



UMC Utrecht

Zorg voor Kinderen na Partnerdoding

Psychotraumacentrum WKZ

Universitair Medisch Centrum Utrecht

Eva Alisic

Arend Groot

Hanneke Snetselaar

Tielke Stroeken

Elise van de Putte

Colofon

Onderzoek van het Psychotraumacentrum Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht), in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Veiligheid en Justitie

Auteurs

Dr. Eva Alisic (projectleider), Psychotraumacentrum WKZ en Monash Injury Research Institute (Monash University)

Arend Groot, Psychotraumacentrum WKZ

Drs. Hanneke Snetselaar, Psychotraumacentrum WKZ

Drs. Tielke Stroeken, Psychotraumacentrum WKZ

Dr. Elise van de Putte, Wilhelmina Kinderziekenhuis

Begeleidingscommissie

Prof. Dr. Wim Slot (voorzitter), Vrije Universiteit Amsterdam

Drs. Vera Schüller-Verlinden, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Raad voor de Kinderbescherming, Landelijk Bureau

Mr. Lianne Otten, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Justitieel Jeugdbeleid

Dr. Riet Fiddelaers-Jaspers, Expertisecentrum Omgaan met Verlies

Drs. Annemarie ten Boom, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Ontwerp

Nikki Vermeulen, Ridderprint BV, Ridderkerk

© 2014; Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.

Auteursrechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitale verwerking of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het WODC.

Inhoud

	Samenvatting / Summary	5
1.	Inleiding en vraagstelling	15
2.	Achtergrond	17
3.	Methode	25
4.	Hoeveel kinderen verliezen een ouder door partnerdoding?	35
5.	Gezinskenmerken voorafgaand aan de partnerdoding	37
6.	Kenmerken en omstandigheden van de partnerdoding zelf	43
7.	Woonsituatie van de kinderen na de doding	47
8.	Gezag en voogdij na de doding	53
9.	Psychosociale gevolgen voor kinderen en verzorgers	57
10.	Directe ondersteuning en communicatie over de doding	65
11.	Hulpverlening voor kinderen en verzorgers	69
12.	Omgang met de dader-ouder	73
13.	Contact tussen betrokken families	79
14.	Ervaringen van kinderen en families met betrokken instanties	83
15.	Casusbeschrijvingen	89
16.	Discussie en conclusies	95
17.	Dankwoord	105
18.	Literatuurverwijzingen	107
19.	Topic lists voor kwalitatieve interviews	113

Samenvatting

Inleiding

Ouderlijke partnerdoding heeft een grote impact op kinderen en hun omgeving. Vaak verliezen kinderen in één keer hun beide ouders, hun vertrouwde woonplek en directe sociale omgeving. Het fatale geweld zelf is meestal uitermate schokkend. Eerder onderzoek suggereert dat veel getroffen kinderen en volwassen nabestaanden posttraumatische stress en rouwklachten ontwikkelen. Ook worden ingewikkelde gezagssituaties, strijd tussen de betrokken families over de plaatsing van de kinderen en strijd over omgang met de gedetineerde ouder gesignaleerd.

In deze complexe situaties moeten beslissingen worden genomen die mogelijk verstrekende gevolgen hebben voor de kinderen. Er is echter weinig empirische kennis over dit thema. Het doel van het onderzoek *Zorg voor kinderen na partnerdoding* was dan ook om de gevolgen van partnerdoding voor minderjarige nabestaanden in kaart te brengen en om informatie te verzamelen over gezag, plaatsing, omgang met de dader-ouder, en de rol die instanties daarin spelen. Daarnaast wilden we jonge nabestaanden en hun verzorgers een duidelijke stem geven. De centrale vraag van het onderzoek was: *Wat zijn de gevolgen van partnerdoding voor kinderen?*

Methode

Het onderzoek bestond uit drie fasen: een incidentieonderzoek, een dossieronderzoek en een 'mixed methods'-onderzoek. Tijdens het *incidentieonderzoek* hebben we met behulp van diverse bronnen¹ geïnventariseerd hoeveel partnerdodingen in de periode 1993-2012 hebben plaatsgevonden waarbij een of meerdere kinderen een biologische ouder verloren. Door de beperkte betrouwbaarheid van de gegevens uit de eerste tien jaar hebben we ons in het onderzoek uiteindelijk gericht op de periode 2003-2012.

Op basis van het incidentieonderzoek hebben we in de tweede fase een *dossieronderzoek* uitgevoerd om de kenmerken en omstandigheden van de betrokken kinderen en hun omgeving te beschrijven. Via Bureaus Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming en het Psychotraumacentrum WKZ kregen we toegang tot de dossiers van 170 kinderen die in de periode 2003-2012 een ouder hebben verloren als gevolg van partnerdoding. Uit de dossiers hebben we op gestandaardiseerde wijze gegevens gehaald over onder andere:

- de demografische kenmerken van de betrokken gezinnen;
- de familiehistorie;
- de omstandigheden van de partnerdoding;
- het rechtsproces van de dader;

1 Onder andere: bestanden van de Raad voor de Kinderbescherming, Bureaus Jeugdzorg en het Openbaar Ministerie, de Elsevier Moordlijsten, juridische uitspraken en Lexis Nexis.

- de hulpverlening;
- het gezag over en de verblijfplaats van de kinderen;
- de omgang met de dader-ouder;
- het contact tussen families aan de slachtoffer- en dader-zijde.

Voor het *'mixed methods'-onderzoek* hebben we via 69 informanten kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verzameld over 40 jonge nabestaanden (uit 21 verschillende gezinnen) die gemiddeld 7.5 jaar daarvoor een partnerdoding hadden meegemaakt, en hun verzorgers. In deze fase hebben we specifiek gekeken naar de psychosociale gevolgen van de partnerdoding. Daarnaast hebben we gekeken naar de ervaringen van de nabestaanden met de nieuwe woonsituatie, het gezag en de voogdij, het contact met familie aan de slachtoffer- en daderzijde, de omgang met de dader-ouder, en de hulp die zij kregen van instanties.

Resultaten

Het verlies van een ouder door partnerdoding in Nederland

In de periode 2003-2012 hebben minimaal 257 minderjarige kinderen een biologische ouder verloren door partnerdoding. Het aantal partnerdodingen en het aantal betrokken minderjarige kinderen varieerden aanzienlijk per jaar. In de meerderheid van de zaken was de moeder het slachtoffer en de biologische vader de dader, maar het kwam ook voor dat de dader een (ex-)partner was zonder bloedband met de kinderen. In 88 procent van de zaken ging het om een mannelijke dader. Veel van de dodingen werden gepleegd met een steekwapen. De kinderen waren in de meerderheid van de gevallen mogelijk of zeker getuige van de – vaak zeer geweldadige – doding.

Woonsituatie

We zagen een grote variatie in de woonsituatie van de kinderen na de doding met betrekking tot het type plaatsing, de duur van de plaatsing en het aantal wisselingen. De grootste groep kinderen woonde na de doding bij familie van het slachtoffer, gevolgd door familie van de dader, neutrale pleeggezinnen, vrienden van het slachtoffer, instellingen, en verschillende andere opvangmogelijkheden. Alle typen plaatsingen kenden positieve en negatieve uitkomsten, en geen enkele plaatsingssoort bleek op voorhand onmogelijk of onhaalbaar. Meerdere geïnterviewden gaven aan het belangrijk te vinden dat kinderen na een partnerdoding opgroeien bij familie in plaats van in een neutraal pleeggezin of een instelling, hoewel één kind een neutraal pleeggezin juist prettig vond. Zeker de helft van de kinderen maakten twee of meer plaatsingen mee. Van een stabiele woonsituatie leek vooral sprake bij voldoende steun vanuit het (professionele) netwerk, acceptatie van het type plaatsing door de familie, en ruimte voor de kinderen om hun gevoelens van loyaliteit en/of boosheid ten op zichte van de dader-ouder te uiten.

Gezag en voogdij

In de periode direct na de doding voorzag in veel gevallen een instantie in het gezag van de kinderen, bijvoorbeeld met een (voorlopige) voogdijmaatregel. We zagen meerdere gevallen waarbij de dader-ouder (enige tijd na het delict) het gezag behield, soms ook na een veroordeling en zonder dat er sprake was van een kinderbeschermingsmaatregel². Nabestaanden vonden dit onlogisch en onwenselijk. Een voogdijmaatregel leek in de meeste gevallen beter aan te sluiten bij de behoeften van kinderen en verzorgers dan een ondertoezichtstelling, omdat een voogd effectiever kan optreden als buffer tussen strijdende families en beter bescherming kan bieden wanneer er sprake is van problematische inmenging door de dader-ouder in detentie.

Psychosociaal welzijn

Uit de dossiers bleek dat de grootste groep kinderen op een bepaald moment last kreeg van stressklachten. Hoewel veel kinderen en jongeren in het diagnostisch onderzoek tijdens de 'mixed methods'-studie op verschillende domeinen van de ontwikkeling goed functioneerden, was er bij 92 procent sprake van milde of ernstige zorgen op minimaal één (sub)domein van het welzijn. Ruim de helft van de kinderen had in meerdere of mindere mate posttraumatische stressklachten. Ook gedragsproblemen en een verminderde kwaliteit van leven werden regelmatig gerapporteerd. De directe rouwklachten waren relatief beperkt ten opzichte van een vergelijkingsgroep van kinderen die met verlies geconfronteerd waren. Het lijkt ons aannemelijk dat de kinderen in de 'mixed methods'-studie relatief minder klachten rapporteerden dan kinderen die niet betrokken waren bij dit onderdeel, gezien de redenen van uitgenodigde kinderen en gezinnen om niet deel te nemen (aanwezigheid van psychosociale problemen of angst voor terugval werden vaak genoemd). Bijna één op de drie verzorgers rapporteerde relatief ernstige eigen rouwklachten, en de helft van de verzorgers uitte zorgen over het gezinsfunctioneren. De volgende factoren leverden volgens de geïnterviewden een positieve bijdrage aan het welzijn van de kinderen: plaatsing bij vertrouwde familie, steun en continuïteit daarin, goed met elkaar kunnen praten en goed contact met beide families (aan de slachtoffer- en daderzijde).

Hulp vanuit instanties

Uit de dossiers bleek dat vrijwel alle kinderen en gezinnen op enig moment hulp vanuit een instantie ontvingen, zoals Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming, de Jeugd-GGZ, pleegzorg, Slachtofferhulp en maatschappelijk werk. In de acute fase werd de bemoeienis van instanties door nabestaanden soms als chaotisch en verwarrend ervaren en misten ze coördinatie van de zorg. Soms vonden nabestaanden dat de hulpverlening te laat op gang kwam en was er behoefte aan steun in zowel praktische als in pedagogische en psychologische zin. Negatieve ervaringen die werden genoemd, hingen vaak samen met veel wisselingen in toegewezen hulpverleners en veranderingen in besluiten over plaatsing en de omgang met de gedetineerde dader-ouder.

² Een voogdijmaatregel en een ondertoezichtstelling zijn beide kinderbeschermingsmaatregelen. Bij een voogdijmaatregel gaat het gezag volledig over naar een instantie zoals Bureau Jeugdzorg, bij een ondertoezichtstelling blijft een ouder gezag houden maar moet daarin samenwerken met de instantie.

Omgang met de dader-ouder

Het merendeel van de kinderen waarover informatie beschikbaar was, had op enig moment omgang met de dader-ouder in detentie. Hoewel bij het overgrote deel de wens van het kind om wel of geen omgang te hebben werd gevolgd, kwamen we ook situaties tegen waarbij druk werd uitgeoefend om omgang te realiseren. Meestal kwam die druk vanuit de dader-ouder, maar soms ook vanuit de familie van de dader of vanuit de voogdijinstantie. Het kwam echter vaker voor dat de voogd het kind bescherming bood tegen de dader-ouder. Wanneer de dader-ouder in detentie gerechtelijke procedures aanspande om omgang af te dwingen, leverde dat stress en onrust op in de gezinnen. Bij de omgang tussen kind en dader-ouder leek van belang dat het kind boosheid kon uiten en vragen kon stellen over het delict. Meerdere malen had angst voor de vrijlating van de dader-ouder een grote impact op kinderen en verzorgers. De kinderen gaven aan dat geheime plaatsingen en gebiedsverboden dan houvast boden.

Contact met familie

Onderling goed contact tussen families van de dader en het slachtoffer werd door kinderen en verzorgers als positief ervaren. In een aanzienlijk aantal zaken was sprake van conflicten, vaak over de plaatsing van de kinderen en/of over de omgang met de dader-ouder. Strijd tussen families ging in meeste gevallen ook gepaard met meer psychosociale problemen bij de kinderen en gezinnen; de bevindingen suggereren dat de hulpverlenende instanties een belangrijke rol kunnen spelen in het beperken, kanaliseren of wegnemen van die strijd.

Conclusies

Partnerdoding is zeer schokkend, zowel voor de kinderen die een ouder verliezen als voor hun directe omgeving. Veel van de betrokken en geïnterviewde kinderen leefden jaren later nog steeds in een fragiel evenwicht. Het onderzoek heeft een aantal waardevolle inzichten opgeleverd. We hebben de volgende zes algemene conclusies getrokken:

1. Elke plaatsingsoptie kan goed uitpakken, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Essentieel zijn het voorkomen of reduceren van strijd en conflict tussen de betrokken families en het ondersteunen van verzorgers in hun nieuwe rol. Een (voorlopige) voogdijmaatregel kan ruimte bieden om goed aan te sluiten bij de belangen van het kind.
2. Het is belangrijk dat ieder kind zijn eigen beeld en mening kan vormen van de dader-ouder, en daarbij zo neutraal mogelijk begeleid wordt. Kinderen mogen in geen geval gedwongen worden tot wel of geen omgang met de dader-ouder.
3. Verzorger zijn na partnerdoding is een grote belasting. Verzorgers verdienen daarom niet alleen ondersteuning bij het vervullen van hun nieuwe rol, maar ook ter bevordering van hun eigen welzijn.
4. Veranderingen in plaatsing, gezag, juridische uitkomsten van een strafrechtproces, verlof, omgang met, en vrijlating van de dader-ouder leveren telkens opnieuw een aanslag op de stabiliteit van de situatie van de kinderen. Dit kan om een intensivering of nieuwe inzet van hulpverlening vragen.

5. Het is belangrijk om hulpverleners te trainen in basisaspecten van communicatie over de doding, begeleiding bij het afscheid nemen, en dergelijke. Bovendien dient bij de diagnostiek niet alleen naar trauma- en rouwklachten gekeken te worden, maar ook naar het dagelijks functioneren in de breedte, inclusief het gezinsfunctioneren. Daarbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor de algemene ontwikkeling van kinderen; elke ontwikkelingsfase kan een kind van nieuwe capaciteiten voorzien, maar ook voor nieuwe uitdagingen stellen.
6. Het is belangrijk om kinderen en verzorgers een duidelijke stem in de besluitvorming te geven; partnerdoding ontnemt kinderen in veel opzichten de controle over hun leven. De wensen en behoeften van kinderen kunnen mee veranderen met hun eigen ontwikkeling en met veranderingen in de situatie omtrent de partnerdoding.

Summary

Introduction

Parental intimate partner homicide (fatal domestic violence) has a major impact on children and their environment. Often children lose both parents, their home and their immediate social environment at once. The homicide itself is often extremely violent, and previous research suggests that many affected children and adult relatives develop posttraumatic stress and grief symptoms. In addition, there may be complicated custody situations, as well as conflict between sides of the family about the placement of the children and regarding contact with the perpetrating parent in prison.

In these complex situations, decisions must be made that may have far-reaching consequences for children. However, there is little empirical knowledge about this topic. The goal of the study *Care for children after intimate partner homicide* was therefore to examine the impact of parental intimate partner homicide for children and to collect information about custody, placement, dealing with the perpetrating parent, and the roles that agencies play. We also wanted to give the children and their carers a voice. The central question of the study was: *What are the consequences of parental intimate partner homicide for children?*

Method

The study consisted of three phases: an incidence study, an examination of case files, and a 'mixed methods' study. During the *incidence study*, we explored how many intimate partner homicides occurred in the period 1993-2012 in which one or more children lost a biological parent. We used several sources, including databases from child protection and youth services, legal databases and media reports. Due to the limited information available on the first ten years we ultimately focused our research on the period 2003-2012.

Based on the incidence study, a *case file review* was conducted to describe the characteristics and circumstances of the affected children and their environment. Through a number of agencies (the Youth Care Agency, the Child Care and Protection Board and the Psychotrauma Centre of the Wilhelmina Children's Hospital), we obtained access to the files of 170 children who lost a parent due to fatal domestic violence in the period 2003-2012. From the files we extracted information in a standardised manner, including:

- the demographic characteristics of the families concerned;
- the family history;
- the circumstances of the homicide;
- the legal process undergone by the perpetrator;
- provision of care and services;
- custody and placement of the children;
- contact with the perpetrating parent;
- contact between families of the victim and perpetrator side.

For the *'mixed methods'* study we collected quantitative and qualitative data regarding 40 children and young people (from 21 families) who lost a parent due to intimate partner homicide on average 7.5 years prior to the study, as well as their carers (69 informants in total). In this phase, we specifically looked at the psychosocial consequences of the homicide. In addition, we explored the experiences of the participants with placements, custody and guardianship, contact with families from the victim and the perpetrator, contact with the perpetrator-parent, and the help/services received from the relevant agencies.

Results

Parental intimate partner homicide in the Netherlands

In the period 2003-2012 at least 257 children lost a biological parent due to intimate partner homicide. The number of homicides and the number of children involved varied considerably over the years. In most cases the mother was the victim and the perpetrator was the biological father, but in some instances the perpetrator was an (ex)partner of no biological relationship with the children. In 88 percent of the cases the perpetrator was male. Many of the killings were committed with a cutting weapon. In the majority of cases, the children had probably or certainly witnessed the killing.

Placement

There was a wide variation in the living arrangements for the children after the homicide, with respect to the type of placement, the duration of the placement and the number of placement changes. The largest group of children lived with the victim's family after the homicide, followed by the family of the perpetrator, neutral foster families, friends of the victim, institutions, and various other arrangements. All types of placements had positive and negative outcomes, and no type of placement was out of the question. Several interviewees indicated that they found it important that the children would grow up with relatives rather than in a neutral foster family or an institution, although one child saw advantages in growing up in a neutral foster family. At least half of the children had two or more placements. A stable living situation seemed to be related to adequate support from the (professional) network, acceptance of the placement by the family, and room for the children to express their feelings of loyalty and/or anger towards the perpetrating parent.

Custody and guardianship

In the period immediately following the homicide, an agency often provided for the custody of the children, for example with a (provisional) guardianship. There were several cases where the perpetrating parent retained guardianship for some time after the homicide, in a few cases even after the conviction and in the absence of a child protection order. Participants in the interviews found this illogical and undesirable. Guardianship seemed to match the needs of children and their carers better than a supervision order because a professional guardian can act as a buffer between fighting families and can better protect the child when there is problematic interference by the perpetrating parent in detention.

Psychosocial well-being

The case files showed that most children experienced stress symptoms at some point. Although many children and young people who underwent the diagnostic part of the 'mixed methods' study were functioning well on many domains of child development, 92 percent experienced mild or serious problems on at least one (sub) domain of well-being. More than half of the children in this part of the study experienced serious posttraumatic stress. Behaviour problems and impaired quality of life were also frequently reported. The grief symptoms reported were relatively moderate compared to a group of children who had lost a loved one. It seems likely that the children in the 'mixed methods' study had fewer symptoms than children who were not involved in this part of the study, because the reasons for non-participation often involved the presence of psychosocial problems or the fear of a relapse. Nearly one in three caregivers reported relatively severe grief symptoms of their own (if they were relatives), and half of the caregivers expressed concerns about family functioning. The following factors contributed to the welfare of children according to the interviewees: placement with trusted family members, support and continuity, open communication and good contact with both families (of the victim and perpetrator).

Services and care provided by agencies

The case files revealed that nearly all children and families received assistance at some point from youth care agencies, child protection, youth mental health care, foster care or social work. In the acute phase, directly after the homicide, the involvement of these agencies was sometimes experienced as chaotic and confusing, and they lacked coordination of care. Sometimes the interviewees felt that services were brought in too late and there was a need for support in a practical, pedagogical and psychological sense. Negative experiences with services seemed often related to multiple changes in professionals assigned to a case and to changes in decisions on placement and contact with the perpetrating parent.

Contact with the perpetrating parent

Most of the children for whom information was available had some contact with the perpetrating-parent in detention. Although in the vast majority of cases the desire of the child concerning (no) contact appeared to have been followed, we also identified situations where there was pressure regarding the decision. Usually, that pressure came from the perpetrating parent, but sometimes also from the family of the perpetrator or from the youth care agency. However, it was more common that the guardian protected the child from the perpetrating parent. When the perpetrating parent initiated legal processes to request contact with the child, this often led to an increase in stress in the family situation of the child. For successful contact between child and perpetrator, it appeared important that the child could express any anger and could ask questions about the homicide. In several cases, fear of the release of the perpetrating parent seriously affected the children and their carers. The children indicated that secret placements and orders for the perpetrator to stay out of certain geographical areas offered some relief.

Contact with and between family sides

Good contact between the family of the victim and the family of the perpetrator was perceived positively by children and carers. In a substantial number of cases, there was conflict however, often over the placement of the children and/or contact with the perpetrating parent. Fights between families appeared to coincide with more psychosocial problems in the children and carers. The findings suggest that professionals involved can play an important role in reducing or eliminating conflicts between families.

Conclusions

Parental intimate partner homicide is very shocking, both for the children who lose a parent and for those in their immediate environment. Many of the children interviewed years after the event were still living in a fragile equilibrium. The study has provided a number of valuable insights, on which we have based the following six general conclusions:

1. Each placement option can work well, provided that certain conditions are met. Essential elements are the prevention or reduction of conflict between the families involved and providing adequate support to carers. A (provisional) guardianship can provide the opportunity to best assess and plan for the interests of the child.
2. It is important that each child can develop their own view and opinion of the perpetrating parent, and be supported as neutrally as possible. Children should under no circumstances be forced into having contact with the perpetrating parent, nor should they be denied contact if such contact is desired and possible.
3. Being a carer for a child affected by parental intimate partner homicide is very taxing. Carers therefore deserve not only support in fulfilling their new role, but also to promote their own well-being.
4. Changes in placement or custody, outcomes of a criminal trial, contact with, parole and release of the perpetrating parent may all affect the stability of the situation of the children. These events may require intensifying or starting psychosocial care.
5. It is important to train professionals in communication about the homicide, supporting children around the funeral, and other aspects of support in the acute phase. Moreover, in the assessment of the child it is important to consider not only trauma and grief symptoms, but also the daily functioning of the child and the family. This should be done with a 'developmental lens'; each phase of development can provide a child with new abilities but also with new challenges.
6. It is important to give children and carers a voice in decision-making; parental intimate partner homicide has already deprived children of control over their lives in many ways. The wishes and needs of children can change with their development and changes in their circumstances.

1. Inleiding en vraagstelling

Op 10 augustus 2008 hebben twee jonge kinderen met eigen ogen gezien hoe hun vader hun moeder doodde. Eerst sloeg hij haar met het hoofd tegen de muur, daarna hield hij haar een tijd in een wurggreep. Kort daarop liep hij naar de keuken om een mes te pakken. Daarmee stak hij zijn vrouw meerdere malen in de keel en in de hals. Zij overleed ter plaatse aan haar verwondingen. De kinderen waren doodsbang terwijl ze toekeken, en vreesden voor hun eigen leven.^[1]

Dit verhaal is helaas niet uniek. De afgelopen jaren is dan ook steeds meer aandacht gekomen voor de omstandigheden van minderjarige kinderen die een ouder hebben verloren door partnerdoding. Daarbij blijven veel vragen helaas nog onbeantwoord. Hoeveel kinderen maken een dergelijk verlies eigenlijk mee? Hoe vergaat het hen kort na de fatale gebeurtenis en op lange termijn? Bij wie kunnen ze het beste wonen? Moeten ze wel of geen omgang hebben met de dader-ouder? Hebben ze hulpverlening nodig? Zo ja, welk type hulpverlening en waarvoor precies?

Aanleiding

Ouderlijke partnerdoding heeft een grote impact op kinderen en hun omgeving. Vaak verliezen kinderen in één keer hun beide ouders: de slachtoffer-ouder is omgebracht, terwijl de dader-ouder is gedetineerd of gevlucht, of zelfmoord heeft gepleegd^[2]. Daarnaast raken kinderen door noodzakelijke verhuizingen hun vertrouwde woonplek en directe sociale omgeving kwijt^[3]. Het fatale geweld zelf is daarbij vaak uitermate schokkend. Eerder onderzoek suggereert dat de meeste kinderen een Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) ontwikkelen. Herbelevingen van het trauma, gevoelens van onveiligheid, emotionele verdoofdheid, aanhoudende nachtmerries, schuldgevoel en gedragsproblemen spelen daarbij een grote rol. Ook wordt traumatische rouw genoemd als veel voorkomend probleem^[4, 5].

Na een partnerdoding ontstaat vaak een ingewikkelde gezagssituatie en strijd tussen de betrokken families rondom de plaatsing van de kinderen en/of omgang met de gedetineerde ouder. Deze situatie kan soms jarenlang voortduren. Uit pilot dossieronderzoek^[3] en uit internationale studies naar andere typen trauma^[6] blijkt dat niet alleen de kinderen maar ook andere nabestaanden vaak getraumatiseerd zijn. Hierdoor is het voor verzorgers uit het (familiale) netwerk vaak geen sinecure om de kinderen te ondersteunen^[7].

In deze complexe situaties moeten beslissingen worden genomen die mogelijk verstrekkende gevolgen hebben voor de kinderen. Doordat partnerdodingen relatief weinig voorkomen, hebben individuele hulpverleners en medewerkers van betrokken instanties beperkte mogelijkheden om ervaring met de casuïstiek op te doen. Onze huidige wetenschappelijke kennis is vaak gebaseerd op relatief kleine groepen kinderen en/of verzameld zonder gebruik van gestandaardiseerde

meetinstrumenten, meestal buiten Nederland. Ook zijn de langetermijneffecten op sociaal-emotioneel vlak (bijvoorbeeld de ontwikkeling van comorbiditeit van klachten, identiteitsvragen en toekomstperspectief) en de daaraan gerelateerde zorgbehoeften nagenoeg onbekend^[8]. Om deze reden was een nieuwe, systematische studie noodzakelijk.

In opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie heeft het Psychotraumacentrum Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), onderdeel van het UMC Utrecht, daarom het onderzoek 'Zorg voor kinderen na partnerdoding' uitgevoerd. De resultaten worden in dit rapport beschreven.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek was om de gevolgen van partnerdoding voor minderjarige nabestaanden in kaart te brengen en om informatie te verzamelen over het gezag, de plaatsing, de omgang met de dader-ouder, en de rol van instanties in deze zaken. Met deze kennis kunnen betrokken instanties beter bepalen hoe passend invulling gegeven kan worden aan het belang van minderjarige nabestaanden. Een belangrijk streven was ook om jonge nabestaanden en hun verzorgers een stem te geven en hun perspectief helder te krijgen.

De centrale vraag van het onderzoek was: wat zijn de gevolgen van partnerdoding voor kinderen?

De deelvragen waren:

1. Hoeveel kinderen verliezen jaarlijks een ouder/verzorger door partnerdoding?
2. Wat zijn de kenmerken van deze zaken (met betrekking tot de dader, het slachtoffer, het delict, betrokken kinderen, gezag, plaatsing en omgang/contact met de dader)?
3. Welke instanties zijn wanneer, waarom en op welke wijze betrokken (geweest) bij deze zaken?
4. Hoe gaat het met de betrokken kinderen in termen van posttraumatische stress, comorbide psychopathologie, rouw, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven?
5. Hoe kijken de betrokken kinderen en verzorgers terug op de omgang met de dader-ouder, ouderlijk gezag, de rol van familieleden van beide zijden, de nieuwe woonsituatie en de rol van betrokken instanties?

Gebruik van privacygevoelige gegevens

Om de omstandigheden en het perspectief van de betrokkenen voor het voetlicht te brengen, worden in het rapport regelmatig voorbeelden en citaten gegeven. Tenzij deze reeds publiekelijk beschikbaar waren, zijn alle beschrijvingen en citaten geanonimiseerd en zijn specifieke details weggelaten of veranderd. Veel observaties kwamen bij meerdere zaken en gezinnen voor; zelfs al lijken ze voor betrokkenen uniek, er is vrijwel altijd sprake van meerdere vergelijkbare ervaringen.

2. Achtergrond

In dit hoofdstuk beschrijven we achtergrondkennis over trauma- en verliesverwerking bij kinderen en jeugdigen, en geven we een kort overzicht van de relevante Nederlandse regelgeving en het beleid voor minderjarige nabestaanden na een partnerdoding.

Trauma- en verliesverwerking bij kinderen en jongeren

De plotselinge en gewelddadige dood van een ouder, zoals in het geval van fataal huiselijk geweld, is een vorm van trauma^[9] waarbij rouw een belangrijke rol speelt. Zowel kinderen als volwassenen vertonen uiteenlopende reacties op traumatische ervaringen, variërend van geen tot ernstige en langdurige klachten. Wanneer we kijken naar schokkende gebeurtenissen (zoals ernstige auto-ongelukken, rampen en geweld) in het algemeen, dan vertonen de meeste kinderen stressreacties op de korte termijn die geleidelijk aan afnemen^[3]. Voorbeelden van stressreacties zijn slaapproblemen, herbelevingen en flashbacks, concentratieproblemen, vermijding van gesprekken over en gedachten aan de gebeurtenis, en schuldgevoelens. De aanwezigheid van deze stressklachten in de eerste weken na een schokkende gebeurtenis betreft een normale, niet-pathologische reactie. Meestal is er een geleidelijk herstel in de weken en maanden na de gebeurtenis^[10].

Twaalf procent van de kinderen en jongeren wordt op een bepaald moment in hun leven getuige van huiselijk geweld^[11]. De gevolgen hiervan zijn aanzienlijk: kinderen die worden blootgesteld aan huiselijk geweld kunnen op korte termijn aanpassingsproblemen ontwikkelen en op lange termijn kunnen geestelijke gezondheidsproblemen ontstaan^[12]. Door de verregaande consequenties en het gewelddadige karakter van een partnerdoding, is de kans dat kinderen langdurig klachten vertonen na deze specifieke vorm van trauma zeer reëel. Het traumaverwerkingsmodel van Pynoos en collega's (1999) verklaart het ontstaan van acute en chronische verwerkingsproblematiek bij kinderen aan de hand van drie centrale factoren: de schokkende gebeurtenis zelf, secundaire traumatisering (nieuwe schokkende ervaringen veroorzaakt door het trauma; bijvoorbeeld de veroordeling van de dader-ouder) en 'reminders', prikkels zoals geluiden of onderwerpen van gesprek die doen denken aan het trauma. Hoe schokkender de gebeurtenis, hoe ernstiger de secundaire traumatisering. En hoe meer reminders, des te groter de kans op verwerkingsstoornissen zoals een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS).

