

Vergaderjaar 2024–2025

31 015

Kindermishandeling

31 839

Jeugdzorg

Nr. 277

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARISSEN VAN JUSTITIE EN
VEILIGHEID, VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN
VAN ONDERWIJS, CULTUUR EN WETENSCHAP**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 januari 2025

Met deze brief bieden de Staatssecretaris Rechtsbescherming (SRb), de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport (SJPS), de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg (SLMZ) en de Staatssecretaris Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (SOCW) – mede namens de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid (SJenV) – uw Kamer twee rapporten aan: «Zakelijke weergave Casusonderzoek pleegzorg meisje Vlaardingen» van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) en het «SBO Kameleon Rapport specifiek onderzoek» van de Inspectie van het Onderwijs (IvhO).¹

1. Inleiding

Eind mei 2024 werd Nederland opgeschrikt door het afschuwelijke bericht dat een 10-jarig meisje met zware verwondingen in het ziekenhuis was opgenomen en dat haar pleegouders waren aangehouden op verdenking van poging tot doodslag en zware mishandeling. Inmiddels is duidelijk dat dit meisje haar leven lang te maken zal hebben met de gevolgen hiervan en intensieve zorg nodig heeft. Dit laat niemand onberoerd, het is onvoorstelbaar wat dit meisje is aangedaan. Wij leven met haar mee en met haar moeder, zusje en andere naasten. Ieder kind verdient een veilig thuis. Juist kinderen die al veel hebben meegemaakt in hun leven. Kinderen die om welke verdrietige reden dan ook niet bij hun eigen ouders kunnen opgroeien. Dat het bij dit meisje dat uit huis en in een pleeggezin is geplaatst zo enorm mis is gegaan, is afschuwelijk. Zeker in de wetenschap dat zij meermaals om hulp heeft gevraagd en er niet is ingegrepen. Het meisje is daarin in de steek gelaten en dat is een intens droevige constatering.

¹ Zie bijlage 3 voor de verantwoordelijkheidsverdeling van de bewindspersonen.

Naast het nog lopende strafrechtelijk onderzoek naar de pleegouders hebben de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) en de Inspectie van het Onderwijs (IvhO) onderzoek gedaan naar wat er gebeurd is bij de organisaties die betrokken waren bij de zorg van dit meisje. De IGJ heeft samen met de IJenV de geleverde kwaliteit en veiligheid van de zorg aan het meisje onderzocht. De IvhO heeft onderzoek gedaan naar de rol van het onderwijs.

Vandaag hebben de Inspecties twee rapporten² gepubliceerd. Met deze brief zenden wij uw Kamer deze rapporten en onze beleidsreactie op de bevindingen en conclusies van de inspecties, waarin wij ook ingaan op hoe alle aanbevelingen worden overgenomen en de aanvullende maatregelen die wij daarnaast willen nemen.

De conclusies van het rapport van de IGJ en IJenV zijn schokkend. Zowel de pleegzorgorganisatie als de gecertificeerde instelling hebben onvoldoende actie ondernomen na ernstige zorgsignalen. Met het meisje is onvoldoende gesproken en er is onvoldoende naar haar geluisterd. Gedurende een lange periode was er geen enkel zicht op de veiligheid en de ontwikkeling van het meisje. De samenwerking tussen gecertificeerde instelling, de pleegzorgorganisatie en de pleegouders was slecht. De inspecties zijn zeer kritisch in hun oordeel over de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor het meisje. Met name gecertificeerde instelling William Schrikker Jeugdbescherming & Jeugdreclassering en pleegzorgaanbieder Enver zijn in hun hulpverlening ernstig tekortgeschoten. De betrokken professionals en hun organisaties hebben er niet voor gezorgd dat het meisje veilig kon opgroeien, ondanks alle protocollen, richtlijnen en afspraken die er zijn met het oog op kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het meisje heeft niet centraal gestaan, zij is onvoldoende gezien, gehoord en geloofd waar dat juist de kern van het werk van de betrokken organisaties en medewerkers zou moeten zijn.

De vraag hoe het zo mis heeft kunnen gaan voor dit meisje in het pleeggezin is een vraag die velen bezighoudt. We realiseren ons dat dit rapport veel teweeg brengt. Vooral voor het meisje en haar familie, maar ook voor andere kinderen en hun naasten die in het rapport genoemd worden. Ook voor medewerkers in de pleegzorg en jeugdbescherming en pleegouders, die zich dagelijks inzetten om kinderen een veilig thuis te bieden, moet dit rapport ontluisterend zijn. De ernstige conclusies vragen serieuze opvolging en het kabinet omarmt alle aanbevelingen die de inspecties doen en verwacht dit ook van de betrokken organisaties.

In deze brief lichten wij de inhoud van de inspectierapporten toe, met de belangrijkste aanbevelingen en wat de inspecties verwachten van de betrokken instellingen aan opvolging en verbetermaatregelen. Verder gaan we in op de maatregelen die wij aanvullend voorstellen. Daarbij gaan wij in op twee belangrijke vragen: hoe staat het met de veiligheid van andere pleegkinderen op dit moment en hoe kunnen we zorgen voor veiligheid van pleegkinderen in de toekomst. Ten slotte schetsen wij het vervolg, waaronder het rapporteren aan uw Kamer over de uitvoering van de verbetermaatregelen van de betrokken organisaties en de acties die wij vanuit onze stelselverantwoordelijkheid inzetten.

Uw Kamer heeft aangekondigd op korte termijn een plenair debat te willen voeren naar aanleiding van de uitkomsten van de inspectieonderzoeken. Deze brief dient ook ter voorbereiding van dit debat.

² Het rapport van de IGJ en IJenV betreft de zakelijke weergave. De volledige versie van dit rapport is vanwege privacygevoelige informatie alleen gedeeld met de directbetrokkenen en wordt niet openbaar gemaakt.

Binnen de jeugdzorg hebben verschillende overheden en organisaties elk een andere (deel)taak of (deel)verantwoordelijkheid. In bijlage drie is een overzicht opgenomen van de taken en verantwoordelijkheden van de organisaties en overheden die binnen het jeugdstelsel een rol hebben.

