VERWEY-JONKER Instituut

Tussenrapport Monitor pilot- en referentiewerkwijzen MDA++

Frouke Sondeijker, Majone Steketee, Bas Tierolf, Mathilde Compagner en Marije Voorwinden

Tussenrapport Monitor pilot- en referentiewerkwijzen MDA++

Auteurs
Frouke Sondeijker
Majone Steketee
Bas Tierolf
Mathilde Compagner
Marije Voorwinden

Utrecht, Maart 2022

Inhoud

1 Context 4

2 Doel- en vraagstelling 6

3 Methode 8
3.1. Oorspronkelijke aanpak 8
3.2. Wijzigingen in oorspronkelijke aanpak 18
3.3. Rol van Covid-19 en beperkende maatregelen 19

4 Resultaten 20
4.1. Resultaten Deelstudie 1: beschrijving werkwijzen 20
4.2. Resultaten Deelstudie 2: metingen 27
4.3. Resultaten Deelstudie 3: casestudies 34

5 Conclusies en verdere voortgang 40
5.1. Voorlopige eerste resultaten 40
5.2. Conclusie en voorlopige bevindingen 42
5.3. Hoe verder 42

Bijlage Kenmerken werkwijze per regio 44

1 Context

Overal in Nederland zijn gezinnen en huishoudens waar het structureel onveilig is. De dreiging van seksueel geweld, huiselijk geweld en/of kindermishandeling is daar altijd aanwezig. Soms lukt het in de reguliere (multidisciplinaire) hulpverlening niet om in deze gezinnen en huishoudens te komen tot structurele veiligheid. Uit het onderzoek 'een kwestie van lange adem'[1] blijkt dat in de helft van de gezinnen anderhalf jaar na melding nog steeds geen sprake is van een veilige gezinssituatie. Het onderzoek laat eveneens zien dat de meeste gezinnen die gemeld worden bij Veilig Thuis te maken hebben met langdurige voortdurende onveilige schadelijke gebeurtenissen (het afgelopen jaar gemiddeld 74 incidenten partnergeweld of kindermishandeling); er is een lange geschiedenis van hulverlening of herhaalde meldingen bij Veilig Thuis en in de meeste gezinnen zijn er problemen op meerdere leefgebieden zoals middelengebruik, armoede of psychische problematiek van de ouders. Dit zijn gezinnen die baat hebben bij de inzet van gespecialiseerde hulp zoals de MDA++, waarin verschillende sectoren, specialisten, het lokale (wijk)team, het gezin/huishouden en het sociale netwerk samenwerken. Uit het onderzoek 'een kwestie van lange adem' blijkt dat de inzet van een dergelijke specialistische aanpak het beste werkt als het gaat om het verminderen van het geweld in het gezin. In deze gezinnen gaat het veelal om ernstige acute of structurele problematiek. Dat de inzet van specialistische aanpakken (waaronder dus ook MDA++) een sterkere afname van het partnergeweld en kindermishandeling laten zien dan reguliere aanpakken, heeft vooral te maken met de gespecialiseerde kennis van de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling.

1 Zie https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/kwestie-van-lange-adem/

Ervaringen in het buitenland laten zien dat als de verschillende sectoren en specialisten daadwerkelijk onder één dak werken dit zeer effectief is in de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling. Reden voor het programma 'Geweld hoort nergens thuis' om een aantal pilotregio's te ondersteunen waar met soortgelijke methoden wordt gewerkt. In Kennemerland, Rotterdam Rijnmond en Hart van Brabant wordt het multidisciplinair en systeemgericht werken onder één dak (verder) beproefd. Het Multidiciplinair Centrum Kennemerland is inmiddels gestopt. De gemeente Tilburg (regio Hart van Brabant) en de gemeente Rotterdam (regio Rotterdam Rijnmond) voeren een pilot uit, waarbij een centrum voor huiselijk geweld en kindermishandeling wordt doorontwikkeld tot een samenwerking voor cliënten door professionals die zelf direct bij het gezin betrokken zijn, onder één dak. De pilot-regio's hebben hiervoor een gedragen projectvoorstel aangeleverd. De uitvoering van de pilots wordt vanuit het programma 'Geweld hoort nergens thuis' ondersteund.

Het programmateam 'Geweld hoort nergens thuis' wil inventariseren en onderzoeken wat de opbrengsten zijn van de pilots en vervolgens de ervaringen delen met de andere regio's, zowel tijdens als na afloop van de pilot. De hypothese was dat met het samenwerken 'onder één dak' de kwaliteit en de effectiviteit van de samenwerking en daarmee de kwaliteit van hulp en ondersteuning aan gezinnen worden vergroot.

Om de effectiviteit van het multidisciplinair en systeemgericht werken onder één dak goed te kunnen onderzoeken zijn er drie referentiewerkwijzen die niet onder één dak werken betrokken in het onderzoek. Het gaat om de volgende drie referentieregio's: het MDA++ Friesland, MDA++ Drenthe en het interventieteam in West-Brabant. Hier wordt ook multidisciplinair samengewerkt, maar niet onder één dak.

Aangezien de werkwijze van zowel de pilots en als de MDA++ aanpak in de referentieregio's allemaal van elkaar verschillen en niet alleen ten aanzien van de factor wel/niet onder één dak werken, is in het onderzoek gekeken naar wat de werkzame elementen zijn van deze verschillende werkwijzen. De MDA++ aanpak in de ene referentieregio's kan mogelijk ook een specifieke meerwaarde ten opzichte van de pilot-aanpakken of de MDA++ aanpak in de andere referentieregio's Denk bijvoorbeeld aan de kwaliteit van de professionals, de tijd die zij kunnen nemen om de samenwerking met elkaar én met het gezinssysteem vorm te geven en aan de interventies die worden ingezet.

Bij MDA++ gaat het niet om een 'aanbod' in engere zin, maar om een ondersteuningsproces dat flexibel is in op- en afschaling, normaliseert, continuïteit biedt en steeds de levensloop van kind en gezin centraal stelt.

Doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in welke hulp geboden wordt aan wat voor soort gezinnen: Wat werkt voor wie? Gekeken wordt naar het soort geweld dat er speelt en de onderliggende problematiek die de kindermishandeling of partnergeweld mede in stand houdt. Is er sprake van acute of structurele onveiligheid en hoelang duurt het geweld? Het onderscheid tussen acuut en structureel en de verschillende doelgroepen (ook op casusniveau de kenmerken van de doelgroepen) is zo nauwgezet mogelijk in kaart gebracht, om deze te kunnen verbinden met de resultaten van de effectmeting. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling vooraf gezinnen of huishoudens in te delen in groepen, maar juist achteraf te kijken: 'wat werkt voor wie?' en kunnen we daarbij iets zeggen over acuut/structureel en kenmerken van doelgroepen. Het gaat hierbij nadrukkelijk om de meerwaarde van de aanpakken over het gehele spectrum .

De opdracht is als volgt geformuleerd: Het is enerzijds van belang een goed beeld te krijgen van wat er daadwerkelijk gebeurt aan hulpverlening, anderzijds om inzichtelijk te maken wat het effect is voor de veiligheid en het welzijn van betrokkenen en welke meerwaarde zij hierbij ervaren. Doel van het onderzoek is om te kijken welke werkzame elementen kunnen worden onderscheiden in de verschillende werkwijzen van de pilotregio's en referentiewerkwijzen.

2 Doel- en vraagstelling

Het doel van het project is na te gaan wat de meerwaarde is van de multidisciplinaire en systemische werkwijze van de MDA++ aanpak in het Hart van Brabant, Rotterdam Rijnmond, Drenthe, Friesland en West-Brabant. In Het Hart van Brabant en Rotterdam Rijnmond wordt de MDA++ aanpak onder een dak aangeboden zoals dat ontwikkeld is in de Family Justice Centers en de Barnahus huizen. In de andere regio's wordt MDA++ geboden door middel van een samenwerking tussen instellingen.

De hoofdvraag is: Welke werkzame factoren zijn te onderscheiden bij de verschillende aanpakken van huiselijk geweld en kindermishandeling in de MDA++ aanpak?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden is gekozen voor een onderzoeksopzet bestaande uit drie zogenaamde bouwstenen:

- Bouwsteen A: Beschrijving van de organisatie en werkwijze.
- Bouwsteen B: Monitoring effecten.
- Bouwsteen C: Casusonderzoek.

De bouwstenen hangen nauw met elkaar samen. Bouwsteen A leidt tot de basisbeschrijving van de verschillende werkwijzen. In het onderzoek is op casusniveau nagegaan hoe de werkwijze in de praktijk eruit ziet en hoe deze wordt ervaren door cliënten en professionals (Bouwsteen C) getoetst wordt tevens of in de praktijk wordt gewerkt zoals beschreven. Aan de hand hiervan kan de werkwijze dan wel werkbeschrijving worden bijgesteld indien nodig of gewenst, Daarnaast is op cliëntniveau gemonitord wat de resultaten zijn van de MDA++ aanpak voor de afname van het geweld en het welzijn van volwassen/ouders en eventuele kinderen (Bouwsteen B). Door deze verbindingen zorgvuldig te analyseren kunnen de werkzame elementen uit de verschillende aanpakken worden gedestilleerd, die als basis kunnen dienen voor een uiteindelijke normeringsstandaard.

Binnen de deelonderzoeken worden de volgende hoofd- en deelvragen beantwoord:

Deelonderzoek 1 (Bouwsteen A):

Hoe is het multidisciplinair en systeemgericht samenwerken vormgegeven?

- Welke partijen (zorg, welzijn en veiligheid) zijn betrokken?
- Hoe zijn coördinatie en regie ingericht?
- Dient bij elke melding traumascreening plaats te vinden van kind en of volwassenen?
- Op welke leefgebieden kan het multidisciplinair werken worden ingezet?
- Op welke doelgroep wat betreft type geweld (kindermishandeling, partnergeweld, huwelijksdwang, eergerelateerd) richt de multidisciplinaire aanpak zich?

Deelonderzoek 2 (Bouwsteen B):

Het resultaat van deze bouwsteen is inzicht in de effectiviteit van de aanpakken in de pilotregio's en de referentieregio's bij de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Hierbij staan de volgende hoofd- en deelvragen centraal:

- ***Worden de beoogde effecten bereikt?***
  - Wordt de directe veiligheid verbeterd (eerder stoppen van acuut geweld, verbetering van gevoel van emotionele veiligheid van slachtoffers)?
  - Is er sprake van herhaling van huiselijk geweld/kindermishandeling?
  - In hoeverre is de veiligheid gegarandeerd en op welke wijze?
  - In hoeverre is er een afname van geweldservaringen bij slachtoffers en kinderen?
  - In hoeverre is er herhaling van geweld door de plegers?

- ***Wordt de duurzame veiligheid verbeterd door het aanpakken van risicofactoren?***
  - Welke vormen van hulp heeft men gedurende de periode gekregen (alle betrokken gezinsleden)?

- ***Tevredenheid over de geboden hulpverlening***
  - Het verbeteren van het welzijn van slachtoffers door het effectief aanbieden van risico gestuurde en herstelgerichte zorg (vermindering van trauma slachtoffers en verbetering van het welzijn).
  - Is er sprake van verbetering van het welbevinden en persoonlijk functioneren van de respondenten, ook in de hoedanigheid van opvoeder?
  - In hoeverre is er een afname van psychische problematiek van de respondenten en een verbetering in het welbevinden van respondenten?
  - In geval van ouders: Is er een afname van problemen in de opvoedingssituatie? In hoeverre voelen respondenten zich (weer) in staat om hun pedagogische verantwoordelijkheid op zich te nemen?
  - In hoeverre hangen bovenstaande vragen samen met de persoonlijkheid van de respondent?
  - In hoeverre is er een afname van (psychische) problematiek van de kinderen die of zelf slachtoffer zijn of getuige zijn van huiselijk geweld?
  - In hoeverre is er afname van 'psychische problematiek bij de kinderen die slachtoffer zijn?
  - In hoeverre is er afname van probleemgedrag bij de kinderen die slachtoffer zijn?
  - In hoeverre is er afname van emotionele onveiligheid van kinderen?
  - Is er sprake van een onveilige hechting met de ouders?
  - In hoeverre is de persoonlijkheid van de kinderen van invloed op bovenstaande resultaten?

- ***Welke effecten heeft de geboden hulp op andere leefdomeinen (denk aan participatie, huisvesting, verslaving etc.)?***

Deelonderzoek 3 (Bouwsteen C) biedt inzicht in de meer 'zachte' aspecten van de meerwaarde van de aanpak:

- Wat kenmerkt cliënten binnen MDA++? Hoe zag hun leven eruit voor MDA++?
- Welke hulp hebben cliënten ontvangen voor, maar ook ingezet vanuit MDA++?
- Hoe is de hulp en inzet van MDA++ ervaren door betrokkenen (voelen zij zich gehoord, ondersteund, adequaat geholpen, juist bejegend) en door professionals (kunnen zij hun werk goed doen, zijn samenwerkingspartners op elkaar ingespeeld, lopen ze tegen knelpunten aan, ervaren zij successen).
- Wordt in de praktijk gewerkt zoals beschreven? Wat gaat goed en waar zitten knelpunten/ verbetermogelijkheden?
- Wat is de meerwaarde van MDA++ volgens cliënten en professionals?

3 Methode

3.1. Oorspronkelijke aanpak

Het onderzoek is opgebouwd uit drie deelonderzoeken ofwel bouwstenen: bouwsteen A bestaat uit een beschrijving van de werkwijze per regio, bouwsteen B uit een effectstudie onder respondenten \ en bouwsteen C uit een zestal casestudies per deelnemende regio. Inmiddels zijn er wijzigingen doorgevoerd in de aanpak van het onderzoek. Voor de volledigheid lichten we hieronder eerst de methode per bouwsteen zoals oorspronkelijk bedacht kort toe. In paragraaf 3.2 wordt beschreven welke wijzigingen met welk doel zijn doorgevoerd in de onderzoeksaanpak.

Bouwsteen A:

We hebben een algemeen format opgesteld voor de werkwijzebeschrijving. In dit format zijn de volgende elementen opgenomen:

- Samenwerking bij acute en structurele onveiligheid (welke partijen betrokken, vaste/wisselende teams, achtergrond/kennis/ervaring professionals, kwaliteit samenwerking en informatiedeling, samenwerking met cliëntsysteem en sociaal netwerk, coördinatie en regie).
- Werkwijze/methodiek (anamnese en analyse, traumascreening en behandeling, diagnose en interventiemogelijkheden inclusief strafrecht, inzet veiligheids/herstel/zorgplan, doorlooptijd aanpak en overdrachtsmomenten, presentie/outreachend werken of alleen binnen instellingen, inzet effectieve interventies, gehanteerde methoden).
- Doelgroep.
- Leefgebieden.
- Randvoorwaarden (beschikbare tijd per huishouden, bestuurlijke borging en draagvlak, samenwerkingsafspraken, professionele ruimte om te doen wat nodig is, organisatiekracht).
- Werkzame elementen en knelpunten (in samenwerking, toeleiding, werkwijze, randvoorwaarden).

Per regio zijn allereerst interne werkbeschrijvingen opgevraagd en is een startgesprek gevoerd. Op basis hiervan is de werkwijzebeschrijving uitgewerkt en vervolgens voorgelegd aan het MDA++ team. Na een (half) jaar – verschilt per regio - is een vervolggesprek gevoerd om actuele ontwikkelingen of wijzigingen in de aanpak te bespreken, voorafgaand aan dit gesprek vroegen we opnieuw de meest actuele procedures en samenwerkingsafspraken op. Daarnaast was er met de meeste regio's regelmatig contact over de voortgang van de werving waarin ook actuele ontwikkelingen ter sprake kwamen. In Friesland en Rotterdam hebben we daarnaast een triage-overleg bijgewoond om meer zicht te krijgen op de toeleiding, dit is ook voorgesteld in de andere regio's alleen is het daar niet van de grond gekomen.

Bouwsteen B:

Dataverzameling
Het onderzoek betreft een longitudinale studie waarin gezinnen die werden aangemeld bij MDA++, benaderd zijn om mee te doen aan het onderzoek. Het Verwey-Jonker Instituut werkte samen met de MDA++ organisatie in vijf regio's. Het onderzoek is uitgevoerd in Friesland, Rotterdam, Drenthe, Hart van Brabant en West-Brabant. In elk van deze regio's werden gezinnen die werden aangemeld bij MDA++, benaderd om mee te doen aan het onderzoek. De studie heeft een longitudinaal ontwerp met twee metingen, waarbij deelnemers een vragenlijst invulden. De eerste meting (T0) is uitgevoerd in de periode dat gezinnen aangemeld zijn bijMDA++. De tweede meting (T2) is één jaar na de eerste meting (T0) uitgevoerd. Moeders en vaders werden verzocht vragenlijsten in te vullen die over henzelf en hun kinderen (3-18 jaar) gingen.

Daarnaast werden kinderen (8-18 jaar) ook gevraagd om vragenlijsten in te vullen. In elk gezin hebben ouders over maximaal twee kinderen gerapporteerd. In gezinnen met meer dan twee kinderen vond de selectie van de kinderen plaats op basis van de jongste kinderen in de leeftijdscategorieën 3-11 jaar en/of 12-18 jaar. De inclusiecriteria om deel te nemen aan het onderzoek waren:

- Gezin gemeld bij MDA++.
- Behorend tot een gezin met minimaal 1 kind in de leeftijd van 3 tot 18 jaar.
- Zowel kind(eren) als ouder(s) kunnen de Nederlandse taal voldoende lezen en begrijpen om onder begeleiding de vragenlijst in te vullen.

De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van een (virtueel) huisbezoek bij de deelnemers. In verband met Corona was het niet mogelijk om alle huisbezoeken 'life' uit te voeren. Vandaar dat in het begin van de Corona pandemie een omslag is gemaakt naar virtuele huisbezoeken, waarbij de onderzoeker weliswaar continu beschikbaar was maar al het contact vond telefonisch of via Whatsapp plaats. De potentiële deelnemers kregen eerst schriftelijke informatie over het onderzoek en werden telefonisch benaderd vanuit de MDA++ organisatie. Tijdens dit belcontact werd het onderzoek uitgelegd en wanneer cliënten wilden deelnemen werd een afspraak voor afname van de vragenlijsten gemaakt. Wanneer een afspraak was gemaakt, werden de afspraakgegevens doorgegeven aan het Verwey-Jonker Instituut (hiervoor moesten de deelnemers telefonisch toestemming geven), die vervolgens de administratie van de huisbezoeken voerde. Tijdens het huisbezoek vulden de deelnemers onder (telefonische) begeleiding van een studentassistent zelfstandig vragenlijsten in. Er werd een laptop gebruikt om in te loggen met een identificatienummer, om de gegevens te pseudonimiseren. Tijdens de verschillende lockdowns in verband met Corona werden de laptops voor de deur van de deelnemers achtergelaten en werd vervolgens de deelnemers telefonisch begeleid bij het invullen. De vragenlijst nam ongeveer 60 tot 120 minuten in beslag voor ouders en 20 tot 45 minuten voor kinderen. Ouders ontvingen een beloning van € 20,- en kinderen een beloning van € 10,- voor het invullen van de vragenlijsten per meting. Aangezien huisbezoeken zeer arbeidsintensief waren, werkten we samen met studenten van verschillende universiteiten en hogescholen uit Amsterdam, Enschede, Groningen, Leiden, Tilburg, Rotterdam en Utrecht om de dataverzameling te realiseren.

Instrumentarium

Het instrumentarium dat in deze studie is gebruikt komt grotendeels overeen met het instrumentarium dat is gebruikt in de tweede cohortstudie Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (Steketee, Tierolf, Lünnemann & Lünnemann, 2020). Hieronder worden de instrumenten per onderwerp beschreven.

Geweld in het gezin

De prevalentie en frequentie van partnergeweld en kindermishandeling is gemeten door middel van de CTS2 (Conflict Tactics Scale, partnergeweld) en de CTSPC (Conflict Tactics Scale Parent Child, kindermishandeling). Beide instrumenten zijn eerder in het Nederlands gebruikt in gezinnen waarin sprake was van partnergeweld en/of kindermishandeling (Steketee e.a., 2020; Overbeek, 2014; Tierolf e.a., 2014). De CTSPC is een versie van de CTS, maar bij de CTSPC wordt het geweld tussen ouder en kind gemeten en bij de CTS het geweld tussen partners. Bij de CTSPC kindversie wordt eveneens het geweld tussen de ouders vanuit de kinderen gezien meegenomen.

De CTS2 is door Straus, Hamby, Boney-McCoy, en Sugarman ontwikkeld (1996) en door Lamers-Winkelman naar het Nederlands vertaald1. Voor dit onderzoek worden de subschalen fysiek geweld, psychologisch geweld, seksueel geweld, verwondingen en onderhandelen gebruikt. De vragenlijst bestaat uit 39 items die worden voorgelegd. Voor elk item wordt gevraagd naar het geweld dat de respondent zelf gebruikt en het geweld door de partner. Zes items gaan over de wijze waarop betrokkenen omgaan met conflictsituaties (onderhandelen, bv. 'Ik liet mijn (ex-)partner zien/merken dat ik om hem gaf, hoewel we van mening verschilden'); acht items betreffen psychisch geweld (bv. 'Ik heb mijn

(ex-)partner beledigd of tegen hem/haar gevloekt' en 'Mijn (ex-)partner beledigde mij of vloekte tegen mij'); twaalf items gaan over ernstig en minder ernstig fysiek geweld (bv. 'Ik heb mijn (ex-)partner geschopt' en 'Mijn (ex-)partner heeft mij geschopt'); zeven items gaan over seksueel geweld (bv. 'Mijn (ex-)partner verplichte me tot seks zonder condoom' en 'Ik verplichte mijn (ex-)partner tot seks zonder condoom'); zes items gaan over verwondingen (bv. 'Ik had iets gebroken vanwege een gevecht met mijn (ex-)partner' en 'Mijn (ex-)partner had iets gebroken door een gevecht met mij'). Voor elk item kon de respondent een score geven tussen de 1 (dit is nooit gebeurd) en 8 (meer dan twintig keer in het afgelopen jaar). De Cronbach's alpha's voor de fysiek-geweldschaal en de psychisch-geweldschaal zijn respectievelijk .88 en .81. De totale geweldschaal heeft in dit onderzoek een Cronbach's alpha van .90.

De CTSPC is ontwikkeld door Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan (1998) en door Lamers-Winkelman naar het Nederlands vertaald. Voor dit onderzoek worden twee versies gebruikt, namelijk de ouderversie en de kindversie. Kinderen kunnen vanaf 8 jaar deze vragenlijst invullen. Bij de ouderversie worden de subschalen niet-gewelddadige disciplinering, psychische agressie, fysiek geweld (inclusief vragen over disciplinering of lichamelijke straffen) en verwaarlozing gebruikt. Bij de kindversie worden de subschalen niet-gewelddadige disciplinering, psychische agressie, fysiek geweld (inclusief vragen over disciplinering of lichamelijke straffen) en getuige van geweld tussen ouders gebruikt. Vier items gaan over niet-gewelddadige disciplinering (bv. 'uitgelegd waarom iets verkeerd/fout was'); vijf items over psychische agressie (bv. 'tegen hem/haar geschreeuwd, gegild of gekrijst'); dertien items betreffen fysiek geweld (bv. 'Hem/haar met mijn vuist geslagen of geschopt'); vijf items gaan over verwaarlozing (bv. 'U niet in staat was om ervoor te zorgen dat uw kind(eren) het eten kreeg dat hij/zij nodig had'); vijftien items gaan over getuige van geweld tussen ouders (bv. 'Mijn (stief)vader/(stief)moeder heeft de ander geslagen'). Voor elk item kon de respondent een score geven op een 8-punts likertschaal tussen de 1 (dit is nooit gebeurd) en 8 (meer dan twintig keer in het afgelopen jaar). De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de CTSPC was Cronbach's alpha van .86.