Stress- en rouwreacties in verschillende ontwikkelingsfasen

Afhankelijk van hun ontwikkelingsfase vertonen kinderen specifieke stress- en rouwreacties na een traumatische gebeurtenis^[14, 15, 16, 17]. *Baby's, peuters en kleuters* hebben een aantal belangrijke 'ontwikkelingstaken': ze ontwikkelen een gevoel van basisvertrouwen in zichzelf en in anderen, ze krijgen stap voor stap controle over hun lichaam en hun impulsen, ze vergroten hun autonomie en ze proberen de wereld om zich heen te begrijpen. Bij een externe dreiging gaan ze vooral af op de reactie van hun ouders of hechtingsfiguren om een gebeurtenis te interpreteren

en erop te reageren. In tegenstelling tot wat soms gedacht wordt, zijn jonge kinderen wel degelijk in staat om een traumatische ervaring op zeer jonge leeftijd in hun geheugen op te slaan en er klachten door te ontwikkelen. Ze hebben nog een (zeer) beperkt vocabulaire om hun ervaringen onder woorden te brengen en te begrijpen. Typerende stressreacties voor deze jonge leeftijdsgroep zijn regressie (bijv. een terugval in taalbeheersing), voedings- of eetproblemen, slaapproblemen, langdurig huilen en snel gefrustreerd zijn. Ook kunnen peuters en kleuters hun ervaringen verwerken in spelgedrag. Wanneer het spel zeer ernstig of soms zelfs morbide van aard is en zich keer op keer herhaalt zonder dat dit tot een oplossing leidt, kan dit een signaal zijn van een vastgelopen verwerkingsproces; dit is bijvoorbeeld het geval als een kind telkens een wurging ‘naspeelt’^[18]. Wat betreft rouwreacties zien kleuters de dood nog als een tijdelijk fenomeen^[15, 17]. Ze kunnen een gevoel van verlating ervaren en doordat hun basale zorg verstoord wordt, ontstaat er vaak protest en wanhoop of frustratie. De afhankelijkheid van hechtingsfiguren maakt een partnerdoding nog eens extra belastend ten opzichte van andere typen trauma: bij partnerdoding verliezen kinderen een of beide hechtingsfiguren en moeten zij daarnaast wennen aan nieuwe hechtingsfiguren.

Kinderen in de basisschoolleeftijd vergroten hun onafhankelijkheid. Ze richten zich steeds meer op leeftijdgenoten, ontwikkelen vriendschappen, bewegen zich zelfstandiger in de samenleving en in het huishouden, en ontwikkelen hun mentale, verbale en morele capaciteit. Na een schokkende gebeurtenis kunnen kinderen in de basisschoolleeftijd hierdoor de dezelfde posttraumatische stressklachten ervaren die volwassenen rapporteren na zo’n gebeurtenis. Tegelijk kunnen deze kinderen meer dan iedere andere leeftijdsgroep van stemming en gedrag wisselen, bijvoorbeeld van teruggetrokken tot agressief gedrag. Soms kunnen kinderen in deze leeftijd ‘magisch denken’: ze dichten zich een verantwoordelijkheid voor de traumatische gebeurtenis toe die niet realistisch is – bijvoorbeeld een verkeerde inschatting van hun mogelijkheden om een ouder te beschermen tijdens huiselijk geweld. Kinderen in de basisschoolleeftijd kunnen daarnaast sterk reageren op reminders, zoals de kleur rood of harde geluiden. Door het herhaaldelijk moeten denken aan de gebeurtenis en/of slaapproblemen, kunnen concentratieproblemen en tegenvallende prestaties op school optreden^[19]. De bewustwording van de onomkeerbaarheid van de dood ontstaat in deze leeftijdsfase geleidelijk. Het is voor basisschoolkinderen nog moeilijk te begrijpen dat zij zelf of een naaste dood kunnen gaan.

Adolescenten maken grote sociale, psychologische en biologische veranderingen door. Ouders staan nu minder centraal dan vrienden, en leeftijdgenoten hebben een grote invloed op het gedrag en de interpretatie van gebeurtenissen. Adolescenten ontwikkelen een volwassen seksualiteit en richten zich op het volledig zelfstandig functioneren. Een schokkende gebeurtenis kan deze ontwikkeling ernstig verstoren. Adolescenten kunnen hun eigen stressreacties bijvoorbeeld snel interpreteren als kinderachtig, zwak, of gestoord. Ze kunnen zich erg eenzaam voelen, en het idee hebben anders te zijn dan hun leeftijdgenoten die zich bezighouden met verliefdheid en muziek. Schuld en schaamtegevoelens komen op – bijvoorbeeld bij het gevoel het kind te zijn van een moordenaar en van een slachtoffer. Door deze interpretaties proberen adolescenten hun emoties vaak te onderdrukken, wat zich vaak uit in lastig gedrag, conflicten met ouders, en middelenmisbruik. Dit gaat soms zelfs zo ver dat ze nieuwe trauma’s opzoeken

of veroorzaken. Een voorbeeld uit de literatuur betreft een jongen van 15 jaar die getuige was van hoe zijn moeder zijn vader doodschoot in een daad van zelfbescherming. Precies een jaar later liepen zijn emoties zo hoog op dat hij zijn moeder probeerde dood te schieten^[20]. Het verschil met kinderen in de basisschoolleeftijd is echter dat adolescenten de dood al wel als onomkeerbaar, universeel en onontkoombaar zien. De jongeren beginnen in deze periode ook na te denken over existentiële zingevingsvragen, zoals: 'Waarom ben ik op de wereld?'^[14, 15]

Rouwtaken

Een traumatisch verlies zoals een partnerdoding wordt gekarakteriseerd door het onverwachte en gewelddadige karakter en de lange nasleep voor zowel jonge als volwassen nabestaanden^[21], bijvoorbeeld door juridische procedures. Bij een traumatisch verlies kunnen de traumatische stressklachten een belemmering vormen voor 'normale' rouw zoals dat na verlies door bijvoorbeeld ziekte zou gebeuren^[22]. Rouwen wordt voor kinderen beschreven als een combinatie van acht verschillende stappen of 'rouwtaken', die tegelijkertijd of na elkaar doorlopen worden^[18]:

1. Het accepteren van de realiteit en het definitieve karakter van de dood.
2. Het ervaren van en omgaan met pijnlijke emotionele reacties met betrekking tot de dood.
3. Het aanpassen aan veranderingen in het dagelijks leven en hun identiteit teweeggebracht door de dood.
4. Het ontwikkelen van nieuwe relaties of het verdiepen van bestaande relaties om het verlies te verwerken.
5. Het investeren in nieuwe relaties en activiteiten om weer vooruit te kijken.
6. Het onderhouden van een gepaste hechting met de overledene via herinneringen et cetera.
7. Zin geven aan de dood, zoals begrijpen waarom de dierbare is overleden.
8. Het doorlopen van de normale ontwikkelingsstadia van de kindertijd en adolescentie.

Rouw is een niet-pathologisch proces; het verwerken van verlies kost tijd en kan gepaard gaan met heftige emoties die passend zijn bij de omstandigheden. Wanneer een kind echter stagneert in de verwerking wordt gesproken van gecompliceerde rouw of traumatische rouw^[22]. Gecompliceerde rouw betekent zoveel als dat de acute rouw blijft voortbestaan en de geestelijke gezondheid van een kind verslechtert door:

- a. onvoldoende integratie van kennis over de onomkeerbaarheid van de dood in de representatieve kennis over het kind zelf en de relatie met de overleden persoon, het voortbestaan van separatiestress en de neiging tot het zoeken van nabijheid;
- b. de neiging om te volharden in negatief denken over zichzelf, het leven en de eigen mogelijkheden om met de pijn en het verlies om te gaan;
- c. de neiging om angstig en vermijdend te reageren op interne en externe herinneringen aan het verlies en zich terug te trekken uit de normale routine en eerder gewaardeerde activiteiten, afkomstig van de pessimistische gedachte van het kind dat het niet in staat is om de activiteiten uit te voeren of ervan te genieten^[23].

Deze vorm van rouw is waarschijnlijk op meerdere kinderen die fataal huiselijk geweld hebben meegemaakt van toepassing. Wat betreft de samenhang tussen typen symptomen en fases in de ontwikkeling (ongeacht het type verlies), suggereert eerder onderzoek dat rouwklachten relatief sterker naar voren te komen in de basisschoolleeftijd terwijl posttraumatische stress symptomen mogelijk relatief meer op de voorgrond treden in de adolescentie^[24].

Hulpverlening na een schokkende gebeurtenis

In de afgelopen jaren zijn enkele principes geformuleerd voor de directe zorg na een schokkende gebeurtenis zoals een partnerdoding. Vaak wordt daarbij verwezen naar de vijf centrale elementen die Hobfoll en collega's (2007) vaststelden voor psychosociale zorg na collectief trauma^[3]. Professionals en andere betrokken 'zorgers' wordt aangeraden te letten op:

1. het bevorderen van een (realistisch) gevoel van veiligheid;
2. het herstellen van kalmte, of het verminderen van de emotionele stress;
3. het versterken van een gevoel van zelfredzaamheid: het vertrouwen om met de gebeurtenis om te kunnen gaan;
4. het versterken van een gevoel van verbinding of sociale steun;
5. het geven van hoop; het vertrouwen dat mogelijk is om het leven op den duur weer op te pakken.

Deze principes worden meer en meer toegepast in directe psychosociale zorg na trauma, ongeacht de individuele of collectieve aard van de gebeurtenis.

Wanneer er sprake is van ernstige posttraumatische stressklachten of van gecompliceerde rouw kan therapie ingezet worden. Volgens De Keijser (2014) is het probleem echter dat bij gecompliceerde rouw een groot deel van de nabestaanden niet met zijn klachten naar de psycholoog gaat. De Keijser vindt het daarom van belang dat organisaties als Slachtofferhulp, die tegenwoordig steeds vaker worden ingeschakeld, in die gevallen doorverwijzen naar de klinisch psycholoog. Wanneer post-traumatische stress en gecompliceerde rouw tegelijk spelen, wordt aangeraden om eerst de post-traumatische stressklachten aan te pakken en gedeeltelijk te helpen bij de verwerking verwerken, alvorens in te zetten op de echte rouwverwerking^[27]. Enkele effectief gebleken therapievormen zijn:

- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. EMDR is een therapievorm waarbij de therapeut vraagt om terug te denken aan een traumatische ervaring en tegelijkertijd voor visuele/auditieve afleiding zorgt, waardoor de herinnering 'ontkoppeld' raakt van sterke emoties^[28, 29].
- *Trauma-gerichte cognitieve gedragstherapie (CGT)*. CGT richt zich vooral op de sterke verbinding tussen gedachten, gedrag en gevoelens, en is onder andere ontwikkeld om 'niet-helpende' gedachten uit te dagen en daarmee stap voor stap een traumatische ervaring te verwerken. CGT is werkzaam gebleken in het verminderen van de traumaklachten bij kinderen die traumatisch verlies hebben meegemaakt^[30, 31].
- *Schrijftherapie*. Schrijftherapie, zoals WRITEjunior, is een specifieke vorm van cognitieve gedragstherapie en wordt gezien als een alternatieve behandelaanpak naast de reguliere

technieken^[32]. Deze therapievorm heeft een aparte sectie voor de plotselinge dood van een naaste^[33].

- **Rouwtherapie.** Rouwtherapie, zoals Rouwhulp is een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor kinderen met gecompliceerde rouwsymptomen met gekoppelde ouderbegeleiding^[34].

De superioriteit van één therapievorm ten opzichte van andere behandelvormen is niet onomstotelijk bewezen; het lijkt belangrijk dat het type therapie en de therapeut ‘passen’ bij de wensen en mogelijkheden van de kinderen en verzorgers die de hulp ontvangen. De richtlijnen voor traumabehandeling in Nederland^[35] geven aan dat het belangrijk is dat de behandeling ‘traumagericht’ is. Dat wil zeggen dat die expliciet ingaat op het trauma zelf.

Huidige beleidskaders voor opvang en zorg na partnerdoding voor kinderen in Nederland

Wet op de jeugdzorg en jeugdbescherming

De regels voor de jeugdzorg en jeugdbescherming zijn op dit moment vastgelegd in de Wet op de jeugdzorg (2004) en het Burgerlijk Wetboek (Boek 1). Uitgangspunt van de wet is de hulpvraag van kinderen, jongeren en hun ouders en opvoeders. In de huidige wet ligt het recht op jeugdzorg vast voor kinderen, jongeren en hun ouders. Bureau Jeugdzorg (BJZ) regelt de toegang tot de jeugdhulpverlening, geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd (jeugd-ggz), jeugdbescherming en jeugdreclassering, gefinancierd door de Provincie.

De overheid is van plan om vanaf januari 2015 de zorg voor jeugd helemaal onder te brengen bij de gemeenten. De nieuwe Jeugdwet treedt op 1 januari 2015 in werking. De gemeente regelt en financiert de toegang tot jeugdhulp en kinderbeschermingsmaatregelen^[36]. Om in de nieuwe jeugdwet de kwaliteit te borgen van de uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen en de professionaliteit te vergroten, moeten betrokken instanties in het bezit zijn van een geldig certificaat. De kwaliteitseisen zijn geformuleerd in het Normenkader Jeugdbescherming en Jeugdreclassering. De certificaten worden door het Keurmerkinstituut afgegeven voor een periode van vijf jaar of tijdelijk voor een periode van twee jaar.

Gezag en kinderbeschermingsmaatregelen

Na ouderlijke partnerdoding dreigt er acuut gevaar voor een kind vanwege het verlies van beide ouders en de ingewikkelde gezagssituatie³. De Raad voor de Kinderbescherming (de Raad) kan in deze acute crisissituatie direct ingrijpen en de rechter om een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) of een voorlopige voogdij (VOVO) verzoeken. In beide gevallen gaat het om een ernstige crisis, die vaak gepaard gaat met een uithuisplaatsing. In geval van een VOTS (art. 1:255 BW) is de bedreiging in de ontwikkeling van het kind zo ernstig dat dringend en onverwijld optreden noodzakelijk is. Er wordt een tijdelijke gezinsvoogd aangesteld. In dit geval wordt de ouder in

3 Minderjarige kinderen staan onder gezag. Indien de juridische ouders het gezag hebben (of één van hen), wordt dat “ouderlijk gezag” genoemd. Indien een ander dan de juridische ouder het gezag uitoefent, wordt dat “voogdij” genoemd.

het gezag beperkt en is verplicht de aanwijzingen van de gezinsvoogd op te volgen. In geval van een VOVO (art. 1:271 BW) wordt een voorlopige voogd aangesteld die het gezag uitoefent. Dit betekent dat de voogd namens de instelling alle besluiten kan nemen die in het belang van het kind noodzakelijk zijn, zo ook over de verblijfplaats van het kind. Na beide voorlopige maatregelen doet de Raad voor de Kinderbescherming onderzoek en volgt er een verzoek aan de rechter over een vervolgmaatregel: een ondertoezichtstelling (OTS), een ontheffing of een ontzetting. Bij een OTS (art. 1:254 BW) wordt de ouder in het gezag beperkt; bij een ontheffing (art. 1:266 jo art. 1:268 lid 1 BW) wordt de ouder van het gezag ontheven (art. 1:269 BW) wegens onmacht of ongeschiktheid; en bij een ontzetting wordt de ouder uit het gezag ontzet vanwege verwijtbaar gedrag naar de minderjarige. De voogdij kan na ontheffing of ontzetting worden toegekend aan een hiervoor bevoegde instelling, meestal Bureau Jeugdzorg, of aan bijvoorbeeld de pleegouders of het familielid waar het kind verblijft.

Herziening kinderbescherming

Het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven, heeft zich met name gericht op partnerdoding in de periode van 2003 tot 2012, waarbij bovengenoemde wetgeving van toepassing was. Naast de nieuwe wet op de jeugdzorg, worden met ingang van 1 januari 2015 ook de maatregelen van kinderbescherming herzien. Een aantal van de punten waarop deze wet wordt herzien:

- Bij de ondertoezichtstelling zal meer nadruk liggen op de termijn waarop verwacht wordt dat ouders de verantwoordelijkheid zelf weer kunnen dragen (art. 1:255 BW)⁴
- Er komt één maatregel om het ouderlijk gezag te beëindigen (art. 1:266 BW)⁵. Als vanaf het begin helder is dat de ouders hun opvoedverantwoordelijkheden niet binnen een aanvaardbare termijn kunnen waarmaken, dan kan direct de gezagsbeëindigende maatregel worden ingezet.

De wet is in maart 2014 goedgekeurd in de Eerste Kamer en zal op 1 januari 2015 in werking treden (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 2014).

Het recht op contact of omgang

Het recht op contact of omgang van de ouder met zijn kind is een fundamenteel recht. Zowel artikel 1:377a BW als artikel 1:253a BW regelt de situaties van contact en zorg tussen een ouder en zijn kind. In het geval van een gezaghebbende ouder wordt gesproken over contact, bij een

4 Artikel 255

1. De kinderrechter kan een minderjarige onder toezicht stellen van een gecertificeerde instelling indien een minderjarige zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd, en:

a. de zorg die in verband met het wegnemen van de bedreiging noodzakelijk is voor de minderjarige of voor zijn ouders of de ouder die het gezag uitoefenen, door dezen niet of onvoldoende wordt geaccepteerd, en
b. de verwachting gerechtvaardigd is dat de ouders of de ouder die het gezag uitoefenen binnen een gelet op de persoon en de ontwikkeling van de minderjarige aanvaardbaar te achten termijn, de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding, bedoeld in artikel 247, tweede lid, in staat zijn te dragen.

5 De rechtbank kan het gezag van een ouder beëindigen indien:

a. een minderjarige zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd, en de ouder niet de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding, bedoeld in artikel 247, tweede lid, in staat is te dragen binnen een voor de persoon en de ontwikkeling van de minderjarige aanvaardbaar te achten termijn, of
b. de ouder het gezag misbruikt. 2. Het gezag van de ouder kan ook worden beëindigd indien het gezag is geschorst, mits aan het eerste lid is voldaan.

ouder zonder gezag spreekt men over omgang. Artikel 1:377a BW ziet toe op de situatie dat een ouder die omgang wil, en geen gezag heeft over het kind; artikel 1:253a BW op de ouder die contact wil, en die dit gezag wel heeft. De rechter kan dit contact of deze omgang beperken. Artikel 1:377a, tweede en derde lid, BW biedt de rechter de mogelijkheid om het recht op omgang invulling te geven of om dat recht te ontzeggen in de volgende drie gevallen: (1) als de omgang ernstig nadeel zou opleveren voor de ontwikkeling van het kind; (2) als de ouder kennelijk ongeschikt of niet in staat moet worden geacht tot omgang, of (3) als het kind van twaalf jaar of ouder ernstige bezwaren tegen omgang heeft doen blijken of omgang anderszins in strijd is met de zwaarwegende belangen van het kind. Op grond van artikel 1:253a, tweede lid, BW zijn deze ontzeggingsgronden op dezelfde manier van toepassing op de situatie dat de ouder wel het gezag over het kind heeft. Het omgangsrecht vindt zijn grondslag niet alleen in de wet, maar ook in het recht op eerbiediging van het familie- en gezinsleven dat het recht omvat om van elkaars gezelschap te genieten (artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM)). Dit artikel garandeert het respect voor het familie- en gezinsleven ('family life').

Ook als de ene ouder de andere ouder heeft gedood, heeft deze ouder recht op contact of omgang met zijn kind. Als sprake is van een voogdijmaatregel beslist Bureau Jeugdzorg als voogd over het al dan niet hebben van omgang met de ouder. Als de ouder het niet eens is met de beslissing van Bureau Jeugdzorg, kan de ouder de rechter verzoeken om een omgangsregeling vast te stellen. Omgang kan worden ontzegd op basis van de hierboven genoemde gronden.

Bij de bespreking van de resultaten van ons onderzoek gebruiken we het woord 'omgang' voor zowel contact als omgang zoals deze hierboven beschreven zijn, omdat de gezagssituatie niet altijd helder was.

Handelingsprotocol bij partnerdoding

Gedurende de afgelopen paar jaar hebben lotgenotenorganisaties hun zorgen over de positie van jeugdige nabestaanden van geweldslachtoffers kenbaar gemaakt bij de Vaste Kamercommissie van Veiligheid en Justitie (VKC). Zij gaven aan dat de kinderen 'verplicht' werden hun gedetineerde ouder te bezoeken. Deze nabestaanden meldden moeite te hebben met situaties waarin kinderen die te jong zijn om zelf te beslissen, of kinderen die aangeven niet bij hun (in de meeste gevallen) vader op bezoek te willen, "van de rechter of voogd" hun vader gedwongen moeten zien. Dit was aanleiding voor de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie om aan de Tweede Kamer toe te zeggen hierover een ketenoverleg te organiseren om met de betrokken partijen te komen tot een heldere procedure.

In december 2013 hebben deze overleggen geleid tot een protocol^[37]. Deelnemende partijen in dit protocol zijn Bureau Jeugdzorg, landelijk werkende instellingen vertegenwoordigd door Jeugdzorg Nederland, Nationale Politie, Slachtofferhulp Nederland en de Raad voor de Kinderbescherming. Doel van het protocol was om een werkwijze af te spreken om de zorg na partnerdoding te optimaliseren. Samenvattend zijn de volgende punten geregeld:

- Slachtofferhulp biedt praktische, emotionele en juridische ondersteuning aan de nabestaanden.
- De Raad voor de Kinderbescherming verzoekt de rechtbank om een VOVO binnen 24 uur zodat het gezag van de ouder wordt geschorst en Bureau Jeugdzorg wordt belast met het gezag.
- Bureau Jeugdzorg voert de VOVO uit en organiseert hulpverlening (waaronder eventueel pleegzorg) en consulteert hierbij uiterlijk binnen 7 dagen een psychotraumacentrum voor kinderen om af te stemmen over hulpverlening voor het kind, verblijfplaats en omgang.
- De Raad voor de Kinderbescherming doet onderzoek naar de definitieve gezagsvoorziening en raadpleegt betrokken hulpverlenende instanties.
- De Raad voor de Kinderbescherming doet onderzoek in het geval dat een ouder bij de rechtbank een verzoek tot omgang indient en raadpleegt de hulpverlening die bij het kind betrokken is.

Onderscheid civiel- en strafrecht

In dit onderzoek wordt zowel over het civiel- als strafrecht gesproken. Het civiel recht regelt de verhouding tussen burgers onderling, zoals de bovengenoemde wetgeving rondom kinderschermingsmaatregelen en het recht op contact of omgang. Het strafrecht regelt de verhouding tussen de staat en burgers als het gaat om strafbare feiten. De veroordeling van de dader-ouder valt hieronder.

3. Methode

We hebben bij het onderzoek de volgende drie algemene uitgangspunten gehanteerd:

- a. Het is van belang dat kinderen en verzorgers zelf een stem hebben en hun perspectief en ervaringen kunnen delen.
- b. Het is van belang om te weten in hoeverre de participanten in ons onderzoek representatief zijn voor de volledige populatie van kinderen die een ouder hebben verloren door partnerdoding.
- c. Het is van belang om naast kwalitatieve data ook systematisch kwantitatieve data te verzamelen met betrekking tot kenmerken en omstandigheden van de kinderen en de uitkomsten van het onderzoek van bijvoorbeeld hun psychosociale klachten.

Het onderzoek kende drie centrale onderdelen. Elk onderdeel zorgde voor extra informatie met betrekking tot de andere onderdelen:

1. Incidentieonderzoek: inventarisatie van het aantal partnerdodingszaken en betrokken kinderen per jaar.
2. Dossieronderzoek: beschrijving van de omstandigheden van de dodingen en zorgtrajecten van de betrokken kinderen.
3. 'Mixed methods'-onderzoek: inventarisatie van het psychosociaal welzijn en de ervaringen van kinderen en hun verzorgers via interviews en vragenlijsten.

Het incidentie- en dossier-onderzoek zijn 'niet WMO-plichtig' verklaard door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het UMC Utrecht. Dit betekent dat dit deel van het onderzoek niet inhoudelijk door de METC getoetst hoefde te worden, omdat hierbij geen directe dataverzameling bij onderzoeksdeelnemers aan de orde was. Het 'mixed methods'-onderzoek, dat direct contact met nabestaanden en hun verzorgers inhield, is getoetst en goedgekeurd (METC 13-609/M). Nabestaanden en hun verzorgers zijn in alle gevallen in eerste instantie benaderd via een hulpverlener of organisatie met wie zij eerder in contact waren geweest.

Incidentieonderzoek

Om het aantal ouderlijke partnerdodingszaken per jaar te inventariseren en valideren, hebben we gebruik gemaakt van diverse bronnen. Iedere bron leverde deels unieke informatie en geen enkele bron was volledig. De belangrijkste bronnen waren:

- de database van cliënten en consulten van het Psychotraumacentrum WKZ;
- dossiers van de Raad voor de Kinderbescherming;
- dossiers van Bureaus Jeugdzorg;
- het databestand 'OM data' van het WODC;
- de boeken Moord en Doodslag in Nederland^[38] en Dodelijk Geweld^[39] met aanvullende gegevens van Prof. Nieuwbeerta;

- de Elsevier 'Moordlijsten' (korte beschrijvingen van moorden in Nederland in edities van de Elsevier);
- het databestand van juridische uitspraken in Nederland via www.rechtbank.nl;
- de nieuwsdatabank Lexis Nexis (artikelen van landelijke en regionale dagbladen).

Om betrouwbaarheid van de data te garanderen hebben we geen zaken geïnccludeerd die uitsluitend in het nieuws gemeld zijn).

Voor ieder jaar in de periode 1993-2012 hebben we een lijst gemaakt van partnerdodingen waarbij een of meer minderjarige kinderen een biologische ouder verloren. We hebben geen zaken opgenomen waarbij het ging om een partnerdoding in het buitenland of een partnerdoding in Nederland waarbij het slachtoffer niet woonachtig was in Nederland op moment van de doding. Het Nederlands rechtssysteem is aangehouden om de partnerdodingen te identificeren. Berechting voor moord of doodslag was hierin de standaard, naast de zaken waarbij de verdachte – vaak direct na de doding – zelfmoord gepleegd had en uit de rapporten bleek dat het om een partnerdoding ging. Zaken waarin een verdachte op het moment van het huidige onderzoek was vrijgesproken of waarin het vonnis 'dood door schuld' was, zijn niet meegerekend. Door de duur van de rechtsprocessen hebben de kinderen in deze zaken zich echter soms in zeer vergelijkbare situaties bevonden als de kinderen die wel in ons onderzoek zijn betrokken – bijvoorbeeld in die gevallen waarbij een ouder pas na enkele jaren in hoger beroep wordt vrijgesproken.

De kwaliteit van de gebruikte databases was voor de zaken in de meest recente tien jaar (2003-2012) in het algemeen beter dan voor de zaken in de tien jaar daarvoor (1993-2002). Bij veel partnerdodingen in de periode 1993-2001 was bijvoorbeeld niet duidelijk of er wel of geen minderjarige kinderen betrokken waren. De beperkte informatie heeft waarschijnlijk te maken met de geleidelijke digitalisering in deze periode. Vanwege de verminderde betrouwbaarheid van de periode 1993-2002 rapporteren we alleen incidentiegegevens en dossiergegevens over partnerdodingen in de periode 2003-2012.

Dossieronderzoek

Om de kenmerken en omstandigheden van de betrokken gezinnen en de rol van betrokken instanties te beschrijven, hebben we dossiers opgevraagd bij Bureaus Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming, het Psychotraumacentrum WKZ en andere psychotraumacentra. In totaal hebben we de dossiers van 170 van de 257 kinderen die een ouder hebben verloren in de periode 2003-2012 kunnen includeren. Deze 170 kinderen kwamen uit 86 verschillende gezinnen (het totaal aantal getroffen gezinnen was 137). Redenen voor het niet achterhalen van dossiers waren:

- gebrek aan voldoende identificerende informatie (bijvoorbeeld naam van de betrokken kinderen) om een zaak terug te vinden in de bestanden van ketenpartners;
- veranderde administratieve systemen; of
- gebrek aan tijd bij ketenpartners door de Transitie Jeugdzorg.

Waar nodig zijn gegevens uit de dossiers aangevuld met gegevens van bronnen van het incidentieonderzoek (bijvoorbeeld juridische uitspraken).

De informatie uit de dossiers is op gestructureerde en gestandaardiseerde wijze verwerkt in een SPSS-bestand. De geregistreerde gegevens bestonden uit:

- a. demografische kenmerken van het kind en het gezin (leeftijd, sekse, etniciteit, gezins-samenstelling);
- b. informatie over eerder huiselijk geweld of kindermishandeling;
- c. kenmerken van de doding (of het kind getuige was, of het in een thuissituatie van het kind plaatsvond, het wapen, of de dader suïcide heeft gepleegd);
- d. kenmerken van het rechtsproces van de dader (welke veroordeling, de tijd tot veroordeling, gebruik van hoger beroep en cassatie);
- e. kenmerken van de acute fase na de doding (hoe het kind is opgevangen, of het kind de uitvaart heeft bijgewoond en of er acute stress reacties waren bij het kind);
- f. kenmerken van het gezag over het kind en veranderingen hierin over de tijd;
- g. kenmerken van de ingezette hulpverlening (betrokken organisaties, diagnostiek, trauma-behandeling);
- h. kenmerken van de woonsituatie van het kind (bijv. wisselingen in woonsituatie, duur en vorm van de plaatsing; noodzaak om van school te wisselen);
- i. kenmerken van de omgang met de dader-ouder wanneer die nog in leven was (of wanneer er omgang is geweest, of het kind omgang wenste);
- j. kenmerken van het contact tussen de familie van slachtoffer en dader (of er conflict is geweest);
- k. evaluatie van de hulpverlening en betrokken instanties door de kinderen en hun families.

De gegevens uit de dossiers zijn met descriptieve statistische methoden (gemiddelden, frequenties en ratio's) geanalyseerd. Daarnaast hebben we casusvoorbeelden geselecteerd om de situaties van kinderen na partnerdoding helder voor het voetlicht te brengen. Casusvoorbeelden die online beschikbaar waren, zijn niet verder geanonimiseerd. Bij casusvoorbeelden die niet algemeen beschikbaar waren, zijn details veranderd om vertrouwelijkheid van zaken te garanderen (veel problemen en observaties kwamen bij meerdere zaken voor; zelfs als ze voor de lezer herkenbaar lijken, betekent dit niet dat het één bewuste zaak betreft).

Sommige (bijvoorbeeld demografische) gegevens waren voor vrijwel iedere casus beschikbaar, terwijl andere gegevens (bijvoorbeeld over beslissingen over het bijwonen van de uitvaart van de overleden ouder) slechts voor enkele zaken beschikbaar waren. In de tabellen geven we telkens aan op basis van hoeveel zaken of kinderen een bepaald percentage berekend is. Wanneer we data 'per zaak of partnerdoding' weergeven, betreft dit de gegevens van het oudste minderjarige kind in het gezin.

