevens gebruikt van 20,249 asielzoekerkinderen die tenminste drie maanden in de centrale opvang verbleven met tenminste één ouder in de periode 1-1-2000 tot en met 31-12-2008. Kinderen worden als case beschouwd op de datum waarop kindermishandeling op hun probleemlijst werd geschreven. Bij de analyses wordt onderscheid gemaakt tussen cases geregistreerd over de gehele opvangperiode (prevalentie waarbij mishandeling ook plaats kan hebben gevonden voor aankomst in de opvang) en cases geregistreerd vanaf drie maanden na binnenkomst (incidentie). De incidentiegegevens werden geanalyseerd met behulp van multivariate Cox regressie analyse.

### *Resultaten*

Het totaal aantal kinderen waarbij kindermishandeling werd geregistreerd in de opvangperiode was 247. Dit betekent een geregistreerde prevalentie van 12,2 per 1000 kinderen voor de gehele opvangperiode. Bij 186 kinderen werd kindermishandeling geregistreerd na drie of meer maanden verblijf in de centrale opvang. De incidentie van geregistreerde kindermishandeling was 3,8 per 1000 kinderen per jaar. Vanwege methodologische verschillen kan niet worden gezegd hoe de prevalentie en incidentie bij asielzoekers zich verhouden tot cijfers voor de Nederlandse bevolking.

Fysieke kindermishandeling was het meest geregistreerde type met een incidentie van 3,2 per 1000 persoonsjaren. Risicogroepen voor geregistreerde fysieke kindermishandeling zijn meisjes, kinderen in de opvang met alleen vader, kinderen van tienermoeders en kinderen van moeders met geweldservaringen en/of depressie. De incidentie van geregistreerde fysieke kindermishandeling neemt af met verblijfsduur. De incidentie van fysieke kindermishandeling was hoger na overplaatsingen tussen centra.

De verhouding tussen het aantal cases van fysieke mishandeling enerzijds en verwaarlozing en emotionele mishandeling anderzijds was bij asielzoekers heel anders dan in de totale Nederlandse

bevolking. Verwaarlozing en emotionele mishandeling vormden bij de asielzoekers een relatief kleiner deel en fysieke mishandeling relatief juist een groter deel van het totaal aantal gevallen, dan in de Nederlandse bevolking.

#### *Conclusies en aanbevelingen*

Kindermishandeling komt in alle subgroepen asielzoekers naar geslacht, leeftijd, samenstelling van de sociale eenheid en land van herkomst voor. Het risico op geregistreeerde fysieke kindermishandeling is hoger bij meisjes, kinderen die met alleen hun vader in de opvang zijn, kinderen van tienermoeders en kinderen van moeders met geweldservaringen en/of depressie.

De incidentie van geregistreeerde kindermishandeling is het hoogst kort na aankomst in de centrale opvang. Professionals die met asielzoekerkinderen werken, moeten meteen na aankomst van gezinnen in de centrale opvang alert zijn op signalen die duiden op kindermishandeling of opvoedingsproblemen. Biedt zodra er sprake is van een enigszins stabiele woonsituatie opvoedingsondersteuning aan gezinnen met opvoedingsproblemen.

Deze studie suggereert dat het risico op kindermishandeling hoger is na overplaatsingen. Neem deze kennis mee bij het maken van keuzes m.b.t. het opvangbeleid.

## 1. Inleiding

Kindermishandeling is wereldwijd een belangrijk volksgezondheidsprobleem.<sup>1, 2</sup> Jaarlijks worden er in Nederland naar schatting meer dan 100.000 kinderen mishandeld.<sup>3, 4</sup> Inzicht in het voorkomen van kindermishandeling en in risicofactoren die een rol spelen bij kindermishandeling is essentieel om de juiste beleids- en praktijkkeuzes te kunnen maken.

De belangrijkste bronnen van informatie over het voorkomen van kindermishandeling in Nederland zijn de rapportages van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) en de nationale prevalentiestudies kindermishandeling NPM-2005 en NPM-2010.<sup>3, 4, 5</sup> Deze geven echter alleen inzicht in het voorkomen van kindermishandeling in de algemene bevolking. Gegevens specifiek voor asielzoekers kunnen hieruit niet worden afgeleid. Daarom heeft het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) het monitoren van kindermishandeling belegd bij GGD Nederland, als onderdeel van de landelijke taken van de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA).

Dit is de eerste rapportage over kindermishandeling bij asielzoekers in het kader van deze PGA-taak. GGD Nederland en COA hebben ervoor gekozen om voor deze eerste analyse van kindermishandeling bij asielzoekers gebruik te maken van gegevens over gezondheidsproblemen bij asielzoekers die door de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) zijn geregistreerd in de periode 2000-2008. Deze gegevens zijn beschikbaar voor alle asielzoekerkinderen die in die periode in de opvang hebben gezeten. Doordat hiermee gegevens beschikbaar zijn voor een groot aantal kinderen, is het mogelijk om onderscheid te maken naar type mishandeling en inzicht te geven in risicogroepen.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van demografische, opvang- en zorggegevens van ruim 20.000 asielzoekerkinderen die tussen 1 januari 2000 en 31 december 2008 in de centrale opvang asielzoekers hebben gewoond.

Voor het onderzoek werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Hoe vaak werd kindermishandeling in de periode 2000-2008 geregistreerd in de dossiers van asielzoekerkinderen?
- Hoe vaak werden de verschillende typen kindermishandeling geregistreerd?
- Zijn er risicogroepen voor de verschillende typen geregistreerde kindermishandeling te identificeren?
- Hangt de incidentie van geregistreerde fysieke kindermishandeling samen met de opvangvariabelen verblijfsduur en het aantal overplaatsingen tussen centra?
- Is er een associatie tussen de incidentie van geregistreerde fysieke kindermishandeling en in het dossier van de moeder geregistreerde fysieke geweldservaringen, depressie en Post Traumatisch Stress Stoornis (PTSS) geregistreerd?

Dit rapport biedt een overzicht van in het kader van de opvang van asielzoekers relevante literatuur over kindermishandeling, de resultaten van de analyse van gegevens over de periode 2000-2008 en een bespreking van deze resultaten.

Het rapport bevat verder samenvattingen van enkele relevante Nederlandse en buitenlandse wetenschappelijke publicaties op dit terrein (bijlage 1) en een Engelstalig wetenschappelijk artikel over dit onderzoek. Het artikel bevat een uitgebreidere wetenschappelijke en theoretische onderbouwing dan de Nederlandse tekst van dit rapport. Het is geschreven samen met onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum (AMC) van de Universiteit van Amsterdam die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de analyses en interpretatie van dit onderzoek.



## 2. Overzicht van de literatuur

### 2.1 Definities van kindermishandeling

Van 2000 tot en met 2005 gebruikte de MOA de volgende definitie van kindermishandeling:

*'Kindermishandeling is elke vorm van lichamelijke of emotionele geweldpleging tegen kinderen, niet door ongeval, maar door toedoen of nalaten van ouders of verzorgers, waarbij schade bij het kind ontstaat of redelijkerwijs verwacht mag worden dat schade zal ontstaan'* (MOA-protocol zie bijlage 2).

In 2006 stelde de MOA een nieuw protocol Kindermishandeling vast. Daarin is de definitie van kindermishandeling opgenomen zoals sinds 2005 officieel omschreven is in de Wet op de jeugdzorg:

*'Kindermishandeling is 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.'* (Wet op de Jeugdzorg; artikel 1, sub m)

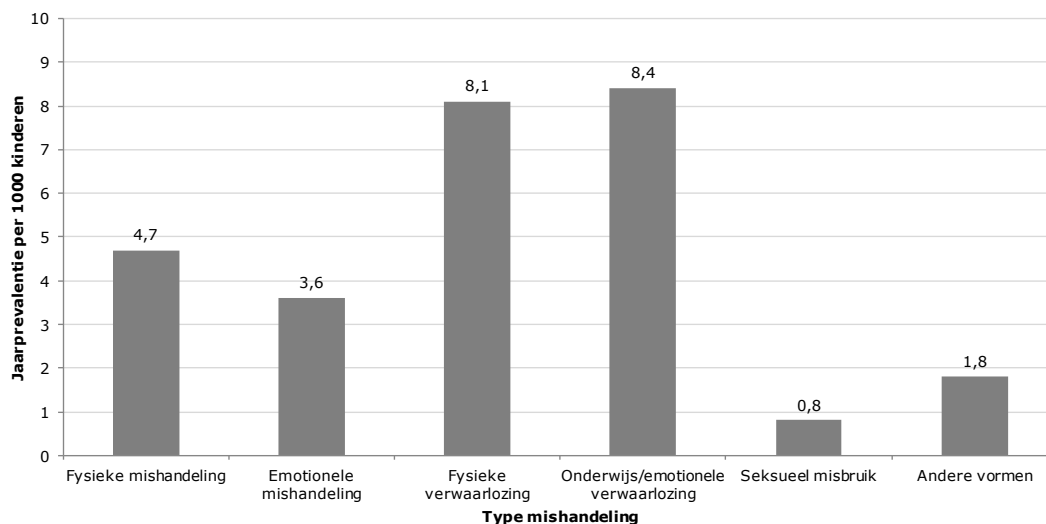
Kindermishandeling wordt ingedeeld in verschillende types. Daarbij worden onder andere onderscheiden: fysiek geweld, fysieke en emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik, exploitatie en schending van zelfbeschikking (zie ook [www.nji.nl/kindermishandeling](http://www.nji.nl/kindermishandeling)). Het kan gebeuren dat een kind het slachtoffer is van meerdere typen kindermishandeling tegelijkertijd.

### 2.2 Kindermishandeling in cijfers

#### *Algemene schattingen voor Nederland*

De Nationale Prevalentiestudies Mishandeling van kinderen en jeugdigen die in 2005 en 2010 werden uitgevoerd geven inzicht in het voorkomen van kindermishandeling in Nederland.<sup>3,4</sup> De gegevens zijn gebaseerd op een informantenstudie onder professionals die beroepsmatig met kinderen te maken hebben en een scholierenstudie. De professionals werden gevraagd een formulier in te vullen voor alle kinderen bij wie ze een vorm van kindermishandeling vermoedden in de onderzoeksperiode van drie maanden. Daarnaast werden de registraties van kindermishandeling bij de AMK's gebruikt.

De NPM-2010 schat dat de jaarprevalentie van kindermishandeling in 2010 op basis van de informantenstudie en de AMK-meldingen ongeveer 34 gevallen van kindermishandeling was op elke 1.000 kinderen voor de verschillende typen kindermishandeling samen.<sup>4</sup> Vooral verwaarlozing komt veel voor (figuur 1).



