

Eindrapport monitoringsonderzoek naar de aanpak in 5 regio's

Werkzame elementen MDA++ aanpak

Frouke Sondeijker - Majone Steketee - Bas Tierolf - Mathilde Compagner - Milou Lunnemann



Werkzame elementen MDA++ aanpak



Eindrapport monitoringsonderzoek naar de aanpak in 5 regio's



Frouke Sondeijker
Majone Steketee
Bas Tierolf
Mathilde Compagner
Milou Lunnemann



Utrecht, Maart 2023

Inhoud

Managementsamenvatting MDA++	4	Bijlage 1 uitgebreide methodebeschrijving	42
Inleiding	4		
Opdracht	4	Bijlage 2 Werkwijze-beschrijving per regio	54
Aanpak	4	Friesland: MDA++	54
Resultaten	4	Drenthe: MDA++	56
Conclusie en aanbevelingen	5	West-Brabant: Interventieteam	57
Tot besluit	7	Hart van Brabant: Centrum Huiselijk Geweld en Kindermishandeling	59
		Rotterdam: Filomena	60
1 Inleiding	8		
1.1. Context	8		
1.2. Doel en vraagstelling	9		
2 Aanpak	10		
3 Resultaten	13		
3.1. Werkwijzen MDA++	13		
3.2. Effectmeting	20		
3.3. Casestudies	31		
4 Conclusies en aanbevelingen	37		
4.1. Resultaten op een rij	37		
4.2. Beperkingen onderzoek	37		
4.3. Meerwaarde sneller zichtbaar maken	38		
4.4. Bouwstenen in de aanpak MDA++	38		
4.5. Toekomstscenario's en MDA++	40		

Managementsamenvatting

MDA++

Inleiding

De intersectorale specialistische Multidisciplinaire Aanpak (MDA++) is een veelbelovende werkwijze om meervoudige complexe problematiek, waarbij er ook sprake is van geweld in gezinnen, effectief aan te pakken. De MDA++-aanpak kent een aantal bouwstenen, die de afgelopen jaren per regio invulling hebben gekregen. Dit betekent dat MDA++ er in elke regio net iets anders uitziet. Daarmee is het lastig de effectiviteit van de aanpak als geheel aan te tonen. In dit onderzoek is daarom vooral gezocht naar de werkzame elementen van de verschillende (regionale) aanpakken.

Opdracht

Het programmameteam Geweld hoort nergens thuis heeft het Verwey-Jonker Instituut de volgende opdracht gegeven: breng in beeld wat er daadwerkelijk gebeurt aan hulpverlening, en maak inzichtelijk wat het effect is voor de veiligheid en het welzijn van betrokkenen en welke meerwaarde zij hierbij ervaren. Oorspronkelijk was er de hypothese dat het onder-1-dak zitten meerwaarde zouden kunnen hebben ten opzichte van de het intersectoraal en multidisciplinair samenwerken maar niet onder-1-dak zitten. Doordat de aanpakken onderling allemaal van elkaar verschilden is dat losgelaten. Het overkoepelende doel van het onderzoek was om te kijken welke werkzame elementen kunnen worden onderscheiden in de verschillende werkwijzen van de pilotregio's en referentiewerkwijzen.

Aanpak

We hebben dit onderzoek opgedeeld in drie deelonderzoeken. Deelonderzoek A: beschrijving van de organisatie en werkwijze, deelonderzoek B: monitoring effecten, en deelonderzoek C: casusonderzoek. De deelonderzoeken hangen nauw met elkaar samen. Gelet op de verschillende focus van de drie deelonderzoeken kenden ze elk een andere onderzoeks aanpak.

- Deel A geeft 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.
- In deel B is op cliëntniveau gemonitord wat de resultaten zijn van de MDA++ aanpak voor de afname van het geweld en de bevordering van het welzijn van volwassenen/ouders en eventuele kinderen.
- In Deel C is getoetst of in de praktijk wordt gewerkt zoals beschreven. Aan de hand hiervan kan de werkwijze dan wel werkbeschrijving worden bijgesteld indien nodig of gewenst.

Vervolgens zijn de resultaten van de drie deelonderzoeken in samenhang bekeken. Door deze verbindingen zorgvuldig te analyseren konden de werkzame elementen uit de verschillende aanpakken worden gedestilleerd. Op basis van die werkzame elementen formuleren we een aantal conclusies en aanbevelingen.

Resultaten

We concluderen dat MDA++ over het algemeen als positief wordt ervaren. Het welzijn van ouders en kinderen verbetert, het geweld neemt af en een aantal risicofactoren – te weten armoede, werkloosheid, traumaklachten en opvoedstress – zijn duidelijk verminderd. Cliënten geven in de interviews aan dat de

inzet van MDA++ een duidelijke meerwaarde heeft. Professionals geven aan dat MDA++ een lacune in het aanbod opvult. Gezinnen met hele complexe meer-voudige problematiek - waaronder geweld- kunnen nu beter geholpen worden.

Tegelijkertijd met de genoemde effecten van MDA++ zien we ook hoe lastig het is om het geweld duurzaam te stoppen. Hoewel er sprake is van significante afname van het aantal incidenten van partnergeweld en kindermishandeling zien we deze afname ook in de controlegroep. Dit betekent dat niet alle veranderingen alleen toe te schrijven zijn aan MDA++. Daarnaast is er een grote groep van gezinnen die bij de tweede meting nog steeds veelvuldig of ernstige vormen van huiselijk geweld rapporteren.

De vraag "Wat werkt?" is 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. Over het algemeen 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:

- Draagvlak en mandaat van bestuurders uit de regio om snel hulp te kunnen bieden en doorbraken te realiseren.
- Een heldere visie inclusief een omschrijving van de doelgroep.
- Een heldere toeleidingsprocedure die ook bekend is bij alle relevante partners in de regio.
- Een divers team waarin aansluiting is tussen zorg- en veiligheidspartners en waarin expertise op het terrein van GGZ en verslavingszorg aanwezig is.
- Een standaard traumascreening voor kinderen en volwassenen.
- Afspraken over wie wanneer regie voert en wat daaronder verstaan wordt.
- Eenduidigheid over hoe besluitvorming samen met gezinnen vorm te geven.
- Heldere registratie van zaken en de voortgang daarbinnen, zodat ook periodiek gerapporteerd kan worden aan financiers over de resultaten van MDA++.

Conclusie en aanbevelingen

Deze werkzame elementen spelen een belangrijke rol als het gaat om de meerwaarde van MDA++. Goed handen en voeten geven aan deze elementen binnen het complexe speelveld van het sociaal domein en veiligheidsdomein is niet eenvoudig. Het lukt niet overal in dezelfde mate om de werkzame elementen in samenhang tot uitvoering te brengen. Juist de samenhang tussen de werkzame elementen is van belang. Als dat niet gebeurt, ontstaan er knelpunten in de aanpak. Onze aanbevelingen richten zich daarom vooral op wat er nodig is om MDA++ goed in te richten. De meerwaarde van MDA++ kan immers pas goed in kaart gebracht worden op het moment dat MDA++ goed is ingericht. De effectmeting uit dit onderzoek, die is uitgevoerd terwijl de aanpakken nog volop in ontwikkeling waren, laat zien dat de resultaten die bereikt worden veelbelovend zijn.

Er zijn bouwstenen geformuleerd ten aanzien van de aanpak MDA++ die gericht zijn op de organisatorische kant van deze multidisciplinaire werkwijze. Gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek is ons advies daar een aantal meer inhoudelijke bouwstenen aan toe te voegen. Deze lichten we hieronder toe.

Netwerk in plaats van ketensamenwerking

Een duidelijke meerwaarde van de MDA++ aanpak is dat er daadwerkelijk gewerkt wordt vanuit een netwerk rondom het gezin, in plaats van een ketensamenwerking waarin het gezin door een keten heen moet en er veelal in de overdracht van de ene hulpverlener naar de hulpverlener bij een andere instelling veel misgaat.

Gericht op het hele systeem

Er wordt veel aandacht en energie aan besteed om beide ouders/partners te motiveren om bij de gesprekken en de aanpak betrokken te zijn. Het hele systeem wordt in principe altijd betrokken bij de aanpak, tenzij er een specifieke

reden is om dit niet te doen, bijvoorbeeld als er sprake is van intieme terreur. Dit vraagt veel van professionals en het lukt ook zeker niet altijd. Als het wel lukt heeft dat een heel positief effect.

Probleemdefinitie vertragen

De tijd nemen om een goede verklarende analyse te maken van wat het probleem is, blijkt van groot belang. Binnen de MDA++ aanpak is het beleid om eerst goed met elkaar te analyseren wat de problemen zijn die in het gezin spelen en hoe die onderling met elkaar samenhangen. Dit om te voorkomen dat gelijk gestart wordt met de aanpak van een probleem, en daarmee de andere problemen uit het zicht verdwijnen. Of dat de oorzaak van het probleem niet meegenomen wordt in de hulp en ondersteuning die het gezin ontvangt.

Inzet passende expertise op het juiste moment

Een goede verklarende analyse maakt het mogelijk om de juiste hulp voor het probleem in te zetten. Een belangrijke bouwsteen is dat betrokken hulpverleners op het juiste moment ingezet worden vanuit de verschillende instellingen als zij daadwerkelijk samenwerken als een netwerk rondom het gezin. Zet hierbij niet teveel hulpverleners tegelijk in, en maak een bewuste keuze voor een bepaalde volgordelijkheid om tot een goed samenhangende aanpak te komen. In een gezamenlijk multidisciplinair overleg met alle betrokken hulpverleners wordt voortdurend naar een hulpverleningscontext gestreefd waarin vanuit een gezamenlijke visie de deelbehandelingen vormgegeven en op elkaar afgestemd worden. Waar passend wordt er gezamenlijk behandeld.

Duidelijk aanspreekpunt voor gezin

Nadeel van een netwerkbenadering is dat er meerdere hulpverleners betrokken zijn. Voor de leden van het gezin is het belangrijk dat er één aanspreekpunt is en dat de netwerksamenwerking gecoördineerd wordt door een voor het gezin bekend persoon. Deze persoon houdt overzicht en verzorgt de procesregie over de ondersteuning en behandeling van het gezin. Dit aanspreekpunt kan dan namens de netwerksamenwerking spreken en 'één verhaal' vertellen. Zo

wordt voorkomen dat het gezin tegenstrijdige of verwarrende signalen krijgt, of meermaals dezelfde vragen krijgt.

Mandaat en duidelijkheid over wie de beslissingen neemt

Zorg voor duidelijkheid over wie de opdrachtgever is van het netwerk. Zo kan er bij niet functioneren of problemen in de praktijk tijdig op- of afgeschaald worden. Dit vraagt iets van de inrichting en is een randvoorwaarde om de inhoud die nodig is ook echt te kunnen bieden.

Zo lang betrokken als nodig is

De uitkomsten van het onderzoek zijn enerzijds positief, er is sprake van een afname van het geweld. De uitkomsten van dit onderzoek laten echter, net zoals de uitkomsten van het onderzoek 'Een kwestie van lange adem', ook zien hoe hardnekkig de kindermishandeling en partnergeweld zijn. Deze MDA++ studie laat zien dat partnergeweld en kindermishandeling geen geïsoleerde, eenmalige gebeurtenissen zijn, maar dat het veelal lang voortduurt. Geweld in gezinnen is moeilijk aan te pakken en verdwijnt niet vanzelf. Bij de aanpak van partnergeweld en kindermishandeling is het daarom van belang het langdurige karakter van de problematiek en het hoge risico op revictimisatie te onderkennen. De uitkomsten van dit onderzoek onderstrepen de noodzaak dat, gezien de complexiteit en stapeling van problemen in de gezinnen die terecht komen in de MDA++, er langdurige begeleiding nodig is voor deze gezinnen waarbij alle gezinsleden betrokken worden.

Meer uniforme registratie

Meer uniforme registratie is helpend voor professionals en cliënten maar ook helpend in het aantonen van effecten en terugkoppelen over MDA++ aan bestuurders en beleidsmakers. Het is hierbij met name van belang dat de afspraken en doelstellingen die gemaakt zijn met een gezin in een gezamenlijk plan terecht komen waarin ook de vorderingen vermeld worden.

Tot besluit

De toekomstscenario's kind- en gezinsbescherming zijn in ontwikkeling. Regio's en gemeenten zijn druk aan het nadenken wat dit betekent voor eventuele aanpassingen in hoe zij de kind- en gezinsbescherming willen vormgeven en wat dit breder betekent voor het sociaal domein. Aanleiding voor het starten van een 'proeftuin toekomstscenario's kind- en gezinsbescherming' is dat er knelpunten in de jeugdbescherming zijn die een radicale omwenteling in de bescherming van kinderen en kwetsbare volwassenen noodzakelijk maken. Door teveel schakels in de keten duurt het nu te lang voordat een huishouden daadwerkelijk hulp ontvangt. Bovendien leidt de inzet van al die hulp zeker niet altijd tot duurzame veiligheid, onder andere omdat de onderliggende problematiek van gezinsleden geen of onvoldoende aandacht krijgt. Onze aanbeveling is om bij de ontwikkeling van de toekomstscenario's kind- en gezinsbescherming aan te sluiten bij en voort te bouwen op de kennis, ervaring en geleerde lessen binnen MDA++ en niet opnieuw te beginnen.

1 Inleiding

1.1. Context

Overall 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 hulpverlening 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. Juist een integrale aanpak waarin multidisciplinair en systeemgericht gewerkt wordt is van belang voor gezinnen met complexe problematiek en geweld lezen we ook in een recent onderzoek over jeugdbescherming (Steketee en Doelman, 2022)²

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.^{3,4} 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 Multidisciplinair 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.

1 Steketee, M., Tierolf, B., Lünemann, K., & Lünemann, M. (2020). Kwestie van lange adem: Kan huiselijk geweld en kindermishandeling echt stoppen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

2 Steketee, M., Doelman, E. (2022). Hoe bescherm je kinderen als het thuis onveilig is? Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

3 <https://www.coe.int/en/web/portal/-/barnahus-model-helps-children-who-suffered-sexual-abuse-from-feeling-like-victims-for-a-second-time-say-council-of-europe-leaders>

4 Johansson, S., Stefansen, K., Bakkevig, E., & Kaldal, A. (2017). *Collaborating against child abuse: Exploring the nordic Barnahus model*. Springerlink. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-58388-4>

Het programmamteam '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 werkwijzen zowel van de pilots onder één dak als van de MDA++ aanpakken 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 al 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.

1.2. Doel en vraagstelling

Middels dit onderzoek is de wens 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 hoe lang 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.

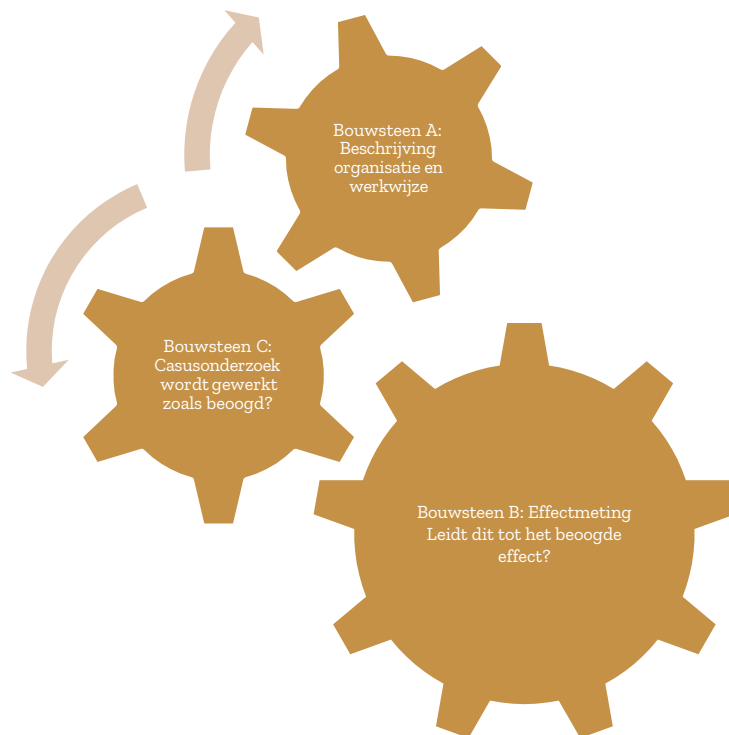
Het doel van het onderzoek is om te kijken welke werkzame elementen kunnen worden onderscheiden in de verschillende werkwijzen van de pilotregio's en referentiewerkwijzen.

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

2 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, eengerelateerd) 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 opvoedings-situatie? 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 leefdomen (denk aan participatie, huisvesting, verslaving etc.)?

Deelonderzoek 3 (Bouwsteen C)

Dit onderdeel van het onderzoek 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?