‘Mixed methods’-studie

In dit deelproject hebben we specifiek gekeken naar de psychosociale gevolgen van partnerdoding en naar de beleving bij (indertijd) minderjarige nabestaanden en hun verzorgers van beslissingen die genomen zijn over plaatsing, gezag, omgang, en de rol van beide families en instanties daarin. We hebben zowel kwalitatieve als kwantitatieve data verzameld. De participanten waren nabestaanden die minderjarig waren toen de partnerdoding plaatsvond, hun verzorgers en hun voogden. In totaal zijn via 69 informanten gegevens over het welzijn van 40 jonge nabestaanden uit 21 verschillende gezinnen verzameld (zie tabel 3.1). Er deden 24 jonge nabestaanden zelf mee, van 35 jonge nabestaanden deed de verzorger mee (in totaal 22 verschillende verzorgers) en van 5 jonge nabestaanden deed de voogd mee. In bijna een derde (30 procent) van de gezinnen werd alleen de verzorger geïnccludeerd. Naast verzorgers en voogden hebben we ook leerkrachten gevraagd om hun perspectief te geven (N = 20). Kinderen, verzorgers en voogden werden apart geïnterviewd. Leerkrachten gaven hun visie schriftelijk. Voor twee van de 40 kinderen participeerde de voogd alleen in het kwalitatieve interview; van 38 jonge nabestaanden hebben we diagnostische informatie verzameld.

Tabel 3.1 Aantal betrokken informanten in de ‘mixed methods’-studie

<i>Betrokken informanten</i>	<i>N</i>
Jonge nabestaanden	24
Verzorgers	22
Voogden	3
Leerkrachten	20
<i>Totaal</i>	<i>69</i>

De gemiddelde leeftijd van de jonge nabestaanden was 13.0 jaar (SD = 3.8 jaar), met een range van 7 tot 24 jaar (6 jonge nabestaanden waren meerderjarig op het moment van het onderzoek). Het percentage vrouwen en meisjes bedroeg 55 procent. Gemiddeld vond het onderzoek ongeveer 7.5 jaar na de doding plaats (M = 7.6 jaar; SD = 4.6 jaar).

Werving

De werving van participanten verliep via verschillende kanalen:

1. We hebben alle kinderen, jongeren, jong volwassenen en verzorgers die via het incidentie-onderzoek zijn geïdentificeerd en waarvan contactgegevens bekend waren, uitgenodigd om deel te nemen. Wanneer het Psychotraumacentrum WKZ geen behandelrelatie had met betrokkenen, heeft de werving via een behandelrelatie van onze samenwerkingspartners (bijvoorbeeld een voogd van Bureau Jeugdzorg) plaatsgevonden.
2. We hebben aandacht voor het onderzoek gevraagd via nieuwsbrieven en brieven van verschillende instanties en verenigingen van hulpverleners en/of slachtoffers, zoals de kinderpsychotraumacentra en *Slachtofferhulp*, lotgenotenorganisaties zoals *Aandacht Doet*

Spreken, De Vereniging Ouders van een Vermoord Kind, Expertisecentrum Omgaan met Verlies, De Vereniging voor Respect en Solidariteit (sinds januari 2014 samengebracht in de Federatie Geweldslachtoffers Nabestaanden), Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW), Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), Stichting Jeugd en Rouw Breda, Troost voor Tranen, en Jongeren in Rouw. Vanuit de psychotraumacentra konden geen casussen aangeleverd worden door organisatorische oorzaken of, in het geval van Fier Fryslân, afwezigheid van cliënten in deze groep.

Door de complexe problematiek waren toestemmingsprocedures voor deelname aan onderzoek ingewikkeld. In veel zaken bleek nog een grote mate van instabiliteit te spelen (door betrokkenheid en intensiteit van verschillende hulpverleningsinstanties, lopende rechtszaken, onduidelijkheden van woonsituatie of verzorgers, en ervaren lijdensdruk). De meest genoemde reden voor het afzien van deelname was de angst dat meedoen te belastend zou zijn: ofwel het ging niet goed met het kind en men was bang voor verslechtering, ofwel de situatie van de kinderen was (net) stabiel en er was angst voor terugval. Ondanks deze redenen was de uiteindelijke respons rate vrij hoog voor dit type onderzoek: van de 67 kinderen voor wie we één of meerdere participanten hadden uitgenodigd op basis van het dossieronderzoek, zijn 30 kinderen (45%) ook daadwerkelijk in het onderzoek betrokken.

Dataverzameling

We hebben de dataverzameling op verzoek van de participanten uitgevoerd in hun thuissituatie. Participanten werden individueel geïnterviewd zodat zij vrijuit konden spreken. Participanten ontvingen een boekenbon van 10 euro als dank voor deelname (dit werd niet vermeld bij de werving). De dataverzameling bestond uit vier onderdelen:

1. Een kwalitatief diepte-interview
2. Een gestructureerd klinisch interview
3. Het invullen van gestandaardiseerde vragenlijsten
4. Het aanvullen van de gegevens voor het dossieronderzoek

Voor de *kwalitatieve diepte-interviews* hebben we een interviewhandleiding of 'topic list' ontwikkeld^[40]. De volgende thema's kwamen in de interviews aan de orde (zie ook hoofdstuk 19):

- ontwikkelingen in psychosociaal welzijn;
- ervaringen met plaatsing;
- omgang met dader-ouder;
- gezag;
- rol van familieleden;
- rol van instanties;
- helpende factoren;
- toekomstperspectief;
- lotgenotencontact.

Daarnaast was ruimte voor onderwerpen die door de verzorger of het kind aan de orde werden gebracht.

Voor het *gestructureerde klinische interview* en de *gestandaardiseerde vragenlijsten* hebben we gebruik gemaakt van hieronder beschreven meetinstrumenten. Hoewel de meeste instrumenten van oorsprong in de Verenigde Staten waren ontwikkeld, zijn ze allemaal in Nederland gevalideerd.

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV - Child version (ADIS-C)

De ADIS-C^[41, 42] is een semigestructureerd diagnostisch interview gebaseerd op de diagnostische criteria voor kinderen en jeugdigen van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Het interview is voornamelijk gericht op het diagnosticeren van angststoornissen (inclusief PTSS), maar heeft ook aandacht voor mogelijke affectieve stoornissen, externaliserende stoornissen, het gebruik van middelen en eetproblemen. Conclusies worden gebaseerd op de mate van interferentie (ervaren last) met het dagelijks leven, het aantal bevestigde symptomen en de algehele indruk van de interviewer. De verzorger-versie kan worden gebruikt bij kinderen tot 18 jaar en vanaf een leeftijd van 7 jaar kunnen kinderen en jongeren zelf participeren. De betrouwbaarheid van het interview is positief beoordeeld^[43]. Ook de validiteit is als voldoende beoordeeld, de symptoom-schaalscores blijken significant samen te hangen met scores die werden verkregen met door ouder en kind ingevulde beoordelingsschalen^[44].

Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)

De SCID^[45, 46] is een semigestructureerd interview voor het vaststellen van de meeste DSM-IV As-I stoornissen, waaronder PTSS en andere angststoornissen. De SCID is een meetinstrument voor volwassenen, in dit onderzoek werd de SCID gebruikt voor de meerderjarige nabestaanden. Vergelijkbaar met de ADIS-C wordt gekeken naar de aanwezigheid van criteria voor een stoornis, de mate van interferentie en het klinisch oordeel van de onderzoeker. Cronbach's alpha varieerde van .60 voor Agorafobie tot .83 voor Sociale fobie en Specifieke fobie^[47].

Rouwvragenlijst (RVL)

De Rouwvragenlijst^[48, 49] is ontwikkeld om gecompliceerde rouw te meten. De vragen verwijzen naar psychische, psychosomatische symptomen en gedragsverandering die zijn ontstaan na het overlijden van een naaste. De interne consistentie, validiteit, sensitiviteit en specificiteit worden als voldoende beoordeeld^[50]. In 2012 is de Rouwvragenlijst voor kinderen (Inventory of Prolonged Grief for Children, IPG-C) en jongeren (Inventory of Prolonged Grief for Adolescents, IPG-A) ontwikkeld^[51] om gecompliceerde rouw bij kinderen en jongeren in kaart te brengen. De IPG-C (RVL-K) is voor kinderen van 8 tot 12 jaar en de IPG-A (RVL-J) voor jongeren van 13 tot 18 jaar. De interne consistentie van deze vragenlijsten voor kinderen (RVL-K) en jongeren (RVL-J) is goed.

Voor de RVL voor volwassenen hebben we een cutoff-score gehanteerd van 90. Een totaalscore boven de 90 duidt op gecompliceerde rouw. Voor de RVL-K en RVL-J zijn geen cutoff-scores bekend; we hebben gebruik gemaakt van gemiddelden en standaardafwijkingen van een vergelijkingsgroep van kinderen die een naaste (in veel gevallen een ouder) hadden verloren^[51].

Bij ongeveer een kwart van de groep was de dood traumatisch (zoals een ongeluk, zelfmoord of moord). Op basis van de RVL en de RVL-K/RVL-J is voor dit onderzoek een aangepaste versie opgesteld voor verzorgers rapporterend over kinderen. Omdat geen vergelijkingsgroep beschikbaar was, hebben we voor deze nieuwe versie gebruik gemaakt van de RVL-K en RVL-J gemiddelden als referentie.

Child Behavior Checklist (CBCL)

De CBCL^[52, 53] is vragenlijst om gedrags- en emotionele problemen en vaardigheden bij kinderen en jongeren in kaart te brengen. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Youth Self Report (YSR), Parent Rate Form 6-15 (PRF) en de Teacher Rate Form 6-18 (TRF). De PRF en TRF zijn respectievelijk voor verzorgers en de leerkracht van kinderen van 6 tot 18 jaar. De YSR is een zelfrapportagelijst voor kinderen van 12 tot 18 jaar. De lijst heeft een totaalscore en twee overkoepelende subschalen (Internaliserende problematiek en Externaliserende problematiek) die beide uit verschillende subschalen bestaan (voorbeelden zijn angstig/depressief gedrag en aandachtsproblemen). De interne consistentie blijkt in internationaal onderzoek goed te zijn maar was in Nederlands onderzoek soms wisselend (gemiddeld goed; met Cronbach's alpha variërend van .74 tot .94 voor de sub- en totaalschalen)^[54]. Vanwege het wijdverbreide gebruik van de lijst, hebben we toch voor dit instrument gekozen. De begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit werden door de COTAN als voldoende beoordeeld. Voor de scoring werd gebruik gemaakt van T-scores, welke afhankelijk zijn van het type informant (kind, verzorger of leerkracht), leeftijd en sekse.

Gezinsvragenlijst (GVL)

De GVL^[55] is een vragenlijst waarmee de kwaliteit van gezins- en opvoedingsomstandigheden gescreend kan worden. De GVL geeft aan waar het gezin mogelijk tekort schiet. De GVL kan worden gebruikt bij gezinnen met kinderen van 4 tot en met 18 jaar. De betrouwbaarheid is als goed beoordeeld door de COTAN in 2008. De interne consistentie van de subschalen varieert van voldoende (.79) tot goed (.95). De totaalscore is goed (Cronbach's alpha = .97 voor ouders en moeders en .95 voor vaders). De test-hertest coëfficiënt ligt voor alle subschalen boven de .75 en voor de totaalscore is dit .91. Ook de criteriumvaliditeit en begripsvaliditeit zijn door de COTAN als goed beoordeeld^[54]. De gemiddelden op de GVL in het huidige onderzoek worden vergeleken met gemiddelden van de normgroep van de algemene bevolking in Nederland.

Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)

De PedsQL^[56, 57] is een modulaire vragenlijst om gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven te meten bij kinderen en adolescenten. De vragenlijst omvat vier schalen: Lichamelijk functioneren, Emotioneel functioneren, Sociaal functioneren en School functioneren. Daar waar geen cutoff-scores bekend waren, hebben we een vergelijking gemaakt met een Nederlandse onderzoeksgroep^[58]. De groep kende drie leeftijdscategorieën: kinderen van 8 tot 12 jaar (N = 192), jongeren van 13 tot 18 jaar (N = 148) en verzorgers van kinderen van 5 tot 7 jaar (N = 76). De Cronbach's alpha voor de totaalscore van de verschillende leeftijdsgroepen varieerde van .82 tot .85. In het huidige onderzoek werden de scores vergeleken met de kinderen en jongeren uit de gezonde onderzoeksgroep.

RAND-36

De RAND-36 Health Survey^[59] is een meetinstrument om de kwaliteit van leven van volwassenen in kaart te brengen. Er wordt gebruik gemaakt van negen schalen: Fysiek functioneren, Sociaal functioneren, Rolbeperking fysiek, Rolbeperking emotioneel, Mentale gezondheid, Vitaliteit, Pijn, Algemene gezondheidsbeleving en Gezondheidsverandering. De betrouwbaarheid is goed voor alle schalen met uitzondering van Sociaal functioneren (Coëfficiënt alpha = .55) en van Gezondheidsverandering, waarvan geen alpha bekend is. Van de overige schalen varieert de Coëfficiënt alpha van .81 tot .92. De begripsvaliditeit wordt door de COTAN als voldoende beoordeeld en de criteriumvaliditeit als onvoldoende wegens te weinig onderzoek^[60]. De scores worden zo getransformeerd dat een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven. De gemiddelden in het huidige onderzoek werden vergeleken met een Nederlandse onderzoeksgroep (N = 1063)^[59].

Tabel 3.2 Diagnostische informatie over jonge nabestaanden per meetinstrument

Meetinstrument	Betreft totaal N jonge nabestaanden	Participanten over N jonge nabestaanden			
		Kinderen	Jongvolwassenen	Verzorgers	Leerkrachten
ADIS-C	27	17	-	25	-
SCID	6	-	6	-	-
CBCL	32	12	-	30	20
RVL-kind	36	16	6	29	-
RVL-verzorger	30	-	-	30	-
PedsQL	32	17	-	30	-
RAND	37	-	6	31	-
GVL	30	-	-	30	-
Kwalitatief interview	40	17	6	32	-

Noot: kinderen en jongvolwassenen rapporteerden alleen over zichzelf. Sommige verzorgers gaven informatie over meer dan één kind. Voogden (N = 3) staan niet in de tabel; zij participeerden alleen in de kwalitatieve interviews (over 5 jonge nabestaanden).

Dataverwerking en analyses

De kwalitatieve interviews werden woordelijk uitgeschreven en op thematische wijze geanalyseerd. Voor de analyse van de gegevens van de klinische interviews en de gestandaardiseerde vragenlijsten zijn de data ingevoerd in SPSS, waarna totaalscores zijn berekend. Waar mogelijk hebben we gebruik gemaakt van bekende cutoff-scores of afkappunten. We hebben daarbij zowel gekeken naar de afkappunten voor het subklinische gebied ('milde zorgen') als voor het klinische gebied ('ernstige zorgen'). De data zijn geanalyseerd met beschrijvende statistische methoden (gemiddelden, percentages). Vanwege de zeer beperkte steekproefgrootte hebben we ons geconcentreerd op het per kind bepalen of er sprake was van significante klachten.

Wanneer er per kind meerdere informanten waren, hebben we een klinische score als zodanig aangemerkt als deze problemen gesignaleerd werden door in ieder geval één van de informanten^[61].

Representativiteit van het dossieronderzoek en de ‘mixed methods’-studie

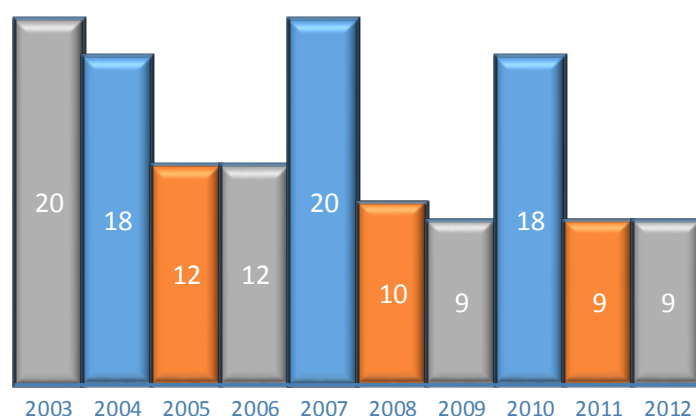
Bij de demografische gegevens (leeftijd, sekse en autochtoon/allochtoon) waren er geen significante verschillen tussen de kinderen in het incidentieonderzoek (de totale groep) en de kinderen in het dossieronderzoek. De kinderen in het dossieronderzoek hadden relatief iets recenter een doding meegemaakt (gemiddeld 6.9 jaar versus gemiddeld 7.8 jaar geleden). Over de representativiteit van de ‘mixed-methods’-studie ten opzichte van de totale groep kunnen we zeggen dat er geen significante verschillen waren in sekse, leeftijd of verstreken periode sinds de doding. Het aantal allochtone kinderen in het ‘mixed-methods’-onderzoek was daarentegen wel lager dan in de totale groep. Daarnaast is onze indruk dat de kinderen die betrokken zijn in het ‘mixed methods’-onderzoek minder psychosociale klachten hadden dan kinderen die dat niet zijn. Dit vanwege de redenen die zijn opgegeven om niet te deel te nemen, zoals psychosociale problemen en angst voor terugval.

Welzijn van de participanten in het onderzoek

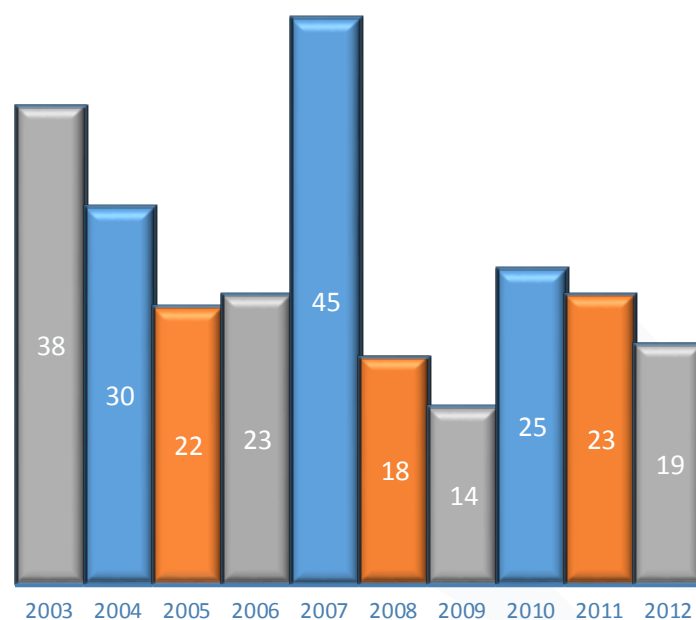
Alle participanten werden geïnformeerd over hulpverleningsmogelijkheden. Deze hulpverlening was binnen het Psychotraumacentrum WKZ beschikbaar zonder wachtlijst. Hoewel enkele participanten gelijktijdig met onderzoeksdeelname zelf weer begeleiding zochten, heeft geen enkele participant van dit aanbod gebruik gemaakt naar aanleiding van het onderzoek. Eén participant heeft hulp gezocht bij voor hem bekende hulpverlening in de regio.

4. Hoeveel kinderen verliezen een ouder door partnerdoding?

In de periode 2003-2012 zijn 137 biologische ouders van 257 minderjarige kinderen om het leven gebracht door een (ex-)partner; ieder jaar ontnamen gemiddeld 14 dodingen gemiddeld 26 kinderen een biologische ouder. Het aantal partnerdodingen en betrokken kinderen fluctueert echter aanzienlijk per jaar, zoals onderstaande grafieken laten zien.



Grafiek 4.1 Aantal partnerdodingen per jaar



Grafiek 4.2 Aantal getroffen kinderen per jaar

De gemiddelde leeftijd van de kinderen ten tijde van de doding was 7.8 jaar (SD = 4.9 jaar, met een range van 0 tot 18 jaar). Over de periode van 10 jaar verloren ongeveer evenveel jongens als meisjes een ouder door partnerdoding (51% versus 49%).

5. Gezinskenmerken voorafgaand aan de partnerdoding

Slachtoffer- en daderkenmerken

Bij 120 van de 137 zaken (88%) was de moeder het slachtoffer, bij 17 zaken (12%) de vader. Bij 88 van de 137 zaken (64%) was de dader de andere biologische ouder, terwijl bij 44 zaken (32%) de dader niet de ouder van de getroffen kinderen was (bij 5 daders (4%) was het onduidelijk of zij de biologische ouder van de kinderen waren). Het merendeel van de daders (88%) was man.

Tabel 5.1 Rol van het slachtoffer en de dader ten opzichte van het kind

Rol slachtoffer t.o.v. het kind	Rol dader t.o.v. het kind						Totaal
	Biologische ouder		(Ex)partner van biologische ouder*		Onduidelijk of biologische ouder		
	Vader	Moeder	Man	Vrouw	Man	Vrouw	
Vader	-	11	0	6	-	0	17
Moeder	77	-	38	0	5	-	120
Totaal	77	11	38	6	5	0	137

*(Ex) partner van de biologische ouder is niet de biologische ouder van het kind.

Van 108 (van de 137) slachtoffers was de etniciteit bekend: 47% werd beschreven als van Nederlandse afkomst, 12% van Turkse afkomst, 8% van Marokkaanse afkomst, 6% van Surinaamse afkomst, 5% van Antilliaanse afkomst en 21% van een andere etnische afkomst (o.a. Afghaans, Bulgaars, Bosnisch, Egyptisch, Ethiopisch en Russisch). De etniciteit van de daders was vaak onbekend als het een (ex-)partner betrof die zelf niet de biologische ouder was. Van 70 (van de 88) biologische ouder-daders was de etniciteit wel bekend: 49% was van Nederlandse, 14% van Marokkaanse, 13% van Turkse, 7% van Surinaamse, 4% van Antilliaanse en 13% van overige (onder andere Afghaanse, Chinese, Guyaanse, Koreaanse, Pakistaanse en Somalische) afkomst. Ter vergelijking: op 1 januari 2012 was 21% van de algemene bevolking van allochtone herkomst (9% van westerse en 12% van niet-westerse herkomst^[62, 63]). Allochtone slachtoffers en daders waren oververtegenwoordigd ten opzichte van het aantal in de algemene bevolking (een statistisch significant verschil met een p-waarde van <.001).

Huwelijkse staat en woonsituatie

Van 105 'koppels' was de huwelijkse staat ten tijde van de doding bekend: 46% was gehuwd, 20% was gescheiden en 34% had geen officiële registratie. Bij 22% van de zaken had binnen een maand voor de doding een relatiebreuk plaatsgevonden, bij 35% had er langer geleden een relatiebreuk plaatsgevonden en bij 43% was er geen sprake van een relatiebreuk op het moment van de doding. Ten tijde van de doding woonde iets meer dan de helft (54%) van de koppels samen, 43% was uit elkaar en woonde niet samen, en een enkel stel (3%) had een latrelatie.

Voorbeeld 5.1

Nadat moeder de scheiding had aangekondigd is ze vanwege de dreiging van haar man met de kinderen gevlucht naar een Blijf van mijn Lijf huis. Ze is meerdere keren van opvangplek gewisseld omdat hij haar steeds wist op te sporen. Uiteindelijk heeft hij haar gevonden en op straat vermoord. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 5.2

Moeder heeft aangegeven van vader te willen scheiden. Tijdens een gesprek om de scheiding verder te bespreken ontstond er ruzie tussen ouders waarna vader een mes uit de keukenla pakte en moeder naar buiten vluchtte. Hij heeft haar weten te overmeesteren en neergestoken. De kinderen hebben het gegil gehoord. (Vrij vertaald uit: rechtspraak.nl)

Kinderen

Gemiddeld waren er, inclusief meerderjarige broers en zussen, twee kinderen per gezin ($M = 2.13$; $SD = 1.1$). Ongeveer een derde van de kinderen was enig kind.

Tabel 5.2 Aantal kinderen per gezin

Aantal kinderen in het gezin	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
1	43	31,4	32,3
2	50	36,5	37,6
3	26	19,0	19,5
4	9	6,6	6,8
5	4	2,9	3,0
6	1	,7	,8
<i>Subtotaal</i>	<i>133</i>	<i>97,1</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	4	2,9	
<i>Totaal</i>	<i>137</i>	<i>100,0</i>	

Noot: in een enkel geval waren er stiefbroers- en zussen die geen bloedband met het slachtoffer hadden; deze hebben we niet meegenomen in de berekeningen.

De meeste kinderen woonden voor de doding ofwel bij beide biologische ouders ofwel alleen bij hun moeder. Een kleine minderheid woonde bij hun moeder met een nieuwe partner, bij hun vader of elders (bijvoorbeeld in een instelling of in een pleeggezin).

Tabel 5.3 Woonsituatie van het kind

<i>Woonsituatie van het kind</i>	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
Bij beide ouders	103	40,1	46,0
Bij moeder alleen	83	32,3	37,1
Bij moeder met nieuwe partner	16	6,2	7,1
Bij vader alleen	5	1,9	2,2
Bij vader met nieuwe partner	5	1,9	2,2
Elders	12	4,7	5,4
<i>Subtotaal</i>	224	87,2	100,0
Onbekend	33	12,8	
<i>Totaal</i>	257	100,0	

Voor 190 kinderen hadden we informatie over het gezag voorafgaand aan de doding. Bij de meeste kinderen hadden beide ouders het gezag. Bij ruim een kwart had alleen de moeder het gezag, bijvoorbeeld wanneer ouders nooit getrouwd waren en vader niet het initiatief tot het aanvragen van het gezag had genomen. Het gezag lag slechts voor enkele kinderen bij alleen de vader, een instantie of elders (bijvoorbeeld een voogd in het netwerk).

Tabel 5.4 Gezaghebbende of voogd van het kind voor de doding

<i>Gezaghebbende of voogd van kind voor doding</i>	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
Beide ouders	130	50,6	68,4
Moeder	52	20,2	27,4
Vader	3	1,2	1,6
Instantie	2	,8	1,1
Overige	3	1,2	1,6
<i>Subtotaal</i>	190	73,9	100,0
Onbekend	67	26,1	
<i>Totaal</i>	257	100,0	

Een voorbeeld van de soms ingewikkelde gezagssituaties:

Voorbeeld 5.3:

Biologische vader kreeg na echtscheiding het gezag over zijn dochter. Moeder begon een nieuwe relatie met de heer X en zij kregen een zoon. Het meisje uit de eerdere relatie bleef bij moeder en (stief)vader wonen. Moeder had een psychiatrisch ziektebeeld, wat voor veel spanningen in het gezin en tussen beide ouders zorgde. Moeder werd door (stief)vader om het leven gebracht. De zoon werd ondergebracht bij familie van vader (dader) en de dochter van moeder ging bij haar biologische vader wonen. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Eerder geweld in het gezin

Uit de beschikbare dossiers bleek dat er bij het merendeel van de gezinnen waarschijnlijk of zeker eerder partnergeweld had plaatsgevonden (52 uit 70 zaken; 74%). Over eerdere kindermishandeling (exclusief het getuige zijn van huiselijk geweld) was minder informatie beschikbaar. Uit de dossiers voor 56 gezinnen bleek dat er bij 18 kinderen (32%) waarschijnlijk of zeker sprake was van eerdere kindermishandeling.

Tabel 5.5 Kindermishandeling en partnergeweld voor de doding

Eerder partner geweld	Eerdere kindermishandeling in het gezin				Totaal
	Waarschijnlijk niet	Waarschijnlijk wel	Zeker wel	Onbekend	
Waarschijnlijk niet	18	0	0	0	18
Waarschijnlijk wel	7	3	0	2	12
Zeker wel	12	5	8	15	40
Onbekend	1	1	1	13	16
Totaal	38	9	9	30	86

Voorbeeld 5.4:

In de tientallen jaren voor de moord was er herhaaldelijk sprake van huiselijk geweld. Om de kinderen te beschermen tegen kindermishandeling en seksueel misbruik door de vader, wierp moeder zich herhaaldelijk op als slachtoffer. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 5.5:

Ouders hadden al jaren een complexe relatie waarbij moeder tweemaal werd opgenomen in de GGZ vanwege psychotische klachten. Bij vader was sprake van drugsmisbruik waardoor er veel ruzie ontstond en er over en weer geweld werd gebruikt tegen elkaar. Na weer een ruzie brengt moeder vader met messteken om het leven. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Hulpverlening aan het gezin

Van de 86 gezinnen waarvan we de dossiers hebben bestudeerd, ontving ongeveer een derde hulpverlening (voor het kind of voor het gezin) op het moment van de doding. In ten minste 15 van de 25 zaken had deze actuele hulpverlening met huiselijk geweld of kindermishandeling te maken. De resterende gevallen betroffen bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning, begeleiding bij Asperger, relatietherapie (zonder dat er sprake was van geweld) en jeugddelinquentie. De betrokken instanties betroffen zowel 1^e, 2^e, als 3^e lijns hulpverlening, maatschappelijk werk, en logeerhuizen/crisisopvang.

Tabel 5.6 Hulpverlening aan het gezin op het moment van de doding

Hulpverlening aan het gezin	Aantal	Percentage	Percentage subtotaal
Nee	51	59,3	67,1
Ja	25	29,1	32,9
Subtotaal	76	88,4	100,0
Onbekend	10	11,6	
Totaal	86	100,0	

Voorbeeld 5.6:

Moeder was een zwakbegaafde vrouw die ondersteuning kreeg van [hulpverleningsinstantie 1] om zelfstandig te kunnen functioneren. Daarnaast beheerde [hulpverleningsinstantie 2] het budget van moeder. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 5.7:

Het kind werd al voor de doding door de ambulante begeleider beschreven als een in zichzelf gekeerd jongetje, dat weinig vrienden en vaak conflicten had. Wanneer het kind door ouders bij de ambulante begeleider werd gebracht, was er vaak kort daarvoor strijd thuis geweest. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

6. Kenmerken en omstandigheden van de partnerdoding zelf

Voor een ruime meerderheid van de kinderen vond de doding plaats in hun thuissituatie (of een van hun thuissituaties, in het geval van gescheiden ouders). Dit betekent dat voor de meeste kinderen hun huis ook 'plaats delict' was, met consequenties zoals verzegeling door de politie.

Tabel 6.1 Thuissituatie als plaats delict

<i>Was de doding in het huis waar het kind woont?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Nee	47	18,3	19,7
Ja, in (een van) de thuissituatie(s) van het kind	192	74,7	80,3
<i>Subtotaal</i>	<i>239</i>	<i>93,0</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	18	7,0	
<i>Totaal</i>	<i>257</i>	<i>100,0</i>	

De dodingen waren in veel gevallen uitermate gruwelijk, soms inclusief marteling. Het kwam meerdere keren voor dat de dader na het eerste geweld op een later moment terugkwam om de ouder alsnog om het leven te brengen. Het vaakst werd een steekwapen gebruikt, gevolgd door een vuurwapen en wurging. Andere wapens waren onder andere een hamer en een blok beton.

