



Pilot MDA++ Hengelo

Projectenpool “Van denken
naar doen”

Colofon

Datum 18 januari 2022
Foto voorzijde Jeffrey Riley op www.unsplash.com
Versie 1.0
Afdeling Lectoraat Social Work
Auteur Ben Boksebeld

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Doelgroep	5
1.3	Doelstelling	6
2	Onderzoekscontext	7
2.1	Het programma Geweld hoort nergens thuis	7
2.2	MDA++	8
2.2.1	Fasen in de MDA++-aanpak	8
3	Onderzoeksaanpak	10
3.1	Fase 1	10
3.2	Fase 2	10
3.3	Fase 3	11
4	Resultaten	12
4.1	Onderzoek fase 1	12
4.1.1	Aanwezige kennis en vaardigheden bij beroepsbeoefenaren	12
4.1.2	De ketensamenwerking rondom huiselijk geweld en kindermishandeling	14
4.1.3	Ervaringen van ouders met zorg rondom kindermishandeling en huiselijk geweld....	15
(1)	Late signalering	15
(2)	Verlies van regie	16
(3)	Hulpverlening	16
(4)	Aandacht voor traumaverwerking en voor herstel van de relatie ouder-kind	16
4.1.4	Evidence-based interventies voor traumabehandeling en herstel ouder-kindrelatie..	17
4.2	Onderzoek fase 3	20
4.2.1	Het MDA++-team	20
4.2.2	Dataverzameling	20
4.2.3	De professionals over MDA++	21
(1)	Werkwijze	21
(2)	Samenwerking	24
(3)	Behandeling en nazorg	25
(4)	Waardering van MDA++	26
(5)	Verbeterpunten	27
4.2.4	De ouders over MDA++	28
5	Conclusies	31

5.1	De bestaande situatie rondom huiselijk geweld en kindermishandeling	31
5.2	De pilot MDA++	33
5.3	In hoeverre zijn de gestelde doelen gerealiseerd?	34
6	Discussie	37
7	Aanbevelingen	38
7.1	Aanbevelingen met betrekking tot continuering en opschaling MDA++-aanpak	38
7.2	Aanbevelingen met betrekking tot ketensamenwerking en vroegtijdige signalering	42
	Referenties	44
	Bijlage 1: Stroomschema aanmelding	47

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2013 werd de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling ingevoerd (Ministerie V & J, Ministerie VWS & VNG, 2019). Professionals zijn verplicht deze meldcode te volgen. Sinds 2019 is er een verbeterde meldcode van kracht. Deze meldcode biedt een afwegingskader dat professionals ondersteunt in het nemen van een beslissing om al dan niet een melding te maken van een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling (Rijksoverheid, z.d.).

In juni 2020 diende de gemeente Enschede een aanvraag in voor een pilot met de MDA++ - werkwijze (zie paragraaf 2.2.), die zou moeten plaatsvinden binnen de gemeente Hengelo. Het doel van de pilot was om te komen tot een werkwijze die op termijn opgeschaald zou kunnen worden naar de hele regio Twente. De uitvoering van de pilot zou gebeuren door de GGD Twente, afdeling Jeugdgezondheidszorg, de gemeente Hengelo, Infant Mental Health Nederland (IMH), het Expertisecentrum Jonge Kind Hengelo en de Academische Werkplaats Jeugd Twente. Aanleiding voor de aanvraag was de constatering dat er bij beroepskrachten in Twente sprake was van handelingsverlegenheid bij het vroegtijdig signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling en het zetten van vervolgstappen na zo'n constatering. Daarnaast bestond de indruk dat professionals die betrokken zijn bij het (ongeboren) kind en het gezin elkaar onvoldoende informeren over hun zorgen. Onderzoek van Konijnendijk (2018) laat bovendien zien dat kraamzorg, verloskundigen en gynaecologen nauwelijks geconsulteerd worden bij vermoedens van huiselijk geweld en/of kindermishandeling

Voor de nieuwe aanpak werden drie speerpunten geformuleerd:

1. vroegsignalering van risicofactoren voor huiselijk geweld en kindermishandeling bij ongeboren en jonge kinderen;
2. beperken of voorkomen van trauma bij baby's of jonge kinderen door inzet van effectieve interventies waardoor er een betere hechting tussen ouder en kind ontstaat; en
3. ondersteunen van opvoeders om in aanwezigheid van veel risicofactoren een gunstig opvoedingsklimaat aan kinderen te kunnen bieden.

