

In welke mate verschilt de participatie van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen binnen jeugdbeschermingsonderzoeken?

Naam student: Jil Brinkman

Studentnummer: S4499298

Naam begeleider: dr. F. Middel

Naam 2^e beoordelaar: prof. dr. M.W.G. van Dijk

Totaal aantal woorden: 7164

Rijksuniversiteit Groningen

Masteropleiding Orthopedagogiek, Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Juni 2025

Abstract

In het Kinderrechtenverdrag is vastgesteld dat kinderen het recht hebben op betekenisvolle participatie in zaken die hen aangaan, zo ook in jeugdbeschermingsonderzoeken. Betekenisvolle participatie wordt onderverdeeld in drie verschillende aspecten: het informeren, horen en betrekken. Betekenisvolle participatie lijkt samen te gaan met positieve uitkomsten. Echter, voor een grote groep kinderen lijkt participatie in de praktijk niet vanzelfsprekend. Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of er verschillen zijn in de mate van participatie bij kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen. Het onderzoeksdesign betrof een vergelijkend onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van data afkomstig van het Hestia-project. De onderzoeksgegevens zijn gebaseerd op jeugdbeschermingsdossiers afkomstig van Veilig Thuis en de Raad van de Kinderbescherming. De steekproef bestond uit 292 Nederlandse kinderen van vier tot achttien jaar. De mate van participatie is gemeten aan de hand van de Meaningful Participation Assessment Tool (MPAT). Om de verschillen in de mate van participatie te onderzoeken, zijn de chi-kwadraattoets, *t*-toets en een meervoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Kinderen met mentale gezondheidsproblemen leken significant vaker te participeren dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen. Voor vervolgonderzoek is het van belang om te kijken naar hoe kinderen de mate van participatie daadwerkelijk ervaren hebben.

The Convention on the Rights of the Child states that children have the right to meaningful participation in matters that concern them, including in child protection investigations. Meaningful participation is divided into three different aspects: informing, hearing and involving. Meaningful participation seems to go hand in hand with positive outcomes. However, for a large group of children, participation does not seem to be self-evident in practice. The aim of this study is to investigate whether there are differences in the level of participation in children with and without mental health problems. The research design involved a comparative study, using data from the Hestia project. The research data are based on child protection files from Veilig Thuis and the Child Protection Board. The sample consisted of 292 Dutch children aged four to eighteen. The level of participation was measured using the Meaningful Participation Assessment Tool (MPAT). To investigate the differences in the level of participation, the chi-square test, *t*-test and a multiple linear regression analysis were performed. Children with mental health problems appeared to

participate significantly more often than children without mental health problems. For further research it is important to look at how children actually experienced the level of participation.

Inleiding

Kinderen hebben het recht om veilig te kunnen opgroeien (Algemene Vergadering van de Verenigde Naties, 1989). Indien deze veiligheid in het geding is, worden er jeugdbeschermingsonderzoeken uitgevoerd om te beoordelen of de ontwikkeling van het kind wordt bedreigd en of jeugdbeschermingsmaatregelen noodzakelijk zijn (Rap et al., 2018). Zowel Veilig Thuis als de Raad voor de Kinderbescherming voeren deze onderzoeken uit (Bouma et al., 2017). Het proces en het besluit van deze onderzoeken heeft impact op het leven van het kind (Fluke et al., 2020). Internationaal groeit de aandacht voor het belang van het betrekken en het meewegen van de mening van het kind binnen deze jeugdbeschermingsonderzoeken (Crowley, 2015).

Allereerst staat in artikel twaalf van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind dat elk kind het recht heeft om zijn mening te laten horen in zaken die het kind aangaan (Algemene Vergadering van de Verenigde Naties, 1989). Volgens dit artikel dienen kinderen het recht te hebben om hun mening te uiten tijdens het proces van het jeugdbeschermingsonderzoek. Artikel drie stelt tevens dat het belang van het kind voorop dient te staan en dat dit alleen te waarborgen is wanneer kinderen gehoord worden (Algemene vergadering van de Verenigde Naties, 1989). Tot slot staat in artikel één en twee van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind dat alle rechten in dit verdrag behoren te gelden voor alle kinderen onder de achttien onder enige vorm van discriminatie (Algemene vergadering van de Verenigde Naties, 1989). Dit benadrukt dat van elk kind, ongeacht zijn achtergrond en situatie, zijn mening gehoord moet worden.

Binnen jeugdbeschermingsonderzoeken wordt het horen van de mening van kinderen en het serieus nemen daarvan ook wel betekenisvolle participatie genoemd (Defence for Children, z.d.; Bouma, López, et al., 2018). Wanneer er sprake is van betekenisvolle participatie, hebben kinderen de ervaring dat er naar hen geluisterd wordt en voelen zij zich gehoord (Pölkki et al., 2012). Het model van betekenisvolle participatie wordt onderverdeeld in drie verschillende aspecten: het informeren, horen en betrekken (Bouma, López, et al., 2018).

Het eerste aspect van betekenisvolle participatie betreft het informeren van het kind. Kinderen moeten beschikken over alle benodigde informatie (Algemene vergadering van de Verenigde Naties, 1989). Het hebben van informatie is voorwaardelijk om tot participatie te kunnen komen en een mening te kunnen vormen (Križ & Roundtree-Swain, 2017). Kinderen behoren op de hoogte te zijn van hun rechten, zoals het recht om veilig op te groeien en het participatierecht. Ook moeten jeugdbeschermingsprofessionals kinderen op de hoogte stellen

van de mogelijkheden tot participatie en de mogelijke gevolgen daarvan. Daarnaast moet het kind op de hoogte worden gebracht van de reden van de aanmelding en het proces van het onderzoek. Tot slot moet het kind worden geïnformeerd over de uitkomst en de gevolgen van het jeugdbeschermingsonderzoek. Jeugdbeschermingsprofessionals dienen kinderen ook te informeren over de wijze waarop de mening van het kind is meegenomen in het besluitvormingsproces (Bouma, López, et al., 2018).

Naast het informeren van het kind, moet de mening van het kind ook gehoord worden. Het kind moet de mogelijkheid en aanmoediging krijgen om zich te uiten en zijn eigen mening te geven. Kinderen kunnen belangrijke informatie hebben voor het jeugdbeschermingsonderzoek en dit kan bijdragen aan een passende interventie (Vis, Strandbu, et al., 2010). Het faciliteren van een individueel gesprek of bijeenkomst met het kind is hierin van belang, zodat het kind zijn visie kan delen en gehoord kan worden. Kinderen geven aan het prettig te vinden als de jeugdbeschermingsprofessional eerst echt luistert en niet meteen aannames doet (Cossar et al., 2014). Een individueel gesprek waarin de professional echt naar het kind luistert is een belangrijk onderdeel voor betekenisvolle participatie, omdat het kind hierdoor de ruimte krijgt om zijn mening te delen (Bouma, López, et al., 2018).

Het derde aspect van betekenisvolle participatie betreft het betrekken van het kind. Kinderen moeten worden betrokken bij het gehele proces van het jeugdbeschermingsonderzoek. Hierbij is het van belang dat er tijdens het proces rekening gehouden wordt met de mening van het kind, het informeren en horen van het kind zijn hierin voorwaardelijk. Tot slot moet het kind of diens vertegenwoordiger aanwezig zijn bij de besluitvorming en de mening van het kind moet worden overwogen in het besluit dat de professionals maken (Bouma, López, et al., 2018).

Het informeren, horen en betrekken van kinderen die te maken hebben met jeugdbeschermingsonderzoeken lijkt samen te gaan met positieve uitkomsten. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van een stem in een besluitvormingsproces belangrijk is voor het accepteren van de uiteindelijke beslissing. Op het moment dat kinderen een hoge mate van participatie ervaren, protesteerden de kinderen minder ten aanzien van de uiteindelijke uitkomst (Grocke et al., 2017). Tevens blijkt dat het verkrijgen van informatie tijdens het jeugdbeschermingsproces helpt bij het accepteren en de tevredenheid over de interventie (Wilson et al., 2020). Daarnaast blijkt dat het horen van kinderen hun mening en ervaring positieve effecten heeft op verschillende gebieden van de persoonlijke ontwikkeling van het kind, zoals: de cognitieve en sociale vaardigheden en het respect voor zichzelf en de ander

(Lansdown et al., 2014; Van Bijleveld et al., 2013). Kinderen voelen zich veilig wanneer zij betrokken worden tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken en participatie vergroot het welzijn van de kinderen (Vis, Strandbu, et al., 2010). Het onderzoek van Khan en Ungar (2025) toont aan dat participatie mogelijk bijdraagt aan het welzijn van het kind tijdens en na het jeugdbeschermingsproces, evenals het vertrouwen in zorgverlening en dat de toegang tot ondersteuning verbetert. Tot slot is participatie van kinderen voor het besluit van groot belang. Participatie van kinderen kan leiden tot betere en passende beslissingen (Vis, Strandbu, et al., 2010).