Een uitgebreide beschrijving van de aanpak binnen elk van de bouwstenen is te vinden in bijlage 1. Hierin komen onder andere de doelgroep/betrokkenen, het gebruikte instrumentarium, de meetmomenten en de ontwikkelingen daarin door voortschrijdend inzicht en de opgelopen vertraging door COVID-19 en de genomen maatregelen uitgebreid aan bod. Deelstudie A en C hebben we weliswaar met extra inzet en wat vertraging geheel kunnen uitvoeren. Voor Deelstudie B hebben we ongeveer de helft van het aantal respondenten kunnen includeren. Daardoor is een vergelijking tussen de regio's maken ten aanzien van de effecten niet mogelijk. Een tweede kanttekening is de vertraging die ook in dit deel van het onderzoek is opgetreden. Een deel van de cliënten was op de T1 pas een half jaar bezig met MDA++ en hun behandeling is op moment van meten dus nog in volle gang. Dit betekent dat de effecten die we rapporteren, dus nog kunnen veranderen naar gelang de behandeling vordert.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van het onderzoek naar de aanpak MDA++ zoals uitgevoerd in de pilot en referentieregio's. We starten in paragraaf 3.1 met de ontwikkeling die in elke regio is doorgevoerd in de MDA++ aanpak, de werkwijzebeschrijvingen die wij herhaaldelijk hebben ontvangen zijn het bronmateriaal hiervoor. Dit is aangevuld door middel van gesprekken met sleutelfiguren uit de regio, waaronder de projectleiders en een of een paar professionals die vanaf het eerste uur betrokken zijn.

Vervolgens beschrijven we in paragraaf 3.2 welke resultaten we zien als we kijken naar het verminderen van het geweld, het welzijn van volwassenen/ouders en kinderen. Ten behoeve van dit deel van studie is data verzameld door middel van een vragenlijst die afgenomen is onder de volwassenen en eventuele kinderen. Respondenten hebben bij de start van de MDA++ aanpak een vragenlijst ingevuld voor zichzelf en, als er kinderen zijn, voor hun kinderen in de leeftijd van 3 tot 18 jaar. Kinderen konden zelf ook een vragenlijst invullen.

Doel van deze kwantitatieve analyse is om op het niveau van volwassenen/ouders en kinderen zelf te meten of er sprake is van afname van het geweld, het verbeteren van het welzijn van volwassenen en hun opvoedvaardigheden en of dit uiteindelijk leidt tot het verbeteren van het welzijn van kinderen. Omdat we willen weten of deze verbeteringen ook daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan de MDA++ aanpak is een controlegroep samengesteld door middel van een matchingsprocedure met respondenten waarvan we weten dat er sprake is van kindermishandeling en/of huiselijk geweld en die gemeld zijn bij Veilig Thuis.

Daarna gaan we in paragraaf 3.3 in op de resultaten uit de casestudies. Hiervoor zijn per casus herhaaldelijk gesprekken gevoerd met ouder(s). Er is gesproken met de regisserende professional van elke casus en het dossier is bestudeerd. De informatie uit de casestudies geeft duiding of inkleuring aan de resultaten van de effectmeting, maar laat ook zien hoe de werkwijzebeschrijving in de praktijk wordt uitgevoerd.

3.1. Werkwijzen MDA++

In alle regio's is de werkwijzebeschrijving gedurende de looptijd van het onderzoek meermaals aangepast. Zo'n aanpassing werd gedaan als er iets veranderde in de processen en procedures, als er nieuwe of andere samenwerkingsafspraken werden gemaakt of als men het erover eens was dat bepaalde zaken beter anders georganiseerd konden worden, om de gezinnen beter of sneller te kunnen helpen.

Hoewel de MDA++ methodiek op papier één methode lijkt, wordt MDA++ in de praktijk door de regio's verschillend vorm gegeven; wel met de bouwstenen MDA++⁵ als uitgangspunt. In alle regio's is een vast MDA++ team, echter wie er onderdeel zijn van dit kernteam en wie in de schil zitten; hoe de samenwerking met clientsystemen 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++ en de samenwerking met netwerkpartners terug. Hieronder is een tabel opgenomen met de belangrijkste elementen per regio. De uitgebreide beschrijving per regio is te vinden in bijlage 2.

⁵ Bouwstenen MDA++. (2020). Geraadpleegd op 15 februari 2023, van https://vng.nl/sites/default/files/2021-05/20200325_bouwstenen_mda_ppt_def.pdf

Tabel 1: Samenvatting MDA++ werkwijzen

	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	Visie gefaseerd samenwerken aan veiligheid MDA++ regulier TopTeen onderzoek Praten met kinderen	Visie gefaseerde ketenzorg Signs of Safety TopTeen onderzoek	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/systeemtherapeutuZ) UMCG (kinderarts/sociaal pediatr 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	<u>Casuscoördinatie</u> Veilig Thuis Toegang Tilburg Team Complexe Casuïstiek Gezinsmanagement Sociaal wijkteam <u>Expertise</u> GGZ Breburg Novadic-Kentron Sterk Huis Amarant <u>Actieoverleg</u> Politie OM Raad voor de Kinderbescherming Reclassering Veilig Thuis	Veilig Thuis Politie Zorg en Veiligheidshuis Centrum Seksueel Geweld Forensisch arts Jeugdbescherming Stichting MEE Arosa FIER Wijkteams Rotterdam Parnassia
Samenwerking cliëntstelsel	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 ervaringsdeskundigheid	Optioneel, er is budget voor. Het kan, net als andere disciplines, voor enkele gesprekken ingezet worden.	Nee	Ja, onderdeel van MDA++ team	Ja,	Ja, onderdeel van MDA++

	Friesland	Drenthe	West-Brabant (Breda)	Hart van Brabant (Tilburg)	Rotterdam
Inzet sociaal netwerk	Sociaal netwerk wordt waar mogelijk betrokken				
Toeleiding	Via Veilig Thuis al is dit geen voorwaarde	Via Veilig Thuis	Via Veilig Thuis	Via Veilig Thuis of actieoverleg	Via Veilig Thuis of ZVHRR
Doelgroep	- Lange geschiedenis van meldingen HGKM - Zorg en justitie zijn betrokken - Structureel onveilige situatie - Multiproblematiek (zoals schulden, verslaving, LVB, psychiatrie)	- 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; - Reguliere hulpverlening sluit onvoldoende aan op het gezinssysteem; - De nog lopende hulpverlening ziet meerwaarde in de inzet van het Interventie-team	- 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	Afname traumavragenlijsten, op indicatie	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 traumatraining	Momenteel wordt geen traumascreening uitgevoerd, vanuit Multifocus 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

3.1.1. Overeenkomsten en verschillen werkwijzen: Wat werkt?

Het inrichten van MDA++ kost tijd. Een aantal deelnemende regio's is eerder gestart (Friesland, West-Brabant) dan de anderen. Daarmee dient rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten. Alle regio's hebben te kampen gehad met vertragingen door Covid-19, maar met name in de regio's waar begonnen werd met het inrichten van MDA++ / centrum onder 1 dak, is sprake geweest van forse vertraging. 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 in de basis relatief op elkaar lijken (inzet MultiFocus via 2 gekoppelde casuscoördinatoren), is 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?

Duidelijke afbakening doelgroep

De MDA++ aanpak is een van de prioritaire thema's van het actieprogramma 'Geweld hoort nergens thuis' en kent met de bouwstenen MDA++ een aantal vaste uitgangspunten. Anno 2020, zo staat in de eindrapportage van het programma Geweld Hoort Nergens Thuis (2021), is in zes Veilig Thuis regio's MDA++ structureel gerealiseerd, in twaalf Veilig Thuis regio's is een MDA++ pilot gaande en zeven van de 28 regio's geven aan dat een MDA++ in ontwikkeling is.

We zien dat de afbakening van de doelgroep een van de zaken is waar regio's verschillend mee omgaan. Is MDA++ primair een laagdrempelige toegang voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling of voor de gezinnen met zeer ernstige en complexe problematiek waarvoor de reguliere aanpak ontoereikend is en daarom opgeschaald moet worden, of misschien wel allebei? En richt de aanpak zich alleen op gezinnen met kinderen of niet en wat doen we met ouderenmishandeling, intiem terreur of eengerelateerd geweld en focussen

we dan op structureel geweld of ook acuut? De 'Bouwstenen MDA++' zoals ontwikkeld door het programma GHNT⁶ bieden regio's een beschrijving van de doelgroep en doelgroep criteria.. Echter deze laat ruimte voor regio's om zelf keuzes te maken in de precieze doelgroep. In de deelnemende regio's wordt verschillend gedacht over welke doelgroepen nu het meeste baat hebben bij de aanpak zoals zij die zelf hebben vorm gegeven. Er is overal nagedacht over welke expertises er nodig zijn om de doelgroep waar men voor kiest goed te kunnen bedienen. Uit het onderzoek komt niet naar voren dat de aanpak voor de ene doelgroep beter werkt dan voor de andere, maar wel dat een heldere afbakening met duidelijke in- en exclusiecriteria helpend is om de gewenste groep goed toe te leiden naar MDA++.

Monitoring belangrijk om meerwaarde aan te tonen

Met name in begin van het onderzoek bleek dat er met onduidelijkheid van de doelgroep meer aspecten samenhangen dan alleen de toeleiding en passendheid van het aanbod. Onduidelijkheid over de doelgroep leidde ook tot het ontbreken van gegevens over hoeveel gezinnen in aanmerking komen voor de MDA++ aanpak in een bepaalde regio en dat maakt het moeizaam om bestuurlijk draagvlak te krijgen. Daarbij is het, als je een te diverse groep in de aanpak krijgt, 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. Sowieso is het volume belangrijk om de meerwaarde of het maatschappelijk rendement van een aanpak aan te kunnen tonen. Doordat het om relatief weinig gezinnen gaat per regio per jaar, zou je of langer moeten monitoren, of volume moeten creëren door over regio's heen te monitoren. Dat laatste is nog niet mogelijk doordat de verschillen tussen de regio's in de wijze waarop de MDA++ inhoudelijk vorm wordt gegeven en de doelgroep die ze includeren groot zijn.

6 https://vng.nl/sites/default/files/2021-05/20200325_bouwstenen_mda_ppt_def.pdf

Naast het doorgaan met onderzoek om uiteindelijk uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van MDA++ (per regio), kan het ook helpen om de bouwstenen – en dan met name die over visie – aan te scherpen. Aangezien het registreren en monitoren nog slechts beperkt aan bod komt in de werkwijze-beschrijvingen, liggen er kansen om dit vanuit de opdrachtgevers van het programma GHNT samen met de regio's vorm te geven zodat er op dit punt direct uniformiteit zal zijn.

Door uniformiteit tussen de regio's qua monitoring, kan de meerwaarde van MDA++ sneller zichtbaar gemaakt worden. 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.

Mandaat organiseren

Naar aanleiding van de tussenrapportage die in 2021 is geschreven, is er in de regio's veel discussie geweest over het mandaat van MDA++ teams. Als er mandaat is om MDA++ cliënten voorrang te geven op bepaalde wachtlijsten of urgentie voor een woning, dan vergroot dat de meerwaarde van MDA++. Uiteraard moet dan wel de doelgroep een duidelijke afbakening kennen.

In 2022 zien we dat alle regio's stappen hebben gezet om het mandaat beter te regelen, de samenwerkingsafspraken tussen partners binnen MDA++ te versterken en de visie en daarmee samenhangende criteria voor de doelgroep aan te scherpen. Rotterdam heeft hierin de grootste verandering doorgemaakt.

Heldere afspraken over toeleiding

De toeleiding naar MDA++ verliep in nagenoeg alle regio's moeizaam. Deels had dit te maken met Covid-19 en de bijbehorende maatregelen, maar ook het voormalige MDC-K in Kennemerland en het MDC-K in Friesland hadden hier in beginsel problemen mee, weten we uit eerdere onderzoek o.a. van

Anneke Jelsma (2020). Meerdere factoren spelen hierin een rol. Allereerst is het belangrijk dat er bekendheid is over MDA++. Het gaat dan om kennis over wat het aanbod behelst, voor wie het bedoeld is en hoe de toeleiding geregeld is. Daarnaast is het belangrijk scherp te hebben hoe MDA++ zich verhoudt tot ander aanbod in de regio en vooral ook waarin het onderscheidend is.

Hoe de toeleiding per regio precies is geregeld, is te lezen in de werkwijze-beschrijvingen in bijlage 2. De route via Veilig Thuis waar op 1 na alle regio's voor kiezen lijkt an sich goed te werken, mits er heldere, gedragen afspraken over toeleiding naar MDA++ zijn. Op het moment dat die afspraken er niet zijn, zien we dat de instroom van MDA++ opdroogt en is het dus aannemelijk dat gezinnen/huishoudens die gebaat zouden zijn bij deze aanpak, er niet terecht komen. Goede afspraken tussen alle betrokken organisaties voorkomt ook dat er, veelal vanuit financiële belangen, concurrentie ontstaat tussen verschillende soorten aanbod. Een voorbeeld daarvan is West-Brabant, daar is niet altijd voor iedereen helder geweest wat het onderscheid was tussen het Veiligheidsteam (geen MDA++) en het Interventieteam (wel MDA++).

De procedure voor toeleiding evenals de inclusiecriteria zijn in de regio's verschillend en worden niet in alle regio's even strikt gehanteerd. Heldere afspraken maken over toeleiding naar MDA++ en elkaar er scherp op houden de afspraken na te leven, is en blijft dus zeker een belangrijk punt van aandacht.

Standaard screenen op trauma's

In Friesland en Drenthe is er standaard aandacht voor trauma's en wordt op indicatie 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 komt niet uit dit onderzoek naar voren.

Uit de data (zie paragraaf 3.2.2 Tabel 4) blijkt dat een aanzienlijk deel van de MDA++ populatie te maken heeft met klinische trauma klachten, deze klachten

komen zowel bij ouders als kinderen frequent voor. Het gaat om forse percentages (ruim 40% van de kinderen en 27% van de ouders) die het ons inziens rechtvaardigen om standaard een traumascreening te doen.

Bovendien weten we uit eerder onderzoek (Steketee et al, 2020) dat met EMDR op relatief korte termijn goede effecten behaald kunnen worden bij zowel kinderen als volwassenen. Een screening op traumaklachten en indien passend snelle inzet van EMDR is, indien beschikbaar een werkzaam element van MDA++.

Samen beslissen met cliënten

In Friesland en Drenthe zitten de volwassen gezinsleden samen met andere betrokken professionals aan tafel bij het MDA++ expertiseteam. In de twee Brabantse en in de Rotterdamse regio heeft de cliënt alleen contact met de casemanager en in geval van de Brabantse regio's met de schaduwcoördinator of tweede professional. Daarnaast is binnen Friesland en Drenthe uitgangspunt dat kinderen standaard worden gesproken en jongeren waar mogelijk ook aan tafel zitten bij het MDA++ expertiseteam, terwijl dat in de werkwijzebeschrijvingen van de andere regio's minder duidelijk naar voren komt. Wat werkt in het samen beslissen met cliënten? Uit de literatuur is bekend dat het samen beslissen over behandeling heel belangrijk is.⁷ De richtlijn samen met ouders en jeugdigen beslissen over passende hulp⁸ biedt hiervoor handvatten. Of het gezin daarvoor al dan niet aan tafel moet zitten met het MDA++ team is de vraag. Uit de gesprekken met professionals over de werkwijzen MDA++ blijkt dat professionals het soms lastig vinden als cliënten aanwezig zijn bij een dergelijk overleg. Ze horen ook van cliënten dat deze veel niet begrepen hebben van het

gesprek 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 cliënten er wel bij zijn, in het kader van transparantie en niet over maar met gezinnen praten. In de casestudies is ook met cliënten besproken hoe ze het al dan niet aanwezig zijn bij MDA++ overleg ervaren. Hierover is meer te lezen in paragraaf 3.4. Belangrijk is in elk geval om samen te beslissen over wat passende hulp is en met kinderen en ouders te overleggen wat daarvoor een passende manier is, aan tafel bij het MDA++ team of input geven via en terugkoppeling krijgen van de regisserende professional.

Werken met divers kernteam en flexibele schil

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 en kan ook een soepele samenwerking tussen teamleden belemmeren.

In elke regio zijn er partijen uit zowel de zorg- als veiligheidsketen betrokken, die vormen het kernteam. Welke partijen verder betrokken zijn en op welke wijze, in het kernteam of in de flexibele schil, verschilt per regio. Gedurende de looptijd van het onderzoek is in alle regio's de GGZ en verslavingszorg aangehaakt bij het kernteam. Specifieke kennis over LVB is niet overal aanwezig, dit is ook afhankelijk van de doelgroep die instroomt in MDA++. Vooral West-Brabant heeft positieve ervaringen met LVB-expertise in het kernteam. In Tabel 1 hierboven is te zien welke partijen in welke regio deel uit maken van het MDA++ team. Uit het onderzoek kunnen we niet opmaken of het al dan niet hebben van bepaalde expertises in je kernteam maakt dat MDA effectiever is. Wat wel helder is, is dat GGZ en verslavingszorg heel belangrijk zijn en bij nagenoeg alle cliënten ook een rol spelen in de uitvoering van de hulp.