*Figuur 1 Schatting van het aantal mishandelde kinderen per 1.000 in Nederland per type mishandeling op basis van de NPM-2010 informantenstudie (bron NPM-2010)<sup>4</sup>*

#### *Schattingen voor migrantengroepen*

Op basis van de gegevens van de NPM-2005 hebben de onderzoekers een nadere analyse uitgevoerd die inzicht geeft in kindermishandeling in migrantengroepen.<sup>6</sup> Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen traditionele en nieuwe migrantengroepen. Traditionele migrantengroepen worden gedefinieerd als gezinnen met tenminste één ouder geboren in Turkije, Marokko, Suriname of Nederlandse Antillen. Nieuwe migrantengroepen definiëren de onderzoekers als gezinnen waarin tenminste één ouder geboren is in een land in Oost-Europa, Afrika (exclusief Marokko) of het Midden Oosten. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar verblijfsstatus of migratieredenen waardoor er geen uitspraken kunnen worden gedaan specifiek voor asielzoekers.

Kindermishandeling werd voor kinderen uit traditionele migrantengroepen relatief 3,5 keer zo vaak (95% BI 2,72-4,47) en voor kinderen uit nieuwe migrantengroepen 2,6 keer zo vaak (95% BI 2,00-2,63) gerapporteerd als voor autochtone kinderen. Voor traditionele migrantengroepen is het verschil volgens de onderzoekers te verklaren uit verschillen in opleidings- en inkomensniveau. De hoge prevalentie bij nieuwe migrantengroepen wordt niet verklaard door opleidings- en inkomensniveau.<sup>6</sup> De onderzoekers geven aan dat zij geen redenen zien om aan te nemen dat er sprake is van vertekening door bijvoorbeeld over-signalering of over-rapportage bij nieuwkomers. Zij geven als mogelijke verklaring traumatische ervaringen bij vluchtelingen, opgedaan voor, tijdens en na de vlucht.<sup>6</sup>

#### *Internationale cijfers*

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO concludeert dat Kindermishandeling wereldwijd een belangrijk volksgezondheidsprobleem is, maar dat moeilijk te zeggen is hoe vaak het precies voorkomt omdat in veel landen geen cijfers beschikbaar zijn.<sup>1,2</sup> Vooral in laag en midden inkomen

landen is de informatie zeer beperkt. Daar komt nog bij dat onderzoeksresultaten vaak moeilijk vergelijkbaar zijn vanwege het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden.

Gegevens over kindermishandeling bij migranten in Westerse landen zijn ook maar zeer beperkt beschikbaar. Studies in de VS en Canada suggereren dat bij instellingen voor beschermingen van jeugdigen, relatief veel kinderen uit sommige migrantengroepen worden gezien.<sup>7,8</sup> De grote Canadese studie naar kindermishandeling vond dat bij migrantenkinderen relatief 1,8 keer zo vaak kindermishandeling werd gerapporteerd als bij Canadese kinderen.<sup>8</sup> Een systematische review door Canadese onderzoekers concludeert dat dit verschil een gevolg is van intensievere screenen op en eerder rapporteren van kindermishandeling bij migranten.<sup>9</sup>

Literatuuronderzoek leverde geen cijfers op over het voorkomen van kindermishandeling in de herkomstlanden van asielzoekers of bij asielzoekers in Westerse landen.

### 2.3 *Risicofactoren*

Recente theoretische modellen verklaren kindermishandeling als een complex fenomeen dat veroorzaakt wordt door een interactie van meerdere factoren op verschillende niveaus – individueel, relationeel, community en samenleving.<sup>2,10</sup> In de internationale literatuur zijn de volgende risicofactoren voor kindermishandeling beschreven:

- Psychische gezondheidsproblemen bij familieleden;
- Psychische en fysieke gezondheidsproblemen bij het kind;
- Werkeloosheid;
- Verlies van steun van familieleden;
- Blootstelling aan geweld;
- Beperkte financiële middelen;
- Slechte huisvesting;
- Een ouder gezinnen;
- Beperkte sociale samenhang.<sup>2,10</sup>

### **3. Onderzoeksmethoden**

#### *3.1. Achtergrond van de gegevens*

Van 1 januari 2000 tot en met 31 december 2008 was de Medische Opvang Asielzoekers (MOA), verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers en voor de toegeleiding naar de eerstelijns zorg. De MOA werd uitgevoerd door samenwerkingsverbanden van GGD'en.

Demografische en opvanggegevens van alle asielzoekers waren digitaal beschikbaar in het Bewoners Informatie Systeem van het COA (BIS). Het BIS bevatte ook een MOA-deel (BIS-MOA) waarin een beperkt deel van de medische gegevens van de MOA werden ingevoerd (probleemlijst, informatie over tbc-controles, enkele specifieke gegevens uit de intake).

Voor asielzoekers tot en met 18 jaar bestond de zorg die de MOA verleende uit de volgende onderdelen:

- Enkele weken na binnenkomst werden een verpleegkundige-intake en een medisch onderzoek aangeboden;
- Bij gezondheidsklachten konden asielzoekers tijdens spreekuren een praktijkverpleegkundige raadplegen. Deze kon de asielzoeker zelfzorgadviezen geven en/of toeleiden naar de huisarts;
- Periodieke onderzoeken jeugdgezondheidszorg (JGZ);
- Overige preventieve taken zoals o.a. infectieziektepreventie en gezondheidsvoorlichting en opvoeding.

Voor individuele contacten werden een MOA- en een JGZ-dossier bijgehouden volgens de methode van probleem georiënteerd registreren (POR). Hierbij wordt onder andere voorin het dossier een probleemlijst gemaakt waarop de belangrijkste actuele en eerdere gezondheidsproblemen worden opgenomen.

#### *Studiepopulatie*

Voor het onderzoek naar kindermishandeling zijn de gegevens geselecteerd van de kinderen in sociale eenheden die in de centrale opvang asielzoekers aankwamen in de periode 1 januari 2000 – 31 december 2008; in de opvang zaten met tenminste één ouder en bij aankomst in de opvang jonger waren dan 18 jaar of geboren worden tijdens het verblijf van hun moeder in de opvang. De verblijfsduur in de opvang werd op een minimum van drie maanden gesteld omdat kinderen die minder dan drie maanden in de opvang hebben gewoond mogelijk niet goed in beeld zijn geweest bij de zorg. Kinderen van uitgenodigde vluchtelingen en kinderen met ouders/verzorgers die op basis van artikel 64 in de opvang verbleven zijn niet meegenomen in de studie vanwege hun specifieke verblijfsredenen.

In totaal zijn gegevens in dit onderzoek meegenomen van 20,201 asielzoekerkinderen.

### 3.2 Indicatoren

Er worden twee verschillende indicatoren berekend:

#### De opvangperiode prevalentie van geregistreerde kindermishandeling:

*Het aantal asielzoekerkinderen waarvoor kindermishandeling in het dossier werd geregistreerd gedeeld door het aantal asielzoekerkinderen dat tenminste drie maanden in de opvang verbleef in de onderzoeksperiode \* 1000.*

#### De incidentie van geregistreerde kindermishandeling:

*Het aantal asielzoekerkinderen waarvoor kindermishandeling in het dossier werd geregistreerd na een verblijfsduur van tenminste drie maanden gedeeld door het aantal in de opvang doorgebrachte persoonsjaren in de onderzoeksperiode \* 1000.*

Het aantal in de opvang doorgebrachte persoonsjaren is gebaseerd op de optelling van het aantal in de opvang doorgebrachte maanden. Dit is berekend op basis van het verschil tussen de datum van aankomst in en de datum van vertrek uit de opvang. Voor kinderen waarvoor kindermishandeling werd geregistreerd, is het gebaseerd op het verschil tussen de datum van aankomst en de datum waarop kindermishandeling is geregistreerd.

Berekening van incidentiecijfers van geregistreerde kindermishandeling is nodig omdat er grote variatie bestaat in de verblijfsduren. Aangezien deze ook kunnen verschillen tussen subgroepen naar bijvoorbeeld leeftijd en land van herkomst, is voor de vergelijking van risico's tussen groepen gebruik gemaakt van incidentiecijfers en daarnaast Cox-regressie modellen waarmee gecorrigeerd kan worden voor de blootstellingsduur; in dit geval de tijd in de opvang.

### 3.3 Case definitie

Kinderen worden in dit onderzoek als kindermishandeling case beschouwd wanneer hun BIS MOA gegevens het volgende bevatten:

- ICPC-code Z16.1 (mishandeling van kind door ouders)
- Een open veld omschrijving met duidelijke beschrijving van mishandeling door ouders of verzorgers bij een andere ICPC-code of in het veld waarin aantekeningen konden worden gemaakt in het kader van overdracht naar een andere zorgverlener.

Op basis van de open veld omschrijvingen werden de cases ingedeeld naar het geregistreerde type kindermishandeling. Vanwege het kleine aantal cases waarbij sprake was van emotionele mishandeling, fysieke verwaarlozing en onderwijs/emotionele verwaarlozing zijn deze typen, in tegenstelling tot in de NPM-studies, in dit onderzoek als één groep geanalyseerd. Fysieke mishandeling en seksueel misbruik zijn wel apart geanalyseerd. Daarnaast is er een laatste groep: cases die wel gerapporteerd werden als kindermishandeling, maar waar geen type aan kon worden

toegekend. Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is vanwege de andere achtergrond in dit onderzoek niet meegenomen. Over VGV is gerapporteerd in een apart rapport.<sup>11</sup>

De codering van de variabele kindermishandeling en het type kindermishandeling werd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Voor de cases waarvoor de onderzoekers verschillende codes toekenden, werd gezamenlijk besloten welke code uiteindelijk werd toegekend.

In de incidentieberekeningen worden alleen cases meegenomen waarbij de tijd tussen de aankomst in de centrale opvang en de datum van het vaststellen van kindermishandeling tenminste drie maanden bedroeg. Aanleiding hiervoor is dat bij meerdere cases waarbij binnen drie maanden na aankomst kindermishandeling op de probleemlijst is geregistreerd, was vermeld dat het gaat om mishandeling die plaatsvond in het land van herkomst. Daarbij kan het zo zijn dat er in Nederland geen sprake meer is van mishandeling bijvoorbeeld omdat de dader niet mee is gevlucht. In dergelijke gevallen, die veelal naar voren komen bij de inventarisatie van de gezondheidstoestand tijdens de intake en het medisch onderzoek, wordt de kindermishandeling ook op de probleemlijst genoteerd. Onderscheid tussen kinderen waarbij voor aankomst in de opvang sprake is geweest van kindermishandeling en kinderen waarbij in de opvang (nog) sprake is van kindermishandeling, kan voor een groot deel van deze cases echter niet worden gemaakt (o.a. omdat het actief-inactief statusveld van de probleemlijst niet volledig werd bijgewerkt). Daar komt nog bij dat JGZ-medewerkers aangaven dat wanneer in de eerste maanden kindermishandeling in het dossier wordt geregistreerd, dit in veel gevallen gaat om kindermishandeling die (al) plaatsvond voor aankomst in de centrale opvang.