Ondanks de kennis over het belang en het recht op participatie van kinderen die te maken hebben met jeugdbeschermingsonderzoeken, is participatie voor kinderen in de praktijk niet vanzelfsprekend. Kinderen ervaren in de praktijk nog altijd een lage mate van participatie (Pert et al., 2014). In Noorwegen is bijvoorbeeld 39% van de kinderen in crisisplaatsingen niet betrokken bij het proces van de crisisplaatsing, ondanks dat het in hun wetgeving is vastgelegd (Gresdahl et al., 2023). Kinderen ervaren beperkte participatie en werden bijvoorbeeld niet geïnformeerd (Husby et al., 2018). Daarnaast geven verschillende kinderen uit Estland aan geen individuele bijeenkomsten te hebben gehad met jeugdbeschermingsprofessionals, met als gevolg dat hun mening niet is gehoord en niet is meegenomen in het besluit (Lauri et al., 2020).

Ook binnen de Nederlandse context lijken kinderen onvoldoende te participeren in jeugdbeschermingsonderzoeken. Nederlandse jongeren krijgen onvoldoende de kans om gehoord te worden voorafgaand en gedurende het hulpverleningstraject. Zowel jongeren als hun ouders geven aan onvoldoende geïnformeerd en gehoord te worden, daarbij geven jongeren aan dat zij geen ruimte ervaren om hun mening te delen (De Jong et al., 2024). Tevens heeft Nederland, vergeleken met Engeland en Duitsland, het minst aantal contactmomenten met kinderen tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken en er wordt het minst met kinderen gesproken (Middel et al., 2019). Uit het rapport van Het Vergeten Kind over doorplaatsingen in de jeugdzorg blijkt dat 73.8% van de kinderen aangeeft dat er niet naar hun wensen is geluisterd (Peper et al., 2025). Daarnaast blijkt uit datzelfde onderzoek dat 84,4% van de kinderen aangeeft dat zij onvoldoende worden betrokken bij beslissingen over het doorplaatsen. Binnen de Nederlandse jeugdbescherming worden de kennis en ervaring van kinderen niet altijd serieus genomen (Van Bijleveld et al., 2014).

Ondanks dat kinderen, ongeacht hun situatie of achtergrond, evenveel recht hebben op participatie, lijken demografische kenmerken de mate van participatie in de praktijk te beïnvloeden. Demografische kenmerken, zoals leeftijd, migratieachtergrond en geslacht,

lijken van invloed op het aantal contactmomenten (Middel et al., 2019; Middel et al., 2021). Jonge kinderen worden onvoldoende geïnformeerd (Toros & Falch-Eriksen, 2024). Daarnaast bleek dat naarmate kinderen ouder werden, zij serieuzer werden genomen en meer mochten meebeslissen (Križ & Roundtree-Swain, 2017). Met betrekking tot migratieachtergrond lijken kinderen met een migratieachtergrond significant minder contactmomenten te hebben (Middel et al., 2019). Daarnaast lijken kinderen uit arme gezinnen minder betrokken te worden dan kinderen uit welvarende gezinnen (Lätsch et al., 2022). Naast demografische kenmerken van het kind blijkt dat het beleid met betrekking tot participatie verschilt tussen organisaties als de Raad van de Kinderbescherming en Veilig Thuis (Bouma, López, et al., 2018). Onderzoek laat zien dat verschillende factoren invloed hebben op de mate van participatie.

Een kenmerk die mogelijk ook van invloed kan zijn op het verschil in participatie onder kinderen is het hebben van mentale gezondheidsproblemen. Mentale gezondheid betreft de wijze waarop individuen zich verhouden tot zichzelf en tot de ander, de wijze waarop omgegaan wordt met uitdagingen in het dagelijks leven en hoe dit door het individu en anderen in de samenleving ervaren wordt (Van Bon-Martens et al., 2022).

Jeugdbeschermingsprofessionals spelen een belangrijke rol in het faciliteren van betekenisvolle participatie (Toros, 2021). Echter, jeugdbeschermingsprofessionals laten vaak een beschermende houding zien tegenover kinderen. Hierdoor worden kinderen minder betrokken tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken en beperkt in hun participatierecht (Kosher & Ben-Arieh, 2019; Coyne & Harder, 2011; Wilson et al., 2020). Volgens jeugdbeschermingsprofessionals zou participatie niet altijd wenselijk zijn, aangezien het schadelijk zou kunnen zijn voor kinderen (Vis, Holtan, et al., 2010). De mogelijkheid tot participatie wordt ontnomen wanneer de professionals kinderen zien als kwetsbaar en mentaal onvolwassen, deze kinderen zijn volgens de professionals afhankelijk van de bescherming van volwassenen (Van Bijleveld et al., 2013; Huseby-Lie et al., 2024). Uit onderzoek blijkt dat mensen met een psychische aandoening, zoals schizofrenie, door politie gezien worden als minder verantwoordelijk en meer hulpbehoevend (Watson et al., 2003). Kinderen met mentale gezondheidsproblemen worden mogelijk tot op heden nog steeds gezien als kwetsbaarder en meer hulpbehoevend, met als gevolg een mindere mate van participatie tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken. Daarnaast kunnen kinderen met mentale gezondheidsproblemen angst, stress en trauma ervaren (American Psychiatric Association, 2013), waardoor ze wederom gezien worden als kwetsbaar en afhankelijk van volwassenen.

Jeugdbeschermingsprofessionals willen mogelijk deze kinderen beschermen en geen beroep op hen doen.

Een tweede reden waarom kinderen met mentale gezondheidsproblemen mogelijk minder participeren hangt samen met het vermogen van het kind om voor zichzelf op te komen. Kinderen die verbaal en gedragsmatig zichzelf duidelijk en standvastig kunnen uiten, worden beter gehoord dan kinderen die deze vaardigheden niet hebben (Križ & Roundtree-Swain, 2017). Het ontbreken van zelfvertrouwen wordt in verband gebracht met mentale gezondheidsproblemen (McClure et al., 2010). Kinderen met mentale gezondheidsproblemen lijken dus minder zelfvertrouwen te hebben en kunnen mogelijk minder goed voor zichzelf opkomen tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken.

Deze studie richt zich op de verschillen in de mate van participatie van kinderen binnen jeugdbeschermingsonderzoeken met specifiek aandacht voor het verschil tussen kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen. Hoewel in het Kinderrechtenverdrag staat beschreven dat men dient uit te gaan van het participatierecht van kinderen, blijkt dat kinderen in de praktijk niet evenveel participeren binnen jeugdbeschermingsonderzoeken. Het is daarom belangrijk dat er meer duidelijkheid komt naar waar de verschillen in participatie tussen kinderen vandaan komen. Het hebben van mentale gezondheidsproblemen heeft vermoedelijk een belemmerende factor op de mate van participatie van kinderen. Hieruit is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *In welke mate verschilt de participatie van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen binnen jeugdbeschermingsonderzoeken?* Hierbij wordt ook gekeken naar mogelijke verschillen binnen de drie verschillende aspecten van betekenisvolle participatie: informeren, horen en betrekken. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat de leeftijd van het kind en het type jeugdbeschermingsorganisatie invloed hebben op de mate van participatie. Om deze reden worden de leeftijd en het type instelling meegenomen als controlevariabelen in deze studie. Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of er verschillen zijn in de mate van participatie tussen kinderen met een bepaald kenmerk: mentale gezondheidsproblemen. Wanneer gevonden wordt dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen in mindere mate lijken te participeren dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen, is het van belang om dit onder de aandacht te brengen bij de jeugdbeschermingsprofessionals. Dit met het uiteindelijke doel dat elk kind, ongeacht zijn of haar achtergrond, evenveel mogelijkheden heeft op participatie binnen deze jeugdbeschermingsonderzoeken.