2. Conclusies en aanbevelingen inspecties

Onderzoek IGJ en IJenV

De IGJ en IJenV hebben in mei 2024 een verplichte calamiteitenmelding ontvangen van pleegzorgorganisatie Enver en gecertificeerde instelling William Schrikker Jeugdbescherming & Jeugdreclassering (WSS). De IGJ en IJenV hebben vervolgens onderzoek gedaan naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan dit meisje. Het onderzoek richtte zich op de hoofdvraag: is bij het verlenen van jeugdhulp en gezondheidszorg en het bevorderen van de veiligheid van dit meisje voldaan aan de geldende wet- en regelgeving en veldnormen, en welke lessen kunnen en moeten daaruit worden getrokken voor de toekomst.³ De handelwijze van diverse organisaties is onderzocht, waaronder de WSS, Enver, de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) en Veilig Thuis (VT).

De inspecties onderzochten de periode van de uithuisplaatsing van het meisje in oktober 2021 tot het moment dat zij werd opgenomen in het ziekenhuis, eind mei 2024. De focus lag daarbij op de periode vanaf maart 2022 toen het meisje in het pleeggezin in Vlaardingen verbleef. In die periode was Enver de betrokken pleegzorgorganisatie, verantwoordelijk voor een veilig opvoedklimaat in het pleeggezin. De betrokken gecertificeerde instelling was de WSS, verantwoordelijk voor de veiligheid van het meisje. Van juli 2021 tot september 2021 verbleven er twee broertjes uit een ander gezin in het pleeggezin. Deze periode is ook meegenomen in het onderzoek.

De inspecties constateren dat de hulpverlening aan het meisje ernstig tekort is geschoten en dat zij onvoldoende is gehoord, gezien en geloofd. De inspecties stellen vast dat bij het verlenen van jeugdhulp en gezondheidszorg en het bevorderen van de veiligheid van het meisje veelal niet is voldaan aan de geldende wet- en regelgeving en veldnormen. Daarbij komen zij tot drie hoofdconclusies:

1. Vanaf de plaatsing in het pleeggezin heeft het voor het meisje ontbroken aan passende hulp en begeleiding. Zowel Enver als de WSS hebben onvoldoende acties ondernomen na ernstige zorgsignalen. Met het meisje is onvoldoende gesproken en er is onvoldoende naar haar geluisterd. Het meisje is met ernstig letsel en symptomen van mishandeling en verwaarlozing opgenomen in het ziekenhuis tijdens haar verblijf in het pleeggezin in Vlaardingen. De situatie waarin het meisje tijdens haar verblijf in het pleeggezin verkeerde heeft kunnen ontstaan, voortduren én verergeren doordat de pleegzorgbegeleiding van Enver en de jeugdbescherming van de WSS ernstig tekort schoten.
2. Vanaf eind december 2023 tot aan de calamiteit eind mei 2024 ging het meisje niet naar school en hadden de WSS en Enver geen enkel zicht op de veiligheid en de ontwikkeling van het meisje.
3. De samenwerking tussen de WSS, Enver en pleegouders die zich moest richten op de veiligheid en de ontwikkeling van het meisje was slecht en relevante informatie over het pleeggezin en over de zorg voor het meisje is onvoldoende gedeeld tussen de professionals. Een

³ Inspectierapport IGJ&IJenV (vanaf p. 9).

belangrijke oorzaak hiervoor zien de inspecties in onprofessioneel en onvoldoende planmatig en doelgericht werken door de WSS en Enver.⁴

Alles overwegend concluderen de inspecties dat de hulpverlening door de WSS en Enver aan het meisje ernstig tekort is geschoten⁵. Naast deze drie hoofdconclusies hebben de inspecties conclusies opgesteld per organisatie (zie onder) en doen zij een aantal aanbevelingen.⁶

Enver

De inspecties constateren dat eerdere signalen over het pleeggezin niet navolgbaar zijn meegewogen bij de plaatsing van het meisje in het pleeggezin. Bij de eerdere uitplaatsing van twee broertjes door Nidos⁷ kwamen ernstige signalen over het Vlaardingse pleeggezin naar voren. De inspecties beoordelen het proces van de matching en plaatsing van het meisje daarmee als onvoldoende navolgbaar in afwegingen en zorgvuldigheid, en niet conform de richtlijn Pleegzorg en de werkhandleiding Pleegzorg van Enver. De inspecties concluderen daarnaast dat de dossiervoering bij Enver onvolledig en onzorgvuldig was. Het is voor de inspecties onnavolgbaar dat de overeenkomsten in de geuite zorgsignalen van de broertjes en het meisje over het handelen van de pleegouders door Enver zijn gemist. Zij geven aan dat er geen volledig beeld was van het pleeggezin en de pleegzorgwerker onvoldoende professionele afstand hield ten opzichte van pleegouders om met voldoende objectiviteit naar de situatie van het pleegmeisje te kunnen kijken. Er is onvoldoende gehandeld conform de Richtlijn Pleegzorg en de eigen werkhandleiding pleegzorg en niet conform het protocol meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling bij signalen over onveiligheid. De inrichting van de organisatie van Enver wordt beoordeeld als onvoldoende: het werkproces of het registratiesysteem geven geen inzicht of medewerkers de richtlijnen op juiste wijze volgen.⁸

William Schrikker Jeugdbescherming & Jeugdreclassering

De inspecties constateren dat de WSS onvoldoende zicht had op de veiligheid van het meisje in het pleeggezin en ook onvoldoende actie heeft ondernomen om dit te krijgen. Signalen van onveiligheid van het meisje zijn meerdere malen niet opgepakt en zijn onvoldoende in samenhang beoordeeld. Bij verschillende situaties is niet conform de meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling, richtlijn Kindermishandeling of richtlijn Pleegzorg gehandeld. Daarnaast concluderen de inspecties dat de WSS onvoldoende planmatig heeft gewerkt en onvoldoende regie heeft gevoerd. Ook toen WSS de overtuiging had dat het meisje doorgeplaatst moest worden, heeft WSS dit niet doorgezet en onvoldoende koers bepaald. WSS heeft de mogelijkheden voor een plaatsing van het meisje binnen haar familie onvoldoende onderzocht en er is onvoldoende gewerkt aan contactherstel tussen het meisje en haar moeder en familie. Ook constateren de inspecties dat de inrichting van WSS als organisatie onvoldoende leidde tot verantwoorde hulp.⁹

⁴ Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 9–10)

⁵ Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 17)

⁶ Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 32–33)

⁷ Nidos is de voogdijorganisatie voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen

⁸ Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 18–22)

⁹ Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 22–25)

Over de handelwijze van de Raad voor de Kinderbescherming constateren de inspecties dat bij de herscreening van het pleeggezin niet het vier ogen principe is toegepast.¹⁰ Ook geven zij aan dat het onderzoek naar het verzoek tot gezagsbeëindiging niet tijdig is verricht. De informatie die de RvdK had was niet volledig en het advies over het perspectief en de afwegingen die de RvdK hierbij heeft gemaakt zijn onvoldoende navolgbaar/onderbouwd.¹¹