Op basis van de ingevulde vragenlijsten per gezin is het mogelijk een indeling in het gezinsgeweld te maken in drie categorieën, 'geen geweld', 'mild geweld' en 'veelvuldig of ernstig geweld'. Deze indeling komt tot stand op basis van eerder onderzoek in een 'normale populatie' in 2012 (Tierolf, e.a., 2014). In deze populatie werd ook gebruik gemaakt van de CTS2 en hier bleek dat in gezinnen met kinderen in een normale populatie gemiddeld 7 incidenten van partnergeweld per jaar plaatsvonden. Aangezien daar ook gezinnen bij zitten waar (extreem) veel partnergeweld plaatsvindt is gekeken naar het gemiddelde voorkomen van de afzonderlijke incidenten. Het bleek dat er vier milde (psychische) incidenten zijn die in de normale populatie gemiddeld 1 keer per jaar voorkomen. Vandaar dat voor de definitie van 'geen geweld' in huidig onderzoek een marge is aangehouden van minder dan 4 milde incidenten per jaar. In de normale populatie van gezinnen met kinderen was de standaarddeviatie van de frequentie van partnergeweld 15 incidenten. Vandaar dat voor de aanduiding 'mild geweld' is gekozen bij een frequentie van het geweld tot het gemiddelde + 1 standaarddeviatie, is 22 milde incidenten per jaar. Bij 4 of meer milde incidenten, tot 21 milde incidenten per jaar noemen we het geweld 'mild geweld'. Bij 22 of meer incidenten, of bij ernstige incidenten (1 of meer) noemen we het geweld 'veelvuldig of ernstig geweld'. Ten aanzien van de kindermishandeling betekent 'geen geweld' ook daadwerkelijk 0 incidenten van kindermishandeling. Ook bij kindermishandeling zijn er drie milde incidenten die gemiddeld veel hoger scoren dan alle andere incidenten, niet zo vaak als bij partnergeweld maar toch aanzienlijk hoger. We hebben hier echter geen referentieonderzoek om te bepalen hoe vaak deze incidenten gemiddeld in de normale bevolking voorkomen, vandaar dat we hier een berekening hebben toegepast waarbij we de verhouding tussen het gemiddelde in de normale bevolking van het partnergeweld spiegelen met het hier gevonden partnergeweld en de verhouding tussen deze twee toepassen op de gevonden waarden van de drie kindermishandelingsincidenten. Op deze manier veronderstellen we dat maximaal 2 milde incidenten per jaar van kindermishandeling kunnen worden gekwalificeerd als 'mild geweld' en 3 of meer milde incidenten of 1 of meer ernstige incidenten worden als 'ernstig of veelvuldig geweld' gekwalificeerd.

Welbevinden ouders

Geweld in het gezin heeft zijn weerslag op de sfeer in huis en de opvoeding van kinderen. Ouders die te maken hebben met geweld in hun relatie vinden het vaak moeilijk om hun kinderen emotionele steun te bieden (Pels, Lünnemann, & Steketee, 2011). Spanningen binnen de ouderrelatie hebben een negatief effect op de ouder-kind relatie (Pels e.a., 2015; Stover e.a., 2012; Sturge-Apple, Davies, e.a., 2014, 2016). Ze kunnen de kinderen niet altijd de aandacht geven die zij - juist ook in de geweldscontext - nodig hebben (Brock & Kochanska, 2016; Erel & Burman, 1995). Ook problemen in de partnerrelatie blijken direct door te werken in de opvoedingsrelatie. In de opvoeding is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van kindermishandeling de mate van opvoedstress die ouders ervaren (Mackenzie e.a., 2011; MacKenzie & McDonough, 2009). Ouders zouden bijvoorbeeld minder sensitief en responsief worden naar hun kinderen en zij gebruiken hierdoor sneller ineffectieve disciplineringsmethodes, zoals schreeuwen en (zomaar) negeren. In het onderzoek kijken we naar de opvoedstress van de ouders.

Het opgroeien in een conflictueus gezin met agressie en geweld vergroot het risico om zelf als volwassene geweld te plegen in intieme relaties en tegen kinderen. Personen die als kind zijn mishandeld of getuige waren van geweld tegen of tussen ouders, gebruiken later vaker zelf geweld tegen hun kinderen of partner, of zijn slachtoffer van geweld (WHO, 2007, 2016; Sneddon, Iwaniec & Stewart, 2010). Er zijn geen exacte gegevens hoe vaak mishandelde kinderen zelf later dader worden, cijfers variëren afhankelijk van de onderzoeksmethode tussen de 8% in Engeland (Browne & Herbert, 1997; Engeland e.a., 1987) tot 40% in de Verenigde Staten (Kaufman & Zigler, 1987). Men gaat ervan uit dat een derde van de kinderen die zijn opgegroeid in een gezin waar agressie en geweld plaatsvond, als volwassene geweld gebruikt tegen zijn of haar kinderen, terwijl twee derde de geweldsspiraal weet te doorbreken (Kaufman & Zigler 1987, aangehaald in Dixon, Brown & Hamilton, 2009). Nagegaan wordt wat de gezinssituatie is en of ouders in hun jeugd kindermishandeling of andere jeugdtrauma's hebben meegemaakt. De Adverse Childhood Experience (ACE) -studie (Felitti e.a., 1998) laat zien dat er een sterke relatie bestaat tussen ACE's, zoals CAN, en fysieke en psychische aandoeningen. De geweldservaringen dragen ertoe bij dat het meer psychische inspanning kost om een goede ouder te zijn, zeker als de moeder ook als slachtoffer is getraumatiseerd (Holden & Ritchie, 1991; Harold & Howarth, 2004). Kortom, jeugdtrauma's en het zelf meegemaakt hebben van geweld in het gezin waar je bent opgegroeid wordt niet alleen geassocieerd met herhaling van het geweld maar ook met een slechte geestelijke gezondheid tijdens volwassenheid (Fredland e.a., 2015; Montalvo-Liendo e.a., 2015). In het onderzoek wordt nagegaan of ouders zelf traumaklachten hebben al dan niet als gevolg van de jeugdtrauma's of het huidige partnergeweld.

Daarnaast kijken we naar een aantal achtergrondvariabelen van de ouders zelf. Uit de literatuur is bekend dat een aantal individuele factoren voorspellers zijn voor partnergeweld en kindermishandeling. Een relatief jonge leeftijd en een lagere sociaaleconomische klasse zijn statisch relevante risicofactoren, evenals geweld in het gezin van herkomst (Steketee, e.a., 2016).

Alcohol en middelenmisbruik blijkt een belangrijke voorspeller voor partnergeweld (, Dubrowitz, e.a., 2012; Hilton & Harris, aangehaald in Winkel, Baldry, Kuijpers, & Pemberton, 2009; De Ruiter, 2011). Voor middelengebruik in het algemeen geldt overigens dat een verband bestaat met een geweldgeschiedenis: plegers met een geschiedenis van familiegeweld (inclusief partnergeweld) hebben een grotere kans op middelenmisbruik dan wanneer dit niet het geval is (Winkel e.a., 2009). Ook blijkt uit onderzoek dat probleemdrinkers vaker recidiveren met fysiek, psychisch en seksueel geweld tegen hun partner dan niet-probleemdrinkers (Horn, Scholing, & Mulder, 2006).

Niet in alle gezinnen spelen 'zware' problematiek zoals traumaklachten van ouders of kinderen. Om toch een mogelijke verbetering van de aanpak huiselijk geweld zichtbaar te maken is, bekijken we ook de kwaliteit van leven van de volwassenen.

Traumatische symptomen

Jeugdtrauma's van ouders wordt gemeten met de verkorte vragenlijst van the Adverse Childhood Experiences (ACE; Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda,2003). Hierbij vullen ouders 10 vragen in over traumatische gebeurtenissen in de eerste 18 jaar van hun leven waarbij ze 'ja' of 'nee' kunnen antwoorden. Het betreft de volgende tien categorieën: emotioneel misbruik; lichamelijke mishandeling; seksueel misbruik; emotionele verwaarlozing; lichamelijke verwaarlozing; ouderlijke scheiding of echtscheiding; moeder gewelddadig behandeld; middelenmisbruik van een van de familieleden uit het gezin; geestesziekte van een van de familieleden uit het gezin; detentie van een van de familieleden uit het gezin. De interne betrouwbaarheid van de ACE is hoog, met een Cronbach's alfa van .78 is de ACE betrouwbaar.

De Trauma Symptoms Inventory (Briere, 1996) is gebruikt om traumatische symptomen bij ouders te meten. Deze lijst is te gebruiken bij de evaluatie van acute of chronische posttraumatische symptomen, waaronder effecten van verkrachting, huiselijk geweld, fysieke mishandeling, oorlogshandelingen, grote ongelukken, natuurrampen, alsmede kindermishandeling en andere vroegere traumatische gebeurtenissen. De subschalen van de TSI meten een breed scala aan psychologische effecten en betreffen niet alleen symptomen die gewoonlijk zijn verbonden met de posttraumatische stressstoornis (PTSS), of de acute stressstoornis (ASS), maar ook zowel intra- als interpersoonlijke problemen die vaak worden geassocieerd met meer chronische psychologische trauma's (Briere, 1995). De lijst bestaat uit drie validiteitschalen en de volgende tien klinische schalen: angstige opwinding; depressie; woede; opdringerige ervaringen; defensieve vermijding; dissociatie; seksuele problemen; disfunctioneel seksueel gedrag; verstoord zelfbeeld; spanningsvermijdend gedrag. De zelfrapportage vragenlijst bestaat uit 100 items. Respondenten moeten aangeven hoe vaak bepaalde ervaringen de afgelopen zes maanden zijn voorgekomen. Voorbeelden van items zijn 'Boos worden om iets dat niet belangrijk was'. En 'Je van binnen leeg voelen'. De items worden beantwoord op een ordinale 4-punts Likertschaal, lopend van 'nooit' (0) tot 'vaak' (3). De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de klinische schalen in de Amerikaanse gestandaardiseerde steekproef is gemiddeld .86 en daarmee zeer hoog.

Voor het constateren van een klinisch trauma bij de ouders en kinderen wordt gebruik gemaakt van de normen zoals die gehanteerd wordt binnen vragenlijst zelf, die vastgesteld is op basis van onderzoek waarbij diagnoses van psychiaters zijn betrokken. Voor de TSI wordt (nog) gebruikt gemaakt van de originele Amerikaanse normen.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven van ouders is gemeten met de Manchester Short Assemnet of quality of life (MANSA). De MANSA is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld met het doel de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan. woning, relatie en algemene gezondheid. De vragenlijst bestaat uit 12 tot 16 gesloten vragen waarbij de tevredenheid over de leefomstandigheden word vastgesteld. De betrouwbaarheidscoefficiënt van de MANSA is .82.

Opvoedingsstress

Met behulp van de NOSI-K (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index-verkorte versie) vragenlijst wordt nagegaan in hoeverre de ouder met de geboden hulp en ondersteuning (weer) in staat is om de pedagogische verantwoordelijkheid voor de kinderen op zich te nemen. De NOSI-K is gebaseerd op de NOSI, de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman & Abidin, 1992). Deze verkorte versie bevat 25 items, waarbij ouders voor elke stelling aangeven in hoeverre ze het ermee eens zijn op een 6-punts Likertschaal die loopt van 1 (helemaal oneens) tot 6 (helemaal mee eens). Voorbeelden van items zijn 'Het valt niet altijd mee mijn kind te accepteren zoals hij/zij is' en 'Sinds ik kinderen heb, ben ik vlugger moe dan vroeger'. Een hogere score op deze schaal duidt op meer opvoedstress. De totaalscore op deze vragenlijst geeft een indicatie van de door ouders ervaren opvoedstress. De NOSI-K heeft een hoge interne consistentie (Snoeren, Hoefnagels, Evers, & Lamers-Winkelman, 2013) die in de huidige studie gewaardeerd wordt met een Cronbach's alpha van $\alpha = .96$.

Alcoholgebruik ouders

Het alcoholgebruik van respondenten en hun partners wordt gemeten met de Audit-C. De Audit-C is een bewerkte vorm van de Audit, die uit 10 vragen bestaat; de Audit-C bestaat uit drie vragen. De hier gebruikte versie vraagt zowel naar het eigen alcoholgebruik als naar het alcoholgebruik van de partner. Een voorbeeld van een vraag is 'Hoe vaak drinkt u een alcoholhoudende drank?' en 'Hoe vaak drinkt uw partner een alcoholhoudende drank?' De antwoordcategorieën lopen volgens een 5-punts Likertschaal, bij twee van de drie vragen loopt deze van 0 (nooit) tot 4 (4 of meer keer per week), één vraag gaat in op het aantal drankjes en loopt van 0 (1 of 2) tot 4 (10 of meer). De betrouwbaarheid van de Audit-C voor eigen alcoholgebruik is .67, de betrouwbaarheid van de Audit-C voor alcoholgebruik van de partner is .86.

Op basis van de Audit-C is het mogelijk het alcoholgebruik in aantal glazen per week te berekenen. De range van het wekelijks alcoholgebruik in het huidig onderzoek ligt tussen 0 en 80 glazen per week. De feitelijke norm van de Audit-C is dat problematische alcoholgebruik is wanneer vrouwen meer dan 3 glazen per week drinken en mannen meer dan vier glazen. Voor dit onderzoek hanteren wij een grens van problematisch alcoholgebruik zoals die door de verslavingszorg gehanteerd wordt 8 alcoholische consumpties per week. Het gemiddelde aantal glazen dat deze groep per week drinkt is 8–16 glazen (norm gehanteerd door de Jellinek). Wanneer men meer dan 8 alcoholische consumpties per week drinkt wordt dat hier als risicovol alcoholgebruik gedefinieerd.

Welzijn kinderen

Geweld in het gezin heeft een enorm effect op kinderen. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat kindermishandeling is geassocieerd met een toegenomen risico op het ontwikkelen van een onveilige hechting (Bacon & Richardson, 2001; Baer & Martinez, 2006; Lo, Chan, & Ip, 2017; Raby, Labella, Martin, Carlson, & Roisman, 2017). Vanuit het perspectief van de gehechtheidtheorie waarvan Bowlby (1969) de grondlegger is, bedreigen geweld en het aanschouwen van geweld bij een kind de ontwikkeling van een veilige gehechtheid. Door de geweldsincidenten kunnen de ouders niet garant staan voor de bescherming van de kinderen. Dit heeft tot gevolg dat het vertrouwen en de gehechtheid van de kinderen wordt geschaad (zie ook Belsky & Jaffee 2006; Dijkstra, 2007). Gedesorganiseerde hechting doet zich voor wanneer de hechtingsfiguur tegelijkertijd een bron van veiligheid én van angst is; bij kinderen is dan sprake van zowel toenadering als vermijding naar de ouder (Nicolai, 2001). In het onderzoek is gekeken in hoeverre sprake is van een verstoorde hechtingsrelatie en wat de relatie is met het probleemgedrag van de kinderen.

Ook alle vormen van partnergeweld, fysiek, psychisch of verwaarlozing, hebben negatieve gevolgen en leveren stress op bij de kinderen (Cummings & Davies, 2002, Cummings, George, McCoy & Davis, 2012; Davies, Martin, & Sturge-Apple, 2016; Ten Boom, Witkamp & Mertens, 2016). Zelfs wanneer de mate van geweld tussen ouders gering is, blijkt dat dit van invloed is op de emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties van kinderen op dit geweld een jaar later (Cummings, El-Sheik, Kouros, & Buckhalt, 2009; Davies & Marik, 2014, Davies e.a., 2014, 2016). Ook wanneer ouders non-verbaal ruzie maken, bijvoorbeeld door elkaar te negeren en niet over hun meningsverschillen te praten, reageren kinderen hierop, omdat kinderen de non-verbale signalen in het gedrag van de ouders opvangen (Cummings, Goeke-Morey, & Papp, 2002, 2003). We kijken naar de emotionele veiligheid van kinderen, omdat de achterliggende theorie veronderstelt dat kinderen die zijn blootgesteld aan partnergeweld zich emotioneel onveilig voelen. Ten eerste lijkt geweld tussen ouders direct te leiden tot stress bij kinderen en hierdoor het risico op gedragsproblemen te verhogen. Ten tweede lijkt een verstoorde ouder-kindrelatie dit verband te mediëren. Partnergeweld leidt vaak ook tot een verstoorde ouder-kindrelatie en die verstoorde relatie leidt in veel gevallen tot instabiliteit van het familiesysteem (Davies, Cummings & Winter, 2004; Pels e.a., 2011) en tot psychische problemen bij het kind (Davies, Winter, & Cicchetti, 2006: Mak, Steketee, & van der Schuur, 2013). Bij kinderen die herhaaldelijk worden blootgesteld aan partnergeweld is het niet zo dat gewenning optreedt en zij na verloop van tijd minder door het

geweld van slag raken, maar het tegenovergestelde is het geval. Er treedt steeds sneller een stressreactie op. Kinderen reageren al op geringe spanning tussen de ouders, waardoor ze steeds sneller en heftiger reageren op het conflict. Dit fenomeen wordt wel de sensitisatie genoemd, het betreft een vorm van niet-associatief leren waarbij een versterking van een reflex op prikkels plaatsvindt (Davies, Harold, Goeke-Morey & Cummings, 2002). Niet alleen het geweld op het moment zelf bepaalt de reactie van kinderen, maar ook het geweld dat kinderen in het verleden hebben meegemaakt. Volgens Davies en zijn collega's (2002) is er een verband tussen een grotere sensitisatie en een verhoogd risico op latere problemen van het kind. Deze kinderen reageren emotioneel en gedragsmatig anders op conflicten dan kinderen die geen geweld hebben meegemaakt. We onderzoeken of er sprake is van emotionele onveiligheid als gevolg van het partnergeweld tussen de ouders en opvoeders. En of er ten gevolge van het verminderen van partnergeweld sprake is van een toename van emotionele veiligheid.

Betrokkenheid bij conflicten tussen ouders blijkt het risico bij kinderen op latere externaliserende en internaliserende problemen en traumasymptomen te verhogen (Brock & Kochanska, 2016; Ehrensaft e.a., 2017; Jouriles e.a., 2014). Het meemaken van geweld tussen ouders valt in de categorie complexe trauma's (Van der Kolk, 2005). Een complex trauma verwijst naar 'de ervaring van meerdere, chronische en langdurige ongewenste traumatische gebeurtenissen, meestal van een interpersoonlijk karakter (bijvoorbeeld seksueel of lichamelijk misbruik, oorlog, partnergeweld)'. Als gevolg van traumatische gebeurtenissen kunnen kinderen diverse trauma gerelateerde klachten ontwikkelen. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om een verstoorde emotie- en impulsregulatie. Deze kinderen vinden het moeilijk om hun emoties te reguleren, kunnen vlak of emotieloos lijken en impulsief reageren. Vaak hebben kinderen leerproblemen op school en kunnen ze snel afgeleid zijn. Op school, maar ook daarbuiten, hebben ze vaak ruzie met leeftijdsgenoten, doordat kinderen als gevolg van het getuige zijn van huiselijk geweld traumasymptomen en/of PTSS ontwikkelen (Legemate, 2018). Alle gevoelens en emoties die kinderen ondervinden door het geweld kunnen leiden tot aangeleerde hulpeloosheid, angsten en depressies. De strategieën die kinderen hanteren tijdens de conflicten kunnen internaliserende problemen voorspellen. De kinderen die zich zowel verantwoordelijk voelen voor de conflicten als niet in staat zijn tot het oplossen ervan ervaren meer internaliserende problemen, zoals angsten en depressies. In het onderzoek wordt daarom naast traumaklachten ook gekeken welk probleemgedrag de jongeren vertonen, zoals delinquent gedrag seksueel gedrag, schoolprestaties en middelengebruik. Aangezien het niet alleen slecht gaat met kinderen wordt er ook gekeken naar de kwaliteit van leven. Onderzoek naar de gevolgen van kindermishandeling is vaak gefocust op gedrag en mentale gezondheid. Het concept van kwaliteit van leven en het algemeen welzijn is minder onderzocht (Jud e.a., 2013; Weber, Jud, Landolt & Goldbeck 2017). Nagegaan zal worden hoe kinderen hun kwaliteit van leven beoordelen op de verschillende gebieden van gezondheid, psychisch welzijn, school, vrienden en relatie met hun ouders.

Traumaklachten kinderen

Traumasymptomen van kinderen worden door middel van twee vragenlijsten gemeten, namelijk een ouderversie en een kindversie. Ouders vullen over hun kinderen van 3 tot 12 jaar de Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Young Children in (TSCYC; Tierolf & Lamers-Winkelman, 2014). Hierbij vullen ouders 90 items in op een 4-punts Likertschaal van 0 (niet) tot 3 (heel vaak) hoe vaak symptomen die mogelijke reacties van kinderen kunnen weergeven op traumatische gebeurtenissen (bv. 'Heeft nare dromen of nachtmerries', 'Leeft in een fantasiewereld' en 'Maakt met opzet dingen stuk') in de afgelopen vier weken zijn voorgekomen. De vragen zijn uitgesplitst over twee validiteitschalen en zes klinische subschalen: Angst, Depressie, Posttraumatische stress, Seksuele problematiek, Dissociatie en Boosheid. De Cronbach's alpha's waren in het vorige onderzoek: PTSS (.91), angst (.78), Depressie (.80), Seksuele problematiek (.70), Dissociatie (.83) en Boosheid (.89).

Kinderen van 8 tot 18 vullen de Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children in (TSCC; Tierolf, 2021). Hierbij worden 54 items ingevuld op een 4-punts Likertschaal van 0 (nooit) tot 3 (bijna altijd). Kinderen wordt gevraagd aan te geven hoe vaak ze ergens aan denken, hoe ze zich voelen of hoe vaak ze iets doen. In de vragenlijst komen symptomen aan de orde die mogelijke reacties van kinderen kunnen weergeven op een traumatische gebeurtenis, bijvoorbeeld 'Dagdromen' en 'Me enge dingen herinneren'. De lijst bestaat uit twee validiteitschalen en zes klinische schalen: Angst, Depressie, Posttraumatische stress, Seksuele problematiek, Dissociatie en Boosheid. De Cronbach's alpha's voor de subschalen waren in het validatie onderzoek achtereenvolgens Angst (.84), Depressie (.84), Posttraumatische stress (.86), Seksuele problematiek (.80), Dissociatie (.79) en Boosheid (.88).

Voor het constateren van een klinisch trauma bij kinderen wordt gebruik gemaakt van twee verschillende vragenlijsten, de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) voor de kinderen die zelf de vragenlijsten invullen en de Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) voor jonge kinderen waarover de ouders de vragenlijst invullen. Deze lijsten hebben allebei normen voor wel of geen klinisch trauma, op basis van onderzoek waarbij diagnoses van psychiaters zijn betrokken. Voor zowel de TSCYC als de TSCC zijn deze normen op basis van Nederlands onderzoek gerealiseerd.

Emotionele veiligheid kinderen

Emotionele veiligheid van kinderen wordt door middel van twee vragenlijsten gemeten, namelijk een ouderversie en een kindversie. Ouders vullen voor kinderen van 3 tot 12 jaar de Security in the Marital Subsystem Parent Report (SIMS-PR) in. Kinderen van 8 tot 18 jaar vullen de Security in the Interparental Subsystem Scale Child Report (SIS) in. Beide vragenlijsten meten dezelfde twee componenten van emotionele veiligheid: regulatie van de blootstelling en emotionele reactiviteit, echter aan oudere kinderen wordt ook gevraagd naar interne representaties van de relatie tussen de ouders (Davies & Cumming, 1994; Davies, e.a., 2009). De regulatie van de blootstelling wordt gemeten met de subschalen Openlijke vermijding (OA) en Openlijk bemoeien (OI). Emotionele reactiviteit bestaat uit de subschalen Openlijke emotionele reactiviteit (OER) en Gedragsdisregulatie (BD). De derde component van de SIS betreft de Representatie van de ouderrelatie, deze bestaat uit drie subschalen: Constructieve familie representaties (CFR), de subschaal Destructieve familie representaties (DFR) meet precies het tegenovergestelde, en de laatste subschaal is Conflict spillover representaties (CSR) (Cummings & Davies, 2010; Davies, Forman, Ros & Stevens, 2002). Spillover betekent dat het kind denkt dat het negatieve effect van conflicten over kan gaan naar andere relaties in het gezin.

De SIMS-PR bestaat uit een lijst met mogelijke reacties van een kind op conflicten tussen zijn ouders. De ouder kan aangeven in welke mate de beschreven reactie overeenkomt met de reactie van zijn/haar kind op een ruzie, conflict of onenigheid tussen zichzelf en zijn/haar partner in het afgelopen jaar. Er zijn 28 reacties van het kind beschreven waarvan 'lijkt hij boos' en 'wordt hij erg rustig en teruggetrokken' twee voorbeelden zijn. De antwoorden worden gescoord op een 5-punts Likertschaal van 1 (helemaal niet) tot 5 (helemaal). Emotionele reactiviteit (in het vorige onderzoek) heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .89, Gedragsdisregulatie van .80, Vermijden van .63 en Bemoeien van .84.

De SIS bestaat uit 44 stellingen waarover kinderen aangeven hoe waar ze voor het kind waren in het afgelopen jaar. De vragenlijst bevat stellingen zoals 'als mijn ouders ruziën, voel ik me verdrietig' en 'als mijn ouders ruzie hebben, heb ik het gevoel dat het mijn schuld is'. De antwoorden worden gescoord op een 4-punts Likertschaal van 1 (niet waar voor mij) tot 4 (helemaal waar voor mij). De Cronbach's alpha van de vier subschalen van de SIS ligt tussen de .52 (Gedragsdisregulatie)2 en .89 (Emotionele reactiviteit).

Ook bij deze lijsten is geen natuurlijk afkappunt. Wel zijn beide lijsten gebruikt in het onderzoek in de normale bevolking in 2012. Omdat hier de emotionele onveiligheid over vier subschalen wordt gemeten, is een hogere grens noodzakelijk (omdat anders te veel kinderen in de normale bevolking als 'emotioneel onveilig' zouden worden getypeerd). Vandaar dat bij deze schalen is gekozen voor een afstand van twee standaarddeviaties hoger dan gemiddeld in de normale populatie, hetgeen betekent dat ongeveer 15% van de kinderen in de normale bevolking emotioneel onveilig scoren.