Methode

Design

Om te onderzoeken in welke mate participatie tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken verschilt van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen, is gebruikgemaakt van secundaire data afkomstig van het deelonderzoek van het Hestia-project (Middel et al., 2019). Het Hestia-project, bestaande uit de drie deelonderzoeken: een beleidsanalyse, dossieranalyse en een interview met ouders, had als doel om de jeugdbeschermingspraktijken in kaart te brengen. Het betrof een vergelijkend onderzoek en werd uitgevoerd in Nederland, Engeland en Duitsland.

Het huidige onderzoeksdesign betrof tevens een vergelijkend onderzoek waarbij kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen zijn vergeleken. In dit huidige onderzoek is gebruikgemaakt van de Nederlandse dossierstudie. De onderzoeksgegevens zijn gebaseerd op jeugdbeschermingsdossiers afkomstig van Veilig Thuis en de Raad van de Kinderbescherming.

Populatie en steekproef

De doelpopulatie van dit onderzoek betrof Nederlandse kinderen tussen de vier en achttien jaar, waarbij er zorgen waren rondom de gezinssituatie. Voor het Hestia-onderzoek binnen de Nederlandse jeugdbeschermingsdossiers zijn bepaalde inclusie- en exclusiecriteria gehanteerd. De steekproef omvatte willekeurig geselecteerde dossiers uit de periode maart 2015 tot en met oktober 2016, afkomstig uit vier verschillende regio's. Verder zijn uitsluitend de meldingen meegenomen die daadwerkelijk betrekking hadden op zorgen over de opvoedingssituatie van kinderen; adviezen en andere vormen zijn buiten beschouwing gelaten. Bij gezinnen waarvoor er voor meerdere kinderen een melding is gemaakt, is per gezin willekeurig één kind in de steekproef meegenomen.

Dit resulteerde in een uiteindelijke steekproef van 292 Nederlandse kinderen van vier tot achttien jaar met een gemiddelde leeftijd van 9.92 en een standaarddeviatie van 4.128. De groep bestond uit 53.1% jongens en 46.6%. Er was één persoon die zich anders identificeerde. Van de 292 kinderen had 37% een migratieachtergrond. De dossiers zijn voor 80.1% verzameld bij Veilig Thuis en voor 19.9% bij de Raad van de Kinderbescherming. Van de groep participanten had 29.1% mentale gezondheidsproblemen.

Variabelen en instrumenten

Participatie

Voor het meten van de mate van participatie bij het kind is gebruikgemaakt van de Meaningful Participation Assessment Tool (MPAT; Middel et al., 2021). De MPAT is een instrument dat ontwikkeld is om de mate van participatie van kinderen in jeugdbeschermingsonderzoeken in kaart te brengen. De MPAT is ontwikkeld op basis van het model van Bouma, López, et al. (2018). Hierin wordt betekenisvolle participatie gedefinieerd aan de hand van drie verschillende aspecten: het informeren, horen en betrekken. De MPAT is een codeerschema waar, aan de hand van dertien items, wordt geanalyseerd of de verschillende aspecten van betekenisvolle participatie aanwezig zijn in de dossiers. Scores van nul (het aspect van participatie was niet aanwezig of is niet gedocumenteerd in de dossiers) of één (het aspect van participatie was wel aanwezig in de dossiers) werden toegekend voor elk van de dertien items van participatie. In Tabel 1 (Middel et al., 2021), worden de items van de MPAT weergegeven. De mate van participatie wordt weergegeven aan de hand van de totaalscore. Een totaalscore van 13 op de MPAT betekende dat alle dertien items van betekenisvolle participatie voorkwamen in het dossier.

De betrouwbaarheid en de validiteit van de MPAT zijn onderzocht en bleken voldoende te zijn (Middel et al., 2021). Voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn de Cohen's Kappa-coëfficiënten berekend. Twee onderzoekers hebben de MPAT afzonderlijk ingevuld voor het gehele dossier. De Cohen's Kappa-coëfficiënten (κ) van de verschillende items liggen tussen 0,63 en 0,92. Aan de hand van de Mokken-schaalanalyse is de interne validiteit onderzocht met als uitkomst een sterke schaal ($H = .70$, $Rho = .89$). De externe validiteit werd eveneens als voldoende beoordeeld. Bepaalde groepen waarbij de verwachting op basis van de literatuur is dat zij een hogere participatiescore hadden, bleken ook een hogere score op de MPAT te hebben.

Tabel 1*Overzicht items MPAT*

Dimensie	Items
Informereren	1. Het recht om op te groeien zonder geweld 2. Recht op participatie 3. Participatie proces 4. Informatie over de melding 5. Informatie over het onderzoeksproces 6. Uitkomst besluitvormingsproces 7. Of en hoe het perspectief van het kind mee heeft gewogen in het besluitvormingsproces
Horen	8. Gezien worden 9. Gesprek met het kind over onderwerpen met betrekking tot het onderzoek naar kinderbescherming 10. Individuele bijeenkomst
Betrekken	11. Het horen van het kind zijn mening over besluit 12. Kind of vertegenwoordiger aanwezig bij besluitvormende vergadering 13. Mening van kind wordt overwogen in besluitvormingsbijeenkomst

Noot. De items zijn vertaald en overgenomen uit Middel et al. (2021).

Mentale gezondheidsproblemen

Voor elk individu in de steekproef werd vastgesteld of het kind wel of geen mentale gezondheidsproblemen had (0 = geen mentale gezondheidsproblemen (geen MGP), 1 = wel mentale gezondheidsproblemen (wel MGP)). In dit onderzoek werd verondersteld dat het kind mentale gezondheidsproblemen had, indien er sprake was (van een vermoeden van) mentale gezondheidsproblemen. Dit was het geval wanneer het kind gediagnosticeerd was met mentale problematiek volgens de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) binnen de classificaties F10-F69 of F90-F99, of wanneer dit nog onderzocht werd ten tijde van het jeugdbeschermingsonderzoek. Dit betrof onder andere affectieve stoornissen, angststoornissen, ADHD, eliminatiestoornissen, eetstoornissen en gedragsproblemen. Daarnaast werd verondersteld dat kinderen mentale gezondheidsproblemen hadden, indien uit het jeugdbeschermingsdossier zorgen over de mentale gezondheidsproblemen van het kind naar voren kwamen en dit nog niet was onderzocht. Verder werd verondersteld dat het kind mentale gezondheidsproblemen had, indien mentale gezondheidsproblemen werden genoemd als reden voor de melding of de mentale gezondheidsproblemen in de besluitvorming van het jeugdbeschermingsonderzoek zijn meegewogen.

Procedure

Voorafgaand aan de dataverzameling volgden de zes onderzoekers, alleen bachelorstudenten, masterstudenten en PhD-studenten aan de Rijksuniversiteit Groningen, een training over de benodigde informatie voor dit onderzoek. Daarnaast werden zij getraind in het toepassen van het codeerschema, dat bestond uit gesloten vragen en drie open vragen. In de periode van mei 2016 tot en met januari 2017 is de data voor het onderzoek van Middel et al. (2019) verzameld. Alle jeugdbeschermingsonderzoeken waren afgerond voordat de dossieranalyse plaatsvond. De onderzoekers lazen elk dossier in zijn geheel door, waarna zij vervolgens het online codeerschema invulden.

De open vragen uit het codeerschema richtten zich op de participatie van kinderen tijdens de jeugdbeschermingsonderzoeken. Op basis van de kwalitatieve beschrijvingen van de participatie die hieruit volgden, werd de MPAT voor de individuele kinderen door de onderzoekers ingevuld. Zij codeerden of het aspect van participatie aanwezig was in de kwalitatieve beschrijvingen of dat deze ontbrak.

De betrokken onderzoekers zijn geïnstrueerd over het waarborgen van de vertrouwelijkheid van de gegevens afkomstig uit de dossiers. De gegevens uit de dossiers zijn gepseudonimiseerd en de procedure van het onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Rijksuniversiteit Groningen van de afdeling Pedagogische en Onderwijswetenschappen.

Analyseplan

Met behulp van het computerprogramma SPSS (version 27) zijn de analyses uitgevoerd (IBM SPSS Statistics, 2020). Aanvankelijk zijn er beschrijvende analyses uitgevoerd, met als doel de kenmerken van de steekproef in kaart te brengen. De aantallen en percentages van kinderen met mentale gezondheidsproblemen, de gemiddelde leeftijden, de percentages van migratieachtergrond, de verdeling van het type instelling en de verdeling van sekse zijn hiermee in kaart gebracht. Daarnaast is door middel van beschrijvende statistiek in kaart gebracht wat de algemene participatiescores van de participanten waren.