#### *3.4 Geweldservaringen en psychische gezondheid moeders*

Geweldservaringen bij de ouders en psychische gezondheidsproblemen worden gezien als risicofactoren voor kindermishandeling. In dit onderzoek is alleen een eventuele relatie met deze factoren bij de moeder onderzocht, omdat het aantal sociale eenheden met twee ouders te klein was om het effect van de aanwezigheid van deze factoren bij de vader te onderzoeken. Vanwege de beperkte aantallen is de analyse van deze factoren alleen uitgevoerd voor geregistreerde gevallen van fysieke kindermishandeling.

Fysiek geweldservaringen bij de moeder werden gecodeerd op basis van de ICPC-codes Z25.1 en omschrijvingen die specifiek duiden op fysiek geweld. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de ja-nee vraag in de medische basisgegevens naar geweldservaringen, meestal nagevraagd in de intake of medisch onderzoek. Ook vrouwen waarbij deze vraag positief was beantwoord, worden gecodeerd als blootgesteld geweest aan geweld. Omdat geweldservaringen naar verwachting in vrijwel alle gevallen hebben plaatsgevonden voorafgaand aan de periode in de opvang, is geen tijdsaspect meegenomen in de case definitie.

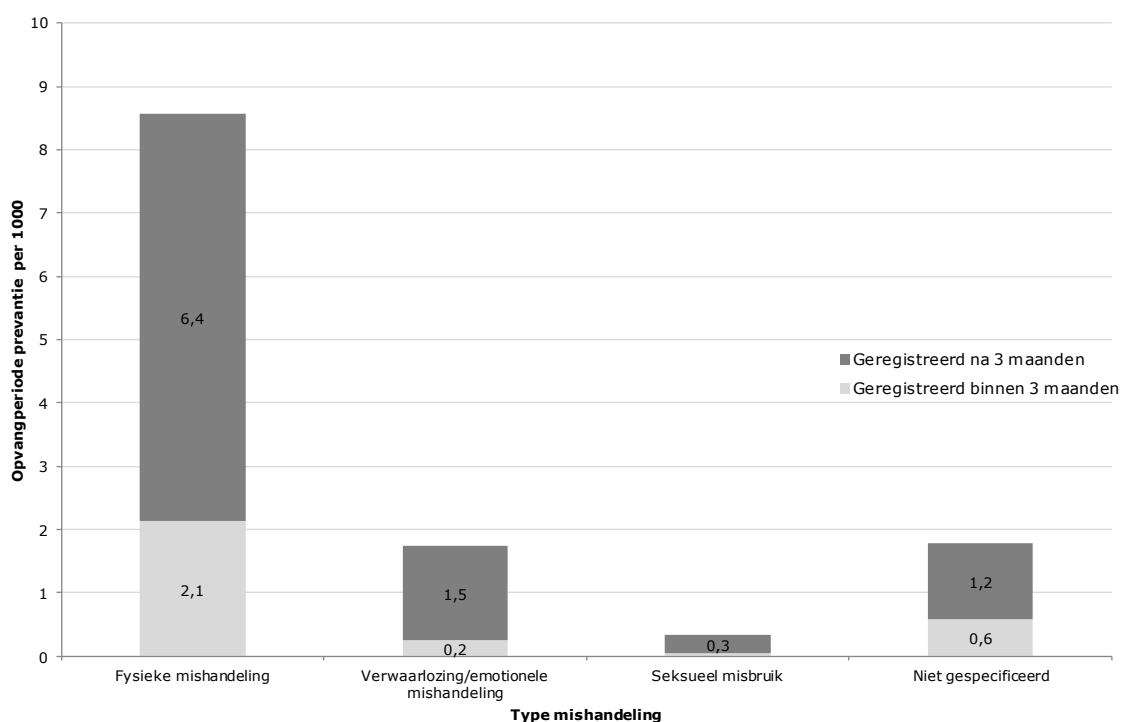
Depressie en PTSS zijn gebaseerd op de respectievelijke ICPC-codes op de probleemlijst van de moeder (P76 voor depressie en P02.3 voor PTSS). Dit zijn diagnoses die niet door MOA-medewerkers maar door huisarts of GGZ werden gesteld. Alle diagnoses bij de moeder op enig moment in de gehele onderzoeksperiode zijn meegenomen.

## 4. Resultaten

### 4.1 Geregisteerde opvangperiode prevalentie

In totaal was bij 247 asielzoekerkinderen sprake van registratie van kindermishandeling in BIS-MOA. Dit betekent een opvangperiode prevalentie van in BIS-MOA geregisteerde kindermishandeling van 12,2 per 1000 kinderen.

Fysieke mishandeling werd bij asielzoekerkinderen veel vaker geregistreerd dan de andere typen mishandeling (figuur 1). Aangezien in de incidentieberekeningen alleen cases worden bestudeerd waarbij de kindermishandeling is geregistreerd in de periode ná de eerste 3 maanden in de opvang, is in de figuur onderscheid gemaakt in twee groepen. Fysieke mishandeling werd in vergelijking met de andere typen relatief vaak geregistreerd in de eerste drie maanden.



Figuur 2 Opvangperiode prevalentie van geregisteerde kindermishandeling per 1000 asielzoekerkinderen per type geregisteerde mishandeling

### 4.2 Geregisteerde incidentie

Voor de berekening van de incidentie van geregisteerde kindermishandeling en de beschrijving van risicogroepen, worden alleen cases meegenomen die zijn geregistreerd in de periode vanaf drie maanden na aankomst in de centrale opvang. De kinderen waarbij kindermishandeling werd geregistreerd binnen drie maanden na aankomst in de opvang (n=61) worden hierbij dus uitgesloten, waarmee het aantal kinderen voor de incidentieberekeningen 20140 bedraagt.

De incidentie van geregistreerde kindermishandeling is 3,8 per 1000 asielzoekerkinderen per jaar. Demografische gegevens voor deze kinderen worden gepresenteerd in tabel 1.

Tabel 1 Demografische gegevens van de studiepopulatie\*

	Aantal kinderen in opvang	Gemiddeld aantal maanden in studie	Totaal aantal persoonsjaren in opvang
<b>Totaal</b>	20.140	24,3	49.118
<b>Geslacht</b>			
Jongen	10.296	24,3	25.145
Meisje	9.681	24,1	23.411
<b>Aantal kinderen in sociale eenheid</b>			
1 kind	4.432	19,8	8.907
2 of 3 kinderen	11.313	25,9	29.390
4 kinderen of meer	4.395	24,5	10.821
<b>Samenstelling sociale eenheid</b>			
2 ouders	9.140	27,8	25.487
Alleen moeder	10.342	21,4	22.285
Alleen vader	658	20,3	1.346
<b>Geboren in de opvang</b>			
Ja	4.940	24,4	11.733
Nee	15.200	23,7	37.385
<b>Tienermoeder*</b>			
Nee	18.633	24,2	40.587
Ja	1.507	25,7	8.531
<b>Land van herkomst**</b>			
Somalië	1.699	12,7	2.327
Angola	1.567	28,2	4.329
Voormalig Joegoslavië	1.172	32,8	3.833
Voormalige Sovjet Unie	2.397	33,4	7.889
Iran	933	31,3	2.882
Irak	2.972	16,4	5.068
Afghanistan	3.051	26,2	8.021
Overige landen	6.349	23,1	14.770

\* Exclusief 61 kinderen waarbij binnen drie maanden na aankomst kindermishandeling werd geregistreerd

Op basis van informatie uit de literatuur kan worden aangenomen dat risicogroepen en -factoren verschillen tussen de typen mishandeling. Daarom wordt afzonderlijk ingegaan op incidentiecijfers voor de verschillende typen kindermishandeling.

#### *Fysieke mishandeling*

Fysieke mishandeling werd geregistreerd bij 129 asielzoekerkinderen. De incidentie van nieuw geregistreerde cases van fysieke mishandeling is 3,2 per 1000 persoonsjaren (tabel 2).

De incidentie van geregistreerde fysieke kindermishandeling verschilt tussen subgroepen (tabel 2). In de multivariate analyse is gecorrigeerd voor variabelen die de relatie tussen de beschreven



variabelen en het risico op kindermishandeling zouden kunnen verstoren (tabel 3). Daarbij is de bovenste categorie telkens de referentiecategorie ten opzichte waarvan het relatieve risico is berekend. Het model dat gebruikt is voor de multivariate analyse houdt rekening met het feit dat een aantal variabelen verandert in de tijd (leeftijd, verblijfsduur, aantal overplaatsingen en kalenderjaar).

Er blijken enkele groepen te zijn met een significant verhoogd risico voor fysieke kindermishandeling (tabel 3):

- Bij meisjes werd relatief 1,39 keer zo vaak fysieke kindermishandeling geregistreerd als bij jongens;
- Kinderen die alleen met een vader/mannelijke verzorger in de opvang zijn, hadden een ruim vier keer zo hoog risico als kinderen die met twee ouders in de opvang zijn. Het risico voor kinderen dat in de opvang is met alleen een moeder daarentegen, wijkt niet af van het risico voor de kinderen met twee ouders;
- Kinderen waarvan de moeder een tiener was bij de geboorte van het eerste kind, hadden een ruim anderhalf keer zo hoog risico op fysieke kindermishandeling;
- De incidentie verschilde tussen de landen van herkomst, maar voor geen van de landen van herkomst week de incidentie significant af van de referentiegroep 'overige landen'.
- Het relatief risico neemt af met het toenemen van de verblijfsduur. Overplaatsingen in de voorafgaande periode gaan samen met een ruim anderhalf keer hoger relatief risico.
- Er bestaan aanzienlijke verschillen in het voorkomen van geregistreerde fysieke kindermishandeling tussen de kalenderjaren.