Hechting

Hechting tussen ouders en kinderen wordt door middel van twee vragenlijsten gemeten, namelijk een ouderversie en een kindversie. Ouders vullen de Security Scale (Kerns, Klepac, & Cole, 1996) in over kinderen tussen de 3 en 18 jaar. Kinderen vanaf 8 jaar vullen de Security Scale in over zowel hun (stief)vader als (stief)moeder. De Security Scale bestaat uit 15 items (bv. 'Ik vind het gemakkelijk om mijn moeder te vertrouwen' of 'Mijn kind vindt het gemakkelijk om mij te vertrouwen') die beantwoord worden op een 5-punts Likertschaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 ('heel erg mee eens). Deze vragenlijst is gebaseerd op de gehechtheidtheorie en richt zich op (a) de mate waarin kinderen de gehechtheidfiguur als responsief en beschikbaar ervaren, (b) de mate waarin het kind neigt om steun te zoeken bij de ouder ten tijde van stress; en (c) de mate waarin het kind de communicatie met de ouder prettig vindt en waardeert. De betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn respectievelijk .82 en .79.

Deze security scale bestaat uit drie verschillende lijsten, een lijst voor de ouders over de hechting met het kind, een lijst voor het kind over de hechting met de vader en een lijst voor het kind over de hechting met de moeder. Bij deze lijst is niet, zoals bij de traumalijsten, sprake van een natuurlijk afkappunt om te bepalen of sprake is van onveilige hechting. Hier hebben we dus zelf een punt voor moeten kiezen. Wel zijn (beperkt) gegevens van een Nederlandse niet-klinische populatie bekend. Vanwege het feit dat deze verdelingen sterk rechts scheef verdeeld zijn, is gekozen om het afkappunt één standaarddeviatie links van het gemiddelde van de Nederlandse niet-klinische populatie te gebruiken.

Probleemgedrag jongeren

Probleemgedrag van jongeren wordt gemeten met de International Self Report study Delinquency (ISRD-3) en de European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Jongeren vullen 29 vragen in over delinquentie (geweldsdelicten en vermogensdelicten), seksueel gedrag, schoolprestaties (spijbelen en blijven zitten) en middelen gebruik (alcohol, softdrugs en harddrugs).

Hier is gebruik gemaakt van 11 probleemgedragingen gedefinieerd in de ISRD, zoals spijpelen, winkeldiefstal, vandalisme, gewelddadig gedrag en drank- en middelengebruik. Hoe ouder jongeren worden, hoe groter de kans dat bepaald problematisch gedrag voorkomt, vandaar dat hier per leeftijdsjaar een norm wordt gesteld. Ook hier wordt per leeftijdsjaar het gemiddelde + één standaarddeviatie als norm gehanteerd omdat de verdeling links scheef verdeeld is. Hierdoor wordt in een normale schoolpopulatie van 2500 scholieren in Nederland door minder dan 14% van de jongeren problematisch gedrag vertoont.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven van kinderen is gemeten met de Kidscreen. Vragen zijn gebaseerd op ideeën over fysieke, emotionele, mentale, sociale en gedragscomponenten van gezondheid, welzijn en levenskwaliteit. Deze ideeën zijn verzameld in literatuuronderzoek, expertconsultaties en groepsinterviews met kinderen en jongeren. We gebruiken de Kidscreen-27, waarbij 27 vragen gesteld worden over de volgende domeinen: lichamelijk welzijn (vijf items); psychisch welbevinden (zeven items); relatie met ouders (zeven item); relatie met vrienden (vier item); school en leren (vier items). Op basis van tien van deze 27 items wordt een totaalschaal berekend, de Kidscreen-10. De interne samenhang van de Kidscreen-10 met Cronbach's Alpha is .82.

Cumulatie van risicofactoren
Dit onderdeel bestaat uit negen verschillende risicofactoren die worden meegenomen. Voor elk van de risicofactoren wordt een afkappunt gebruikt dat bepaalt of een score wel of niet in het problematisch gebied valt. Wanneer sprake is van de aanwezigheid van drie of meer risicofactoren, dan gaan we uit van een cumulatie van risicofactoren, bij minder dan drie risicofactoren is geen sprake van een cumulatie van risicofactoren. De risicofactoren bestaan uit vier of meer ACE's (Adverse Childhood Experiences) die wel of niet aanwezig zijn, gemiddeld komt in de Nederlandse bevolking 1 ACE per bewoner voor, terwijl bij 56% geen ACE's voorkomen (1); armoede, gedefinieerd als een maandelijks gezinsinkomen van minder dan €1.500 (2); werkloosheid, gedefinieerd als minder dan 12 uur betaald werk per week (3); riskant drankgebruik respondent, gedefinieerd als meer dan 8 alcoholische consumpties per week (4); riskant drankgebruik partner respondent, gedefinieerd als meer dan 8 alcoholische consumpties per week (5); laagopgeleid, alleen basisschool (6) en alleenstaand ouderschap (7); hoge mate van opvoedingsstress gedefinieerd als een score hoger dan 73 op de NOSI-K (8); hoge mate van probleemgedrag jongeren, gedefinieerd als een probleemscore hoger dan het gemiddelde + 1 standaarddeviatie van het probleemgedrag onder de standaard Nederlandse bevolking van 8-18-jarigen (voor elk leeftijdsjaar apart berekend) (9).

Bouwsteen C:

Het volgen van een casus gebeurt door verschillende methoden te combineren: naast interviews met en het afnemen van vragenlijsten bij gezinsleden, zijn er ook semigestructureerde interviews gehouden met professionals en vindt er dossieronderzoek plaats. Met de betrokkenen van de casus worden er op meerdere momenten interviews gehouden om na te gaan hoe het gaat in het gezin en welke hulp en ondersteuning zij hebben gekregen voor de complexe problemen die er spelen in het gezin en de vraag of het lukt om het geweld daadwerkelijk te stoppen. Met behulp van de tijdlijn-methodiek wordt het traject in kaart gebracht dat de betrokken hebben afgelegd nadat ze bij Veilig Thuis zijn gemeld. Wat is er feitelijk gebeurd? Wat is er volgens de betrokkenen zelf verbeterd en wat heeft daarbij geholpen? Wat waren belangrijke ervaringen in die periode? Is er de juiste zorg geboden, waaraan zij behoefte hadden en als dat het niet geval is waarom is dat niet gebeurd?

Op basis van de interviews met de betrokken hulpverleners worden de ervaringen van de gezinsleden gespiegeld aan de aannames en doelstelling vanuit de professionals. Waarom is besloten om op een bepaald moment een interventie of hulpaanbod al dan niet in een parallelproces aan te bieden. Wat zijn volgens de betrokken uitvoerders de werkzame bestanddelen in de aanpak. Waarom is het gelukt om met de MDA++ aanpak de hulpverlening weer op gang te krijgen? Wat is de toegevoegde waarde van de MDA++ aanpak voor deze casus? Wat betreft het dossieronderzoek wordt er aangesloten bij de methode die gehanteerd is in Friesland. Met behulp van de dossierstudie wordt in beeld gebracht welke hulp het cliëntsysteem daadwerkelijk heeft ontvangen, welke doelen zijn gesteld en welke gerealiseerd zijn? Geanalyseerd zal worden welke procesindicatoren een rol spelen (wie werken samen, wanneer is er overleg, met welke frequentie etc). de gegevens ui het dossieronderzoek zullen op casusniveau gebruikt worden, dit helpt om de tijdlijn aan te scherpen en waar nodig aan te vullen.Naast de interviews met de betrokken gezinsleden wordt hen ook gevraagd om een vragenlijst in te vullen op het moment van de melding bij MDA++, en een jaar na de start van de hulpverlening door MDA++. Dit om een meer objectievere beoordeling te hebben van de mate waarin het huiselijk geweld en/of kindermishandeling nog steeds voorkomt in het gezin en in hoeverre er een verbetering is van het welzijn van de gezinsleden, de volwassenen partners en eventuele kinderen. Hoewel de vragenlijst ingevuld wordt door de gezinsleden zelf, blijkt in de praktijk dat het gebruik van deze gevalideerde vragenlijst een beter beeld te geven van de huidige gezinssituatie dan in een mondeling interview.

3.2. Wijzigingen in oorspronkelijke aanpak

3.2.1. Meer aandacht voor toeleiding

Het effect- en casusonderzoek kwamen moeizaam op gang. Er was en is intensief contact met de regio's, we hebben herhaaldelijk uitleg gegeven over het onderzoek, een flyer gemaakt voor de regio's om ook bij partners het onderzoek kenbaar te maken, we zijn aangesloten bij gesprekken met de regio's en GHNT, maar de instroom bleef lang gering. Dat zagen we niet alleen in de deelnemende regio's, maar eigenlijk in het hele land. We denken dat de lockdown en overall dalende zorgvraag die daarmee gepaard ging een deel van de verklaring is geweest, maar het was zeker niet de hele verklaring. Graag wilden we iets kunnen zeggen over de meerwaarde van MDA++ en door de trage instroom was wachten op de effectmetingen geen optie, daarin zit immers diezelfde vertraging. We hebben om die reden de focus van het oorspronkelijk onderzoeksvoorstel wat verschoven. Naast de problemen rondom start van de trajecten en de lockdown vanwege corona bleek, zoals hierboven gezegd, ook dat er weinig cases doorverwezen werden naar de MDA++ aanpak.

Wij hebben voorgesteld meer participerend onderzoek te doen naar het proces van toeleiding naar MDA++. Daarnaast wilden we graag sneller zicht op de meerwaarde van MDA++ ten opzichte van de reguliere VT aanpak. Hiertoe hebben we voorgesteld ook de zaken waarbij men twijfelde over MDA++ inzet, maar waarin toch voor een regulier traject is gekozen, te includeren in het casusonderzoek. Op die manier is het mogelijk sneller zicht te krijgen op de verschillen tussen MDA++ en de reguliere aanpak en daarmee op de mogelijke meerwaarde.

Het includeren van de 'twijfelcases' is na veel overleg en inzet toch niet gelukt. De regio's konden deze gezinnen niet destilleren/aanleveren. We hebben wel allerlei overleggen bijgewoond in de regio's en dat heeft het zicht op het proces van toeleiding vergroot.

Dat toeleidingsproces naar MDA++ is vervolgens nog wat diepgaande onderzocht. Met de werkwijzebeschrijving bij de hand zijn hiertoe gesprekken gevoerd met de projectleiders van de regio's om te zien in hoeverre de uitvoeringspraktijk en de werkwijzebeschrijving overeenkomen en waar eventueel verbetermogelijkheden zitten om cliënten beter en sneller toe te leiden naar MDA++ indien dit uiteraard passend lijkt. Deze resultaten zijn verwerkt tot een scriptie. De belangrijkste resultaten uit deze aanvullende studie zullen tevens terugkomen in dit tussenrapport.

3.2.2. Meer inzetten op casestudies

In het oorspronkelijke voorstel was het casusonderzoek reeds opgenomen, echter werd alleen aan gezinnen die meedoen aan het effectonderzoek gevraagd of ze ook wilden deelnemen aan het casusonderzoek. Doordat de aantallen voor het effectonderzoek klein waren, waren de de aantallen voor het casusonderzoek (6 per regio) niet te halen als we op dezelfde wijze verder waren gegaan. Ook hierin zijn dus een aantal wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van de oorspronkelijke aanpak. De verandering ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel is tweeledig:

1. We benaderen gezinnen al eerder met de vraag om mee te doen aan het casusonderzoek, direct na aanmelding en niet pas bij start MDA++. Daarbij laten we dan de effectmeting onderdeel zijn van het casusonderzoek.
2. We willen de gezinnen niet 2x (begin en eind) lang maar 4x (1x per 3 maanden) wat korter spreken, om dichter op dat proces te zitten. Mensen weten dan nog beter hoe zaken in elkaar zitten en hoeven minder in hun geheugen te graven. Wij hebben dan eerder (tussentijdse) resultaten. Door een aantal cases te volgen op meerdere meetmomenten komt enerzijds een goed beeld tot stand van wat er daadwerkelijk gebeurt in de hulp en ondersteuning van alle gezinsleden. Anderzijds wordt er inzichtelijk gemaakt wat het effect is voor de veiligheid en welzijn van betrokken. De resultaten van de op deze wijze uitgevoerde casusonderzoeken zijn te lezen in Hoofdstuk 4 van dit tussenrapport.

3.2.3. Extra meetmoment 6 maanden na start MDA++

Omdat ook de instroom van de effectmetingen traag op gang kwam en er forse vertraging optrad in het onderzoek is besloten om niet alleen bij start van MDA++ en 1 jaar later te meten, maar dit ook al te doen 6 maanden na start van MDA++. We wilden hiermee vooral voorkomen dat startmetingen geen opvolging kregen, omdat 1 jaar na start voor veel cases dan buiten onze onderzoeksperiode zou vallen. Dat zou betekenen dat die startmetingen ook voor niks waren geweest en dat vonden we onacceptabel. Hierdoor hebben we straks van een aantal cases twee en van andere 3 meetmomenten.

3.3. Rol van Covid-19 en beperkende maatregelen

Covid-19 en de beperkende maatregelen die daarbij kwamen kijken hebben een grote impact op dit onderzoek maar natuurlijk ook op de uitvoering van MDA++ zelf. Het begon al bij de training van teams, die kon geen of pas veel later doorgang vinden. Zonder training werd er geen MDA++ uitgevoerd en konden we dus ook nog niet includeren. Eenmaal gestart met vertraging, was er net als overal, steeds sprake van uitval door zieke teamleden, behandelingen die pas later gingen startten et cetera. Een deel van de hulp en van de MDA++ teamvergaderingen vond ook digitaal plaats, terwijl dat oorspronkelijk niet de bedoeling was en soms zat er ook meer tijd tussen afspraken dan wenselijk. Dit is belangrijk om te noemen, omdat dit soort zaken uiteraard van invloed is geweest op de beleving en mogelijk ook van invloed zal zijn op de resultaten van de trajecten.

In de werving van cliënten voor dit onderzoek heeft Covid-19 geleid tot vertraging van ongeveer 1 jaar. Normaliter doen wij huisbezoeken als we vragenlijsten of interviews afnemen. Het merendeel van de looptijd van het onderzoek, was dat niet mogelijk door de beperkende maatregelen en waren we aangewezen op (beeld)bellen. Voor de meeste cliënten was dit geen probleem, maar een aantal cliënten hebben om die reden niet mee gedaan. Verder merkten we, en dat is nu nog steeds het geval, dat digitale afspraken makkelijke worden afgezegd. Vervolgens is het lastig mensen opnieuw te bereiken en tot een nieuwe afspraak te komen. Bovendien zit er dan soms ook meer tijd tussen de afspraken dan we zouden willen. Hoewel het onderzoek inmiddels echt goed op gang is gekomen in het merendeel van de regio's, hebben we nog niet het aantal interviews en metingen kunnen doen dat we hadden gewild.

Inmiddels is er een verlenging van het onderzoek gehonoreerd. De looptijd is nu tot eind december 2022. Hiermee is de verwachting dat we de beoogde aantallen kunnen includeren. **De resultaten zoals beschreven in hoofdstuk vier van dit rapport zijn dus slechts voorlopige resultaten.**

4 Resultaten

4.1. Resultaten Deelstudie 1: beschrijving werkwijzen

Hoewel de MDA++ methodiek op papier één methode lijkt, wordt MDA++ in de praktijk door de regio's zeer verschillend vorm gegeven. In alle regio's is een vast MDA++ team, echter wie er onderdeel zijn van dit team en wie in de schil zitten, hoe de samenwerking met het cliëntsysteem plaats vindt en welke samenwerkingsafspraken er zijn gemaakt tussen organisaties loopt uiteen. Voor elke regio is daarom de werkwijze apart beschreven. In elke beschrijving komen de achtergrond van MDA++ in de regio, toeleiding MDA++ cases, uitvoering MDA++ (methodiek en casus/procesregie), nazorg MDA++, samenwerking met ketenpartners en werkzame elementen en knel/verbeterpunten aan bod. Hieronder is een tabel opgenomen met de belangrijkste elementen per regio. De uitgebreide beschrijving per regio is te vinden in bijlage 1.

Tabel 4.1.1: Samenvatting werkwijze per regio

	Friesland	Drenthe	West-Brabant (Breda)	Hart van Brabant (Tilburg)	Rotterdam
Naam	MDA++ Friesland	MDA++ Drenthe	Interventieteam	Veiligheidsteam	Filomena (Centrum Huiselijk Geweld en Kindermishandeling)
Wel/niet onder één dak	Niet onder één dak	Niet onder één dak	Niet onder één dak	Wel onder één dak (uitgangspunt)	Wel onder één dak
Type interventie	MDA++ regulier	MDA++ regulier	MultiFocus	MultiFocus	Inloopspreekuur Intensief casemanagement (eerder: MultiFocus) SOF7 (sinds nov 2021)
Methodieken	MDA++ regulier Visie gefaseerde ketenzorg TopTeen onderzoek Praten met kinderen	Visie gefaseerde ketenzorg Signs of Safety TopTeen onderozek	Visie gefaseerde ketenzorg MultiFocus Signs of Safety Veiligheidskaart	Visie gefaseerde ketenzorg MultiFocus	Visie gefaseerde ketenzorg SOF7 Intensief Casemanagent (gebaseerd op MultiFocus gedachtegoed)
MDA++ team (vaste binnenring)	MDA++ voorzitter Veilig Thuis (onderzoeker) Politie FIER (GZ-psycholoog met specialisatie kinderen, jeugd en gezin, trauma) GGZ Friesland (gezinstherapeut forensische poli) Medisch centrum Leeuwarden VNN (maatschappelijk werker)	MDA++ voorzitter Veilig Thuis (onderzoeker) Politie Accare (psycholoog / orthopedagoog / psychiater met specialisatie kinderen, jeugd en gezin, trauma) GGZ Drenthe (systeemtherapeut/ spv-er/psycholoog met specialisatie forensische volwassen GGZ) Yorneo (psycholoog/systeemtherapetuZ) UMCG (kinderarts/sociaal pediater met kennis HGKM) VNN (psycholoog/maatschappelijk werker/spv-er zowel kennis jeugd als volwassenen)	Veilig Thuis Safegroup Ambulant (jeugd/volwassenen) MEE WijZijn Traverse (opvang) IMW (maatschappelijk werk) SPRING (jeugdhulp) Novadic-Kentron (verslavingzorg) GGZ	*Casuscoördinatie* Veilig Thuis Toegang Tilburg Team Complexe Casuïstiek Gezinsmanagement Sociaal wijkteam *Expertise* GGZ Breburg Novadic-Kentron Sterk Huis Amarant *Actieoverleg* Politie OM Raad voor de Kinderbescherming Reclassering Veilig Thuis	Veilig Thuis Politie Zorg en Veiligheidshuis Centrum Seksueel Geweld Forensisch artsen Jeugdbescherming Stichting MEE Arosa FIER Wijkteams Rotterdam Parnassia
Samenwerking cliënt-systeem	Volwassen gezinsleden en evt. jongeren sluiten aan bij het MDA++ overleg.	Volwassen gezinsleden en evt. jongeren sluiten aan bij het MDA++ overleg.	Cliënten hebben contact met intensief casemanager(s)	Cliënten hebben contact met intensief casemanager(s),	Cliënten hebben contact met intensief casemanager(s),
Inzet ervarings-deskundigheid	Nee	Nee	Ja, onderdeel van MDA++ team	Ja,	Ja, onderdeel van MDA++
Inzet sociaal netwerk	Sociaal netwerk wordt waar mogelijk betrokken				

	Friesland	Drenthe	West-Brabant (Breda)	Hart van Brabant (Tilburg)	Rotterdam
Toeleiding	Via Veilig Thuis	Via Veilig Thuis	Via Veilig Thuis	Via Veilig Thuis of actieoverleg	Via Veilig Thuis of ZVHRR
Doelgroep	Lange geschiedenis van meldingen HGKM Vaak hulp ingezet zonder gewenst resultaat Zorg en politie en/of justitie zijn betrokken (geweest) Structureel onveilige situatie Multiproblematiek (zoals schulden, verslaving, LVB, psychiatrie) *Tijdens beginfase: kinderen in het gezin*	Lange geschiedenis van meldingen HGKM Vaak hulp ingezet zonder gewenst resultaat Zorg en politie en/of justitie zijn betrokken (geweest) Structureel onveilige situatie Multiproblematiek (zoals schulden, verslaving, LVB, psychiatrie) Kinderen in het gezin	• dreigend gevaar, veelvuldig geweld (> 1 keer per maand); • grote kans op voortduren en herhaling van geweld; • veiligheid van betrokkenen in het geding; • problematiek op meerdere leefgebieden (>3); • langdurig geen vooruitgang of oplossingen in zicht (> 1 jaar); • eerdere hulpverlening is onvoldoende effectief gebleken; • het gezinssysteem sluit onvoldoende aan bij de reguliere hulpverlening (zorg mijdend); • de nog lopende hulpverlening ziet meerwaarde in de inzet van het Interventieteam	met een (lange) geschiedenis van meldingen en/of hulpverlening (vrijwillig/forensisch), met een hoog risico op escalatie van ernstig geweld, er zijn veelvuldige incidenten met direct gevaar voor de veiligheid van betrokkenen, met problematiek op meerdere gebieden zoals een verstandelijke beperking, verslaving, armoede, psychiatrie en/of emotionele verwaarlozing, die bekend zijn bij vele instellingen, Veilig Thuis is meerdere malen gepasseerd en ook zijn er al veel hulpverleners betrokken geweest.	*Tijdens opstartfase*
Casus/regiehouder	*Tijdens onderzoeksfase:* VT-onderzoeker *Na onderzoeksfase:* Gebiedsteam, voogd, andere organisaties	*Tijdens onderzoeksfase:* VT-onderzoeker *Na onderzoeksfase:* Over het algemeen gebiedsteam	Casusmanager vanuit het Interventieteam	Casuscoördinator vanuit het Veiligheidsteam	*Casemanager vanuit CHGKM*
Trauma	Standaard afname traumavragenlijsten, tenzij reeds bekend uit eerder onderzoek of er op dit moment al een GGZ-behandeling loopt)	Standaard afname traumavragenlijsten, tenzij reeds bekend uit eerder onderzoek of er op dit moment al een GGZ-behandeling loopt)	Bij vermoeden trauma kan MDA++ teamlid van de GGZ gepolst worden, daarnaast krijgt team binnenkort traumatraining	Momenteel wordt geen traumascreening uitgevoerd, vanuit MF training wel alert op signaleren trauma en om traumascreening in te zetten	Tijdens de opstartfase van het centrum werd geen traumascreening gedaan. Casemanagers zijn nu getraind in traumasensitief werken en er vindt nu traumascreening plaats
Doorlooptijd	Maatwerk	Maatwerk	In principe één jaar, indien nodig langer	Maatwerk	In principe één jaar, indien nodig langer

4.1.1. Overeenkomsten en verschillen werkwijzen: Wat werkt?

Alle regio's zijn inmiddels daadwerkelijk gestart met MDA++. Het moge duidelijk zijn dat de ene regio langer bezig is dan de andere en daarmee dient rekening te worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten. Daarbij heeft, zoals ook duidelijk wordt uit de werkwijzebeschrijvingen, elke regio MDA++ op zijn eigen manier vorm gegeven. Waar Drenthe gezien kan worden als een kopie van Friesland (inzet MDA++ als expertise), en ook Hart van Brabant en West-Brabant relatief op elkaar lijken (inzet MultiFocus via 2 gekoppelde casuscoördinatoren), is MDA++ Rotterdam zich nog volop aan het ontwikkelen en kiest een eigen weg. In deze paragraaf staan we stil bij overeenkomsten en verschillen tussen de regio's en tevens bij de vraag: wat werkt?

Lastig om MDA++ van de grond te krijgen

Hoewel de MDA++ aanpak een van de speerpunten van het actieprogramma 'Geweld hoort nergens thuis' is, blijkt het in de praktijk niet gemakkelijk om dergelijke aanpak van de grond te krijgen. Anno 2020 zijn er zes regio's waar een MDA++ structureel is gerealiseerd, in twaalf Veilig Thuis regio's is MDA++ pilot gaande en zeven van de 28 regio's geven aan dat een MDA++ in ontwikkeling is. Vanuit dit onderzoek hebben we diverse redenen gehoord over waarom deze MDA++-werkwijzen zo moeizaam van de grond komen. Het is onduidelijk wat precies de doelgroep zou moeten zijn. Een van de redenen is een verschil in visie wie de beoogde doelgroep is van MDA++. Gaat het nu om laagdrempelige toegang voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling, of om de 4% meest complexe gezinnen waarvoor de reguliere aanpak ontoereikend is en daarom opgeschaald moet worden, of misschien wel allebei? Dit loopt ook in de zogenaamde bouwstenen door elkaar. En richt de aanpak zich alleen op gezinnen met kinderen of niet en wat doen we met ouderenmishandeling, intiem terreur of eergerelateerd geweld en focussen we dan op structureel geweld of ook acuut? In de eerdergenoemde bouwstenen is wel degelijk een beschrijving van de doelgroep te vinden, met criteria. Echter deze laat ruimte voor regio's om zelf keuzes te maken en in de deelnemende regio's wordt verschillend gedacht over welke doelgroepen nu het meest baat hebben bij de aanpak zoals zij die zelf hebben vorm gegeven. De onduidelijkheid over de doelgroep en daarmee het ontbreken van gegevens over hoeveel gezinnen in aanmerking komen voor de MDA++ aanpak, maakt het moeizaam om bestuurlijk draagvlak te krijgen in de regio's. Daarbij is het lastig om de meerwaarde van de MDA++ aanpak aan te tonen en daarmee aan te tonen dat de financiering van de diverse partijen om bij te dragen aan de MDA++ aanpak gerechtvaardigd wordt door de maatschappelijk opbrengst. Dit komt doordat de verschillen tussen de regio's in de wijze waarop de MDA++ inhoudelijk vorm wordt gegeven groot zijn. Dat maakt het lastig om overall conclusies te trekken, terwijl je wel massa nodig hebt (en de aantallen per regio zijn nog te gering) om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de resultaten van MDA++. Naast het doorgaan met onderzoek om uiteindelijk die uitspraken over werkzaamheid van MDA++ te kunnen doen, helpt het ook om de visie omtrent MDA++ aan te scherpen aan de hand van de tot nu toe geleerde lessen. Tevens is het registreren en monitoren iets dat slechts heel beperkt aan bod komt in de werkwijzen. Hierdoor is periodieke terugkoppeling over resultaten aan financiers lastig, terwijl ook dat helpend kan zijn om de meerwaarde van MDA++ sneller zichtbaar te maken, waardoor het ook makkelijker bestaansrecht krijgt.