Tabel 6.2 Gebruikt wapen bij de doding

<i>Gebruikt wapen</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Steekwapen	65	47,4	50,4
Vuurwapen	25	18,2	19,4
Strangulatie	21	15,3	16,3
Overige	18	13,1	14,0
<i>Subtotaal</i>	<i>129</i>	<i>94,2</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	8	5,8	
<i>Total</i>	<i>137</i>	<i>100,0</i>	

Voorbeeld 6.1:

Moeder heeft vader om het leven gebracht en zij begroef hem in de achtertuin. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 6.2:

Die dag was hij in hun huis op zoek naar spullen van de kinderen. Hij vond ze niet, vertelde hij. Nadat hij in zijn auto was gestapt, zag hij zijn ex lopen in een parkje. Volgens de verdachte wilde hij met haar praten over de omgangsregeling en zou zij gezegd hebben dat hij de kinderen nooit meer zou zien. Wat er daarna gebeurde, is voor hem ‘een zwart gat’. Hij vertelde dat hij weer bewust werd van zichzelf toen hij richting een naburig dorp reed en een auto met zwaailichten passeerde. Op dat moment zag hij ook bloed aan zijn vingers. Hij reed door naar het politiebureau en meldde via de intercom dat hij mogelijk iets vreselijks had gedaan ‘want mijn ex zat mij te treiteren’. (rechtspraak.nl)

Voorbeeld 6.3:

Vader en moeder waren ruim vijftientig jaar samen als partners. Samen hadden zij twee dochters. Het huwelijk was in moeders ogen een verstandshuwelijk geworden en daarvoor voelde zij niet. Twee dagen voor de fatale doding had zij hem bovendien verteld dat zij iemand anders ontmoet had met wie zij mogelijk wel een toekomst meende te hebben. Vader heeft haar in de echtelijke slaapkamer, op een plaats nota bene die bij uitstek geborgenheid en veiligheid dient te bieden, op meedogenloze wijze met vier kogels om het leven gebracht. De wijze waarop enkele van die kogels zijn afgevuurd – tegen het achterhoofd, vanaf een zeer geringe afstand, zodat welhaast van contactschoten kan worden gesproken – doet bijna denken aan een executie. (rechtspraak.nl)

Kinderen als getuige

Voor 41% van de 212 kinderen over wie informatie via dossiers of juridische documenten beschikbaar was, kan met zekerheid gezegd worden dat zij op een andere locatie waren ten tijde van de doding (bijvoorbeeld op school). Dit betekent dat 59% mogelijk of zeker getuige was van de doding (waarbij 2 kinderen tevens medepleger waren). Meer specifiek waren 93 kinderen (mogelijk) getuige van een doding met een steek- of vuurwapen, wat vaak bijzonder nare beelden met zich mee brengt.

Voorbeeld 6.4:

Verdachte heeft zijn ex-partner [...], in het bijzijn van haar twee jongste kinderen, op zeer gewelddadige wijze om het leven gebracht. Kort daarvoor heeft verdachte geprobeerd om [...], de zoon van [...], om het leven te brengen door zijn keel door te snijden. Ook de zeer jonge kinderen [...] en [...], toen respectievelijk 1 en 2 jaar oud, zijn slachtoffer van het door hun vader uitgeoefende geweld geworden. Verdachte heeft in de woning ook deze twee meisjes geprobeerd van het leven te beroven door hen de keel door te snijden. (rechtspraak.nl)

Tabel 6.3 Mate van getuigenis van het kind bij de doding

<i>Is het kind getuige geweest?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage subtotaal</i>
Zeker niet op locatie van de doding	86	33,5	40,6
Wel op dezelfde locatie geweest, mate van getuige-zijn onbekend	47	18,3	22,2
Wel op locatie geweest en gevolgen van doding gezien	17	6,6	8,0
Direct getuige geweest (gehoord of gezien) van de doding.	62	24,1	29,2
<i>Subtotaal</i>	<i>212</i>	<i>82,5</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	45	17,5	
<i>Totaal</i>	<i>257</i>	<i>100,0</i>	

Twee kinderen waren betrokken bij de doding als medepleger en vijf kinderen werden zelf aangevallen. Hierbij dient aangetekend te worden dat dit onderzoek alleen overlevende kinderen heeft geïnccludeerd; gezinnen zonder overlevende kinderen – familiedrama's – zijn niet meegenomen in het onderzoek.

Zelfmoord van de verdachte

Een op de zes verdachten pleegde zelfmoord; in de meeste gevallen binnen 24 uur na de doding.

Tabel 6.4 Tijdsbestek zelfmoord van de verdachte na de doding

<i>Zelfmoord van de verdachte?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage subtotaal</i>
Geen zelfmoord	115	83,9	85,2
Binnen 24 uur na doding	14	10,2	10,4
25 uur tot een maand	2	1,5	1,5
Meer dan een maand	4	2,9	3,0
<i>Subtotaal</i>	<i>135</i>	<i>98,5</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	2	1,5	
<i>Totaal</i>	<i>137</i>	<i>100,0</i>	

Strafproces en detentie van de dader

Van de 88 overlevende verdachten die veroordeeld werden en van wie het uit de dossiers en juridische uitspraken helder werd wat de veroordeling inhield, werd 45% in eerste aanleg veroordeeld voor doodslag en 55% voor moord. De straffen varieerden van 3 tot 25 jaar.

Van de 88 zaken heeft men (ten tijde van het huidige onderzoek) voor 41 (47%) een hoger beroep afgerond, waarvan vervolgens bij 15 zaken in cassatie is gegaan. In sommige gevallen loopt het hoger beroep of de cassatie nog, of worden verzoeken hiertoe mogelijk in de toekomst ingediend. Veranderingen van vonnis tussen doodslag en moord kwamen in enkele gevallen voor (11%; zowel van moord naar doodslag als andersom).

Van de overlevende daders voor wie het vonnis bekend was, kreeg een kwart (27%) in eerste aanleg of in hoger beroep een terbeschikkingstelling (tbs) opgelegd.

Tabel 6.5 Oplegging tbs aan de daders

<i>Tbs opgelegd?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Nee	69	58,5	72,6
Ja	26	22,0	27,4
<i>Subtotaal</i>	<i>95</i>	<i>80,5</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	23	19,5	
<i>Totaal</i>	<i>118</i>	<i>100,0</i>	

In slechts 35 dossiers en juridische uitspraken werd beschreven of de dader berouw had van de daad. In 22 van deze zaken (63%) had de dader in meer of mindere mate spijt. In 13 gevallen (37%) gaf de dader expliciet aan geen spijt te hebben of ontkende deze de daad.

7. Woonsituatie van de kinderen na de doding

Uit zowel het dossieronderzoek als de interviews bleek dat er een grote variatie bestond in de woonsituaties van de kinderen. Het ging daarbij om het type plaatsing, de duur van de plaatsing(en) en het aantal plaatsingen.

Eerste opvang na partnerdoding

Uit de 170 beschikbare dossiers bleek dat de grootste groep kinderen direct na de doding opgevangen werd door familie van het slachtoffer. Er was echter vrij veel variatie (zie tabel 7.1). Wanneer we categorieën samenvoegen naar de 'kant van de familie', blijkt dat van de 163 kinderen, 45% door een gezin 'aan slachtofferzijde' werd opgevangen, 29% door een gezin 'aan daderzijde' (inclusief de dader zelf), 18% door een neutrale instelling of pleeggezin, en 7% door niet-betrokken ouders of het netwerk van beide ouders. Wanneer de woonsituatie bij familie van het slachtoffer was, woonden de kinderen in het merendeel van de situaties bij de grootouders, maar het kwam ook voor dat zij bij oom en tante of een neef en nicht verbleven. De verzorgende familie aan de daderzijde betrof meestal ooms en tantes.

Tabel 7.1 Eerste opvanglocatie van het kind na de doding

<i>Eerste opvanglocatie</i>	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
Familie slachtofferzijde	64	37,6	39,3
Netwerk slachtofferzijde	10	5,9	6,1
Familie daderzijde	45	26,5	27,6
Dader-ouder (nog niet verdacht)	2	1,2	1,2
Neutraal pleeggezin	21	12,4	12,9
Instelling	9	5,3	5,5
Moeder - niet betrokken bij doding	1	,6	,6
Vader - niet betrokken bij doding	7	4,1	4,3
Netwerk beide ouders	4	2,4	2,5
<i>Subtotaal</i>	<i>163</i>	<i>95,9</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	7	4,1	
<i>Totaal</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>	

Noot: 'netwerk' betreft in deze tabel meestal vrienden van één van de ouders (familie staat apart vermeld)

Voorbeeld 7.1:

De jongen belde om [...] dat zijn moeder is vermoord. De politie was snel ter plaatse en heeft de kinderen naar het bureau gebracht. Slachtofferhulp werd ingeschakeld en kwam naar het bureau. De kinderen werden voorlopig bij familie ondergebracht en er werd een melding bij Bureau Jeugdzorg gedaan. (Vrij vertaald uit: rapportage Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 7.2:

“De kinderen hebben altijd bij ons gewoond, zij zien ons echt als ouders, maar weten wel dat wij opa en oma zijn.” (Verzorger in een interview)

Aantal en verloop van de plaatsingen

De dossiers dateerden van 2 weken tot 10 jaar na de doding en varieerden sterk in hoeveelheid informatie over de plaatsingsgeschiedenis van de kinderen. We zien de onderstaande gegevens daarom als het minimum aantal wisselingen dat de kinderen hebben meegemaakt in plaatsing. In ieder geval 87 kinderen (55% van de dossiers met informatie) hebben na de eerste (crisis) plaatsing nog 1 of meerdere keren een nieuwe verblijfplaats gekregen. Het werkelijke aantal is waarschijnlijk hoger.

Tabel 7.2 Aantal wisselingen van verblijfplaats na de doding

Wisselingen van verblijfplaats	Aantal	Percentage	Percentage subtotaal
0	3	1,8	1,9
1	67	39,4	42,7
2	45	26,5	28,7
3	18	10,6	11,5
4	11	6,5	7,0
5	6	3,5	3,8
6	3	1,8	1,9
7	4	2,4	2,5
<i>Subtotaal</i>	<i>157</i>	<i>92,4</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	13	7,6	
<i>Totaal</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>	

Noot: Drie kinderen woonden voor de doding al niet meer bij de slachtoffer-ouder, en ondervonden daardoor geen verandering in hun verblijfplaats.

Voorbeeld 7.3:

Direct na de doding werden de kinderen de eerste maand opgevangen door de leerkracht. Ze werden overgeplaatst naar een crisispleeggezin voor ongeveer vijf maanden waarna er een pleeggezin werd gevonden met als doel om daar op te groeien. Vanwege toenemende conflicten tussen kind en pleegvader werd de plaatsing van één van de kinderen afgebroken en volgde er na zeven jaar een plaatsing in een instelling. Zijn broer bleef nog enige tijd in het pleeggezin maar voelde zich er niet meer prettig. Een jaar later werd ook hij overgeplaatst naar een instelling. (Vrij vertaald uit: rapportage Bureau Jeugdzorg)

Een wisseling van verblijfplaats brengt mogelijk ook een wisseling van school met zich mee. Dit werd slechts sporadisch beschreven in de dossiers: in ieder geval 33 kinderen (uit 170 dossiers) kregen te maken met minimaal één extra schoolwisseling.

In de beschikbare dossiers werd incidenteel melding gemaakt van kinderen die gescheiden werden tijdens de plaatsing:

Voorbeeld 7.4:

In een gezin met drie kinderen waarvan de moeder is vermoord door de vader werden de kinderen opgesplitst in twee gezinnen. Een van de kinderen kon niet goed aarden in het pleeggezin en werd na anderhalf jaar geplaatst in een ander netwerkpleeggezin. Alle drie de kinderen verbleven uiteindelijk in verschillende gezinnen. (Vrij vertaald uit: een interview)

Als we naar de invulling van het verloop van de plaatsingen kijken voor de kinderen, dan blijkt dat de meeste kinderen ofwel bij (het netwerk van) de familie van slachtoffer bleven wonen of dat hun verblijfplaatsen wisselden qua 'kant' van de familie/neutrale plaatsing. Een kleinere groep kinderen woonde bij (het netwerk van) familie aan de daderzijde. In enkele gevallen woonden zij na vrijlating van de dader weer bij de dader-ouder zelf.

Tabel 7.3 Invulling van de plaatsing van het kind na de doding

Plaatsingstraject	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
Slachtofferzijde	56	32,9	34,1
Daderzijde ¹	27	15,9	16,5
Neutraal	16	9,4	9,8
Overig ²	9	5,3	5,5
Wisselend	56	32,9	34,1
<i>Subtotaal</i>	<i>164</i>	<i>96,5</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	6	3,5	
<i>Totaal</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>	

¹Hier valt ook de plaatsing van een kind bij de dader-ouder onder.

²Bijvoorbeeld een plaatsing bij vrienden van beide ouders.

In de interviews met zowel de kinderen als verzorgers werden bij alle typen plaatsingen bij gezinnen (bij de familie aan de slachtofferzijde, daderzijde en neutraal) zowel positieve als negatieve ervaringen genoemd. Bij de twee kinderen uit een instelling kwam naar voren dat een gezinssituatie de voorkeur had.

Moment en oorzaak van wisselingen

Het moment waarop herplaatsingen plaatsvonden varieerde: het kwam voor dat een kind kort na de doding in een (crisis)pleeggezin verbleef en daarna werd overgeplaatst, maar evenzo zagen we situaties waarin een plaatsing na een aantal jaar beëindigd werd. In extreme situaties kwam het voor dat kinderen in een periode van zes jaar vijf keer overgeplaatst werden.

In de interviews noemden de deelnemers verschillende redenen voor de overplaatsingen. Het kwam voor dat er strijd was tussen de families over de plaatsing, waardoor de verzorgers de plaatsing niet volhielden. In een aantal gevallen ervoer de verzorger de opvoeding als een te grote belasting vanwege ofwel de eigen situatie, bijvoorbeeld eigen rouwklachten, ofwel het gedrag van het kind. Soms kon het kind niet opschieten met de pleegouder of was er simpelweg geen 'klik' met het gezin. In één situatie werden de kinderen heen en weer geplaatst tussen de dader-ouder en grootouders nadat de dader was vrijgesproken en later opnieuw veroordeeld.

Voorbeeld 7.5:

Grootouders aan de moederzijde vertelden dat hun kleinkind met zijn twee zusjes eerst zes jaar bij de zus van de dader hebben gewoond. Grootouders waren het hier niet mee eens. Toen zij het niet meer aankonden, werden de kinderen in een neutraal pleeggezin geplaatst, zeer tegen de wens van de grootouders. Na zes jaar, waarin de kleinzoon om de zoveel tijd bleef aangeven het niet naar zijn zin te hebben, werd hij op zijn verzoek geplaatst bij zijn grootouders aan de moederzijde. Zijn zusjes bleven wel in het pleeggezin waar het erg goed met hen ging. Grootouders vonden dat er niet goed naar hen geluisterd is door de instanties. (Vrij vertaald uit een interview)

Stress rond mogelijke wisselingen

Ook in geval van stabiele woonsituaties hoorden we in de interviews dat kinderen en verzorgers stress ervoeren of de verblijfplaats behouden zou blijven. In een pleeggezin vanuit het netwerk kon een broer van het pleegkind niet aarden en werd er voor hem een andere woonplek gevonden. Sinds die tijd hadden pleegouders het idee dat hun pleegkind voortdurend bezig was met of hij wel mocht blijven. In een andere situatie kwam er na maanden plotseling een einde aan de overeenstemming tussen dader-ouder en oma over de woonplek van de kinderen bij oma. Er kwam een raadsonderzoek waarin de woonsituatie onderzocht werd. Dit leverde veel nieuwe spanningen op:

Voorbeeld 7.6:

*“Toen kwam de kinderbescherming ook nog om te kijken of oma wel goed voor ons zorgde.”
(Kind in een interview)*

Perspectief op besluitvorming

Uit de interviews kwam naar voren dat nabestaanden het belangrijk vonden om betrokken te worden bij de besluitvorming over de woonsituatie van de kinderen. Zij gaven aan dat zij de kinderen het beste kenden en zo konden inschatten wat de kinderen nodig hadden. De informatie kwam zowel van familie van het slachtoffer als van familie van de dader.

Voorbeeld 7.7:

“Ze hadden hem veel eerder bij ons moeten plaatsen. Sinds hij bij ons woont gaat het een stuk beter met hem.” (Verzorger in een interview)

Enkele kinderen met een stabiele woonsituatie lieten weten het prima te vinden dat de woonsituatie voor hen gekozen was.

Voorbeeld 7.8:

“We logeerden hier sowieso al best wel vaak. En [verzorger 1] en [verzorger 2] pasten ook best wel vaak op, en de band van mijn vader en moeder was heel goed met [verzorger 1] en [verzorger2]. [...] Dat was toen, die nacht, natuurlijk wel heel raar, want thuis was je opeens niet meer veilig blijkbaar. En toen zijn we in eerste instantie naar [vriend 1] en [vriend 2] gegaan, en later kwamen [verzorger 1] en [verzorger 2] ons ophalen.[...] En toen was dat dus wel heel erg raar. Maar toen besepte je dat natuurlijk nog niet zo. Maar later werd dat wel steeds duidelijker. En dat is toen ook wel gezegd van ‘nu wonen jullie hier’. En natuurlijk is dat raar, want je wilt wel zoals andere kinderen bij je eigen ouders wonen. Maar het is wel een geruststelling, want je weet wel dat je in goede handen bent, bij zo iemand die je echt vertrouwt en je lang kent.” (Kind in een interview)

Steun aan verzorgers en kinderen

Verzorgers gaven in de interviews aan dat zij het belangrijk vonden dat zij tijdig ondersteuning kregen bij hun nieuwe taak. In meerdere situaties hadden ze het gevoel dat in de beginfase de screening en ondersteuning van het pleeggezin ontbrak. Beide werden in die situaties pas later ingezet. Naast steun van professionals benoemden verscheidene verzorgers het belang van steun van vrienden en kennissen. Naast het delen van ervaringen ging het ook om het bieden van opvang aan de kinderen. Bij de plaatsingen die goed verliepen, viel verder op dat er vaak genoemd werd hoe belangrijk het is dat de kinderen kunnen praten met pleegouders, maar ook dat er sprake is van stabiliteit en een hechte band.

8. Gezag en voogdij na de doding

Wie krijgt het gezag of de voogdij over de kinderen na de doding? In dit hoofdstuk gaan we in op de ontwikkelingen in de gezagssituatie. We hebben hierbij met name gebruik gemaakt van de dossiers, waarbij we de gegevens ‘per zaak’ beschrijven, omdat vaak de zelfde ontwikkelingen plaatsvonden bij broers en zussen. Daarnaast betrekken we informatie van de nabestaanden uit interviews.

Gezag direct na de doding

Voor alle 86 zaken (gezinnen) in ons dossieronderzoek hebben we informatie over het gezag verkregen. Bij 63% van deze zaken werd de voogdij over de betrokken kinderen direct bij een instantie neergelegd. In een kwart van de gevallen (24%) bleef de dader-ouder nog voor kortere of langere tijd gezaghebbende (in een aantal casussen behield de dader-ouder ook na bekentenis en veroordeling het gezag). In de overige 13% ging de voogdij naar een familielid of bleef het gezag bij de biologische ouder die niet betrokken was bij de doding.

Tabel 8.1 Gezaghebbende van het kind direct na de doding

<i>Gezag direct na de doding bij:</i>	Aantal	Percentage
Dader-ouder	21	24,4
Familielid	5	5,8
Instantie	54	62,8
Niet betrokken ouder	6	7,0
<i>Totaal</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>

Voorbeeld 8.1:

Een veroordeelde vader was naar zijn land van herkomst gevlucht. Er was sprake van een voorlopige voogdijmaatregel (VOVO). Een tante die voor de kinderen zorgde, ging met de kinderen naar hetzelfde land, en kwam niet meer terug. Voor de lokale wet had vader nog steeds het gezag. Bureau Jeugdzorg verzocht de rechtbank om ontslag van de voogdij omdat zij dit niet meer uit konden voeren, de rechtbank kende dat toe. (Combinatie van bronnen, zowel rechtbank als Raad voor de Kinderbescherming)

Gemiddeld duurde het 70 dagen (SD = 236 dagen) tot de eerste wijziging in de gezagssituatie. Dit gemiddelde wordt echter vertekend door enkele flinke uitschieters; 50% van de (voorlopige) gezagswijzigingen vond binnen 5 dagen plaats (75% binnen 33 dagen).

Voorbeeld 8.2:

Omdat dader-ouder meewerkte aan de plaatsing in het pleeggezin, werd in eerste instantie geen enkele maatregel uitgesproken. Na conflicten in de familie ging vader niet meer akkoord met de plaatsing en vroeg Bureau Jeugdzorg de Raad voor de Kinderbescherming om een onderzoek naar de gezagsvoorziening. In de maanden die volgden, leefden de kinderen in spanning of ze in het voor hun vertrouwde pleeggezin kunnen blijven wonen. Ze lieten in die maanden een toename van stressklachten zien zoals angsten en slaapproblemen. (Vrij vertaald uit: informatie GGZ-instantie)

Voorbeeld 8.3:

Ze ervaarde gevoelens van boosheid naar haar vader: 'Hoe kan het dat deze man nog ouderlijk gezag over mij heeft?'. (Rapportage Bureau Jeugdzorg)

Van een van die uitschieters vertelde een jong volwassene in onze interviews dat hij zich verbaasde dat zijn vader nog een aantal jaren het gezag had behouden terwijl hij de hulpverlening steeds tegenwerkte. Het zou hem geholpen hebben wanneer het gezag eerder bij de hulpverlenende instantie had gelegen. Ook in andere interviews werden meerdere voorbeelden genoemd van zowel kinderen als verzorgers die het afkeurden dat de veroordeelde dader-ouder nog gezag had. Zij vonden het een belemmering dat de dader-ouder zich nog kon mengen in de opvoeding. Uit interviews kwam meerdere malen naar voren dat in situaties die als stabiel werden bestempeld niet om een voogdijmaatregel (of zelfs geen enkele kinderschermingsmaatregel) werd verzocht. Later ontstond er in deze situaties strijd en spanning. Deze spanning moest dan vaak hoog oplopen voordat er een voorlopige voogdij maatregel kwam.

Voorbeeld 8.4:

"Ik vind dat het niet had moeten gebeuren dat de kinderscherming erbij komt om hem te ontzetten uit de ouderlijke macht. Ik vind dat als iemand zoiets gedaan heeft, het zo overduidelijk is dat hij het gedaan heeft en dat je gewoon een kind hun moeder afneemt en dat hij per direct uit de ouderlijk macht ontzet moet worden. En ik vind dat de kinderen daar later over zouden moeten kunnen mee beslissen, maar ik vind wel dat het automatisch zou moeten gebeuren." (Verzorger in een interview)

Na een voorlopige ondertoezichtstelling of voorlopige voogdij maatregel kon het een aantal maanden tot jaren duren voordat er een definitieve maatregel werd uitgesproken. Het kwam voor dat de rechtbank de definitieve uitspraak 'aanhiel' (uitstelde), vanwege bijvoorbeeld een lopend strafproces tegen de dader-ouder. Zowel uit de dossiers als uit de interviews bleek dat de hiermee gepaard gaande juridische procedure op zichzelf als belastend werd ervaren. De gedetineerde dader-ouder kreeg dan de mogelijkheid om oude strijdpunten opnieuw naar voren te brengen.

Type maatregel

Van de 86 zaken waarvan we een dossier hadden voor de kinderen, was er in 89% sprake van een kindbeschermingsmaatregel. In het merendeel van deze zaken werd een (voorlopige) voogdijmaatregel uitgesproken, in 19% van de dossiers ging het om een (voorlopige) ondertoezichtstelling. In 11% van de gezinnen werd tot zover bekend, geen enkele maatregel uitgesproken (de dossiers voor deze zaken dateerden van 1 maand tot 3 jaar na de doding).

Tabel 8.2 Type uitgesproken kindbeschermingsmaatregel na de doding

<i>Kinderbeschermingsmaatregel?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Geen maatregel uitgesproken	9	10,5	10,8
(Voorlopige) ondertoezichtstelling	16	18,6	19,3
(Voorlopige) voogdij	58	67,4	70,0
<i>Subtotaal</i>	<i>83</i>	<i>96,5</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	3	3,5	
<i>Totaal</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>	

In vrijwel alle gevallen werd de kindbeschermingsmaatregel uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg (90%). Voor 4 gezinnen (6%) was het Leger des Heils de uitvoerende instantie en voor twee gezinnen (2%) de William Schrikker Groep.

Het merendeel van de ingezette kindbeschermingsmaatregelen bleef stabiel over de tijd (82%). In een kleiner deel (15%) van de dossiers wisselde de maatregel van vorm (bijvoorbeeld van voorlopige ondertoezichtstelling naar voogdijmaatregel). In deze zaken bleef een jeugdbeschermer wel betrokken bij deze gezinnen. In enkele zaken (3%) wisselden de maatregelen zonder dat ze aaneengesloten waren in de tijd. Er werd over een periode bijvoorbeeld een ondertoezichtstelling ingezet en afgesloten, waarna enkele maanden of jaren later een voorlopige voogdijmaatregel werd uitgesproken. Uit verschillende interviews kwam naar voren dat een voogdijmaatregel beter aansloot bij de behoefte van verzorgers en kinderen dan een ondertoezichtstelling. Een voogd heeft meer juridische mogelijkheden om op te treden als buffer tussen strijdende families en bescherming te bieden tegen inmenging van de dader-ouder in detentie.

Tabel 8.3 Stabiliteit van het type kindbeschermingsmaatregel over de tijd

<i>Stabiliteit van de maatregel</i>	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
Eenzelfde type maatregel over tijd	59	68,6	81,9
Verschillende typen maatregelen aan een stuk over tijd	11	12,8	15,3
Verschillende typen maatregelen met wisselende tussenpozen	2	2,3	2,8
<i>Subtotaal</i>	72	83,7	100,0
Onbekend	14	16,3	
<i>Totaal</i>	86	100,0	

Voorbeeld 8.5:

Op de datum van de doding werd een voorlopige ondertoezichtstelling uitgesproken (VOTS) waarna een ondertoezichtstelling (OTS) volgde. Vader werd gedetineerd en behield het gezag. Vader ontkende de doding maar werd zowel in eerste aanleg en hoger beroep veroordeeld tot een langdurige gevangenisstraf. Er was strijd in de familie en vader oefende druk uit vanuit detentie. De OTS duurde in totaal 5 jaar waarna een voorlopige voogdij maatregel (VOVO) werd verzocht en uitgesproken. Bureau Jeugdzorg werd door de rechtbank als voorlopige voogd aangesteld. Drie jaar later werd vader uit het gezag ontzet. De kinderen werden in totaal 5 keer overgeplaatst. (Vrij vertaald uit: Plan van Aanpak Bureau Jeugdzorg)

9. Psychosociale gevolgen voor kinderen en verzorgers

In dit hoofdstuk bespreken we de psychosociale gevolgen die kinderen ondervonden na partnerdoding. Hiervoor hebben we gekeken naar a) zorgen zoals die geuit werden door hulpverleners en betrokken instanties in hun dossiers, b) de uitkomsten van het diagnostische onderzoek bij de kinderen en verzorgers die deelnamen aan de 'mixed methods'-studie en c) ervaringen van kinderen en verzorgers zoals zij die deelden in de interviews van de 'mixed methods'-studie.

Gerapporteerde stressreacties in de dossiers

In 145 van de 170 dossiers werd expliciet beschreven of de betreffende kinderen op enig moment psychische klachten hadden. Bij 82% van de kinderen werden stressklachten gesignaleerd, waarbij het grootste deel van de kinderen nog klachten had op het moment dat er over hen gerapporteerd werd in de dossiers. Het ging daarbij naast verdriet om de overleden ouder bijvoorbeeld om angsten, slaapproblemen, teruggetrokken gedrag, woede, 'shock', lichamelijke onrust, slecht of niet eten, en gevoeligheid voor harde geluiden.

Voor 61% van de kinderen werden in de dossiers actuele zorgen geuit over de ontwikkeling van het kind (en in sommige gevallen vond de rapportage juist ook plaats vanwege klachten van het kind). In 18% van de rapportages was sprake van eerdere zorgen en in 21% waren er geen zorgen over de ontwikkeling.

Tabel 9.1 Bedreiging in de ontwikkeling van het kind over tijd

<i>Ontwikkeling van het kind bedreigd?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage subtotaal</i>
Geen aanwijzingen dat er zorgen zijn	31	18,2	21,4
Ja, zorgen volgens juridische stukken	26	15,3	17,9
Ja, zorgen volgens de hulpverlening	62	36,5	42,8
Eerst wel zorgen, later niet meer	26	15,3	17,9
<i>Subtotaal</i>	<i>145</i>	<i>85,3</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	25	14,7	
<i>Totaal</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>	

Noot: De informatie uit beschikkingen in dossiers van de Raad voor de Kinderbescherming of Bureau Jeugdzorg (de 'juridische stukken') werd in het onderzoek gezien als het meest betrouwbaar ('volgens de hulpverlening' betreft alle andere dossierstukken).

Enkele voorbeelden van problemen die kinderen en verzorgers ervoeren na de doding, en in veel gevallen nog jaren later:

Voorbeeld 9.1:

“Zeven jaar na de doding ontwikkelen de kinderen zich positief. Toch worden er duidelijke posttraumatische stressklachten (herbelevingen, vermijding en overprikkeldheid) gezien, waarvoor individuele hulpverlening geïndiceerd is.” (Rapport GGZ-hulpverlening)

De dossiers gaven slechts sporadisch informatie over het sociale, lichamelijke en schoolfunctioneren van de kinderen. Van respectievelijk 41, 39 en 15 van de 170 kinderen werden klachten in deze domeinen gerapporteerd. Het is onduidelijk of afwezigheid van een vermelding ook afwezigheid van klachten betekent.

Voorbeeld 9.2:

Kind was een emotioneel belaste jongen als gevolg van gezinsproblematiek. Hij was getraumatiseerd en zat in een loyaliteitsconflict tussen zijn pleegvader en moeder. Dit riep voortdurend spanning en stress op waardoor het leek alsof hij emotioneel op zijn tenen liep. Gedragmatig was een wisselend beeld zichtbaar: periodes van stiekem, leugenachtig gedrag werden afgewisseld met positieve periodes waarin vooral de indruk bestond dat hij in de pas liep. Zorgelijk waren de achteruitgang op school, het gedrag op school dat op de grens van acceptabel lag en de stress die het vrijkomen van moeder met zich meebracht. (Vrij vertaald uit: Rapport Raad voor de Kinderbescherming)

Psychosociaal welzijn ten tijde van het ‘mixed methods’-onderzoek

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven zijn via verschillende informanten gegevens verzameld over het welzijn van 40 jonge nabestaanden en hun verzorgers. Gezien de variatie in het aantal informanten per jongere, in leeftijdsgroepen (waardoor sommige instrumenten juist wel of niet gebruikt konden worden) en in de verstreken tijd sinds trauma (van 1 tot 18 jaar) rapporteren we bevindingen hier vooral inhoudelijk voor iedere betrokkene in plaats van kwantitatief per meetinstrument.

Tabel 9.2 geeft voor iedere jonge nabestaande van wie vragenlijsten of klinische interviews beschikbaar waren (N = 38; voor 2 kinderen werd alleen een kwalitatief interview afgenomen) aan of, en in welk domein, er klachten gerapporteerd werden. Het ging hierbij om subklinische klachten (‘milde zorgen’) en klinische klachten (‘ernstige zorgen’ of diagnoses). Bij 92% van de 38 jonge nabestaanden was sprake van milde of ernstige zorgen op één of meer (sub)domeinen, gerapporteerd door de jonge nabestaande zelf, de verzorger en/of de leerkracht.