Tabel 2 Aantal cases en incidentie van geregistreerde fysieke kindermishandeling bij asielzoekerkinderen naar individuele en sociale eenheid kenmerken

	Aantal geregistreerde gevallen van fysieke mishandeling	Totaal aantal persoonsjaren in studie	Incidentie van geregistreerde fysieke mishandeling /1000 persoonsjaren
<b>Totaal</b>	129	40.724	3,2
<b>Geslacht*</b>			
Jongen	56	20.845	2,7
Meisje	72	19.404	3,7
<b>Aantal kinderen in sociale eenheid</b>			
1 kind	28	7.307	3,8
2 of 3 kinderen	74	24.455	3,0
4 of meer kinderen	27	8.962	3,0
<b>Samenstelling sociale eenheid</b>		40.724	
2 ouders	67	21.207	3,2
Alleen moeder	49	18.407	2,7
Alleen vader	13	1.111	11,7
<b>Geboren in opvang</b>			
Ja	23	9.755	2,4
Nee	106	30.969	3,4
<b>Tienermoeder**</b>			
Nee	114	37.502	3,0
Ja	15	3.222	4,7
<b>Land van herkomst</b>			
Somalië	2	1.796	1,1
Angola	10	3.685	2,7
Voormalig Joegoslavië	9	3.201	2,8
Voormalige Sovjet Unie	28	6.663	4,2
Iran	9	2.431	3,7
Irak	12	4.064	3,0
Afghanistan	21	6.668	3,1
Andere landen	38	12.216	3,1

\* Vanwege ontbrekende gegevens voor sommige variabelen is de som van de aantallen in de subgroepen niet altijd gelijk aan het totaal. \*\*moeders die tiener waren bij de geboorte van het oudste kind

Tabel 3 Relatieve risico's voor geregistreerde fysieke kindermishandeling gesplitst naar individuele, sociale eenheid en opvangkenmerken, gebaseerd op univariate en multivariate analyse\*

	Univariate Cox Regressie		Multivariate Cox regressie	
	RR	95% BI	RR	95% BI
<b>Geslacht</b>				
Jongen	1		1	
Meisje	1,36	0,96-1,92	1,39	0,98-1,98
<b>Leeftijd bij begin opvangjaar</b>				
0-3 jaar	1		1	
4-11 jaar	1,28	0,86-1,91	1,01	0,59-1,74
12-17 jaar	1,15	0,70-1,90	0,84	0,45-1,58
<b>Geboren in de opvang</b>				
Ja	1		1	
Nee	1,48	0,94-2,32	1,66	0,89-3,11
<b>Aantal kinderen in sociale eenheid</b>				
1 kind	1		1	
2 of 3 kinderen	0,83	0,54-1,29	0,89	0,56-1,40
4 of meer kinderen	0,80	0,47-1,37	0,94	0,52-1,71
<b>Samenstelling sociale eenheid</b>				
2 ouders	1		1	
Alleen moeder	0,80	0,56-1,16	0,94	0,62-1,44
Alleen vader	<b>3,52</b>	<b>1,94-6,38</b>	<b>4,24</b>	<b>2,20-8,18</b>
<b>Tienermoeder</b>				
Nee	1		1	
Ja	1,57	0,91-2,69	1,63	0,91-2,92
<b>Land van herkomst</b>				
Overige landen	1		1	
Somalië	0,33	0,08-1,38	0,35	0,08-1,47
Angola	0,89	0,44-1,80	0,83	0,41-1,71
Voormalig Joegoslavië	1,01	0,49-2,08	1,11	0,53-2,36
Voormalige Sovjet Unie	1,46	0,90-2,39	1,49	0,89-2,49
Iran	1,27	0,61-2,63	1,23	0,58-2,59
Irak	0,93	0,48-1,78	0,86	0,44-1,68
Afghanistan	1,06	0,62-1,82	0,95	0,54-1,68
<b>Verblijfsduur bij begin opvangjaar</b>				
3 maanden	1		1	
1 jaar	1,08	0,69-1,69	0,81	0,48-1,36
2 jaar	0,87	0,51-1,47	0,72	0,39-1,33
3 jaar	1,10	0,63-1,92	0,69	0,35-1,33
4 jaar en hoger**	0,65	0,29-1,45	0,29	0,12-0,72
<b>Aantal overplaatsingen in het voorafgaande opvangjaar</b>				
0	1		1	
1	<b>1,45</b>	<b>1,00-2,10</b>	<b>1,57</b>	<b>1,04-2,37</b>
2 of meer	1,51	0,87-2,63	1,80	0,99-3,28
<b>Kalenderjaar bij start opvangjaar</b>				
2000	1		1	
2001	1,52	0,69-3,33	1,66	0,72-3,84
2002	0,97	0,42-2,21	1,35	0,54-3,36
2003	1,11	0,48-2,57	1,75	0,68-4,50
2004	1,88	0,83-4,25	<b>3,56</b>	<b>1,41-8,98</b>
2005	1,46	0,59-3,59	<b>3,42</b>	<b>1,25-9,39</b>
2006	<b>2,82</b>	<b>1,19-6,69</b>	<b>5,94</b>	<b>2,31-15,30</b>
2007	0,95	0,29-3,16	1,81	0,52-6,32
2008	0,54	0,12-2,56	0,73	0,15-3,58

\* Relatief risico's die significant afwijken van 1 zijn vet weergegeven; \*\* De periode vanaf een verblijfsduur vanaf 4 jaar is als één geheel in analyses opgenomen vanwege beperkt aantal observaties

Er werd relatief ruim tweeënhalve keer vaker fysieke kindermishandeling geregistreerd bij kinderen van moeders waarbij fysiek geweldservaringen geregistreerd waren dan bij kinderen van moeders waarvoor zulke ervaringen niet geregistreerd waren (tabel 4). Dit verschil kan niet worden verklaard door andere factoren die het risico op kindermishandeling beïnvloeden.

Geregistreerde fysieke kindermishandeling hing niet samen met de diagnose PTSS bij de moeder (tabel 4). Er werd wel een relatie gevonden met de diagnose depressie, met een relatief risico van ongeveer twee voor kinderen van moeders met diagnose depressie in vergelijking met kinderen van moeders waar geen depressie werd geregistreerd (tabel 4).

*Tabel 4 Relatieve risico's voor geregistreerde fysieke kindermishandeling gesplitst naar kinderen van moeders met en zonder geregistreerde fysieke geweldservaringen, Post Traumatisch Stress Stoornis (PTSS) en depressie\**

	Univariate Cox Regressie		Multivariate Cox regressie**	
	RR	95% BI	RR	95% BI
<b>Fysiek geweldservaringen moeder</b>				
Nee	1		1	
Ja	2,76	1,89-4,01	2,76	1,88-4,07
<b>PTSS bij moeder</b>				
Nee	1		1	
Ja	1,12	0,61-2,03	0,74	0,40-1,38
<b>Depressie bij moeder</b>				
Nee	1		1	
Ja	2,16	1,27-3,66	1,79	1,03-3,11

\* Sociale eenheden met alleen vader zijn niet meegenomen, \*\* Multivariaat model met alle variabelen die een significante bijdrage leverden in het multivariate model in tabel 3; er was geen sprake significant effect van interactie tussen de drie variabelen in deze tabel

#### *Verwaarlozing en/of emotionele mishandeling*

Verwaarlozing en/of emotionele mishandeling werden 30 keer geregistreerd in BIS-MOA (tabel 5). Bij vergelijking van de incidentie van verwaarlozing en/of emotionele mishandeling tussen groepen valt op dat de incidentie hoger is bij sociale eenheden met 2 of 3 kinderen in vergelijking met de kleinere en de grotere sociale eenheden, hoger bij sociale eenheden met een alleenstaande moeder in vergelijking met sociale eenheden met twee ouders (tabel 5). De incidentie is ook hoger bij tienermoeders in vergelijking met moeders die ouder waren bij de geboorte van het eerste kind. De hoogste incidentie en prevalentie worden gevonden in de leeftijdsgroep 4-11 jaar. Cox regressie analyse zoals uitgevoerd voor fysieke mishandeling, is vanwege het beperkte aantal cases niet mogelijk.

Tabel 5 Aantal cases en incidentie van verwaarlozing en/of emotionele mishandeling bij asielzoekerkinderen naar individuele en sociale eenheid kenmerken

	Aantal kinderen met verwaarlozing en/of emotionele mishandeling in dossier	Aantal kinderen	Totaal aantal persoonsjaren in opvang	Geregistreeerde verwaarlozing en/of emotionele mishandeling	
				per 1000 kinderen	per 1000 persoonsjaren
<b>Totaal</b>	30	20188	49020	1,5	0,6
<b>Geslacht</b>					
Jongen	16	10312	25100	1,6	0,6
Meisje	13	9706	23366	1,3	0,6
<b>Aantal kinderen in sociale eenheid*</b>					
1 kind	3	4441	8888	0,7	0,3
2 of 3 kinderen	25	11331	29315	2,2	0,9
4 kinderen of meer	2	4409	10818	0,5	0,2
<b>Samenstelling sociale eenheid*</b>					
2 ouders	12	9161	25435	1,3	0,5
Alleen moeder	18	10357	22239	1,7	0,8
Alleen vader	0	663	1346	0,0	0,0
<b>Geboren in de opvang</b>					
Ja	24	4938	11721	1,2	0,5
Nee	6	15249	37299	1,6	0,6
<b>Tienermoeder</b>					
Nee	21	15871	39163	1,3	0,5
Ja	9	3647	8511	2,5	1,1
<b>Leeftijd bij aankomst opvang</b>					
0-3 jaar	6	4938	11721	1,2	0,5
4-11 jaar	14	4248	10480	3,3	1,3
12-18 jaar	10	7823	20970	1,3	0,5
Geboren in de opvang	0	3172	5849	0,0	0,0

\* Verschillen tussen groepen significant in Chi2-toetsen

#### Seksueel misbruik

Seksueel misbruik werd 6 keer geregistreerd, het betrof alleen meisjes. Vanwege het kleine aantal is geen verdere analyse naar subgroepen uitgevoerd.

## **5. Beschouwing**

### *5.1 Algemeen*

Dit onderzoek is uniek vanwege het grote aantal kinderen waarvoor gegevens beschikbaar zijn en de uitgebreide informatie over de kinderen zelf, hun sociale eenheid en het verblijf in de centrale opvang asielzoekers. Daardoor kan inzicht worden gegeven in het voorkomen van geregistreerde kindermishandeling bij asielzoekers naar individuele, sociale eenheid en opvangkenmerken.

Bij de interpretatie van de resultaten moet er rekening mee worden gehouden dat onderzoeken op basis van gevallen van kindermishandeling geregistreerd door zorgverleners, per definitie een onderschatting geven van het totaal aantal gevallen van kindermishandeling. Dit komt enerzijds doordat niet alle gevallen van kindermishandeling bekend worden bij zorgverleners en anderzijds doordat niet alle gevallen in dossiers geregistreerd worden.

Het is niet mogelijk in te schatten hoe de incidentie van in BIS-MOA geregistreerde gevallen van kindermishandeling zich verhoudt tot de totale incidentie van kindermishandeling bij asielzoekers in de centrale opvang. Ook kan niet worden ingeschat of er groepen zijn, bijvoorbeeld naar land van herkomst, waarbij kindermishandeling relatief vaker bekend werd bij de MOA-zorgverleners, bijvoorbeeld als gevolg van verschillen in contacten met de zorg. Een andere beperking van de gegevens is dat geen informatie beschikbaar is over wanneer de mishandeling voor het eerst plaats vond en wanneer de mishandeling is gestopt.