Friesland heeft hierin een mooie ontwikkeling doorgemaakt die wellicht ook voor de andere regio's behulpzaam kan zijn. Zij hebben allereerst in kaart gebracht in welke mate ze in staat waren doorlooptijden te verkorten, daarna hebben ze het aantal hermeldingen gemeten, tevens hebben ze altijd hun uren verantwoord.

Toeleiding naar MDA++ moeizaam

De toeleiding naar MDA++ verliep in nagenoeg alle regio's traag. Deels had dit te maken met corona, maar ook voor die tijd was dit al een probleem weten we, bijvoorbeeld uit eerdere onderzoeken rond het MDCK in Kennemerland

en Friesland. Meerdere factoren spelen hierin een rol: gebrek aan kennis over het bestaan van MDA++ of onbekendheid met de inclusiecriteria van MDA++. Daarnaast blijkt dat voor alternatieve aanpakken wordt gekozen en MDA++ als ultimum remedium wordt gezien als alle andere hulp is vastgelopen. De toeleiding naar MDA++ verloopt in alle regio's via Veilig Thuis, waar professionals cases kunnen melden, met uitzondering van regio Rotterdam, waar professionals én ook potentiële cliënten zich rechtstreeks bij het centrum kunnen melden. In Rotterdam wordt wekelijks een inloopspreekuur voor cliënten georganiseerd. In de regio's waar de toeleiding via Veilig Thuis loopt is in Friesland gekozen voor een groep vaste Veilig Thuis medewerkers, dit was in Drenthe ook lange tijd het geval maar is recent afgeschaft. In de twee Brabantse regio's zijn geen vaste Veilig Thuis medewerkers die de potentiële MDA++ casus oppakken.

De reden dat Veilig Thuis Drenthe heeft gekozen om het werken met vaste Veilig Thuis medewerkers af te schaffen, is dat een klein vast team kwetsbaar kan zijn op het moment dat Veilig Thuis medewerkers uitvallen. Daarnaast is het aantal zaken dat opgepakt kan worden met een klein team gering. Bij beginnend Veilig Thuis onderzoekers wordt in Drenthe vanuit het MDA++ team extra begeleiding geboden bij het oppakken van MDA++ cases.

Daarnaast zijn er soms ook andere aanpakken die sneller werken (zoals de Friese Aanpak Huiselijk Geweld) of reeds bestaande samenwerking tussen betrokken hulp, of die beter aansluiten bij de problematiek (zoals het Veiligheidshuis op het moment dat justitieproblematiek meer op de voorgrond staat. Soms lijkt er ook een soort concurrentie gaande. Zo is het Veiligheidsteam in West-Brabant (niet MDA++) soms bang dat het Interventieteam (wel MDA++) hetzelfde werk doet.

De procedure voor toeleiding evenals de inclusiecriteria zijn in de regio's verschillend en de vraag is soms ook in welke mate de criteria in de praktijk gehanteerd worden. Dit is een vraag die we aan professionals zullen voorleggen, wanneer we hen spreken rond een casus (deelstudie 3). Alle regio's hebben inmiddels een website, procedure of factsheet van hun werkwijze, alleen bij Drenthe ontbreekt dit nog (wel in Word documentjes). We volgen of dit de toeleiding vergemakkelijkt en of dit tot grotere instroom in MDA++ leidt.

Standaard screenen op trauma's

In Friesland en Drenthe wordt er standaard gescreend op trauma's bij de MDA++ doelgroep. In de andere regio's is het wel mogelijk om een traumascreening uit te voeren, maar wordt dit alleen gedaan indien er aanwijzingen of vermoedens zijn van trauma. Hoe vaak dat daadwerkelijk gedaan wordt weten we niet.

Uit de data blijk dat een aanzienlijk deel van de MDA++ populatie, namelijk 58% te maken heeft met klinische trauma klachten. Bijna altijd, in 90% van de gevallen, is het indien er sprake is van traumaklachten, bij het kind. Binnen die groep van 58% geeft 57% van de ouders aan ook zelf traumaklachten te ervaren. Dit zijn forse percentages die het ons inziens rechtvaardigen om standaard een traumascreening te doen in ieder geval bij kinderen. Maar ook bij ouders kan het geen kwaad. Bovendien weten we uit eerder onderzoek (Steketee et al, 2020) dat er met EMDR op relatief korte termijn goed effecten behaald kunnen worden bij zowel kinderen als ouders. Een screening op traumaklachten en indien passend snelle inzet van EMDR kan een meerwaarde vormen van MDA++.

Cliëntsysteem aan tafel wel of niet doen? Hoe geef je samen beslissen vorm?

In Friesland en Drenthe sluit het gezin aan, aan tafel bij het MDA++ expertiseteam samen met andere betrokken professionals. In de twee Brabantse en Rotterdamse regio heeft de cliënt alleen contact met de casemanager en in geval van de Brabantse met de schaduwcoördinator of tweede professional. Daarnaast is binnen Friesland en Drenthe uitgangspunt dat kinderen standaard worden gesproken, terwijl dat in de werkwijzebeschrijvingen van de andere regio's minder duidelijk naar voren komt. Uit de literatuur is bekend dat

het samen beslissen over behandeling heel belangrijk is.[2] De 'Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp - Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming biedt hiervoor handvatten. Of het gezin daarvoor al dan niet aan tafel moet zitten met het MDA++ team is nog de vraag. Professionals vinden het soms lastig als cliënten aanwezig zijn bij een dergelijk overleg. Ze horen ook van cliënten dat deze veel niet begrepen of overweldigd waren door de veelheid van mensen die daar voor hen bijeen zat. Aan de andere kant zijn er ook professionals die het juist wenselijk vinden dat ze er wel bij zijn, in het kader van transparantie en niet *over* maar *met* gezinnen praten. Ook dit vraagstuk komt terug in de resultaten van de casestudies. Daar wordt duidelijk hoe cliënten het al dan niet aanwezig zijn bij dergelijke overleggen ervaren en wat dit voor invloed heeft op het al dan niet samen beslissen.

Samenstelling MDA++ team

De MDA++teams worden veelal samengesteld via detachering van mensen vanuit een moederorganisatie. Dit betekent dat mensen met verschillende petten op zitten en soms dus ook volgens twee verschillende werkwijzen moeten werken en dat kan lastig zijn. In elke regio zijn er partijen uit zowel de zorg als veiligheidsketen betrokken. Welke partijen dat zijn verschilt per regio. In tabel 4.1.1 hierboven is te zien welke partijen in welke regio deel uit maken van het MDA++ team. Daarnaast is er een samenwerking met veel andere partijen in de regio, die in de zogenaamde tweede schil zitten. De hypothese vooraf was dat er binnen de onder een dak aanpak nauwer zou worden samengewerkt, maar dat de referentiewerkwijzen wellicht beter aansluiting zouden vinden in de wijk/regio.

In de praktijk lijken de verschillen tussen wel en niet onder één dak gering. De twee noordelijke regio's en West-Brabant zitten niet onder één dak, maar vergaderen bijvoorbeeld wel op één vaste locatie. Wat we terug horen van professionals is dat het wel heel belangrijk is om elkaar en elkaars expertise goed te kennen. Ook vertrouwen in elkaar hebben en korte lijnen hebben met elkaar worden genoemd als werkzame elementen. Hierbij helpen vaste gezichten (continuïteit van medewerkers) en vaste dagen waarop men bijeenkomt. In verschillende regio's is aangegeven dat expertise vanuit GGZ en verslavingszorg onmisbaar zijn. Verbinding met het regionale actieoverleg waar vaak VT-politie-OM en soms andere partijen aansluiten wordt ook genoemd door professionals als belangrijk.

Het delen van informatie in het kader van samenwerking lijkt goed te gaan zolang dit binnen het vaste team plaatsvindt. Als er andere professionals aansluiten, bijvoorbeeld omdat zij al betrokken waren bij het gezin of huishouden, dan is het lastiger. Soms wordt ervoor gekozen een casus anoniem te bespreken. Op die manier zijn er minder restricties qua wet- en regelgeving, maar kan er wel expertise gedeeld worden. Het programmateam van Geweld hoort nergens thuis is bezig met een verdieping rond het thema gegevensuitwisseling en privacyregels binnen MDA++.

Regievoering

Regievoering is altijd lastig omdat men er niet overal hetzelfde onder verstaat. Bovendien zijn er vaak onuitgesproken aannamen over wie regie voert met een gezin en welke taken daar dan toe behoren. In veel van de MDA++ teams zijn er afspraken gemaakt over regievoering. Wat we uit gesprekken met de regio's halen is dat men over het algemeen tevreden is over het intensief casemanagement zoals dat in Rotterdam en de Brabantse regio's wordt uitgevoerd. In Friesland en Drenthe is er in de onderzoeksfase een regisseur vanuit het MDA++ team en na de onderzoeksfase wordt er veelal iemand uit het wijkteam aangewezen als regisseur. Die verandering van regisseur lijkt alleen te werken

2 MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. (2020). *Resultaten achterbanraadpleging diagnostiek*. Verkregen van: Ggz-panel: Cliënten willen meer inspraak in diagnose en behandeling (mindplatform.nl).

als degene uit het wijkteam op zijn minst affiniteit heeft met de complexiteit van de doelgroep en daarnaar weet te handelen. Op dit moment is dat in ieder geval in Drenthe nog een groot knelpunt. Daar pakken de leden van het wijkteam die worden aangewezen de regierol nog te vaak niet goed op, of er zijn veel personele wisselingen, waardoor de contactpersoon[3] vanuit het MDA++ team, vaak de VT-medewerker, in de praktijk de regierol blijft vervullen. De vraag is of dat heel erg is. Er dient natuurlijk gewaakt te worden voor het 'vollopen' van het MDA++ team, waardoor wachtlijsten gaan ontstaan en mensen niet meer direct geholpen kunnen worden. Aan de andere kant is het voor cliënten heel prettig om een vaste contactpersoon te hebben gedurende het hele traject en sluit dit ook goed aan bij de gedachte 1 gezin 1 plan 1 regisseur. Hoewel veel cliënten aangeven een vast gezicht prettig te vinden, is continuïteit in de aanpak en het betrouwbaar uitvoeren van afspraken minstens net zo belangrijk.

Wel of geen hulp verlenen vanuit MDA++ team?

Wat direct opvalt in de werkbeschrijvingen is dat MDA++ vooral een structuur is. Een structuur opgebouwd met verschillende disciplines van waaruit een multidisciplinaire diagnose gesteld wordt en hulp geïndiceerd wordt, maar geen hulp verleend wordt door de aanwezige disciplines. Vaak is het voor gezinnen ondanks dat ze in MDA++ zitten lang wachten op die hulp, omdat er sprake is van wachtlijsten bij organisaties. En ondanks de grote expertise in het MDA++-team wordt er in de tussentijd veelal alleen 3-maandelijks gemonitord hoe het met gezinnen gaat. Ook het maken van veiligheids-, zorg- of herstelplannen wordt niet altijd (direct) gedaan. Een meerwaarde van MDA++ zou kunnen zijn dat gezinnen sneller passende hulp krijgen. Mandaat krijgen om bijvoorbeeld wachtlijsten te kunnen omzeilen voor deze gezinnen, zou hierin helpend kunnen zijn. Er zijn enkele regio's waarin een projectgroep is waarnaar opgeschaald kan worden. Deze projectgroep kan weer opschalen naar een bestuurdersgroep. Dit kan helpen om een dergelijk mandaat te organiseren. Een andere oplossingsrichting zou kunnen zijn dat er toch direct vanuit MDA++ hulp verleend wordt, al is het slechts ter overbrugging. In de casestudies wordt er expliciet naar gevraagd wat er wel en niet gedaan wordt vanuit MDA++ en wat de ervaring van cliënten daarbij is.

In welke mate outreachend werken?

Alleen in West-Brabant is outreachend werken het uitgangspunt. In Friesland en Drenthe wordt alleen indien nodig een enkele keer outreachend gewerkt. Bij Rotterdam is een vrij inloopspreekuur waar slachtoffers kunnen binnenlopen. De regio's doen dit dus echt allemaal anders en professionals geven ook aan hier nog zoekende in te zijn. Op dit moment kunnen we nog weinig zeggen over wat daarin wel of niet werkt, omdat de ervaringen sterk uiteen lopen. We blijven oog hebben voor dit thema gedurende de verdere looptijd van het onderzoek. Wat we wel terug horen van de regio's is dat het werken met het sociaal netwerk en middels inzet van ervaringsdeskundigen positief wordt ervaren door zowel professionals als cliënten. Wellicht speelt het aspect van outreachend werken daarin ook mee. We hopen daar van cliënten meer over te horen in de casestudies.

Wat werkt?

Deze vraag is zoals jullie hebben kunnen lezen niet eenvoudig te beantwoorden vanuit alleen de werkwijzebeschrijvingen en wat professionals erover zeggen. Het één werkt soms wel in de ene regio en soms niet in een andere regio, daarnaast kent elk MDA++ team zijn eigen regionale context. Overall kunnen we stellen dat een aantal elementen van belang zijn voor elke MDA++ werkwijze die van meerwaarde wil zijn ten opzichte van de reguliere aanpak, namelijk:

3 De begrippen contactpersoon en regisseur worden hier door elkaar gebruikt. Dat is vaak dezelfde persoon, maar dat hoeft niet perse. Ook hier wordt in de regio's verschillend mee om gegaan.

- Een heldere visie inclusief een omschrijving van de doelgroep.
- Een heldere toeleidingsprocedure die ook bekend is in de regio.
- Een divers team waarin aansluiting is tussen zorg- en veiligheidspartners is gerealiseerd en waarin expertise op het terrein van GGZ en verslavingszorg niet mag ontbreken.
- Een standaard traumascreening.
- Draagvlak en mandaat van bestuurders uit de regio om snel doorbraken te realiseren.
- Afspraken over wie wanneer regie voert.
- Eenduidigheid over hoe besluitvorming samen met gezinnen vorm te geven.
- Heldere registratie en van zaken en de voortgang daarbinnen, zodat ook periodiek gerapporteerd kan worden aan financiers over de resultaten van MDA++.

4.2. Resultaten Deelstudie 2: metingen

4.2.1. Dataverzameling

Tot nu toe is het gelukt om 86 gezinnen in het onderzoek te includeren, waarvan 66 moeders en 46 vaders en 127 kinderen. 33 kinderen van 8 jaar en ouder zelf de vragenlijst hebben ingevuld. Deze groep wordt in de tussenrapportage vergeleken met de controlegroep, te weten de ouders die hebben deelgenomen aan de tweede cohortstudie (zie tabel 4.2.1). Er is nog geen matchingsprocedure uitgevoerd. De vergelijking is gemaakt met een controlegroep bestaande uit alle reguliere meldingen bij VT in 13 regio's in Nederland, in totaal 922 gezinnen.

Voor de vergelijking in tijd zijn alleen de zaken van MDA++ Friesland meegenomen omdat het aantal respondenten dat zowel de T0 als de T2 hebben ingevuld voldoende was om een beeld te schetsen van de eerste resultaten. Het gaat daarbij om 38 gezinnen, waan 29 moeders en 22 vaders de vragenlijsten hebben ingevuld. Het aantal kinderen waarover we gegevens hebben is 60 kinderen, waarvan 18 kinderen zelf de vragenlijst heeft ingevuld.

Tabel 4.2.1 aantal respondenten bij tussenrapportage

	MDA++		Controlegroep	
	T0	T0-T2	T0	T0-T2
Gezinnen	86	38	922	606
Ouders	112	51	1043	683
Moeders	66	29	740	504
Vaders	46	22	303	179
Kinderen 3-18 jaar	127	60	1373	922
Kinderen 3-12	92	40	859	590
Kinderen 13-18	35	20	414	332
Kinderen 8-18 zelf	33	18	309	277

4.2.2. Vergelijking tussen de respondenten van de MDA++ aanpak vergeleken met de VT-respondenten.

Nagegaan is of er een verschil is wat betreft problematiek, aard van het geweld en achtergrondvariabelen tussen de gezinnen die gemald zijn bij VT (derde cohortstudie) de gezinnen die aangemeld zijn bij MDA++. Bij MDA++ aanpak gaat het veelal om de 4% gezinnen waarvoor de reguliere aanpak van huiselijk geweld als onvoldoende wordt ingeschat gezien de hulpverleningsgeschiedenis en de zwaarte van de problemen.

Wat betreft de twee groepen, valt in algemeen op dat er meer vaders hebben deelgenomen aan het onderzoek binnen de MDA++ groep (41%) dan aan de tweede cohortstudie (29%). Bij de groep van respondenten die gemeld zijn bij Veilig Thuis was een belangrijke conclusie dat de problematiek zeer hoog is als het gaat om armoede, werkloosheid, eenoudergezinnen en geschiedenis vanzelf opgegroeid zijn in een gezin met kindermishandeling. Alleen zijn deze cijfers nog iets hoger voor de groep die gebruik maken van MDA++, waarbij de werkloosheid in de MDA++ populatie ook significant hoger is dan in de

controlegroep. Beide onderzoeksgroepen en de algemene Nederlandse bevolking zijn niet verschillend wat betreft achtergrond gegevens als het gaat om migratieachtergrond, of opleidingsniveau. Wat betekent dat ook in gezinnen met een hoger opleidingsniveau en migratieachtergrond te maken hebben met huiselijk geweld en dat beide groepen in beeld zijn van Veilig Thuis.

Tabel 4.2.2 Vergelijking achtergrond gegevens van respondenten van MDA++ en derde cohort studie ten opzichte van de Algemene Nederlandse bevolking.

Achtergrond gegevens	MDA++	Controle	NL alg
Mannen	41%	29%	50%
Migratie-achtergrond	29%	30%	25%
Armoede	44%	45%	14%
Werkloosheid	56%	46%	5%
Eenoudergezin	48%	58%	25%
Geschiedenis van HG	45%	43%	10%
Laag Opleidingsniveau	11%	9%	8%

Bij beide groepen is bij melding sprake van complexe geweldsproblematiek (zie tabel 4.2.3). De meeste kinderen (78%) in de MDA++ groep hebben te maken met mishandeling, verwaarlozing of partnergeweld tegenover 90% in de controlegroep. In het merendeel van de gezinnen (74%) van de MDA++ aanpak is er ook sprake van partnergeweld en in de controlegroep is iets vaker sprake van een overlap tussen kindermishandeling en partnergeweld dan in de MDA++ groep (51% versus 44%) (zie tabel 4.2.3)

Tabel 4.2.3 Complexe geweldsproblematiek bij aanmelding tussen MDA++ groep en controlegroep

MDA++	Controle
• In 4,7% van de gezinnen is GEEN sprake van ernstige problemen of geweld	• In 5,3% van de gezinnen is GEEN sprake van ernstige problemen of geweld
• 78% van de kinderen mishandeld, verwaarloosd of (mogelijk) getuige van partnergeweld	• 90% van de kinderen mishandeld, verwaarloosd of (mogelijk) getuige van partnergeweld
• In 44% van de gezinnen zowel partnergeweld als direct geweld tegen kinderen	• In 51% van de gezinnen zowel partnergeweld als direct geweld tegen kinderen
• In 74% van de gezinnen is sprake van partnergeweld	• In 69% van de gezinnen is sprake van partnergeweld

Als we kijken naar de opstapeling van problemen bij melding zien we een duidelijk verschil tussen beide groepen (zie tabel 4.2.4). Er is significant meer sprake van traumaproblematiek in de MDA++ gezinnen (49% MDA versus 36% controle). In bijna de helft van de gezinnen die aangemeld zijn bij MDA++ is er sprake van traumaklachten bij melding. In bijna al deze gezinnen heeft een of meerdere kinderen traumaklachten en in meer dan de helft van deze gezinnen heeft een van de ouders of beide ouders traumaklachten. We kunnen spreken van getraumatiseerde gezinssystemen waarbij zowel kinderen als ouders klachten hebben. Daarnaast is er bij de MDA++ gezinnen significant vaker sprake van een cumulatie van risicofactoren zoals opvoedstress of alcohol of middelengebruik (63% MDA versus 54% controle). Wat betreft de onveilige hechting en de emotionele onveiligheid is er geen verschil tussen beide groepen.

Tabel 4.2.4 Opstapeling problematiek bij aanmelding tussen MDA++ groep en controlegroep

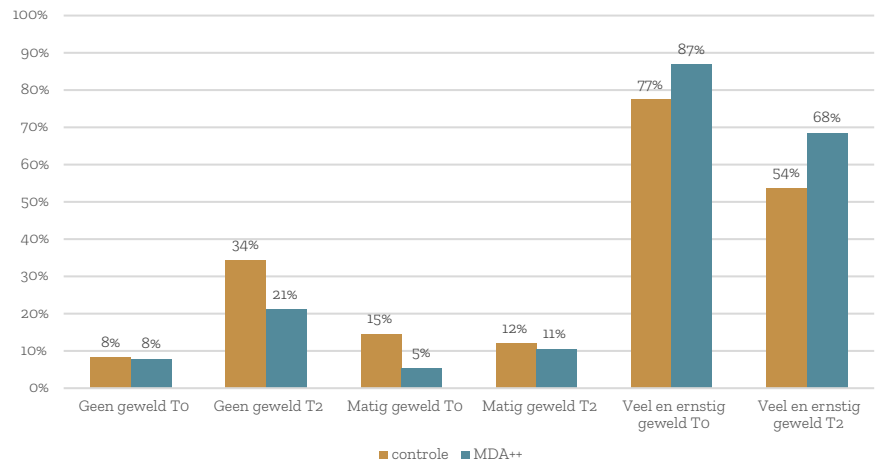
MDA++	Controle
Bij 49%* van de gezinnen is sprake van trauma van ouders en/of kinderen	Bij 36% van de gezinnen is sprake van trauma van ouders en/of kinderen
• Binnen deze groep gaat het om 89% gezinnen met kind(eren) met trauma	• Binnen deze groep gaat het om 88% gezinnen met kind(eren) met trauma
• En om 51%* gezinnen met ouder(s) met trauma	• En om 40% gezinnen met ouder(s) met trauma
In 40% van de gezinnen is sprake van onveilige hechting tussen ouder(s) en kind(eren)	In 46% van de gezinnen is sprake van onveilige hechting tussen ouder(s) en kind(eren)
Bij 50% van de gezinnen is sprake van emotionele onveiligheid bij (minimaal één van) de kinderen	Bij 49% van de gezinnen is sprake van emotionele onveiligheid bij (minimaal één van) de kinderen
Bij 63%* van de gezinnen is sprake van een cumulatie van risicofactoren	Bij 54% van de gezinnen is sprake van een cumulatie van risicofactoren

*significant meer.

4.2.3. Afname van het partnergeweld en kindermishandeling (alleen voor MDA++ Friesland)

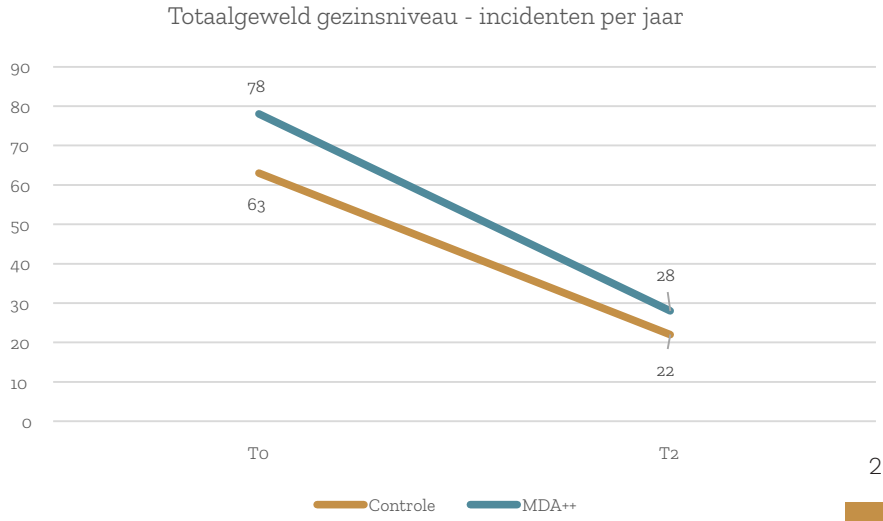
We kunnen concluderen dat partnergeweld en kindermishandeling zowel in de MDA++ groep als in de controlegroep enorm afneemt. Het aantal gezinnen waar kindermishandeling en partnergeweld daadwerkelijk gestopt is, neemt toe van 8% bij melding naar 21% bij de MDA++ en 34% bij de controlegroep. Ook veelvuldig en ernstige kindermishandeling en partnergeweld is afgenomen van 87% bij MDA++ naar 68% bij de derde meting, anderhalf jaar na melding. Toch is er nog steeds bij 68% van de MDA++ gezinnen sprake van veelvuldig en ernstige kindermishandeling en partnergeweld bij de derde meting. Dit ligt hoger dan bij de controle groep, maar de afname is vergelijkbaar.