Veilig Thuis en het Crisisinterventieteam (CIT Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond)

Over de inzet van Veilig Thuis en het Crisisinterventieteam (CIT) concluderen de inspecties dat er naar aanleiding van de melding in december 2023 navolgbaar en conform de afspraken is gehandeld. Met betrekking tot de eerdere melding van de twee broertjes die eerder in dit pleeggezin waren geplaatst, geven de inspecties aan dat deze melding van Nidos te beperkt is onderzocht.¹²

Onderzoek Inspectie voor het Onderwijs

Ten tijde van de onderzochte gebeurtenissen stond het meisje ingeschreven op een school in Vlaardingen. Naar aanleiding van mediaberichten en een gesprek op deze school¹³ heeft de IvhO een specifiek onderzoek uitgevoerd naar de rol van het onderwijs gegeven de voor het onderwijs geldende wettelijke kaders.

Uit het onderzoek blijkt dat zowel bestuur als school een meldcode hebben vastgesteld, dat het stappenplan in de meldcode de vijf verplichte stappen bevat¹⁴ en dat dit stappenplan ook schooleigen is gemaakt. De school had een lange periode geen zorgen over de persoonlijke situatie van de leerlinge, tot een incident in december 2023. Op dat moment kreeg de school signalen van de leerlinge over mogelijk huiselijk geweld en kindermishandeling. De school heeft toen het stappenplan geraadpleegd en alle stappen doorlopen.¹⁵

De school heeft onderbouwd besloten om bij stap 5a geen melding bij Veilig Thuis te maken. De onderbouwing bestond eruit dat de relevante zorginstanties al betrokken waren, ze direct na het incident deze instanties heeft gecontacteerd en de ervaring van de school dat Veilig Thuis meldingen eerder meermaals formeel niet aannam en terugverwees naar zorginstanties, waarvan bekend is dat ze een gezin al begeleiden. De school heeft één zorginstantie direct gesproken. De school heeft melding gemaakt van het incident, de informatie gedeeld die zij op dat moment had, de zorg uitgesproken over de situatie en advies gevraagd over de vervolgaanpak. Deze zorgpartner heeft de school er op dat moment van overtuigd de leerlinge alsnog naar huis te brengen. De andere zorginstantie is door de school de volgende dag op de hoogte gesteld.

¹⁰ Conform het kwaliteitskader 2023 van de RvdK: Kwaliteitskader Raad voor de Kinderbescherming 2025 | Publicatie | Raad voor de Kinderbescherming

¹¹ Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 25–26)

¹² Inspectierapport IGJ&IJenV (p. 27–28)

¹³ Dit betrof een gesprek van IGJ en IJenV met de school waar de IvhO op uitnodiging bij aanwezig was.

¹⁴ Conform Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, art. 1 en 2

¹⁵ Stappen van de meldcode: 1) In kaart brengen van signalen; 2) Collegiale consultatie en zo nodig (anoniem) raadplegen van VT; 3) Gesprek met ouders/verzorgers/kind; 4) Wegen van het geweld/kindermishandeling; 5) Beslissen melden of hulp organiseren 5a) Beslissing 1: melden bij VT?; 5b) Beslissing 2: is hulpverlening (ook) mogelijk?

Vanaf begin 2024 zat het meisje thuis. De lvhO schrijft in haar rapport dat dit was vanwege een «time out» ingezet door de school na overleg met zorginstanties en de leerplichtambtenaar. Dit vanwege de noodzaak voor zorg, die volgens betrokkenen expliciet voorging op onderwijs. In januari 2024 heeft op initiatief van school een vervolgoverleg plaatsgevonden. Ook toen werd vastgehouden aan de afspraak dat zorg voorop stond. De school ontving vervolgens geen berichten. De school heeft zelf – zonder resultaat – geïnformeerd bij de zorginstanties naar de situatie van de leerlinge.

3. Beleidsreactie

Kinderen die om welke reden dan ook niet meer thuis kunnen wonen moeten kunnen rekenen op veiligheid, zorg en liefde op een andere plek. Dat brengt een grote verantwoordelijkheid met zich mee. Om dat te bewaken zijn er in de jeugdbescherming en pleegzorg meerdere richtlijnen en protocollen waar jeugdzorgprofessionals zich aan moeten houden.¹⁶ Belangrijke onderdelen zijn goed het gesprek met het kind zelf voeren (één op één), daadwerkelijk luisteren naar het kind en hiernaar handelen. Maar richtlijnen en protocollen op papier zijn onvoldoende. Iedere jeugdzorgorganisatie moet ervoor zorgen dat afspraken en regels bekend zijn, professionals ze naleven en hiermee kunnen werken (onder meer door trainingen, intervisie en casuïstiekbijeenkomsten). De rapporten laten zien dat wanneer dat niet gebeurt, dit afschuwelijke gevolgen kan hebben.

De inspecties trekken harde conclusies: er zijn gedurende lange tijd ernstige fouten gemaakt op cruciale momenten. Signalen dat dit meisje in een zeer onveilige omgeving woonde, zijn frequent genegeerd, niet serieus genomen of onvoldoende opgepakt. De ernstige tekortkomingen van individuele medewerkers zijn niet aan het licht gekomen doordat binnen en tussen de organisaties onvoldoende intern toezicht was op het volgen van protocollen en richtlijnen.

Deze gebeurtenis roept prangende vragen op: is er wel voldoende zicht op de veiligheid van kinderen die onder verantwoordelijkheid van deze organisaties¹⁷ vallen, is onveiligheid van kinderen binnen pleegzorg en jeugdbescherming een breder probleem, en hoe wordt in de toekomst de veiligheid van kinderen in deze sectoren geborgd?

We zullen in paragraaf 3.1 ingaan op de verbetermaatregelen die door Enver en de WSS worden genomen en de wijze waarop de IGJ en IJenV hierop zullen toezien. Vervolgens gaan wij in paragraaf 3.2 in op acties door de pleegzorgsector, de gecertificeerde instellingen en andere organisaties. In paragraaf 3.3 gaan wij in op de opvolging van het rapport van de lvhO. En tot slot benoemen we in paragraaf 3.4 welke aanvullende acties vanuit het Rijk worden geïnitieerd.