1.2 Doelgroep

De pilot richtte zich op ongeborenen en jonge kinderen (tot 4 jaar) in een onveilige thuissituatie. Dit vanuit het idee dat deze groep niet in staat is zichzelf te beschermen, bijvoorbeeld door te vertellen dat er sprake is van onveiligheid. Daarnaast is het zich ontwikkelende brein in deze periode bijzonder kwetsbaar voor de invloeden van stress, met name wanneer deze een chronisch karakter heeft (Center on the Developing Child, 2007; Luby et al., 2013)

1.3 Doelstelling

Het doel van de pilot was om te komen tot een betere vroegsignalering en een effectievere ketensamenwerking rond huiselijk geweld en kindermishandeling bij ongeboren en jonge kinderen. In Hengelo, de pilotgemeente, zou een multidisciplinaire aanpak tot stand moeten worden gebracht, waarin de expertise van medewerkers uit de medische, psychosociale, forensische en justitiële domein gebundeld zou worden. Daarmee zouden de volgende doelen gerealiseerd moeten worden:

1. preventie en duurzaam stoppen van huiselijk geweld en mishandeling bij ongeboren en jonge kinderen door het beter signaleren van risicofactoren, zodat middels domeinoverstijgende ketensamenwerking efficiëntere risicogestuurde zorg kan worden ingezet;
2. een passend aanbod aan interventies voor baby's en jonge kinderen die opgegroeid zijn in een (chronisch) onveilige situatie, zodat trauma's niet door blijven werken. Dit zou leiden tot betere gezondheidsuitkomsten op de korte en de lange termijn. Bovendien zou hiermee de intergenerationele overdracht van huiselijk geweld doorbroken worden;
3. ondersteuning aan opvoeders in gezinnen met veel risicofactoren, zodat zij beter in staat zijn een gunstig opvoedingsklimaat te bieden aan het jonge kind. Als het deze ouders zou lukken om beter aan te sluiten bij de behoeften van het kind, dan zou alsnog de hechting op gang komen.

Aan het projectteam was een onderzoeker van Saxion verbonden. Het onderzoek omvatte drie fasen:

- een fase waarin de bestaande situatie in kaart werd gebracht:
 - aanwezige kennis en vaardigheden bij beroepsbeoefenaren;
 - de huidige ketensamenwerking;
 - ervaringen van ouders met de bestaande ondersteuning;
 - evidence-based interventies voor traumabehandeling en herstel van de ouder-kindrelatie.
- een tussenliggende fase waarin de Hengelose MDA-aanpak ontwikkeld werd. Aan deze fase waren echter geen onderzoeksactiviteiten gekoppeld;
- een fase waarin de ontwikkeling van een MDA-aanpak in Hengelo gemonitord werd en sterktes en zwaktes in kaart werden gebracht.

2 Onderzoekscontext

2.1 Het programma Geweld hoort nergens thuis

Ieder jaar zijn 200.000 volwassenen en 119.000 kinderen slachtoffer van huiselijk geweld. Anderhalf jaar na een melding heeft de helft van deze slachtoffers nog steeds te maken met buitensporig geweld (Ministerie van VWS, Ministerie van J&V & VNG, 2019). Prevalentieonderzoek uit 2019 van het WODC liet zien dat 747.000 mensen van 18 jaar of ouder (6,2% van de vrouwen en 4,7% van de mannen) in de voorgaande vijf jaar slachtoffer geweest was van fysiek en/of seksueel geweld in huiselijke kring. Bij ongeveer een derde van deze gevallen ging het om een éénmalige gebeurtenis. Bij één op de vijf ging het om structureel geweld: geweld dat maandelijks, wekelijks of zelfs dagelijks aan de orde is (Ten Boom & Wittebrood, 2019). Alink et al. publiceerden in 2018 de resultaten van een informantenonderzoek naar kindermishandeling. Op basis van informatie van professionals kwamen zij tot een geschat aantal van tussen de 90.000 en 127.000 minderjarigen die jaarlijks te maken hebben met minimaal één vorm van kindermishandeling. Hiertoe werden, behalve gevallen van fysieke en emotionele mishandeling, ook situaties van ernstige verwaarlozing gerekend. Het is goed te bedenken dat het hierbij ging om gevallen van kindermishandeling die bij de hulpverlening bekend waren.