Psychische klachten van de jonge nabestaanden

Op het moment van dit onderzoek voldeden drie (9%) van de jonge nabestaanden aan de criteria voor een diagnose Posttraumatische Stress Stoornis. Kenmerkend voor de diagnose zoals gesteld met het klinische interview zijn ernstige herbelevingen, vermijding van reminders en overprikkeldheid. Bijna de helft van de groep (47%) voldeed niet volledig aan de criteria, maar kampte nog wel met een flink aantal symptomen (‘subsyndromale klachten’). De overige

14 jonge nabestaanden (44%) hadden geen traumaklachten op het moment van het onderzoek. Het merendeel van deze laatste groep gaf aan dat ze in het verleden wel met deze klachten hadden gekampt. Naast PTSS gaf het klinische interview ook de mogelijkheid om andere diagnoses te stellen. Twaalf kinderen (32%) voldeden aan de criteria voor één of meerdere andere diagnoses zoals een Separatieangststoornis (verlatingsangst), Specifieke Fobie (angst voor een specifiek fenomeen zoals een bepaald dier of een bepaalde handeling, in de meeste gevallen niet duidelijk gerelateerd aan de partnerdoding), of een Depressie. Bij één van de jonge nabestaanden – een jong volwassene – was sprake van gecompliceerde rouw. Bij de andere jonge nabestaanden was geen sprake van ernstige rouwklachten, zij hadden of vergelijkbare klachten met de vergelijkingsgroep van kinderen die een dierbare verloren, of geen klachten (meer). Het merendeel van de kinderen en jongeren (60%) vertoonde minder rouwklachten dan de vergelijkingsgroep.

Gedragsproblemen van de jonge nabestaanden

Ongeveer twee op de vijf jonge nabestaanden lieten milde of ernstige gedragsproblemen zien op de totaalscore van de gedragsvragenlijst. Er waren meer zorgen over internaliserende problemen (bijvoorbeeld angst, depressie) dan over externaliserende problemen (bijvoorbeeld agressief gedrag); een kwart van de jonge nabestaanden vertoonde ernstige internaliserende problematiek (klinisch gebied) en 16% had ernstige externaliserende problematiek (klinisch gebied). Bij deze klachten ging het, in lijn met de diagnostische bevindingen, met name om angstig/depressief gedrag en teruggetrokken/depressief gedrag, en in mindere mate om somatische klachten. Uit de literatuur is bekend dat jongens meer externaliserende en meisjes meer internaliserende gedragingen laten zien^[64]. Er was in onze onderzoeksgroep geen sekseverschil op de totaalscore, internaliserende problematiek of externaliserende problematiek. Jongens lieten zelfs iets meer problemen zien op alle drie de vlakken, maar dit verschil was niet significant.

Kwaliteit van leven

Een derde (34%) van de 32 kinderen voor wie kwaliteit van leven gemeten kon worden, had een totaalscore die problemen in het dagelijks functioneren suggereerde. Anders dan uit de dossiers naar voren leek te komen, kwamen schoolproblemen regelmatig voor en werden in enkele gevallen sociale problemen gerapporteerd. Meisjes scoorden lager dan jongens op emotioneel functioneren, lichamelijk functioneren en algemene kwaliteit van leven (de totaalscore) maar dit verschil was niet significant (waarschijnlijk door de kleine groep). De meting van kwaliteit van leven bij jongvolwassenen betrof enigszins andere subschalen. Een van de zes jongvolwassenen rapporteerde problemen op vrijwel alle schalen. Een andere jong volwassene ervoer problemen met sociaal functioneren, gezondheidsverandering en emotioneel functioneren. De andere 4 jongvolwassenen ervoeren allen op één punt van kwaliteit van leven problemen (één wat betreft emotioneel functioneren, één wat betreft sociaal functioneren, en twee wat betreft vitaliteit).

Tabel 9.2 Ervaren problematiek en welzijn per kind

	Klachten op minimaal één vlak	PTSS	Rouwklachten	Gedragsproblemen	Kwaliteit van leven	Angststoornis ¹	Stemmingsstoornis ¹
1							
2							
3							
4							
5				*			
6							
7							
8							
9					*		
10							
11							
12				*			
13							
14					*		
15					*		
16							
17					*		
18					*		
19					*		
20					*		
21					*		
22	*				*		
23	*			*	*		
24	*			*	*		
25	*			*	*		
26					*		
27							
28	*				*		
29	*				*		
30	*				*		
31	*				*		
32	*				*		
33	*				*		
34	*				*		
35	*			*			
36							
37							
38							

¹Bij angst- en stemmingsklachten meet het instrument geen subsyndromale scores of grensgebied.

	De totaalscore valt in het 'normale' gebied (*: een of meer subschaalscores vallen in het subklinische of klinische gebied)
	De totaalscore valt in het 'subklinische' of grens-gebied (*: een of meer subschaalscores vallen in het klinische gebied)
	De totaalscore valt in het 'klinische' of problematische gebied

Psychosociaal welzijn van de verzorgers in de ‘mixed methods’-studie

In tabel 9.3 wordt per verzorger (N = 20; 2 verzorgers participeerden alleen in het klinische interview over het kind) weergegeven of, en in welk domein, er klachten gerapporteerd werden. Het ging hierbij om subklinische klachten (‘milde zorgen’) en klinische klachten (‘ernstige zorgen’). Bij 85% van de verzorgers was sprake van milde of ernstige zorgen op één of meer (sub)domeinen.

Vergeleken met de jonge nabestaanden rapporteerden de verzorgers relatief veel ernstige rouwklachten (28%, zie tabel 9.3). Bij rouw wordt verwacht dat naarmate de tijd vordert, de rouwklachten afnemen. Bij de rouwklachten van de verzorgers bleek de verstreken tijd sinds de doding echter niet significant samen te hangen met het niveau van rouwklachten.

Wat betreft kwaliteit van leven, ervoeren 11 van de 19 verzorgers klachten op minimaal 1 subschaal. De meeste problemen werden ervaren op het gebied van vitaliteit (32%), gevolgd door sociaal disfunctioneren (29%) en psychische problemen (23%). De minste klachten werden ervaren op het gebied van fysiek functioneren (10%).

Tabel 9.3 Ervaren problematiek en welzijn per verzorger

	Klachten op minimaal één vlak	Rouwklachten	Kwaliteit van leven	Gezinsfunctioneren
1				
2				*
3			*	*
4				*
5			*	*
6				
7	*			*
8	*		*	*
9	*		*	*
10	*		*	*
11	*			*
12	*			*
13	*			*
14	*		*	
15	*		*	
16	*		*	
17	*			*
18				
19				
20				

- De totaalscore valt in het ‘normale’ gebied
(*: een of meer subschaalscores vallen in het subklinische of klinische gebied)
- De totaalscore valt in het ‘subklinische’ of grens-gebied
(*: een of meer subschaalscores vallen in het klinische gebied)
- De totaalscore valt in het ‘klinische’ of problematische gebied

Functioneren van het gezin

Door middel van de Gezinsvragenlijst werd de kwaliteit van de gezins- en opvoedingsomstandigheden van de kinderen gescreend. Verzorgers van 18 gezinnen vulden de vragenlijst in. Bij de helft van de gezinnen (50%) was sprake van problematisch gezinsfunctioneren in vergelijking met een gemiddeld Nederlands gezin (39% had een subklinische score en 11% een klinische score). (Sub)klinische scores duiden op gezins- en opvoedingsomstandigheden die een risico inhouden voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Wanneer per subschaal gekeken werd, uitte een meerderheid van de verzorgers zorgen over problemen in de communicatie met het kind (61%) en in de onderlinge partnerrelatie met de andere verzorger (53%). Verzorgers rapporteerden geen ernstige zorgen over responsiviteit en leken daarmee veel oog te hebben voor de behoeften van het kind; slechts één verzorger zag hierin ernstige en één verzorger milde problemen.

Helpende factoren voor jonge nabestaanden en verzorgers

Tijdens de interviews gingen we op zoek naar factoren die de kinderen en verzorgers als helpend hebben ervaren en die positief bijdroegen aan het welzijn. Deze vraag bleek voor een aantal verzorgers en kinderen lastig te beantwoorden, maar we hoorden veel terug dat het kinderen en verzorgers geholpen had dat de kinderen bij vertrouwde familie opgroeiden. Liefde, continuïteit, veel praten met elkaar en het kunnen delen van je verdriet werden aangedragen als helpend. Deze ervaringen werden door kinderen wonend bij beide kanten van het familiesysteem genoemd.

Het viel op hoe prettig verzorgers en kinderen het vonden wanneer ook het onderlinge contact tussen familie aan de slachtoffer- en daderzijde goed was en er steun vanuit de familie en het netwerk geboden werd. Geborgenheid, vertrouwen en continuïteit werden ook genoemd als helpend bij kinderen die in een neutraal pleeggezin woonden. Een van de jongvolwassenen dacht dat ze in het neutrale pleeggezin juist meer kansen gekregen had dan in haar eigen familie het geval zou zijn geweest. Het in het bezit zijn van een aandenken van de overleden ouder zoals foto's, sieraden, kleding kwam ook meerdere keren naar voren als helpende factor.

Voorbeeld 9.3:

“In het begin was het wel lastig maar ik had al wel vrij snel zoiets van, nou weet je, mijn moeder wilde vast ook niet dat ik in een hoekje ga zitten piekeren en huilen dus ik ga wel gewoon verder met mijn leven, ik ga verder met wat ik doe. En school, daar ben ik een week later alweer mee begonnen. Puur ook voor afleiding, maar voor mij hielp dat ook wel heel erg.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 9.4:

“Wat helpt? Niet te hoge verwachtingen hebben en leuke dingen blijven doen.” (Jongere in een interview)

Voorbeeld 9.5:

[Een tip van een kind bij herbelevingen] "Denk: 'het is maar een foto'. En krassen op een kladblok als je heel verdrietig bent." (Kind in een interview)

Voorbeeld 9.6:

"[Het helpt hem om te] luisteren naar harde muziek. Geduld en gevoel, hij is gesteund zijn eigen weg te zoeken." (Verzorger in een interview)

Meerdere jongeren gaven aan dat school hen hielp, dan wel doordat de school extra aandacht bood, maar ook door zich extra op school te richten en daardoor goede resultaten te behalen. Een soortgelijk voorbeeld werd genoemd door een jongere die extra hard haar best deed op haar werk om een gevoel van zelfstandigheid en onafhankelijkheid te verkrijgen.

Voorbeeld 9.7:

"Je krijgt niets zomaar. Zeker als je geen ouders meer hebt moet je echt je eigen boontjes doppen. Ik wil niet zielig gevonden worden." (Jongere in een interview)

Een aantal jongeren en verzorgers voelde zich gesteund door de contacten met lotgenoten. Het kwam echter vaker voor dat jongeren hier geen behoefte aan hadden. Eenmaal hoorden we terug dat een jongere geen contact had met lotgenoten, maar hier wel behoefte aan had. Meerdere kinderen en jongeren vertelden dat de hulpverlening, en meer specifiek traumatherapie, hen geholpen had.

Identiteitsvorming en toekomstbeeld

Naast ruimte in de interviews voor het psychologisch welzijn van de jonge nabestaanden en verzorgers, zoals hierboven beschreven, werd gezocht naar opvattingen van de jonge nabestaanden over hun identiteit en hun toekomstbeeld. Uit de interviews bleek dat veel kinderen een evenwichtig en realistisch zelfbeeld hadden en dat er vaak een leeftijdsadequaat toekomstbeeld genoemd werd (één van de kinderen gaf bijvoorbeeld aan dat hij miljonair ging worden). Sommige kinderen gaven aan dat ze zichzelf zagen als een sterk persoon, juist door hetgeen ze hebben meegemaakt. Regelmatig speelde de partnerdoding wel een rol bij de identiteitsvorming van de kinderen, met name in hun puberteit. De jongeren realiseerden zich in die fase meer dan eerst het 'kind van een moordenaar' te zijn. Ook speelde er angst om net zo te worden als de dader-ouder of hadden kinderen het gevoel dat zij door hun omgeving als dusdanig werden beoordeeld. Bij jongere kinderen waren het vooral de verzorgers en soms de dader-ouder, die zich zorgen maakten over de identiteitsvorming van de kinderen. Een aantal kinderen onderging ook een achternaamswijziging, soms om afstand te nemen van de identiteit van de dader-ouder, soms ook om echt bij het pleeggezin te horen, ook voor de buitenwereld.

Voorbeeld 9.8:

“Als klasgenoten mij omschrijven, dan noemen zij mij behulpzaam en aardig, iemand die eigenlijk nooit ruzie heeft.[...] Want ik wil vaak gewoon het beste voor anderen, maar dat komt denk ik ook wel doordat ik mensen die ene periode waar in ik heb gezeten niet gun. [...] Dus ik probeer wel gewoon het beste te geven of te maken voor andere mensen.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 9.9:

“Zelf heeft ze op dit moment een laag zelfbeeld. Want ze is een dochter van een moordenaar.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 9.10:

“Nou, ja... ik denk wel [dat ik mezelf zie] als een meisje die er wel wat van probeert te maken. Ook al is er geen moeder meer in beeld, en vader eigenlijk ook niet.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 9.11:

“... Het is natuurlijk wel een zorg voor mij. Hoe zal hij dat ervaren als hij wat ouder is? Dat zijn vader zijn moeder gedood heeft. Hoe gaat hij daar over denken?” (Verzorger in een interview)

Bij een aantal jongeren die na de doding geen omgang meer hadden met de dader-ouder, ontstond rondom de puberteit de behoefte om alsnog hun ouder te leren kennen. Soms was het een gedachte die in hun hoofd omging, soms werd dit een actieplan in de hulpverlening om te achterhalen wat het kind van zichzelf in de dader-ouder herkent.

Voorbeeld 9.12:

“Ik ga wel een gesprek met haar aan. Ik wil weten wie zij is, zodat ik weet wie ik ben. Ik hoop dat ik niks van haar heb, als ik heel eerlijk ben.” (Jongere in een interview)

10. Directe ondersteuning en communicatie over de doding

In dit hoofdstuk beschrijven we onze bevindingen met betrekking tot de activiteiten die kinderen direct na de doding als ondersteuning ervaren en op welke manier er met jonge nabestaanden over de doding is gecommuniceerd. We putten daarvoor uit het dossieronderzoek en de kwalitatieve interviews.

Afscheid van de overleden ouder

In de bestudeerde dossiers werd weinig gerapporteerd over specifieke ondersteuning van de getroffen kinderen direct na de doding. Bijna tweederde van de 80 kinderen voor wie het beschreven werd, was aanwezig bij de uitvaart. Eveneens bijna tweederde van de kinderen voor wie het afscheid nemen van de overleden ouder beschreven werd, had daarin zelf de keuze. Onze indruk van de interviews is dat de ondersteunende activiteiten waarschijnlijk minder vaak in de dossiers beschreven werden dan ze uitgevoerd werden.

Uit meerdere interviews kwam naar voren dat het voor de kinderen belangrijk was om goed afscheid te kunnen nemen en bij de uitvaart aanwezig te zijn. Soms kregen de kinderen daarbij een actieve rol. Enkele verzorgers vertelden dat er een video van de uitvaart was opgenomen voor de kinderen voor later. Een goede voorbereiding bij het afscheid nemen werd belangrijk gevonden, zeker wanneer kinderen het eng vonden of wanneer de overledene niet goed toonbaar was (in welk geval normaliter alleen een klein deel van de overledene getoond wordt).

Voorbeeld 10.1:

“Goed afscheid kunnen nemen en bloemetjes bij haar neerleggen. We hebben ook op de laatste dag de kist gesloten met de kinderen erbij.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 10.2:

“Toen ze opgebaard lag in de kist, heeft ze ook geholpen met het dichtmaken van de kist. Ze heeft mama nog een kus gegeven. Dus die dingen hebben we wel bewust met haar gedaan.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 10.3:

“Ze heeft van mij niet mogen kijken in de kist, want daar vond ik ze te jong voor. Met de kerkdienst is ze wel gewoon mee gegaan met het afscheid. Wat ik me kan herinneren, ja wel veel huilen. Maar ze was nog wel te jong denk ik om te snappen wat het echt was.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 10.4:

“Ze zijn gewoon mee geweest ook naar de kist. Ze hebben de kist versierd, ze hebben erop getekend, geschilderd. [...] Dan zei ik altijd van ‘ja, maar je kan mama niet meer zien’. Toen zei ze ‘ja maar waarom niet, sneeuwwitje lag toch ook in een kist en die kon je toch ook zien?’ Ja die heeft er veel moeite mee gehad. Ik zei ‘ja mama is niet mooi meer.’ Ja dat vond ik best wel heel moeilijk, hoe moet je dat allemaal uitleggen waarom ze haar moeder niet meer kon zien?” (Verzorger in een interview)

Het bewaren van persoonlijke spullen van de overledene

In de 43 dossiers waarin beschreven werd of een kind na de doding in het bezit was van persoonlijke spullen van de overleden ouder (bijvoorbeeld een foto of een kledingstuk), was dit bij 81% van de kinderen het geval. Uit meerdere interviews bleek dat het voor de kinderen een steun was om in het bezit te zijn van persoonlijke spullen, zowel van henzelf als van de overleden ouder. Direct na de doding werden kinderen onverwacht weggerukt uit hun omgeving, soms midden in de nacht. Knuffels en speelgoed boden dan enige troost. Omdat het huis vaak ‘plaats delict’ was en door de politie verzegeld werd, duurde het soms een aantal dagen tot weken voordat spullen opgehaald konden worden. Persoonlijke herinneringen aan het slachtoffer bleken van grote waarde voor veel kinderen, maar ook voor verzorgers (in het geval van plaatsing bij familie aan de slachtofferzijde). Hierbij ging het om foto’s, fotoboeken, sieraden en kledingstukken. In een aantal gevallen bewaarden de verzorgers of de niet-verzorgende grootouders de persoonlijke spullen van de overleden ouder voor later. De kinderen gaven in het algemeen aan dit prettig te vinden. Enkele kinderen hechtten niet zozeer belang aan persoonlijke spullen van henzelf of de overleden ouder, maar vonden het wel weer prettig om in het bezit te zijn van een foto. Een kind had spijt van dat het geen fotoboek had meegenomen. In een paar gevallen was het voor de kinderen te belastend om persoonlijke spullen terug te vragen die in het bezit waren van de dader-ouder.

Communicatie over de doding

Voor 71 kinderen die niet direct getuige waren van de doding was in de dossiers informatie beschikbaar over hoe zij geïnformeerd waren over de doding. De meerderheid (61%) was waarheidsgetrouw geïnformeerd over de toedracht van de doding. Een op de vijf kinderen (21%) werd in eerste instantie misleidend geïnformeerd en later waarheidsgetrouw. Bij 10% van de kinderen was het misleidende verhaal (nog) niet gecorrigeerd ten tijde van de rapportage en 8% van de kinderen was nog niet geïnformeerd over de toedracht van de doding (in beide laatste gevallen varieerde het moment van dossiervorming van enkele maanden tot enkele jaren na de doding). Extra ingewikkeld voor het vormen van een beeld van de situatie ontstond wanneer een veroordeelde dader-ouder de doding bleef ontkennen. Het kind werd hierdoor belast met tegenstrijdige verhalen en verwarring, wat de verwerking negatief beïnvloedde.

Voorbeeld 10.5:

De kinderen hoorden van de verschillende families verschillende verhalen over de moord op moeder en de dader daarvan. Doordat vader de moord ontkende ondanks verschillende veroordelingen, kon ook hij geen helderheid scheppen. Dit bracht de kinderen in verwarring en zorgde voor een loyaliteitsconflict. (Vrij vertaald uit: Plan van Aanpak Bureau Jeugdzorg)

Voorbeeld 10.6:

Op de vraag of ze kon vertellen wat er gebeurd was, zei ze 'mijn vader heeft mijn moeder doodgemaakt. Tante durfde het eerst niet te zeggen dat mama dood was en zei dat ze ziek was.' (vrij vertaald uit: Diagnostisch rapport GGZ-instantie)

Voorbeeld 10.7:

Het kind had zijn vader een aantal maal bezocht in de gevangenis. Verzorgers vonden hem te klein om te weten wat zijn vader had gedaan. Een van de verzorgers had uitgelegd dat vader in dit gebouw dingen moet leren. Verzorgers wilden niet dat hij op school vertelde dat zijn vader gedetineerd was en dat hij daardoor misschien gepest zou worden. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor Kinderbescherming)

Ook in de interviews kwam terug dat de meeste kinderen waarheidsgetrouw geïnformeerd waren over de toedracht van de doding.

Voorbeeld 10.8:

"Dat vertellen is echt heel erg snel gegaan. Eigenlijk kun je zeggen vanaf het allereerste begin. En dat is ook op aanraden van Jeugdzorg die ook zei van 'je moet de kinderen zo snel mogelijk informeren'." (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 10.9:

"Toen vertelden we dus dat mama dood was, zo moest ik het ook zeggen, omdat dat het beste was. Je mag niet zeggen 'ze slaapt' of 'ze is weg'. Ik moest echt vertellen dat papa stout is geweest en die dat dus gedaan heeft en in de gevangenis moest en ze ook niet thuis kon wonen. Ja het was eigenlijk best wel heel heftig om te vertellen." (Verzorger in een interview)

In sommige gevallen informeerden de verzorgers de kinderen in fases over wat er gebeurd was omdat zij erg jong waren ten tijde van de doding. Zo zei een verzorger bijvoorbeeld over wat ze haar kleinkind vertelde die als baby bij hen kwam:

Voorbeeld 10.10:

“Nee, ze was niet ziek, ze had een soort ongeluk.’ En dan vroeg hij niet meer. En dan later vertelde ik dat een meneer dat gedaan had. En weer later dat zijn vader dat gedaan had., dat z’n mama met een mes., want hij vroeg dus iedere keer van “hoe dan?”, weet je wel. “Wat heeft hij dan gedaan?”. En op een gegeven moment dan heb je bijna het hele verhaal verteld en dan wil hij ook alles weten.” (Verzorger in een interview)

Enkele verzorgers vertelden dat er afgesproken was dat de dader-ouder de kinderen zou informeren maar dat dit nooit daadwerkelijk was gebeurd. Hieronder het voorbeeld van een dader-ouder die voor zijn arrestatie de kinderen onjuiste informatie geeft:

Voorbeeld 10.11:

“Vader vertelde de kinderen dat mama door [type persoon] is gedood. Papa moest achter de [type persoon] aan en bracht de kinderen daarom bij de zijn familie. Ook lang na de doding en nadat zij de waarheid hadden gehoord bleven de kinderen bang voor [type persoon].” (Verzorger in een interview)

Eén verzorger vertelde dat hulpverleners pleegouders adviseerden om niets aan een kind te vertellen over de reden van het regelmatige bezoek aan de dader-ouder in de gevangenis. Toen het kind enige tijd op school zat begon zij vragen te stellen. Nadat ze de toedracht gehoord had, werd ze bang voor de dader-ouder.

Voorbeeld 10.12:

“Ik heb anderhalf jaar gevraagd of we niet gewoon konden vertellen wat er gebeurd was, daar was heel veel angst, ‘je gaat toch niet je kind vertellen dat de moeder de vader heeft vermoord?’ Heel veel angst en onwetendheid, dus dat had anders moeten. Alhoewel, zoals het gegaan is, is het misschien ook haar tempo geweest. Denk dat het fijner was geweest als het wat meer ingebakken was vanaf klein kind af aan.” (Verzorger in een interview)

Een adolescent die al eerder geïnformeerd was over de ware toedracht van de doding, ging op internet op zoek naar meer informatie. Daar werd zij geconfronteerd met gruwelijke details van de doding waardoor zij opnieuw klachten kreeg.

Uit een aantal dossiers bleek dat de kinderen werden gehoord door de politie en dat hun getuigenissen gebruikt werden in het proces tegen de dader-ouder. In een enkele beschrijving werd de impact hiervan op het kind genoemd. We hebben het effect niet systematisch kunnen vaststellen.

11. Hulpverlening voor kinderen en verzorgers

Na een partnerdoding kunnen verschillende organisaties betrokken worden bij de hulpverlening aan en ondersteuning van kinderen en hun verzorgers. In dit hoofdstuk bespreken we welke informatie over deze hulp bekend is uit de dossiers en hoe kinderen en verzorgers in de 'mixed methods'-studie deze hulp ervoeren.

Diagnostiek en behandeling

Met betrekking tot psychologische hulpverlening waren de dossiers niet allemaal volledig. In 106 dossiers werd het thema diagnostiek besproken, bij 76 kinderen (72% van deze dossiers) was er inderdaad psychodiagnostisch onderzoek uitgevoerd. In 140 dossiers werd hulpverlening genoemd; vrijwel alle kinderen in deze dossiers (93%) kregen, op enig moment in de tijd, individuele hulpverlening (al dan niet voorafgegaan door diagnostiek) via een psycholoog, schoolmaatschappelijk werker, jeugdzorgwerker of jeugdreclasserder.

Tabel 11.1 (Moment van) individuele hulpverlening voor het kind na de doding

<i>Individuele hulpverlening voor het kind</i>	Aantal	Percentage	Percentage subtotaal
Nee	10	5,9	7,1
Ja, in acute fase (< maand)	18	10,6	12,9
Ja, op later moment in tijd (>maand)	44	25,9	31,4
Ja, zowel in acute fase als na een maand	63	37,1	45,0
Ja, periode onbekend	5	2,9	3,6
<i>Subtotaal</i>	<i>140</i>	<i>82,4</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	30	17,6	
<i>Totaal</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>	

In ieder geval 105 kinderen kregen hulpverlening vanuit de GGZ of een eerstelijns psychologenpraktijk (de helft in de acute fase direct na de doding). Van de kinderen die psychologische hulp ontvingen, kreeg 57% traumagerichte therapie, waarvan 39% van de kinderen een behandeling kreeg zoals die geadviseerd wordt in de huidige richtlijnen (EMDR of cognitieve gedragstherapie^[35]). De dossiers suggereren daarmee dat slechts een klein deel (22%) van de kinderen een behandeling volgens de richtlijnen kreeg. De betrouwbaarheid van deze gegevens is echter twijfelachtig.

Tabel 11.2 (Moment van) GGZ hulpverlening voor het kind na de doding

GGZ hulpverlening?	Aantal	Percentage	Percentage sub totaal
Nee	29	17,1	21,6
Ja, in acute fase (binnen een maand) 1e of 2e lijn	5	2,9	3,7
Ja, in acute fase (binnen een maand) 3e lijn	1	,6	,7
Ja, na een maand ingezet 1e of 2e lijn	39	22,9	29,1
Ja, na een maand ingezet 3e lijn	5	2,9	3,7
Ja, zowel in acute fase als na een maand 1e of 2e lijn	48	28,2	35,8
Ja, zowel in acute fase als na een maand 3e lijn	1	,6	,7
Ja, periode onbekend 1e of 2e lijn	6	3,5	4,5
Ja, periode onbekend 3e lijn	0	0	0
<i>Subtotaal</i>	<i>134</i>	<i>78,8</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	36	21,2	
<i>Totaal</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>	

Uit de interviews met de kinderen en verzorgers bleek dat zij grotendeels positieve ervaringen hadden met de (GGZ) hulpverlening die hun werd aangeboden. De doding bleek een moeilijk onderwerp om over te praten. Gedachtes aan het onderwerp werden liever vermeden. Deels omdat de emoties die hiermee gepaard gaan, te overweldigend waren en de kinderen graag ‘normaal’ wilden zijn, maar ook vanwege de drang van de kinderen om de verzorgers te laten zien dat het goed met hen ging en dat ze het waard waren om in het gezin te mogen blijven wonen. Dit zorgde voor een reëel risico op onderschatting van signalen van kinderen, iets wat bij enkele kinderen ook daadwerkelijk had gespeeld. Enkele jongeren vonden psychologische behandeling onnodig.

Voorbeeld 11.1:

“[De therapie was] heel goed. De kinderen gingen altijd mopperend, “ja dat wil ik niet hoor, ik praat toch niet”. Maar als ik dan zie, vooral [X], hoe ze verhit uit die kamer kwam en waar wij eigenlijk op moesten wachten, dan is het toch wel echt heel lang praten. [Y] deed het ook wel goed. Dan gingen we naar huis en dan vroeg ik altijd of hij d'r over wilde vertellen en de ene keer wel en de andere keer niet. En dan vertelde hij toch wel meer dan dat hij normaal deed, ik vond het altijd wel heel fijn. En ik wil dat ze nog een paar keer blijven gaan.”
(Verzorger in een interview)

Wanneer therapie in de acute fase werd ingezet, bleef dit een aantal kinderen achteraf niet altijd bij, omdat hun hoofd toen 'vol zat'. Uit de uitspraken werd onvoldoende duidelijk of de herinnering van de therapie onscherp was of dat de therapie zelf niet werkte. De meeste behandelingen duurden echter ook tot na de acute fase voort, en werden vaak positief beoordeeld.

Voorbeeld 11.2:

“Vlak na de dood zijn we bij hulpverlening geweest die vertelde dat we niet bang hoefden te zijn. Ik herinner me hier niet veel van omdat ik toen nog erg verdrietig was.” (Jongere in een interview)

Voorbeeld 11.3:

“Ik heb wel hulp gehad vroeger, maar ik maakte nooit iets af. Nu merk ik dat ik nog steeds last heb, ik wil weer hulp en het nu echt afmaken. De hulpverlener moet me niet teveel vrijheid geven maar duidelijk afspraken maken, liefst ver vooruit.” (Jongere in een interview)

Wanneer de kinderen in een later stadium hulpverlening ontvingen, waren de meeste ervaringen positief. Voor veel kinderen was het 'erover praten', woorden geven aan de gebeurtenis en de gevoelens die daarmee gepaard gaan, een belangrijke meerwaarde van de therapie. Ook EMDR werd herhaaldelijk genoemd als effectieve therapievorm, echter soms onvoldoende als enige therapievorm, vanwege de verscheidenheid aan ontwikkelingsgebieden die onder druk kwamen te staan na de doding. Een aantal verzorgers was van mening dat therapie soms te vroeg werd afgesloten. In hoeverre hier angst voor terugval van de verzorger of de behoefte van het kind om 'normaal te zijn' speelde, werd niet altijd duidelijk (een enkele jongere gaf achteraf aan dat ze bij de therapeut deed alsof het goed met haar ging). Een 'open dossier' werd door een aantal gezinnen als prettig ervaren, omdat, zoals een jongere dat noemde, 'af en toe onderhoud nodig is'.

Voorbeeld 11.4:

“Je wilt het niet geloven, maar ze werd dus de eerste drie, zo niet vier jaar, elke nacht wakker, zonder een nachtje over te slaan. En toen dat bedplassen dus ook maar aanbleef, zeiden we: ‘Ja, er moet iets gebeuren’. En toen zijn we dus bij EMDR therapie geweest en dat heeft uitstekend geholpen.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 11.5:

“Dat vind ik ook een fijn gevoel voor hen. Het gevoel van, wat je ook wel eens van andere mensen op tv hoort die iets meegemaakt hebben. Dat je naderhand in één keer in een gat valt. Dat gevoel heb ik dus door dat open dossier, doordat de hulpverlener er is, niet. En dat het gewoon ook lekker open blijft.” (Verzorger in een interview)

Hulpverlening aan het gezin

Voor 68 van de 86 gezinnen in de dossiers was informatie beschikbaar over de hulp die aan het gezinssysteem geboden werd. Bij 93% van deze gezinnen werd hulpverlening gericht op het gezin ingezet. Deze hulpverlening betrof bijvoorbeeld de inzet van Slachtofferhulp en pleegzorg, en werd voor het grootste deel (60%) binnen een maand na de doding ingezet.