Het kernteam heeft een samenwerking met veel andere partijen in de regio, die in de zogenaamde flexibele schil zitten. De hypothese vooraf was dat er binnen

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

8 Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp - Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming.

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. Andere elementen lijken dus belangrijker te zijn dan het onder-1-dak zitten. De zaken die professionals noemen als effectieve elementen, zijn bekend als werkzame elementen van samenwerking in zijn algemeen. Zoals elkaar en elkaars expertise goed te kennen, vertrouwen in elkaar hebben, korte lijnen hebben met elkaar, vaste gezichten (continuïteit van medewerkers) en vaste dagen hebben waarop men bijeenkomt. Verbinding met het regionale actieoverleg waar vaak VT-politie-OM en soms andere partijen aansluiten wordt ook genoemd door professionals als belangrijk.

Nadenken over informatiedeling

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 en speelt wet- en regelgeving een grotere rol. Professionals geven aan niet altijd precies te weten wat wel en niet gedeeld kan worden en zijn daarom dan terughoudend. Dit werkt veelal vertragend in het organiseren van passende hulp.

Soms wordt ervoor gekozen een casus anoniem te bespreken. Op die manier zijn er minder restricties qua wet- en regelgeving en kan er wel expertise gedeeld worden. Dat lijkt in de meeste gevallen een goed werkende oplossing.

Het programmateam van Geweld hoort nergens thuis is bezig met een verdieping rond het thema gegevensuitwisseling en privacyregels binnen MDA++.

Continuïteit en betrouwbaarheid in regievoering

Wat helder wordt uit de werkwijzebeschrijvingen en aanvullende gesprekken met professionals, is dat het begrip regievoering niet voor iedereen hetzelfde betekent. Bovendien zijn er vaak onuitgesproken aannames 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 professionals binnen het MDA++ team over het algemeen tevreden zijn 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 als degene uit het wijkteam op zijn minst affiniteit heeft met en kennis en vaardigheden heeft om om te kunnen gaan met de complexiteit van de doelgroep. Op dit moment is dat in ieder geval in Drenthe nog een knelpunt. Daar pakken de leden van het wijkteam die worden aangewezen de regierol nog niet altijd goed op en er zijn veel personele wisselingen, waardoor de contactpersoon⁹ 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. Het zeggen wat je doet en doen wat je zegt staat bij de gezinnen in MDA++ heel hoog in het vaandel. En als je als professionals een keer je afspraak niet nakomt dan schaadt dat echt de werkrelatie. Degene die de regierol vervult of

9 De begrippen contactpersoon, casemanager 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.

de contactpersoon is, moet dus echt investeren in de relatie met de gezinnen en een vertrouwensband opbouwen. Dat is cruciaal ook voor het slagen van andere hulp die ingezet wordt en dus een belangrijk werkzaam element van MDA++.

Mandaat om snel hulp te verlenen

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, hulp geadviseerd én gecoördineerd wordt, maar geen hulp verleend wordt door de aanwezige disciplines. Vaak is het voor gezinnen ondanks dat ze in MDA++ zitten dan ook lang wachten op die hulp, omdat er sprake is van wachtlijsten bij organisaties uit de flexibele schil van de MDA++ teams. En ondanks de grote expertise in het MDA++-team wordt er na een uitgebreide en gedegen verklarende analyse veelal alleen driemaandelijks gemonitord hoe het met gezinnen gaat en hoe het op gang komen van of de uitvoering van de geadviseerde hulp verloopt. Dit gebeurt wel systeemgericht en tijdens die contactmomenten probeert het MDA++ cliënten ook inzicht te geven in geweldspatronen bijvoorbeeld. Het maken van veiligheids-, zorg- of herstelplannen, die ook kunnen helpen bij het schetsen van de urgentie om snel hulp te verlenen, wordt niet altijd (direct) gedaan. Een meerwaarde van MDA++ zou kunnen zijn dat gezinnen sneller passende hulp krijgen, dan wanneer ze niet in MDA++ terecht komen. Mandaat krijgen om bijvoorbeeld wachtlijsten te kunnen omzeilen voor deze gezinnen, zoals eerder ook al genoemd in dit hoofdstuk, zou hierin helpend kunnen zijn. Op dit moment is dat nog niet standaard geregeld in de regio's. Er zijn wel 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.

Wat werkt?

Deze vraag is 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:

- 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 voor kinderen en volwassenen.
- Draagvlak en mandaat van bestuurders uit de regio om snel hulp te kunnen bieden en doorbraken te realiseren.
- Afspraken over wie wanneer regie voert en wat daaronder verstaan wordt.
- 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++.

3.2. Effectmeting

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van deelstudie B, de effectmeting. Allereerst schetsen we het kort een aantal belangrijke elementen uit het proces van inclusie en matching, vervolgens gaan we in op de kenmerken van de onderzoeksgroep en de verschillen bij melding tussen de regio's. Daarna volgen de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek.

3.2.1. Inclusie en matching

Het was geen gemakkelijk proces om voldoende respondenten te vinden voor het onderzoek. Voor een deel kwam dit doordat niet alle locaties waar het onderzoek werd uitgevoerd al gestart waren met de uitvoering van de MDA++ aanpak. Verder was de toeleiding van cliënten nog een punt van aandacht in veel regio's. Ook de onduidelijkheid over voor welke doelgroep MDA++ nu bedoeld is, speelde een rol bij het achter blijven van instroom in de MDA++ aanpak en daardoor verliep ook de inclusie in het onderzoek aanzienlijk minder vlot dan gedacht.

Uiteindelijk hebben 89 gezinnen/huishoudens die ingestroomd zijn in de MDA++ ook deelgenomen aan het onderzoek. Hiervan hebben 57 gezinnen alle vragenlijsten op de twee meetmomenten ingevuld.

Deze groep van 57 gezinnen/huishoudens zijn gematcht met respondenten uit de dataset van de tweede cohortstudie resultaten van de aanpak huiselijk geweld en Kindermishandeling op basis van de gegevens die op T0 verzameld zijn. Op die manier kunnen verschillen in effect tussen de MDA++ aanpak en reguliere hulp aan een vergelijkbare groep cliënten onderzocht worden.

Elk gezin van de MDA++ aanpak is gematcht met een gezin uit de derde cohortstudie, op basis van de volgende achtergrondvariabelen (op gezinsniveau):

- Armoede (laag inkomen).
- Migratieachtergrond.
- Werkloosheid.
- Opleidingsniveau (lage opleiding).
- Alleenstaande ouder.

Alle respondenten waarvan we wisten dat zij ook een MDA++ behandeling hebben ontvangen in de controlegroep zijn voorafgaand aan de matching geëxcludeerd van de dataset.

3.2.2. De onderzoeksgroep

De respondenten van de MDA++ zijn dus op gezinsniveau met elkaar gematcht op basis van de T0 meting. Aangezien het mogelijk was dat meerdere partners per gezin deelnamen aan het onderzoek, is het aantal ouders niet exact gelijk in de MDA++ en controlegroep. Hieronder in Tabel 2 staat een overzicht van het aantal respondenten bij de O-meting en de respondenten die een vervolgmeting hebben gedaan.

Tabel 2 Overzicht van deelname bij T0 en op alle twee de metingen voor de MDA++- en controlegroep

	T0	T0-T2	T0-T2
	MDA	MDA	Controle
Gezinnen	89	57	57
Ouders	116	76	66
Moeders	68	45	48
Vaders	48	31	18
Kinderen 3-18	126	86	86
3-12	92	61	61
13-18	34	24	25
Zelf ingevuld (8-18)	33	29	21

Hoewel gestreefd is naar een zo goed mogelijk vergelijkbare controlegroep in vergelijking met de MDA++ populatie, moeten we hier ook een paar beperkingen noemen. Ten eerste gaat het in de MDA++ groep om gezinnen waar vanuit de reguliere aanpak al hulp is ingezet, maar zonder het gewenste resultaat. Het betreft dus een specifieke groep van slachtoffers en plegers waar weinig verandering tot stand is gekomen met eerdere hulp. Voor de controlegroep geldt dit criterium niet. Een ander verschil is dat er meer mannen (41%) hebben deelgenomen aan het onderzoek in de MDA++ groep dan in de controlegroep (27%). (Zie Tabel 3).

Aangezien er gematcht is op achtergrondvariabelen is er op die variabelen geen verschil tussen de MDA++-groep en de controlegroep. In beide groepen is er sprake van veel risicofactoren zoals ouders die onder de armoedegrens leven, hoge werkloosheid, veel een-oudergezinnen en veel gezinnen waar sprake is van een geschiedenis van huiselijk geweld in het gezin waar zij zijn opgegroeid. Wat betreft migratieachtergrond en opleidingsniveau is er geen verschil tussen de ouders van de MDA++ groep en de controle groep met de Nederlandse bevolking.

Tabel 3 Percentage ouders met achtergrondkenmerken voor de MDA++groep, de controlegroep, en de Nederlandse bevolking

Achtergrond gegevens ouders T0	MDA++ (N=116)	MDA++ 2 metingen (N=76)	Cohortstudie – controle groep (N=66)	NL bevolking
Mannen	41%	41%	27%	50%
Migratieachtergrond	29%	24%	20%	25%
Armoede	44%	41%	36%	14%
Werkloosheid	58%	54%	47%	5%
Eenouder gezin	49%	46%	41%	25%
Geschiedenis van HG	46%	36%	45%	10%
Laag opleidingsniveau	12%	7%	9%	8%

Als we kijken naar de problematiek die er is op de T0 bij de MDA++ groep en de controlegroep dan lijkt het er in eerste instantie op dat er iets meer sprake is van problematisch alcoholgebruik bij de partner, en dat het eigen alcoholgebruik ook zeer hoog is vergeleken met de respondenten uit de cohortstudie (zie Tabel 4). Hetzelfde beeld zien we terug als het gaat om traumaklachten van ouders (27%) dat veel hoger lijkt dan bij de controle (13%) en de cohortgroep (16%). Er lijkt ook sprake van gemiddeld meer opvoedstress bij de ouders van de MDA++ groep. Deze verschillen tussen de MDA++ groep en de controlegroep zijn echter niet significant.

Wat betreft de veiligheidsbeleving en kwaliteit van leven is er geen verschil tussen de drie groepen.

Als we kijken naar de kinderen dan zien we dat er gemiddeld meer kinderen traumaklachten rapporteren van de MDA++ groep (41%) dan de cohortgroep (32%). Ook wat betreft onveilige hechting en emotionele onveiligheid is er een hogere score voor kinderen uit de MDA++ groep dan met de cohortgroep. Wat kwaliteit van leven is de score zeer vergelijkbaar en wat betreft probleemgedrag van kinderen uit de MDA++ groep is deze veel lager (14% versus 27%). Ook voor kinderen is geen van de genoemde verschillen significant, hetgeen betekent dat we de vergelijkende analyses als het gaat om resultaat van de aanpak voor ouders en kinderen betrouwbaar kunnen uitvoeren.

Tabel 4 Problematiek van ouders en kinderen op de T0 voor de MDA++ groep, de controlegroep en de gehele cohortstudie

Ouders	MDA++	Controle	Cohort
Problematisch alcoholgebruik Zelf	30,3%	30,3%	9,8%
Partner	51,4%	43,9%	33%
Traumaklachten	27%	13%	16%
Opvoedstress	54,4	51,7	50,7
Veiligheidsbeleving	7,8	7,7	7,5
Kwaliteit van leven	6,9	7,1	7
Kinderen			
Traumaklachten	40,7%	29%	32%
Emotionele onveiligheid	42,1	28,2	36%
Probleemgedrag	13,6%	26%	27%
Kwaliteit van leven	49,0	49,0	49,3

Belangrijk om te vermelden is dat de MDA++ aanpak per regio verschillend is en de verdeling van de respondenten niet gelijk verdeeld is over de regio's. Omdat het aantal respondenten zo klein is kunnen we niet voor de afzonderlijke MDA++ aanpakken analyseren wat de resultaten zijn. Om een beeld te geven vanuit welke regio's welke respondenten komen gaan we hier expliciet in op de verschillen op de eerste meting bij aanmelding bij de MDA++-aanpak.

3.2.3. De MDA++ regio's naast elkaar

De dataverzameling bij de MDA++ Friesland was al eerder van start gegaan in het kader van een ander onderzoek. De data die we voor dat onderzoek hebben verzameld konden we meenemen in deze studie, waardoor het aantal respondenten vanuit Friesland veel hoger is in vergelijking met de andere MDA++ regio's. Vooral in Hart van Brabant en West-Brabant is het aantal respondenten laag (Tabel 5). Dit heeft te maken met eerder genoemde redenen als een latere start van de uitvoering van MDA++ door o.a. Covid-19, onbekendheid met het MDA++ team bij partners in de regio en gebrekkige kennis over wie op welke manier toe te leiden naar de MDA++ aanpak.

Tabel 5 Aantal respondenten per regio

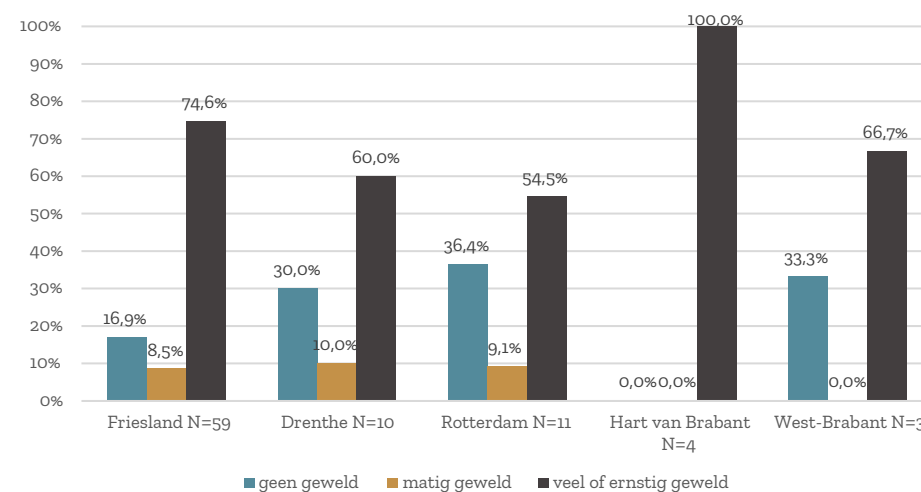
	Friesland	Drenthe	Rotterdam	Hart van Brabant	West Brabant
To	59	10	11	4	3
To-T2	46	5	3	1	2

Als we kijken naar het geweld het jaar voorafgaand aan een MDA++-traject dan zien we dat in nagenoeg alle regio's (behalve hart van Brabant maar daar zijn ook slechts 4 gezinnen geïnccludeerd) een deel van de gezinnen geen geweld rapporteert (zie grafiek 1).

Je zou op basis van deze resultaten kunnen denken, dat er niet noodzakelijkerwijs sprake is van ernstig of acute onveiligheid om doorverwezen te worden

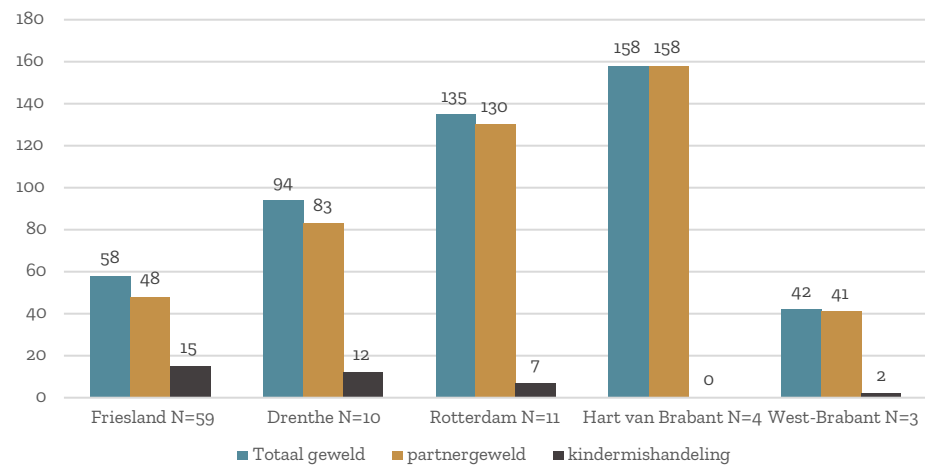
naar de MDA++. Dit is voor ons aanleiding geweest om deze groep nader te onderzoeken. Het blijkt dat er in deze groep wel veel risicofactoren aanwezig zijn en dat eerdere hulp niet tot gewenste verandering heeft geleid. Wat ook bleek uit de verdiepende analyses is dat al deze gezinnen op de vervolgmeting wel geweld rapporten. Wij zien een aantal verklaringen. Ouders rapporteren het geweld niet op de startmeting uit schaamte, angst, wantrouwen of anderszins, maar het is er wel. Ouders rapporteren het geweld niet omdat het er niet is, maar wellicht is er wel verwaarlozing of herkennen professionals al wel de signalen en schatten het risico op het in de nabij toekomst ontstaan van geweld in als hoog. Ook kan het zo zijn dat eerdere hulp wel heeft geleid tot een afname van geweld, maar dat de onderliggende problematiek onvoldoende is aangepakt en het risico op geweld toeneemt en mensen om die reden bij MDA++ terecht komen.