Om de onderzoeksvraag *‘In welke mate verschilt de participatie van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen binnen jeugdbeschermingsonderzoeken?’* te beantwoorden, zijn een chi-kwadraattoets, een *t*-toets en een meervoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Aan de hand van de chi-kwadraattoets en de *t*-toets zijn de mogelijke onderlinge verschillen van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen onderzocht. De *t*-toets voor onafhankelijke groepen had als doel om de gemiddelde

onderlinge verschillen tussen kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen te analyseren. De chi-kwadraattoets had als doel om te kijken naar de onderlinge verschillen op de individuele items van participatie. Met de meervoudige lineaire regressieanalyse werd gekeken naar de MPAT totaalscore. De mate van participatie was hierbij de afhankelijke variabele. Het hebben van wel of geen mentale gezondheidsproblemen was de onafhankelijke variabele. Naast mentale gezondheidsproblemen werden de controlevariabelen leeftijd en het type jeugdbeschermingsorganisatie ook meegenomen als onafhankelijke variabele. De meervoudige lineaire regressieanalyse is tweemaal uitgevoerd. Het eerste model is geschat met enkel de controlevariabelen, om vervolgens bij het tweede model te kijken wat de toevoeging van mentale gezondheidsproblemen is op de verklaarde variantie. Op het moment dat er missing data gevonden werd, werd hier door middel van available case analysis rekening mee gehouden.

De data is gecontroleerd aan de hand van de assumpties voor de meervoudige lineaire regressieanalyse: normaliteit, homoscedasticiteit, lineariteit, multicollineariteit en onafhankelijke waarnemingen. Er is een histogram gegenereerd om normaliteit te onderzoeken. Er is een spreidingsdiagram gegenereerd om homoscedasticiteit en de lineariteit te onderzoeken. Aan de hand van VIF-scores is gekeken of er sprake was van multicollineariteit. Tot slot is, met betrekking tot de assumptie van onafhankelijkheid, de keuze gemaakt om per gezin slechts één kind in de steekproef op te nemen wanneer er voor meerdere kinderen van dat gezin een melding was gemaakt.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

Aan de hand van de beschrijvende statistiek is in kaart gebracht hoe vaak de verschillende participatie items aanwezig zijn in de jeugdbeschermingsdossiers van kinderen (zie Tabel 2). Daarbij zijn ook de verschillende aspecten van participatie, het informeren, horen en betrekken, meegenomen. Opvallend is dat het aspect ‘horen’ aanzienlijk vaker voorkomt dan de andere twee aspecten van participatie. De drie bijbehorende items laten relatief hoge percentages zien. Kinderen worden in 39% van de gevallen gezien door professionals (item 8). In 32.2% van de gevallen wordt een gesprek met het kind gevoerd over onderwerpen met betrekking tot het onderzoek naar kindbescherming (item 9). En tot slot heeft 14.7% van de kinderen een individuele bijeenkomst gehad (item 10).

De items behorend bij het informeren en betrekken zijn aanzienlijk minder vaak gescoord als aanwezig. Binnen het aspect informeren zijn slechts drie van de zeven items

gescoord als aanwezig. Slechts 12% van de kinderen ontving informatie over de melding gedurende het onderzoek (item 4). Daarnaast ontving slechts 10.6% informatie over het onderzoeksproces (item 5). Tot slot werd 19.2% van de kinderen geïnformeerd over de uitkomst van het besluitvormingsproces (item 6). Geen van de kinderen werd geïnformeerd over het recht om op te groeien zonder geweld, het recht op participatie, het participatie proces en hoe het perspectief van het kind is meegewogen in het besluitvormingsproces.

Binnen het aspect van betrekken zijn twee van de drie items als aanwezig gescoord. Slechts 15.4% van de kinderen is gehoord over de uitkomst van het proces en wat diens mening daarover is (item 11). Tot slot werd in slechts 0.3% van de gevallen de mening van het kind overwogen in het besluitvormingsproces (item 13). In geen van de jeugdbeschermingsonderzoeken is de mening van het kind overwogen tijdens de besluitvormende vergadering.

Tabel 2

Scoring 1 (wel aanwezig) per item

Aspect	Item	Frequentie	Percentage (%)
Informeren	1: Geweldloos opgroeien	0	0.0
	2: Participatie recht	0	0.0
	3: Participatie proces	0	0.0
	4: Melding	35	12.0
	5: Onderzoeksproces	31	10.6
	6: Uitkomst besluitvorming	56	19.2
	7: Meewegen perspectief	0	0.0
Horen	8: Gezien	114	39.0
	9: Gesprek	94	32.2
	10: Individuele bijeenkomst	43	14.7
Betrekken	11: Mening kind gehoord	45	15.4
	12: Aanwezig besluitvorming	0	0.0
	13: Mening overwogen	1	0.3

In Tabel 3 zijn de totaalscores op de items te zien. Een totaalscore van 13 op de MPAT betekent dat alle dertien de items voorkwamen in het dossier van de participant. Echter, in de tabel is te zien dat over de gehele doelgroep weinig participatie voorkomt. Bij 56.8% van de participanten werd geen enkel aspect van participatie in de dossiers waargenomen, wat betekent dat op alle dertien items een score van 0 werd behaald. Een totaalscore van 7 is de hoogst behaalde totaalscore, slechts 2.1% van de kinderen scoorde op 7 van de 13 items dat er participatie aanwezig was. Wanneer gekeken wordt naar de totale MPAT score is te zien dat

er gemiddeld genomen kinderen weinig participeren gedurende het jeugdbeschermingsonderzoek ($M=1.43$, $SD = 2.03$, $min = 0$, $max = 7$).

Tabel 3

Totaalscore MPAT

Totaalscore MPAT	Frequentie	Percentage (%)
0	166	56.8
1	28	9.6
2	16	5.5
3	27	9.2
4	23	7.9
5	12	4.1
6	14	4.8
7	6	2.1

Per item van de MPAT is onderzocht, door middel van de chi-kwadraattoets, of er een significant verband bestaat tussen het al dan niet hebben van mentale gezondheidsproblemen en de mate van participatie van het kind (zie Tabel 4). Bij enkele items zijn de aspecten van participatie niet geobserveerd. Bij geen van de participanten waren deze vormen van participatie aanwezig, waardoor er geen verschillen waargenomen zijn tussen kinderen met en kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen. Om deze reden is er geen chi-kwadraattoets uitgevoerd. Dit geldt voor item 1 (informer over het recht om op te groeien zonder geweld), item 2 (informer over het recht op participatie), item 3 (informer over het participatie proces), item 7 (informer over of en hoe het perspectief van het kind mee heeft gewogen in het besluitvormingsproces) en item 12 (het kind of vertegenwoordiger is aanwezig bij besluitvormende vergadering). Voor item 13 (de mening van kind wordt overwogen in besluitvormingsbijeenkomst) is niet voldaan aan de assumptie van een chi-kwadraattoets, aangezien het verwachte aantal waarnemingen te laag is. Voor de andere items is er wel een chi-kwadraattoets uitgevoerd. Hieruit blijken significante verschillen tussen kinderen met en kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen.

Voor het aspect informeren blijkt uit de chi-kwadraattoets voor item 4 dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen (27.1%) vaker informatie krijgen over de melding dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (5.8%), $\chi^2 (1, N = 292) = 25.821$, $p < .001$. Daarnaast blijkt voor item 5 (informer over het onderzoeksproces) dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen (25.9%) significant vaker informatie kregen over het

onderzoeksproces dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (4.3%), $\chi^2 (1, N = 292) = 29.447, p < .001$. Bij item 6 (informereren over de uitkomst van het besluitvormingsproces) bleek dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen (37.6%) significant vaker op de hoogte zijn gebracht van de uitkomst van het besluitvormingsproces dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (11.6%), $\chi^2 (1, N = 292) = 26.387, p < .001$.

Voor het aspect horen blijkt uit de chi-kwadraattoets voor item 8 dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen (61.2%) significant vaker zijn gezien dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (30.0%), $\chi^2 (1, N = 292) = 24.686, p < .001$. Voor item 9 blijkt dat jeugdbeschermingsprofessionals significant vaker een gesprek met kinderen met mentale gezondheidsproblemen (57.6%) voerden over onderwerpen met betrekking tot het onderzoek naar kindbescherming dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (21.7%), $\chi^2 (1, N = 292) = 35.593, p < .001$. Tot slot blijkt voor item 10 (individuele bijeenkomst) dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen (24.7%) significant vaker een individuele bijeenkomst hadden dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (10.6%), $\chi^2 (1, N = 292) = 9.510, p = .002$.