3.1 Geïntensiveerd toezicht IGJ en IJenV en maatregelen Enver en WSS

Het inspectierapport laat zien dat met name Enver en de WSS ernstig tekort zijn geschoten. Gezien deze tekortkomingen in het handelen van de WSS en Enver hebben de inspecties zorgen over het handelen van deze organisaties in andere casuïstiek. De inspecties geven aan op dit moment

¹⁶ Onder andere de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling, de Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming, de Richtlijn pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming en het Kwaliteitskader Raad voor de Kinderbescherming.

¹⁷ Met name: pleegzorgorganisaties (verantwoordelijk voor veilig leefklimaat in pleeggezin) en gecertificeerde instellingen (verantwoordelijk voor veiligheid kind).

onvoldoende vertrouwen te hebben dat beide organisaties zonder toezicht door de inspecties eigenstandig tot de noodzakelijke verbeteringen komen. Daarom hebben de inspecties het toezicht op deze organisaties geïntensiveerd en zijn zegestart met vervolgonderzoek om toe te zien op de wijze waarop noodzakelijke verbeteringen worden doorgevoerd en om te bepalen wat verder nodig is in het toezicht op deze organisaties.¹⁸ Vanuit het geïntensiveerd toezicht kijken de inspecties meer naar het zicht op de veiligheid van de andere kinderen voor wie WSS en Enver verantwoordelijk zijn. Het is aan de inspecties om de verbeterplannen en inzet van de betreffende organisaties te beoordelen en conclusies hieraan te verbinden. De conclusie van geïntensiveerd toezicht zou kunnen leiden tot een handhavende maatregel zoals bijvoorbeeld verscherpt toezicht of een aanwijzing. Hier kunnen de inspecties niet op vooruit lopen.

De inspecties stellen ook een vervolgonderzoek in naar het individueel handelen van meerdere medewerkers van de WSS en Enver. Een potentiële conclusie kan zijn dat betreffende medewerkers worden voorgedragen aan de tuchtcommissie als het om BIG of SKJ geregistreerde jeugdzorgprofessionals gaat.

Reactie WSS

De WSS onderschrijft de conclusies van de inspecties dat zij tekortgeschoten zijn in het zicht en de regie op de veiligheid van dit meisje. De WSS stelt dat het handelen in deze casus ver af staat van de standaarden die zij als organisatie hoog willen houden en nemen de aanbevelingen van de inspecties over. Naar aanleiding van de gebeurtenis in mei 2024 zijn door de WSS – in afwachting van het onderzoek door de inspecties – op grond van een eigen analyse en reflectie reeds concrete verbeteringen ingezet. Die gaan over aanscherping van het proces rond interne overdrachten, scherper toezien op «het kind alleen zien», medewerkers daarin duidelijk handelingsperspectief geven (bv. als pleegouders daar onvoldoende in meewerken), en verbeteringen in de multidisciplinaire casuïstiekbespreking. Verder zijn alle dossiers van de bij deze zaak betrokken jeugdbeschermers getoetst, en daarbij heeft WSS op dat moment geen signalen van onveiligheid aangetroffen.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het inspectieonderzoek neemt de WSS aanvullende maatregelen:

- Door de WSS is een toets gedaan op alle 3300 dossiers waar sprake is van plaatsing in een pleeggezin of gezinshuis. Daarbij is getoetst of er sprake was van een actueel gesprek met het kind alleen, een recente veiligheidsbeoordeling en een recente multidisciplinaire casuïstiekbespreking. Daar waar uit de toets naar voren kwam dat het zicht op de veiligheid onvoldoende navolgbaar was, hebben de betrokken gedragswetenschapper en jeugdbeschermer dit opnieuw gedaan. Daaruit is volgens de WSS geen aanwijzing naar voren gekomen dat het zicht op de veiligheid van de kinderen in het geding is.
- Aanvullend en verdiepend hierop wordt op korte termijn (eerste kwartaal 2025) in alle kernteams van de WSS een nieuwe veiligheidsbeoordeling gedaan van de dossiers waar sprake is van factoren die net als in de casus van het meisje risicovol zijn, zoals «onvoldoende samenwerking met ketenpartners» of «het kind alleen zien wordt geblokkeerd».
- Verder wordt in alle teams binnen de WSS een leerbijeenkomst georganiseerd over deze casus en de bevindingen van de inspecties.
- Vanaf het tweede kwartaal 2025 geeft de WSS verder uitvoering aan de aanbevelingen van de inspecties op andere punten. Een uitgewerkt

¹⁸ Zie het nieuwsbericht van de IGJ en IJenV bij hun rapport.

verbeterplan op die punten wordt op dit moment gemaakt en zal ter toetsing aan de inspecties worden voorgelegd.

Reactie Enver

Ook Enver onderschrijft de conclusies van de inspectie dat zij tekortgeschoten zijn en dat er fouten zijn gemaakt die het welzijn en de veiligheid van dit meisje ernstig hebben geschaad. Enver heeft de caseload van de betrokken pleegzorgwerkers overgedragen aan nieuwe pleegzorgbegeleiders en vastgesteld dat deze kinderen veilig zijn. Daarnaast heeft Enver het bestand van pleegkinderen doorgelopen op veiligheidsindicatoren, in het bijzonder of één op één gesprekken zijn gevoerd met de kinderen. Op basis hiervan heeft Enver ons laten weten dat zij op dit moment geen signalen van onveiligheid hebben geconstateerd. Er is een team ingericht van gedragswetenschappers waar pleegzorgbegeleiders met complexe casuïstiek terecht kunnen.

Op basis van eigen analyse en reflectie geeft Enver aan dat zij concrete acties reeds heeft ingezet. Dit betreft onder meer:

- Verbeteren van handelen conform richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming door onder andere intervisie, scholing en training. Dit is per direct in gang gezet.
- Verbeteren zorgvuldige dossieropbouw, met onder meer aandacht voor het werkproces en instructies voor zorgsignalen. Dit is per direct in gang gezet.
- Acties gericht op de uniforme inzet van de gedragswetenschapper aangaande positie, rol en het vastleggen van gegeven adviezen (uitvoering eerste kwartaal 2025)
- Aanscherpen van de samenwerkingsafspraken met ketenpartners, daarbij gaat het met name over het voorkomen van visieverschillen in de samenwerking en afspraken over opschaling bij stagnatie in samenwerking. Dit is per direct in gang gezet.