Tabel 11.3 (Moment van) hulpverlening voor het gezin na de doding

Hulpverlening voor het gezin	Aantal	Percentage	Percentage subtotaal
Nee	5	5,8	7,4
Ja, in acute fase (< maand)	5	5,8	7,4
Ja, zowel in acute fase als na een maand	30	34,9	44,1
Ja, op later moment in tijd (>maand)	22	25,6	32,4
Ja, periode onbekend	6	7,0	8,8
<i>Subtotaal</i>	<i>68</i>	<i>79,1</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	18	20,9	
<i>Totaal</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>	

In de interviews werd systeemtherapie meerdere malen als een waardevolle bijdrage aan het welzijn van het gezin genoemd. Soms bleek het effectief om de individuele gezinsleden, die niet altijd met elkaar waren opgegroeid, met elkaar te leren communiceren. Soms leerden de gezinsleden samen over de dader-ouder te praten. Soms werd de dader-ouder zelfs vanuit detentie succesvol in de therapie betrokken.

Voorbeeld 11.6:

“Er werd [in therapie] gezegd dat het niet alleen aan mij lag. [Verzorger] begreep mij niet, ik begreep [verzorger] niet. [Verzorger] dacht omdat haar eigen kinderen haar wel gewoon begrepen, dat het aan mij lag. Dat hebben ze daar ook gezegd, ‘het ligt niet alleen bij haar, het ligt ook bij jullie.’” (Jongere in een interview)

12. Omgang met de dader-ouder

In dit hoofdstuk kijken we naar de omgang die kinderen hadden met de dader-ouder in detentie, wederom aan de hand van zowel de dossiers (ditmaal alleen geselecteerd als de dader ook een biologische ouder was) als de interviews.

Omgang en de wens van het kind

Van 111 kinderen uit de dossiers van wie de dader-ouder geen zelfmoord had gepleegd was dossierinformatie beschikbaar over omgang met de dader-ouder. Tweederde van de kinderen had gedurende de periode waarover dossierinformatie beschikbaar was, in ieder geval enige vorm van omgang met de dader-ouder.

Tabel 12.1 Omgang tussen het kind en de dader-ouder over tijd

<i>Omgang met de dader-ouder?</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Nee	38	30,4	34,2
Ja	53	42,4	47,7
Variabel	20	16,0	18,0
<i>Subtotaal</i>	<i>111</i>	<i>88,8</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	14	11,2	
<i>Totaal</i>	<i>125</i>	<i>100,0</i>	

Ruim 40% van de kinderen gaf aan dat zij wel omgang met de dader-ouder wilden (volgens de dossiers met informatie over dit specifieke onderwerp; N = 91); 26% van de kinderen wilde geen omgang met de dader-ouder, bij 23% wisselden hun wensen over de tijd, en een klein aantal kinderen (9%) had moeite met het uitspreken van een voorkeur. De dossiers suggereerden dat in 94% van de gevallen (79 uit 84 kinddossiers) de wens van het kind om al dan niet omgang te hebben met de dader werd gevolgd. Bij 5 kinderen werd uit het dossier duidelijk dat hun wens om wel of geen omgang met de dader-ouder te hebben niet is gevolgd. Drie kinderen wilden wel omgang maar dat mocht niet en bij twee kinderen gold dat andersom.

Tabel 12.2 Wens tot omgang met de dader-ouder over tijd

<i>Wens tot omgang</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Nee, wil geen omgang	24	19,2	26,4
Ja, wil wel omgang	38	30,4	41,8
Weet niet	8	6,4	8,8
Variabel	21	16,8	23,1
<i>Subtotaal</i>	<i>91</i>	<i>72,8</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	34	27,2	
<i>Totaal</i>	<i>125</i>	<i>100,0</i>	

In de categorie ‘onbekend’ vallen ook de kinderen waar de keuze over de omgang met de dader-ouder niet ter sprake kwam en het initiatief hiervoor bij het kind lag.

Voorbeeld 12.1:

Vader probeerde de kinderen herhaaldelijk te benaderen vanuit detentie, ondanks het contactverbod voor vader met de kinderen. De kinderen reageerden emotioneel op deze toenaderingen. Er werd aangifte gedaan en de voogdijwerker verzocht de vader nogmaals de kinderen niet met omgang te belasten. (Vrij vertaald uit: Plan van aanpak Bureau Jeugdzorg)

Voorbeeld 12.2:

Vader werd door de voogd tweemaal per jaar geïnformeerd over de voortgang van kind. Het was nooit met het kind besproken of zij omgang zou willen met haar vader. Het kind zelf vroeg hier niet naar. Wanneer zij hiernaar begint te vragen, zal de hulpverlening haar hierin begeleiden. (Vrij vertaald uit: Formulier Indicatiebesluit Bureau Jeugdzorg)

Voorbeeld 12.3

Één keer per week brachten verzorgers en de kinderen een bezoek aan vader. De kinderen keken uit naar dit bezoek en waren altijd erg blij om hun vader te zien. De kinderen waren zichtbaar dol op hun vader. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Het grootste deel van de kinderen in de ‘mixed methods’-studie had in elk geval een periode omgang gehad met de dader-ouder. De meeste kinderen mochten vanaf een bepaalde leeftijd zelf kiezen of ze al dan niet omgang wilden; bij jonge kinderen werd dit over het algemeen voor hen besloten. Soms mocht een kind per bezoek beslissen of ze de keuze zelf wilde maken of dit aan een ander wilde overlaten. Een voogd vroeg zich achteraf af in hoeverre kinderen later daadwerkelijk nog een keuze konden maken, omdat er door de omgang met de dader-ouder op jonge leeftijd al loyaliteit was ‘gekweekt’ richting de dader-ouder. Dit lijkt aan te sluiten bij een aantal kinderen dat beschreef dat ze niet zeker wisten of zij de dader-ouder bezochten omdat

zij trouw bleven aan hun ouder of omdat ze dit echt zelf wilden. Mochten zij uit loyaliteit gegaan zijn, dan betekende dit voor hen echter niet per se dat zij de omgang zouden verbreken.

Regelmatig hadden kinderen op jonge leeftijd omgang met de dader-ouder en werd dit in de loop der tijd toch (tijdelijk) verbroken. Een veroordeling bij een ontkennende ouder was hiervoor enige malen een aanleiding. Een ander vaak voorkomend breekpunt was wanneer het kind de dader-ouder vragen stelde over de daad, en het antwoord hierop onbevredigend of onvoldoende bleek. Een verdiepend gesprek (en een bevredigend antwoord) kon anderzijds ook juist een start zijn voor een verbetering in de omgang met de dader-ouder.

Voorbeeld 12.4:

“Ik vind het eng, maar ik ga toch. Papa mist mij heel erg. Ik mis hem een klein beetje. Papa mist mij meer.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 12.5:

“Als de telefoon gaat dan weten ze het precies. [...] Dan is het van ‘oh, ga jij maar eerst’. Ik denk ook wel dat het zeker bij mijn broer heel sterk is. Het blijft toch je vader. En ik denk ook wel dat hij daar zo over denkt. [...] Maar ik denk ook wel dat hij het moeilijk vindt, of eigenlijk niet durft te zeggen dat hij daar vandaag geen zin in heeft. Dat hij het dan toch maar doet omdat m’n vader belt.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 12.6:

“[Omgang ging] goed. Maar de laatste paar weken ging het niet goed. Ik wilde antwoorden, waarom hij het heeft gedaan, dat hij daar iets over zou vertellen. Hij had veel spijt. Maar ik wilde meer uitleg en dat wilde hij niet geven.” (Kind in een interview)

In de meeste gevallen kwam de mening van het kind om wel of geen omgang met de dader-ouder te hebben overeen met die van de verzorger. Er was in een enkele situatie een discrepantie tussen de mening van de verzorger en de mening van het kind over omgang met de dader-ouder. In de gezinnen waarbij de verzorger afkeer van de dader-ouder toonde, leek dit bij de kinderen tot in de puberteit niet tot psychische klachten of conflicten te leiden. In de puberteit ontstond bij een aantal kinderen echter de behoefte aan omgang met de dader-ouder, waar dan ook de ruimte voor bleek bij de verzorgers. Het is de vraag of kinderen deze behoefte in de puberteit echter ook uit zouden spreken, als die ruimte er niet zou zijn.

Voorbeeld 12.7:

“Nee nog niet. Zij wil totaal geen contact meer, want in het begin stuurde hij natuurlijk wel ansichtkaarten. [...] En dan kreeg ze een ansichtkaart van haar vader. Met ‘lief smurfje’ en noem maar op. Dat wilde ze helemaal niet, ze zei: ‘ik ben z’n smurfje helemaal niet.’” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 12.8:

“Hij heeft wel eens gezegd: ‘Ik wil hem wel zien, ik wil hem verrot schelden’. Hij wil ook vragen waarom hij zijn moeder heeft vermoord, hij is er nog veel mee bezig. We raden hem aan om geen contact op te nemen, omdat hij op hem in zal praten en doen alsof hij heel veel spijt heeft. Wij hebben totaal geen behoefte om hem te zien of te spreken.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 12.9:

“Als die kinderen op een gegeven moment affectie gaan tonen naar die vader[...]. Maar als ik dan in een situatie terecht kom dat ze zich dan naar die vader keren, dan heb ik daar grote moeite mee.[...] Dat zou me echt verschrikkelijk veel pijn doen.” (Verzorger in een interview)

Problemen in de ontwikkeling ontstonden wanneer kinderen blootgesteld werden aan wisselende visies op de dader-ouder, bijvoorbeeld door familie van het slachtoffer enerzijds en familie van de dader anderzijds. In enkele gevallen probeerde een dader-ouder omgang af te dwingen en controle te krijgen op de opvoedings situatie. Dit had een negatief effect op de omgang met de dader-ouder zelf en op het welzijn van de kinderen, zeker wanneer dit gepaard ging met allerlei gerechtelijke procedures. Bij de meeste kinderen en verzorgers was dit duidelijk negatief van invloed op hun welzijn en leek dit soms ook bij de kinderen angst voor de dader-ouder in de hand te werken.

Voorbeeld 12.10:

“Ze [familie daderszijde] zeiden tegen haar ‘Je moet aan je vader denken, hij heeft het niet zo bedoeld’. Ik kwam erachter dat zij er heel onrustig van werd en het ging slechter op school. Ze had bij die familie [daderszijde] gesprekken met vader over de telefoon. Ze moest dingen verstoppen voor ons. Dit heeft maanden..., een half jaar geduurd.” (Verzorger, familie slachtofferszijde, in een interview)

Voorbeeld 12.11:

“Toen die wet [contactverbod] er nog niet was dat hij mij niet meer mocht zien ging ik heel vaak naar de gevangenis. Toen is hij een rechtszaak begonnen, die hebben wij gewonnen. Ik wil nu niks meer met hem te maken hebben. Eigenlijk wil ik gewoon dat hij me met rust laat en dat hij niet meer zo zeurt.” (Kind in een interview)

In een aantal gezinnen werd druk van instanties gevoeld op het stimuleren van omgang met de dader-ouder. Uiteindelijk bleef het besluit in de meeste gevallen bij het gezin liggen, al dan niet na een gespecialiseerde GGZ-instelling geraadpleegd te hebben.

Voorbeeld 12.12:

“Het is wel zo dat Jeugdzorg eigenlijk vrij recent een beetje begonnen is: ‘Zouden jullie als verzorgers niet eens een keer met de kinderen moeten praten over hoe ze het zouden vinden om op bezoek te gaan’. Maar ja, dan zeggen wij: ‘Moet je luisteren, ze tonen totaal geen interesse. We hebben stabiliteit in het gezin. Moeten we nou die onrust naar binnen gaan halen?’ Nou ja, daar hebben ze dan ook wel weer begrip voor bij Jeugdzorg, dus het is eigenlijk een onderwerp wat op dit moment niet echt leeft.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 12.13:

“Er werd wel tegen mij gezegd: ‘misschien is het langzamerhand tijd dat je eens op bezoek gaat’, toen dacht ik ‘Nee dat wil ik echt niet’. Toen werd er gezegd dat het beter voor je kan zijn en je moet je voorbereiden dat hij vrij komt, en blablabla. En ik dacht ja, als zo iemand van [instantie] dat tegen je zegt, dan ga ik wel twijfelen. Maar ik dacht wel van ‘liever niet, ik kan dat zelf wel beslissen als ik daar zelf aan toe ben, en nu heb ik dat nog niet.’ Toen is dat ook niet gebeurd gelukkig.” (Kind in een interview)

Vorm van omgang met de dader-ouder

Van de 64 kinderen uit de dossiers die omgang hadden met hun dader-ouder, varieerde voor 31 van hen (48%) de vorm van de omgang over de tijd (bijvoorbeeld van schriftelijk of telefonisch contact naar bezoeken of andersom). Een bijna even grote groep had een vrij stabiele bezoekenregeling (44%). Bij slechts een klein aantal van de kinderen die omgang hadden, was de omgang beperkt tot schriftelijke uitwisseling (2 kinderen; 3%) of telefonische communicatie (3 kinderen; 5%). Bij de bezoeken werd bijna de helft van deze kinderen (45%) begeleid door een neutrale instantie. In de overige gevallen werd veel variatie gezien: de kinderen werden begeleid door een verzorger van de daderzijde, kwamen onbegeleid op bezoek, of werden (in enkele gevallen) begeleid door familie of verzorgers van de slachtofferzijde.

Voorbeeld 12.14:

Vader vertelde dat hij goed contact heeft met de kinderen. Volgens de afspraak belde hij de kinderen om de week. Omdat één van de kinderen aangaf dat ze vader vaker wilde spreken, belde vader elke week met hem. Vader stuurde de kinderen ook om de week een kaartje. Beide kinderen kwamen regelmatig op bezoek. Het andere kind had aangegeven dat hij het gewone familiebezoek niet leuk vond. Vader had hier begrip voor. De bezoeken waren eigenlijk altijd te kort voor de kinderen. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Bij de geïnterviewde kinderen was in de meeste gevallen sprake van een bezoekenregeling. Een enkele dader-ouder onderhield telefonisch contact, of er was sprake van (meestal) eenzijdige schriftelijke correspondentie naar het kind. Soms woonde het kind na de vrijlating weer bij de dader-ouder (zie voorbeeld 12.15). De ruimte voor het kind om boosheid naar de dader-ouder uit te kunnen spreken, leek hier van groot belang.

Voorbeeld 12.15:

“Ons contact is altijd goed geweest. [Mijn dochter] weet het mooi te verwoorden, ze zegt altijd ‘Papa, ik hou heel veel van jou hè, maar ik hou meer van mama’. En dat vind ik heel goed, en ik weet dat mama ook een plek in haar leven heeft, het is toch haar moeder. En er kan ook open over gesproken worden. En ik geef haar zo goed mogelijk antwoord als zij er vragen over heeft.” (Dader-ouder in een interview)

Voorbeeld 12.16:

“Dan schreef ik hem wat, en dan kreeg ik steeds niks terug. Toen heb ik ook gezegd: ‘Nou, dan doe ik ook niks meer.’” (Jongere in een interview)

Regelmatig kwam de zorg voor vrijlating van de dader-ouder naar voren. Afhankelijk van de huidige omgang of het gebrek daaraan, leek dit een vorm aan te nemen van de zorg hoe ze dit vorm kunnen geven tot diepgewortelde angst dat de dader-ouder het kind zou ombrengen. Afspraken die voor de vrijlating met het gezin en kind gemaakt werden, boden dan enige ondersteuning. Een aantal kinderen noemde het belang van een geheime plaatsing. Wanneer de plaatsing bekend was, bood een gebiedsverbod soms enige houvast.

Voorbeeld 12.17:

“Hij [dader-ouder] weet dan niet waar ik woon... dat is wel fijn.” (Jongere in een interview)

Voorbeeld 12.18:

“Het is wel fijn dat we honden hebben, voor als er iets met ons gebeurt. Die honden hebben we voor [dader-ouder] en omdat de buurt niet zo veilig is.[...] Maar in principe is er geen gebiedsverbod en mag hij overal komen.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 12.19:

“Ik hoop in de toekomst dat ik papa nooit meer tegen kom, en dat ie ook dood is, gewoon weg.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 12.20:

“Het is meer dat het raar is [als mijn vader straks wordt vrijgelaten]. Nu zit hij gewoon veel verder weg en dan komt hij opeens weer heel dicht bij.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 12.21:

“Toen die wet [contactverbod] er nog niet was dat hij mij niet meer mocht zien ging ik heel vaak naar de gevangenis. Toen is hij een rechtszaak begonnen, die hebben wij gewonnen. Ik wil nu niks meer met hem te maken hebben. Eigenlijk wil ik gewoon dat hij me met rust laat en dat hij niet meer zo zeurt.” (Kind in een interview)

13. Contact tussen betrokken families

De mate waarin er tussen de verschillende kanten van de familie samenwerking dan wel conflict is met betrekking tot de opvoeding en omstandigheden van de kinderen, lijkt een belangrijke factor te zijn in het welbevinden van de kinderen. In dit hoofdstuk beschrijven we bevindingen uit de dossiers en de interviews, waarbij we zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens op gezinsniveau hebben geanalyseerd.

Contact en de aanwezigheid van conflicten

Het contact tussen de betrokken gezinnen van de dader- en slachtofferzijde werd voor 57 van de 86 gezinnen in de beschikbare dossiers beschreven. Bij 37% van deze gezinnen was er geen contact tussen de familie van de dader en de familie van het slachtoffer. Van de 63% waar wel sprake van contact was, was er bij ruim de helft (58%) sprake van een conflict.

Tabel 13.1 Contact en/of conflict tussen de families aan dader- en slachtofferszijde

Contact/conflict tussen de families	Aantal	Percentage	Percentage subtotaal
Nee, geen contact	21	24,4	36,8
Nee, wel contact, geen conflict	15	17,4	26,3
Ja, wel een conflict	21	24,4	36,8
<i>Subtotaal</i>	<i>57</i>	<i>66,3</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	29	33,7	
<i>Totaal</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>	

Enkele voorbeelden van situaties met problematisch en goed contact zoals beschreven in de dossiers:

Voorbeeld 13.1:

Familie van vader wilde contact met de kinderen. Hierop meldden zij bij de politie dat zij door familie van moeder bedreigd werden. Daarop had de familie van vader zich teruggetrokken. Doordat de kinderen hun verblijfplaats kozen bij de familie van moeder, ging de familie van vader akkoord met verbreken van alle contact. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 13.2:

Positief en bewonderenswaardig was dat zij [grootouders moederszijde] hun gevoelens van rouw en verlies om hun dochter, hun gevoel van onbegrip en boosheid naar vader, wisten te scheiden van hun gevoel naar [grootouders vaderszijde] en de kinderen. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Voorbeeld 13.3:

Alhoewel het leek dat de kinderen op dit moment, vanuit hun eigen authentieke ervaringen het contact met de familie moederszijde afhielden, mag niet worden uitgesloten dat de impact op de kinderen groot was als het ging om spanningen tussen de families. De oudste kinderen waren zich zeer bewust van de tegengestelde meningen over de betrokkenheid van vader bij de dood van moeder. Dit riep angst op bij de kinderen. Het is dan ook begrijpelijk dat zij op dat moment even geen contact wilden. (Vrij vertaald uit: beschermingsrapport Raad voor de Kinderbescherming)

Uit de interviews met kinderen en verzorgers kwam naar voren dat het belang van een steunend netwerk, bij voorkeur in de vorm van familie, groot was. Gezinnen waarbij er sprake was van positief contact tussen de familie van de dader en het slachtoffer, werden door de kinderen als helpend ervaren. Ook in gezinnen waar het contact met het andere deel van de familie gedoogd werd, pakte dit vaak goed uit.

Voorbeeld 13.4:

“Vooral mijn opa en oma waar ik nu woon zijn belangrijk, en ook mijn opa en oma van mijn vader. Wel vraag ik me soms af ‘waarom heb je dit kind [vader] gekregen, waarom geen meisje ofzo’. Er is heel veel en makkelijk contact.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 13.5:

“Familie van daderskant is er wel. Die mensen zijn dan ook op verjaardagsfeestjes. De jongens vinden dat leuk. Je hebt er geen last van en ook geen gemak van.” (Verzorger in een interview)

Soms bleek een positief contact of het gedogen van contact tussen familieleden van verschillende families niet mogelijk. Een gebrek aan contact, zonder strijd tussen de families, leverde in die gevallen niet direct een zichtbaar probleem op in het psychologisch welzijn van het kind. Bij kinderen die wel bloot werden gesteld aan strijd tussen de families, was dat vaak zichtbaar in het gedrag; de kinderen vertoonden gedragsproblemen. Een enkele keer kon een kind door neutrale begeleiding van instanties alsnog contact hebben met het familielid die betrokken was bij de strijd. Wanneer families streden om de plaatsing van het kind, versterkte dit de stress in het gezin echter aanzienlijk. De stress om dit thema nam verder toe als er gerechtelijke procedures werden gestart of wanneer familie woonachtig in het buitenland aan het kind trok. Ook ervoeren de kinderen meer stress wanneer de daad werd gebagatelliseerd bij familie van de dader, als zij woonachtig waren bij familie van het slachtoffer. Dit leidde tot geheimen (bijvoorbeeld dat een kind niet kon vertellen dat de familie aan de daderszijde positief praatte over de dader) of tot afwijzing van de familie aan de daderszijde door het kind.

Voorbeeld 13.6:

“Nee, er was eigenlijk nauwelijks contact. De moeder van de dader, die woonde in het buitenland. Maar er is totaal geen belangstelling vanuit die kant.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 13.7:

“Ik stuur hem natuurlijk niet op bezoek in het buitenland. [...] Ja, toch de angst dat ze hem daar houden natuurlijk. Ze willen dat hij op bezoek komt. Als hij 18 jaar is moet hij het zelf weten.” (Verzorger in een interview)

Wanneer er nauwelijks of slecht contact was tussen de familie en de ouders voorafgaand aan de doding, werd dit patroon in veel gevallen voortgezet. Een positief contact tussen of met families voorafgaand aan de doding, hoefde echter geen indicator te zijn voor een positief contact na de doding.

Voorbeeld 13.8:

“Die familie is niet normaal eigenlijk. Maar daar hebben we sowieso nooit echt een goede band mee gehad, omdat ze ook niet goed voor papa waren enzo.” (Kind in een interview)

Voorbeeld 13.9:

“Toen wij voor de kinderen zorgden waren wij niet goed genoeg meer voor hem [dader-ouder]. Ik heb dat nooit begrepen. Ik heb nog wel eens gezegd, hij [dader-ouder] was een jochie van 14 jaar toen hij bij ons kwam. Ik dacht altijd dat er een klik was.” (Verzorger in een interview)

Opvang in een instelling versus een gezin

Het belang van familie werd zichtbaar als kinderen niet in de context van de eigen familie of neutraal pleeggezin opgroeiden, maar in instellingen werden geplaatst (zie ook de citaten van geïnterviewden). Wanneer bovendien sprake was van een gemis aan culturele inbedding, werd de waarde van familie extra benadrukt. Een kind dat ingebed was in een culturele context anders dan de Nederlandse, was bij een plaatsing buiten de culturele context ook die ‘bodem’ kwijt. Het wonen bij een neutraal pleeggezin kon het gemis van familie enigszins opvullen.

Voorbeeld 13.10:

“Ja hij is daar heel open in. Hij zegt ook: “ik wil niet meer terug naar die groepen, als ik terug moet ga ik weer vechten, boos doen en dingen kapot maken. Dat interesseert me allemaal geen bal. Maar ik wil niet meer terug”. [...]Ja, hij gaf ook altijd aan “Waarom mag ik niet met mijn familie mee?” Want hij ziet ook kinderen die in de weekenden worden opgehaald door hun ouders en in de vakanties. Hij moest altijd daar blijven. (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 13.11:

“Eerst zag ik mijn familie niet zoveel, omdat ik [pleeggezin] als mijn gezin zag. Toen ik daar weg ging en op een groep woonde, miste ik mijn familie wel.” (Kind in een interview)

Familie van de dader in conflict met de dader

Een positieve factor was de mogelijkheid van de verzorgende familie aan daderszijde om volledig achter het kind te staan, ook wanneer de dader-ouder bedreigend was naar het kind, bijvoorbeeld middels het inzetten van gerechtelijke procedures. Dit kwam ook naar voren bij splitsingen binnen de familie aan daderszijde, waar de opvoedsituatie van het kind deel uit maakte. De betrokken kinderen, met name wanneer ze wat ouder waren, beoordeelden het als versterkend dat de familie voor hen koos.

Voorbeeld 13.12:

“Ja zij waren er altijd voor je, ze staan achter je. Helemaal als hij [dader-ouder] zo raar doet. Dat is wel bijzonder.” (Kind in een interview)

14. Ervaringen van kinderen en families met betrokken instanties

Één van de leidende vragen in dit onderzoek was om het perspectief van jonge nabestaanden en hun verzorgers op de besluitvorming en hulpverlening helder te krijgen. In enkele dossiers werd een evaluatie beschreven. We hebben deze evaluaties in dit hoofdstuk aangevuld met de informatie uit de interviews.

Evaluaties van de hulpverlening in de dossiers

In de dossiers van slechts 39 gezinnen werd enige evaluatie met kinderen en families van de ‘verzorgende kant’ beschreven. De bemoeienis van de betrokken instanties werd door 46% van deze families positief geëvalueerd. Ongeveer een kwart (28%) oordeelde overwegend negatief over de bemoeienis. Enkele gezinnen (15%) evalueerden de bemoeienis van de instanties eerst negatief en later positief. Een kleine groep gezinnen (10%) was neutraal in haar evaluatie. De ervaring van de niet-verzorgende familie met de betrokken instanties was vooral (in 8 van de 13 zaken) negatief.

Tabel 14.1 Evaluatie door verzorgers en kinderen (zoals opgenomen in de dossiers)

<i>Evaluatie door verzorgers en kinderen</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Overwegend negatieve evaluatie	11	12,8	28,2
Overwegend positieve evaluatie	18	20,9	46,2
Eerst negatief daarna overwegend positief	6	7,0	15,4
Neutraal	4	4,7	10,3
<i>Subtotaal</i>	<i>39</i>	<i>45,3</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	47	54,7	
<i>Totaal</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>	

Tabel 14.2 Evaluatie van de instanties door niet-verzorgende families (zoals opgenomen in de dossiers)

<i>Evaluatie door niet-verzorgende families</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Percentage sub totaal</i>
Overwegend negatieve evaluatie	8	9,3	61,5
Overwegend positieve evaluatie	5	5,8	38,5
<i>Subtotaal</i>	<i>13</i>	<i>15,1</i>	<i>100,0</i>
Onbekend	73	84,9	
<i>Totaal</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>	

Een aantal deelnemers in de interviews kwam door de doding voor het eerst in aanraking met hulpverleningsinstanties, anderen hadden al eerdere ervaringen. Net als uit de dossiers bleek, varieerden de ervaringen van uitermate negatief tot uitermate positief. Dit gold voor zowel de kinderen als de verzorgers. Hoewel verschillende instanties betrokken waren, werd het meest gesproken over Bureau Jeugdzorg en de Pleegzorg. Daarnaast werden (GGZ-) hulpverleningsinstanties, de Raad voor de Kinderbescherming en Slachtofferhulp genoemd. Instanties die besluiten namen over plaatsing, omgang en contacten met de familie, zoals Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming en pleegzorg (in geval van screening van het gezin), werden vaker negatief beoordeeld dan instanties die de hulpverlening uitvoerden zoals traumahulpverlening en Slachtofferhulp. De beoordelingen lijken daarin aan te sluiten bij de mogelijk ervaren beperkende versus ondersteunende rol van de instanties. Ontevredenheid bij de nabestaanden over instanties hield immers vaak verband met onenigheid over de beslissingen met betrekking tot plaatsing en omgang met de dader-ouder.

Ook was er een verschil in beleving tussen het moment kort na de doding en later in het traject. Vaak was er in de beginperiode chaos en verwarring en moest er veel geregeld worden. Nabestaanden kregen te maken met veel verschillende hulpverleners vanuit diverse organisaties terwijl zij zelf overspoeld werden door emoties. Soms gaven nabestaanden aan dat er teveel hulpverleners langs kwamen en raakten ze het overzicht kwijt, vooral als het ging om de rol en de functie van de verschillende instanties. Kinderen vertelden in de interviews dat ze niet meer zo goed wisten wat er in die beginperiode besproken was, of dat het onduidelijk was hoe lang verschillende hulpverleners bleven.

Voorbeeld 14.1:

“Ik denk wel goed op zich. Al vond ik wel, je krijgt wel allerlei mensen tegelijk, en je krijgt allemaal verschillende mensen. Je krijgt eerst mensen die je als eerst opvangen, die bouwen een netwerk voor je op. Die zijn nu op eens uit het niets weer weg. Dan krijgt je nieuwe personen, maar die zijn ook tijdelijk. Dan later krijg je wel vaste personen. Dat vond ik wel veel.[...] je moet telkens opnieuw wennen aan mensen want je kent ze niet en hebt ze nog nooit gezien.” (Kind in een interview)

Ondanks de moeite met het houden van overzicht in de acute fase gaven participanten in de interviews vaak aan dat er meer ondersteuning voor het gezin nodig was. Er was behoefte aan tijdige screening en snelle interventie vanuit de pleegzorg na plaatsing van het kind in het gezin. Juist in die beginperiode kwam er veel op verzorgers en kinderen af. We hoorden van meerdere pleegouders terug dat zij ondersteuning vanuit de pleegzorg in de beginfase hadden gemist.

Enkele vragen die regelmatig bij verzorgers terugkwamen waren: Hoe kan het beste gereageerd worden op de trauma's die de kinderen hebben meegemaakt? Hoe ga je als verzorger zelf om met je verdriet? Wat betekent de rolverandering van grootouders naar opvoeder? Daarnaast ging het verzorgers ook om ondersteuning bij praktische vragen zoals het zorgen voor geschikte huisvesting en het geregeld krijgen van de financiën.

Voorbeeld 14.2:

“We moesten alles zelf uitzoeken, niemand helpt je. En dan word je een half jaar later gescreend of je wel geschikt bent als pleegouder en al die tijd zorg je voor die kinderen.” (Verzorger in een interview)

De verzorgers merkten regelmatig op dat de kinderen (waarschijnlijk) niets van de bemoeienis van instanties gemerkt hadden. Het ging dan vooral om heel jonge kinderen en kinderen in stabiele woonsituaties.