Voor het aspect betrekken blijkt uit de chi-kwadraattoets voor item 11 (het horen van de mening over besluit) dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen (32.9%) significant vaker worden gehoord over hun mening over het besluit dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen (8.2%), $\chi^2 (1, N = 292) = 28.266, p < .001$.

Tabel 4

Chi-kwadraattoets voor itemsscores

Aspect	Item	Geen MPG		Wel MPG		χ^2 -test resultaten		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	df	<i>p</i>
Informereren	1: Geweldloos opgroeien	0	0.0	0	0.0	-	-	-
	2: Participatie recht	0	0.0	0	0.0	-	-	-
	3: Participatie proces	0	0.0	0	0.0	-	-	-
	4: Melding	12	5.8	23	27.1	25.82	1	<.001
	5: Onderzoeksproces	9	4.3	22	25.9	29.45	1	<.001
	6: Uitkomst besluitvorming	24	11.6	32	37.6	26.39	1	<.001
	7: Meewegen perspectief	0	0.0	0	0.0	-	-	-
Horen	8: Gezien	62	30.0	52	61.2	24.69	1	<.001
	9: Gesprek	45	21.7	49	57.6	35.59	1	<.001
	10: Individuele bijeenkomst	22	10.6	21	24.7	9.51	1	.002
Betrekken	11: Mening kind gehoord	17	8.2	28	32.9	28.27	1	<.001
	12: Aanwezig besluitvorming	0	0.0	0	0.0	-	-	-
	13: mening overwogen	1	0.5	0	0.0	0.41	1	.521

Door middel van de *t*-toets voor onafhankelijke groepen zijn de onderlinge verschillen tussen kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen geanalyseerd (zie Tabel 5). Hieruit is gebleken dat er een significant verschil is gevonden. Kinderen met mentale gezondheidsproblemen ($M = 2.67$, $SD = 2.37$) participeren gemiddeld meer dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen ($M = 0.93$, $SD = 1.63$) volgens de totaalscore van de MPAT, $t(117.97) = 6.21$, $p < .001$ (Zie Figuur 1).

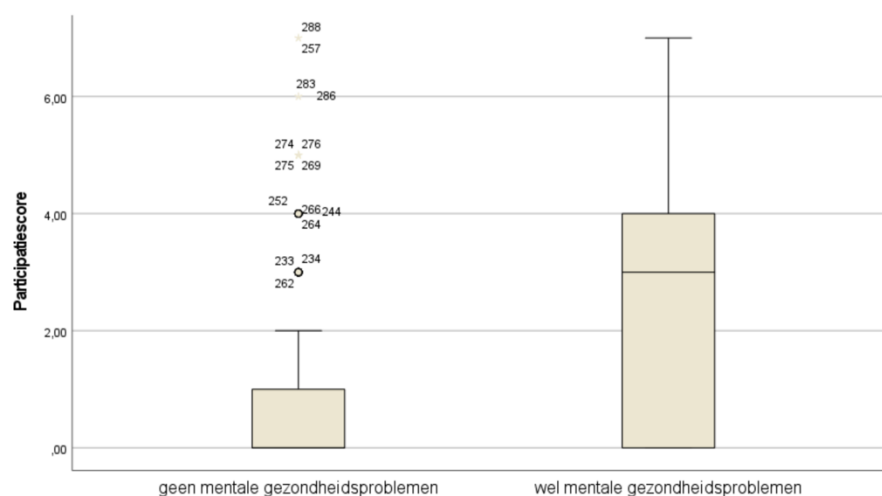
Tabel 5

Beschrijvende statistiek voor gehele steekproef en de subgroepen

	N	M	SD	MIN	MAX
Gehele steekproef	292	1.43	2.03	0.0	7.0
Wel MG	85	2.67	2.37	0.0	7.0
Geen MG	207	0.93	1.63	0.0	7.0

Figuur 1

Boxplot mate van participatie



Meervoudige regressieanalyse

Om antwoord te krijgen op de vraag ‘In welke mate verschilt de participatie van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen binnen jeugdbeschermingsonderzoeken?’, is er een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd (zie Tabel 5). De regressieanalyse is tweemaal uitgevoerd. In het eerste model zijn enkel de controlevariabelen meegenomen. Hieruit is gebleken dat de participatie score voor 39.1% verklaard kan worden door het type instelling en de leeftijd van het kind (adjusted $R^2 = .391$). In het tweede model zijn wederom de controlevariabelen mee genomen evenals mentale

gezondheidsproblemen. Hieruit is gebleken dat de participatie score voor 40.4% (adjusted $R^2 = .404$) verklaard wordt door de onafhankelijke variabelen: leeftijd, institutie en mentale gezondheidsproblemen. Op basis van het significantieniveau, $p < .001$, kan worden geconcludeerd dat de opgenomen variabelen in beide modellen een significant effect hebben op de participatiescore. De R^2 verandert met 1.5% (R^2 change = .015), $p = .008$. Met de toevoeging van mentale gezondheidsproblemen wordt de verklaarde variantie met 1.5% verhoogd.

In model 2 bedraagt de regressiecoëfficiënt van mentale gezondheidsproblemen 0.61, $p = .008$. Kinderen met mentale gezondheidsproblemen scoren 0.61 punten hoger op de MPAT, dit verschil is significant. Het type instelling, dat als controlevariabele meegenomen is, heeft een regressiecoëfficiënt van 2.27, $p < .001$. Dossiers afkomstig van instelling de Raad voor Kinderbescherming scoren 2.27 punten hoger op de MPAT, dit verschil is significant. De leeftijd van het kind, wat ook als controlevariabele is meegenomen, heeft een regressiecoëfficiënt van 0.14, $p < .001$. Dit houdt in dat een toename van 1 op de leeftijd samenhangt met een toename van 0.14 op de participatiescore. Hoe ouder kinderen worden, hoe hoger de mate van participatie.

Tabel 5

coëfficiënten meervoudige regressieanalyse

Model		B	SE	Beta	t	p	95% bhi voor β	adjusted R^2
1	Constant	-0.62	0.24		-2.54	.012	[-1.09; -0.14]	.391
	RvdK	2.53	0.24	0.50	10.75	<.001	[2.06; 2.99]	
	Leeftijd	0.16	0.02	0.32	6.86	<.001	[0.11; 0.20]	
2	Constant	-0.60	0.24		-2.52	.012	[-1.07; -0.13]	.404
	RvdK	2.27	0.25	0.45	9.06	<.001	[1.78; 2.77]	
	Leeftijd	0.14	0.02	0.29	6.15	<.001	[0.10; 0.19]	
	MGP	0.61	0.23	0.14	2.68	.008	[0.16; 1.05]	

Assumptiecheck

De assumptie normaliteit is getoetst door middel van een histogram van de gestandaardiseerde residuen (zie Bijlage, Figuur 1). Aan de hand van de VIF waardes is de samenhang tussen de variabelen gecontroleerd (zie Bijlage, Tabel 1). Tot slot zijn de assumpties lineariteit en homoscedasticiteit gecontroleerd door middel van een spreidingsdiagram voor gestandaardiseerde residuen (zie Bijlage Figuur 2). Er lijken geen ernstige schendingen te zijn.

Discussie

In deze thesis stond de volgende onderzoeksvraag centraal: ‘In welke mate verschilt de participatie van kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen binnen jeugdbeschermingsonderzoeken?’ Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of er verschillen zijn in de mate van participatie tussen kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen. Uit de analyses is gebleken dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen significant vaker leken te participeren ten opzichte van kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen. Kinderen met mentale gezondheidsproblemen scoorden significant 0.61 hoger op de MPAT, gecontroleerd voor de leeftijd en het type instelling. De gemiddelde score op de MPAT was, met een gemiddelde van 2.67, hoger voor kinderen met mentale gezondheidsproblemen dan voor kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen, waarvan de gemiddelde participatiescore 0.93 was. Tot slot bleek dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen op alle items, waarbij de chi-kwadraattoets mogelijk was, vaker participeerden dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen. Kinderen met mentale gezondheidsproblemen kregen significant vaker informatie over de melding, het onderzoeksproces en de uitkomst van het besluitvormingsproces. Daarnaast werden kinderen met mentale gezondheidsproblemen vaker gezien door de jeugdbeschermingsprofessionals, hadden ze vaker een gesprek over onderwerpen met betrekking tot het onderzoek naar kinderbescherming en hadden ze vaker individuele bijeenkomsten. Tot slot werden kinderen met mentale gezondheidsproblemen significant vaker gehoord naar hun mening over het besluit dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen.