3.2 Verbeteracties sectoren pleegzorg en gecertificeerde instellingen, RvdK en Veilig Thuis

Naast het onderzoek naar de vreselijke gebeurtenis van dit meisje heeft de IGJ over een langere periode meldingen in de pleegzorgsector bekeken om een zich beeld te vormen van de risico's in de pleegzorgsector. Op basis daarvan gaat de inspectie thematisch onderzoek uitvoeren binnen de pleegzorg. Als start verzoekt de IGJ in het eerste kwartaal van 2025 alle 29 pleegzorgaanbieders informatie aan te leveren over de kwaliteit van hulp en zicht op de veiligheid van de kinderen die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Op basis van deze uitvraag bepaalt de IGJ de vervolgstappen, waaronder toezichtsbezoeken aan aanbieders. Gedurende dit hele thematische toezicht ligt de focus onder andere op het zicht dat pleegzorgwerkers hebben op de actuele veiligheid van de kinderen. Op elk moment dat hierover concrete zorgen bestaan zal de IGJ daarop actie ondernemen.

Vanwege de ernst van de conclusies van de inspecties hebben de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport en de Staatssecretaris Rechtsbescherming aan Jeugdzorg Nederland (brancheorganisatie van zowel pleegzorgorganisaties als gecertificeerde instellingen) gevraagd de naleving van richtlijnen in de verschillende sectoren tegen het licht te houden en lessen te trekken voor de toekomst. We constateren dat Jeugdzorg Nederland zich stevig bewust is van de geconstateerde tekortkomingen bij deze gebeurtenis en grote prioriteit geeft aan verbeteracties. Hieronder gaan we daar nader op in.

Ten aanzien van de RvdK, Veilig Thuis, het Crisisinterventieteam, Timon en Nidos verwachten de inspecties dat zij binnen zes weken na vaststelling van het rapport een verbeterplan opstellen met verbetermaatregelen gericht op hun eigen organisatie en op de ketensamenwerking. De inspecties zullen de verbeterplannen beoordelen en het vervolg bepalen.

Sector pleegzorg

De vreselijke gebeurtenis rond dit pleeggezin raakt de pleegzorgaanbieders in alle lagen van de organisatie, inclusief de pleegouders die zich inzetten voor de opvang en zorg voor kinderen. De pleegzorgsector heeft naar aanleiding van deze gebeurtenis acties in gang gezet om de kwaliteit en veiligheid te toetsen en te versterken, vooruitlopend op de uitkomsten van de inspectierapporten. De pleegzorgorganisaties geven aan op basis van een uitvraag onder alle organisaties dat zij op dit moment geen signalen hebben van structurele onveiligheid binnen de pleegzorgsector. Tegelijkertijd benadrukken de organisaties het belang van veiligheid en vertrouwen binnen de pleegzorg. Zij nodigen de IGJ uit om de aanbieders te bezoeken en in gezamenlijkheid tot verdere verbeteringen te komen.

Nu de conclusies van de inspecties openbaar zijn, gaan de pleegzorgorganisaties met de lessen en aanbevelingen aan de slag. Op de volgende onderdelen gaan de pleegzorgaanbieders in ieder geval concrete acties in gang zetten:

- Screening pleegouders: de reeds geplande evaluatie van het Kwaliteitskader Voorbereiding en Screening wordt naar voren gehaald; Jeugdzorg Nederland en de pleegzorgorganisaties starten hier zo snel mogelijk in 2025 mee. In deze evaluatie is expliciet aandacht voor herscreening van pleegouders en worden de lessen uit het inspectieonderzoek verder meegenomen.
- Dossieropbouw: de pleegzorgorganisaties evalueren intern de kwaliteit en volledigheid van dossieropbouw, onder andere via steekproeven. Zij zetten daarnaast in op deskundigheidsbevordering van medewerkers via scholing en het beter benutten van de gedragswetenschapper.
- Naleving richtlijnen: alle pleegzorgorganisaties gaan intern een extra en scherpe toetsing uitvoeren of processen en instrumenten die bedoeld zijn om veiligheid te borgen staande praktijk zijn binnen de organisatie. Het naleven van afspraken, protocollen en richtlijnen is daarbij een belangrijk thema, door bijvoorbeeld steekproefsgewijs op casusniveau te toetsen. De pleegzorgorganisaties gaan samen met HKZ¹⁹ bekijken of uit de huidige controles en audits ook voldoende blijkt of de processen en instrumenten die de veiligheid van het kind moeten borgen ingevoerd zijn en gebruikt worden.

Sector gecertificeerde instellingen

Naast de WSS hebben ook de andere gecertificeerde instellingen voor jeugdbescherming (GI's) via brancheorganisatie Jeugdzorg Nederland eerste maatregelen getroffen:

- Er wordt een uitvraag gedaan onder alle GI's gericht op sturing op compliance, borging van kwaliteit van dossiervorming en interne overdracht en toezien op goede samenwerking tussen GI's en pleegzorgorganisaties.
- In verlengde van dat laatste gaat Jeugdzorg Nederland een analyse maken van de samenwerking en visie op veiligheid tussen pleegzorg en gecertificeerde instellingen op alle niveaus (casus, organisatie,

¹⁹ Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ-142): Deze norm heeft betrekking op het kwaliteitsmanagementsysteem van o.a. organisaties die pleegzorg aanbieden.

regio, en landelijk). De landelijke handreiking met samenwerkingsafspraken (2016) wordt geëvalueerd en zo nodig herzien en geïmplementeerd.

- Aan de hand van het rapport van de inspectie en het herstelplan van de WSS zullen de GI's hun interne auditprogramma aanscherpen op de belangrijkste aandachtspunten van het inspectierapport

Raad voor de Kinderbescherming

De RvdK heeft direct nadat zij in kennis werden gesteld over de gebeurtenissen rond het meisje en vooruitlopend op het inspectieonderzoek zelf een uitgebreide interne reflectie gedaan. De RvdK is aan de slag gegaan met een drietal verbeterpunten. Dit betekent onder meer dat de RvdK binnen de richtlijn (her)screening het vier ogen principe heeft aangescherpt. Ook erkent de RvdK dat het onderzoek naar gezagsbeëindiging niet tijdig is verricht. De RvdK kampte in 2023 met te lange wachttijden.²⁰ Hierop zijn reeds diverse maatregelen ingezet, waaronder het structureel ter beschikking stellen van extra middelen. De wachttijden zijn inmiddels aanzienlijk teruggedrongen naar een gemiddelde wachttijd van 20 dagen. De RvdK en de Staatssecretaris Rechtsbescherming zien er gezamenlijk op toe dat dit zo blijft. Dat de wachttijden van de RvdK beter onder controle zijn, blijkt ook uit het besluit van de IJenV eind 2024 om het geïntensiveerd toezicht te beëindigen en weer over te gaan naar regulier toezicht.²¹ Verder vindt in het kader van het wetsvoorstel ter versterking van de rechtsbescherming in de jeugdbescherming²² dat momenteel in consultatie is, een nadere uitwerking plaats van het bepalen van het perspectief van een kind, waarin de RvdK momenteel geen formele rol heeft.