Grafiek 1 Percentage gezinnen per MDA+ aanpak dat te maken heeft met geen, matig of veel en ernstig geweld



Wat opvalt als we kijken naar het aantal geweldsincidenten (zie Grafiek 2) die er spelen het jaar voorafgaand aan de aanmelding bij de MDA-aanpak zien we een duidelijk verschil tussen de regio's. Filomena in Rotterdam krijgt net zoals Sterk Huis in het hart van Brabant veel meer de zwaardere partnergeweld zaken binnen dan in de andere regio's. Wellicht zijn zij als centra onder-1-dak hier beter op toegerust en helpt het vormen van een laagdrempelige toegang om juist deze doelgroep in beeld te krijgen. Wat verder opvalt is het geringe aantal incidenten kindermishandeling. Dat duidt erop dat vooral partnergeweld bij de MDA+-aanpak terecht komt.

Grafiek 2 Aantal gemiddelde incidenten partnergeweld en kindermishandeling voor de 5 regio's



Als we kijken naar de onderliggende problematiek van de gezinnen/huishoudens (zie Tabel 6) dan zien we dat het percentage in de MDA++ groep gemiddeld veel hoger ligt dan in de cohortgroep, waarbij vooral het hoge problematische alcoholgebruik opvalt van zowel de respondent als hun (ex) partner. Uit de casuïstiekstudie blijkt dat alcoholproblematiek van de ouders een lastig probleem is om aan te pakken en een grote samenhang kent met veel van de andere risicofactoren. Wil je het geweld duurzaam stoppen dat is inzet van verslavingszorg dus vaak nodig.

Wat verder opvalt is dat de respondenten een hoog veiligheidsgevoel hebben in vergelijking met de cohortstudie. Het gevoel van veiligheid is heel bepalend voor het functioneren en de kwaliteit van leven. De verwachting is dat wanneer er sprake is van geweld, dat veiligheidsgevoel laag (lees onvoldoende) is. Maar dat is niet het geval. Mogelijk komt dat er al veiligheidsmaatregelen zijn genomen omdat de gezinnen al langer in het vizier van hulpverleners en Veilig Thuis zijn.

Tabel 6 Problematiek gezinnen

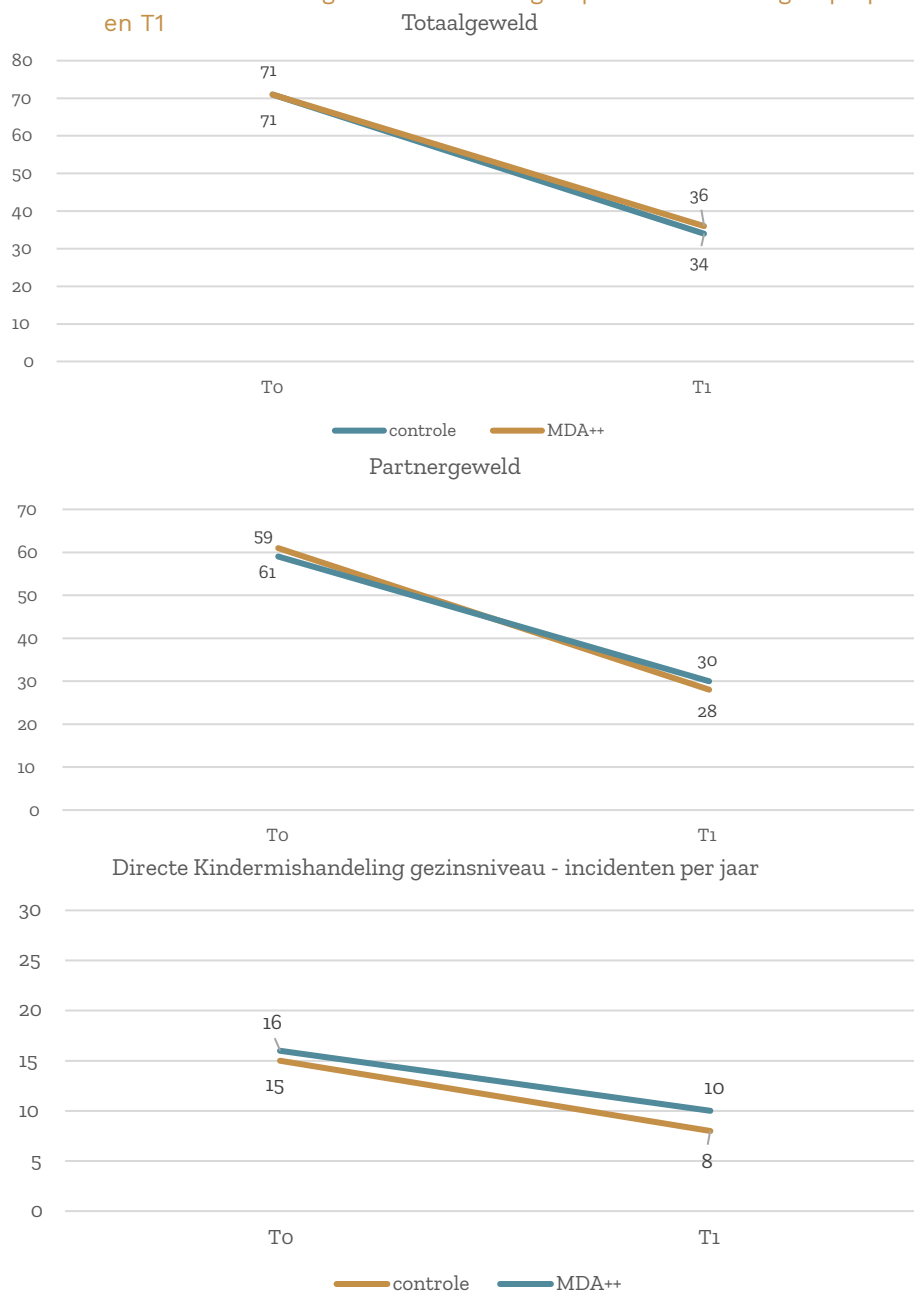
	Friesland N=59	Drenthe N=10	Rotterdam N=11	Hart van Brabant N=4	West Brabant N=3	Cohort studie
Trauma ouder	23%	9%	25%	50%	0	16%
Proble- matisch alcohol zelf	30%	58%	33%	20%	25%	10%
Proble- matisch alcohol partner	50%	83%	47%	40%	25%	33%
						7,00
Veiligheids- gevoel	7,80	7,50	7,40	8,50	8,50	7,50

3.2.4. Uitkomsten van het onderzoek

Afname van het partnergeweld en kindermishandeling

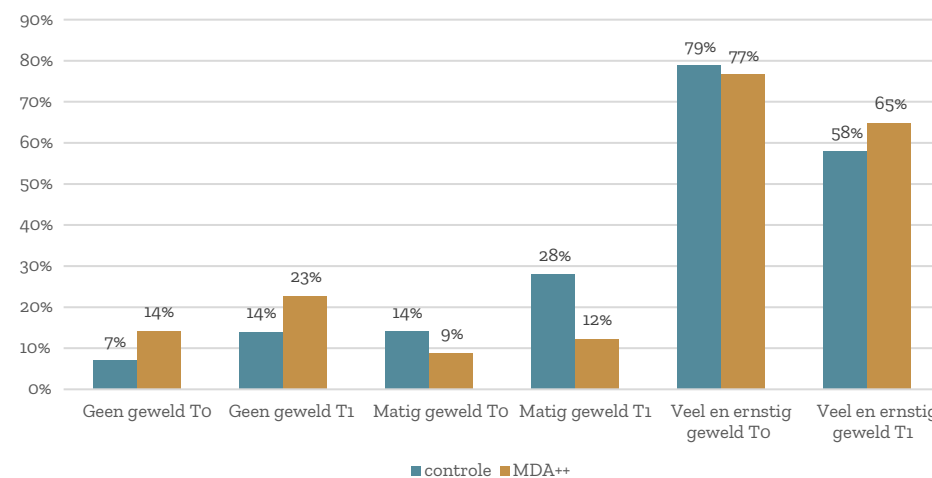
We kunnen concluderen dat partnergeweld en kindermishandeling zowel in de MDA++ groep als in de controlegroep enorm afneemt (zie grafiek 3). Het totale aantal incidenten van geweld op gezinsniveau (partnergeweld en kindermishandeling) neemt significant af voor beide groepen. Als we een onderscheid maken tussen partnergeweld en kindermishandeling dan zien we dat zowel het aantal incidenten partnergeweld als het aantal incidenten kindermishandeling voor beide groepen - MDA++ en controlegroep - significant afneemt.

Grafiek 3 Afname gemiddeld aantal incidenten totaal geweld, partnergeweld en kindermishandeling voor de MDA++ groep en de controlegroep op T0 en T1



In grafiek 4 is te zien dat het aantal gezinnen waar kindermishandeling en partnergeweld daadwerkelijk gestopt is, toeneemt van 14% bij aanmelding naar 23% bij de MDA++ en van 7% naar 14% bij de controlegroep. Bij MDA++ is het aantal gezinnen dat veelvuldig en ernstige kindermishandeling en partnergeweld meemaakt afgenomen van 77% bij de 0-meting naar 65% bij de tweede meting, gemiddeld een jaar na melding. Bij de controlegroep is het aantal gezinnen dat veelvuldig en ernstige kindermishandeling en partnergeweld meemaakt afgenomen van 79% bij de 0-meting naar 58% bij de tweede meting.

Grafiek 4 Percentage gezinnen naar ernst en frequentie van geweld voor MDA++ en controlegroep



We kunnen concluderen dat er sprake is van een significante afname van het aantal incidenten huiselijk geweld bij zowel MDA++ als bij de controlegroep. Dit geldt zowel voor het aantal incidenten kindermishandeling als voor het aantal incidenten partnergeweld. Tegelijkertijd is in twee derde van de gezinnen nog steeds sprake van veel en ernstig geweld een jaar na de start van het MDA++ traject.

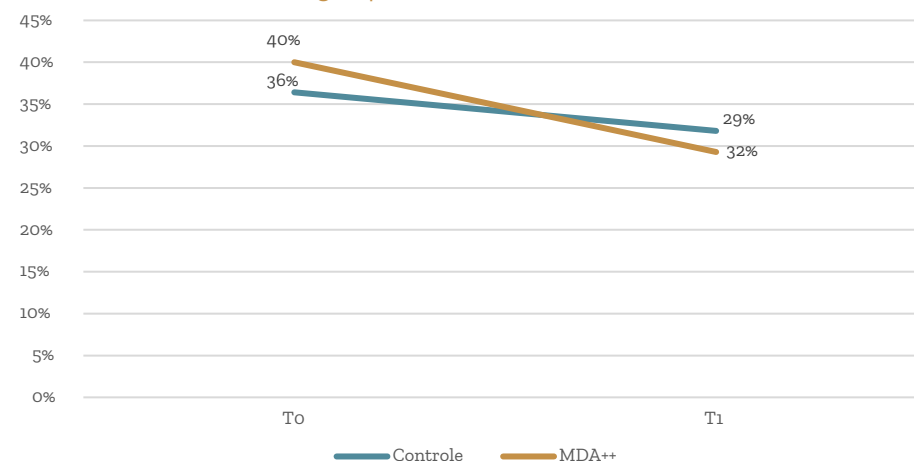
Toename welzijn ouders

Een belangrijke onderzoeksvraag is of er sprake is van een verbetering van het welbevinden en persoonlijk functioneren van de ouders. Hierbij wordt gekeken naar onderliggende factoren zoals armoedeproblematiek en werkloosheid. Daarnaast kijken we naar eigen problematisch alcoholgebruik en dat van de partner, psychische problemen van de ouders, de ouderschapscompetenties en kwaliteit van leven. Uit voorgaande paragrafen blijkt dat er duidelijk sprake is van multi problematiek.

Als we kijken naar de leefomstandigheden van ouders in de MDA++ groep dan zien we dat het percentage ouders dat in armoede leeft hoog is. In de tijd neemt het aantal gezinnen dat onder de armoedegrens leeft significant af van 40% (T0-meting) naar 27% (T2-meting), terwijl er voor de controlegroep geen significante afname is. Dit laat zien dat het een deel van deze gezinnen lukt om met hulp van MDA++ weer voldoende inkomen te genereren.

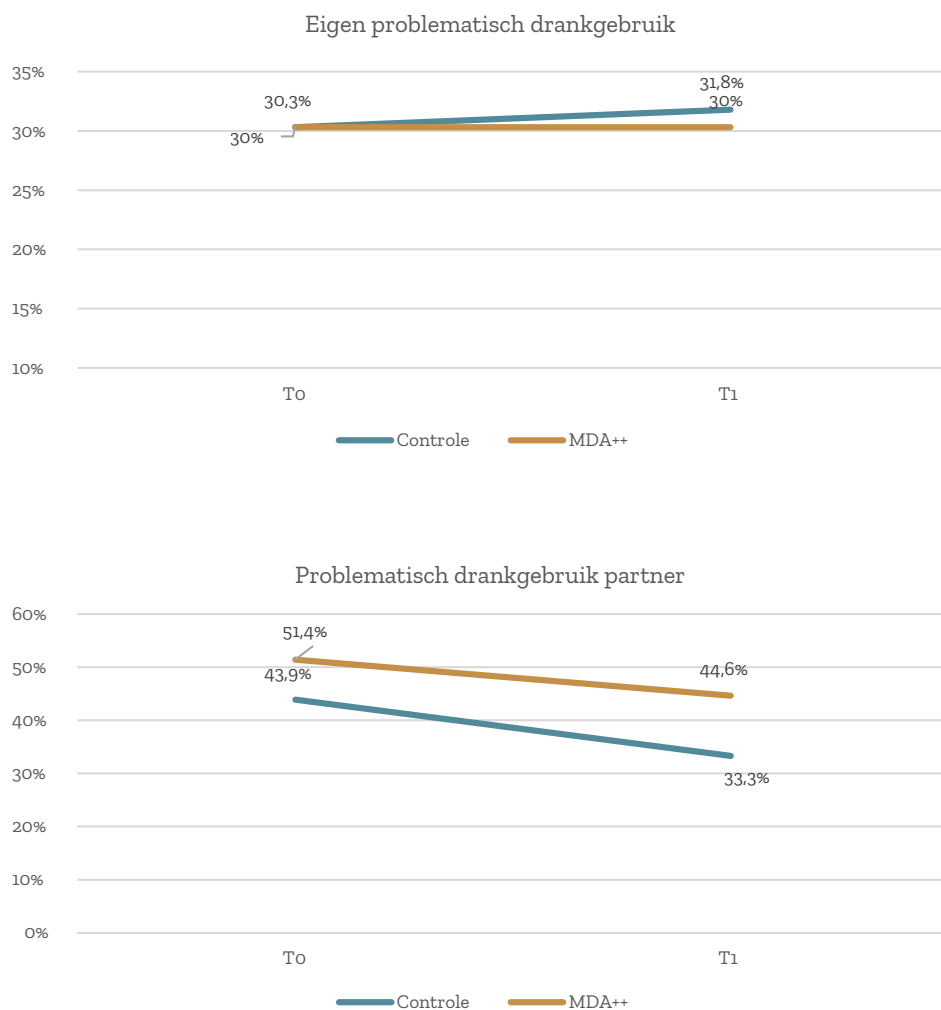
Ditzelfde beeld zien we als we kijken naar werkloosheid bij ouders. Het percentage ouders dat werkloos is, is in beide groepen erg hoog. Voor de MDA++ populatie iets meer dan de helft (54%) bij de 0-meting. Dit neemt significant af tot 45% bij de tweede meting. Voor de controlegroep is bijna de helft (47%) werkloos en dit neemt af naar 44%; die afname is niet significant.