Deze resultaten laten een tegengesteld beeld zien van wat op basis van de literatuur werd verwacht. Op basis van de literatuur werd verwacht dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen minder zouden participeren dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen. Professionals zouden kinderen met mentale gezondheidsproblemen mogelijk zien als kwetsbaar, wat er toe kan leiden dat professionals uit bescherming deze kinderen minder lieten participeren (Van Bijleveld et al., 2013; Huseby-Lie et al., 2024). Daarnaast zouden kinderen met mentale gezondheidsproblemen minder zelfvertrouwen hebben en komen zij mogelijk minder voor zichzelf op, waardoor kinderen met mentale gezondheidsproblemen minder worden gehoord (Križ & Roundtree-Swain, 2017). De resultaten wijzen er echter op dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen meer participeren dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen.

Een mogelijke verklaring voor dit onverwachte positieve effect is dat kinderen met mentale gezondheidsproblemen meer ervaring hebben in het voeren van gesprekken met professionals. In het algemeen blijkt dat kinderen die te maken kregen met jeugdbeschermingsonderzoeken het lastig vinden om te praten met jeugdbeschermingsprofessionals (Husby et al., 2018). Kinderen met mentale gezondheidsproblemen krijgen hulp van professionals door middel van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (Bergman et al., 2018; Ministerie van Algemene Zaken, 2024). Cognitieve gedragstherapie is een veelgebruikte en effectieve manier om mentale gezondheidsproblemen te behandelen bij kinderen (Bergman et al., 2018). Tijdens de therapie brengen kinderen samen met een therapeut de gedachtes en het gedrag van het kind in kaart (Fenn & Byrne, 2013). Hierdoor hebben kinderen met mentale gezondheidsproblemen mogelijk al meer ervaring met het verwoorden van hun gedachtes en het praten hierover met professionals. Deze ervaring maakt het mogelijk makkelijker om tijdens jeugdbeschermingsonderzoeken met professionals te praten en hun gedachtes te delen. Dit zou kunnen verklaren waarom kinderen met mentale gezondheidsproblemen meer lijken te participeren dan kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen.

Een tweede verklaring voor de hoge participatie van kinderen met mentale gezondheidsproblemen hangt mogelijk samen met de methodiek van het onderzoek. De data uit het Hestia-project (Middel et al., 2019) is achteraf verzameld door de onderzoekers en gebaseerd op afgesloten dossiers. De mogelijkheid bestaat dat de mentale gezondheidsproblemen pas aan het licht zijn gekomen op het moment dat jeugdbeschermingsprofessionals persoonlijk in contact zijn gekomen met kinderen, bijvoorbeeld tijdens een individuele bijeenkomst of gesprek. De mentale gezondheidsproblemen werden vervolgens gerapporteerd in het jeugdbeschermingsdossier. Bij kinderen die geen mogelijkheid kregen voor individuele bijeenkomsten en gesprekken, en dus minder participeerden, bestaat de kans dat mentale gezondheidsproblemen niet zijn opgemerkt. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat kinderen met een hoge participatiescore vaker worden geclassificeerd in de groep van kinderen met mentale gezondheidsproblemen. Mogelijk is er sprake van omgekeerde causaliteit.

Een andere opvallende bevinding was dat de algehele participatiescore van kinderen, zowel met als zonder mentale gezondheidsproblemen, erg laag was. Uit het onderzoek is gebleken dat kinderen beperkt de mogelijkheid krijgen tot participatie binnen jeugdbeschermingsonderzoeken, met een gemiddelde participatiescore van 1.43. Bij 56.8% van de kinderen was er geen enkele vorm van participatie aanwezig. Dit komt overeen met

eerdere onderzoeken die ook aantoonde dat de mate van participatie in de praktijk beperkt blijft (Gresdahl et al., 2023; Lauri et al., 2020; Peper et al., 2025; Pert et al., 2014; Van Bijleveld et al., 2014).

Beperkingen en sterke punten van het onderzoek

Het huidige onderzoek bevat enkele beperkingen waardoor enige voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren van de resultaten. Ten eerste is de MPAT ingevuld door onderzoekers op basis van de afgeronde dossiers uit de Nederlandse jeugdbescherming. Wanneer een onderdeel niet gedocumenteerd was in het dossier, werd er van uitgegaan dat er op het desbetreffende item geen participatie was en werd de score '0' gegeven. Er bestaat een mogelijkheid dat dossiers niet altijd compleet zijn en dat bijvoorbeeld niet alle contacten met de desbetreffende kinderen zijn gerapporteerd. Dossiers uit de maatschappelijke zorg, zoals de jeugdbescherming, blijken vaker incompleet te zijn in vergelijking met dossiers uit de medische zorg (Witte, 2019). De kans bestaat dus dat de participatiescore lager uitvalt dan de werkelijkheid.

Ten tweede is er mogelijk sprake van informatiebias. Ondanks dat alle onderzoekers voorafgaand aan de dataverzameling een training kregen, zijn er mogelijk onnauwkeurigheden in de data. De dossiers zijn door verschillende jeugdbeschermingsprofessionals opgesteld. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat het ene dossier completer is dan het andere en dat verschillende perspectieven van professionals de dossiers hebben beïnvloed (Witte, 2019).

Tot slot kunnen de resultaten van het huidige onderzoek verouderd zijn en mogelijk niet meer passend zijn bij de huidige praktijk. Op dit moment heerst er groeiende aandacht voor het belang van betekenisvolle participatie. Recente wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat betekenisvolle participatie onder de aandacht staat (Abela et al., 2024; Toros, 2021; Toros & Falch-Eriksen, 2024; Woodman et al., 2022). Mogelijk heeft de groeiende aandacht voor het belang van betekenisvolle participatie gezorgd voor een verandering in de praktijk. De data voor het huidige onderzoek is verzameld in een periode van maart 2015 tot en met oktober 2016 (Middel et al., 2019). Binnen huidige jeugdbeschermingsonderzoeken heeft er mogelijk een verandering plaatsgevonden waarbij kinderen meer participeren.

Daarentegen had het onderzoek ook sterke kanten. De psychometrische kwaliteiten van de MPAT zijn onderzocht. De MPAT lijkt betrouwbaar te zijn en de externe validiteit lijkt voldoende (Middel et al., 2021). Daarnaast lijkt de steekproef ook representatief te zijn voor kinderen die te maken krijgen met jeugdbeschermingsonderzoeken in Nederland. De

dossiers zijn random geselecteerd uit vier verschillende regio's in Nederland (Middel et al., 2019). Door het gebruik van een aselechte steekproef had elk dossier evenveel kans om opgenomen te worden in het onderzoek, met een goede weerspiegeling van de doelgroep tot gevolg (Noor et al., 2022).

Ten tweede waren de jeugdbeschermingsdossiers al afgerond voor de start van het Hestia-project (Middel et al., 2019). De betrokken jeugdbeschermingsprofessionals waren zich er niet van bewust dat de jeugdbeschermingsonderzoeken later zouden worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek naar betekenisvolle participatie. Hiermee is uitgesloten dat het handelen van de jeugdbeschermingsprofessionals is beïnvloed door het idee van deelname aan een onderzoek. Er is geen sprake geweest van het zogenoemde observer effect (Baclawski, 2018).

Implicaties

Voor de klinische praktijk is het van belang om te weten dat er verschillen zijn in de mate van participatie voor kinderen met en zonder mentale gezondheidsproblemen. Aan de hand van onderzoek naar verschillende kenmerken van het kind, zoals het hebben van wel of geen mentale gezondheidsproblemen, kunnen jeugdbeschermingsprofessionals zicht krijgen op het feit dat niet alle kinderen gelijke kansen hebben om te participeren. Inzicht in deze verschillen tussen participatie kan helpen met het faciliteren van participatie voor alle kinderen. Jeugdbeschermingsprofessionals zouden extra kunnen letten op het faciliteren van participatie voor kinderen zonder mentale gezondheidsproblemen, omdat zij het mogelijk lastig vinden om met professionals te praten en zich te verwoorden.