De RvdK zal in het door de inspecties gevraagde verbeterplan uitgebreider ingaan op de verbetermaatregelen en over de voortgang van de maatregelen via de reguliere lijnen rapporteren aan de Staatssecretaris Rechtsbescherming.

Veilig Thuis en het Crisisinterventieteam

Veilig Thuis Rotterdam Rijnmond (VTRR) heeft volgens de inspecties met betrekking tot de melding in december 2023 navolgbaar en conform de afspraken gehandeld. Met betrekking tot de melding van de broertjes heeft VT besluiten over te nemen stappen niet goed vastgelegd, waardoor het niet geheel navolgbaar was welke afwegingen zijn gemaakt. Daarnaast kan er geleerd worden van de aanbevelingen richting andere organisaties. VTRR heeft direct na de melding in mei 2024 intern geëvalueerd en zal naar aanleiding van het rapport de komende weken een verbeterplan opstellen. Hiervoor zal zowel in gesprek worden gegaan met medewerkers als met ketenpartners. Die gesprekken zullen onder meer gaan over het onder de aandacht brengen van de taak, functie en werkwijze van VT bij professionals, speciaal bij GI's, jeugdzorgorganisaties en het onderwijs. Ook het belang van een goede dossiervorming, het goed registreren van afwegingen bij besluiten en het oog hebben voor meerdere hypothesen zal in interne gesprekken aan bod komen. Regionaal wordt met ketenpartners gesproken over de meldcode en het toevoegen van expertise, zoals de medische expertise. Ook zal in die gesprekken specifiek aandacht worden gevraagd voor het belang van spreken met kinderen bij een zogenaamde «disclosure» (als kinderen zelf aangeven mishandeld te zijn).

²⁰ Kamerstukken II, 2022–2023, 31 839, nr. 949

²¹ Brief afsluiten geïntensiveerd toezicht RvdK Zicht op veiligheid | Brief | Inspectie Justitie en Veiligheid

²² Kamerstukken II 2024/2025, 31 839, nr. 1047

Daarnaast zal VTRR het inspectierapport en de verbeterplannen delen en bespreken met het Landelijk Netwerk Veilig Thuis en samen kijken naar de conclusies en wat dit betekent voor de landelijke inzet van Veilig Thuis. Een van de onderwerpen die bijvoorbeeld naar voren komt is het beter benutten van de radarfunctie van Veilig Thuis en het belang dat er, om die functie goed te kunnen vervullen, ondanks betrokkenheid van een andere organisatie bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling altijd ook melding gedaan wordt bij Veilig Thuis. Het gevoel bij organisaties dat er niets met die meldingen wordt gedaan omdat er al hulpverlening betrokken is, laat zien dat er verbetering nodig is van de communicatie van Veilig Thuis, zowel over de radarfunctie, als gericht op terugkoppeling wat er met een melding gebeurt. Dit punt zal, samen met andere uit het rapport en de evaluatie gekomen punten, worden opgenomen in het verbeterplan wat VTRR zal opstellen.

De conclusies en aanbevelingen die de inspecties doen voor Veilig Thuis, zien ook op het Crisisinterventieteam, dat gepositioneerd is in de regio bij Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond. Het CIT heeft een start gemaakt met het opstellen van een verbeterplan, dat met name zal toe zien op verbetering van de interne cultuur en werkprocessen en de samenwerking in de keten.

3.3 Follow-up rapport Inspectie van het Onderwijs

De IvHO heeft ten aanzien van het bestuur of de school geen continue tekortkomingen geconstateerd en dus ook geen herstelopdrachten geformuleerd. We omarmen de aanbevelingen die de IvHO in haar rapport heeft gedaan, gericht op scholen en besturen in vergelijkbare situaties.

Het is belangrijk dat scholen bij twijfel over hoe te handelen contact opnemen met Veilig Thuis voor advies en om te overleggen. Dat is nadrukkelijk iets anders dan het doen van een melding. Dit geldt ook wanneer een school op basis van eerdere ervaringen het vermoeden heeft dat Veilig Thuis een melding niet aanneemt of terugverwijst naar al betrokken zorginstanties.

Voor het rapport *Bekend maakt bemind*²³ is onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen onderwijs en Veilig Thuis. Daarin gaat het niet alleen over het belang van advies inwinnen en melden door onderwijsprofessionals, maar ook over het persoonlijk contact met Veilig Thuis, het meenemen van scholen in het vervolgproces en het terugkoppelen door Veilig Thuis na een melding. De Staatssecretarissen Langdurige & Maatschappelijke Zorg en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap willen de komende tijd uitwerken hoe zij kunnen inzetten op het versterken van de samenwerking tussen onderwijs en Veilig Thuis. Zie daarvoor ook de passages in deze brief onder het kopje Veilig Thuis en gebruik meldcode.

Samen met onderwijspartners zal in ieder geval structureel aandacht gevraagd worden voor de meldcode en investeert de Staatssecretaris Onderwijs, Cultuur en Wetenschap in de kennis over de meldcode door gerichte trainingen voor onderwijsprofessionals aan te gaan bieden. De Staatssecretaris Onderwijs, Cultuur en Wetenschap onderschrijft verder de aanbevelingen die de IvHO in haar rapport doet met betrekking tot onder meer schoolverzuim en neemt deze mee in maatregelen gericht op het terugdringen van verzuim en het beter mogelijk maken van maatwerk.

²³ Hoefnagels, CH. (2023). *Bekend maakt bemind*. Onderzoek naar het versterken van de samenwerking tussen primair onderwijs en Veilig Thuis in de aanpak van kindermishandeling. Hogeschool Utrecht.

3.4 Aanvullende maatregelen

Binnen de pleegzorg en jeugdbescherming moeten kinderen veilig kunnen opgroeien. Het kabinet gaat ervanuit dat alle aanbevelingen uit het rapport opgevolgd en uitgewerkt worden. De inspecties zien toe op de opvolging van de aanbevelingen. Daarnaast blijven de betrokken bewindspersonen vanuit hun stelselrol intensief in gesprek met de sector over de opvolging van de bovengenoemde acties, met name hoe naleving van en werken met de richtlijnen fundamenteel geborgd moet zijn zodat altijd zicht op veiligheid is.