Grafiek 5 Percentage ouders die onder de armoedegrens leeft opgesplitst naar MDA++, controlegroep



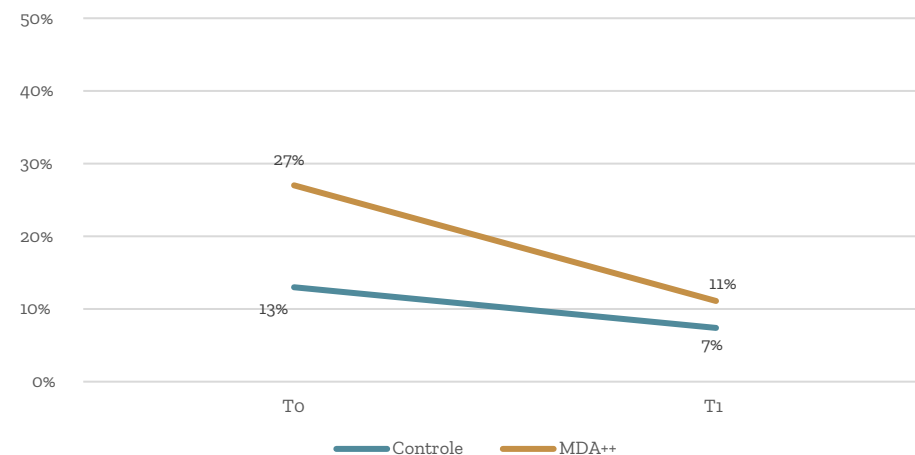
Als we kijken naar het alcoholgebruik (Grafiek 6) dan is het hoge percentage volwassenen dat problematisch alcoholgebruik rapporteert opvallend. Wat betreft het eigen alcoholgebruik zien we geen significante verschillen in zowel de controlegroep als de MDA++-groep. Het problematisch alcoholgebruik van de partner is hoog, namelijk 51% in de MDA++-groep en 44% in de controlegroep. In de controlegroep zien we dat er een significante afname is wat betreft het problematisch alcoholgebruik van de partner, maar bij de MDA++ niet.

Grafiek 6 Afname problematisch eigen drankgebruik en van de partner tussen MDA++ groep en controlegroep



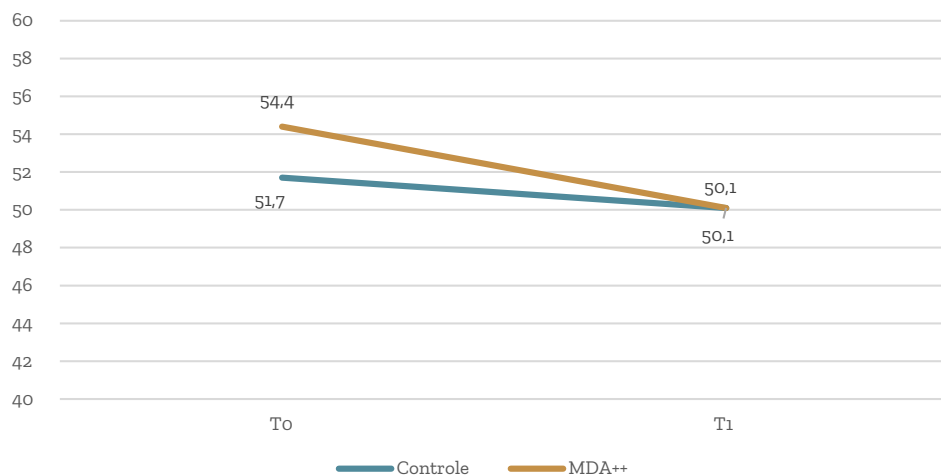
Als we kijken naar het percentage getraumatiseerde ouders dan blijkt bij de MDA++ populatie een hoog percentage volwassenen dat zegt last te hebben van traumaklachten namelijk 27%. We zien in Grafiek 7 bij de MDA++ respondenten een significant afname van traumaklachten van 27% naar 11%. Hoewel er bij de controlegroep ook sprake is van een afname is er geen sprake van een significante afname.

Grafiek 7 Afname trauma's ouders tussen MDA++ groep, controlegroep en cohortstudie



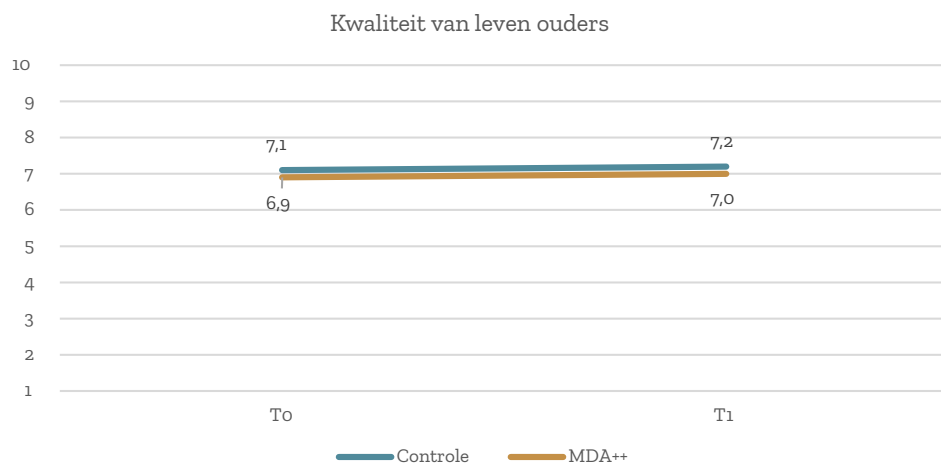
Als we in Grafiek 8 kijken naar de opvoedstress bij de ouders in het MDA++ traject dat zien we een significante afname in opvoedstress bij de MDA++ groep (54,4 -> 50,1). terwijl de opvoedstress in de controlegroep niet significant verschilt tussen de 0-meting en tweede meting.

Grafiek 8 Afname opvoedingsstress ouders tussen MDA++ groep en controlegroep

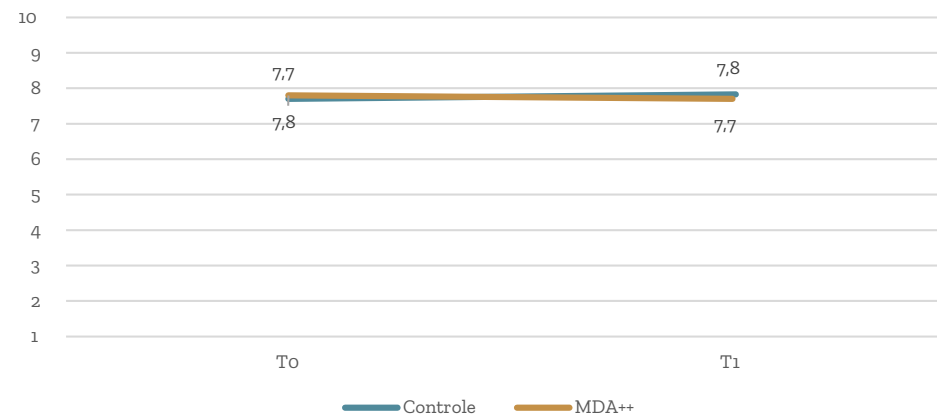


Als het gaat om de ervaren kwaliteit van leven en veiligheidsscore van ouders (zie Grafiek 9) dan zien we dat de kwaliteit van leven van de MDA++ respondenten iets toeneemt, maar dit is geen significante toename. De veiligheidsbeleving neemt iets af, maar zeer marginaal. Ook hier zien we geen significante verschillen.

Grafiek 9 Kwaliteit van leven en veiligheidsscore MDA++ groep en controlegroep



Veiligheidsscore ouders

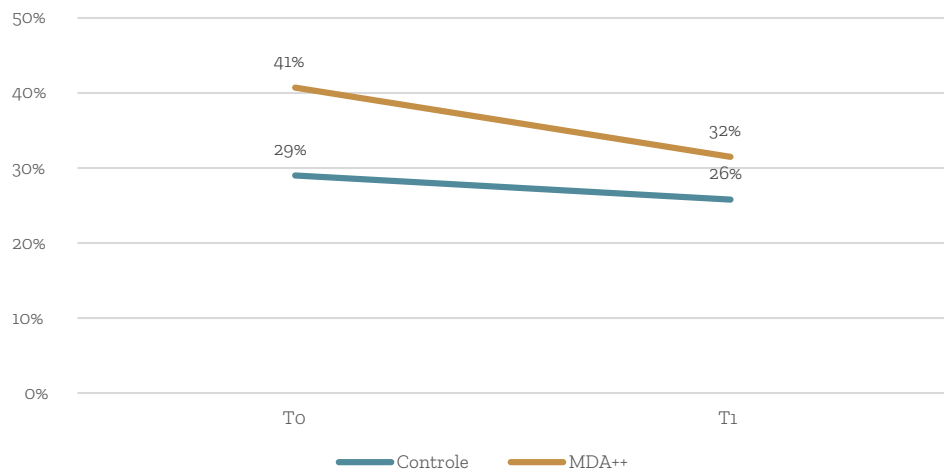


Welzijn van kinderen

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

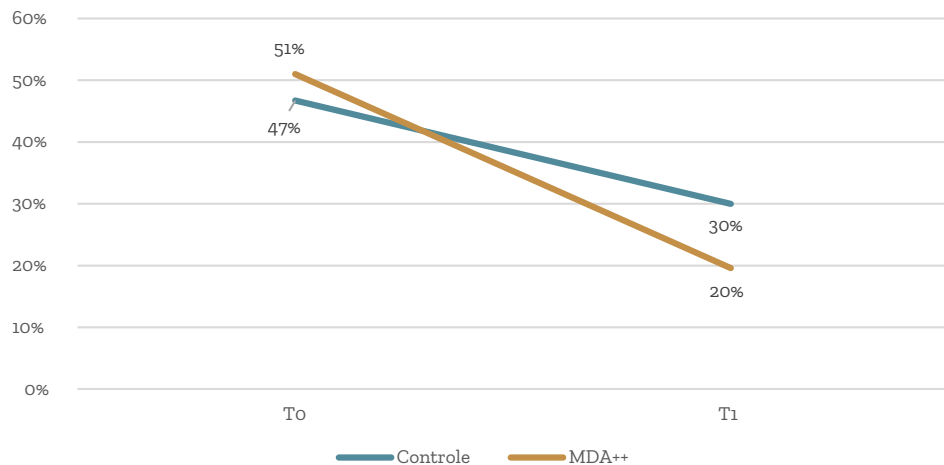
Wat betreft de traumaklachten (Grafiek 10) zien we dat het percentage kinderen in de gezinnen uit de controlegroep al hoog is namelijk, 29%. Voor de kinderen in de gezinnen uit de MDA++-groep ligt dit nog veel hoger namelijk 41%. Bij de MDA++ groep zien we duidelijk een afname van het percentage kinderen dat traumaklachten heeft. In de controlegroep neemt het percentage ook af, maar minder sterk. Toch zijn de verschillen tussen de 0-meting en tweede meting voor allebei de groepen niet-significant.

Grafiek 10 Afname trauma's kinderen tussen MDA++ groep en controlegroep



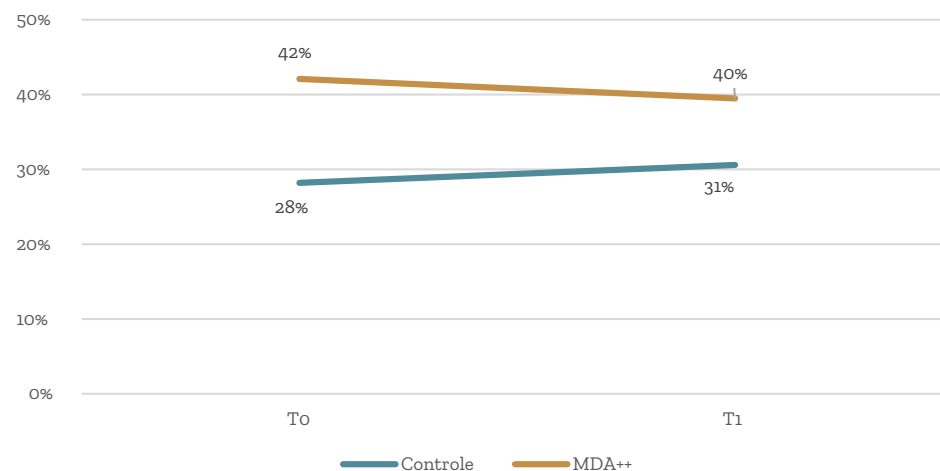
Als we kijken naar de emotionele onveiligheid die kinderen ervaren (Grafiek 11) zien we voor beide groepen een significante afname van kinderen die zich emotioneel onveilig voelen, waarbij de afname in de MDA++ groep groter is dan in de controlegroep. Kinderen voelen zich dus veel vaker weer emotioneel veilig.

Grafiek 11 Afname emotionele onveiligheid kinderen tussen MDA++ groep en controlegroep



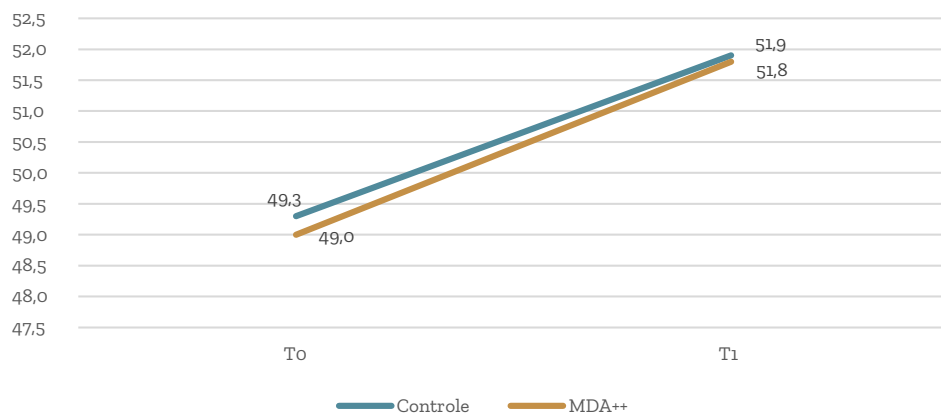
Wat betreft de onveilige hechting van kinderen (Grafiek 12) zien we voor zowel de MDA++ als controlegroep geen significante verschillen tussen de 0-meting en tweede meting, ondanks dat we bij de MDA++ groep een kleine afname zien in het aantal kinderen dat onveilig gehecht is.

Grafiek 12 Onveilige hechting kinderen tussen MDA++ groep en controlegroep



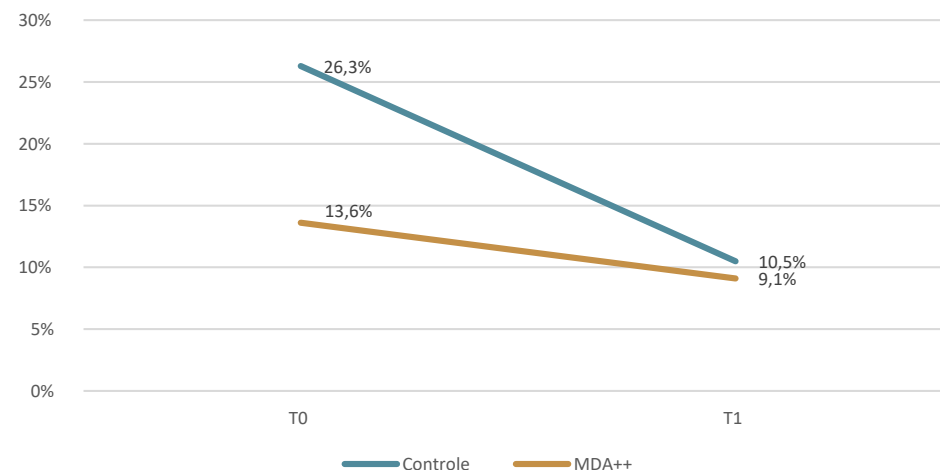
In zowel de MDA++ als de controlegroep neemt de kwaliteit van leven van jongeren iets toe, maar dit is niet significant (zie Grafiek 13). De score in de algehele Nederlandse populatie jongeren (tussen 8- 18 jaar) is 54,1 en daarmee significant hoger dan in beide onderzoeksgroepen op beide meetmomenten.

Grafiek 13 Toename kwaliteit van leven jongeren tussen MDA++ groep en controlegroep



Ten slotte is er nog gevraagd naar welk probleemgedrag de jongeren vertonen, zoals delinquent gedrag, seksueel gedrag, schoolprestaties en middelengebruik. We zien in Grafiek 14 dat de kinderen in de MDA++ aanpak zeer vergelijkend gedrag vertonen met de Nederlandse referentiegroep waar 14% van de jongeren dit gedrag vertonen. Met name in de controle groep zien we veel meer kinderen die zeggen dat er sprake is van delinquent gedrag of middelengebruik (26%). In beide groepen neemt het probleemgedrag af in de tijd, maar ook hier is er geen sprake van significante afname.