Om bovengenoemde aantallen terug te dringen, de schade te beperken en de intergenerationele overdracht zo veel mogelijk tegen te gaan zijn het Ministerie van Volksgezond Welzijn en Sport, dat van Justitie en Veiligheid en de Vereniging Nederlandse Gemeenten in 2018 het nationale programma “Geweld hoort nergens thuis” (GHNT) gestart. Het programma richt zich op het versterken van de samenwerking tussen beroepskrachten uit verschillende organisaties en domeinen. Het kent drie overkoepelende lijnen:

1. *Eerder en beter in beeld* is gericht op het verbeteren van de signalering, het verbeteren van het feitenonderzoek en het bevorderen van het gebruik van de meldcode;
2. *Stoppen en duurzaam oplossen* richt zich onder meer op het multidisciplinair en systeemgericht samenwerken, het verbeteren van traumagerelateerde zorg en de aanpak van plegers;
3. daarnaast is er een lijn die zich richt op specifieke groepen, zoals kinderen in kwetsbare opvoedingssituaties, slachtoffers van eerdergerelateerd geweld en huwelijksdwang en slachtoffers van oudermishandeling.

Vanuit het programma worden nationale, regionale en lokale initiatieven gefinancierd, zoals de inrichting van MDA++'s. In de volgende paragraaf wordt beschreven wat de MDA++-aanpak inhoudt.

2.2 MDA++

MDA++ staat voor een multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld. Een MDA++-team bestaat uit specialisten met psychosociale, medische, forensische en justitiële kennis, die in gevallen van acuut en ernstig geweld gezamenlijk:

1. onderzoek en diagnostiek coördineren;
2. opvang bieden of organiseren;
3. een analyse van de oorzaken maken en
4. een gefaseerd plan van aanpak opstellen.

Dit alles met als doel om structureel geweld te stoppen, herhaling te voorkomen en de negatieve effecten van het trauma te beperken. Indien mogelijk beslissen de gezinsleden mee over de te volgen aanpak. Een casusregisseur dient als vaste contactpersoon voor het gezin. De leden van het team worden met toestemming van hun organisatie op vaste tijden en/of op afroep ingezet (Movisie/NJI, 2017).

De doelgroep van MDA++ bestaat in gevallen van *acute* onveiligheid uit slachtoffers van seksueel geweld, ernstige fysieke en/of psychische kindermishandeling en huiselijk geweld. In situaties van *structurele* onveiligheid richt MDA++ zich op kinderen, jongeren en volwassenen die, behalve met ernstige structurele onveiligheid, te maken hebben met problemen op meer dan één levensgebied.

2.2.1 Fasen in de MDA++-aanpak

In de aanpak, zoals door Vogtländer en Van Arum (2016) beschreven, is sprake van drie fasen in de hulp aan het gezin, te weten (1) zorg voor directe veiligheid, (2) risicogestuurde zorg (stabiele veiligheid) en (3) herstelgerichte zorg.

Allereerst moet de hulpverlening zorgen voor directe veiligheid. Niet alleen omdat dit een mensenrecht is, maar ook omdat het bij acute onveiligheid niet mogelijk is, een beroep te doen op de eigen kracht van de cliënt. Zo lang er nog de dreiging is van acuut gevaar, reageren mensen emotioneel en impulsief en is het rationele denken beperkt (Hosper & Van Loenen, 2021). Er moeten dus afspraken gemaakt worden over de veiligheid of er moet gezorgd worden voor opvang in een veilige omgeving. Het is in dit stadium nog te vroeg om een hulpverleningsplan te maken. Wel moet er een veiligheidsplan zijn, op basis van consensus (tussen hulpverleners en het gezin) over wat een minimaal noodzakelijk niveau van veiligheid is en wat daarvoor nodig is. Vervolgens moet er bij ernstig geweld of het vermoeden daarvan een onderzoek plaatsvinden. Dit vindt plaats door Veilig Thuis, soms in samenwerking met het MDA++-team. Het doel van dit onderzoek is om feiten en kennis te genereren, die nodig zijn om meer veiligheid tot stand te brengen. Vogtländer en Van Arum (p. 11) noemen als mogelijke elementen van zo'n onderzoek:

- medisch letselonderzoek;
- feitenonderzoek middels verhoor of gesprek met pleger en/of slachtoffers;
- feitenonderzoek met behulp van bijzondere opsporingsmethodes door de politie;
- vaststellen van het risicoprofiel van de dader;
- in kaart brengen van de geweldsdynamiek in een relatie;
- vaststellen of het slachtoffer lijdt onder zich opdringende herinneringen.

De volgende fase is die van de risicogestuurde zorg. Deze fase begint als de veiligheid op een minimaal niveau gewaarborgd is. In deze fase brengen de hulpverleners, de casusregisseur en het gezin in kaart welke risicofactoren het geweld veroorzaken en/of in stand houden, om vervolgens een plan van aanpak te formuleren waarmee specifiek deze factoren gericht aangepakt worden.

Vogtländer en Van Arum pleiten voor het gebruik van gestructureerde taxatie-instrumenten als B-Safer (De Ruiter, 2011), CARE-NL (NJI, z.d.a) of de ARIJ (Expertisecentrum Fortho, z.d.)¹. Deze gestructureerde risicotaxatie is dus niet gericht op het inschatten van het risico op hernieuwd geweld, maar op het vinden van aangrijpingspunten voor verandering. Uiteindelijk leidt dit tot een systeemgericht hulpverleningsplan, waarin de doelen prioriteit krijgen, die naar verwachting het grootste effect zullen hebben op de veiligheid in het gezin. Vogtländer en Van Arum wijzen erop dat daarmee gehechtheidsrelatie beschermd of hersteld kunnen worden. Onveilige gehechtsrelaties kunnen geneutraliseerd worden. Dit kan van de overerving van geweldspatronen voorkomen. Tijdens deze fase monitort de casusregisseur (eventueel samen met Veilig Thuis en Jeugdbescherming) voortdurend de veiligheid.

Nadat het hulpverleningsplan in gang is gezet krijgen slachtoffers indien nodig in de derde fase een behandeling aangeboden om trauma's als gevolg van de geweldervaringen te verwerken. Soms kan het nodig zijn om al eerder te starten met deze traumazorg, als uit de risicotaxatie duidelijk wordt dat de traumagerelateerde klachten van een ouder een factor vormen, die de onveiligheid in stand houdt. Vogtländer en Van Arum pleiten ervoor dat er in iedere MDA++-regio een groepsaanbod is voor kinderen en jongeren die met huiselijk geweld te maken hebben gehad, alsmede een aanbod aan psycho-educatie voor ouders en verzorgers over de effecten van traumatisering en de manier waarop zij kinderen kunnen ondersteunen. Daarnaast moet er binnen de MDA++ diagnostiek psycho-educatie en behandeling beschikbaar zijn voor volwassenen met traumagerelateerde klachten.

¹ Een uitgebreider overzicht van risicotaxatie-instrumenten is te vinden op de website van prof. Corine de Ruiter (z.d.).

3 Onderzoeksaanpak

3.1 Fase 1

De pilot MDA++ liep van september 2020 tot januari 2022. In fase 1 van de pilot hebben vier groepen van in totaal negen studenten social work van Saxion geprobeerd, de bestaande situatie in Hengelo in kaart te brengen. Daarbij richtten zij zich op de in paragraaf 1.3. genoemde aspecten:

- aanwezige kennis en vaardigheden bij beroepsbeoefenaren;
- de huidige ketensamenwerking;
- ervaringen van ouders met de bestaande ondersteuning;
- evidence-based interventies voor traumabehandeling en herstel van de ouder-kindrelatie.