Hoe het voorkomen van kindermishandeling bij asielzoekers zich verhoudt tot het voorkomen van mishandeling in de Nederlandse bevolking, is vanwege dergelijke methodologische aspecten in dit en andere onderzoeken niet te zeggen.

### *5.2 Naar type kindermishandeling*

De verdeling van de kindermishandeling cases naar type is voor de asielzoekerkinderen heel anders dan voor de studiebevolking in de NPM-2010 (tabel 6).<sup>4</sup> Bij asielzoekerkinderen was fysieke kindermishandeling veruit het meest geregistreerde type, terwijl bij onderzoeken naar alle kinderen in Nederland verwaarlozing en/of emotionele mishandeling het meest geregistreerde type was. Hierbij zouden verschillende factoren een rol kunnen hebben gespeeld.

Een voormalig MOA-arts gaf als verklaring voor het veel lagere percentage verwaarlozing en/of emotionele mishandeling dat er bij asielzoekerkinderen zo vaak sprake is van verwaarlozing, dat dit niet meer in de dossiers wordt vermeld. Mensinga-Wieringa zei hierover in haar onderzoek naar hoe zorgverleners en opvangmedewerkers denken over kindermishandeling bij asielzoekers: '... respondenten interpreteren op zich alarmerende signalen als inherent aan het leven in een AZC en aan de asielzoekerstatus' (samenvatting rapport in bijlage 1).<sup>12</sup> Daarnaast zouden culturele verschillen m.b.t. opvoeding een rol hebben gespeeld waardoor het voor zorgverleners moeilijker is te schatten is wanneer er sprake is van verwaarlozing. Deze onderrapportage van verwaarlozing en/of emotionele mishandeling is een extra argument om voorzichtig te zijn met het vergelijken

van de incidentie van kindermishandeling bij asielzoekers met prevalentie in de algemene bevolking.

*Tabel 6 Procentuele verdeling naar geregistreerd type kindermishandeling bij asielzoekerkinderen en NPM-2010<sup>4</sup>*

	<b>Asielzoekerkinderen*</b>	<b>NPM-2010</b>
Fysieke kindermishandeling	72%	18%
Verwaarlozing en/of emotionele mishandeling	18%	71%
Seksueel misbruik	3%	4%
Onbekend type	13%	7%

\* optelsom percentages > 100 omdat voor enkele kinderen meerdere types werden geregistreerd

### 5.3 Risicogroepen voor fysieke kindermishandeling

Het hogere risico op fysieke kindermishandeling bij meisjes is verrassend omdat fysieke mishandeling in rijkere landen even vaak voorkomt bij jongens als bij meisjes en in armere landen vaker wordt gerapporteerd bij jongens dan bij meisjes.<sup>10</sup> Er zijn enkele mogelijke verklaringen te geven voor deze bevinding. Van ouders in asielzoekerscentra wordt gerapporteerd dat zij moeite hebben met de toenemende onafhankelijkheid van kinderen in de Westerse samenleving en dit zou mogelijk moeilijker kunnen zijn bij meisjes dan bij jongens.<sup>13</sup> Wellicht blijven de meisjes ook meer dan de jongens binnen op het asielzoekerscentrum waardoor ze mogelijk meer bloot staan aan mishandeling door ouders. Verder zou het zo kunnen zijn dat zorgverleners in de opvang meer aandacht hebben voor de veiligheid van meisjes dan van jongens, bijvoorbeeld vanwege het COA-project 'Veiligheid vrouwen en meisjes'.

Het verhoogde risico voor kinderen van jonge moeders is in lijn met bevindingen in zowel rijke als arme landen.<sup>1, 2</sup> Mogelijk hangt dit samen met een gebrek aan opvoedervaring, wat mogelijk nog een sterker effect heeft in een situatie waar de jonge moeders, omdat de extended family ontbreekt, geen goede opvoedvoorbeelden hebben en geen familieleden die de opvoeding ondersteunen en opvoedingspatronen corrigeren.<sup>14</sup> Daar komt nog bij dat het aannemelijk is dat er bij deze groep relatief vaak sprake is van ongeplande en (bijvoorbeeld als gevolg van verkrachting) ongewenste zwangerschappen.<sup>15</sup>

Het risico op kindermishandeling was ongeveer even groot voor kinderen die met twee ouders in de opvang waren als voor kinderen die met alleen hun moeder in de opvang waren. Dit is opvallend omdat zowel in rijke als arme landen kindermishandeling vaker voorkomt bij alleenstaande ouders. Een verklaring hiervoor zou de positie van vaders in de opvang kunnen zijn, die als moeilijk wordt betiteld in de literatuur. Die moeilijke positie zou samenhangen met onder andere werkloosheid, gebrek aan activiteiten en het minder in staat zijn om de cultureel wenselijke rol van leverancier van inkomen en beschermer uit te voeren.<sup>16</sup> Het risico op geregistreerde kindermishandeling is het

hoogst voor kinderen die met alleen hun vader in de opvang zijn. Dit kan een gevolg zijn van bovenstaande factoren maar ook samenhangen met gebrek aan opvoedvaardigheden en aan de steun van een sociaal netwerk.

Een opvallende bevinding is het lagere risico voor kinderen die geboren zijn in de centrale opvang. Hierbij zou mogelijk een rol kunnen spelen dat voor kinderen die geboren voor aankomst in Nederland mogelijk al sprake was van mishandeling in het land van herkomst of tijdens de vlucht. Daarnaast hebben ouders van kinderen die geboren worden in de opvang mogelijk meer ondersteuning van zorgverleners en andere professionals. Een andere verklaring, die werd gesuggereerd door MOA-zorgverleners, is dat kinderen geboren in de opvang, worden gezien als teken van hoop voor een nieuwe toekomst en daarom anders worden behandeld en opgevoed.

Voor alle bestudeerde landen van herkomst werden gevallen van geregistreerde kindermishandeling gevonden. Er werden wel verschillen gevonden tussen landen van herkomst in de incidentie van geregistreerde kindermishandeling, maar voor geen van de landen verschilde de incidentie significant van de incidentie in de referentiegroep. Epidemiologische gegevens over kindermishandeling in de landen van herkomst van asielzoekers zijn in de internationale literatuur niet gevonden waardoor vergelijking met het voorkomen in de herkomstlanden niet mogelijk is.

#### *5.4 Relatie met geweldservaringen, PTSS en depressie bij de moeder*

In dit onderzoek is de kans op geregistreerde fysieke kindermishandeling groter voor kinderen van moeders die fysiek geweldservaringen hebben doorgemaakt in vergelijking met kinderen van moeders die dat niet hebben meegemaakt. Fysiek geweldservaringen bij de ouders worden in de internationale literatuur beschreven als een risicofactor voor kindermishandeling, maar de meeste onderzoeken betreft het geweldservaringen bij ouders die zelf het slachtoffer waren van kindermishandeling.<sup>2, 10</sup> Relevant onderzoek specifiek naar de relatie tussen andere vormen van geweld en kindermishandeling werd niet gevonden. Het ontregelende effect van traumatische ervaringen op de ouderlijk zorg en opvoeding is wel breed onderbouwd.<sup>18, 19</sup>

Ook voor PTSS is beschreven dat dit het ouderlijk functioneren en de opvoedvaardigheden negatief kan beïnvloeden.<sup>19</sup> Maar het inzicht in een mogelijke invloed op het voorkomen van kindermishandeling is beperkt. Een studie in de VS vindt een kleinere kans op fysieke mishandeling bij moeders met PTSS. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring het vermijdingsgedrag, de emotionele verdoving en dissociatieprocessen die worden gezien bij mensen met PTSS. Processen die overigens misschien niet leiden tot een hoger risico op kindermishandeling maar wel tot andere negatieve effecten op de ontwikkeling van kinderen.

Het effect van depressie bij de moeder op het risico op kindermishandeling is uitgebreider onderzocht. Het verhoogde risico op kindermishandeling bij depressieve moeders wordt in verband gebracht met dat deze moeders minder reageren op communicatief gedrag van hun kinderen en eerder neigen naar straffen dan naar bespreken van ongewenst gedrag bij hun kind.<sup>19</sup>



## 5.5 Relatie met opvangvariabelen

De incidentie van geregistreerde gevallen van kindermishandeling bleek in deze studie het laagst te zijn bij lange verblijfsduur in de opvang (4 jaar of meer). Dit is verassend aangezien in de wetenschappelijke literatuur enkele malen werd gerapporteerd dat psychische problemen bij asielzoekers toenemen met de verblijfsduur in de opvang en psychische problemen een belangrijke risicofactor zijn voor kindermishandeling. Er kunnen verschillende verklaringen worden geopperd voor het niet vinden van een toename van kindermishandeling met toenemende verblijfsduur.

Onderzoek naar de psychische gezondheid van asielzoekerkinderen in Nederland waarin geen relatie werd gevonden tussen verblijfsduur en psychische gezondheid van asielzoekerkinderen wordt als mogelijke verklaring geopperd dat contextuele factoren, zoals psychische gezondheidsproblemen, omvang van het gezin en het achter moeten hebben laten van een familielid in het land van herkomst, wellicht een grotere rol spelen dan opvangvariabelen zoals verblijfsduur.<sup>18</sup>

Men kan ook veronderstellen dat omdat in de beginperiode er veel onzekerheid is en onbekendheid met de dagelijkse gang van zaken in een asielzoekerscentrum, de situatie erg stressvol is. Dit kan leiden tot ongewenste opvoedingspatronen. Na verloop van tijd neemt de onzekerheid over de dagelijkse gang van zaken af en daarmee wellicht de acute stress. Daar staat weer tegenover dat (negatieve) ontwikkelingen in de asielprocedure stresserend zijn, maar de verblijfsduur waarop dit gebeurt is voor elke sociale eenheid anders en niet beschikbaar in de onderzoeksgegevens.

Een andere mogelijke factor is dat gedurende het verblijf in de opvang de kennis van ouders over opvoedingsgewoontes in Nederland, regelgeving m.b.t. kindermishandeling en mogelijkheden voor ondersteuning door professionals toe zal nemen.