Voorbeeld 14.3:

“Ik denk dat hij daar weinig van meegekregen heeft. Hij was nog te jong. Hij had zijn zorg thuis, en dat vond hij wel goed.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 14.4:

“Dus we hebben dan nu al weer een tijdje voogd X. Maar ja, begrijpelijk die hebben het heel druk, die hebben zo iets van ‘Nou, het gaat allemaal goed daar, ik besteed mijn tijd aan plekken waar het niet goed gaat’. Dus als ze een keer per jaar hier komt dan is het eigenlijk veel. Dus verder hebben we er eigenlijk weinig mee te maken. En als er iets is, dan kunnen we ze bellen. En verder...ik geloof dat ze officieel een keer in de 6 weken moeten komen, maar daar zit ik ook niet op te wachten. Ja, wat moet je dan allemaal vertellen? Het loopt, en het loopt goed. Dus ik kan die tijd ook beter gebruiken.” (Verzorger in een interview)

Zowel bij verzorgers als kinderen kwam terug dat er door de instanties te weinig gepraat werd met kinderen en dat zij te weinig betrokken werden bij het nemen van besluiten. Het ging daarbij om wel of geen omgang met de dader-ouder, contacten met familie en de plaatsing. Zo benoemde een kind dat Bureau Jeugdzorg met haar had moeten praten over de plaatsing.

Voorbeeld 14.4:

“Er werd niet met de kinderen gesproken dat vind ik niet goed. Er werd teveel beslist. Ook werd er door Bureau Jeugdzorg druk uitgeoefend op de kinderen om naar gevangenis te gaan [om hun vader te bezoeken].” (Verzorger in een interview)

Daar tegenover staan echter ook voorbeelden van kinderen die aangaven het prettiger te vinden dat de voogd met de verzorgers praatte in plaats van met het kind zelf.

Naast het gegeven dat een wisseling van een vertrouwde contactperson als een voogd of pleegzorgbegeleider meestal niet prettig was voor de gezinnen, ontstond er juist op deze momenten soms ruimte om eerder gemaakte afspraken te ondermijnen, wat weer spanning en onrust opleverde. Ook vertelden nabestaanden dat ze geen goede hulp kregen omdat instellingen te weinig kennis hadden over de problematiek. Hoewel de gespecialiseerde hulpverlening in het algemeen als zeer positief ervaren werd, was een enkele participant ook kritisch:

Voorbeeld 14.5:

“Ik weet dat hij maar twee keer een uur of zo geweest is in het traumacentrum. En dat is een momentopname. Het is een klein kind, die kan niet aangeven als hij z'n dag niet heeft. Dan ga je hem heel anders observeren dan wanneer hij wel een goede dag heeft. En weet je, in al die tijd is er nooit iemand bij ons, of bij mijn moeder geweest toen wij nog allemaal thuis woonden, om te kijken hoe mijn moeder leefde. Hoe onze visie daarop was. Wat wij wel of niet voor hem konden betekenen. Wij werden altijd maar afgeschilderd als de familie van de vader. Vader is een moordenaar, vader is een boeman. Snap je?” (Verzorger in een interview van een kind dat jaren in instellingen woonde)

Regelmatig kwamen discrepanties in beleving tussen de verzorger en kinderen voor. Een verzorger benoemde bijvoorbeeld dat de kinderen gedwongen werden in de omgang met de dader-ouder terwijl het kind aangaf hierin een keuze te hebben gehad. Een andere verzorger gaf aan blij te zijn met alle steun die ze van de verschillende instanties had gekregen, terwijl haar kleindochter niet tevreden was over de inmenging van Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming, omdat er in het begin gekeken werd of het bij hun oma een goede woonplek was en ze vond dat er teveel over haar beslist werd.

Voorbeeld 14.6:

“We hebben al wel 6 voogden gehad de afgelopen jaren, ik hou het niet meer bij.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 14.7:

“Maar diegene die we nu hebben die zegt dat ze blijft tot de kinderen 18 zijn. Zij helpt ons echt, ze heeft veel ervaring en houdt ons ook een spiegel voor.” (Verzorger in een interview na de derde pleegzorgwerker in anderhalf jaar)

Voorbeeld 14.8:

“Pas toen jeugdzorg zelf zag wat voor gestoorde man het was, begrepen ze ons en vanaf dat moment hebben we een goed contact en een goede samenwerking. Al vinden wij en de kinderen het niet nodig om elke keer die schoolrapporten en foto's op te sturen, maar ja, dat zijn nu eenmaal de regels.” (Verzorger in een interview)

Positieve ervaringen hadden te maken met tevredenheid over de geboden hulp aan het kind en gezin door gespecialiseerde hulpverleners, en ook werd een gespecialiseerde traumainstelling meerdere malen als steunend genoemd door de verzorgers; om staande te blijven te midden van de wisselende visies, het gebrek aan kennis of de handelingsverlegenheid bij sommige instanties (opgemerkt dient te worden dat participanten wisten dat ze spraken met medewerkers van een traumacentrum). De steun van de voogd die hulp organiseerde, werd vaak door verzorgers en kinderen genoemd als positief.

Voorbeeld 14.9:

“Eerst zeiden ze tegen ons dat je beter zelf het gezag kon houden, maar wij zijn blij dat de kinderbescherming kwam om te helpen. Wij hoeven nu niet naar rechtszaken en alle hulp wordt geregeld.” (Verzorger in een interview)

Voorbeeld 14.10:

“Wij zijn blij dat jeugdzorg het contact met de dader heeft en dat wij dat niet hoeven doen, ze hebben altijd pal achter ons gestaan.” (verzorger in een interview)

Voorbeeld 14.11:

“Je staat gewoon veel sterker, omdat je ten eerste alle hulp krijgt voor de kinderen. Als er iets is kan ik ze er altijd bij roepen, dan krijg je hulp. Als je er zelf achteraan moet, ben je daar gewoon te moe voor. Daarbij, mocht er ooit een rechtszaak zijn of wat dan ook, dan doen zij dat, dan hoef ik dat niet te doen. Dat is toch wel voor mij een goed gevoel geweest.” (Verzorger in een interview)

15. Casusbeschrijvingen

Het rapport biedt inzage in de verscheidenheid aan thema's (zoals gezag, plaatsing en omgang met de dader-ouder) die aan de orde komen na een partnerdoding. De thema's zijn in de voorgaande hoofdstukken telkens apart beschreven. De volgende casusbeschrijvingen brengen ze samen in de levensverhalen van Ahmed, Mohammed en Bouchra en van Lisa en Jibbe, om inzicht te geven in het samenspel van de verschillende factoren.

Casusbeschrijving 1

Voorgeschiedenis

Het gezin bestond uit beide ouders en 3 kinderen: Ahmed, Mohammed en Bouchra van respectievelijk 7, 3 en 1 jaar. Zij woonden in een doorsnee provinciestad in het westen van het land. Ouders lagen in scheiding. Twee jaar voor de partnerdoding deed de politie bij Bureau Jeugdzorg een zorgmelding vanwege huiselijk geweld, waarin stond vermeld dat moeder meerdere keren door vader werd geslagen. De familie werd ingeschakeld om het geweld te helpen voorkomen en moeder werd verwezen naar 'de Opvoedpoli' vanwege de moeite zij had met het drukke gedrag van Mohammed en Bouchra. Moeder voelde zich somber, maar volgde de verwijzing naar een psycholoog niet op. Een jaar later werd moeder opnieuw door vader geschopt en geslagen. Vader werd aangehouden en zat voor korte tijd vast. De echtscheidingsprocedure verliep moeizaam en vader kwam de gehele periode regelmatig bij moeder en de kinderen over de vloer. Moeder was continu op haar hoede en de kinderen leefden in angst.

Doding

Twee weken voor de partnerdoding moest de politie een aantal malen bemiddelen tussen ouders, vanwege verbale en fysieke dreiging door vader. Er vonden ernstige escalaties plaats, waarbij het geweld van vader gericht was tegen moeder en spullen in huis. Deze bemiddeling heeft niet kunnen voorkomen dat moeder in de ouderlijke woning met tientallen messteken om het leven werd gebracht. Ahmed, Mohammed en Bouchra waren hierbij aanwezig.

Hulpverlening, plaatsing en omgang

Na de doding melde de politie de kinderen aan bij Bureau Jeugdzorg, die vervolgens de Raad voor de Kinderbescherming verzoekt om in het gezag te voorzien. Dezelfde dag werd er door de rechter een voorlopige voogdij maatregel uitgesproken en de voogd van Bureau Jeugdzorg bracht de kinderen onder in een neutraal crisispleeggezin. Bouchra was ontroostbaar en huilde aan één stuk. Mohammed spookte in de nacht in paniek door het huis, en deed uitspraken als 'je bent dood, je bent niet lief.' Ahmed vertelde dat hij vanuit de hal gezien had dat 'papa mama doodgemaakt heeft en dat er allemaal gaatjes in mama zaten waar bloed uit kwam.' Hij deed het kreunende geluid na dat moeder op dat moment maakte. De beide families eisten de kinderen op en maakten ruzie waarbij zij elkaar over en weer bedreigden en ook de kinderen

betrokken. Het was dan ook niet mogelijk om de kinderen veilig in één van beide families onder te brengen. Hierop besloot de voogd de kinderen vanuit het crisispleeggezin onder te brengen in een neutraal perspectiefbiedend pleeggezin. De kinderen verhuisden binnen korte tijd voor de tweede keer.

De kinderen lieten stressklachten zien in de vorm van extreme angsten, nachtmerries, bedplassen en het naspelen van wat ze gezien hadden. Ahmed liet een groot verantwoordelijkheidsgevoel zien voor Mohammed en Bouchra en zorgde voor hen. Ahmed werd al voor de doding door zijn ouders betrokken in hun onderlinge strijd. Moeder nam Ahmed in vertrouwen en besprak haar eigen problemen met hem en ook kreeg hij opdracht om familieleden in te schakelen wanneer vader weer agressief was. Hij kwam een stuk ouder over dan zijn kalenderleeftijd.

Ahmed wilde na de doding bij zijn vader op bezoek maar vertelde ook nog erg boos op hem te zijn. Omgang met vader stuitte niet alleen op grote weerstand binnen de familie van het slachtoffer, maar was ook nog niet mogelijk doordat vader in beperking zat. Uiteindelijk gingen de kinderen drie jaar later voor het eerst bij hun vader op bezoek in de gevangenis. Vader was inmiddels ook in hoger beroep veroordeeld tot moord en kreeg hiervoor 15 jaar. Hij had de moord steeds ontkend.

In de jaren na de fatale gebeurtenis bleven met name Ahmed en Mohammed hun moeder missen, maar ze voelden zich thuis in het pleeggezin. Ze kregen om de week bezoek van de familie van moeder, waar ze van genoten. Er werd echter druk op hen uitgeoefend: een oom en tante belastten hen met instructies om tegen de hulpverleners te zeggen dat ze bij opa en oma wilden wonen en dat ze geen contact wilden met vader en zijn familie.

Ahmed en Mohammed hadden een leerachterstand, waren teruggetrokken en angstig. De constante strijd tussen de families stopte niet. Met enige regelmaat werd de politie ingeschakeld. De hulpverlening was erop gericht de kinderen veilig op te laten groeien bij pleegouders en het contact met de familie te behouden. Het onderhouden van contacten met de families bleef voor spanningen zorgen doordat zij de plaatsing niet accepteerden. Het contact met de familie van vader werd gestopt omdat het pleeggezin bedreigd werd en de kinderen geen contact meer wilden. Jaren later kwam de familie van vader onaangekondigd naar de sportclub van de kinderen die daarna helemaal van slag waren. Traumahulp voor de kinderen was tot dan toe niet ingezet om de kinderen eerst rust te gunnen in het pleeggezin.

Na drie jaar lieten de kinderen nog steeds traumaklachten zien. Ze lieten steeds meer details los over de gruwelijke gebeurtenis waarvan ze getuige waren geweest. De kinderen werden verwezen naar een gespecialiseerde GGZ-instelling voor traumabehandeling. De geboden hulpverlening sloeg goed aan.

Samenvattend kan gesteld worden dat Ahmed, Mohammed en Bouchra jarenlang te maken hebben gehad met een onveilige opvoedsituatie. In de jaren voor de doding was er sprake van een complexe echtscheiding en waren ze getuige van huiselijk geweld. In de jaren na de doding ging de strijd en dreiging tussen de families door en werden de kinderen hier opnieuw aan

blootgesteld. Uiteindelijk is het de hulpverleners gelukt rust en veiligheid te creëren, waardoor de wens van de kinderen om contact met hun familie te behouden gevolgd kon worden. Pas na jaren wordt voldoende ruimte ervaren om traumabehandeling te starten. Er werd met ondersteuning van de hulpverlening een begin gemaakt om in samenspraak met de kinderen de omgang met de vader vorm te geven.

Casusbeschrijving 2

De voorgeschiedenis, doding en acute fase

De ouders van Lisa (3 jaar) en Jibbe (5 jaar) hadden al enige tijd ruzie als hun moeder op een dag in een bos wordt gevonden. De politie deed onderzoek waaruit bleek dat hun moeder door een misdrijf om het leven is gekomen. Een paar dagen later werd hun vader opgepakt. Lisa en Jibbe waren daarbij aanwezig en werden door de politie naar vaders broer en zijn vrouw gebracht. Wanneer de melding vanuit de politie de Raad voor de Kinderbescherming bereikte, meldden zij dat zij de kinderen volgens hun werkwijze graag op een neutrale plek hadden geplaatst. Echter, de kinderen leken bij vaders broer prima te functioneren. Een geconsulteerde GGZ-instelling gaf aan dat hulpverlening op dit moment niet nodig leek. Dat Jibbe in zijn bed plaste en woede-aanvallen had en dat Lisa veel huilde werd beoordeeld als een normale reactie op een abnormale situatie. De Raad voor de Kinderbescherming besloot de kinderen op hun plek te laten blijven en meldde dat wanneer er toch strijd zou ontstaan rondom de kinderen, zij alsnog naar een neutrale plek zouden moeten.

De strafzitting

In de tussentijd diende de strafzitting van vader en hij werd in eerste aanleg veroordeeld voor moord. De rechtbank stelde dat vader samen met een collega de moord had gepland. Hij had Lisa en Jibbe bij familie ondergebracht en de collega ingeseind om het lijk te verwijderen. Vader bleef echter ontkennen en ging in hoger beroep. Na de strafzitting verzocht de Raad voor de Kinderbescherming om een voorlopige voogdijmaatregel bij de Rechtbank. Deze werd afgewezen, vanwege de nog lopende strafzaak van vader in hoger beroep. Er werd een ondertoezichtstelling uitgesproken.

Contact tussen de families en plaatsing

Vanuit detentie verbood vader zijn broer om Jibbe en Lisa contact met de familie van hun moeder te laten hebben. De broer van vader was niet tegen de dreiging van vader opgewassen. Ook de mediation die Bureau Jeugdzorg inzette om de partijen bij elkaar te brengen, mislukte. Ruim een half jaar na de plaatsing bij de broer van vader waren de conflicten zo hoog opgelopen dat Jibbe en Lisa in een crisisopvang werden geplaatst. Vanuit de crisisopvang werden Jibbe en Lisa een paar maanden later op een behandelgroep geplaatst. Lisa leek het op het eerste gezicht hier prima naar haar zin te hebben. Ze was vrolijk, kletste, en maakte gemakkelijk contact met andere kinderen op de groep. Jibbe daarentegen was stil en teruggetrokken. Hij mengde zich niet met zijn groepsgenoten. Af en toe werd hij schijnbaar uit het niets erg agressief.

Hulpverlening

De beide kinderen werden een jaar later onderzocht door een GGZ-instelling. Na herhaaldelijke pogingen om vader te betrekken, weigerde hij uiteindelijk zijn medewerking te verlenen. Door de uitgesproken ondertoezichtstelling kon het onderzoek ook zonder vader doorgang vinden. Met Lisa leek in eerste instantie weinig aan de hand. Wel bleek dat ze erg gehecht was aan de broer van vader, waar ze een half jaar had gewoond. Deze verzorgers vertelden haar dat haar vader haar moeder niet had vermoord. De familie van haar moeder geloofde het tegengestelde. Hierdoor moest Lisa zich wel afzetten tegen de familie van moeder. Van Jibbe werd gezegd dat zijn stille karakter versterkt werd door de omstandigheden. Hij kon niet kiezen tussen de volwassenen. Zijn spel was erg agressief en 'moord' en 'dood' waren veelvoorkomende thema's. Zijn spel bleef zich herhalen; er zat geen ontwikkeling in, wat bij een goede verwerking wel was gebeurd. Jibbe zat absoluut klem, was het oordeel van de GGZ-instelling. De GGZ-instelling kwam tot de conclusie dat de kinderen in een onoplosbaar conflict zaten, waarin vader als enige oplossing kon bieden door te vertellen wat er werkelijk was gebeurd met hun moeder. Openheid over de toedracht van de dood door vader was noodzakelijk. Binnen dit hulpverleningstraject werden ook de families betrokken en uiteindelijk werd gezamenlijk met de hulpverlening besloten om de kinderen opnieuw bij de broer van vader te plaatsen met bezoeken aan de familie van moeder.

Continuering civiele procedures en omgang met vader

Intussen had vader de hulpverlening zo vaak tegengewerkt, dat de huidige ondertoezichtstelling niet meer voldeed. Er werd een verzoek tot voorlopige voogdij gedaan. De rechtbank wees dit toe. Vader ging in hoger beroep.

Een half jaar later gingen de kinderen op bezoek bij vader onder begeleiding van de GGZ-instelling. De kinderen zagen hun vader eens per vier weken. Een jaar later, na het hoger beroep in het strafproces, waarin hij opnieuw veroordeeld werd tot de moord op de moeder van de kinderen, werd vader ontheven uit zijn gezag. Twee jaar later (negen jaar na de moord) werd de cassatie afgewezen. Na deze definitieve veroordeling raakten vader en zijn broer in conflict. Het contact werd verbroken. Ook Jibbe en Lisa zagen hun vader niet meer. Bureau Jeugdzorg stelde dan voor om deze bezoeken te begeleiden, maar dit weigerde vader. Twee jaar na dit definitieve gerechtelijke besluit kwam vader vrij. Vader kreeg een contact- en gebiedsverbod als voorwaardelijke straf ten aanzien van zijn kinderen. Op eigen initiatief zochten Jibbe en Lisa vader een enkele keer thuis op.

Ontwikkeling van de kinderen

Jibbe en Lisa bleven bij de broer van vader wonen. In dit gezin werd er weinig gesproken over de gebeurtenissen en zijn de dagelijkse zaken zo natuurlijk mogelijk doorgedaan. Inmiddels was Jibbe uitgegroeid tot een slimme en soms teruggetrokken jongen, die niet snel zou zeggen wat er in hem omging. Als het hem gevraagd werd, gaf hij zijn mening. Hij ontwikkelde zich goed. Lisa was een echte puber geworden en vormde zich inmiddels een eigen mening van de

werkelijkheid met betrekking tot de doding. Dat de beleving van iedereen in de familie anders was, maakte het voor Lisa extra ingewikkeld. Lisa zette zich steeds meer af tegen haar omgeving en liet sociaal-emotionele problemen zien. Zij werd dan ook aangemeld bij een psycholoog, tien jaar na de doding.

Samenvattend kan gesteld worden dat Lisa en Jibbe na de doding in een onmogelijk conflict belandden doordat vader de moord bleef ontkennen, ondanks verschillende veroordelingen. Bij de beide families leverde dat onherroepelijk verwarring en daarmee strijd op, maar voor de kinderen was dit onhoudbaar. Lisa en Jibbe lieten zien dat kinderen hier op verschillende momenten in tijd en op verschillende wijzen last van kunnen krijgen. Waar bij Jibbe de problemen in de ontwikkeling direct zichtbaar waren, onstond dit conflict voor Lisa pas later.

16. Discussie en conclusies

Dat ouderlijke partnerdoding een zeer schokkende gebeurtenis is voor kinderen en hun directe omgeving, staat buiten kijf. Het is daarom van groot belang om gedegen informatie te hebben en betrokkenen een stem te geven. Voor dit onderzoek hebben we zoveel mogelijk kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verzameld over jonge nabestaanden en hun verzorgers. De bevindingen laten vooral de ontwrichting van het leven van de betrokken kinderen zien, direct na de gebeurtenis maar ook vaak nog jaren later, waarbij de mate van stabiliteit in de omgeving een belangrijke rol lijkt te spelen.

Opmerkingen vooraf over de interpretatie van de resultaten

De resultaten van dit onderzoek geven een overzicht van de frequentie van partnerdodingen in Nederland waarbij kinderen betrokken zijn, de kenmerken van deze kinderen en gezinnen, en de ontwikkelingen in hun situatie. We hebben daarbij met name gekeken naar het welzijn van de jonge nabestaanden en thema's als woonsituatie, gezag, hulpverlening en bemoeienis van instanties, omgang met de dader-ouder en contact tussen de families van dader en slachtoffer.

Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening gehouden worden met de volgende punten:

- Dit onderzoek is de eerste systematische studie naar de gevolgen van partnerdoding voor kinderen in Nederland. Door het gebrek aan vergelijkbare studies in zowel Nederland als het buitenland is het daardoor niet mogelijk om bevindingen aan een stevige set van eerdere studies te toetsen.
- We hadden voor dit onderzoek 170 dossiers tot onze beschikking. Hoewel dit een aanzienlijk aantal is, bood niet elk dossier dezelfde kwantitatieve informatie en dateerden de dossiers van enkele dagen tot enkele jaren ten opzichte van het moment van de doding: voor veel onderwerpen was het dus niet mogelijk om harde, statistisch onderbouwde conclusies te trekken. De combinatie van dossiers, diagnostische informatie en kwalitatieve data maakte het echter wel mogelijk om processen, barrières en ervaringen te beschrijven en zo een goed algemeen beeld te krijgen van de gevolgen van partnerdoding voor kinderen.
- Het percentage allochtone kinderen was in onze 'mixed methods'-studie helaas kleiner dan in de groepen die we in de eerste twee fasen hebben onderzocht. Mogelijk is er dus sprake van cultuurspecifieke aspecten in hun ervaringen die wij niet hebben kunnen exploreren in de interviews. Hierover hebben we dan ook geen conclusies kunnen trekken.
- Bijna de helft van de kinderen die we benaderd hadden voor de 'mixed methods'-studie, maakten uiteindelijk deel uit van het onderzoek. De overige benaderde kinderen hebben om verschillende redenen niet deelgenomen aan het onderzoek. In de meeste gevallen was er sprake van psychosociale problemen of angst voor terugval. Het lijkt ons daarom aannemelijk dat de kinderen in onze 'mixed methods'-studie relatief minder klachten rapporteerden dan kinderen die niet betrokken waren bij dit onderdeel van het onderzoek. Dit betekent dat de psychosociale gevolgen voor kinderen met dit type trauma mogelijk nog verstrekkender zijn dan we op basis van onze onderzoeksresultaten kunnen concluderen.

Discussie van de resultaten

Het verlies van een ouder door partnerdoding in Nederland

In de periode 2003-2012 hebben minimaal 257 minderjarige kinderen een biologische ouder verloren als gevolg van partnerdoding. Door het combineren van verschillende databronnen is de foutenmarge voor deze bevinding klein. Wel moet rekening gehouden worden met het feit dat meerderjarige kinderen en kinderen die geen bloedband met de gedode ouder hadden, niet meegeteld zijn in dit aantal. In de ruime meerderheid van de gevallen was de moeder het slachtoffer, en het percentage allochtone ouders was hoger dan het percentage in de autochtone bevolking. Het gezag voor de doding lag over het algemeen bij beide ouders, of in mindere mate bij de moeder.

In veel gevallen was er waarschijnlijk of zeker sprake van eerder huiselijk geweld. Dit betekent dat de kinderen mogelijk al getraumatiseerd, en daardoor kwetsbaar waren voor ontwikkelingsproblematiek vóórdat de doding plaatsvond; een dergelijke kwetsbaarheid kan het herstel en de verdere ontwikkeling bemoeilijken. De partnerdodingen vonden vaak plaats in een van de thuissituaties van de kinderen. Bijna 60 procent van de kinderen was mogelijk of zeker getuige van de vaak zeer gewelddadige doding. Het ontwrichtende karakter van een partnerdoding wordt dus nog eens versterkt doordat veel dodingen zeer gewelddadig van aard waren, plaatsvonden in de thuissituatie en/of in het bijzijn van de kinderen.

Woonsituatie

We zagen een grote variatie in de woonsituatie van de kinderen na de doding met betrekking tot het type plaatsing, de duur van de plaatsing en het aantal wisselingen. De grootste groep kinderen woonde bij familie of bij iemand uit het netwerk van het slachtoffer; de overige kinderen verbleven bij familie van de dader, in een neutraal pleeggezin of in een instelling. Alle type plaatsingen kenden positieve en negatieve uitkomsten. Geen enkele plaatsingssoort bleek op voorhand onmogelijk of onhaalbaar, hoewel meerdere verzorgers wel aangaven aan zij het belangrijk vonden dat kinderen na een partnerdoding opgroeiden bij familie in plaats van in een neutraal pleeggezin of instelling. Meer dan de helft (55 procent) van de kinderen wisselden meer dan één keer van pleeggezin na de doding. Ervaren stress bij kinderen over het behoud van een verblijfplaats speelde een belangrijke rol in het welzijn, soms zelfs in stabiel lijkende plaatsingen. Uit de interviews bleek dat als nabestaanden in de besluitvorming over de plaatsing betrokken waren, dit voor hen meerwaarde had. Ook bleek dat, met name in de acute fase direct na de doding, screening en ondersteuning van het pleeggezin door professionals ontbrak. Naast steun van professionals, was voor verzorgers ook de sociale steun buiten het gezin essentieel. Voor kinderen was een hechte band en open contact met hun verzorgers van groot belang. Kortom, niet zozeer het type plaatsing (bijvoorbeeld bij familie aan de slachtoffer- of daderzijde), maar vooral de kenmerken van de plaatsing (bijvoorbeeld open contact, steun voor verzorgers) leken van belang.

Gezag en voogdij

In bijna tweederde van de 86 zaken waarvan we de dossiers hebben bestudeerd, werd direct na de doding de (voorlopige) voogdij geregeld bij een instelling. In ongeveer 25 procent bleef de dader-ouder voor kortere of langere tijd het gezag behouden. In een aantal gevallen behield de dader-ouder ook na zijn bekentenis en veroordeling het gezag. Nabestaanden vonden dit onlogisch en onwenselijk. In stabiel lijkende situaties werd soms niet om een kindbeschermingsmaatregel verzocht. Later ontstane strijd moest dan vaak eerst hoog oplopen, voordat er opnieuw voldoende grond of rechtvaardiging was om alsnog om een voogdijmaatregel te verzoeken. Ook konden gerechtelijke procedures, waarbij een voorlopige maatregel bijvoorbeeld werd omgezet in een definitieve maatregel, een aanleiding voor een dader-ouder zijn om oude strijdpunten opnieuw in te brengen. De procedures, met de onzekerheid en strijd die deze met zich meebrachten, vormden een aanzienlijke bron van stress voor de kinderen en hun verzorgers. Een voogdijmaatregel bood verzorgers een belangrijke buffer in het geval van strijdende families of inmenging van de gedetineerde dader-ouder. Omdat de totstandkoming van een definitieve gezagontnemende maatregel van de dader-ouder meestal veel tijd kost, werd in stressvolle en bedreigende situaties soms gekozen voor een verzoek tot voorlopige voogdij, dat op zeer korte termijn gehonoreerd kon worden.

Psychosociale gevolgen

De psychosociale gevolgen voor de kinderen en hun verzorgers zijn groot, blijkt uit de dossiers, het diagnostisch onderzoek en de interviews. Zo waren er bij 82% van de kinderen in de dossiers op enig moment na de doding zorgen over stressklachten. Hoewel veel van de 38 kinderen en jongeren in het diagnostische deel van het 'mixed methods'-onderzoek op verschillende domeinen van de ontwikkeling goed functioneerden, waren er bij 35 kinderen (92 procent) milde of ernstige zorgen op minimaal één (sub)domein. Ruim de helft van de kinderen had in meerdere of mindere mate last van posttraumatische stress klachten. Ook gedragsproblemen of een verminderde kwaliteit van leven werden regelmatig gerapporteerd. Toch schatten we, zoals hierboven beschreven, in dat deze groep kinderen het relatief goed deed ten opzichte van de kinderen die niet aan het onderzoek deelnamen. Zo waren de directe rouwklachten relatief beperkt. De volgende factoren leverden volgens de geïnterviewden een positieve bijdrage aan het welzijn: plaatsing bij vertrouwde familie, steun en continuïteit daarin, goed met elkaar kunnen praten en goed contact met beide families, in de gevallen waarbij beide biologische ouders betrokken waren bij de partnerdoding.

Iedere ontwikkelingsfase van kinderen en jongeren gaat gepaard met nieuwe (levens)vragen en uitdagingen. In de interviews kwamen dan ook vanzelfsprekend thema's naar boven die in die verschillende fasen spelen. Sterke voorbeelden zijn wellicht de vragen die in de puberteit – leeftijdsadequaat – opkwamen over identiteit; die bleken voor kinderen die een partnerdoding hebben meegemaakt extra prangend. Vragen over wie je bent als 'kind van een moordenaar' of de angst om zelf ook een moordenaar te worden, speelden een prominente rol en leidden soms zelfs tot achternaamwijzigingen.

In tegenstelling tot de kinderen rapporteerde bijna één op de drie verzorgers relatief ernstige eigen rouwklachten, en bij de helft van de gezinnen was sprake van zorgen over het gezinsfunctioneren. De belasting – en het belang – van het gezinssysteem kwamen sterk naar voren in de interviews: het is duidelijk dat ook de omgeving van de kinderen nog jarenlang grote moeite kan hebben met de doding zelf en de nasleep daarvan. Verder lijkt er een continue zoektocht naar balans plaats te vinden, waarin het soms lange tijd prima gaat met een kind of een gezin, tot er, bijvoorbeeld door een externe gebeurtenis zoals een nieuwe juridische procedure, weer nieuwe belasting ontstaat en het (tijdelijk) minder goed gaat.

Directe ondersteuning na de partnerdoding

In de dossiers was weinig informatie te vinden over de ondersteuning van kinderen direct na de doding, in de vorm van afscheid nemen en bijvoorbeeld het bewaren van persoonlijke spullen van de overleden ouder. Uit de interviews bleek dat kinderen vaker betrokken werden bij het afscheid dan de dossiers deden vermoeden. Uit de interviews bleek ook dat afscheid nemen van de overleden ouder, en een goede voorbereiding hiervan, belangrijk waren voor de kinderen. Het was voor de meeste kinderen een steun om in het bezit te zijn van eigen persoonlijke spullen en van die van de overleden ouder. Vaak was het huis echter een plaats delict en werd het verzegeld, waardoor het een aantal dagen tot weken duurde voordat deze spullen opgehaald konden worden.

De meeste kinderen werden waarheidsgetrouw geïnformeerd over de doding. In sommige gezinnen was dit echter niet het geval. Bij onjuiste of laat verstrekte informatie ontstond vaak extra onzekerheid, onrust en nieuwe of opvlammende klachten. Een bijzondere categorie waren de kinderen die belast werden met tegenstrijdige informatie over de doding door een ontkenkende (veroordeelde) dader-ouder. Dit riep verwarring op en leek de verwerking te doen stokken. Uit een aantal dossiers bleek ook dat de kinderen werden gehoord door de politie en dat hun getuigenissen gebruikt werden in het proces tegen de dader-ouder. We kunnen ons voorstellen dat de kinderen zich in zo'n geval in een zeer moeilijke positie ten opzichte van hun ouder bevonden. Ook kwamen de risico's van onbegeleid zoeken naar informatie over de doding op internet naar voren; kinderen kunnen daardoor blootgesteld worden aan pijnlijke details. Verzorgers kunnen hier op inspelen door informatie over de doding op internet in een 'journaal' vast te leggen. Als het kind later op internet gaat zoeken, kan een dergelijk journaal behulpzaam zijn bij gesprekken tussen de verzorger en het kind.