Figuur 4.2.1 Percentage gezinnen naar ernst en frequentie van geweld voor MDA++ en controlegroep



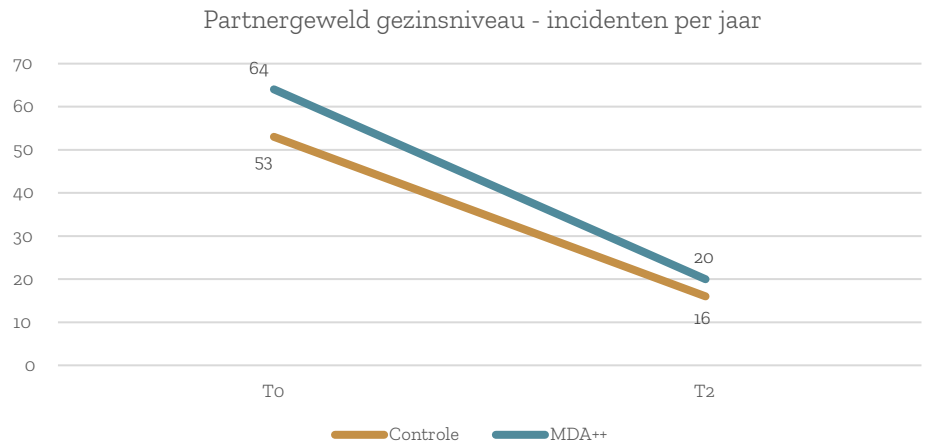
Voor beide groepen zien we een duidelijke afname van het aantal incidenten partnergeweld en kindermishandeling per jaar (zie figuur 4.2.2) . Het aantal incidenten neemt significant af voor alle soorten van geweld. Er is geen verschil tussen beide groepen, de afname is zeer vergelijkbaar in beide groepen, waarbij wel opgemerkt moet worden dat het aantal incidenten bij melding significant hoger is voor de MDA++ groep dan bij de controlegroep.

Figuur 4.2.2 Duidelijke afname geweld MDA++ groep en controlegroep

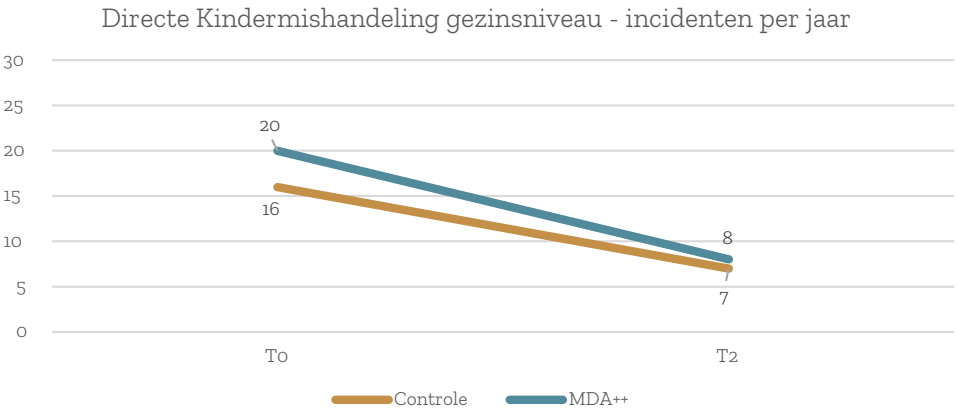


Als we apart kijken naar het partnergeweld en de directe kindermishandeling dan zien we dat hoewel er meer incidenten partnergeweld en kindermishandeling het afgelopen jaar zijn bij de MDA++ aanpak, dit na anderhalf vrijwel gelijk ligt met de controlegroep.

Figuur 4.2.3 Afname partnergeweld tussen MDA++ groep en controlegroep



Figuur 4.2.4 Afname partnergeweld tussen MDA++ groep en controlegroep

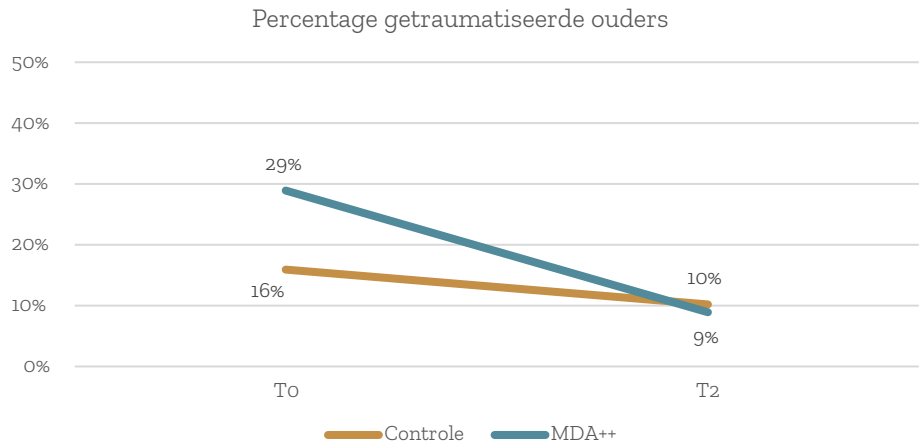


Concluderend kunnen we stellen dat het geweld in de gezinnen die aangemeld zijn bij MDA++ bij melding ernstiger is dan bij de controlegroep. We zien dat de afname van kindermishandeling en partnergeweld sterk is en de daling van het percentage gezinnen dat te maken heeft met ernstig of veelvuldig geweld vergelijkbaar is met de controlegroep. Op het niveau van de incidenten zien we een sterkere verbetering in de MDA++ gezinnen dan in de controlegroep; in die zin dat het aantal incidenten fysiek en seksueel geweld sterker afneemt en ook bij verwondingen zien we dat.

4.2.4. Verbeteren welzijn ouders.

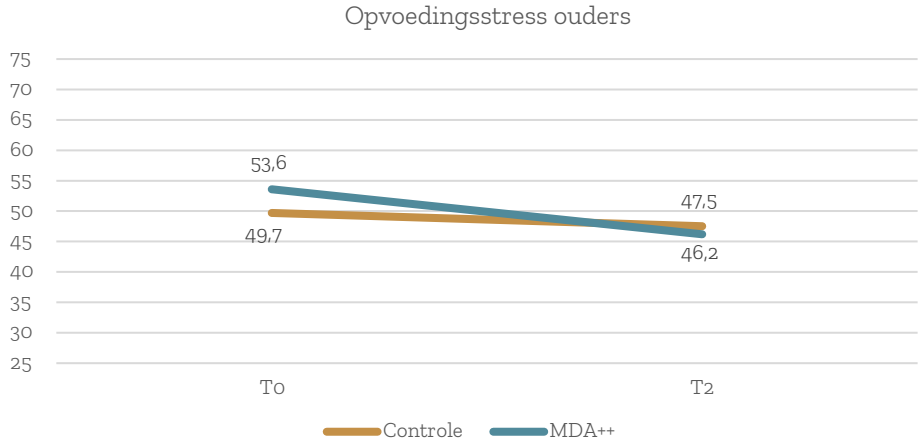
Een belangrijke onderzoeksvraag is of er sprake is van een verbetering van het welbevinden en persoonlijk functioneren van de ouders. Hierbij wordt gekeken naar de psychische problemen van de ouders, de ouderschapscompetenties en kwaliteit van leven. Zoals uit de vergelijking is gebleken is er sprake van multiproblematiek in de gezinnen.

Figuur 4.2.5 Afname trauma's ouders tussen MDA++ groep en controlegroep



Als we kijken naar de traumaklachten van ouders dan laat het onderzoek zien dat er een significante afname is van de traumaklachten van de ouders (zie figuur 4.2.5). Als het gaat om de ervaren opvoedstress van ouders (zie figuur 4.2.6) dan zien we dat er duidelijk sprake is van afname van de opvoedstress bij ouders, terwijl er bij de controle groep maar een geringe afname was (49,7 -> 47,2) is dit bij de MDA++ ouders hoger (53,6 -> 46,2).

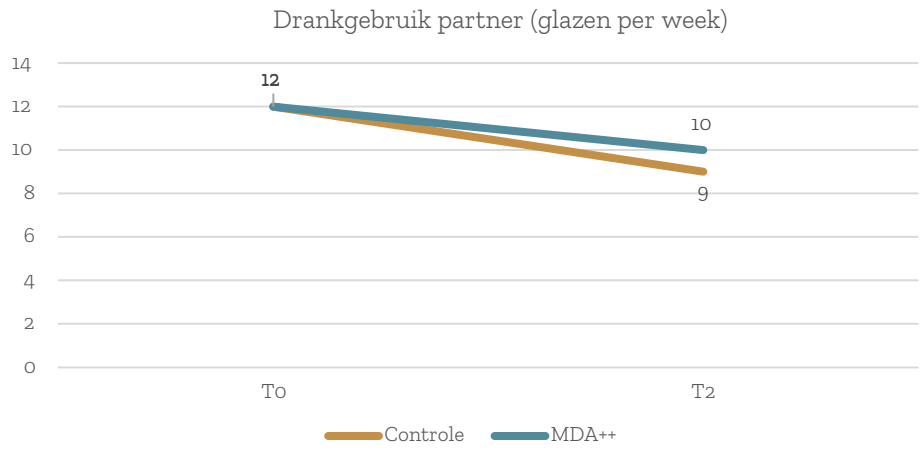
Figuur 4.2.6 Afname opvoedingsstress ouders tussen MDA++ groep en controlegroep



Wat betreft het problematisch drankgebruik[4] van de partner (figuur 4.2.7) is er sprake van een afname in het aantal glazen per week, maar dit is een lichte daling en niet significant noch in tijd noch tussen beide groepen. Er blijft sprake van veel problematisch alcoholgebruik door de partners.

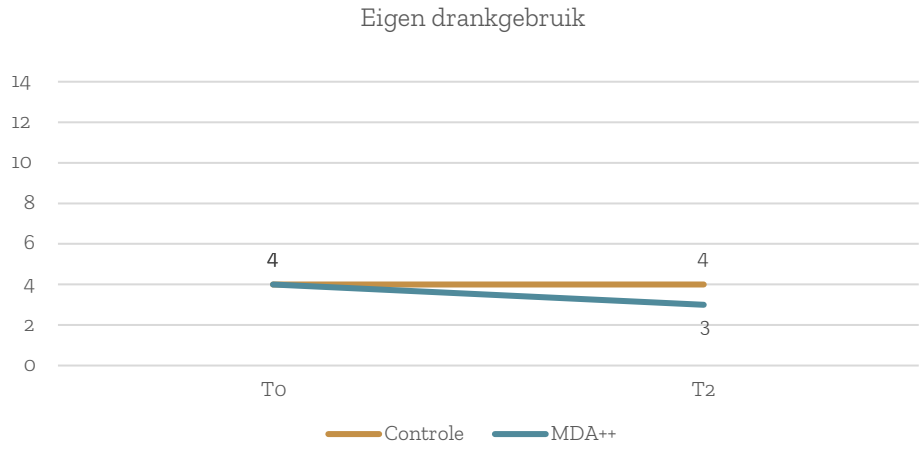
4 Problematisch drugsgebruik is gemeten, maar niet voor de cliënten in Friesland, daar die metingen eerder gestart zijn en druggebruik destijds nog niet in de vragenlijst was opgenomen. N.a.v. eerder onderzoek verwachten we dat het aantal mensen dat drugs gebruikt, dan wel hierover eerlijk rapporteert te gering zal zijn om iets met deze informatie te kunnen in de analyses.

Figuur 4.2.7 Afname drankgebruik partner tussen MDA++ groep en controlegroep



Het eigen (problematisch) drankgebruik wordt lager ingeschat (figuur 4.2.8) en blijft vrijwel gelijk over de metingen, waarbij er eveneens geen (significant) verschil is tussen de MDA++ groep en de controlegroep.

Figuur 4.2.8 Afname eigen drankgebruik tussen MDA++ groep en controlegroep

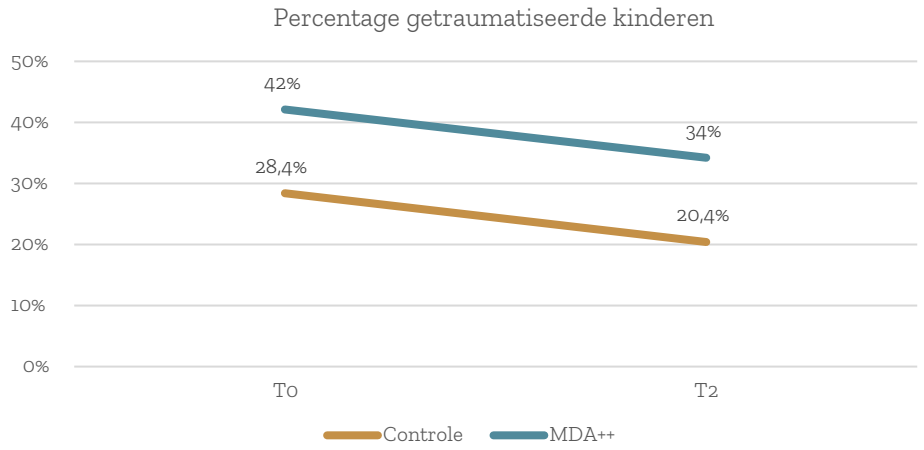


4.2.5. Verbeteren welzijn kinderen

Een laatste belangrijke onderzoeksvraag is hoe gaat met de kinderen in de gezinnen die aangemeld zijn bij MDA++. We hebben gekeken naar de trauma-klachten van kinderen, de emotionele veiligheid van kinderen, de hechting met hun ouders en de ervaren kwaliteit van leven.

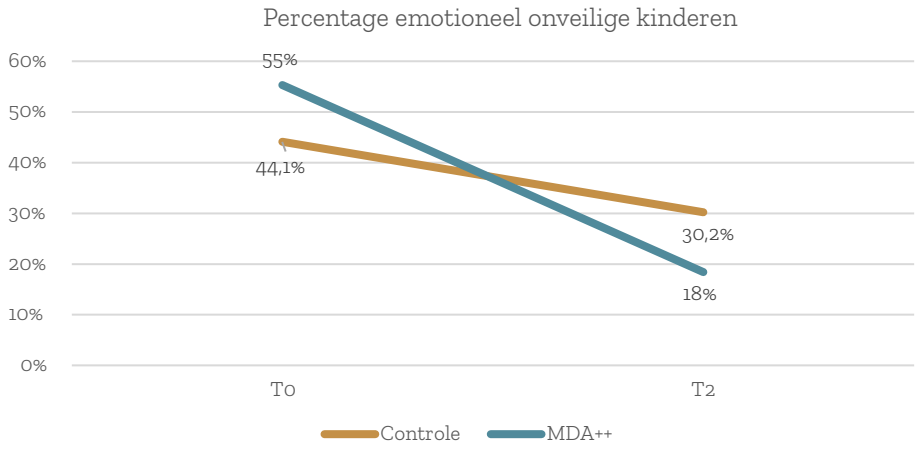
Wat betreft de traumaklachten zien we dat het percentage kinderen in de gezinnen die gemeld zijn bij Veilig thuis zeer hoog is namelijk, 28%. Voor de kinderen in de gezinnen die gemeld zijn bij MDA++ ligt dit nog veel hoger namelijk 42%. De afname van het percentage kinderen is in beide groepen vergelijkbaar en er is sprake van een significante afname (zie figuur 4.2.9).

Figuur 4.2.9 Afname trauma's kinderen tussen MDA++ groep en controlegroep.



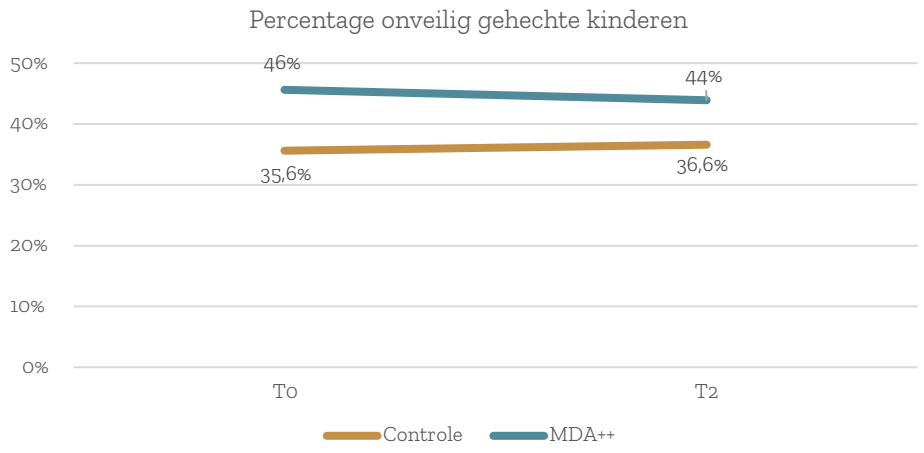
Wat betreft de emotionele onveiligheid is er eveneens een significante afname van het percentage kinderen dat zich emotioneel onveilig voelt. Hier zien we ook dat de MDA++ groep vele malen vaker zegt dat zij zich onveilig voelen bij melding (55%) dan de controlegroep (44%). In beide groepen is de afname significant, maar in de MDA++ groep verschilt de afname ook van de controlegroep, in die zin dat de afname significant steiler verloopt. Of dit komt door inzet van een specifieke interventie gericht op trauma of door het in algemene zin vergroten van de veiligheid in gezinnen, weten we nu nog niet. De informatie om dit vraagstuk te ontrafelen wordt wel verzameld in dit onderzoek. Dus onze verwachting is dat we hier in de eindrapportage wel uitspraken over kunnen doen.

Figuur 4.2.10 Afname emotionele onveiligheid kinderen tussen MDA++ groep en controlegroep.



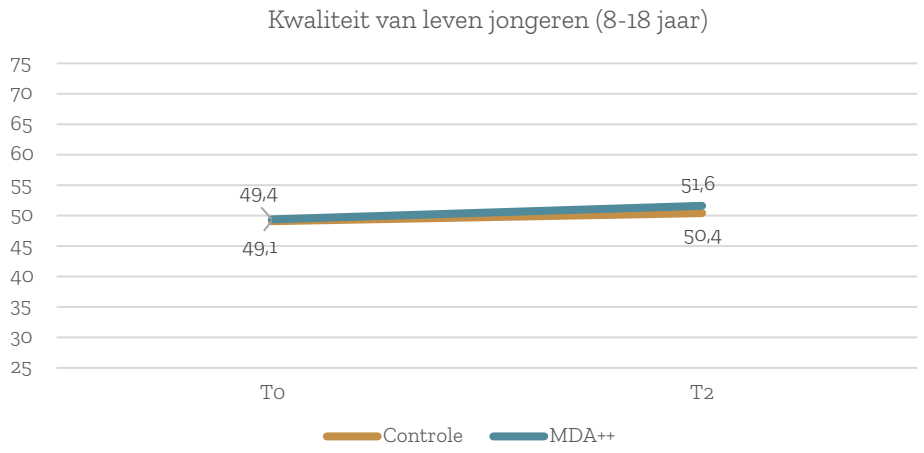
Wat betreft de hechting van kinderen is er ook sprake van percentueel meer kinderen in de MDA++ groep die onveilig gehecht zijn aan hun ouders, dan in de controlegroep. Echter in tijd zien we hierin geen verbetering. Vergelijkbaar met de controlegroep is er anderhalf jaar na melding geen verbetering te zien in het percentage kinderen dat onveilig is gehecht (figuur 4.2.11).

Figuur 4.2.11 Afname onveilige hechting kinderen tussen MDA++ groep en controlegroep



Opvallend is dat kinderen ondanks onveilige thuissituatie wel een redelijk hoge score geven aan hun kwaliteit van leven. Hierin is geen verschil tussen beide groepen (Figuur 4.2.12). De score in de algehele Nederlandse populatie jongeren (tussen 8-18 jaar) is 54,1 en daarmee significant hoger dan in beide onderzoeksgroepen op beide meetmomenten.

Figuur 4.2.12 Toename kwaliteit van leven jongeren tussen MDA++ groep en controlegroep



Opvallend is dat met name het percentage getraumatiseerde kinderen bij de MDA++ groep bij melding extreem hoog is. Veel hoger nog dan in de controlegroep. Bij beide metingen is het percentage getraumatiseerde kinderen in de MDA++ groep significant hoger dan in de controlegroep. Dat kan te maken hebben met de aanpak van de MDA++ zoals die in Friesland wordt uitgevoerd. Er is standaard een traumascreening en bovendien ligt de focus hier sterk op de behandeling van huishoudens met kinderen.

4.2.6. Onderliggende factoren

In de aanpak is er ook aandacht voor de mogelijke risicofactoren die ten grondslag kunnen liggen aan kindermishandeling en partnergeweld. De data laten zien dat er inderdaad een verbetering optreed in de omstandigheden van de gezinnen (tabel 4.2.5). We zien dat met name de werkloosheid is afgenomen en daardoor mogelijk ook de armoede. Minder gezinnen leven in armoede anderhalf jaar na melding. De afname van werkloosheid en armoede is voor beide groepen significant, waarbij we hier ook weer kunnen constateren dat de beginsituatie bij melding voor de MDA++ groep minder positief was en dat er een sterkere significante verbetering optreedt ten opzichte van de controlegroep. Afname van werkloosheid en armoede hangen significant samen met de afname van geweld in gezinnen, met een groot effect (η^2=.33) in de MDA++ groep en kleiner effect (η^2=.16) in de controlegroep. Dit geeft aan dat samenwerking tussen verschillende geledingen van de gemeenten van belang is.

We kunnen concluderen dat er sprake is van een significante afname van alle risicofactoren in beide groepen. Alleen problematisch alcoholgebruik van partner is in de MDA++ groep niet significant.

Tabel 4.2.5 Afname risicofactoren tussen MDA++ groep en controlegroep

	MDA++ T0	MDA++ T2	Controle T0	Controle T2
Werkloosheid neemt af	51,0%	40,0%	46,1%	43,0%
Minder gezinnen leven in armoede	51,0%	30,0%	43,7%	36,4%
Problematisch alcoholgebruik partner is afgenomen	29,8%	21,7%	30,2%	24,3%

4.2.7. Welke gecombineerde effecten zien we?

Kijken we naar gecombineerde effecten dan kunnen we vaststellen dat de mate van geweld samenhangt met de mate van drankgebruik van de partner zowel op T0 als op T2. Als we kijken naar de omgevingsfactoren dan zien we daar ook een sterke samenhang tussen de afname van geweld, de afname van werkeloosheid en armoede en een afname van trauma bij ouders.

Kijken we alleen naar de gecombineerde effecten bij ouders, dan zijn de verschillen tussen de MDA++ groep en de controlegroep over het algemeen gering.

Bij de kinderen zien we een sterk gecombineerd effect van afname van geweld, toename van emotionele veiligheid en afname van trauma. Dit effect is significant anders voor de MDA++ groep ten opzichte van de controle, waarbij de afname bij MDA++groep steiler verloopt.

4.3. Resultaten Deelstudie 3: casestudies

Inmiddels hebben er 21 cases deelgenomen aan de case studies, waarvan we 11 nu een keer hebben gesproken, 5 al voor de tweede keer, en 5 al voor de derde keer. In 9 cases is ook de regisserende professional gesproken. Het dossieronderzoek moet bij alle cases nog uitgevoerd worden.

Het aantal cases per regio is als volgt: Friesland (n=6), Drenthe (n=4), West-Brabant (n=1), Hart van Brabant (n=3) en Rotterdam (n=7). Gezien potentiële herleidbaarheid bij de regio's waarin weinig cases hebben deelgenomen, hebben we in deze tussenrapportage de analyse van de resultaten van regio's die een relatief vergelijkbare werkwijze hebben, samengenomen.