Kindermishandeling werd in de jaren 2000-2008 vaker geregistreerd bij kinderen die in de voorafgaande periode één of meer keer waren overgeplaatst. Een mogelijke verklaring ligt in de versturende werking van verhuizingen op sociale netwerken, waarvan uit onderzoek bekend is dat ze een belangrijke beschermende factor zijn voor kindermishandeling.<sup>2</sup> Een andere mogelijke verklaring is dat bij overplaatsingen de stress als gevolg van de onbekendheid en onzekerheid over de dagelijkse gang van zaken toeneemt bij ouders en bij kinderen. Zo werd bij onderzoek onder asielzoekerkinderen in Denemarken een relatie gevonden tussen het aantal overplaatsingen en het voorkomen van psychische klachten bij asielzoekerkinderen.<sup>19</sup>

De incidentie van geregistreerde kindermishandeling blijkt, vooral na correctie voor andere factoren, te verschillen tussen kalenderjaren. De hoogste incidentie van nieuw geregistreerde kindermishandeling werd gezien in de jaren 2004, 2005 en 2006. Mogelijk hangt dit samen met toenemende aandacht voor de preventie en signalering van kindermishandeling in die periode en in het verlengde daarvan de implementatie van een nieuw MOA-protocol, waardoor zorgverleners relatief vaker kindermishandeling zullen constateren en registreren. Mogelijk hebben ook andere factoren die veranderd zijn in de tijd zoals de snelle krimp in het aantal asielzoekers een rol gespeeld, maar hierover zijn op basis van dit onderzoek geen uitspraken te doen.

## **6. Conclusies en aanbevelingen**

### *6.1 Conclusies*

#### *Algemeen*

- In de periode 2000 tot en met 2008 werd bij 12,2 per 1000 asielzoekerkinderen op enig moment gedurende hun verblijf in de centrale opvang asielzoekers in hun MOA-dossier geregistreerd dat er sprake was van kindermishandeling. De incidentie van geregistreeerde kindermishandeling berekend voor de periode vanaf een verblijfsduur van drie maanden was 3,8 per 1000 kinderen per jaar.
- Vanwege methodologische aspecten kunnen geen uitspraken worden gedaan over of kindermishandeling bij asielzoekers minder vaak of vaker voorkomt dan in de algemene Nederlandse bevolking.
- Kindermishandeling komt bij asielzoekers voor in alle subgroepen naar geslacht, leeftijd, samenstelling van de sociale eenheid en land van herkomst.

#### *Type kindermishandeling*

- Fysieke kindermishandeling is het frequentst geregistreeerde type kindermishandeling bij asielzoekerkinderen met een incidentie van 3.2 per 1000 kinderen per jaar vanaf drie maanden verblijfsduur.
- De verhouding tussen het aantal cases van fysieke mishandeling enerzijds en verwaarlozing en emotionele mishandeling anderzijds was bij asielzoekers heel anders dan in de totale Nederlandse bevolking. Verwaarlozing en emotionele mishandeling werden bij asielzoekers relatief minder vaak geregistreeerd, fysieke mishandeling relatief juist vaker. Het is aannemelijk dat er bij verwaarlozing en/of emotionele mishandeling sprake is van hogere mate van onderrapportage dan bij fysieke kindermishandeling.
- Seksueel misbruik wordt, net als in de totale bevolking van Nederland, veel minder vaak geregistreeerd dan fysieke mishandeling en verwaarlozing en/of emotionele mishandeling.

#### *Risicogroepen en risicofactoren*

- Fysieke kindermishandeling werd relatief vaak geregistreeerd bij meisjes, kinderen die alleen met hun vader in de opvang waren, kinderen van tienermoeders en kinderen die geboren werden voor aankomst in de centrale opvang.
- Het risico op geregistreeerde fysieke kindermishandeling voor kinderen die alleen met hun moeder in de opvang zijn, is in deze studie niet anders dan voor kinderen die met twee ouders in de opvang zijn.
- Het risico op geregistreeerde fysieke kindermishandeling neemt lineair af met verblijfsduur over de periode vanaf drie maanden tot vier jaar na aankomst in de centrale opvang. In de verblijfsduurperiode langer dan vier jaar bleek het risico op kindermishandeling significant lager dan in de verblijfsperiode 3 tot 12 maanden.

- Fysieke kindermishandeling werd vaker geregistreerd bij kinderen die een of meer keer waren overgeplaatst in de voorafgaande periode dan voor kinderen die niet waren overgeplaatst.
- De incidentie van geregistreeerde fysieke kindermishandeling verschilt tussen de kalenderjaren. Verschillen lijken onder andere samen te hangen met beleidsveranderingen en de implementatie van protocollen m.b.t. kindermishandeling.
- Voor kinderen van moeders die geweld hebben ondergaan of aan depressie lijden was het risico op geregistreeerde kindermishandeling hoger dan voor kinderen van moeders waarbij dat niet het geval was. Er werd geen verband gevonden met de diagnose PTSS bij de moeder.

## 6.2 Aanbevelingen

### *Voor de praktijk*

- Professionals die met asielzoekerkinderen werken, moeten vanaf zo kort mogelijk na aankomst van gezinnen in de centrale opvang alert zijn op signalen die duiden op kindermishandeling of opvoedingsproblemen. Let bij de signalering extra op sociale eenheden met jonge moeders, alleenstaande vaders, moeders met geweldservaringen en/of depressie.
- Maak ketenafspraken over verantwoordelijkheden en taken met betrekking tot (mogelijke) gevallen van kindermishandeling en opvoedingsproblemen.
- Handel in geval van (vermoeden van) kindermishandeling zoals beschreven in de meldcode kindermishandeling en volgens bestaande protocollen en (lokale) afspraken.
- Biedt zodra er sprake is van een enigszins stabiele woonsituatie opvoedondersteuning aan sociale eenheden met opvoedingsproblemen.

### *Voor beleid*

- Deze studie suggereert dat het risico op fysieke kindermishandeling hoger is na overplaatsingen. Uit de literatuur en signalen uit de praktijk is af te leiden dat het aannemelijk is dat overplaatsingen ook de preventie, signalering en interventies gericht op het stoppen van kindermishandeling bemoeilijken. Neem deze kennis mee bij het maken van keuzes m.b.t. het opvangbeleid.
- Stimuleer onderzoek naar de kennis en percepties van professionals die met asielzoekers werken met betrekking tot de preventie, signalering en behandeling van alle vormen van kindermishandeling in de context van de centrale opvang en de samenwerking tussen professionals uit verschillende sectoren.
- Stimuleer onderzoek naar de kennis en perceptie van asielzoekers met betrekking tot kindermishandeling.
- Ga na of er voldoende toegankelijke materialen zijn waarmee professionals inzicht kunnen krijgen in hoe zij en andere professionals bij kunnen dragen aan de preventie, signalering en behandeling van kindermishandeling in asielzoeker gezinnen.

- Ga na hoe monitoring van kindermishandeling bij asielzoekers het best kan worden uitgevoerd.

## Literatuur

1. WHO Factsheet 150: Child maltreatment, 2010. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>)
2. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006. Geneva. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf))
3. IJzendoorn van M.H. Kindermishandeling in Nederland Anno 2005: De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Den Haag, WODC – Ministerie van Justitie, 2007. (<http://www.leidenattachmentresearchprogram.eu/NPM-2005-Van-IJzendoorn-boek.pdf>)
4. Alink, L., IJzendoorn, van M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Pannebakker, F., Vogels, T., and Euser, S. Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden, University of Leiden, 2011. (<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/09/30/de-tweede-nationale-prevalentiestudie-mishandeling-van-kinderen-en-jeugdigen.html>)
5. Jeugdzorg Nederland. Overzicht 2010 Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK), Utrecht, 2011. ([www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/jaarverslag-amk-2010.pdf](http://www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/jaarverslag-amk-2010.pdf))
6. Euser EM, van IJzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. Child Maltreatment. 2011;16(1):63-73.
7. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, et al. (2005). Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2003; Major findings. (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/index-eng.php>)
8. Lavergne C, Dufour S, Trocmé N, Larrivee MC. (2008). Visible minority, aboriginal and Caucasian children investigated by Canadian Child Protective Services. Child Welfare. 87(2), 59-76.
9. Hassan G, Thombs BD, Rousseau C, Kirmayer LJ, Feighner J, Ueffing E, et al. Guidelines for immigrant health: Appendix 12: Child maltreatment: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. CMAJ. 2011 DOI 10.5103/cmaj.090313.
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 373, 68-81.
11. Oostrum IEA van, Goosen S. Vrouwelijke genitale verminking; Digitale dossiers van asielzoeksters onderzocht 2000-2008 (2012). GGD Nederland, Utrecht.
12. Mensinga-Wieringa M. Kindermishandeling op het AZC; 'Het zal mij een zorg zijn' (2004). TNO Leiden (scriptie).
13. Lewig, K., Arney, F., & Salveron, M. (2010). Challenges to parenting in a new culture: Implications for child and family welfare. Eval Program Plann., 33, 324-332.
14. O'Donnell, B. L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. Fam Plann Perspect., 33, 268-275.

15. Goosen S, Uitenbroek D, Wijzen C, Stronks K. (2009). Induced abortions and teenage birth rates among asylum seekers in the Netherlands. *J Epid. Community Health*, 63, 528-533.
16. Appleyard K, Osofsky JD. (2003). Parenting after trauma: supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence. *Inf Ment Health J.*, 24(2), 111-125.
17. Cohen LR, Hien DA, Batchelder S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child maltreatment*, 13(1), 27-38.
18. Wieggersma, P. A., Stellinga-Boelen, A. A., & Reijneveld, S. A. (2011). Psychosocial problems in asylum seekers' children: the parent, child, and teacher perspective using the Strength and Difficulties Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.*, 199, 85-90.
19. Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark; the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8, 293.

## **Bijlage 1      Overzicht van de literatuur m.b.t. preventie van kindermishandeling**

Deze bijlage bevat samenvattingen van relevante onderzoeken op het terrein van kindermishandeling.

### ***Kindermishandeling op het AZC "Het zal mij een zorg zijn"***

*Auteur(s):* E.D. Mensinga Wieringa

*Organisatie:* Medische Opvang Asielzoekers, stage bij TNO

*Publicatiejaar:* 2004

*Onderzoeksmethode:* Kwalitatief, half gestructureerde interviews met 54 medewerkers in opvang en zorg voor asielzoekers (o.a. COA, MOA, AMW, scholen, beveiliging)

*Conclusies:*

#### Kindermishandeling binnen het AZC:

- Het beleid van de overheid lijkt binnen het asielzoekerscentrum en in de asielprocedure situaties te creëren die óf raken aan kindermishandeling, óf deze in de hand werken c.q. in stand houden;
- De respondenten interpreteren op zich alarmerende signalen als inherent aan het leven op het AZC en aan de asielzoekerstatus.
- Daarnaast wil men het gezin niet verder onder druk zetten door dit als signaal van kindermishandeling te bestempelen. Helaas wordt hierdoor voorbijgegaan aan de mogelijkheid om in deze vroege symptoomfase al adequate ondersteuning te bieden.