Twee groepen brachten de aanwezige kennis en vaardigheden bij sociale en medische professionals in. Hiertoe voerden zij twee focusgroepinterviews met in totaal 9 beroepsbeoefenaren. Bovendien zetten zij een online vragenlijst uit onder 75 contactpersonen bij maatschappelijke instellingen en organisaties in het sociale en medische domein. Hoeveel mensen uiteindelijk de link naar de vragenlijst gekregen hebben valt niet precies na te gaan. De contactpersonen is namelijk gevraagd de uitnodiging voor de enquête binnen hun organisatie te delen. Tegelijk zijn van sommige organisaties ook meerdere personen benaderd.

In de vragenlijst konden professionals hun eigen kennis en vaardigheden met betrekking tot het signaleren en bespreken van kindermishandeling scoren op een groot aantal aspecten, afgeleid van een beschrijving die Van Rossum et al. (2008) maakten voor het Nederlands Jeugdinstituut en aangevuld met enkele competenties uit de Richtlijnen Jeugdhulp (NJI, z.d.b.). Belangrijk om te vermelden is dat zowel de vragenlijst als de focusgroepinterviews zich richtten op kindermishandeling bij kinderen tot 4 jaar.

Om een beeld te krijgen van de ketensamenwerking op het moment van de start van de pilot, voerde een derde groep een focusgroepinterview uit met 12 verschillende hulpverleners die uit hoofde van hun functie te maken hadden met huiselijk geweld en kindermishandeling.

Een vierde en laatste groep, tenslotte, deed een literatuurstudie naar evidence-based interventies voor traumabehandeling en herstel van de ouder-kindrelatie. Daarnaast voerde deze groep twee interviews met ouders die hulpverlening hadden gehad na geweld in hun relatie

3.2 Fase 2

Fase 2 liep van februari tot eind mei. In deze fase werden geen onderzoeksactiviteiten verricht, maar werkten de projectcoördinatoren en de projectgroep aan het ontwikkelen van een werkwijze voor een lokaal MDA++-team

3.3 Fase 3

In fase 3 kwam het MDA++ -team om de twee weken bijeen om casuïstiek te bespreken. In de meeste gevallen vond de bespreking buiten aanwezigheid van betrokkenen en anoniem plaats. De onderzoeker was in principe bij deze bijeenkomsten aanwezig. Eén keer namen beide ouders deel aan het overleg. Op grond van privacywetgeving mocht de onderzoeker niet bij deze bijeenkomst aanwezig zijn. Wel heeft hij beide ouders, die in een problematische scheiding verwickeld zijn, los van elkaar geïnterviewd. Daarnaast zijn er twee focusgroepinterviews gehouden met in totaal zeven leden van het MDA++-team.

4 Resultaten

4.1 Onderzoek fase 1

4.1.1 Aanwezige kennis en vaardigheden bij beroepsbeoefenaren

De vragenlijst rond competenties met betrekking tot kindermishandeling werd door 50 respondenten volledig ingevuld. De deelnemers aan het onderzoek scoren zichzelf over het algemeen hoog als het gaat om kennis en vaardigheden op het gebied van signaleren en bespreken. Wel valt op dat een aanzienlijk deel van hen (n=19; 38%) nog nooit een melding heeft gedaan bij Veilig Thuis Twente of eerder het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Zelfs binnen eenzelfde functie zijn er opmerkelijke verschillen in het aantal meldingen. Eén gezinshulpverlener heeft nog maar 2 keer een melding gemaakt, een andere 10 keer. Dit verschil hangt niet samen met de werkervaring: de hulpverlener die 10 keer heeft gemeld werkt aanzienlijk korter in zijn huidige functie dan de hulpverlener met 2 meldingen. Desondanks vinden 47 van de 50 respondenten dat hun kennis van de vernieuwde meldcode voldoende, goed of zelfs uitstekend is.

Wanneer er gevraagd wordt naar de bekendheid met specifieke methoden of hulpmiddelen voor het bespreken of signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling, zijn de scores lager. Vooral de Schildje-toolbox (Stichting Groei Veilig, z.d.) scoort laag. Alleen de checklist die bij de Meldcode hoort, scoort gemiddeld hoger dan 3 op een schaal van 1 tot 5.