4.3.1. Friesland en Drenthe

Cases:

In Friesland en Drenthe spraken we in twee cases zowel man als vrouw en in de andere acht cases alleen de vrouw (n=10 casus in totaal). In vier gevallen gaat het om een traditioneel gezin, waarbij de partners nog samen zijn, hoewel één stel tijdelijk niet bij elkaar woont. In de overige gevallen gaat het om samengestelde of één ouder gezinnen. In alle cases zijn minderjarige kinderen betrokken, variërend van één tot zes kinderen per casus. De problematiek die in de MDA++ aanmelding op de voorgrond staat is: (vermoeden van) seksueel misbruik (binnen het gezin) (n=3); psychiatrische problematiek (n=1); verslavingsproblematiek (n=1); intiem terreur (n=1), stalking (n=1), anders (n=1). Daarnaast speelt in alle cases ook problematiek op verschillende andere leefgebieden en gaat het regelmatig om complexe geweldsdynamiek (bijv. kindproblematiek waarbij er eerst huiselijk geweld tussen ouders speelde en daarnaast tussen ouder-kind geweld speelt) of veranderende geweldsdynamiek (bijv. stalking na een relatie van huiselijk geweld).

Hoe wordt de werkwijze ervaren door betrokkenen?

(Voelen zij zich gehoord, ondersteund, adequaat geholpen, juist bejegend) en door professionals (kunnen zij hun werk goed doen, zijn samenwerkingspartners op elkaar ingespeeld, lopen ze tegen knelpunten aan, ervaren zij successen).

De ervaringen met het MDA++ lopen behoorlijk uiteen: respondenten die overwegend positief zijn, overwegend negatief, of meer neutraal of met zowel positieve als negatieve ervaringen.

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan zich gehoord te voelen (n=6). Daarnaast zijn respondenten positief over bijdragen van het MDA++ team aan opstarten of doorverwijzen naar passende hulp voor kinderen (n=4), betrokkenheid meerdere partijen (n=2), meedenken (n=2), stok achter deur voor zichzelf/partner (n=2), door MDA verlenging contact/gebiedsverbod (n=1).

Knel/verbeterpunten die respondenten aandragen zijn: lange tijd tussen de MDA++ gesprekken (n=3), MDA++ voelt als tussenliggende partij, vertraagt juist de hulpverlening of het versoepelen van het veiligheidsplan (n=3), MDA onbereikbaar tussendoor (n=1), beloofde Samen1Plan is niet opgestart (n=1), geen goede verslaglegging (n=5), onduidelijkheid bij reeds betrokken hulpverlening over werkwijze MDA++ (n=2), VT onderzoek pas na één jaar verstuurd (n=3), veel mensen (voelt mede door corona als rechtszaal, maar meestal valt het achteraf mee) (n=5), één uur is te kort (n=2), partner om wie de problematiek draait is niet aanwezig terwijl zij zelf wel komen (n=2), MDA denkt te weinig vanuit kind perspectief (n=2), onduidelijkheid over of het afgesloten is (n=2), sinds dochter 16 is nergens meer van op de hoogte (n=1), VT zonder overleg ouders intake gevoerd (n=1),m overleg kan soms ook zonder ouders (n=2).

Wordt gewerkt zoals beoogd?

Voor zover vanuit de gesprekken met de cliënten te beoordelen valt over het algemeen wel. Een aantal uitzonderingen zijn er wel: Een enkele keer is er niet of nauwelijks andere hulp geweest voordat MDA++ werd ingezet. In sommige cases is men het niet eens met de verslaglegging en/of is er onduidelijkheid over afronding MDA++ traject. Ook over het maken van plannen bestaat soms onduidelijkheid. Cliënten weten dan niet van het bestaan van een plan of doelen waaraan zij ook geacht worden te werken. Wel spreken ze over afspraken die gemaakt zijn om bijvoorbeeld de veiligheid te verbeteren. In het merendeel van de gezinnen komt de hulp traag of soms zelfs helemaal niet op gang. Het is niet altijd duidelijk of het MDA++ team dan actie onderneemt en welke acties dit zijn. Een aantal van de gezinnen organiseert zelf hulp als bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning dan zelf via de huisarts. Wat ook opvalt is dat kinderen niet altijd gezien of gesproken worden, ondanks de systeemgerichte insteek die beschreven staat in de werkwijzen.

Wat is de meerwaarde voor cliënten?

Cliënten geven aan de monitoringsfunctie van MDA++ en het hebben van een vast aanspreekpunt prettig te vinden. Ook geven een aantal cliënten aan dat hoewel het in begin overweldigend is, het ook prettig is dat er vanuit verschillende perspectieven wordt meegedacht en meegekeken naar je gezinssituatie. *"Complimenten krijgen van 12 geleerde mensen voelt ook wel heel steunend"*, gaf een moeder aan. Het geweld lijkt soms gestopt maar tot nu toe is dat in de gezinnen van tijdelijke aard en komt er na kortere of langere tijd toch vaak een terugval, ook bij de gezinnen die al meer dan 9 maanden MDA++ hebben. Dat is dus nog een punt van zorg.

Wat zeggen professionals?

De professionals betrokken bij een aantal van de gezinnen uit Friesland en Drenthe geven over het algemeen dezelfde werkzame elementen en knelpunten of beperkingen aan als de cliënten. Wel is het perspectief van de professional aanvullend op dat van cliënten. Een mooi voorbeeld is het hebben van een plan. Gezinnen weten daar, zo lijkt het soms niets van, maar professionals geven dat aan dat er wel een plan is gemaakt maar met cliënten in andere termen over is gesproken. Ook kunnen professionals soms meer duiding geven aan een verhaal van cliënten. En zijn ze beter in staat het 'waarom' van bepaalde keuzes te verwoorden. Dit maakt dat het verhaal completer wordt.

Professionals zijn over het algemeen tevreden over het werken volgens de beschrijving. Als ze daar een cijfer voor mochten geven, lag dat vaak tussen de 7 en de 8. Knelpunten komen overeen met zaken die ook cliënten noemen als samenwerking met wijkteam dat niet goed loopt, hulp die traag op gang komt of een gezinslid dat maar niet komt bij MDA++-afspraken, terwijl die de hulp het hardst nodig heeft.

Professionals zijn blij met de brede expertise in het MDA++ team en voor hen is bijdragen aan het verbeteren van veiligheid in gezinnen een belangrijke drijfveer om in dit team te werken.

4.3.2. Hart van Brabant en West-Brabant

Cases:

In de Brabantse regio's spraken we met drie vrouwen en één man (n=4 casus in totaal). Twee respondenten zijn jonge twintigers en de andere twee respondenten zijn al ouder, hebben een behoorlijke hulpgeschiedenis achter de rug en zelf ook een of meerdere kinderen die elders wonen. In de cases staat verschillende problematiek op de voorgrond rondom de MDA++ aanmelding: intiem terreur (n=2), stalking na een relatie waarin mogelijk ook intiem terreur speelde (n=1) en verslavings-/LVB-problematiek (n=1). Daarnaast speelt in alle casus ook problematiek op verschillende andere leefgebieden.

Hoe wordt de werkwijze ervaren door betrokkenen?

(Voelen zij zich gehoord, ondersteund, adequaat geholpen, juist bejegend) en door professionals (kunnen zij hun werk goed doen, zijn samenwerkingspartners op elkaar ingespeeld, lopen ze tegen knelpunten aan, ervaren zij successen).

Alle vier de respondenten zijn voornamelijk heel tevreden over de ontvangen hulp via het MDA++ (Veiligheidsteam/Interventieteam) en de ingezette hulp.

Wat betreft het MDA++ moest dit bij een respondent nog starten. Bij de andere drie respondenten ging het om een (paar) gesprekken met Veilig Thuis en de direct betrokken hulpverlening (Sterk Huis of LVB-zorg). Respondenten zijn ***positief over*** deze gesprekken. Ze voelen zich gehoord en zijn tevreden over de bejegening, zo vertelt een respondent dat de MDA medewerkers eerlijk en to-the-point waren. Ook over de ingezette hulp zijn de respondenten tevreden, zo vertelt een van hen: "de combinatie tussen het veiligheidsteam en ervaringsdeskundige is goud"; de hulpverlener van het veiligheidsteam had een netwerk waar ze de respondent goed naar kan doorverwezen. De ervaringsdeskundige komt vrijwel wekelijks bij deze respondent langs en heeft onder andere huishoudelijk hulp ingezet omdat de respondent door moeheid het huishouden verwaarloosde. Daar is de respondent erg tevreden over.

De respondenten hebben een ***aantal verbeterpunten***. Zo geeft een respondent aan dat na het eerste gesprek hij niets meer heeft gehoord over 'hoe en wat' van de professionals vanuit het MDA++; later hebben ze beloofd nog een keer langs te komen voor een evaluatie, nu wacht hij op een afspraak. Een andere respondent geeft aan dat de toeleiding uiteindelijk twee maanden duurde, door de vele schakels, waarbij ze het vervelend vond dat ze daar onnodig vaak haar verhaal moest vertellen.

De direct betrokken hulpverlener was meestal al voor het MDA++ betrokken. Respondenten zijn uitermate tevreden over deze ***betrokken hulp***. Over Sterk Huis dat middels het bieden van opvang, ambulante begeleiding en/of AWARE-knop een belangrijke rol speelde in de afname van het geweld. Bij de respondent waar stalking speelde, is naast de AWARE ook tweemaal een stopgesprek geweest met de ex-partner waarna de stalking vrijwel helemaal stopte. Eén respondent gaf aan dat Sterk Huis nog meer had kunnen doen in het contact met de ex-partner, maar ziet daarin de toegevoegde waarde van het Veiligheidsteam die dit wel doet.

Wordt gewerkt zoals beoogd?

Voor zover vanuit gesprekken met cliënten te beoordelen valt wordt er gewerkt zoals beschreven. De term MDA++ kennen respondenten niet, wel het Veiligheids-/Interventieteam.

Het MDA++-team werkten in minimaal twee casus outreachend. Drie respondenten geven aan zich niets te kunnen herinneren van een veiligheidsplan/afspraken, bij één respondent is dit wel gebeurd. In hoeverre andere onderdelen van de MultiFocus methode (bijv. het maken van een genogram en relatiekaart) ook zijn toegepast, is niet bekend; dit is ook niet expliciet gevraagd.

Wat is de meerwaarde voor cliënten?

Een aantal respondenten geeft aan dat door inzet van het Veiligheidsteam meer aandacht is voor ex-partner (n=2) en dat het Veiligheidsteam een goed netwerk heeft van organisaties waarnaar doorverwezen kan worden en hierin ook met reeds betrokken hulpverlening meedenkt (n=2). In de drie casus waar het MDA gestart is, heeft het MDA bijgedragen aan het afnemen/stoppen van het geweld.

Wat zeggen professionals?

Voor de Brabantse regio's hebben we tot nu toe één professional gesproken, dus hierover kunnen we nog geen uitspraken doen. We zullen professionals o.a. vragen in hoeverre er onder-1-dak is gewerkt.

4.3.3. Rotterdam

Cases:

We hebben in totaal vijf cases gesproken waarbij Intensief Casemanagement is ingezet (3 mannen en 3 vrouwen, waaronder 1 stel) en daarnaast zijn er recent drie cases SOF7[5], waarbij daarna ICM ingezet is, geïncludeerd. De SOF7 cases zijn nog niet meegenomen in deze tussentijdse analyse, omdat nog niet alle verslagen zijn uitgewerkt en bij één case nog het startgesprek gevoerd moet worden. In deze tussentijdse analyse richten we ons dus op de ICM cases. Bij deze ICM cases staat LVB en/of psychiatrische problematiek en/of intiem terreur op de voorgrond. Het gaat om cases met een lange hulpverleningsgeschiedenis, vaak al daterend vanuit hun eigen kind zijn; met meerdere VT-meldingen. Het gaat altijd om multiproblematiek: vier van de zes respondenten zijn een periode dakloos geweest; twee respondenten hebben in de gevangenis gezeten, drie vertellen een verslaving te hebben. Op één casus na, zijn in alle cases minderjarige kinderen betrokken. De respondenten geven aan weinig netwerk te hebben en soms is het netwerk onderdeel van de problematiek. Alle respondenten vertellen dat sprake was van fysiek geweld, op één respondent na die vertelt dat hij tot zes keer toe onterecht heeft vastgezeten voor huiselijk geweld.

5 Bij letsel, trauma en seksueel geweld wordt er snel gehandeld op één locatie. De benodigde specialisten, zoals forensisch- en vertrouwensartsen, traumaspecialist en politie werken concreet met elkaar samen. Sporen worden veiliggesteld en indien nodig wordt er snel in de veiligheid voorzien. Voor slachtoffers is het prettig dat zij niet steeds opnieuw hun verhaal hoeven te doen en bij bedreiging niet over straat hoeven naar de verschillende instanties.

Hoe wordt de werkwijze ervaren door betrokkenen?

(Voelen zij zich gehoord, ondersteund, adequaat geholpen, juist bejegend) en door professionals (kunnen zij hun werk goed doen, zijn samenwerkingspartners op elkaar ingespeeld, lopen ze tegen knelpunten aan, ervaren zij successen).

De beleving van gezinnen loopt sterk uiteen. Drie cases zijn overwegend positief en twee overwegend negatief. De cases die overwegend **positief** zijn, zijn vooral positief over de ontwikkelingen waar het centrum aan heeft bijgedragen. Ze voelen zich gehoord en erkend in hun situatie. Twee respondenten uit verschillende cases zijn zeer positief dat het centrum met alle betrokkenen in het sociale netwerk en professionals goed contact heeft en de lijntjes onderhoudt. Ze vinden het fijn om één aanspreekpunt te hebben en dat de professional ook helpt in het contact met de kinderen. Eén andere respondent vertelt hoe ze eerst niet echt open stond om gesprekken te hebben met de professional van het centrum, maar dat de professional dit goed heeft aangepakt door eerst altijd vriendschappelijk te beginnen en bijvoorbeeld ook met haar in het park af te spreken. Ook vertelt een respondent hoe dankzij de professional van het centrum eindelijk een MDO komt met onder andere de jeugdbescherming, waarmee zij slechte samenwerking ervaart.

Bij de twee cases die overwegend **negatief** zijn, geven de mannen aan dat ze het gevoel hadden dat zij als de 'bad person' werden gezien, terwijl het aan hun vrouw lag en voelden zich niet erkend in hun emoties. Wel vond één van hen het fijn dat in een eerder gesprek aandacht was voor zijn eigen verleden en het verleden van zijn partner. De vrouw in één van deze cases gaf aan dat ze het nog te vroeg vond dit te zeggen, gezien het centrum nog niet heel lang betrokken was.

Wordt gewerkt zoals beoogd?

De ICM'er is intensief betrokken in de meeste cases en werkt indien nodig ook outreachend.

De cliënten is gevraagd hoe de gesprekken met de intensief casemanager eruit zagen. Als het gaat om de gemaakte veiligheidsafspraken en het veiligheidsplan, geven drie cliënten aan dat dit wel gedaan is, maar ze niet (meer) weten wat de inhoud was, ook omdat er soms al meerdere plannen zijn gemaakt. In de twee andere cases geeft de ene cliënt aan dat de afspraak was 'naar buiten gaan' en de andere cliënt weet verschillende voorbeelden te noemen. In hoeverre andere onderdelen van de MultiFocus methode (bijv. het maken van een genogram en relatiekaart) ook zijn toegepast, is niet bekend; dit is ook niet expliciet gevraagd.

Wat is de meerwaarde voor cliënten?

Drie respondenten geven aan dat de geweldsproblematiek afneemt of begint af te nemen. Een respondent vertelt hoe zij dankzij het Centrum bij de vrouwenopvang terecht is gekomen en zo losgekomen is van haar ex-partner. Een andere respondent vertelt dat er nu positieve ontwikkelingen zijn in de hulp die wordt ingezet en waarvan ze hoopt dat dit bijdraagt aan een afname van het geweld en bijdrage aan haar welzijn. Ze heeft recent EMDR gehad, wat haar positief heeft geholpen, en zal binnenkort intensieve traumatherapie starten. Een derde respondent geeft aan dat hij goed contact met de intensief casemanager had; via de casemanager is hij doorverwezen voor agressietherapie, meneer vond zichzelf niet agressief en de therapeuten gaven dit vervolgens ook aan aldus deze respondent.

In een andere cases geeft een meneer aan een van de betrokken professionals van het centrum als zijn grootste vijand te zien. Hij heeft het gevoel dat ze aan de kant van zijn vrouw staan en dus partijdig zijn.

Een man uit weer een andere casus geeft aan dat ze niet vooruitgekomen zijn met de gesprekken met de casemanager en dat er onvoldoende gezocht werd naar hoe de ruzies ontstonden. De vrouw in deze casus merkte op dit moment nog geen verbetering in de mate van geweld en haar welzijn en vond het daarom lastig hier iets over te zeggen.

Wat zeggen professionals?

Inmiddels zijn er drie professionals gesproken. Twee van hen waren als intensief casemanager betrokken bij een casus en één van hen als procesregisseur vanuit Veilig Thuis tijdens het Tijdelijk Huisverbod dat in deze casus voorafging aan de aanmelding bij het Centrum en ook tijdens de aanmelding bij het centrum nogmaals.

Alle drie de professionals geven aan dat de meerwaarde van MDA++ is dat professionals de tijd hebben om verbinding te leggen met de mensen in de casus, de kern van de problematiek te achterhalen en de ruimte om intensief betrokken te zijn. De intensief casemanager is degene die contact met de cliënt onderhoudt. Soms worden er gezamenlijke overleggen met de cliënt en een (aantal) betrokken professionals ingepland, maar dit is niet standaard of structureel. Wel bespreken casemanagers hun casus soms in de casuïstiekbespreking binnen het team.

Uit de gesprekken met de professionals komt naar voren dat het maken van een veiligheidsplan in de praktijk een uitdaging is. Zo vertelt de ene casemanager dat in het begin vooral is gewerkt met 'korte plannetjes en doelen', omdat meneer nog enigszins wantrouwend tegenover de hulp stond en daardoor de focus lag op het leggen van verbinding met meneer. De andere casemanager vertelt dat vanuit de Jeugdbescherming ook een plan was opgesteld, alleen dat zij hierin niet helemaal op één lijn zaten. Daarom heeft de casemanager ervoor gekozen om een veiligheidsplan op te stellen met het plan van de Jeugdbescherming in de bijlage. De derde professional die we spraken en als procesregisseur vanuit het tijdelijk huisverbod bij de casus betrokken was, geeft aan destijds hele basale veiligheidsafspraken te hebben gemaakt. Deze professional vertelt dat beide volwassenen een LVB en GGZ problematiek hebben, hetgeen maakte dat een veiligheidsplan al snel te ingewikkeld werd.

Waar professionals in de cases ook tegenaanlopen is dat de andere betrokken hulp soms vanuit een hele andere visie werkt, dan de werkwijze van het Centrum. Soms blijkt dat er al veel partijen betrokken zijn eerder, maar dat het hen niet is gelukt 'echt samen te werken' en dat om die reden een casemanager nodig is. Soms gaat het om professionals binnen dezelfde moederorganisaties als de intensief casemanager.

Ook blijkt uit de gesprekken met de professionals dat de verschuiving van doelgroepen in Rotterdam (van vrij breed naar meer intiem terreur en SOF7) onduidelijkheid creëert of een casus nu wel/niet door het centrum opgepakt kan worden en twee van hen geven aan het jammer vinden dat bepaalde cases daardoor in de toekomst mogelijk niet meer via het Centrum opgepakt kunnen worden. Als we kijken naar de cases waarbij deze drie professionals betrokken waren zouden twee cases, na de verschuiving in doelgroep, mogelijk niet via het Centrum zijn opgepakt. Professionals zagen juist in deze cases meerwaarde vanwege de expertise en tijd die nodig was in deze cases en vanuit het Centrum geboden kon worden. Zo geeft de THV-procesregisseur aan veel cliënten tegen te komen waarbij zowel sprake is van GGZ- als verslavingsproblematiek en dat het waardevol zou zijn als er binnen het centrum iemand is die in beide expertise heeft en de intensieve hulp kan bieden die vaak nodig is in dit soort cases.

De twee casemanagers geven aan dat het Centrum nog beter gepositioneerd kan worden in de regio, zodat cliënten ook weten wat ze kunnen verwachten van het Centrum gezien het minder vrijblijvend is dan de reguliere hulp. Een andere professional oppert dat standaard iemand van het MDA++ gelijk bij het Veiligheidshuisoverleg aansluit, om zo kortere lijntjes te hebben.

5 Conclusies en verdere voortgang

Dit rapport is een tussenrapportage van het evaluatieonderzoek naar de aanpak MDA++. We zijn wat betreft de dataverzameling ruim over de helft. Door de trage instroom van cliënten in de MDA++ en restricties vanwege de Coronacrisis is nog niet gelukt om voor alle regio's voldoende inclusie te hebben om iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van de aanpak. Alleen voor de regio Friesland zijn voldoende respondenten, maar dit komt mede doordat de dataverzameling daar ook eerder gestart is. Als controlegroep is de gehele onderzoekgroep die gemeld is bij Veilig Thuis gebruikt. Er zijn echter wat verschillen wat betreft de ernst van het geweld bij melding en aantal achtergrondvariabelen tussen de cliënten die gemeld zijn bij MDA++ en de VT-groep. De bedoeling is om met behulp van de propensity score een matching procedure, de MDA++ groep en de controlegroep meer vergelijkbaar te maken.

In deze tussenrapportage zijn de voorlopige bevindingen beschreven op basis van het onderzoeksmateriaal tot nu toe. De uitkomsten kunnen mogelijk nog veranderen als alle data beschikbaar is. Daarom moet men voorzichtig zijn met conclusies te trekken op basis van deze tussenstand.

Bij de casestudies moeten we nog meer professionals spreken en dossieronderzoek doen. Dat gaat naar verwachting de verhalen nog gedetaillerder en sprekender maken, waardoor er nog beter zicht komt op wat er goed gaat en wat nog beter kan.

5.1. Voorlopige eerste resultaten

Doelgroep die verwezen wordt naar MDA++

Belangrijke conclusie is dat de toeleiding van MDA++ nog steeds niet soepel loopt, daardoor komen te weinig casussen bij MDA++ terecht en zien wij een vrij diverse doelgroep binnenkomen. De aard van de problematiek en de hulpverlening die de cliënten hebben ontvangen verschillen sterk zowel binnen de regio als tussen de regio's.

Voor alle regio's geldt dat de complexiteit van de problematiek van de cliënten die aangemeld worden bij MDA++ groter is dan bij VT regulier. Er is vooral meer ernstig geweld (fysiek en seksueel partnergeweld met letsel), vaker traumaklachten bij zowel de ouders als de kinderen, en meer risicofactoren zoals meer armoede, werkloosheid en alcoholproblematiek. Binnen MDA++ lijkt het vaker dan binnen VT regulier te lukken om vader/partner actief te betrekken bij de aanpak. Wel zien we dat dat verloren kan gaan zodra er andere hulp wordt ingezet of van regisseur/contactpersoon wordt gewisseld.

De inzet van een specialistische aanpak door middel van MDA++ lijkt heel passend te zijn gezien de problematiek in deze casussen. Hoe die diverse expertise dan goed in te zetten en hoe frequent en hoe lang is nog een vraagstuk.

Wat is het resultaat van de inzet van MDA++ op het verminderen van geweld en verbeteren van welzijn ouders en kinderen?

Alleen voor Friesland waren voldoende casussen in het onderzoek om te onderzoeken of in de tijd het geweld afneemt en het welzijn van ouders en kinderen toeneemt. Evenals in de tweede cohortstudie zien we dat kindermishandeling en partnergeweld significant afneemt. Het aantal incidenten

kindermishandeling en partnergeweld neemt sterk af. Maar tegelijkertijd zien we ook dat in ruim de helft van de gezinnen nog steeds sprake is van ernstig of frequent kindermishandeling en/of partnergeweld die na anderhalf jaar nog steeds voorkomen ook na de inzet van MDA++. Geweld stoppen blijkt lastig en ook nu zien we weer dat dat een lange adem vraagt. Hoewel kindermishandeling en partnergeweld niet meer afneemt dan in de controlegroep, zien we wel een duidelijke verbetering als het gaat om het welzijn van ouders en kinderen en de achtergrondgegevens.

Wat betreft het welzijn van de ouders en de kinderen laten de resultaten van de effectmeting in Friesland zien dat de doelgroep van MDA++ een zwaardere doelgroep lijkt bij aanvang van de metingen dan bij VT. Bij de nameting zien we dat er eigenlijk vergelijkbare resultaten worden behaald met deze groep en als het gaat om afname van trauma bij ouders, maar vooral bij kinderen zelfs betere significante resultaten worden geboekt. Binnen de MDA++ aanpak in Friesland is er gerichte aandacht voor traumaproblematiek bij kinderen en ouders en dit lijkt zijn vruchten af te werpen. Daarnaast is er een grotere stijging van het aantal kinderen dat zich emotioneel veilig voelt. Ten slotte zijn er verbeteringen te zien bij de MDA++ aanpak wat betreft het terugdringen van armoede en werkloosheid.

Werkzame elementen vanuit de casestudies

Van de andere regio's zijn nog geen effecten bekend, omdat de nametingen nog uitgevoerd moeten worden. Op basis van de casestudies kunnen we wel constateren dat de beleving van cliënten overwegend positief is. Veelal ervaren cliënten een meerwaarde van inzet MDA++. Het benoemen wat die meerwaarde dan precies is, is nog wel lastig.