#### Zorgpartners en kindermishandeling:

- Bijna iedere respondent is wel eens geconfronteerd met signalen maar was terughoudend in het ondernemen van actie hierop. Hiervoor werden de volgende redenen genoemd:
  - de respondent vond dat er onvoldoende sluitend fysiek bewijs was;
  - de angst om de vertrouwensrelatie onder druk te zetten;
  - inbreuk op de privacy of strijdig met het privacyreglement;
  - strijdig met beroepsgeheim of gedragscode;
  - cultuurverschillen maken het moeilijk het signaal te beoordelen;
  - onbekendheid met de consequenties van een melding en mogelijkheden van ondersteuning.
- Veel respondenten relateren de grootte van hun rol in signalering van kindermishandeling aan de fysieke contactmomenten met de kinderen of het gezin, men vergeet vaak de link te leggen tussen de symptomen van draagkrachtvermindering bij de ouders en het risico op kindermishandeling.

#### Werkwijze bij kindermishandeling:

- Alle respondenten hebben behoefte aan richtlijnen inzake signalering en werkwijze bij kindermishandeling, toegespitst op risicofactoren bij asielzoekers.
- De zorgpartners noemden als belangrijkste randvoorwaarden voor vroegtijdige signalering van kindermishandeling met name kennisvergroting op dit gebied en duidelijke richtlijnen inzake hoe te handelen in die gevallen.
- Ouder-Kindzorg (OKZ) en MOA-JGZ en het merendeel van de AMW-medewerkers zijn op de hoogte van de mogelijkheden van het AMK. Andere zorgpartners geven aan behoefte te hebben aan meer informatie over het AMK: wanneer melden?, anoniem of niet?, wat mag je van het AMK verwachten?. Zorgpartners zijn niet op de hoogte van de functies van het AMK, met name niet van de mogelijkheid van consultatie en het voeren van gesprekken. Er leeft nog vaak het misverstand dat melding bij het AMK synoniem is voor uithuisplaatsing van de kinderen. COA en beveiligingsmedewerkers zijn tegenstrijdig in hun antwoorden: ze onderschrijven dat iedere volwassene de verantwoordelijkheid heeft om in actie te komen als een kind in nood is maar willen geen informatie over AMK omdat melding of consultatie geen deel uitmaakt van hun vakgebied.



***Kindermishandeling in Nederland Anno 2005; De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen 2005 (NPM-2005)***

*Auteur(s):* M.H. van IJzendoorn, P. Prinzie, E.M. Euser, M.G. Groeneveld e.a.

*Organisatie:* Universiteit Leiden

*Publicatiejaar:* 2007

*Onderzoeksmethode:* Kwantitatief. Landelijk informantenonderzoek onder 1100 professionals die beroepsmatig met kinderen te maken hebben (onderwijs, opvoedingsondersteuning, juridische en sociaal-medische zorg) en registratie van AMK-meldingen. Beide NPM's zijn gebaseerd op gegevens over kindermishandeling op basis van informantenonderzoek. De prevalentie van kindermishandeling kon worden geschat op basis van drie niveaus van signalering, namelijk gevallen van kindermishandeling die bekend zijn bij: 1) AMK's, 2) instanties zoals politie en rechtbank, en 3) niet bij eerder genoemde instanties maar bij andere informanten zoals leerkrachten, medewerkers van consultatiebureaus, of leidsters in kinderdagverblijven.

Er werd een landelijke steekproef genomen van informanten uit AMK's, politie, onderwijs, vrouwenopvang, huisartsen en consultatiebureaus. Deze informanten kregen een uitgebreide instructie en werden gevraagd om een vragenlijst in te vullen voor alle kinderen waarvoor bij hen bekend was dat er sprake was van kindermishandeling in de drie onderzoeksmaanden. Het betreft nadrukkelijk zowel kinderen waarvoor in de onderzoeksmaanden voor het eerst signalen waren van kindermishandeling als kinderen waarbij al langer bekend was dat er sprake was van kindermishandeling waarvan bekend is dat er nog steeds sprake is van mishandeling. De onderzoekers van de NPM-studies noemen de uitkomst van hun studies de 'actuele prevalentie'.

*Web-adres:* <http://www.leidenattachmentresearchprogram.eu/>

*Conclusies:*

Algemeen:

De prevalentie van kindermishandeling in Nederland wordt op basis van de NPM-2005 geschat op 107.200 kinderen, ofwel 30 per 1000 kinderen per jaar. De meerderheid van de gevallen betreft verwaarlozing. De schatting van het aantal gevallen van seksueel misbruik is ruim 4.700 gevallen. Fysieke mishandeling komt in ruim 17.000 gevallen voor. De prevalentie van kindermishandeling over de gehele jeugdfase is ongetwijfeld groter dan de prevalentie in 2005.

Risicofactoren:

Het risico op kindermishandeling is bijna zeven keer groter in sociale eenheden met zeer laag opgeleide ouders, terwijl werkloosheid van beide ouders het risico vijf keer vergroot. Ook allochtone achtergrond betekent een ongeveer 3,5 keer verhoogd risico op kindermishandeling, maar dat risico valt grotendeels weg als opleidingsniveau wordt verdisconteerd. Een groter gezin (drie of meer kinderen) en alleenstaand ouderschap verdubbelen het risico op kindermishandeling. De jongste kinderen (0-3 jaar) zijn oververtegenwoordigd in de groep mishandelde kinderen op

basis van het informantenonderzoek. Het gaat hier vooral om fysieke verwaarlozing. Ook emotionele verwaarlozing komt in deze leeftijdsgroep relatief vaker voor. Bij de AMK's werden juist kinderen in de basisschoolleeftijd vaker gemeld dan de jongste kinderen (0-3 jaar) en kinderen in de middelbare school periode (12-18 jaar).

#### Allochtonen uitgesplitst:

De NPM-2005 maakt onderscheid tussen kinderen van traditioneel-allochtone herkomst (tenminste één ouder geboren in Turkije, Marokko, Suriname of Nederlandse Antillen) en nieuw-allochtone herkomst (Afrika uitgezonderd Marokko, Oost Europa, Zuid Amerika, West Azië). De samenhang van (zeer lage) opleiding met kindermishandeling is vele malen sterker dan die van etnisch culturele achtergrond. Bij constant houden van opleidingsniveau wordt geen significant verhoogd risico op kindermishandeling meer gezien bij de traditioneel-allochtone gezinnen in Nederland. Deze reductie geldt minder sterk voor de nieuw-allochtone gezinnen: bij controle voor opleidingsniveau is die groep nog steeds 2,6 keer oververtegenwoordigd.

De onderzoekers beschrijven het effect van allochtone herkomst in een wetenschappelijk artikel.<sup>6</sup> In dit artikel concluderen zij t.a.v. de nieuw-allochtone gezinnen:

- Kinderen uit nieuw-allochtone gezinnen zijn significant oververtegenwoordigd bij de kindermishandeling typen: fysieke kindermishandeling, emotionele mishandeling en emotionele en educatieve verwaarlozing.
- Verhoogde kindermishandeling cijfers bij allochtone kinderen moeten niet automatisch worden toegeschreven aan etniciteit; scholing en materiële voorzieningen die samengaan met lage SES moeten gezien worden als belangrijke risicofactoren voor kindermishandeling. Het terugdringen van het risico op kindermishandeling in allochtone gezinnen vraagt om een benadering die rekening houdt met de sociaal-economische antecedenten van kindermishandeling.
- Ten aanzien van het verhoogde risico bij de nieuw-allochtone gezinnen stellen de onderzoekers t.a.v. de oorzaak van de verhoogde prevalentie: 'Refugee families are still exposed to considerable stress after arrival, for most of them subsequent to a history of severe traumatization.'

***Kindermishandeling in Nederland Anno 2010; De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen 2010 (NPM-2010)***

*Auteur(s):* Lenneke Alink, Rien van IJzendoorn, Marian Bakermans-Kranenburg, Fieke Pannebakker e.a.

*Organisatie:* Universiteit Leiden

*Publicatiejaar:* 2011

*Onderzoeksmethode:* Zie beschrijving NPM-2005

*Website:* <http://www.leidenattachmentresearchprogram.eu/>

*Conclusies:*

Beperkt tot relevante aanvullingen op de resultaten van de NPM-2005:

Algemeen

De geschatte omvang van kindermishandeling in 2010 komt neer op 34 gevallen van kindermishandeling per 1000 kinderen per jaar. Zowel informanten als AMK-meldingen zijn in de periode 2005-2010 toegenomen. De toename was het sterkst bij AMK-meldingen, die stegen van 3,8 naar 6,4 per 1000 kinderen per jaar.

Allochtonen

Net als in de NPM-2005 werd een verhoogd risico op kindermishandeling gevonden voor de groep nieuwe allochtonen. Wederom bleef sprake van een verhoogd risico ook na controle voor andere risicofactoren. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring: 'Dit verhoogde risico is misschien te wijten aan de vluchtelingenstatus van een deel van deze groep. Veel van deze gezinnen zullen getraumatiseerd zijn aangekomen in Nederland en ook in Nederland als asielzoeker aanzienlijke stressvolle gebeurtenissen meemaken.' Dit wordt verder niet onderbouwd.

### ***Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews***

*Auteur(s):* C. Mikton, A. Butchart  
*Organisatie:* World Health Organisation  
*Publicatiejaar:* 2008  
*Onderzoeksmethode:* Systematische review artikelen  
*Website:* [www.who.int](http://www.who.int)  
*Conclusies:*

De reviewers concluderen dat er vier typen interventies zijn die gekwalificeerd kunnen worden als 'promising' voor wat betreft de preventie van kindermishandeling, namelijk:

- *Huisbezoeken bij jonge kinderen:* getraind personeel bezoekt ouders en kinderen thuis, en geven steun, voorlichting en informatie gericht op het voorkomen van kindermishandeling. Ze richten zich ook op gezondheids- en zorgvaardigheden;
- *Voorlichting voor ouders:* gericht op het versterken van opvoedingsvaardigheden, , vergroten van de kennis van ouders over de ontwikkeling van het kind en het bevorderen van positieve opvoedingsstrategieën, meestal in groepen;
- *Preventieve interventie hoofd trauma:* specifieke preventie shaken baby syndroom.
- *Multi-component programma's* – een combinatie van gezinsondersteuning, bevorderen opvoedvaardigheden en kinderopvang.

Kanttekening hierbij is dat de evaluatiestudies alleen zijn uitgevoerd in rijke, Westerse landen. De onderzoeken in de rijke landen zijn over het algemeen beperkt tot de algemene bevolking. In de landen van herkomst van asielzoekers is niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies op het gebied van kindermishandeling. Meer inzicht is volgens de onderzoekers nodig naar welke interventies effectief zijn bij migrantengezinnen.