Grafiek 14 Probleemgedrag jongeren



3.2.5. Conclusie ten aanzien van de kwantitatieve resultaten

In het onderzoek is de MDA++ populatie vergeleken met een gematchte controlegroep op basis van achtergrond variabelen. In totaal zijn 57 gezinnen of huishoudens die in het MDA++-traject hebben deelgenomen vergeleken met 57 gezinnen die de care as usual hebben ontvangen.

De eerste conclusie is dat er bij de MDA++ populatie duidelijk sprake is van ernstige problematiek, zowel als het gaat om de geweldsproblematiek die er speelt als wat betreft de problematiek van de ouders/volwassenen als bij de kinderen. Waarbij opvalt dat zowel veel meer alcoholproblemen zijn in deze gezinnen als traumaklachten bij zowel ouders en kinderen, wat duidt op chronische stress waar deze gezinnen veelal mee te maken hebben. In de vergelijking met de cohortgroep zijn deze verschillen niet significant. De matching is dus gelukt, we hebben een groep gevonden in de reguliere Veilig Thuis populatie die niet in MDA++ terecht komt, maar wel vergelijkbaar is qua aard en ernst van de problematiek. Dit betekent ook dat we de resultaten van MDA++ dus tegen de controle groep kunnen afzetten om betrouwbare uitspraken te doen over effectiviteit van de MDA++-aanpak.

Tweede conclusie is dat partnergeweld significant afneemt zowel in de MDA++ groep als in de controlegroep. Ondanks de afname van het aantal incidenten in de MDA++groep is er ook nog een behoorlijk grote groep (65%) waar het partnergeweld en kindermishandeling voortduurt.

Een derde conclusie is dat in de MDA++ populatie de traumaklachten en opvoedstress van ouders significant afnemen terwijl dit in de controlegroep niet het geval is. Ook wat betreft de armoede en werkloosheid zien we een significante afname bij de MDA++ groep en niet bij de controlegroep. Met de MDA++ aanpak lijkt het dus beter dan met de regulier aanpak te lukken om de onderliggende problematiek aan te pakken. Als het gaat om het welzijn van kinderen dan zien we in beide groepen een significante daling van het aantal kinderen dat zich emotioneel onveilig voelt. Wat mogelijk verklaard kan worden door de afname van partnergeweld. Wat betreft traumaklachten, probleemgedrag en kwaliteit van leven van kinderen zien we geen verschillen tussen de MDA++ groep en de controlegroep. Daar waar er geen significante verschillen zijn gevonden kan dit mogelijk komen door de kleine groep (N=57) van respondenten die aan beide metingen hebben deelgenomen.

3.3. Casestudies

De casestudies bestaan uit een aantal onderdelen: minimaal drie gesprekken met de cliënten gedurende de looptijd van MDA++, een gesprek met de registrerende professional en een analyse van het dossier.

Het aantal cases per regio is als volgt: Friesland (n=6), Drenthe (n=4), West-Brabant (n=5), Hart van Brabant (n=5) en Rotterdam (n=6). We geven in deze paragraaf weer wat opvalt in deze casuïstiek in relatie ook tot de andere onderdelen van het onderzoek (werkwijzebeschrijvingen en effectmeting). Als er zaken specifiek spelen voor één of enkele van de regio's dan geven we dat aan.

Middels dit onderdeel van het onderzoek trachten we de volgende vragen te beantwoorden:

- 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?

3.3.1. Kenmerken van cliënten binnen MDA++

Hoewel er volgens geïnterviewde professional wordt gewerkt met de criteria zoals beschreven in Bouwsteen 2 van MDA++¹⁰ is de doelgroep MDA++ niet in elke regio gelijk. In de referentieregio's ligt de nadruk op gezinnen met complexe meervoudige problematiek, waar reguliere hulp niet het gewenste resultaat heeft bereikt, terwijl in de pilotregio's tevens gestreefd wordt naar het zijn van een laagdrempelige toegang voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Dat zien we terug in de kenmerken van de doelgroep van de verschillende regio's. Wat vooral opvalt is dat de onder 1 dak centra in Rotterdam en Tilburg een andere doelgroep binnen krijgen dan de andere regio's. Het gaat om cases met extreem veel incidenten, hetgeen past bij intiem terreur. Het lijkt er op dat een laagdrempelige toegang kan helpen juist deze groep gezinnen te bereiken.

¹⁰ https://vng.nl/sites/default/files/2021-05/20200325_bouwstenen_mda_ppt_def.pdf

In alle regio's zien we dat het merendeel van de groep die bereikt wordt met MDA++ bestaat uit gezinnen met kinderen. Aan de effectmetingen hebben 3 huishoudens zonder kinderen deelgenomen. In de casestudies is er één huishouden zonder kinderen geïncludeerd.

3.3.2. Ontvangen hulp voor en tijdens MDA++

Er zijn enkele gezinnen die voorafgaand aan MDA++ weinig hulpverleningsgeschiedenis kennen. Dat zijn de uitzonderingen. Door de complexiteit of acute ernst van de situatie komen de gezinnen bij MDA++ terecht. Voor het merendeel van de gezinnen geldt, overeenkomstig met de inclusiecriteria van MDA++, dat er al vele zorgmeldingen zijn gedaan voorafgaand aan MDA++, dat er hulp is geweest vanuit verschillende hoeken en dat dat weinig effect heeft gehad op het terugdringen van de problematiek, waaronder ook het geweld. De hulp voorafgaand aan MDA++ is heel divers. Vaak gaat het om hulp bij psychische problematiek bij ouders, opvoedingsondersteuning en politiecontacten i.v.m. geweldsincidenten en vrouwenopvang.

Eenmaal in MDA++ is het niet zo dat hulp direct op gang komt, daar gaat veelal enkele maanden overheen. Deels doordat er een gedegen analyse wordt gedaan om een goed beeld te krijgen van wat er speelt op de verschillende leefdomeinen en wat er dan aan hulp nodig zou zijn. Deels gaat er ook tijd voorbij doordat er wachtlijsten zijn bij de hulp die passend lijkt. Het mandaat om clienten voorrang te geven op de betreffende wachtlijsten, lijkt dus in de praktijk nog niet altijd goed geregeld te zijn. Een laatste reden voor het laat op gang komen van hulp is dat ouders eerst nog gemotiveerd moeten worden voor bepaalde vormen van hulp.

Is de hulp eenmaal gestart, dan is dat meestal hulp voor zowel ouders als kinderen.

De ingezette hulp tijdens MDA++ is heel divers. In nagenoeg alle cases is er 'informele hulp' van vrienden en familie. Dit kan bestaan uit een gevoel van steun, altijd ergens terecht kunnen tot hulp bij praktische zaken of het bieden van een time-out plek bij stress of geweldsincidenten. Hoewel gezinnen deze vorm van hulp veel rapporteren, geven professionals aan dat sociale netwerken van gezinnen die in MDA++ terecht komen vaak klein en zeker niet altijd steunend zijn. Zo'n netwerk kan bijvoorbeeld ook een verslaving in stand houden.

Eenmaal in MDA++ krijgt een groot deel van de kinderen individuele psychische hulp vanuit tweedelijns voorzieningen. Ook schoolmaatschappelijk werk, wijkteam, medische zorg, opvoedingsondersteuning gericht op kind en traumabehandeling wordt bij een groot deel van de gezinnen ingezet.

Juridische hulp, medische hulp en financiële hulp wordt door ouders in de MDA++ aanpak veel gerapporteerd. Het wijkteam is bij het merendeel van de gezinnen betrokken, opvoedingsondersteuning gericht op ouders komt vaak voor. Ook psychische hulp voor ouders komt regelmatig voor. Wij hadden als onderzoekers verwacht, ook gegeven de aanwezigheid van verslavingszorg in alle MDA++ teams, dat ouders veel gebruik van verslavingszorg zouden rapporteren. Dat is echter niet het geval als we naar de gerapporteerde hulp op de vragenlijsten kijken. In de casestudies zien we de verslavingszorg wel bij een deel van de gezinnen terug. Wellicht dat in de onderrapportage op de vragenlijsten schaamte en taboe een rol spelen.

Wat verder opvalt aan de ingezette hulp vanuit MDA++ is dat er niet of nauwelijks systeemgerichte interventies worden ingezet. Hiermee bedoelen we interventies gericht op de dynamiek in een gezin of huishouden (bijvoorbeeld relatietherapie, mediation of een gezinsaanpak). Het is ons onbekend of dit soort aanbod in alle regio's voor handen is. Want inkoop door gemeenten speelt daarbij een rol, en die informatie hebben we niet onderzocht. Een andere reden dat deze hulp weinig lijkt te worden ingezet is mogelijk dat de MDA++ professionals hier zelf een rol in vervullen. Het MDA++ team kijkt altijd systeemgericht.

Dat wil niet zeggen dat ze bij ieder overleg met het hele gezin om tafel zitten. Maar wel dat er oog is voor iedereen en wat iedereen nodig heeft om verder te kunnen. Een heel andere verklaring voor de geringe inzet van systeemgerichte interventies is mogelijk dat er casussen zijn (bijvoorbeeld intiem terreur), waarbij samen om tafel absoluut geen passende aanpak is. Dus die casussen drukken de aantallen wellicht.

Over de effecten van de ingezette hulp en wat er dan na MDA++ nog nodig is kunnen we niets zeggen, omdat bijna alle gezinnen nog hulp vanuit MDA++ krijgen en hun traject nog niet is afgerond. Wat zowel gezinnen zelf als professionals rapporteren, en dat sluit aan bij wat we zien in de cijfers, is dat het verloop van het stoppen van geweld grillig verloopt. Er zijn perioden waarin er geen of weinig incidenten zijn, maar er is maar heel weinig nodig om opnieuw in een acute situatie van veelvuldig en ernstig geweld te komen. MDA++ probeert mee te bewegen en dus af te bouwen qua intensiteit als dat kan en weer op te schalen indien nodig. Vaak is dit fragiele evenwicht in gezinnen als het om geweld gaat ook een reden voor MDA++ teams om nog niet los te laten.

3.3.3. Ervaringen van gezinnen

De ervaringen van gezinnen zijn wisselend. De een is positief en ervaart MDA++ als steunbron. Mensen geven voorbeelden als: "Er wordt echt goed naar ons gezin gekeken, vanuit verschillende invalshoeken en dat is prettig". Wat ook gerapporteerd wordt is dat mensen het heel fijn vinden als zoveel professionals zeggen dat ze het goed doen. Ze krijgen daarmee de bevestiging die ze zoeken. Ouders geven regelmatig aan dat er meer rust komt in het gezin. De meervoudige partijdigheid van de MDA++ professionals wordt door cliënten genoemd als een werkzaam element. Echter de professionals die van buiten het team ingezet worden om een deel van de hulp te verlenen werken niet altijd vanuit die meervoudige partijdigheid. Dat valt cliënten direct op en doet iets met hun vertrouwen in en motivatie voor de gekozen vorm van hulp. Samenwerking met een ervaringsdeskundige wordt door een aantal cliënten

als meerwaarde genoemd. Met name het inzicht dat een ervaringsdeskundige heeft in de problematiek, vanuit die eigen ervaring, biedt mensen meer emotionele steun dan ze vanuit professionals ervaren.

Cliënten geven aan dat ze het soms wel en soms niet fijn vinden om bij het MDA++ overleg aanwezig te zijn. Om dezelfde redenen die ook professionals noemen. Alle cliënten geven aan het belangrijk te vinden gehoord, gezien en begrepen te worden en het gevoel te hebben dat ze mee beslissen over passende hulp. Het al dan niet aan tafel zitten bij het MDA++ team lijkt daaraan ondergeschikt te zijn.

De cliënten die kritischer zijn spreken vooral over het lang wachten op hulp. Zij zien MDA++ veelal als een extra schakel in het geheel. Ten aanzien van de contactpersoon of regievoerder (deze termen hebben een verschillende betekenis in de verschillende regio's) geven cliënten aan het fijn te vinden als ze een vast aanspreekpunt hebben en als diegene zegt wat hij/zij doet en doet wat hij/zij zegt.

Wisselingen van contactpersoon of regievoerder gaan vaak gepaard met strubelingen en sommige gezinnen haken ook af hierop. Een andere frustratie van een aantal cliënten, was dat het ook met MDA++ maar moeilijk lukte de partner (vaak waren dat de mannelijke daders) te betrekken in de hulpverlening. Ze hadden daar meer van verwacht. Uit de data blijkt dat daarin zeker ruimte is voor verbetering, maar dat er al veel meer partners betrokken zijn bij de reguliere hulp vanuit Veilig Thuis.

Het geheel overziend kunnen we stellen dat men overwegend positief is over MDA++ en dat er in de praktische uitvoering nog verbetering mogelijk is. In paragraaf 3.3.4 gaan we verder in op de knel- en verbeterpunten.

3.3.4. Wordt gewerkt zoals beschreven? Knel- en verbeterpunten

Een belangrijke bron om de knel- en verbeterpunten in beeld te krijgen zijn naast de gesprekken met gezinnen en professionals ook de dossiers. Wat direct opvalt is dat de informatie uit de dossiers wisselend is qua kwaliteit en inhoud en dat de verschillen in registreren tussen de regio's groot is. Wil je dossiers gebruiken in bijvoorbeeld een meet-, spreek- en verbeterbeweging, dan vergt dat tijd en helpt het om informatie te coderen. Een aantal zaken komen in elke regio duidelijk terug in de dossiers en is dus goed bruikbaar voor de regio's, namelijk: wie de verwijzer is of aanmelding bij MDA++ heeft gedaan, wat er speelt in en rond een gezin en welke risicofactoren er zijn op de verschillende leefgebieden. Dit sluit aan bij wat we weten uit de werkwijzebeschrijvingen, er is duidelijk sprake van een uitgebreide analysefase. Kennis over de doelgroep van MDA++ is daarmee ruimschoots voorhanden en verschuivingen daarin kunnen goed zichtbaar gemaakt worden.

Qua planvorming en opvolging van doelen wordt er maar weinig vastgelegd. Van gezinnen en professionals horen we dat ook terug. Vaak zijn er wel veiligheidsafspraken en die helpen gezinnen ook echt. Maar een integraal plan per gezin waarin staat hoe er toegewerkt wordt naar duurzame veiligheid zijn we niet tegen gekomen in onze analyse. Gezinnen hebben het idee dat hun mening ertoe doet als het gaat om besluitvorming omtrent de in te zetten hulp.

Rotterdam springt er in positieve zin uit als het gaat om het vastleggen van contact met cliënten. Dat wordt zorgvuldig gedocumenteerd. In andere regio's lijkt dit meer medewerker-afhankelijk.

Om gezinnen goed mee te nemen, transparant te zijn in verwachtingen over en weer en ervoor te zorgen dat bij personele wisselingen het plan dat met gezinnen is gemaakt soepel doorgang kan vinden, adviseren we regio's hetgeen besproken en afgesproken is zorgvuldig te documenteren.

Informatiedeling tussen professionals en tussen professionals en cliënten is in de meeste regio's nog niet optimaal. Als er veiligheidsafspraken zijn gemaakt, dan lijkt dit alleen in Friesland en Drenthe met het cliëntsysteem te worden gedeeld. In de andere regio's is dat niet standaard het geval. Om eigen regie te voelen bij een plan van aanpak richting duurzame veiligheid is op zijn minst inzicht en liefst ook inspraak hebben in de te zetten stappen en het kennen van de gevolgen van het al dan niet voldoen daaraan essentieel. Onze aanbeveling is dan ook om te werken met doelen, deze met cliënten samen op te stellen wanneer mogelijke en ze in elke geval met hen te delen en bespreken.

De toestemming voor informatiedeling tussen partners die hulp verlenen in het gezin wordt niet uniform geregistreerd en cliënten trekken die toestemming soms ook opeens in. Dat vraagt van professionals om hier voortdurend scherp op te blijven. Professionals in het MDA++ team weten over het algemeen goed wanneer ze wel of niet de juridische grondslag hebben om informatie te mogen delen. Bij professionals buiten het MDA++ team is dat minder het geval en dat werkt soms ook belemmerend in de samenwerking rond een gezin. Hierin is winst te behalen.