Samengevat zagen we dat open en leeftijdsadequate communicatie over de doding, een rol in het afscheid van de ouder en het bezit van persoonlijke spullen steun gaven. Problemen in de communicatie over de doding moeten in onze ogen vroegtijdig onderkend worden door professionals, waarna dan passende begeleiding ingezet kan worden.

Hulp vanuit instanties

Vrijwel alle kinderen in het dossieronderzoek ontvingen op een bepaald moment individuele hulp van een psycholoog, maatschappelijk werker, jeugdzorgwerker of vergelijkbare professionals.

Ongeveer de helft van de kinderen ontving traumagerichte therapie. Uit de interviews bleek dat wanneer kinderen en verzorgers psychologische hulp ontvingen, zij hier in het algemeen positieve ervaringen mee hadden. Het hielp hen om de gebeurtenis en de hiermee gepaard gaande gevoelens onder woorden te brengen; gesprekken over dit onderwerp werden in het dagelijks leven juist vaak vermeden. Ook ontving vrijwel ieder gezin uit het dossieronderzoek enige mate van hulpverlening gericht op het gezinssysteem, meestal vanuit Slachtofferhulp of pleegzorg. In de interviews werd deze benadering van het hele gezinssysteem meerdere malen als positief omschreven. Samenvattend kan dus worden gesteld dat niet alleen individuele, maar zeker ook gezinssysteemgerichte hulpverlening een belangrijke bijdrage lijkt te leveren aan het verwerkingsproces van de getroffen kinderen en hun verzorgers.

In de dossiers waren vrij sporadisch evaluaties van de hulpverlening/bemoeienis van instanties beschreven. In de beschreven dossiers bestond een grote variatie in de mate van tevredenheid van verzorgers en jonge nabestaanden, waarbij de verzorgers meer tevreden leken te zijn over de hulpverlening dan de 'niet-verzorgende' kant van de familie. Instanties die besluiten namen, zoals Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming en pleegzorg, over plaatsing, omgang met de gedetineerde dader-ouder en contact met de familie werden vaker negatief beoordeeld dan instanties die de hulpverlening uitvoerden zoals traumahulpverlening en Slachtofferhulp. Hier speelde mee dat de verzorger en het kind het vaak niet eens waren met de (voor)genomen besluiten van deze instanties.

Meerdere verzorgers vonden het belastend wanneer er geen continuïteit van hulpverleners van instanties als Bureau Jeugdzorg en pleegzorg was. De kinderen en verzorgers benoemden daarbij een verschil tussen de bemoeienis van instanties in de 'acute fase' direct na de doding en hulp na verloop van tijd: in de acute fase was er vaak veel verwarring en chaos met soms teveel bemoeienis van verschillende instanties, waarvan de taakverdeling en rol onduidelijk waren. Het belang van stabiliteit en continuïteit kwam sterk naar voren als wens van alle nabestaanden.

Meerdere verzorgers vertelden dat er door instanties te weinig gepraat werd met kinderen over belangrijke beslissingen. Sommige kinderen bevestigden dit, terwijl er ook voorbeelden waren van kinderen die het juist prettig vonden dat de communicatie buiten hen om verliep. Het lijkt essentieel om een duidelijk casemanagement te voeren ten behoeve van de eenduidigheid in de communicatie en afstemming van de hulpverlening met gezin.

Omgang met de dader-ouder

Er bleek variatie te zijn in de wens om omgang te hebben met de dader-ouder, en in de mate of vorm waarin de omgang plaatsvond. In het algemeen leek de wens van het kind te worden gevolgd, hoewel het soms onduidelijk was in hoeverre deze wens door anderen was ingegeven; vaak kwam de visie van een kind op omgang met de dader-ouder overeen met de visie van de verzorger.

Wanneer kinderen blootgesteld werden aan verschillende visies op (omgang met) de dader-ouder (bijvoorbeeld door strijdende families of door ontkenning van de dader-ouder) of wanneer

de dader-ouder druk uitoefende op de kinderen, ging dit vaak gepaard met verminderd welzijn. Uit de interviews kwamen enkele voorbeelden naar voren van pleeggezinnen van de daderkant die het kind konden beschermen tegen deze druk. Dit werd door de kinderen als bijzonder waardevol gezien.

Een belangrijk moment voor het vinden van een gewenste vorm van omgang met de dader-ouder, was de mogelijkheid van het kind om vragen te stellen aan de dader-ouder over het delict en de mogelijkheid van de dader-ouder om een bevredigend antwoord te kunnen bieden. Ook het kunnen uiten van boosheid vanuit het kind naar de dader-ouder leek een positieve impact op de omgang te hebben. Meerdere malen had de angst voor de vrijlating van de dader-ouder een grote impact op kind en gezin. De kinderen noemden in deze gevallen een geheime plaatsing en gebiedsverboden als houvast.

Samengevat kan het hebben van wel of geen omgang, en het type omgang met de dader-ouder afhankelijk zijn van het antwoord op de volgende vragen:

- a. Sluit de omgang aan bij de wens van het kind?
- b. Kan de dader-ouder het belang van het kind voorop stellen?
- c. Wordt er eenduidig gecommuniceerd over de doding in de naaste omgeving van het kind?

Contact met familie

Onderling goed contact tussen families van de dader en het slachtoffer werd door kinderen en verzorgers als positief ervaren. In een aanzienlijk aantal zaken was sprake van conflicten, vaak over de plaatsing van de kinderen en/of over de omgang met de dader-ouder. En strijd tussen families ging in meeste gevallen ook gepaard met meer psychosociale problemen bij de kinderen en gezinnen; de bevindingen suggereren dat de hulpverlenende instanties een belangrijke rol kunnen spelen in het beperken, kanaliseren of wegnemen van die strijd.

Algemene conclusies

Zoals hierboven beschreven heeft het onderzoek een aantal waardevolle inzichten opgeleverd. We hebben de volgende zes algemene conclusies getrokken:

1. Elke plaatsingsoptie kan goed uitpakken, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Essentieel zijn het voorkomen of reduceren van strijd en conflict tussen de betrokken families en het ondersteunen van verzorgers in hun nieuwe rol. Een (voorlopige) voogdijmaatregel kan ruimte bieden om goed aan te sluiten bij de belangen van het kind.
2. Het is belangrijk dat ieder kind zijn eigen beeld en mening kan vormen van de dader-ouder, en daarbij zo neutraal mogelijk begeleid wordt. Kinderen mogen in geen geval gedwongen worden tot wel of geen omgang met de dader-ouder.
3. Verzorger zijn na partnerdoding is een grote belasting. Verzorgers verdienen daarom niet alleen ondersteuning bij het vervullen van hun nieuwe rol, maar ook ter bevordering van hun eigen welzijn.

4. Veranderingen in plaatsing, gezag, juridische uitkomsten van een strafrechtproces, verlof, omgang met, en vrijlating van de dader-ouder leveren telkens opnieuw een aanslag op de stabiliteit van de situatie van de kinderen. Dit kan om een intensivering of nieuwe inzet van ondersteuning vragen.
5. Het is belangrijk om hulpverleners te trainen in basisaspecten van communicatie over de doding, begeleiding bij het afscheid nemen, en dergelijke. Bovendien dient bij de diagnostiek niet alleen naar trauma- en rouwklachten gekeken te worden, maar ook naar het dagelijks functioneren in de breedte, inclusief het gezinsfunctioneren. Daarbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor de algemene ontwikkeling van kinderen; elke ontwikkelingsfase kan een kind van nieuwe capaciteiten voorzien, maar ook voor nieuwe uitdagingen stellen.
6. Het is belangrijk om kinderen en verzorgers een duidelijke stem in de besluitvorming te geven; partnerdoding ontnemt kinderen in veel opzichten de controle over hun leven. De wensen en behoeften van kinderen kunnen mee veranderen met hun eigen ontwikkeling en met veranderingen in de situatie omtrent de partnerdoding.

Visie op de factoren die van invloed zijn op het welzijn van de betrokken kinderen

Plaatsing, gezag, psychosociaal welzijn en omgang met de dader-ouder vormden de vier speerpunten van het onderzoek. Op basis van de verkregen dossierinformatie, diagnostische informatie en de interviews hebben we de volgende visie op de resultaten en conclusies met betrekking tot deze speerpunten geformuleerd:

De kenmerken van de plaatsing zijn belangrijker dan het type plaatsing.

In onze ogen komt uit het onderzoek naar voren dat:

- a. het voorkomen en reduceren van strijd en conflict binnen en tussen de families belangrijk is voor een stabiele plaatsing;
 - b. het bieden van ruimte voor gevoelens van het kind van zowel loyaliteit en boosheid naar de dader-ouder en verdriet om het slachtoffer waardevol is;
 - c. het betrekken van kinderen en andere nabestaanden bij besluiten over de plaatsing draagvlak kan creëren voor de plaatsing;
 - d. een plaatsing in een gezinssituatie voorkeur heeft boven een plaatsing in een instelling;
 - e. het tijdig screenen van het pleeggezin en betrekken van intensieve en zo nodig langdurige ondersteuning door professionals essentieel is; en
 - f. een steunend netwerk van/rondom het pleeggezin een belangrijke positieve factor is.
- Deze elementen kunnen ten tijde van de crisisplaatsing bijdragen aan de keuze voor een perspectiefbiedende plaatsing⁶, en de perspectiefbiedende plaatsing bovendien bewaken door de inzet van uitgebreide ondersteuning aan dit gezin wanneer deze elementen in gevaar komen. Door het kind als onderdeel van het perspectiefbiedende pleeggezin te blijven zien, ontstaat rust voor het kind dat het hier kan blijven wonen en daadwerkelijk bij het gezin hoort.

⁶ Een perspectiefbiedende plaatsing is een plaatsing voor de lange termijn.

Een voorlopige voogdijmaatregel is de best passende maatregel bij een (vermoeden van) partnerdoding.

Tussenkoms van een voorlopige voogd biedt ruimte om goed aan te sluiten bij de belangen van het kind in het toch al ingewikkelde krachtenspel van belangen dat na de doding kan ontstaan tussen de familie van het slachtoffer, familie van de dader en de dader-ouder zelf. Een onafhankelijke instantie met beslissingsbevoegdheid werkt als buffer tussen het kind, de opvoedingssituatie en de belangen daar omheen. Dit creëert rust voor het kind, mits er niet te veel wisselingen in de toegewezen hulpverleners zijn. Door inzet van een ondertoezichtstelling krijgt een gezaghebbende ouder in detentie in onze ogen te veel inbreng in beslissingen. Ook in een ogenschijnlijk stabiele situatie kan een (voorlopige) voogdijmaatregel de nodige rust waarborgen. Men kan dan ook vroegtijdig interveniëren bij strijd die eventueel op een later moment nog oploopt.

Verwerking na partnerdoding is een dynamisch proces waarbij continu naar een nieuwe balans gezocht moet worden, iets waar de hulpverlening op aan kan sluiten.

Dat partnerdoding een ontwrichtende werking heeft, komt naar voren uit terugkerende psychosociale klachten, ook jaren na dato. De veroordeling, juridische procedures, en vrijlating van de dader-ouder zijn enkele van de problemen die in de loop der tijd naar de voorgrond treden en daarmee psychische klachten bij de nabestaanden teweeg kunnen brengen. Daarnaast kent elke ontwikkelingsfase van een kind nieuwe uitdagingen (bijvoorbeeld de identiteitsvragen in de puberteit) om met de partnerdoding om te gaan en de gevolgen ervan beter te verwerken. Soms vraagt dit om hernieuwde of aangepaste inzet van hulpverlening. Ook voor de verzorgers, zeker waar het nabestaanden van het slachtoffer en familie van de dader betreft, hebben de gevolgen van partnerdoding een grote impact op henzelf en op het functioneren van het gezin. Intensieve ondersteuning door een gespecialiseerde instelling, voor zowel de verzorgers als de kinderen door de tijd heen, lijkt belangrijk om de kans op welzijn van het kind te vergroten – bij voorkeur middels een ‘open’ (doorlopend) dossier. Opvallend aan de diagnostische resultaten is dat rouw bij kinderen, in tegenstelling tot rouw bij de verzorgers, niet pregnant naar voren komt. Dit kan onder andere betekenen dat de kinderen het verlies goed verwerkt hebben. Het kan echter ook zo zijn dat het traumatisch verlies de post-traumatische stressklachten een belemmering vormen om te rouwen^[48]. Dit zou betekenen dat deze kinderen nog niet aan rouwen toe zijn gekomen. Alleen longitudinaal onderzoek bij deze kinderen kan hierover uitsluitsel geven.

Omgang met de dader-ouder kan niet per definitie als gezond of juist schadelijk worden gezien.

Er is een aantal aspecten die de omgang met de dader-ouder kunnen maken of breken. Een problematische omgang, waarin kinderen blootgesteld worden aan strijd of tegenstrijdige visies tussen de families en de dader-ouder, zet een kind klem en leidt tot problemen in het welzijn. Als actieve ondersteuning vanuit hulpverlening niet het gewenste effect heeft, en het (eventueel tijdelijk) verbreken van de omgang met de dader-ouder de strijd en daarmee de problemen in het welzijn kunnen oplossen, dient deze keuze overwogen te worden. Van het dwingen van een

kind tot wel of geen contact met de dader-ouder kan echter in geen geval sprake zijn. Daarnaast blijkt het moment waarop de kinderen vragen willen of gaan stellen aan de dader-ouder over het delict een kritisch moment om te bepalen of het verstandig is om de omgang tot stand te brengen, te behouden of te verbreken. Goede voorbereiding is hierbij noodzakelijk.

Tot Slot

In één enkel rapport is moeilijk recht te doen aan de ontwrichting die partnerdoding veroorzaakt in de levens van kinderen. Veel van de betrokken en geïnterviewde kinderen spraken we pas jaren na het delict, maar leefden nog steeds in een fragiel evenwicht. Hun verhalen, en de verhalen van hun verzorgers, waren stuk voor stuk zeer indrukwekkend en aangrijpend, maar ook vaak inspirerend. Om zelfs onder deze omstandigheden het leven samen weer op de rails te krijgen is bijzonder. We hopen dat dit rapport een waardevolle bijdrage levert aan het inzicht in de gevolgen van partnerdoding en de mogelijkheden om kinderen en hun omgeving te ondersteunen.

17. Dankwoord

Grote dank gaat uit naar alle jonge nabestaanden, hun verzorgers en voogden die hun ervaringen en kennis met ons hebben gedeeld. Zij hebben aan den lijve ondervonden waar het om gaat. We zijn de Bureaus Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming zeer erkentelijk voor hun medewerking aan het onderzoek. Zonder hun ondersteuning bij het inzien van dossiers en het uitnodigen van mogelijke participanten, was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Speciale dank gaat uit naar mr. Harry van den Bosch (Jeugdzorg Nederland) en drs. Gerrit Verweij (Raad voor de Kinderbescherming). Slachtofferhulp Nederland, in het bijzonder dr. Sonja Leferink en haar collega's, zijn we erkentelijk voor hun bijdrage aan de werving van onderzoeksdeelnemers. Hetzelfde geldt voor vele lotgenotenorganisaties, verenigingen van professionals, expertise- centra en stichtingen. Als voorbeelden noemen we Aandacht Doet Spreken en het Expertisecentrum Omgaan met Verlies. In het bijzonder dhr Jan van Kleeff voorzitter van de Vereniging Ouders van een Vermoord Kind voor het onder de aandacht brengen van het onderzoek bij overige lotgenotenorganisaties. Prof. Paul Nieuwbeerta zijn we erkentelijk voor het delen van gegevens van zijn eerdere onderzoeken zodat wij nog een extra bron hadden voor het incidentieonderzoek. Onze collega's en stagiaires van het Psychotraumacentrum en de afdeling Medische Psychologie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis zijn we zeer dankbaar voor hun praktische en inhoudelijke ondersteuning. Speciale dank gaat uit naar Lieve Hehenkamp, Dr. Iva Bicanic, Bente van Baars en Ruby de Beer. Onze dank gaat ook uit naar de medewerkers van het WODC voor hun ondersteuning op meerdere fronten van het project, naar drs. Claudia Ruigendijk voor de redactie van het rapport en naar Nikki Vermeulen van Ridderprint voor de opmaak van het rapport. We zijn de Prof. H.A. Weijers Stichting en Monash University zeer dankbaar voor de genereuze bijdragen aan de projectkosten. Tot slot veel dank aan de leden van de begeleidingscommissie: Prof. Dr. Wim Slot (voorzitter, Vrije Universiteit Amsterdam), drs. Vera Schüller-Verlinden (Ministerie van Veiligheid en Justitie, Raad voor de Kinderbescherming, Landelijk Bureau), mr. Lianne Otten (Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Justitieel Jeugdbeleid), dr. Riet Fiddelaers-Jaspers (Expertisecentrum Omgaan met Verlies) en drs. Annemarie ten Boom (WODC) voor hun waardevolle inbreng.

18. Literatuurverwijzingen

1. Rechtbank 's Hertogenbosch. (2007, september 5). *Uitspraak*. Opgeroepen op Augustus 30, 2013, van <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RB-SHE:2007:BB2861&>
2. Steeves, R., & Parker, B. (2007). Adult perspectives on growing up following uxoricide. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(10), 1270-1284.
3. Alisic, E., Krishna, R., Groot, A., & Frederick, J. (2014). Children's mental health after parental intimate partner homicide. *in voorbereiding*, 204(5).
4. Hardesty, J., Campbell, J., McFarlane, J., & Lewandowski, L. (2008). How children and their caregivers adjust after intimate partner femicide. *Journal of family issues*, 29(1), 100-124.
5. Wolters, W. (1999). *Partnerdoding: Dubbel verlies voor kinderen?* Amsterdam: AMBO.
6. Morris, A., Gabert-Quillen, C., & Delahanty, D. (2012). The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*(9), 1-13.
7. Harris-Hendriks, J., Black, D., & Kaplan, T. (2000). *When father kills mother*. London: Routledge.
8. Alisic, E., Van Schaijk, M., Groot, A., & Strijker-Kersten, J. (2012). Gevolgen van partnerdoding voor kinderen. *Kind en Adolescent Praktijk*(3), 142-144.
9. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
10. Le Brocque, R. M., & Hendrikz, J. K. (2010). The course of posttraumatic stress in children: Examination of recovery trajectories following traumatic injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 637-645.
11. Lamers-Winkelmann, F., Slot, N., Bijl, B., & Vijlbrief, A. (2007). *Scholieren over mishandeling; resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voorgezet onderwijs*. Amsterdam/Duivendrecht.
12. Wolfe, D., Crooks, C., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.
13. Pynoos, R., Steinberg, A., & Piacentini, J. (1999). Developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-1554.
14. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2000). The pediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics*, 105, 445-447.
15. Dillen, L. (2007). Kinderen in rouw. Rouwsluiers ontsluitend? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 249-264.
16. Eland, J., Roos, C., & Kleber, R. (2000). *Kind en trauma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

17. Fiddelaers-Jaspers, R. (2014-10e druk) *Jong Verlies. Rouwende kinderen serieus nemen*. Utrecht, Ten Have.
18. National Child Traumatic Stress Network. (2014). *National Child Traumatic Stress Network*. Retrieved August 27, 2014, from <http://www.nctsn.org/resources/audiences/parents-caregivers/understanding-child-traumatic-stress#q8>
19. Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Uitgeverij Intro.
20. Eth, S., & Pynoos, R. S. (1994). Children who witness the homicide of a parent. *Psychiatry*, 57, 287-306.
21. De Keijser, J. (2004). Gecompliceerde rouw; diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor de psychotherapie*, 60-69.
22. Spuij, M., Stikkelbroek, Y., Goudena, P., & Boelen, P. (2008). Rouw en verliesverwerking door jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 29(2), 80-93.
23. Boelen, P., Van der Hout, M., & Van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.
24. Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., De Roos, C., & Boelen, P. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression and posttraumatic stress in bereaved children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 673-679.
25. Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., Friedman, M., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70 (4) .
26. De Keijser, J. (2014). Diagnostiek en behandeling van complexe rouw (oratie). Groningen: Stimuleringsfonds Rouw
27. Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
28. Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 1-10.
29. Solomon, R., & Rando, T. (2012). Treatment of grief and mourning through EMDR: conceptual considerations and clinical guidelines. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 231-239.
30. Cohen, J., Mannarino, A., & Staron, V. (2006). A Pilot study of modified cognitive behavioural therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 1485-1473.
31. Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. In S. Timmer, & A. Urquiza, *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children* (pp. 165-185). Dordrecht: Springer Netherlands.

32. Van Emmerik, A., Kamphuis, J., & Emmelkamp, P. (2008). Treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 77, 93-100.
33. Lucassen, S., & Van der Oord, S. (2008). *WRITEjr: Protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten*. Amsterdam: SWP.
34. Spuij, M., Dekovic, M., & Boelen, P. (2013). An open trial of 'Grief-Help: a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
35. Trimbos Instituut. (2013, 08 01). *Psychologische interventies bij post-traumatische stress stoornis (PTSS)*. Opgeroepen op 09 25, 2014, van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ: http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1087&richtlijn_id=35
36. *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*. (2014, Maart 27). Opgeroepen op Augustus 27, 2014, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/32015/stb-2014-131?resultIndex=0&sorttype=1&sortorder=4>
37. Justitie, M. v. (2013, November 18). *Handelingsprotocol gezag contact omgang en hulp na partnerdoding waarbij minderjarige kinderen zijn betrokken*. Opgeroepen op Augustus 27, 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/richtlijnen/2013/11/18/handelingsprotocol-gezag-contact-omgang-en-hulp-na-partnerdoding-waarbij-minderjarige-kinderen-zijn-betrokken.html>
38. Nieuwbeerta, P., & Leistra, G. (2003). *Moord en Doodslag in Nederland*. Amsterdam: Prometheus.
39. Nieuwbeerta, P., & Leistra, G. (2007). *Dodelijk geweld. Moord en doodslag in Nederland*. Amsterdam: Balans.
40. Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. London: Sage.
41. Siebelink, B., & Treffers, D. (2001). *Adis-C: Nederlandse bewerking van Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Lisse: Swets Test Publishers.
42. Silverman, W., & Albano, A. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent interview schedule*. Oxford: Oxford University Press.
43. Silverman, W., & Rabian, B. (1995). Test-retest reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders symptoms using Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(2), 139-150.
44. Rabian, B., Ginsburg, G., & Silverman, W. (1994). ADIS-R for children. *JS March, New developments in assessing child and adolescent anxiety disorders. Symposium conducted at the meeting of the Anxiety Disorders Association of America*. Santa Monica, California.
45. First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., & Benjamin, L. (1998). *Structured clinical interview for DSM-IV axis disorders (SCID) version 2.0*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
46. Lobbetael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, 18 (1), 75-79.

47. Van Groenestijn, M., Akkerhuis, G., Kupka, R., Schneider, N., & Nolen, W. (1998). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV As-I stoornissen*. Amsterdam: Pearson.
48. Boelen, P. A., De Keijser, J., & Bout, J. van den (2001). Psychometrische eigenschappen van de Rouw VragenLijst (RVL). *Gedrag & Gezondheid*, 29, 172-185
49. Prigerson, H., Kasl, S., & Jacobs, S. (1997). *The Inventory of Complicated Grief Revised*. Unpublished manuscript.
50. Boelen, P., Van den Bout, J., De Keijser, J., & Hoijsink, H. (2003). Reliability of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief (ITG). *Death Studies*, 27 (3), 227-247.
51. Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., Roos, C., et al. (2012). Psychometric properties of the Dutch inventories of prolonged grief for children and adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19 (6), 540-551.
52. Achenbach, T. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
53. Verhulst, Van der Ende, J., & Koot, H. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus MC.
54. Achenbach, T., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (3), 251-275.
55. Van der Ploeg, J., & Scholte, E. (2008). *Handleiding Gezinsvragenlijst (GVL) [Manual for the Dutch Family Home Environment Scale]*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
56. Gordijn, M., Cremers, P., Kaspers, G., & Gemke, R. (2011). Fatigue in children: reliability and validity of the Dutch PedsQLTM Multidimensional Fatigue Scale. *Quality of Life Research*, 20(7), 1103-1108.
57. Varni, J., Burwinkle, T., Seid, M., & Skarr, D. (2003). The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility reliability and validity. *Ambulatory Pediatrics*, 3, 329-341.
58. Engelen, V., Haentjes, M., Detmar, S., Koopman, H., & Grootenhuis, M. (2009). Health related quality of life of Dutch children: psychometric properties of the PedsQL in the Netherlands. *BMC pediatrics*, 9 (1), 68.
59. Zee, K. v., Sanderman, R., Heyink, J., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of the RAND 36-item Health Survey 1.0: A multidimensional measure of general health status. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 104-122.
60. Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, K. (2010). *COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: NIP/COTAN.
61. Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool-and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1326-1337.
62. CBS Statline - Bevolking; kerncijfers. (2014, augustus 26). Opgeroepen op september 15, 2014, van Centraal Bureau voor de Statistiek: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,\(I-1\),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,(I-1),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T)

63. Nicolaas, H., Loozen, S., & Annema, A. (2012). Demografie. In R. Van der Vliet, J. Ooijevaar, & R. Van der Bie, *Jaarrapport Integratie 2012* (pp. 33-66). Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
64. Verhulst, F.C., & Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF*. Rotterdam: ASEBA Nederland.

19. Topic lists voor kwalitatieve interviews

1. Topic list voor interviews met jonge nabestaanden.

Plaatsing

- Waar heb je gewoond sinds de dood van je moeder/vader?
- Kun je me helpen om een schema te maken van bij wie je wanneer hebt gewoond?
- Hoe kijk je terug op je verblijfplaats(en)?
- Wat had je liever anders gewild? Hoe had dat eruit gezien?

Persoonlijk

- Heb je je eigen belangrijke spullen bij je kunnen houden?
- Heb je spullen van je vader of moeder?

Omgang met dader-ouder & gezag

- Hoe is je contact met je vader/moeder geweest sinds de dood van je moeder/vader?
- Kunnen we aan het schema toevoegen wanneer je ongeveer contact had en hoe vaak?
- Hoe kijk je terug op dat contact?
- In welke mate had je het anders gewild? Hoe?
- Hoe was voogdij/gezag bij jou geregeld?
- Hoe vond je dat?

Rol van familieleden / familie vrienden

- Welke mensen zijn het belangrijkste voor je geweest na het verlies van je moeder/vader? (daderzijde/slachtofferzijde/neutraal?)
- Wat was hun rol?
- Hoe waren zij belangrijk?
- Wanneer waren zij belangrijk voor jou?
- Hoe is het contact gegaan tussen de familie van je vader en de familie van je moeder?

Rol van instanties/hulpverlening

- Met welke hulp/instanties heb je te maken gehad?
- Wat vond je daarvan?
- Wat had je liever anders gewild? Hoe had dat eruit gezien?
- Welke beslissingen zijn er gemaakt? Wat mocht jij hierover zeggen / in hoeverre ben je erin betrokken? Wie maakte die beslissingen?

Helpende factoren

- Welke dingen/mensen/gebeurtenissen hebben je geholpen?
- Heb je psychologische hulp gehad? Zo ja, hoe vond je dat?
- Welke tips heb je voor kinderen/jongeren die ook zoiets hebben meegemaakt?
- Heb je contact met kinderen die hetzelfde hebben meegemaakt? Zo ja, hoe vond je dat?

Identiteitsvragen en toekomstperspectief

- Hoe zie je jezelf? / Hoe zou jij jezelf omschrijven of hoe omschrijven vrienden jou?
- Hoe kijk je aan tegen de toekomst? / Hoe zie jij je leven later?

Psychosociaal welzijn

- Zijn er dingen die je zou willen toevoegen aan de vragen van net over hoe het met je gaat?
- Hoe is het in de loop der jaren met je gegaan?
- Zijn er mijlpalen geweest?
- Waar heb je nu nog het meest last van?

Eigen vragen/thema's

- Is er nog iets waar we het niet over gehad hebben dat je graag wil vertellen?

2. Topic list voor interviews met verzorgers/voogden

Plaatsing

- Waar heeft het kind gewoond sinds de dood van zijn moeder/vader?
- Kunt u me helpen om een schema te maken van bij wie het kind wanneer heeft gewoond?
- Hoe verwacht u dat het kind terugkijkt op de verblijfplaats(en)?
- Wat denkt u dat het kind liever anders had gewild? Hoe had dat eruit gezien?

Vragen alleen voor voogd/verzorger

- Heeft het kind persoonlijke spullen bij zich kunnen houden na de doding?
- Heeft het kind persoonlijke spullen van zijn vader/moeder?
- Wanneer werd het kind geïnformeerd over het overlijden van zijn vader/moeder?
- Heeft het kind de keuze gehad om afscheid van zijn overleden vader/moeder te kunnen nemen?

Omgang met dader-ouder & gezag

- Hoe is het contact met de vader/moeder geweest sinds de dood van zijn/haar moeder/vader?
- Kunnen we aan het schema toevoegen wanneer het kind ongeveer contact had en hoe vaak?
- Hoe verwacht u dat het kind terugkijkt op dat contact?
- In welke mate verwacht u dat het kind het anders gewild? Hoe?
- Hoe was voogdij/gezag geregeld?
- Hoe vond het kind dat?

Rol van familieleden / familie vrienden

- Welke mensen zijn het belangrijkste voor het kind geweest na het verlies van zijn/haar moeder/vader? (daderzijde/slachtofferzijde/neutraal?)
- Wat was hun rol?
- Hoe heeft zich hun rol over de tijd ontwikkeld?
- Wanneer waren zij belangrijk voor het kind?
- Hoe is het contact verlopen tussen de familie van vader en de familie van moeder?

Rol van instanties/hulpverlening

- Met welke instanties heeft het kind contact gehad / te maken gehad?
- Hoe verwacht u dat zijn/haar ervaring met hen is (geweest)?
- In hoeverre hebben deze instanties het kind betrokken bij besluiten?
- Wat verwacht u dat het kind liever anders had gewild? Hoe had dat eruit gezien?

Helpende factoren

- Welke dingen/mensen/gebeurtenissen hebben het kind geholpen? / Wat waren helpende factoren?
- Heeft het kind psychologische ondersteuning gehad? Zo ja, hoe verwacht u dat het kind dit heeft ervaren?
- Heeft het kind contact gehad met lotgenoten? Zo ja, hoe verwacht u dat het kind dit heeft ervaren?

Identiteitsvragen en toekomstperspectief

- Hoe verwacht u dat het kind zichzelf ziet?
- Hoe kijkt het kind tegen de toekomst aan?

Psychosociaal welzijn

- Zijn er dingen die u zou willen toevoegen aan de vragen van net over hoe het in de afgelopen jaren met het kind is gegaan?
- Zijn er mijlpalen geweest?
- Waar heeft het kind nu nog het meest last van?

Eigen vragen/thema's

- Is er nog iets waar we het niet over gehad hebben dat u graag wil vertellen?