Verder valt op dat een deel van de respondenten zegt geen goed overzicht te hebben van de sociale kaart met betrekking tot kindermishandeling. Dit geldt vooral voor professionals van wie het werkgebied groter is dan alleen de gemeente Hengelo, zoals kinderartsen. De meeste professionals achten zichzelf wel in staat om vermoedens van kindermishandeling op een respectvolle manier te bespreken met de ouders. Geen van de respondenten bespreekt zo'n vermoeden echter met het kind zelf. Mogelijk heeft dit laatste te maken met de vraagstelling en zijn respondenten op het verkeerde been gezet door de term "bespreken", terwijl zij wel andere vormen, zoals spel, gebruiken, die meer geschikt zijn voor jonge kinderen.

In de focusgroepen werd vaak de AVG genoemd als belemmering om vermoedens van kindermishandeling te bespreken met collega's of zelfs maar te documenteren. In de kraamzorg werkt men met digitale dossiers waarin elke actie en elk overleg in vermeld wordt. Het gezin heeft inzage in het dossier en dat heeft al eens tot rechtszaken van ouders tegen de kraamzorg geleid. Dit kan medewerkers ervan weerhouden om informatie te delen. Het is echter de vraag of alle professionals op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot gegevensuitwisseling die de AVG biedt. Behalve angst voor juridische gevolgen is er bij hulpverleners ook de angst om de relatie met de ouders te beschadigen door vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld aan de orde te stellen.

Diverse deelnemers wijzen op het “onderbuikgevoel” of het “niet-pluisgevoel” als aanleiding voor vermoedens van kindermishandeling. Als aanleidingen voor zo’n gevoel worden genoemd:

- verbaal en non-verbaal gedrag dat niet overeenkomt;
- een partner die voortdurend antwoordt voor de ander;
- ouders die in een zeer laat stadium de huisarts bellen als een kind ziek is;
- ouders die juist heel vaak bellen over onschuldige klachten bij hun kind;
- gedrag in de wachtkamer: interactie tussen ouders onderling en tussen ouders en kind.

Alle deelnemers besteden in het (eerste) contact met het gezin expliciet aandacht aan beschermende en belastende factoren, zoals de eigen jeugd van de ouders, het al dan niet gewenst zijn van de zwangerschap, de mate waarin een moeder in staat is voor zichzelf te zorgen, financiële problematiek. In de POP-poli en één van de verloskundigenpraktijken werkt men met een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument (de Mind2Care-vragenlijst; Stichting Mind2Care, z.d.).

Alle deelnemers aan de focusgroepen zijn bekend met het afwegingskader in de Meldcode. Zij hebben er soms wel moeite mee, dit te vertalen naar de casus waar zij op dat moment mee te maken hebben. Ze ervaren dan het afwegingskader als te zwart-wit. De werkelijkheid is altijd complexer dan je in een afwegingskader kunt vastleggen. Tegelijk biedt het afwegingskader wel steun.

In een andere focusgroep komt echter ook een minder gunstig beeld naar voren. Een orthopedagoog vertelt dat zij 250 aanmeldingen gehad heeft, waarvan maar één met een vermoeden van kindermishandeling. Achteraf bleek er in veel meer gevallen sprake van kindermishandeling. Verder merkt zij dat veel professionals het moeilijk vinden om het gesprek over vermoedens aan te gaan met ouders. Kraamverzorgenden, bijvoorbeeld, leggen het vermoeden vaak intern voor aan een aandachtsfunctionaris of een leidinggevende. Soms stukt het daar dan.

Ook vertellen de deelnemers aan deze focusgroep dat het signaleren in de (jeugd-) gezondheidszorg soms in het gedrang komt door volle spreekkamers. Als je kindermishandeling denkt te signaleren, moet je daarover in gesprek gaan en daar ontbreekt de tijd voor. Als kinderarts moet je dan bijvoorbeeld een collega vragen om je spreekuur over te nemen. Los van het tijdsaspect ervaren deze deelnemers zichzelf wel als voldoende toegerust om in gesprek te gaan over vermoedens van kindermishandeling. Eén van hen heeft daarbij veel aan het huismodel van IMH, dat later ook tijdens de pilotfase een aantal keren in het MDA++ gebruikt zal worden (Holtkamp, 2021).