Uit de casuïstiek blijkt dat de veiligheid vaak verbeterd is sinds de inzet van de MDA++aanpak, met name in cases waar slachtoffers/plegers sindsdien niet meer in één huis wonen (bijvoorbeeld doordat slachtoffer naar opvang gaat) of duidelijke veiligheidsmaatregelen zijn genomen zoals de AWARE aanpak. In gezinnen waar alle betrokken gezinsleden bij elkaar blijven wonen, is er vaak ook na inzet van MDA++ nog steeds sprake van geweld. Soms is er sprake van een afname van geweld, maar vaak is er dan na een periode weer sprake van een terugval.

Professionals hebben we nog veel minder gesproken dan cliënten. Maar degene die we wel hebben gesproken zien ook zeker meerwaarde van MDA++ en willen graag blijven bijdragen aan het afnemen/stoppen geweld in gezinnen. Tuurlijk kunnen er ook altijd dingen beter. En cliënten en professionals zijn ook daarover vrij eensgezind.

Een van de knelpunten in de aanpak is de motivatie van de pleger. Waar sprake is van vechtscheiding/intiem terrorisme sluit de pleger, veelal mannelijke ex-partner/vader, vaak niet aan bij MDA++ bijeenkomsten, en komt niet opdagen bij de geïndiceerde hulp. Vaak speelt vader wel een cruciale rol in ontstaan en voortbestaan van het geweld, en de problematiek rondom vader is juist de reden voor aanmelding bij MDA++. MDA++ leidt in deze gevallen niet tot constructieve oplossingen. Belangrijk is om na te denken over hoe MDA++ aan kan sluiten bij dit type problematiek en hoe zij beter de pleger in het proces kunnen betrekken. Er wordt in Friesland reeds geëxperimenteerd met creatieve manieren om de 'pleger' te betrekken. Voorbeelden hiervan zijn: in koppels op huisbezoek gaan, of afspreken op een door de 'pleger' gekozen plek.

Verder horen we van verschillende cliënten waarbij sprake is van vechtscheidingsproblematiek, dat zij het gevoel hebben dat er binnen hulpverlening sprake is van partijdigheid. Dit is dus een tweede knelpunt en dit speelt niet perse binnen het MDA++ team, maar vaak bij de hulp die vanuit het team geïndiceerd wordt.

Een derde knelpunt dat wordt genoemd is dat er bij MDA++ wel standaard veiligheidsafspraken gemaakt worden, maar dat deze afspraken vrij statisch zijn en nauwelijks of niet worden aangepast aan de veranderende situatie. Deze veiligheidsafspraken worden ook niet proactief gemonitord. Goed is om na te denken over hoe veiligheidsafspraken proactief gemonitord kunnen worden. Hierbij is ook belangrijk dat er nagedacht wordt over hoe en wanneer veiligheidsafspraken versoepeld kunnen worden. We zien namelijk in een aantal cases dat veiligheidsafspraken niet veranderen, ook al is de situatie/veiligheid al een tijd verbeterd.

In lijn met andere onderzoeken zien we dat ouders vaak niet op de hoogte zijn van het plan van aanpak. Ze hebben geen kennis van de inhoud of het bestaan ervan. Van professionals begrijpen we vaak dat er wel een plan van aanpak opgesteld is. Vanuit de visie van de MDA++ was de verwachting dat er meer met de cliënten gewerkt zou worden, waardoor zij ook beter op de hoogte zijn van de gestelde doelen en de inhoud van het plan van aanpak. Dit vierder punt is ook een belangrijk aandachtspunt punt voor verbetering.

Een laatste knelpunt dat uit de casestudies naar voren komt is dat MDA++ in sommige gezinnen geen meerwaarde (meer) lijkt te hebben, terwijl ze toch gevolgd blijven worden door MDA++. Soms is er geen voorgeschiedenis qua hulpverlening en is de vraag waarom een gezin in MDA++ terecht komt. Soms is een situatie veranderd en is de veiligheid niet meer in het geding en is er ook geen verdere hulp meer, maar zijn er nog wel 3-maandelijks MDA++ gesprekken met rond de 8-10 professionals. Nagedacht moet worden over wanneer en hoe zorg (MDA++) afgeschaald kan worden.

5.2. Conclusie en voorlopige bevindingen

Zoals we in de inleiding gesteld hebben dit zijn voorlopige resultaten, maar deze zijn wel gematigd positief. De MDA++ wordt als positief ervaren en cliënten vinden dat de inzet van MDA++ een duidelijke meerwaarde heeft. In de regio Friesland zien we dan ook dat het welzijn van ouders en kinderen sterker verbeterd en dat een aantal risicofactoren zoals armoede verminderd zijn.

Daarnaast zijn er ook duidelijk kanttekeningen te plaatsen in de aanpak van MDA++. Thema's die sowieso interessant lijken om met MDA++ regio's gezamenlijk te bespreken zijn:

- Visie, welk doel heeft de MDA++ alleen voor de 4% gezinnen die niet te helpen zijn vanuit de reguliere aanpak, of een laagdrempelige voorziening waar cliënten zichzelf ook kunnen melden.
- Doelgroep; welke gezinnen of slachtoffers komen in aanmerking voor de MDA++ aanpak.
- Toeleiding: nog maar zeer weinig cliënten worden verwezen naar de MDA++ aanpak, terwijl de cohortstudie laat zien dat meerdere gezinnen complexe problematiek heeft waar de MDA++ gewenst is.
- Hoe geef je het samen beslissen met ouders en jeugdigen vorm?
- Wat wordt er verstaan onder regievoering? Wel/niet regierol overdragen aan wijkteam en wanneer?
- Monitoring en aanpassen veiligheidsplan.

5.3. Hoe verder

In deze tussenrapportage hebben we in de analyse nog geen onderscheid gemaakt tussen de regio's, omdat er nog niet voldoende interviews voor alle vijf de regio's gehouden zijn. Voor het eindproduct analyseren we, ervan uitgaande dat de aantallen dan toereikend zijn, wel op regioniveau.

We nemen voor en na inzet van MDA++ een vragenlijst af onder cliënten. Met deze data analyseren we in hoeverre er sprake is van afname van geweld en in hoeverre de hulp hieraan bijgedragen heeft. Daarnaast vergelijken we deze resultaten met de uitkomsten uit de derde cohortstudie naar huiselijk geweld en kindermishandeling, waardoor we inzicht krijgen in hoeverre de doelgroep waarbij MDA++ is ingezet verschilt van de doelgroep waar een VT-melding gedaan is. Idealiter wordt hiervoor een matchingsprocedure uitgevoerd. Hiermee kun je de MDA++ groep matchen aan een VT groep die op vooraf bepaalde variabelen gelijk is. Vervolgens kun je dan kijken of de groepen na behandeling nog steeds vergelijkbaar zijn, of dat met de MDA++ aanpak of de reguliere aanpak betere resultaten worden behaald. Dat hebben we voor deze tussenrapportage nog niet gedaan, maar zullen we wel voor de eindrapportage doen.

Naast een eindrapport, denken we dat het mooi zou zijn om de opgehaalde casuïstiek per regio te kunnen benutten voor het in gang zetten/versnellen van de ontwikkeling van MDA++. We denken dat de casuïstiek zich leent om het werkend leren te stimuleren: reflectie in actie.

Je zou de 'echte' cases geanonimiseerd kunnen gebruiken en de tijdlijnen mooi kunnen vormgeven, waardoor die door de regio benut kunnen worden. Nadeel is dat veel mensen, omdat het om zulke specifieke cases gaat en er daar niet zoveel van zijn, toch kunnen herleiden tot de persoon. Andere optie, die minder 'echt' is, is om 1 of 2 persona's te maken per regio op basis van de echte cases, en die gebruiken ten behoeve van het leerproces. Op die manier is informatie niet herleidbaar tot personen, maar kan wel het leerproces (verder) gefaciliteerd worden.

Bijlage Kenmerken werkwijze per regio

Friesland: MDA++

Achtergrond MDA++

MDA++ Friesland is ontstaan uit het MDC-K Friesland, wat in 2011 werd opgericht om een multidisciplinaire aanpak bij kindermishandeling te bieden. Binnen het MDA++ wordt hierop voortgebouwd, alleen dan voor een bredere doelgroep. MDA++ Friesland werkt niet onder één dak, maar vergadert elke dinsdag en vrijdag op één vaste locatie. In het vaste MDA++ team zitten de volgende partijen: MDA++ voorzitter, Veilig Thuis onderzoeker, Politie, GZ-psycholoog van FIER (specialisatie kind, jeugd en gezin en specialisatie trauma), de gezinstherapeut van de forensische poli van GGZ Friesland, een arts via het Medisch Centrum Leeuwarden en een maatschappelijk werker van Verslavingszorg Noord Nederland. Er zijn drie vaste MDA++ voorzitters die rouleren. Daarnaast zijn er van elk van de andere organisaties voor beide vergaderdagen twee professionals afgevaardigd, dus praktisch zijn er twee MDA++ teams. Het MDA++ team probeert te zorgen dat een casus altijd op een vaste dag besproken wordt, zodat de gezinsleden vaste gezichten hebben.

Toeleiding

De criteria voor MDA++ zijn: er zijn hermeldingen, eerdere hulp is zonder gewenst resultaat, zowel zorg en politie en/of justitie zijn bij het gezin betrokken (geweest), er is sprake van structurele onveiligheid en er speelt multiproblematiek. Nadat een melding bij de Front Office van Veilig Thuis binnenkomt, doet Veilig Thuis een veiligheidsbeoordeling. Complexe casus worden besproken in het triage-overleg. Indien deze voldoen aan de MDA++ criteria wordt de casus doorgezet naar één van de vaste Veilig Thuis medewerkers van de BackOffice. Zij maken een eerste afspraak met ouders en gaan op huisbezoek. Tijdens het huisbezoek bespreken ze met de ouders de melding en geven aan dat ze de casus graag in willen brengen in het MDA++ team, vanwege de expertise waar het team over beschikt, vragen ze de ouder toestemming voor informatiedeling. Als de ouder hier niet voor open staat, dan wordt of een laagdrempelige kennismaking met het MDA++ team ingepland of kan de Veilig Thuis medewerker de casus anoniem in het MDA++ team inbrengen. Bij een potentiële aanmelding wordt tevens getoetst of het Veiligheidshuis betrokken is (geweest) of zou moeten worden en wordt altijd met elkaar afgestemd wat het meest past bij de casus.

Uitvoering MDA++

Het MDA++ traject start met het Veilig Thuis onderzoek, wat in principe maximaal tien weken duurt. Veilig Thuis neemt hierin een ontwikkelingsanamnese en aantal diagnostische vragenlijsten af, waaronder een traumavragenlijst bij eventuele kinderen en een traumavragenlijst bij de ouder, die de ouder invult over eventuele kinderen (indien er nog niets over trauma bekend is)[6]. Vervolgens worden de resultaten door de GZ-psycholoog van FIER beoordeeld en verwerkt in het onderzoeksverslag. Ook doet Veilig Thuis onderzoek naar wat eerder is ingezet en wat wel en niet werkte en kijken alle MDA++ leden in hun eigen registratiesysteem. Indien nodig, wordt een TopTeen onderzoek ingezet via Medisch Centrum Leeuwarden en/of Praten met kinderen. Tijdens het MDA++ traject wordt volgens de visie gefaseerde ketenzorg gewerkt.

6 Op dit moment vult de ouder nog geen traumavragenlijst over zichzelf in, staat nog op de planning voor de toekomst.

Tijdens de beginfase heeft de Veilig Thuis onderzoeker de casus- en procesregie inclusief coördinatierol en is daarnaast aanspreekpunt voor ouders en kinderen. Na afronding van het onderzoek en het veiligheidsplan draagt Veilig Thuis de regie en coördinatie over aan één van de andere partijen. Meestal is dit het gebiedsteam, maar soms ook een (gezins)voogd of andere organisatie bijvoorbeeld omdat de ouder met het gebiedsteam geen klik heeft. De regiehouder is aanspreekpunt en zorgt ervoor dat de notulen bij ouders en andere belangrijke betrokkenen terechtkomen.

Als de vaste MDA++ teamleden en andere betrokken professionals uitgenodigd. De bijeenkomsten vinden plaats op de vergaderlocatie van het MDA++ team en duren in principe één uur, maar waar nodig wordt meer tijd gereserveerd of outreachend gewerkt. De eerste MDA++ bijeenkomst vindt meestal aan het begin van de onderzoeksfase plaats. Vaak is er na de eerste bijeenkomst binnen zes weken een volgende MDA++ bijeenkomst. Tijdens de tweede MDA++ bijeenkomst wordt meestal het veiligheidsplan gemaakt, waarbij zowel aandacht is voor korte termijn (concrete afspraken voor de volgende keer) als de lange termijn (welke hulp, wie gaat zich aanmelden, wat als het niet lukt, wie meldt terug). Afhankelijk van hoe zorgelijk de casus is, wordt bepaald of de casus na 3 of na 6 maanden opnieuw op de agenda komt. Indien nodig kan de afspraak vervroegd worden. Ondertussen loopt de hulp en is het MDA++ als een hekwerk om de betrokken hulp om voor duurzame veiligheid te zorgen en het proces van gefaseerde ketenzorg te monitoren. Het MDA++ team is dus faciliterend voor de betrokken hulpverlening (bijv. door het stellen van kaders voor ouders, lastige/kritische vragen stellen) en adviserend (bijv. door vanuit verschillende expertises samen mee te denken met ouders en reeds betrokken hulp). Het MDA++ traject wordt afgesloten als duurzame veiligheid bereikt is. Het aantal MDA++ bijeenkomsten verschilt per casus, gemiddeld vier keer; de duur varieert van drie maanden tot soms wel vijf jaar.

Samenwerking MDA++ team en ketenpartners

Het MDA++-team vormt het hekwerk: de MDA++ voorzitter waarborgt de organisatie rondom de besprekingen, bevordert het vertrouwen en verbondenheid binnen het team en zorgt dat alle perspectieven aan bod komen. Iedere organisatie is verantwoordelijk voor de eigen bijdrage. Besluiten die het team neemt zijn niet vrijblijvend en moeten door de deelnemende organisaties worden uitgevoerd.

De buitenring wordt waar nodig ingezet en/of uitgenodigd bij de MDA++ bijeenkomsten en bestaat uit gebiedsteams (of in geval van stad Leeuwarden wijkteams), GGD Jeugdzorg, Jeugdbescherming, Raad van de Kinderbescherming, Jeugdhulp, Jeugd GGZ, OM, Reclassering, scholen en huisarts. Op afroep betekent dat ze aansluiten bij de MDA++-bijeenkomst. In de praktijk is bijna altijd iemand van het gebieds/wijkteam (al dan niet als regiehouder) aanwezig. De politie is als vast MDA++ teamlid de schakel met het OM.

De informatie-uitwisseling rondom een casus vindt voornamelijk plaats tijdens de MDA++-bijeenkomsten. Notulen worden gemaakt in bijzijn van de ouders en ook een terugkoppeling van professionals gebeurt tijdens de bijeenkomt. Het onderzoeksverslag en de notulen worden opgeslagen in het Veilig Thuis registratiesysteem, waar alleen de vaste MDA++ leden in kunnen. Alle betrokken professionals inclusief de ouders krijgen het onderzoeksverslag van Veilig Thuis en na afloop van elke MDA++ bijeenkomst, de notulen. Rectificatie van notulen is niet mogelijk, aanvullen wel. Daarnaast blijft iedere organisatie verantwoordelijk voor zijn eigen dossiervorming en archivering.

Hiernaast hebben de MDA++ voorzitters samen een WhatsApp groep voor snel contact als dit nodig is of voor praktische zaken. Zo worden hierin datavoorstellen voor nieuwe casus en wordt altijd de dag voorafgaand aan de MDA++ vergaderdag de agenda met casusnummers op de app gezet.

Werkzame elementen
Kenmerkend aan Friesland is het uitgangspunt 'the whole system in the room', dat wil zeggen alle professionals en het cliëntsysteem samen uit te nodigen. Door alleen in bijzijn van de ouder informatie uit te wisselen, wordt transparant gewerkt en vormt privacy geen belemmering. Ook voorkomt dit misverstanden of het tegen elkaar uitspelen bij samengestelde gezinnen waar vaak professionals uit verschillende lokale teams en organisaties bij betrokken zijn.

Vanuit MDA++ zijn afspraken gemaakt dat MDA++ casus versnelt doorstromen naar GGZ en FIER en dat er geen wachtlijst mag zijn. Slechts een enkele keer gebeurd het dat ze binnen FIER/GGZ-instelling tijdelijk overbruggingszorg bieden, bijvoorbeeld als er heel specifieke GGZ-hulp nodig is zoals psychotherapie. Bij andere organisaties helpt het vaak voldoende als een MDA++ teamlid de noodzaak benadrukt.

Niet onder 1 dak is de kracht van MDA++ Friesland: De wethouders van de centrumgemeentes hebben destijds aangegeven dat ze willen dat in elke regio MDA++ komt. In Friesland is het destijds een bewuste keus geweest om niet onder 1 dak te zitten, omdat de samenwerking in de mensen/netwerkpartners zit, niet in de locatie. Dit biedt de mogelijkheid om mensen hulp te bieden in de regio's waar ze wonen. MDA++ Friesland vervult dezelfde functies als de centrumfuncties die de onder-een-dakcentra vervullen, maar dan zijn het netwerkfuncties; zodat mensen alsnog hulp in hun eigen regio krijgen in plaats van elke keer naar Leeuwarden te hoeven reizen. De MDA++ overleggen vinden wel onder 1 dak plaats.

Door de voorloper van het MDA++ Friesland, het MDCK is in 2011 een stuurgroep opgericht door bestuurders die het initiatief tot het MDA++ hadden genomen, wat bijdraagt aan bestuurlijk commitment.

Binnen het MDA++ team zijn er relatief weinig wisselingen in de teamleden, wat bijdraagt aan continuïteit. MDA++ is gestart met kijkje in de keuken bij elkaar. Per jaar maken ze een jaarplan waarin ook aandacht is voor professionele ontwikkeling. Een tijdlang werd intervisie bij elkaar gedaan, nu gaan ze intervisie doen op het voorzitterschap met Drenthe.

Daarnaast heeft het MDA++ Friesland zich in de afgelopen jaren verder doorontwikkeld. Zo sluit vanaf 2019 VNN als vast MDA++ teamlid aan, vanwege de vele verslavingsproblematiek. Dit wordt als meerwaarde naar voren gebracht, omdat VNN ook outreachend werkt en middelengebruik of verslavingsproblematiek zo nog meer aandacht krijgt. Verder is MDA++ Friesland in 2019 de pilot MDA++ lokaal gestart.

Knel/verbeter/ontwikkelingspunten
Hoewel MDA++ Friesland het langst bestaat, blijft ook het Friese MDA++ volop in ontwikkeling. De volgende knel/verbeter/ontwikkelingspunten worden naar voren gebracht door professionals:

Toeleiding: niet alle potentiële MDA++ cases komen bij het MDA++ terecht. Zo zijn niet alle Veilig Thuis medewerkers op de hoogte van het bestaan van MDA++, doordat er regelmatig personeelswisselingen zijn, of hebben Veilig Thuis medewerkers onvoldoende kennis van de MDA++ criteria. Daarnaast gaan potentiële MDA++ cases soms naar alternatieve aanpakken, zoals het Veiligheidshuis of de FAHG-route. Het Veiligheidshuis is in principe voor als criminaliteit meer op de voorgrond staat, maar soms komen ook andere MDA++ cases hier. Daarnaast is er de FAHG-route (Friese Aanpak Huiselijk Geweld), wat bestaat uit een nauwe samenwerking van Friese partijen: Veilig Thuis Friesland, Fier, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), GGZ Forensische Poli, Veiligheidshuis Fryslân en Friese gemeenten. Overigens kunnen zij ook naar MDA++ opschalen als dat nodig is. [7]

7 Zie voor informatie over de FAHG-aanpak: https://www.sdfryslan.nl/sites/default/files/2021-12/Document%20Friese%20Aanpak%20Huiselijk%20Geweld%20defoktober2021%20%28002%29.pdf

Doelgroep: In 2020 heeft het MDA++ de eerste casus ouderenmishandeling gehad. Hier wil het MDA++ in de toekomst meer ervaring in op doen en zal gekeken worden of extra expertise nodig is.

Bestuurlijk draagvlak: Er zijn veel wisselingen van managers en bestuurders bij de betrokken organisaties geweest, dus dat vraagt van het MDA++ team investering in de relatie en het voortdurend van informatie voorzien.

Werkwijze: De aandacht voor TopTeen onderzoek, afname traumavragenlijsten of praten met kinderen verslapt soms en moet regelmatig opnieuw onder de aandacht gebracht. Daarnaast besteedt het MDA++ team in 2020 en 2021 extra aandacht aan het veiligheidsplan: Hoe maak je een goed veiligheidsplan? Hoe stel je voorwaarden (criteria)? Hoe toetst je een volgende keer of aan de voorwaarden is voldaan? Aandachtspunten zijn bijvoorbeeld korte-lange termijn, scherper en concreter formuleren, duidelijker tijdspad, wat is per gezinslid in totaal nodig, wat wil men aan verandering zien. Het punt hierbij is vooral dat zodra je met mensen aan tafel zit je voor je het weet bij het onderwerp weg bent. De terminologie voor het plan is in de loop van de jaren veranderd, nu hebben we vaak over een veiligheidsplan/voorwaarden, impliciet is dat ook een herstel/zorgplan, alleen het is goed dit explicieter te benoemen ook richting ouders, omdat het de aandacht er dan meer oplegt. Tevens ook eerst die acute veiligheid in orde en dan werken aan structurele veiligheid, en ook zorgen echt goed zicht op problematiek. Je wilt niet dat je bijvoorbeeld hulp inzet op kind terwijl ouderproblematiek de oorzaak is van het kindgedrag.

Hulpaanbod in regio: Er is een stijging van het aantal cases waar sprake is van chronische/intergenerationele problematiek waar langdurige begeleiding noodzakelijk is. Deze zaken worden daarom langer gevolgd of gemonitord en daardoor loopt de agenda van het MDA++ team vol. Ook is er veel vraag naar LVB-hulp, maar maar is hiervoor weinig aanbod in de regio en zijn de wachtlijsten voor LVB-hulp lang. Dit is aangekaart bij de stuurgroep en centrumgemeente(s).

Samenwerking: Het MDA++ is bezig met het schrijven van een samenwerkingsovereenkomst, omdat privacy een steeds belangrijker thema wordt. MDA++ professionals ervaren nooit privacydilemma's, echter voor buitenstaanders zijn de privacyrichtlijnen soms niet duidelijk en juristen geven aan dat dit beter uitgewerkt dient te worden. Verder vindt MDA++ team wenselijk als ook ketenpartners in TOP3/gefaseerde ketenzorg methode worden getraind.

Financiering: Eerst financierde elk van de betrokken organisaties de eigen medewerker betrokken bij MDA++. Sinds enige tijd krijgt het MDA++ subsidie vanuit de gemeente en ontstaat er discussies over geld en wie wordt waarvoor betaald, dit drukt negatief op de samenwerking. Er is bestuurlijk commitment, alleen nu leden niet meer vanuit hun eigen [...] subsidie krijgen, ontstaat discussie over financiering.

Drenthe: MDA++

Achtergrond

MDA++ Drenthe kent vanaf de start een nauwe samenwerking met MDA++ Friesland en is in 2018 gestart met een pilot van zes zaken, gestoeld op de Friese werkwijze. MDA++ Drenthe zit niet onder één dak, maar vergadert elke woensdagochtend op één vaste locatie. Het MDA++ team bestaat uit een aantal vaste MDA++ voorzitters geleverd vanuit Veilig Thuis Drenthe, de betrokken onderzoeker vanuit Veilig Thuis, een psycholoog/orthopedagoog/psychiater vanuit Accare (met specialisatie kinder- en jeugd GGZ en trauma), psycholoog/systeemtherapeut vanuit Yorneo met specialisatie opvoeding, conflictscheidingen en samengestelde gezinnen), kinderarts/sociaal pediater vanuit UMCG met specialisatie HGKM, psycholoog/maatschappelijk werker/spv-er vanuit Verslavingszorg Noord Nederland met zowel expertise op jeugd als volwassenen, politie. Dit zijn allemaal vaste personen, met uitzondering van de Veilig Thuis onderzoeker. Tot zomer 2021 was dit ook een vaste groep van drie Veilig Thuis onderzoekers, maar meer recent is besloten dat alle Veilig Thuis onderzoekers MDA++ casus kunnen draaien. In geval van beginnende Veilig Thuis onderzoekers, ondersteunt de MDA++ voorzitter hen.

Doelgroep en toeleiding
MDA++ Drenthe richt zich op cases waarbij sprake is van multiproblematiek, hermeldingen van huiselijk geweld en/of kindermishandelingen, structurele onveiligheid, zowel zorg als politie/justitie is betrokken en kinderen in het gezin zijn. De aanmelding van cases loopt via Veilig Thuis. De Veilig Thuis onderzoeker vraagt vervolgens het gezin om toestemming. Het gezin kan zelf kiezen of ze aan het begin van het onderzoek kennis willen maken met het MDA++ team of aan het eind van het onderzoek, meestal kiest het gezin voor het laatste.