De dossieranalyse is een aanvulling op de interviews en het vragenlijstonderzoek dat we hebben uitgevoerd. Wat we al wisten uit de interviews, maar ook bevestigd zien in de dossiers is dat er relatief veel tijd zit tussen aanmelding en start MDA++ en vervolgens start hulp. Twee, drie maanden is geen uitzondering. Uit de interviews met gezinnen en professionals weten we dat dit soms te maken heeft met wachttijden bij bepaalde vormen van hulp. We zien in de dossiers terug dat er in die tijd tussen met name start bij MDA++ en start hulp tijd wordt genomen voor een gedegen probleemanalyse, waarbij ook steeds meer aandacht uitgaat naar een goede analyse van het sociaal netwerk van cliënten. Het netwerk van kinderen uit de gezinnen blijft hierbij onderbelicht en is zeker nog een punt van aandacht. Belangrijk is verder om ons te blijven realiseren dat het hier over gezinnen gaat waarbij sprake is van meervoudige complexe problematiek en geweld. Het is daarbij zoeken naar een balans tussen snel handelen en gedegen analyseren van alle informatie die voorhanden is.

Uit de dossieranalyse blijkt dat de ingezette hulp vanuit MDA++ heel divers is. We zien echter weinig gezinsgericht aanbod. De hulp is toch vaak of voor moeder of voor vader of voor kinderen en niet gericht op gezinsinteractie, systeemdynamiek of partnerrelatiedynamiek. Mogelijk heeft dit te maken met wat er wel en niet is ingekocht door gemeenten. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat casusregisseurs vooral zelf dat soort hulp bieden. Daarnaast zijn er ook een flink aantal casussen waarvoor een systeemgerichte aanpak zich niet leent, bijvoorbeeld de Intiem terreur casussen. Intiem terreur is een ernstige vorm van partnergeweld die gekenmerkt wordt door een patroon van controle en dwang. Je wil partners (en eventueel kinderen) dan juist apart van elkaar spreken¹¹.

Er worden binnen MDA++ besluiten genomen die een grote impact (kunnen) hebben op de levens van mensen. Het gaat over de inzet van bepaalde hulpvormen, maar soms ook over wie er wel en niet bij elkaar kunnen blijven wonen en onder welke voorwaarden. Uit de interviews blijkt dat cliënten zich gehoord en gezien voelen en dat hun ideeën ook meewegen in de besluitvorming. Hoe er tot besluitvorming wordt gekomen en wat er alternatief is overwogen of besproken komt echter niet terug in de dossiers. Dit is samen met het vastleggen van plannen een belangrijk verbeterpunt.

Uit de dossieranalyse komt verder naar voren dat het aantal zorgmeldingen per case sterk afneemt na start van MDA++. Dat is een mooi resultaat. Het aantal zorgmeldingen dat geregistreerd is voordat MDA++ start loopt sterk uiteen tussen de regio's. In de noordelijke regio's gaat het om gemiddeld 6 zorgmeldingen; in de zuidelijke regio's gemiddeld 2. De afname van het aantal meldingen is daardoor in de noordelijke regio's duidelijker zichtbaar.

Het aantal zorgmeldingen voorafgaand aan en na start van MDA++, samen met informatie over en risicofactoren die spelen bij de doelgroep en informatie over de doelrealisatie vormen waardevolle input voor de meet-, spreek en verbetercyclus van het MDA++ team. Tevens kan deze informatie benut worden om bestuurders en beleidsmakers inzicht te geven in wat er met MDA++ bereikt wordt. Meer uniformiteit in registratie helpt tenslotte om het leren tussen regio's te bevorderen en om meer massa te genereren om sneller betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid en effectiviteit van MDA++ als geheel.

3.3.5. Meerwaarde MDA++ volgens cliënten en professionals

Zowel de geïnterviewde professionals als gezinnen vinden het lastig om te benoemen wat nu echt de meerwaarde is van MDA++. Wel wordt die meerwaarde in elke regio duidelijk ervaren. MDA++ vult een lacune op in het aanbod, voor een zeer complexe doelgroep. En hoewel er zeker verbeterpunten zijn in het inrichten van de aanpak, ervaren cliënten ook nu al dat het geweld afneemt, dat er meer rust komt in hun gezin en dat ze weer vertrouwen krijgen in zichzelf als ouder bijvoorbeeld.

Uit de data blijkt ook dat de veiligheid verbetert. Tegelijkertijd duurt het geweld bij ongeveer twee derde van de gezinnen voort. Uit de casestudies maken we op dat veiligheid vooral verbetert als er een gezinslid (vaak de pleger) uit huis gaat. Naarmate het onderzoek verder vorderde en behandeling in meer gezinnen op gang kwam, zagen we dat het, weliswaar met ups-and-downs, steeds beter lukt om het geweld te doen afnemen, ook als alle gezinsleden in hetzelfde huis bleven wonen. Wat alle respondenten in dit onderzoek waarderen is dat er ook de moeite wordt genomen om de pleger bij de behandeling te betrekken. Het betrekken van de pleger lukt ondanks de genomen moeite van professionals niet altijd. Mogelijk heeft dit te maken met de lage motivatie van plegers om mee te doen aan behandeling.

11 <https://www.sterkhuis.nl/wp-content/uploads/2022/01/Factsheet-intieme-terreur.pdf>

Daarmee blijft het betrekken van de pleger dus ook een uitdaging. Met name in Rotterdam zien we dat het steeds beter lukt de pleger te betrekken en dat lijkt een positief effect te hebben op het behandelresultaat. Door cliënten wordt de meervoudige partijdigheid genoemd als helpend, maar mogelijk spelen meer factoren hierbij een rol. Vanuit dit onderzoek is daar onvoldoende zicht op.

Zoals al een aantal keren genoemd in dit rapport worden er wel veiligheidsafspraken gemaakt, maar niet altijd samen met gezinnen en ze worden ook niet altijd gemonitord. Gedurende de looptijd van het onderzoek heeft hierin wel een verbetering plaatsgevonden. Gezinnen hebben steeds meer het beeld dat ze gehoord en gezien worden en samen met professionals tot besluitvorming komen. Het monitoren van de voortgang en resultaten van ingezette hulp is nog voor verbetering vatbaar.

Wellicht helpt dat ook om tot betere planvorming te komen als het gaat om het integraal toewerken naar duurzame veiligheid.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1. Resultaten op een rij

De resultaten van de drie onderzoeksdelen overziend kunnen we concluderen dat MDA++ over het algemeen als positief wordt beschouwd. Het welzijn van ouders en kinderen verbetert, het geweld neemt af en een aantal risicofactoren – te weten armoede, werkloosheid, traumaklachten en opvoedstress- zijn duidelijk verminderd. Cliënten geven in de interviews aan dat de inzet van MDA++ een duidelijke meerwaarde heeft. Professionals geven aan dat MDA++ een lacune in het aanbod opvult. Gezinnen met hele complexe meervoudige problematiek waaronder geweld, kunnen nu beter geholpen worden.

Uit dit onderzoek blijkt dat het welzijn van ouders en kinderen sterker verbeterd dan in de controlegroep en dat een aantal risicofactoren zoals armoede en werkloosheid van ouders verminderd zijn. Ook blijkt dat traumaklachten van ouders en de opvoedstress significant sterker afneemt dan in de controlegroep. Als het gaat om het welzijn van kinderen dan zien we in beide groepen een significante daling van het aantal kinderen dat zich emotioneel onveilig voelt. Wat mogelijk verklaard kan worden door de afname van partnergeweld. Wat betreft traumaklachten, probleemgedrag en kwaliteit van leven van jongeren zien we geen significante verschillen tussen de MDA++ groep ten opzichte van de controlegroep. Dit kan verklaard worden doordat de onderzoeksgroep klein is. Met een grotere groep zouden deze verschillen wel significant kunnen worden.

Tegelijkertijd met de genoemde effecten van MDA++ zien we ook hoe lastig het is het geweld duurzaam te stoppen. Ondanks dat er sprake is van significante afname van het aantal incidenten partnergeweld en kindermishandeling zien we deze afname ook in de controlegroep. Daarnaast is er een grote groep van gezinnen waar bij de tweede meting nog steeds sprake is van veelvuldig of ernstig vormen van huiselijk geweld.

Daarnaast zijn er ook duidelijk verbeterpunten aan te wijzen in met name de uitvoering van de MDA++ aanpakken en de registratie de voortgang.

4.2. Beperkingen onderzoek

MDA++ is een tijdsintensieve en daarmee dure interventie die zijn meerwaarde moet laten zien bij een doelgroep waarop anderen vastlopen. Dat is niet makkelijk en vraagt veel van individuele professionals, van de samenwerking tussen professionals en cliënten en tussen organisaties.

We hebben met dit onderzoek de meerwaarde van MDA++ op die verschillende niveaus (cliënten, professionals en organisaties) zoveel mogelijk proberen inzichtelijk te maken, te duiden en te meten. Om de resultaten goed te kunnen duiden en conclusies en aanbevelingen goed te snappen is het belangrijk ook kennis te hebben van de beperkingen van het onderzoek. Deze volgen hieronder:

1. De instroom in MDA++ en daarmee ook inclusie ten behoeve van het onderzoek bleef heel lang achter. Deels kwam dit door Covid-19 en de bijbehorende maatregelen. Deels ook door de toeleidingsprocedures waarin allerlei hobbels en onduidelijkheden zaten. Er zijn verbeteringen doorgevoerd in de toeleiding tot MDA++ en de inclusie in het onderzoek. Echter hebben we de opgelopen achterstand, ondanks extra inspanningen, niet

meer kunnen inhalen in de beschikbare tijd voor dit onderzoek. De N is daardoor te laag om per regio uitspraken te kunnen doen.

2. Veel van de gezinnen in het onderzoek, hebben we doordat ze later instroomden niet meer na 1 jaar kunnen bevragen. We hebben ervoor gekozen een extra meetmoment na 6 maanden in te voegen om toch iets te kunnen zeggen over de voorgang die deze gezinnen doormaken. Dit zijn echter nog geen eindresultaten van de behandeling. Daarmee zijn de effecten zoals gepresenteerd naar alle waarschijnlijkheid een onderschatting. Om dat zeker te weten zou je deze gezinnen langer moeten volgen.
3. Om de instroom zo groot mogelijk te maken hebben we mensen de keuze gegeven om mee te doen aan vragenlijstonderzoek en/of interviews. Doordat niet iedereen beide zaken zag zitten konden we de koppeling tussen deelonderzoeken A,B en C niet op casusniveau maken. Op hoofdlijnen hebben we dat wel proberen te doen.

4.3. Meerwaarde sneller zichtbaar maken

Gegeven de beschreven beperkingen zijn de resultaten uit dit onderzoek dus eigenlijk voorlopige resultaten en in dat licht bezien zou onze belangrijkste aanbeveling zijn om de gezinnen en ook de MDA++ aanpakken te blijven monitoren. MDA++ is nog volop in ontwikkeling, er zijn goede stappen gezet, er is veel geleerd en het lijkt erop dat gezinnen steeds beter geholpen worden.

Geweld in gezinnen of huishoudens duurzaam stoppen blijkt lastig, dat zien we ook bij andere interventies. MDA++ slaagt er echter wel in om bij een hele complexe doelgroep voor gezinnen merkbare verbetering te realiseren, het aantal risicofactoren te doen afnemen en het veiligheidsgevoel van kinderen te verbeteren.

Vanuit dit onderzoek gaan de aanbevelingen vooral over wat er voor nodig is om MDA++ goed in te richten. De meerwaarde van MDA++ kan immers pas goed in kaart gebracht worden op het moment dat MDA++ goed is ingericht.

De effectmeting uit dit onderzoek, die is uitgevoerd terwijl de aanpakken nog volop in ontwikkeling waren, laat zien dat de resultaten die bereikt kunnen worden veelbelovend zijn.

Wat ons inziens op korte termijn beter zou moeten is het monitoren en rapporteren over de MDA++ cases. Heel concreet helpt het als er meer uniformiteit komt qua registratie. De aantallen in MDA++ zijn over het algemeen klein en daarmee duurt het dan heel lang voor er betrouwbaar effectonderzoek gedaan kan worden. Door meer uniform te registreren creëer je massa en kunnen effecten sneller inzichtelijk worden gemaakt. Daarnaast laten we met dit onderzoek zien dat casestudies heel waardevolle informatie opleveren. Als in de dossiers de doelen en de voortgang op die doelen beter geregistreerd worden, help je gezinnen en kun je op die manier ook de terugkoppeling naar bestuurders en beleidsmakers verbeteren door op casusniveau te laten zien wat je bereikt.

Een aanbeveling die hierbij aansluit is dat gezinnen in een dergelijke aanpak altijd langer dan 1 jaar gevolgd zouden moeten worden. De behandeling duurt immers ook langer. Dat betekent dus ook dat langer lopend onderzoek nodig is om de uiteindelijk effecten te kunnen meten.

4.4. Bouwstenen in de aanpak MDA++

Er zijn bouwstenen geformuleerd ten aanzien van de aanpak MDA++ die gericht zijn op de organisatorische kant van deze multidisciplinaire werkwijze¹². Gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek is ons advies daar een aantal inhoudelijke bouwstenen aan toe te voegen.

12 https://vng.nl/sites/default/files/2021-05/20200325_bouwstenen_mda_ppt_def.pdf

- *Netwerk in plaats van ketensamenwerking:* Een duidelijke meerwaarde van de MDA++ aanpak is dat er daadwerkelijk gewerkt wordt vanuit een netwerk rondom het gezin, in plaats van een ketensamenwerking waarin het gezin door een keten heen moet en veelal in de overdracht van de ene hulpverlener naar de andere instelling veel misgaat. Uit de cohortstudie 'een kwestie van lange adem' bleek dat veel gezinnen verdwijnen in deze keten en geen hulp meer aangeboden krijgen. De gezinnen binnen de MDA++ groep blijven wel in beeld van de hulpverleners doordat de verschillende instellingen in een gezamenlijk overleg de casus blijven bespreken en volgen. Binnen Filomena zijn de verschillende specialisaties onder één dak gebundeld om de gezinnen en relaties te ondersteunen en te begeleiden en duurzame veiligheid te verbeteren. Binnen de andere MDA++ aanpakken wordt deze netwerksamenwerking gerealiseerd door een virtuele voordeur te vormen in een gezamenlijk overleg.
- *Gericht op het hele systeem:* Veel aandacht en energie wordt er besteed om beide ouders/partners te motiveren om bij de gesprekken en de aanpak betrokken te zijn. Het hele systeem wordt in principe altijd betrokken bij de aanpak, tenzij er een reden is om dit niet te doen bijvoorbeeld als er sprake is van intiem terreur. Dit vraagt veel van professionals en het lukt ook zeker niet altijd. Als het wel lukt heeft dat een heel positief effect. Dus het loont zeker de moeite om waar mogelijk systeemgericht te blijven werken.
- *Probleemdefinitie vertragen:* De tijd nemen om een goede verklarende analyse te maken van wat het probleem is. Binnen de MDA++ aanpak is het beleid om eerst goed met elkaar te analyseren wat de problemen zijn die in het gezin spelen en hoe die onderling met elkaar samenhangen. Dit om te voorkomen dat gelijk gestart wordt met een probleem en daarna de andere problemen uit het zicht verdwijnen of de oorzaak van het probleem niet meegenomen wordt in de hulp en ondersteuning die het gezin ontvangt. Hulpverleners hebben de neiging om snel in te grijpen in een gezin en de acute problemen op te lossen, waardoor weinig tijd wordt besteed aan

een analyse van de onderliggende problematiek (Steketee e.a., 2020). Maar ook kan er sprake zijn van handelingsverlegenheid, wanneer achterliggende problematiek niet duidelijk zichtbaar en niet gediagnostiseerd is. De ervaring met multiproblematiek in de werkwijze van MDA++ laat zien dat zorgvuldige screening op basis van de mogelijke risico- en beschermende factoren in het gezin een noodzakelijk eerste stap is. Dat is een proces dat niet in één casusbespreking geregeld kan worden, maar meerdere bijeenkomsten en gesprekken met de gezinsleden betreft.

- *Inzet passende expertise op het juiste moment:* Een goede verklarende analyse maakt het mogelijk om de juiste hulp voor het probleem in te zetten. Een belangrijke bouwsteen is dat betrokken hulpverleners op het juiste moment ingezet worden vanuit de verschillende instellingen als zij daadwerkelijk samenwerken als een netwerk rondom het gezin. In een gezamenlijk multidisciplinair overleg met alle betrokken hulpverleners wordt voortdurend naar een hulpverleningscontext gestreefd waarin vanuit een gezamenlijke visie de deelbehandelingen vormgegeven en op elkaar afgestemd worden. Waar passend wordt er gezamenlijk behandeld. Dat betekent dat de betrokken hulpverleners vanuit de verschillende disciplines en sociaal domein regelmatig met elkaar om tafel zitten gedurende het gehele behandeltraject. Dit om de hulp aan ouders en kind(eren) goed op elkaar af te stemmen, om regelmatig af te stemmen over de voortgang van de behandeling en ondersteuning, en te toetsen of de professionals uit de verschillende domeinen nog steeds hetzelfde beeld hebben van wat er nodig is. Door regelmatig met elkaar aan tafel te zitten kan er overeenstemming zijn over de inhoud, kan er afstemming zijn van het tempo van de behandeling en hebben behandelaren een gevoel van controle in complexe problematiek.
- *Duidelijk aanspreekpunt voor gezin:* Nadeel van een netwerkbenadering is dat er meerdere hulpverleners betrokken zijn. Voor de leden van het gezin is het belangrijk dat er één aanspreekpunt is en dat de netwerksamenwerking

gecoördineerd wordt door een voor het gezin bekend persoon. Deze persoon houdt overzicht en procesregie over de ondersteuning en behandeling van het gezin. Hoewel gezinnen het belang vaak inzien van de betrokkenheid van een netwerk aan partners, is het voor hen van belang dat er een vast, vertrouwd aanspreekpunt is. Dit aanspreekpunt kan dan namens de netwerksamenwerking spreken en 'één verhaal' vertellen. Zo wordt voorkomen dat het gezin tegenstrijdige of verwarrende signalen krijgt, of meermaals dezelfde vragen krijgt.