De inspecties geven in het rapport geen specifieke aanbevelingen aan het Rijk. Uiteraard hebben wij onszelf de vraag gesteld wat wij vanuit onze stelselverantwoordelijkheid kunnen en moeten verbeteren om het risico op dit soort afschuwelijke gebeurtenissen in de toekomst te minimaliseren. Daarom zijn wij voornemens om, naast de aanbevelingen uit het rapport, de komende periode op een aantal onderdelen aanvullende acties te ondernemen en uw Kamer voor de zomer over de voortgang te informeren.

Screening pleegouders (pleegzorg & RvdK)

De screening van pleegouders is een belangrijk onderdeel om vast te stellen of een pleeggezin geschikt is om een kind een veilige en liefdevolle omgeving te bieden. De inspecties doen vanuit dit onderzoek geen aanbevelingen over het screeningsproces. Toch kunnen wij ons heel goed de vragen voorstellen over hoe het kan dat deze ouders pleegouders hebben kunnen worden en blijven. Daarom willen wij hiermee aan de slag. Bij de screening is een rol weggelegd voor de pleegzorgaanbieders, die kijken naar de geschiktheid van aspirant-pleegouders om een pleegkind te verzorgen en op te voeden. De RvdK voert in dit verband een justitiële screening uit. Wij zetten erop in dat vanuit beide kanten – in samenhang en samenwerking – de screening en herscreening van pleegouders worden versterkt. Hiertoe evalueren pleegzorgaanbieders het Kwaliteitskader Voorbereiding en Screening in afstemming met de RvdK. We verkennen daarnaast onder andere de mogelijkheid en wenselijkheid van «continue screening». Bijvoorbeeld door frequenter een justitiële check uit te voeren (dit was in de onderhavige zaak echter geen factor) of meer checks and balances in te bouwen.

Samenwerking pleegzorg – jeugdbescherming (pleegzorg & Gl's)

De inspecties constateren dat bij deze gebeurtenis grote problemen waren in de samenwerking tussen de Gl en pleegzorgaanbieder. Gezien de gezamenlijke verantwoordelijkheid van Gl en pleegzorgaanbieder voor de veiligheid van pleegkinderen, zien wij aanleiding om te analyseren of hier sprake is van meer structurele knelpunten in deze samenwerking en deze aan te pakken. Zoals reeds genoemd zal Jeugdzorg Nederland een analyse maken van de samenwerking en visie op veiligheid tussen pleegzorg en gecertificeerde instellingen op alle niveaus (casus, organisatie, regio en landelijk). De landelijke handreiking met samenwerkingsafspraken (2016) wordt geëvalueerd en (indien nodig) herzien en geïmplementeerd. Ook de aanbevelingen van de inspecties worden hierin meegenomen, waaronder het gebruik van verklarende analyses, contact met biologische ouders, sociale media als bron en privacywetgeving.

De inspecties stellen vast dat Enver en de WSS beiden de meldcode niet hebben gevolgd. We zien in de toelichting terugkomen dat melding bij VT volgens de betrokken medewerkers geen meerwaarde zou hebben als er al hulpverlening in gedwongen kader betrokken is. Eenzelfde argument is ook door de school gebruikt, bij het volgen van de meldcode in de afweging om niet te melden. In deze afwegingen wordt voorbij gegaan aan de specifieke kennis en deskundigheid die Veilig Thuis heeft om een inschatting te maken van de onveiligheid van kinderen. Helemaal wanneer een kind zelf aangeeft slachtoffer te zijn van mishandeling (disclosure), dient Veilig Thuis altijd betrokken te worden vanuit hun expertise rondom het beoordelen van de maten van onveiligheid. We zien dat er nog veel verbetering nodig is om te zorgen dat de expertise en de radarfunctie van Veilig Thuis bij alle professionals bekend is en benut wordt. Dit moet worden opgepakt binnen de regio's in samenwerkingsafspraken, maar ook landelijk is hier inzet op nodig. We gaan samen met het Landelijk Netwerk Veilig Thuis en de VNG hier een concreet plan op maken en uitvoeren.

Uit de beide inspectierapporten komt naar voren dat er ook bij het gebruik van de meldcode verbeteringen nodig zijn. Specifiek uit het inspectierapport onderwijs komt de aanbeveling dat bij twijfel over hoe te handelen in de uitvoering van de Meldcode, bij stap 2 (collegiale consultatie en zo nodig het raadplegen van Veilig Thuis) aan te bevelen is altijd VT te raadplegen. De Staatssecretarissen Langdurige en Maatschappelijke Zorg en Jeugd, Preventie en Sport willen, in afstemming met de Staatssecretaris Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, eventuele onduidelijkheid wegnemen en hebben de wens om tot een adviesplicht te komen. Hierbij gaan ze onderzoeken hoe dit vorm kan krijgen, ook in relatie tot randvoorwaarden en de collegiale consultatie. De bevindingen uit deze inspectierapporten worden hierin meegenomen.

Toegang tot vertrouwenspersonen (pleegzorg & GI's)

Een algemene aanbeveling van de inspecties is pleegkinderen – conform de richtlijn Pleegzorg – te laten beschikken over een vertrouwenspersoon. Hiervoor kunnen zij bijvoorbeeld gebruik maken van een vertrouwenspersoon van Jeugdstem. Dit sluit aan bij de keuze van dit kabinet om in 2025 incidenteel meer financiële middelen aan Jeugdstem beschikbaar te stellen voor extra vertrouwenspersonen.

Gemeenten, de gecertificeerde instellingen, pleegzorg- en jeugdhulpaanbieders hebben de wettelijke verplichting om (pleeg)kinderen, ouders en pleegouders actief te informeren over het recht op een vertrouwenspersoon en hoe deze te bereiken is. Jeugdstem faciliteert dit door voorlichting te geven aan deze organisaties en de bij hen werkende professionals over cliëntrechten en het vertrouwenswerk. Ook stellen zij foldermateriaal beschikbaar voor deze organisaties over het vertrouwenswerk om uit te delen aan (pleeg)kinderen, ouders en pleegouders. Het is van belang dat deze organisatie (pleeg)kinderen, ouders en pleegouders niet alleen bij de start van traject informeren over het vertrouwenswerk, maar dat zij dit gedurende hun betrokkenheid actief blijven herhalen.