Tevens checkt Veilig Thuis bij de triage of de potentiële MDA++ casus al bekend is bij het Veiligheidshuis of OGGZ. Als dit zo is, dan wordt afgestemd of de zaak verder gaat als MDA++ casus óf in het OGGZ of Veiligheidshuis blijft. Ook checkt Veilig Thuis of justitie of de Raad betrokken is.

Uitvoering MDA++
In de beginfase van het MDA++ traject voert Veilig Thuis het onderzoek uit en neemt daarbij soms traumavragenlijsten af; indien nodig wordt ook een TopTeen onderzoek ingezet. In eerste instantie wilde MDA++ standaard de traumavragenlijsten afnemen, maar er is besloten dat Accare en Yorneo aan het begin van het traject aangeven of en zo ja, welke vragen gesteld dienen te worden. Soms is het niet wenselijk omdat er recent onderzoek naar trauma is geweest of kinderen net in behandeling zijn of soms wordt gelijk professionele jeugdzorg ingeschakeld en meegegeven hierin ook stil te staan bij trauma.

Tijdens de beginfase heeft de Veilig Thuis onderzoeker de casus- en procesregie inclusief coördinatierol en is daarnaast aanspreekpunt voor ouders en kinderen. Na afronding van het onderzoek en een onderzoeksverslag met daarin veiligheidsvoorwaarden draagt Veilig Thuis middels een warme overdracht de regie en coördinatie over aan de casemanager/regisseur van de gemeente; dit kan ook een andere partij zijn, maar dit is tot nu toe nog niet voorgekomen. De Veilig Thuis onderzoeker vraagt al gelijk aan het begin van het MDA++ traject een casemanager/regisseur bij de gemeente aan, zodat deze niet halverwege het traject pas betrokken raakt.

Bij de MDA++ bijeenkomsten die tijdens het traject plaatsvinden, worden zowel gezinsleden als andere betrokken professionals uitgenodigd. De bijeenkomsten vinden plaats op de vergaderlocatie van het MDA++ team en duren in principe één uur, maar waar nodig wordt meer tijd gereserveerd of outreachend gewerkt. Gemiddeld hebben gezinnen eens per drie maanden een afspraak en in totaal gemiddeld vier à vijf afspraken. Na de toestemming van het gezin agendeert de Veilig Thuis onderzoeker de MDA++ casus en na het eerste huisbezoek door de Veilig Thuis onderzoeker volgt de eerste MDA++ bijeenkomst, daarna vervolgt Veilig Thuis het onderzoek en vindt binnen zes weken een tweede MDA++ bijeenkomst plaats, waarna het onderzoek wordt afgerond. Veilig Thuis deelt het onderzoeksverslag met daarin veiligheidsvoorwaarden, waarmee de casemanager/regisseur het veiligheidsplan kan opstellen. Het MDA++ blijft de ingezette hulp monitoren tot structurele veiligheid is bereikt.

MDA++ Drenthe werkt volgens de uitgangspunten van het Visiedocument Gefaseerde ketensamenwerking, waarbij de volgende zes voorwaarden centraal staan: 1) alle professionals werken aan veiligheid; 2) Bij structurele onveiligheid volgt een gespecialiseerde multidisciplinaire aanpak, 3) Resultaatgericht werken met focus op veiligheid in relaties; 4) Er is een integraal plan met afspraken over doelen en oplossingen die samen met het cliëntsysteem, hun sociale netwerk en door betrokken professionals wordt gemaakt; 5) Alle onveilige gezinnen hebben een casusregisseur; 6) Informatie wordt gedeeld met als doel de persoonlijke levenssfeer van het cliëntsysteem veilig te maken. Verder zijn alle Veilig Thuis onderzoekers geschoold in Signs of Safety en wordt dit regelmatig ingezet.

Samenwerking MDA++ team en ketenpartners
De samenwerking middels het MDA++ team is voor de ketenpartners niet vrijblijvend en is op drie niveaus georganiseerd: i) vast uitvoerend MDA++ team dat op een vaste dag per week bijeenkomt; ii) projectgroep van managers uit organisaties in de binnenring, die samen met de MDA++ projectleider leiding aan de pilot geven en zorgen dat de randvoorwaarden er zijn zodat het

MDA++ team goed hun werk kan doen en iii) een stuurgroep van bestuurders/beslissers van organisaties uit de binnenring en bestuurders van de deelnemende gemeentes, die zorgen voor samenhang met de regiovisie en landelijke programma's.

Vooraf wordt toestemming gevraagd aan het cliëntsysteem om informatie te delen, ook wordt verteld met wie de informatie gedeeld wordt.

De buitenring is flexibel inzetbaar en sluiten bij een tafelgesprek aan wanneer deze bij de betreffende zaak betrokken zijn of worden. Veelal gaat het om een medewerker van het sociaal team, maar het kan ook gaan om andere hulpinstanties, school of reclassering. Het OM, RvdK, OGGZ en Veiligheidshuis sluiten doorgaans niet aan bij een gesprek met betrokkenen. Wel worden alle MDA++ cases aan het begin van het MDA++traject besproken in het actieoverleg tussen politie, OM, reclassering en Raad van de kinderbescherming; de voorzitter van het MDA++ team is tevens de voorzitter van dit actieoverleg en vormt daarmee de schakel.

Werkzame elementen

- Het monitoren en aandacht blijven houden of sprake is van structurele veiligheid zodat gekeken kan worden naar herstel is een werkzaam element.
- Door het gezin aan tafel te vragen horen ze gelijk de zorgen en krachten die een ieder ziet en voelen zij zich betrokken bij de verandering.
- MDA++ verbindt professionals met elkaar, met grote bijvangst dat je ook makkelijk bij andere dossiers kan.
- MDA++ team werkt prettig met elkaar samen De afspraak dat MDA++ casus voorrang hebben bij hulpverlening werkt goed. Kracht en mandaat van teamleden dragen bij aan het slagen. Indien nodig kunnen zij via de stuurgroep opschalen, maar dit is nog niet nodig geweest.

Knel/verbeterpunten

- MDA++ kan efficiënter ingericht worden.
- Toeleiding: Instroom verliep moeizaam, daarom afspraken gemaakt dit te verbeteren.
- Personeelswisseling MDA++ projectleiders/voorzitter.
- Er is enige tijd een wachtlijst bij het MDA++ geweest.

West-Brabant: Interventieteam

Achtergrond MDA++

Het Interventieteam West-Brabant bestaat al sinds januari 2013. Middels MDA++ heeft het Interventieteam zich verder doorontwikkeld. Het team is nu MultiFocus geschoold, een gedragswetenschapper van Veilig Thuis doet een keer per maand casuïstiekbespreking en een GGZ psychiater is betrokken bij het MDA++ team. Daarnaast heeft het bijgedragen aan draagkracht in de regio en hoopt het MDA++ team binnenkort ook kindermishandelingszaken op te pakken.

Aan het MDA++ team nemen de volgende organisaties deel: Veilig Thuis, Safegroup Ambulant (jeugd/volwassenen), MEE, WijZijn Traverse (opvang), IMW, SPRING (jeugdhulp), Novadic-Kentron (verslavingszorg), GGZ. Dit is een vast team met vaste professionals die 20 uur in de week werkzaam zijn voor het interventieteam en de overige uren werken bij hun moederorganisatie waar zij in dienst blijven. Daarnaast is er een pool van ervaringsdeskundigen die ingezet kunnen worden; standaard sluit er een ervaringsdeskundige bij de briefing aan.

Doelgroep en toeleiding

Het interventieteam richt zich op een relatief kleine doelgroep gezinnen of huishoudens (1-4 % van de jaarlijkse meldingen van Veilig Thuis), waar sprake is van structurele onveiligheid (vaker dan 1x per maand dreigend gevaar of geweld) in combinatie met andere problematiek (zoals verslaving, psychiatrische problemen, schulden, etc.) en de situatie dusdanig complex is dat eerdere interventies zonder gewenst resultaat zijn gebleken.

Alle professionals kunnen een casus melden bij Veilig Thuis en aangeven of casus ingebracht moet worden voor Interventieteam MDA++. Bij twijfel kan advies worden gevraagd aan Interventieteam of Veilig Thuis. De professional die de casus aanmeldt informeert ook andere betrokken professionals; voorwaarde voor aanmelding is dat reeds betrokken professionals meerwaarde zien in inzet van het MDA++ team.

Uitvoering MDA++

Bij het MDA++ maken professionals vanuit zorg en justitie in afstemming met het gezin een gezamenlijk plan, het Interventieteam voert dit plan uit. Het doel is het verhogen van de veiligheid binnen het cliëntsysteem en het optimaliseren van de samenwerking tussen betrokken ketenpartners bij de casus.

Als er een MDA++ casus wordt aangemeld, wordt deze ingebracht in de wekelijkse briefing. Daarin wordt met het hele team besproken welke expertise het meest passend is. Vervolgens pakken twee professionals die over deze expertise beschikken de casus op, eventueel samen met een ervaringsdeskundige. Tijdens het traject kunnen zij de andere expertises raadplegen door de casus in te brengen in de briefing of casuïstiekbespreking. Indien nodig wordt procesregie ingezet vanuit Veilig Thuis of het Zorg- en Veiligheidshuis.

De werkwijze van het Interventieteam is gestoeld op de Visie gefaseerd samenwerken aan veiligheid en handelingskader van het Interventieteam MDA++. Alle medewerkers zijn getraind in de MultiFocus methodiek. De drie pijlers in het handelen zijn: 'outreachend, oplossingsgericht en systeemgericht' vanuit een 'human rights approach met kernwaarden 'autonomie' en 'zelfregie'.

De casemanagers starten met een intensieve fase, waarin middels een outreachende, systeemgerichte en oplossingsgerichte aanpak wordt gewerkt naar stabiele veiligheid. Deze fase bestaat uit een intake en analyse, gevolgd door een plan van aanpak met veiligheidsvoorwaarden- en afspraken en eventuele afspraken bij het niet nakomen van veiligheidsafspraken. Als de veiligheid weer voldoende aanwezig is, start de fase van risicogestuurde zorg waarin middels de ingezette hulp wordt gewerkt aan risicofactoren die de onveiligheid in stand houden. Daarnaast is aandacht voor herstelgestuurde zorg om te herstellen van de onveilige ervaringen en deze te verwerken. In principe blijft het Interventieteam een jaar betrokken, tenzij verlenging noodzakelijk is.

- Samenwerking binnen MDA++ team en ketenpartners.
- Gedragswetenschapper VT doet 1x per maand casuïstiekbespreking.
- Wekelijkse briefing.
- Korte lijnen justitiepartners.

Vanaf maart 2019 is een Actieoverleg (overleg tussen VT, OM, Politie, Reclassering en RvdK) binnen beide veiligheidshuizen (Baronie en Markiezaten). Dit is een tweewekelijks overleg. In het Actieoverleg kunnen zaken besproken worden die vervolgens door Interventieteam worden opgepakt. Een scenario met justitiepartners is dan besproken. Daarnaast is het Interventieteam ook werkzaam in het Veiligheidshuis (met name Markiezaten) en zijn er korte lijnen met politie/OM bij lopende zaken.

Werkzame elementen

- Systemisch werken – opleiding MultiFocus, incl aandacht veiligheid/hulp/herstelplan.
- Convenant voor informatiedeling. Ieder behoudt eigen informatie en op moment dat iemand info wil halen moet je bij de partij zijn waar de informatie is.
- Werken veel met ervaringsdeskundigen.
- Aandacht voor alle leefgebieden door integraal en systemisch werken.
- Dichtbij cliëntsysteem staan door goed te luisteren, te informeren en mee te gaan naar instanties.
- Intensief op juiste manier met casus bezig zijn.

- Bewust afwachtende houding richting cliëntsysteem aan begin van casus, totdat men zelf ernst inziet. Gelijktijdig veiligheid monitoren en alles in gereedheid te brengen om in te grijpen als dat kan en moet.
- Flexibel zijn en af en toe lef hebben af te wijken van gebaande paden.
- Kleine stapjes zetten in richting van gezamenlijk en realistisch doel.
- Door de netwerkberaden korte lijnen hebben tussen professionals en onderling weten wie wat doet.
- Deskundigheid.
- Vasthoudendheid en intensiteit in aanpak casus. Deze ligt veel hoger dan de tijd die een regulieren hulpverlener heeft en is voorwaarde voor succes bij dergelijke complexe casuïstiek.
- Werken in duo's en het geven dat de collega's andere bronorganisaties hebben en dus andere kennis. Je kijkt daardoor met brede blik en vult elkaar aan.
- Interventieteam wil verschil maken door flexibel en creatief te zijn, net even verder te gaan dan reguliere hulp, bijv. meegaan naar afspraken cliënten om hen op begin ook daadwerkelijk hulp in te krijgen en aandacht te hebben voor alle leefgebieden.

Knel/verbeterpunten

- Veel ziekte/uitval in het team.
- In de regio zijn verschillende samenwerkingsverbanden actief, soms is bij partners onduidelijkheid wie wat doet en waarvoor verantwoordelijk is. In West-Brabant is er naast het Interventieteam (MDA++) ook een Veiligheidsteam (niet MDA++), voorheen heette dat Kracht Collectief, waar ook meerdere organisaties inzitten. Bij het Veiligheidsteam komen voornamelijk meldingen binnen voor (V)OTS. Net als het MDA++ werken zij ook met de Veiligheidskaart van Veilig Thuis, een soort zorg-krachtanalyse aan de hand waarvan de balans wordt opgemaakt en gekeken wordt welke vervolgacties nodig zijn (voogd/OTS/etc). Het Veiligheidsteam had het idee dat zij hetzelfde als het Interventieteam deden: ze zijn ook bezig met doorontwikkeling jeugd, willen ook systematisch gaan werken en hebben ook recent de MultiFocus opleiding gedaan. Deze onduidelijkheid bemoeilijkte ook het toevoegen en de financiering van jeugdexpertise aan het MDA++ team, omdat de betreffende expert ook reeds aansloot bij het Veiligheidsteam.
- Het is belangrijk dat er voldoende GGZ-medewerkers of zelfs een psychiater betrokken zijn bij MDA++, omdat er veel verslavingsproblematiek en psychische problemen voorkomen bij de doelgroep. Aandachtspunt hierbij is de wijze van financiering. In West-Brabant werken de mensen met GGZ-expertise allemaal rond de 20 uur, waarbij 10 uur wordt betaald door de gemeente en men die uren dus werkzaam is voor het interventieteam en de andere 10 uur werkt men voor de moederinstelling. Dit wordt ook wel het 2-benenprincipe genoemd en leidt vaak tot knelpunten en gedoe.
- Traumatraining staat op de planning, vanwege beperkte capaciteit uitgesteld. En daarnaast willen we nog meer kennis hebben op gebied psychiatrie en gedragswetenschap. Echt moeilijke doelgroep.
- Recent twee calamiteiten gehad, dit heeft een grote impact gehad op het team.

Hart van Brabant: Centrum Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

Achtergrond

Van 2014 tot eind 2018 heeft Tilburg een pilot gedraaid met een Family Justice Center (FJC), ofwel Centrum Huiselijk Geweld. In 2019 heeft een doorstart plaatsgevonden via het opgerichte Centrum Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, waarbinnen het MDA++ vorm krijgt. Het centrum is onder één dak gevestigd in het Zorg- en Veiligheidshuis. Binnen het centrum zijn drie teams werkzaam: het Expertisecentrum (gericht op kennis- en informatiedeling, scholing en deskundigheidsbevordering en organisatie van een pool ervaringsdeskundigen); het Veiligheidsteam (aanpak MDA++ casus) en het Spoedplein (integraal plein in het ziekenhuis waar hulp bij acuut geweld snel geregeld kan worden.

Het Veiligheidsteam bestaat uit drie pijlers: casuscoördinatie, het actieoverleg en expertise. De casuscoördinatie wordt georganiseerd via de gemeente (afdeling Team Complexe Casuïstiek, Gezinsmanagement of de Toegang Tilburg) of door Jeugdbescherming Brabant met ondersteuning door Veilig Thuis. In het actie-overleg worden alle cases besproken en nemen deel: politie, OM, Raad voor de Kinderbescherming, reclassering en de vertrouwensarts en gedragswetenschapper van Veilig Thuis. Hierdoor kan forensisch onderzoek ter plekke uitgevoerd worden en is aangifte meteen mogelijk. Daarnaast wordt waar nodig expertise geleverd via vaste contactpersonen van GGz Breburg, Novadic-Kentron (verslavingszorg), Sterk Huis en Amarant.

Elke donderdag heeft het Veiligheidsteam een casuïstiekoverleg waar het expertiseteam binnen het Veiligheidsteam bij aansluit.

Doelgroep en toeleiding

Alle professionals kunnen via Veilig Thuis gezinnen of huishoudens aandragen voor het Veiligheidsteam. Veilig Thuis doet vervolgens een triage en draagt de casus over aan het Veiligheidsteam, als de casus voldoet aan de criteria, namelijk een (lange) geschiedenis van meldingen en/of hulpverlening (vrijwillig/forensisch), hoog risico op ernstig acuut geweld, veel incidenten met direct gevaar voor veiligheid van betrokkenen, multiproblematiek (zoals LVB, verslaving, armoede, psychiater en/of emotionele verwaarlozing), bekend bij vele instelling, meerdere Veilig Thuis meldingen en veel hulp betrokken geweest.

Uitvoering MDA++

Het Veiligheidsteam werkt met een casuscoördinator en een schaduwcoördinator. De casuscoördinator doet zowel casus- als procesregie en organiseert samenwerking met betrokkenen, netwerk en ketenpartners. Het kernteam van het Veiligheidsteam bepaald op basis van expertise welke hulp nodig is en wie uit het Veiligheidsteam de beste match vormt en de coördinatie oppakt.

Alle teamelden zijn geschoold in de MultiFocus methodiek. Bij start wordt een veiligheidsplan met als doel minimale cijfer een 6, gevolgd door een hulp- en herstelplan. Het Veiligheidsteam blijft langdurig betrokken. Als de hulp loopt, blijft de casuscoördinator monitoren.

Samenwerking

Het Veiligheidsteam heeft korte lijntjes met andere organisaties in de regio: het Team Complexe casuïstiek kent vaak de juiste partijen. De afspraak is dat casus van het Veiligheidsteam de eerste 12 weken rechtstreeks toegang hebben tot Jeugdhulp en WMO, daarna dient een reguliere aanvraag gedaan te worden. De leden van het Veiligheidsteam leggen informatie, inclusief notulen van het casuïstiekoverleg, vast in G-Cos. Er is afgesproken dat de politie ook altijd een parallelregistratie doet. Notulen van het casuïstiekoverleg worden na afloop met alle partijen gedeeld.

Indien nodig kan het management overleg opschalen naar het bestuurlijk platform, een afvaardiging van alle betrokken partijen in het Veiligheidsteam plus ook Contour de Twern en woningbouwcorporatie Thebe.

Werkzame elementen

- *Toeleiding:* kwam op begin moeizaam op gang, dit loopt nu goed.
- *Methode:* MultiFocus methode helpt goed om alle levensgebieden in een casus in kaart te brengen en inzicht te krijgen in wat gedaan kan worden om verandering teweeg te brengen. Dit zorgt voor een systemische aanpak en systemische plan.
- *Beschikbaarheid uren:* Casuscoördinatoren kunnen hun uren fulltime inzetten voor het Veiligheidsteam en het aantal uur per cliënt is maatwerk. Er is geen maximaal termijn of bepaalde kaders voor het bieden van hulp.
- *Samenwerking:* Nauwe samenwerking tussen zorg en straf. Doordat wordt samengewerkt in het Zorg- en Veiligheidshuis, lopen professionals makkelijk even bij elkaar binnen.

- Het langdurig blijven volgen van het cliëntsysteem en na het plan nog beschikbaar zijn.
- *Oplossingsgericht:* Samen erkennen wat niet werkt, en vanuit daar naar een oplossing zoeken en verbinding leggen tussen verschillende kaders. waardoor snel geschakeld kan worden.

Knel/verbeterpunten

- *Tijdens opstartfase:* zowel bij het team als de partners onduidelijkheid over wat van elkaar te verwachten. Daarnaast leden afkomstig uit verschillende organisaties met verschillende communicatieculturen.
- *Outreachend werken*: Dit gebeurt nu nog niet heel veel, doel voor de toekomst is meer outreachend te gaan werken.
- *Aantal cases op jaarbasis:* Ambitie is 100 casus per jaar op te nemen. De Toegang Tilburg en Veilig Thuis hebben veel uren beschikbaar, maar andere partners minder. Met de huidige formatie en daarnaast ook omstandigheden van het team, is de vraag in hoeverre dit haalbaar is.

Rotterdam: Filomena

Achtergrond MDA++

MDA++ Rotterdam krijgt gestalte via Filomena, het Centrum huiselijk geweld en kindermishandeling. Op één locatie, waar tevens ook het Centrum Seksueel Geweld gevestigd is, wordt gewerkt aan veiligheid, lichamelijk (forensisch) onderzoek, medische behandeling, intensieve begeleiding en traumabehandeling. Twee keer per week organiseert Filomena een vrijblijvend inloopspreekuur waar slachtoffers terecht kunnen voor hulp, informatie en contact met ervaringsdeskundigen en professionals.

Slachtoffers van complex huiselijk geweld en kindermishandeling zoals intieme terreur of geweld met letsel, seksueel geweld en trauma als gevolg, krijgen bij Filomena de hulp die zij nodig hebben.

Doelgroep en toeleiding

Waar MDA++ Rotterdam eerst op een vrij brede doelgroep gericht was, heeft MDA++ Rotterdam ervoor gekozen om zich vanaf november 2020 op een meer specifieke groep te focussen. Filomena richt zich nu op alle slachtoffers uit de regio Rotterdam Rijnmond waar sprake is van zeer ernstig, complex geweld, met letsel, zeden in combinatie met huiselijk geweld, psychosociaal trauma of intieme terreur. Dit betreft dus casuïstiek waar hoog-specialistische inzet (zoals van forensische artsen, traumaspecialisten en/of politie) nodig is en die te complex is om op lokaal niveau te realiseren.

Uitvoering MDA++

Filomena biedt op drie manieren integrale hulp aan cliënten en het cliëntsysteem, namelijk i) een inloopspreekuur; ii) Snelle onderzoeksfase binnen 7 dagen afgerond (SOF7) en iii) Intensief Casemanagement (ICM).

Tijdens het inloopspreekuur op de dinsdag- en donderdagochtend kunnen slachtoffers laagdrempelig zonder aanmelding anoniem binnenlopen, waar ze worden opgevangen door een ervaringsdeskundige gastvrouw. Indien gewenst kan het slachtoffer ook gelijk met een professionele hulpverlener, arts of politie praten. Het slachtoffer heeft de regie en bepaalt de behoefte en het tempo.

Een tweede manier is SOF7, waarbij er snel wordt gehandeld in de aanpak van letsel, trauma en seksueel geweld en forensisch artsen, vertrouwensartsen, traumaspecialisten en politie nauw met elkaar samenwerken. Na afronding van de SOF7 wordt door middel van een Intersectoraal Expertise Overleg (ISO) een veiligheidsinschatting gemaakt en bepaald welke vervolgstappen nodig zijn. Hierbij kan er gekozen worden voor de ICM-aanpak, maar dit kan ook een andere interventie zijn. De SOF7 is een nieuwe unieke interventie in Nederland.

Tot slot is er de ICM-aanpak, waarbij je naast onderzoek ook begeleiding biedt voor één jaar, of indien nodig langer. Alle leden van het cliëntsysteem worden betrokken en geholpen, maar het belang van het slachtoffer staat centraal. Er

wordt nauw samengewerkt met de andere betrokken organisaties. De drie pijlers van de ICM-aanpak zijn multidisciplinair, intersectoraal en systeemgericht werken; de exacte invulling van de ICM-aanpak is maatwerk. De werkwijze is gestoeld op de visie gefaseerde ketenzorg. Aan het begin worden veiligheidsafspraken gemaakt met het cliëntsysteem en in afstemming met politie en justitie; ook wordt er een integraal plan gemaakt dat allereerst is gericht op het realiseren van directe veiligheid en zodra dit bereikt is, zich richt op de onderliggende oorzaken aan de onveiligheid (risico-gestuurde zorg). Dit vormt de basis voor het werken aan herstel voor alle gezinsleden om zo duurzame veiligheid te bereiken.

Werkzame elementen

- ICM aanpak.
- Systemische aanpak.
- Goede match methode – hulpverlener op basis van competentieprofiel.

Knel/verbeterpunten

- Huisvesting lange tijd aandacht, nu gevonden. Eerst tijdelijke plek gehad.
- Uitval opgeleide mensen.
- Overig structurele inbedding, financiering privacy gegevensdeling.
- Werving, lijkt nu met nieuwe mensen en extra inspanning beter te gaan.

VERWEY-JONKER Instituut

COLOFON

Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Auteurs	Dr. F.E.P.L. Sondeijker Prof. dr. M.J. Steketee Drs. B. Tierolf M. Compagner. MSc T. Voorwinden, MSc
Foto omslag	iStock - ALotOfPeople
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
http://www.verwey-jonker.nl

ISBN 978-94-6409-153-3

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, maart 2022.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.
The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.