- *Mandaat, duidelijk over wie neemt de beslissingen:* Duidelijkheid over wie de opdrachtgever is van het netwerk, zodat bij niet functioneren of problemen in de praktijk opgeschaald of dat er ook tijdig afgeschaald kan worden. Dit is een stuk inrichting of misschien zelfs wel een randvoorwaarde om de inhoud die nodig is ook echt te kunnen bieden. Vandaar dat deze in dit rijtje toch niet mocht ontbreken.
- *Zo lang betrokken als nodig is:* De uitkomsten van het onderzoek zijn enerzijds positief, er is sprake van een afname van het geweld. De uitkomsten van dit onderzoek laten net zoals de uitkomsten van het onderzoek 'een kwestie van lange adem' ook zien hoe hardnekkig de kindermishandeling en het partnergeweld zijn. Deze MDA++ studie laat zien dat partnergeweld en kindermishandeling geen geïsoleerde, eenmalige gebeurtenissen zijn, maar dat het veelal lang voortduurt. Geweld in gezinnen is moeilijk aan te pakken en verdwijnt niet vanzelf. Bij de aanpak van partnergeweld en kindermishandeling is het daarom van belang het langdurige karakter van de problematiek en het hoge risico op revictimisatie te onderkennen. De uitkomsten van dit onderzoek onderstrepen de noodzaak dat, gezien de complexiteit en stapeling van problemen in de gezinnen die terecht komen in de MDA++, er langdurige begeleiding nodig is voor deze gezinnen waarbij alle gezinsleden betrokken worden.

- *Meer uniforme registratie:* Meer uniforme registratie is helpend voor professionals en cliënten maar ook helpend in het aantonen van effecten en terugkoppeling verzorgen over MDA++ aan bestuurders en beleidsmakers. Het is hierbij met name van belang dat de afspraken en doelstellingen die gemaakt zijn met een gezin in een gezamenlijk plan terecht komen waarin ook de vorderingen vermeld worden.

4.5. Toekomstscenario's en MDA++

De toekomstscenario's kind- en gezinsbescherming zijn in ontwikkeling en regio's en gemeenten zijn druk aan het nadenken hoe ze het sociaal domein en specifiek rond kind- en gezinsbescherming willen vormgeven. Aanleiding voor het starten van een proeftuin toekomstscenario's kind- en gezinsbescherming is dat er knelpunten in de jeugdbescherming zijn die een radicale omwenteling in de bescherming van kinderen en kwetsbare volwassenen noodzakelijk maken. Door teveel schakels in de keten duurt het te lang voordat een huishouden daadwerkelijk hulp ontvangt.

Bovendien leidt de inzet van al die hulp zeker niet altijd tot duurzame veiligheid, onder andere omdat de onderliggende problematiek van gezinsleden geen of onvoldoende aandacht krijgt. Het toekomstscenario gaat uit van de leidende principes: gezinsgericht, eenvoudig, rechtsbeschermend en transparant, en gericht op voortdurend leren en zichtbaar verbeteren.

Met name de verhouding tussen de zogenaamde regionale veiligheidsteams en MDA++ teams zijn onderwerp van gesprek binnen de regio's waarin we onderzoek hebben gedaan. We zien grofweg twee varianten ontstaan. In de ene variant vormt het MDA++ team de basis van het expertiseteam en wordt de jeugdbescherming hieraan toegevoegd. In de andere variant werkt het regionale veiligheidsteam aan veiligheid en bescherming van kinderen, maar kan er doorverwezen worden naar MDA++ voor de meest complexe cases, waarbij een doorbraak gerealiseerd moet worden.

Vanuit de resultaten van dit onderzoek hebben we niet een duidelijke voorkeur voor de ene of de andere variant. Onze aanbeveling zou zijn om aan te sluiten bij en voort te bouwen op hetgeen er al is opgebouwd aan kennis, ervaring en geleerde lessen binnen MDA++ en niet helemaal opnieuw te beginnen.

Bijlage 1 uitgebreide methodebeschrijving

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. Daarna wordt beschreven welke wijzigingen met welk doel zijn doorgevoerd in de onderzoeks aanpak.

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/outreaching 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 vervolgesprek 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 bij MDA++. 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 'live' 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, Lünemann & Lünemann, 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 verplichtte me tot seks zonder condoom' en 'Ik verplichtte 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 disciplineren, psychische agressie, fysiek geweld (inclusief vragen over disciplineren of lichamelijke straffen) en verwaarlozing gebruikt. Bij de kindversie worden de subschalen niet-gewelddadige disciplineren, psychische agressie, fysiek geweld (inclusief vragen over disciplineren of lichamelijke straffen) en getuige van geweld tussen ouders gebruikt. Vier items gaan over niet-gewelddadige disciplineren (bv. 'uitgelegd waarom iets verkeerd/fout was'); vijf items over psychische agressie (bv. 'tegen hem/haar geschreeuwd, gegild of gekrijsd'); 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 kindermishandelingincidenten. 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, Lünemann, & Stekete, 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 (Stekete, 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 opwindings; 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 Assessment 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 wordt vastgesteld. De betrouwbaarheidscoëfficiënt 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-Winkelmann, 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 huidige 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 gehechtheidstheorie 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-asociatief 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) 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 teveel 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 (gewelddelicten en vermogensdelicten), seksueel gedrag, schoolprestaties (spijbelen en blijven zitten) en middelen gebruik (alcohol, softdrugs en hard-drugs). Hier is gebruik gemaakt van 11 probleemgedragingen gedefinieerd in de ISRD, zoals spijbelen, 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 leeftijdjaar een norm wordt gesteld. Ook hier wordt per leeftijdjaar 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) en relatie met vrienden (vier item) en 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 heeft er dossieronderzoek plaats gevonden.

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 is de methodiek overgenomen van de Onderzoeksgroep van Fier/MDA++ Friesland, welke is opgesteld in het kader van het onderzoek Samenwerken aan veiligheid (ZON-MW project). Met behulp van de dossierstudie is in beeld gebracht welke hulp het cliëntsysteem

daadwerkelijk heeft ontvangen, welke doelen zijn gesteld en welke gerealiseerd zijn? Geanalyseerd is welke procesindicatoren een rol spelen (wie werken samen, wanneer is er overleg, met welke frequentie etc). de gegevens uit 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. Een aantal van de gezinnen uit het casusonderzoek wenste niet mee te werken aan het invullen van de vragenlijsten. Hetzelfde geldt voor inzage in het dossier. Daar waar dat niet gelukt is baseren we ons noodgedwongen tot de informatie uit de interviews. Dit kan in enkele cases leiden tot een beperkt inzicht doordat er perspectieven ontbreken.

Wijzigingen in oorspronkelijke aanpak

- *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.

- *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 dichterbij 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 betrokkenen. De resultaten van de op deze wijze uitgevoerde casusonderzoeken zijn te lezen in paragraaf 3.3 van dit rapport.

- *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.

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 dat digitale afspraken makkelijker worden afgezegd. Vervolgens is het lastig mensen opnieuw te bereiken en tot een nieuwe afspraak te komen. Hierdoor zat er dan soms ook meer tijd tussen de afspraken dan we zouden willen.

Bijlage 2 Werkwijze- beschrijving per regio

Friesland: MDA++

Achtergrond MDA++

MDA++ Friesland is ontstaan uit het MDC-K Friesland. Het MDCK-Friesland werd in 2011 opgericht om een multidisciplinaire aanpak bij kindermishandeling te bieden. In 2018 is het MDC-K omgevormd naar MDA++, waarmee ook geweld tussen volwassenen onderdeel is geworden van de aanpak. MDA++ Friesland werkt niet onder één dak, maar komt elke dinsdag en vrijdag samen. Daarnaast zijn er van elk van de andere organisaties voor beide vergaderdagen twee professionals afgevaardigd. Tevens leveren de andere organisaties meerdere professionals, die allen een vaste dag hebben waardoor cliënten een vast team ontmoeten. In het vaste MDA++ team zitten de volgende partijen: MDA++ voorzitter, Veilig Thuis onderzoeker, Politie, GZ-psycholoog van FIER met specialisatie kind, jeugd en gezin en 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.

Toeleiding

Aanmeldingen bij het MDA++ kunnen binnen komen via Veilig Thuis, een Gecertificeerde Instelling of via een netwerkpartner of de gemeente. 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 en vragen 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. Sinds januari 2022 werkt het MDA++ Friesland middels een nieuwe grondslag welke geen toestemming vereist, waardoor bovenstaande situatie gewijzigd is. Bij een potentiële aanmelding wordt tevens getoetst of het Veiligheidshuis betrokken is (geweest) of zou moeten worden en wordt 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 op indicatie 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). 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 Kinderen praten mee. Tijdens het MDA++ traject wordt volgens de visie gefaseerde ketenzorg gewerkt.

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 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 de professional van het gebiedsteam geen klik heeft. De regiehouder is aanspreekpunt en zorgt ervoor dat de notulen bij ouders en andere belangrijke betrokkenen terechtkomen. Daarnaast zijn er ook jeugdbeschermingszaken binnen het MDA++ Friesland, hier is Veilig Thuis niet bij betrokken.

Bij de MDA++ bijeenkomsten die tijdens het traject plaatsvinden, worden zowel gezinsleden als andere betrokken professionals uitgenodigd. De bijeenkomsten vinden plaats op de locatie 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. Na één tot anderhalf jaar wordt gekeken is de dynamiek van het gezin stabiel genoeg om MDA++ af te bouwen/te stoppen. 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 drie keer per jaar; de duur varieert van drie maanden tot soms wel vijf jaar.

Samenwerking MDA++ team en netwerkpartners

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 samen met het gezin en betrokkenen neemt zijn niet vrijblijvend en moeten door de deelnemende organisaties worden uitgevoerd. Als men het niet eens is, wordt er een nieuwe afspraak gemaakt.

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 voor 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 bijeenkomst. 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 met het MDA++-team 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.

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.

Ontwikkelingen

Vanaf 2019 sluit 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++ lokaal¹³ gestart.

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 inclusief 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 VeiligThuis 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 betrokken raakt.

13 <https://www.sdfryslan.nl/sites/default/files/inline-files/Handreiking%20succesvol%20implementeren%20MDA%20Lokaal.pdf>

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 netwerkpartners

De samenwerking middels het MDA++ team is voor de netwerkpartners 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.

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. 50 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 netwerkpartners 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: 'outreaching, 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 netwerkpartners

Er is een wekelijkse briefing waarin onder andere nieuwe casussen worden verdeeld. Daarnaast is er een keer per maand een casuïstiekbespreking, waarbij de gedragswetenschapper van Veilig Thuis aansluit. In de nabije toekomst is het plan om op gezette tijden ook een multidisciplinair overleg en werkbepreking met het hele MDA++ team te organiseren, waarbij ook een ervaringsdeskundige aanschuift. Doel is casuïstiek te verdelen, inhoudelijk te bespreken en teamaangelegenheden te bespreken. Technische ontwikkelingen in de nabije toekomst zijn het herinrichten van het ICT- systeem waarin de veiligheidsanalyse makkelijk in het systeem ingevuld kan worden, het maken van een eigen website over het interventieteam en het aanmaken van een eigen mailadres (in plaats van te werken met mailadressen van de moederorganisatie).

Bij het MDA++ team is justitie niet direct betrokken, maar het MDA++ team heeft wel korte lijnen met justitiepartners. Onder andere doordat het Veiligheidsteam ook werkzaam is in het Veiligheidshuis zijn er korte lijnen met politie en openbaar ministerie bij lopende zaken. Via het tweewekelijks 'actieoverleg' tussen Veilig Thuis, het Openbaar Ministerie, Politie, Reclassering en Raad van de

Kinderbescherming in de regionale veiligheidshuizen kunnen ook casussen instromen bij het Interventieteam. Aan de voorkant is dan afstemming geweest met justitie voordat de casus instroomt.

Hart van Brabant: Centrum Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

Achtergrond

Van 2014 tot eind 2018 heeft Tilburg een pilot gedraaid met een Family Justice Center, 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, NovadicKentron (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 om te kijken of de casus voldoet aan de instroomcriteria van het Veiligheidsteam, namelijk een (lange) geschiedenis van meldingen en/of hulpverlening (vrijwillig/forensisch), structureel huiselijk geweld, hoog risico op ernstig acuut geweld, veel incidenten met direct gevaar voor veiligheid van betrokkenen, multiproblematiek (zoals LVB, verslaving, armoede, psychiatrie en/of emotionele verwaarlozing), bekend bij veel instellingen, meerdere Veilig Thuis meldingen en veel hulp betrokken geweest. Indien dit het geval is, wordt de casus gemaild naar de mailbox van het Veiligheidsteam. Vervolgens beoordeelt het Veiligheidsteam binnen vijf dagen of de casus wordt geaccepteerd of wordt afgewezen. De aanmeldroute loopt nu nog via Veilig Thuis, maar zal in de toekomst via het Advies- en Triagepunt in het Zorg- en Veiligheidshuis gaan lopen.

Uitvoering MDA++

Het Veiligheidsteam werkt met een casuscoördinator en een schaduwcoördinator. De casuscoördinator doet zowel casus- als procesregie en organiseert samenwerking met betrokkenen, sociale netwerk als professionele netwerkpartners. Het kernteam van het Veiligheidsteam bepaalt op basis van expertise welke hulp nodig is en wie uit het Veiligheidsteam de beste match vormt en de coördinatie oppakt. Alle teamleden zijn geschoold in de MultiFocus methodiek en er wordt vanuit meervoudige onpartijdigheid gewerkt.

Het Veiligheidsteam onderscheidt vier fasen in de aanpak: 1) de aanmelding/directe veiligheid; 2) analyse/risicogestuurde zorg; 3) integraal plan van aanpak; 4) coördinerende/herstelgerichte zorg. Gedurende proces worden ook kinderen betrokken om te uit leggen waarom het veiligheidsteam is ingezet en wat zij als kinderen kunnen doen (kinderen zijn niet machteloos). Fase 1 (aanmelding/directe veiligheid) is gericht op het creëren van directe veiligheid. Tijdens deze fase wordt contact gelegd met alle betrokkenen, worden alle betrokkenen gehoord en de rol en positie van het Veiligheidsteam uitgelegd aan het

gezinssysteem. Ook wordt de casus besproken in het actie-overleg en verrijkt met informatie. Op basis van deze stappen wordt een veiligheidsplan opgesteld. Fase 2 (analyse/risicogestuurde zorg) bestaat uit het in kaart brengen van het systemen, de geweldspatronen en de geschiedenis qua geweld en hulpverlening. Om vervolgens te analyseren welke factoren positief effect hebben gehad op het geweld en wat geen of negatief effect heeft gehad op het geweld. In fase 3 (integraal van aanpak) worden de krachten en zorgen op een rij gezet om zo tot een integraal plan van aanpak te komen. Het streven is om binnen zes weken dit plan van aanpak gereed te hebben. In fase 4 (coördinerende rol/herstelgerichte zorg) vervult het Veiligheidsteam met name een helikopter-view en staat vooral de hulpverlening op de voorgrond. Het Veiligheidsteam blijft zo lang en zo intensief als nodig betrokken. Elke drie maanden is er een evaluatie. De duur van de monitoring is casusafhankelijk.

Samenwerking MDA++ team en netwerkpartners

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. Overwegingen worden in de casus worden altijd onder het 4 ogen- principe gemaakt en beschreven in het dossier. 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.

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 cliëntensysteem, 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 regio 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.

COLOFON

Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Auteurs	Dr. F.E.P.L. Sondejker prof. dr. M.J. Steketee Drs. B. Tierolf M. Compagner, MSc M.K.M. Lunnemann, MSc
Foto omslag	ANP XTRA- Roos Koole
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 978-94-6409-214-1

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, maart 2023.

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.