Daarnaast lijken de resultaten van het onderzoek te impliceren dat betrekken en het mee laten participeren van het kind van groot belang is. De mogelijkheid wordt geschetst dat mentale gezondheidsproblemen pas gesignaleerd worden op het moment dat jeugdbeschermingsprofessionals persoonlijk contact hebben met het kind. Wanneer kinderen niet participeren, is de mogelijkheid dat er geen goed beeld ontstaat van het kind en diens situatie. Uit eerder onderzoek en uit de resultaten van het huidige onderzoek is gebleken dat kinderen over het algemeen weinig participeren in jeugdbeschermingsonderzoeken (Gresdahl et al., 2023; Peper et al., 2025; Van Bijleveld et al., 2014). Het besluit van het jeugdbeschermingsonderzoek wordt gebaseerd op de verkregen informatie over het kind en de betrokkenen zoals de ouders (Williams & Parry, 2023). Een interventie die ingezet wordt, moet passend zijn bij het kind en zijn situatie. Hiervoor is het van belang om een goed beeld

te hebben van het kind door het kind te informeren, horen en betrekken (Vis, Strandbu, et al., 2010).

Tot slot lijken de resultaten van het onderzoek enkel te impliceren hoe vaak betekenisvolle participatie voor lijkt te komen in de jeugdbeschermingsonderzoeken. In het onderzoek is enkel gekeken naar wat er in de dossiers gerapporteerd staat over de drie verschillende aspecten van participatie. Echter, hoe kinderen betekenisvolle participatie lijken te ervaren, is niet meegenomen. Er kan een verschil zijn in het gehoord worden en het daadwerkelijk gehoord voelen. Een dossieronderzoek geeft niet altijd een accuraat beeld van de werkelijkheid en bevat niet het perspectief van de participant (Skehill, 2010; Witte, 2019). Daarom is het van belang om in vervolgonderzoek te analyseren hoe kinderen de mate van participatie zelf ervaren hebben. Daarnaast zal bij vervolgonderzoek aan elke respondent nagegaan moeten worden of zij mentale gezondheidsproblemen hebben, door middel van het uitvragen wanneer dit niet specifiek in het dossier genoemd staat. Op deze manier kan nagegaan worden of het positieve effect van mentale gezondheidsproblemen op de participatiescore blijft bestaan.

Literatuur

- Abela, A., Devaney, C., Kojan, B. H., Kotzeva, T., Arsic, J., & Wilson, S. (2024). The meaningful participation of children in matters that affect them: Child participation in the context of child protection across five European countries. *Children And Youth Services Review*, 163, 107746. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107746>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). *American Psychiatric Association*.
- Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. (1989). *Verdrag inzake de Rechten van het Kind* (pp. 10–14). <https://www.unicef.nl/files/Unicef-kinderrechtenverdrag-2019.pdf>
- Baclawski, K. (2018). *The observer effect*. <https://doi.org/10.1109/cogsima.2018.8423983>
- Bergman, H., Kornør, H., Nikolakopoulou, A., Hanssen-Bauer, K., Soares-Weiser, K., Tollefsen, T. K., & Bjørndal, A. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *Cochrane Library*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011729.pub2>
- Bouma, H., López López, M., Knorth, E., & Grietens, H. (2017). Factsheet Nederlandse jeugdbeschermingsstelsel. In *HESTIA*. <https://www.projectthestia.com/wp-content/uploads/2016/09/POLICY-BRIEFING-NL-DUTCH.pdf>
- Bouma, H., López, M. L., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2018). Meaningful participation for children in the Dutch child protection system: A critical analysis of relevant provisions in policy documents. *Child Abuse & Neglect*, 79, 279–292. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.016>
- Bouma, H., Grietens, H., Knorth, E. J., & López López, M. (2018). "Maar een voorbijganger....". De visie en ervaringen van professionals met participatie van kinderen in beschermingsonderzoeken van Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming. (Project HEBE). Rijksuniversiteit Groningen.
- Cossar, J., Brandon, M., & Jordan, P. (2014). 'You've got to trust her and she's got to trust you': children's views on participation in the child protection system. *Child & Family Social Work*, 21(1), 103–112. <https://doi.org/10.1111/cfs.12115>

- Coyne, I., & Harder, M. (2011). Children's participation in decision-making. *Journal Of Child Health Care*, 15(4), 312–319. <https://doi.org/10.1177/1367493511406570>
- Crowley, A. (2015). Is Anyone Listening? The Impact of Children's Participation on Public Policy. *The International Journal Of Children S Rights*, 23(3), 602–621. <https://doi.org/10.1163/15718182-02303005>
- Defence for Children (n.d.). Participatie als kinderrecht [Participation as a children's right]. Leiden, the Netherlands: author.
- De Jong, A., Hopman, M., Zarrinkhameh, A., Hemels, H., Krijger, Q., De Jong, I., Tegelaar, A., & Van Keulen, I. (2024). *Participatie vanaf de zijlijn* (Rapport 2024/121). Nationale Ombudsman & Kinderombudsman.
- Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT Education And Inspiration For General Practice*, 6(9), 579–585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
- Fluke, J. D., López López, M., Benbenishty, R., Knorth, E. J., & Baumann, D. J. (editors) (2020). *Decision-Making and Judgment in Child Welfare and Protection: Theory, Research, and Practice*. Oxford University Press.
- Gresdahl, M., Fauske, H., & Storhaug, A. S. (2023). Predictors of child participation in child welfare emergency placements—A Norwegian case file study. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/cfs.13078>
- Grocke, P., Rossano, F., & Tomasello, M. (2017). Young children are more willing to accept group decisions in which they have had a voice. *Journal Of Experimental Child Psychology*, 166, 67–78. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2017.08.003>
- Husby, I. S. D., Slettebø, T., & Juul, R. (2018). Partnerships with children in child welfare: The importance of trust and pedagogical support. *Child & Family Social Work*, 23(3), 443–450. <https://doi.org/10.1111/cfs.12435>
- Huseby-Lie, I., Ulvik, O. S., & Aamodt, H. A. (2024). Is participation always appropriate? Social workers' perspectives on when to exclude children from conversations about contact visits. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/cfs.13148>

IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 27.0) [Computer software].

IBM Corp.

Khan, A., & Ungar, M. (2025). Un/heard, un/informed, un/involved: Meaningful participation for young people receiving child welfare services. *The British Journal Of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaf003>

Kind wisselt vaak tegen zijn zin van hulpverlener | Nederlands Jeugdinstituut. (2020, 15 januari). <https://www.nji.nl/nieuws/kind-wisselt-vaak-tegen-zijn-zin-van-hulpverlener>

Kosher, H., & Ben-Arieh, A. (2019). Social workers' perceptions of children's right to participation. *Child & Family Social Work*, 25(2), 294–303. <https://doi.org/10.1111/cfs.12685>

Križ, K., & Roundtree-Swain, D. (2017). “We are merchandise on a conveyer belt”: How young adults in the public child protection system perceive their participation in decisions about their care. *Children And Youth Services Review*, 78, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.001>

Lansdown, G., Jimerson, S. R., & Shahroozi, R. (2014). Children's rights and school psychology: Children's right to participation. *Journal Of School Psychology*, 52(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.12.006>

Lätsch, D., Quehenberger, J., Portmann, R., & Jud, A. (2022). Children's participation in the child protection system: Are young people from poor families less likely to be heard? *Children And Youth Services Review*, 145, 106762. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106762>

Lauri, K., Toros, K., & Lehtme, R. (2020). Participation in the Child Protection Assessment: Voices from Children in Estonia. *Child And Adolescent Social Work Journal*, 38(2), 211–226. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00724-x>

McClure, A. C., Tanski, S. E., Kingsbury, J., Gerrard, M., & Sargent, J. D. (2010). Characteristics associated with Low Self-Esteem among US adolescents. *Academic Pediatrics*, 10(4), 238-244.e2. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.03.007>

Middel, F., Grietens, H., López, M. L., Knorth, E. J., & Bouma, H. (2019). *Hestia research project: resultaten van de dossierstudie*. The University Of Groningen Research

Portal. <https://research.rug.nl/en/publications/hestia-research-project-resultaten-van-de-dossierstudie>