Extern toezicht kan calamiteiten niet voorkomen. Tegelijkertijd is een belangrijke vraag die het rapport oproept hoe het kan dat ernstige tekortkomingen niet eerder zijn geconstateerd. Wij hebben hier met de inspecties en de meest betrokken organisaties over gesproken. Wat opvalt – ook in deze situatie – is dat er wel protocollen zijn, maar dat het lastig is zicht te krijgen op wat de uitvoering van de hulpverlening betekent in de praktijk, die voor ieder kind anders is. De vraag is hoe er vanuit organisaties, de sector, inspecties en het stelsel voor kan worden gezorgd dat werken volgens regels en protocollen daadwerkelijk bijdraagt aan passende hulp aan kinderen, waarbij de belangen van het kind centraal staan in beslissingen die genomen worden. Dat vraagt van een organisatie dat op cruciale momenten checks and balances ingebouwd zijn (bijvoorbeeld een vier-ogen principe) en er een lerende cultuur is waar fouten scherp worden opgemerkt en direct verbeteringen blijvend worden doorgevoerd. Zodat iedereen scherp blijft op het belang en de actuele veiligheid van het kind en de verantwoordelijkheid niet stopt bij het doorgeven van een signaal.

De IGJ evalueert na ieder groot onderzoek en trekt lessen voor het eigen toekomstig toezicht. In de reflectie op het toezicht naar ZIKOS afdelingen²⁴ zijn lessen getrokken die ook meegenomen worden in het vervolgtoezicht naar de casus Vlaardingen en op de pleegzorg, zoals het langer toetsen van verbeterplannen in de praktijk en in het toezicht meer aandacht hebben voor de organisatiecultuur.

Evaluatie voogdijkinderen (GI & RvdK)

In het wetsvoorstel ter versterking van de rechtsbescherming in de jeugdbescherming²⁵ wordt voorgesteld dat de GI in het kader van de voogdij jaarlijks een plan van aanpak opstelt en dit plan minstens één keer per jaar herziet. Deze evaluatie vindt plaats door gesprekken te voeren met het kind, de ouders, de pleegouders en degene die een vertrouwensband met het kind heeft. Dit evaluatieverslag wordt verzonden aan het kind (vanaf 12 jaar), en aan (pleeg)ouders, voor zover dit niet tegen het belang van het kind ingaat. In het wetsvoorstel is verder opgenomen dat de GI het evaluatieverslag jaarlijks verzendt aan de RvdK. Het toezicht op voogdij dat de RvdK uitoefent, wordt nog uitgewerkt.

Voor voogdijkinderen ouder dan 12 jaar, GI's, pleegouders en zorgaanbieders zal ook een geschillenregeling worden opengesteld zodat geschillen over de uitvoering van een voogdijmaatregel kunnen worden voorgelegd aan de kinderrechter.

Verbeteren informatiepositie bij rechtszitting (RvdK, GI en rechtspraak)

Het inspectierapport geeft aanleiding te verkennen of aanvullende afspraken gemaakt moeten worden zodat in de periode tussen afronding van het raadsonderzoek en de rechtszitting bij alle partijen (en zeker bij de rechter) alle relevante actuele informatie bekend is over een gezin en/of kind. In deze casus was dat niet het geval. We zullen hierover onder meer met de RvdK, GI's en de rechtspraak in gesprek gaan.

²⁴ Kamerstukken II 2024/2025, 31 839, nr. 1031

²⁵ Kamerstukken II 2024/2025, 31 839, nr. 1047

4. Vervolg

Een zaak als deze schokt de hele samenleving. We kunnen niet genoeg benadrukken hoe zeer wij doordrongen zijn van de ernst van de fouten die zijn gemaakt in de zorg voor dit meisje en de gevolgen die het heeft voor haar en haar familie. Het is cruciaal dat de betrokken organisaties de noodzakelijke stappen zetten om de veiligheid van kinderen blijvend te borgen. De organisaties zullen aan de inspecties rapporteren over hun verbeterplannen en de opvolging van de aanbevelingen. Wij zullen ook vanuit onze stelselrol de betrokken organisaties kritisch blijven bevragen en indien nodig tot actie bewegen. Ook met de gemeenten – als verantwoordelijke voor de uitvoering van jeugdhulp en jeugdbescherming en de inkoop daarvan – zijn we in gesprek over hun rol en betrokkenheid bij de gewenste verbeteringen.

In deze kabinetsreactie zijn wij met name ingegaan op de in gang gezette maatregelen in opvolging van de inspectierapporten. We hebben een overzicht gegeven van de stappen die worden gezet door de organisaties om tot verbeteringen te komen en een eerste schets van aanvullende vragen en mogelijke maatregelen die zich opdringen bij lezing van de inspectierapporten. Uw Kamer wordt voor de zomer nader geïnformeerd over de voortgang van de verbetermaatregelen, de verdere uitwerking van de interventies door de inspecties en de wijze waarop de betreffende sectoren samen de lessen van deze schrijnende zaak hebben vertaald in concrete verbeteringen in de werkwijzen van de organisaties.

Heftige gebeurtenissen met jonge kinderen zoals ook hier het geval is roepen veel emotie op. Dit kan leiden tot de roep om meer regels en aanscherping van richtlijnen en protocollen. De inspecties laten echter zien dat de regels, protocollen en checks and balances er wel waren, maar dat deze niet of onvoldoende werden nageleefd. Het kabinet wil daarom vooral kijken met professionals en organisaties hoe geïnvesteerd kan worden in de naleving van protocollen in plaats van nieuwe protocollen te introduceren. Alle betrokkenen moeten er van begin tot eind van doordrongen zijn dat de protocollen en checks and balances er niet voor niets zijn, maar dat die er zijn om de veiligheid van kwetsbare kinderen te borgen, om het kind centraal te stellen. Het gaat er niet alleen om ervoor te zorgen dat richtlijnen en protocollen worden nageleefd, het gaat er ook om dat een «niet-pluis-gevoel» expliciet wordt besproken en daar zo nodig op wordt gehandeld.

De bevindingen en de conclusies van de inspecties zijn confronterend, in de eerste plaats voor het meisje en haar familie. Ook voor de mensen die in de pleegzorg, jeugdbescherming of het onderwijs werken zullen de conclusies schokkend zijn. Dat geldt ook voor pleegouders die met veel liefde en geduld kinderen opvangen. We willen benadrukken dat wij grote

waardering hebben voor de vele jeugdzorgmedewerkers en pleegouders die zich elke dag opnieuw met hart en ziel inzetten voor een veilig thuis en liefdevolle zorg voor kinderen die dat nodig hebben.

De Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid,
T.H.D. Struycken

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V. Maeijer

De Staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,
M.L.J. Paul