Eén van de deelnemers wijst op het belang van aandacht voor de gevolgen van trauma en verwaarlozing op de langere termijn. Daarnaast is het belangrijk om te werken aan herstel van de ouder-kindrelatie. Veilig Thuis Twente doet belangrijk werk in het ingrijpen bij acuut gevaar, maar daarna is er te weinig aandacht voor het herstellen van de opgelopen schade (trauma, hechting, ouder-kindrelatie). Nadat er een tijdlang geen geweld meer is geweest verdwijnt het gezin in veel gevallen uit zicht en stopt de hulp.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de meeste hulpverleners zichzelf voldoende toegerust vinden voor het signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling, maar dat uit verhalen van andere hulpverleners juist het beeld naar voren komt dat er vaak signalen gemist worden of dat men er toch niet over in gesprek gaat. Voor zover hulpverleners zelf problemen constateren hebben die vaak te maken met het juridische kader (privacywetgeving) of met de ketensamenwerking. Over dat laatste meer in de volgende paragraaf.

4.1.2 De ketensamenwerking rondom huiselijk geweld en kindermishandeling

Studenten organiseerden een focusgroepinterview rondom de samenwerking rond huiselijk geweld en kindermishandeling in Hengelo. Aan dat interview namen 12 personen deel: hulp- of zorgverleners die in Hengelo werkzaam zijn, een arts van Veilig Thuis en twee medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming. Daarnaast kwamen in de hiervoor beschreven interviews ook thema's naar voren die raken aan de samenwerking. Deze zullen hier ook worden meegenomen.

Een punt dat door een aantal mensen genoemd wordt, is dat verschillende partijen het begrip "onveiligheid" verschillend definiëren. Sommigen wijzen erop dat de meldcode het begrip voldoende definieert. Zo maakt de meldcode V&VN onderscheid tussen acute en structurele onveiligheid. "Onder acute onveiligheid wordt verstaan: Een zorgvrager die in direct fysiek gevaar is, diens veiligheid is de komende dagen niet gegarandeerd en hij of zij heeft direct bescherming nodig" (Jansen & De Witte, 2018, p. 7). En even verderop, op dezelfde pagina: "Onder structurele onveiligheid wordt verstaan: Er is sprake van herhaling of voortduren van onveilige situaties of geweld". In deze definitie wordt onveiligheid beperkt tot situaties van fysiek gevaar en geweld. Er zijn echter hulpverleners die ook situaties van verwaarlozing, psychische mishandeling en/of pedagogische onmacht als onveilig beschouwen. Dit definitievraagstuk zal ook in fase 3 van het onderzoek nog terugkomen.

Wie de regie voert en wie de veiligheid monitort is voor de meeste partijen wel duidelijk. Veilig Thuis heeft een taak in de monitoring. Hetzelfde geldt voor de gemeentelijke regisseurs Jeugd, die daarnaast ook de regie voeren. De regisseurs zijn echter geen hulpverleners, zo zeggen zij zelf. Zij regisseren en coördineren de hulp en zijn afhankelijk van signalen die ze vanuit de hulpverlening krijgen. Volgens de gemeentelijk regisseur ligt daar wel een mogelijk knelpunt. Hulpverleners vinden het soms moeilijk om hun zorgen over veiligheid te benoemen, omdat ze bang zijn de werkrelatie met hun cliënt te beschadigen of zelfs geheel te verliezen.

De gemeentelijke regisseur zorgt voor een veiligheidsplan voor het hele gezin. Hulpverleningsorganisaties die bij het gezin betrokken zijn, kunnen ook nog een eigen veiligheidsplan hebben. Daarnaast hebben zij een eigen behandelplan. Van een transdisciplinair gezinsbehandelplan is in de meeste gevallen geen sprake.

Terwijl voor professionals meestal wel duidelijk is wie de regie voert, is dat voor ouders niet zo vanzelfsprekend, aldus onder meer de Raad. Ouders weten niet altijd wie wat doet en missen een duidelijk aanspreekpunt.