Middel, F., Post, W., López López, M., & Grietens, H. (2021). Participation of Children Involved in the Child Protection System – Validation of the Meaningful Participation Assessment Tool (MPAT). *Child indicators research* , 14 (2), 713-735.
<https://doi.org/10.1007/s12187-020-09772-2>

Ministerie van Algemene Zaken. (2024, 9 april). *Waar vind ik hulp bij psychische problemen?* Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/waar-vind-ik-hulp-bij-psychische-problemen>

Noor, S. , Tajik, O. and Golzar, J. (2022). Simple Random Sampling. *International Journal of Education & Language Studies*, 1(2), 78-82. doi: 10.22034/ijels.2022.162982

Peper, J., Van Loon-Dikkers, L., Boelens, S., & Sondejker, F. (2025). Van cijfer naar stem: Ervaringen van jongeren rondom doorplaatsingen in jeugdzorg. In *Het Vergeten Kind* (ISBN 978-94-6409-329-2). Verwey-Jonker Instituut. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van <https://www.hetvergetenkind.nl/wp-content/uploads/2025/01/Van-cijfer-naar-stem.pdf>

Pert, H., Diaz, C., & Thomas, N. (2014). Children’s participation in LAC reviews: a study in one English local authority. *Child & Family Social Work*, 22(S2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/cfs.12194>

Pölkki, P., Vornanen, R., Pursiainen, M., & Riikonen, M. (2012). Children’s Participation in Child-protection Processes as Experienced by Foster Children and Social Workers. *Child Care in Practice*, 18(2), 107–125. <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.646954>

Rap, S., Verkroost, D., & Bruning, M. (2018). Children’s participation in Dutch youth care practice: an exploratory study into the opportunities for child participation in youth care from professionals’ perspective. *Child Care in Practice*, 25(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1521382>

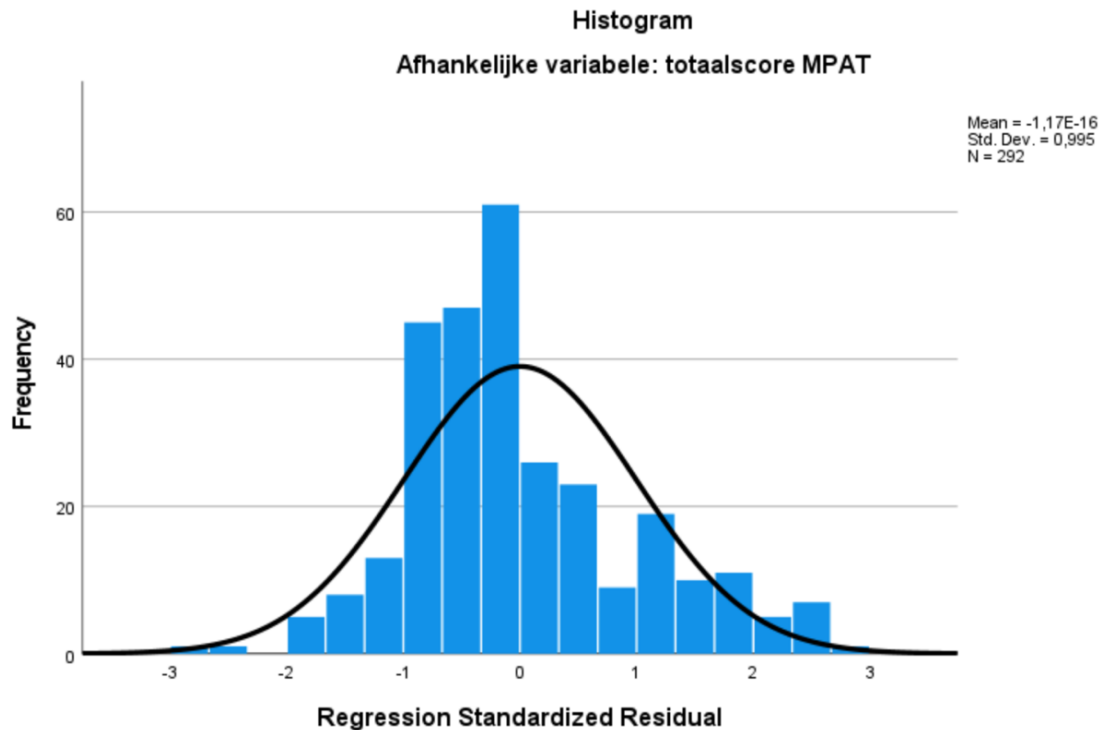
- Skehill, C. (2010). History of Child Welfare and Protection Social Work in Northern Ireland: Finding Continuity amongst Discontinuity in Case Files from 1950 to 1968. *Child Care in Practice*, 16(4), 309–325. <https://doi.org/10.1080/13575279.2010.498413>
- Toros, K. (2021). Children’s participation in Decision Making From Child Welfare Workers’ Perspectives: A Systematic review. *Research On Social Work Practice*, 31(4), 367–374. <https://doi.org/10.1177/1049731520984844>
- Toros, K., & Falch-Eriksen, A. (2024). “I got to say two or three lines”—A systematic review of children’s participation in child protective services. *Child Abuse & Neglect*, 106934. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106934>
- Van Bijleveld, G. G., Dedding, C. W. M., & Bunders-Aelen, J. F. G. (2013). Children’s and young people’s participation within child welfare and child protection services: a state-of-the-art review. *Child & Family Social Work*, 20(2), 129–138. <https://doi.org/10.1111/cfs.12082>
- Van Bijleveld, G., Dedding, C., & Bunders-Aelen, J. (2014). Seeing eye to eye or not? Young people’s and child protection workers’ perspectives on children’s participation within the Dutch child protection and welfare services. *Children And Youth Services Review*, 47, 253–259. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.09.018>
- Van Bon-Martens, M., Kleinjan, M., Hipple Walters, B., Shields-Zeeman, L., & Van Den Brink, C. (2022). Delphistudie “Definitie Mentale Gezondheid”: Resultaten van een consensusprocedure met verschillende perspectieven. *Trimbos Instituut*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/05/AF1979-Factsheet-Delphistudie-Definitie-mentale-gezondheid.pdf>
- Vis, S. A., Holtan, A., & Thomas, N. (2010). Obstacles for child participation in care and protection cases—why Norwegian social workers find it difficult. *Child Abuse Review*, 21(1), 7–23. <https://doi.org/10.1002/car.1155>
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., & Thomas, N. (2010). Participation and health - a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work*, 16(3), 325–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00743.x>

- Watson, A. C., Corrigan, P. W., & Ottati, V. (2003). Police Officers' Attitudes Toward and Decisions About Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55(1), 49–53. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.1.49>
- Williams, T. L., & Parry, S. L. (2023). The voice of the child in social work practice: A phenomenological analysis of practitioner interpretation and experience. *Children And Youth Services Review*, 148, 106905. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106905>
- Wilson, S., Hean, S., Abebe, T., & Heaslip, V. (2020). Children's experiences with Child Protection Services: A synthesis of qualitative evidence. *Children And Youth Services Review*, 113, 104974. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104974>
- Witte, S. (2019). Case file analyses in child protection research: Review of methodological challenges and development of a framework. *Children And Youth Services Review*, 108, 104551. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104551>
- Woodman, E., Roche, S., & McArthur, M. (2022). Children's participation in child protection—How do practitioners understand children's participation in practice? *Child & Family Social Work*, 28(1), 125–135. <https://doi.org/10.1111/cfs.12947>

Bijlage

Figuur 1

Assumptie Normaliteit



Aan de hand van het histogram lijkt de data enigszins normaal verdeeld te zijn. Hoewel er sprake is van een lichte rechts-scheve verdeling, lijken er geen ernstige schendingen te zijn voor de assumptie normaliteit.

Tabel 1

Assumptie multicollineariteit

Model	Variabele	VIF
1	Instelling	1.02
	leeftijd	1.02
2	Instelling	1.19
	Leeftijd	1.08
	Mentale gezondheidsproblemen	1.25

In de tabel is te zien dat de VIF lager zijn dan 5. Dit houdt in dat dat er ook aan deze assumptie voldaan lijkt te zijn.

Figuur 2

Assumptie lineariteit en homoscedasticiteit



In de spreidingsdiagram is te zien dat de punten enigszins willekeurig zijn verspreid rond de nul. Dit houdt in dat er voor de assumpties homoscedasticiteit geen ernstige schendingen zijn. Ook lijken er voor de assumptie lineariteit geen ernstige schendingen te zijn.