### ***Challenges to parenting in a new culture: implications for child and family welfare***

<i>Auteur(s):</i>	K. Lewig, F. Arney, M. Salveron
<i>Organisatie:</i>	Australian Centre for Child Protection
<i>Publicatiejaar:</i>	2010
<i>Onderzoeksmethode:</i>	Kwalitatief onderzoek om cultureel passende interventiestrategieën te identificeren. Aanleiding: een toenemend aantal meldingen van kindermishandeling in vluchtelingengezinnen. Interviews en focusgroep discussies met zowel medewerkers van zorg- en welzijnsorganisaties als met vluchtelingengezinnen. Vluchtelingengezinnen uit Somalië, Soedan, Irak, Iran, Burundi en Liberia.
<i>Website:</i>	<a href="#">Australian Centre for Child Protection</a>

#### *Conclusies:*

Het onderzoek benoemt verschillende factoren die van invloed zijn op de opvoedingscontext van deze gezinnen in het gastland:

- veranderende rollen en verwachtingen voor kinderen,
- spanning tussen enerzijds de wetten en normen in het gastland en anderzijds de traditionele opvoedingsnormen en waarden van de vluchtelingengezinnen, en
- het ontbreken van ondersteuning bij de opvoeding vanuit de gemeenschap, die zo belangrijk is in herkomstlanden.

Wat betreft het tweede punt wordt daarbij opgemerkt dat veel vluchtelingen afkomstig zijn uit landen waar fysieke straffen deel uitmaken van de opvoeding. Het ontbreken van inzicht in Australische wetgeving m.b.t. huiselijk geweld bleek tot spanningen te leiden. Ook gebrek aan inzicht in wat dan wel geaccepteerde opvoedingsstrategieën zijn, bleek oorzaak van frustraties.

Het onderzoek benoemt de volgende interventies en preventiestrategieën:

- Verbeteren van de relatie tussen ouders en kinderen, o.a. door het verbeteren van de onderlinge communicatie;
- Bieden van sociale en opvoedingsondersteuning, inclusief het geven van informatie over wetgeving en opvoedingspraktijken in het gastland; en,
- Ondersteunen van professionals op het gebied van culturele competenties.

Verder wordt aanbevolen om bij alle drie deze type interventies gebruik te maken van een familiegerichte aanpak die de vaardigheden en kwaliteiten van de vluchtelingenfamilies identificeren en versterken aangezien dit kan bijdragen aan welzijn en psychische gezondheid van alle familieleden.

***Evidence-based guidelines for immigrants and refugees; Child maltreatment: evidence review for newly arriving migrants (Appendix 12)***

*Auteur(s):* Hassan G, Thombs BD, Rousseau C, et al.  
*Organisatie:* Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health  
*Publicatiejaar:* 2011  
*Onderzoeksmethode:* De Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health heeft guidelines opgesteld voor de zorg voor nieuwkomers op basis van uitgebreid literatuuronderzoek en een Delphi proces waarin een groot aantal experts is betrokken. Eén van de onderwerpen is kindermishandeling.  
*Website:* Gepubliceerd in [Canadian Medical Journal](#)

*Conclusies:*

De reviewers concluderen dat bij migrantenkinderen in Canada en de VS sprake is van 'overscreening en overrapportage' van kindermishandeling. Screeningsinstrumenten voor kindermishandeling die gebaseerd zijn op risicotaxatie geven onacceptabel veel vals-positieve uitkomsten bij migranten.

De onderzoekers concluderen dat routinematige screening van migranten op kindermishandeling onwenselijk is.

Ze concluderen dat Trauma gerichte Cognitive Behavioural Therapy en opvoedingsondersteuningsprogramma's bij kunnen dragen aan de preventie van kindermishandeling en negatieve gevolgen van kindermishandeling kunnen beperken. Huisbezoeken bij families in achterstandssituaties kunnen ook bijdragen aan het voorkomen van kindermishandeling.



## kindermishandeling

Door wie	Alle medewerkers
Duur	Niet van toepassing
Waar	Alle centra
Benodigde materialen	<p>Medisch dossier (t.z.t. digitaal)</p> <p>Integraal dossier JGZ (t.z.t. digitaal)</p> <p>Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis (AJN)</p> <p>Folder 'Meisjesbesnijdenis. Mijn ouders zeggen nee' (AJN)</p> <p>Richtlijn 'Omgaan met medisch beroepsgeheim bij medische opvang asielzoekers'</p> <p>Onder voorbehoud:</p> <p>JGZ-standaard secundaire preventie kindermishandeling</p> <p>Aanvullende werkinstructies MOA bij Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis</p> <p>IGZ-brochure 'Hoe te handelen bij vermoedens van genitale verminking'</p>

### Wat is het

- Kindermishandeling is 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. (Art. 1 Wet op de jeugdzorg.) Er worden 5 vormen onderscheiden:
  - lichamelijke mishandeling, waaronder vrouwelijke genitale verminking (meisjesbesnijdenis)
  - lichamelijke verwaarlozing
  - psychische mishandeling, waaronder getuige zijn van huiselijk geweld
  - psychische verwaarlozing
  - seksueel misbruik.
- Doel van de activiteiten van de MOA is kindermishandeling in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren en te stoppen.

### Werkinstructies

- Houd er rekening mee dat asielzoekerskinderen een risicogroep zijn voor kindermishandeling. Naast de signalen van kindermishandeling en risicofactoren zoals beschreven in de JGZ-standaard secundaire preventie kindermishandeling, kunnen onderstaande kenmerken specifiek een rol spelen en risicofactoren vormen bij asielzoekers.

#### Gezinsituatie

- Het gezin verkeert veelal in een sociaal isolement: achterlaten van partner, familie en vrienden, frequente overplaatsingen, verlies van status en aanzien.
- Voor het gezin bestaat grote onzekerheid over de toekomst.
- Er zijn veel gezinnen met materiële problemen: woonomstandigheden (ook gebrek aan privacy), schulden, geen werk hebben, een zeer beperkt budget voor levensonderhoud.
- Binnen veel gezinnen is de structuur verloren gegaan door de vlucht, waardoor de gezagsverhoudingen en taakverdeling onduidelijk zijn.
- Emotionele problemen zoals relatieproblemen en familieruzies komen regelmatig voor.
- Gezinnen kunnen door hun afhankelijke positie kwetsbaar zijn voor intimidatie (bijvoorbeeld schuld bij degene die geholpen heeft bij de vlucht).
- Kinderen passen zich vaak sneller aan de voor hen vreemde cultuur aan dan de ouders; dit kan tot conflicten leiden.

## kindermishandeling/2

### Ouders/verzorgers

- Alleenstaande of zeer jonge ouders/verzorgers.
- Ouders/verzorgers die in het land van herkomst soms geen opvoedkundige taken hadden.
- Ouders/verzorgers met hoge verwachtingen van het kind; soms kon slechts 1 kind meevluchten en moesten de anderen achterblijven of zijn de andere kinderen en familieleden niet meer in leven.
- Ouders/verzorgers met grote emotionele problemen, schuldgevoelens over achterlaten familieleden, heimwee, isolement, minderwaardigheidsgevoelens, angst en gevoelens van rouw.
- Ouders/verzorgers met verslavingsproblemen (alcohol of drugs).
- Ouders/verzorgers met een psychische stoornis.
- Communicatieve problemen waardoor onzekerheid ontstaat in de omgang met de maatschappij, hulpverlening en de kinderen.
- Getraumatiseerde ouders/verzorgers hebben soms moeite hun agressie te reguleren.

### Kind

- AMA's vormen een extra kwetsbare groep door het ontbreken van ouders/verzorgers.
- Kinderen die langdurig gescheiden van ouders/verzorgers zijn geweest.
- Het geslacht van het kind kan een risico zijn: meisjes zijn soms minder 'waard', jongens worden soms zwaarder gestraft.
- Het kind kan geboren zijn uit ongewenste of moeilijke situaties: verkrachting of geboren tijdens de vlucht.
- Kinderen met problemen vanwege doorgemaakt geweld of als gevolg van de vlucht (bijvoorbeeld overdreven scheidingsangst, bedplassen, agressie, depressiviteit, slaapproblemen).
- Kindsoldaten.
- Kinderen passen zich vaak sneller aan de nieuwe omgeving aan waardoor rolwisselingen kunnen ontstaan die strijdig zijn met de geldende hiërarchie. Dit geldt met name voor oudere kinderen.
- In sommige situaties is het kind in het land van herkomst langdurig geplaagd of gediscrimineerd vanwege de politieke of sociale situatie van een van de ouders/verzorgers. Het kind kan hierdoor ambivalente gevoelens hebben voor die ouder/verzorger.

- Andere MOA-medewerkers dan SG-JGZ en SV-JGZ die een vermoeden hebben van kindermishandeling kaarten dit aan bij het JGZ-team van MOA. Ga na of de JGZ een aandachtsfunctionaris kindermishandeling heeft.
- De JGZ maakt bij vermoeden van kindermishandeling gebruik van de JGZ-standaard secundaire preventie kindermishandeling. Hierin is een beslisboom opgenomen.
- Zie voor meer informatie over en hoe te handelen bij kindermishandeling de JGZ-standaard secundaire preventie kindermishandeling.
- Zie voor meer informatie over en hoe te handelen bij meisjesbesnijdenis:
  - Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis (AJN)
  - Aanvullende werkinstructies MOA bij Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis
  - Folder 'Meisjesbesnijdenis. Mijn ouders zeggen nee' (AJN)
  - IGZ-brochure 'Hoe te handelen bij vermoedens van genitale verminking'.
- Zie voor instructies over het medisch beroepsgeheim de richtlijn 'Omgaan met medisch beroepsgeheim bij medische opvang asielzoekers'.
- Voor overdracht bij overplaatsing geldt: als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat of er wellicht al een zorgplan is opgesteld, is een zeer zorgvuldige overdracht van essentieel belang. Binnen de centrale opvang komen overplaatsingen vaak voor. Stel alle betrokken organisaties en personen van de overplaatsing in kennis. Zie protocol P05 voor overdracht. Draag alle gegevens over conform protocol P03 en P09.

### Registratie

- Maak in het MOA-team op het centrum afspraken over wie wat in welk dossier registreert. Maak afspraken over uitwisseling en overdracht van gegevens.
- De SG-JGZ of SV-JGZ registreert in het integraal dossier JGZ conform de JGZ-standaard secundaire preventie kindermishandeling.
- MOA-medewerkers houden in onderling overleg relevante gegevens bij in het medisch dossier.
- Houd vermoedens van kindermishandeling en de afspraken over de wijze waarop de vermoedens getoetst gaan worden bij in de persoonlijke werkaantekeningen (niet in een dossier). Bij overdracht worden deze aantekeningen niet meegestuurd. Een samenvatting van de bevindingen en relevante werkafspraken worden opgenomen in het van toepassing zijnde dossier.
- Maak ook aantekeningen in de dossiers van de overige kinderen van het gezin indien sprake is van kindermishandeling.

© februari 2006 - GGD Nederland - Postbus 85300 - 3508 AH Utrecht.

Voor meer informatie: GGD Nederland - tel. (030) 252 30 04 - fax (030) 251 18 69 - e-mail: postbus@ggd.nl