De samenwerking rondom een specifieke casus kan op twee manieren stoppen: (1) wanneer een kind uit huis geplaatst wordt omdat het thuis te onveilig wordt en (2) wanneer de onveiligheid weg is. Er kan dan nog steeds een rol zijn voor de gemeentelijke regisseur. In paragraaf 4.1.1. zagen we echter dat dan vaak ook de hulpverlening stopt, terwijl langer durende hulpverlening nodig kan zijn om de relatie tussen ouder en kind te herstellen en trauma's te doen verwerken.

Opmerkelijk is dat in de focusgroep rond ketensamenwerking nauwelijks gesproken wordt over belemmeringen in de gegevensuitwisseling, terwijl dat in de groepen rond competenties (4.1.1.) uitgebreid aan de orde kwam. Zaken die daar genoemd werden zijn:

- In de overdracht van verloskundige naar kraamzorg zou nog veel verbeterd zou kunnen worden. Als de kraamzorg op de hoogte is van vermoedens kan de verzorgende gerichter observeren.
- De informatievoorziening richting de huisarts behoeft verbetering. Genoemd worden het overleg tussen kraamzorg en verloskundige, waar huisartsen vaak in vergeten worden en multidisciplinaire overleggen (MDO's) waarin vergeten wordt om af te spreken wie de huisarts informeert.
- Een andere, veel gehoorde klacht is dat melders niet of pas heel laat van Veilig Thuis Twente horen wat er met hun melding gebeurt en hoe het verdere ondersteuningstraject er uitziet.

4.1.3 Ervaringen van ouders met zorg rondom kindermishandeling en huiselijk geweld

Helaas is het maar in zeer beperkte mate gelukt om ouders te spreken te krijgen die te maken hebben gehad met ondersteuning rondom huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Bij de respondenten, beiden vrouw, is sprake geweest van partnergeweld waarvan de kinderen getuige zijn geweest. Er is geen sprake geweest van kindermishandeling. In de interviews is wel uitgebreid aandacht besteed aan de hulpverlening aan het kind.

(1) Late signalering

Beide vrouwen vertellen dat er langdurig sprake is geweest van partnergeweld, voordat er een melding gedaan is. Zij hadden achteraf gewild dat er eerder ingegrepen was. Bij beide vrouwen is er na een escalatie een melding gedaan bij Veilig Thuis Twente: bij één vrouw is die melding gedaan door haar hulpverlener, bij de andere door de buurman.

(2) Verlies van regie

Beide vrouwen hebben het verlies van regie als erg zwaar en negatief ervaren. Ze hadden het idee voor het blok te worden gezet: of het huis uit gaan of toezien dat de kinderen uit huis geplaatst worden.

Ze hadden het idee dat hun eigen wensen of voorkeuren hierin niet gehoord werden. Zo had één vrouw liever nog een dag gewacht om dan in het geheim haar spullen te pakken en het huis te verlaten. Die ruimte werd haar echter niet gelaten. Deze vrouw had ook graag meer informatie gehad over waar ze terecht zou komen en hoe het verdere verloop van het traject zou zijn.

Beide vrouwen vertellen dat ze de eerste dagen in de noodopvang als erg zwaar hebben ervaren. Zij konden geen beroep doen op hulpverlening en slaagden er ook niet in om contact te krijgen met Veilig Thuis Twente. Ze waren uit hun – ondanks alle geweld – vertrouwde omgeving, zagen dat de kinderen zich ongelukkig voelden en wisten niet wat de toekomst zou brengen.

Ik kon haar niet bereiken. Ze heeft mij woensdag, hebben ze mij gebracht naar Zwolle en zaterdag belde ze pas terug. Maar ik wist niet wat ik moest doen. Mocht ik m'n telefoon aanzetten? Of mag ik iemand bellen? Mag ik... je weet gewoon niet wat je moet doen."

(3) Hulpverlening

Na twee weken in de noodopvang konden de vrouwen naar een reguliere opvang voor slachtoffers van huiselijk geweld. Hier is ook de hulpverlening pas begonnen. Volgens beide vrouwen te laat, omdat ze juist in die eerste periode behoefte hadden aan ondersteuning. Beide vrouwen noemen vooral de training *Bijzonder Geweldig* als erg waardevol. Bijzonder Geweldig bestaat uit een serie van 8 tot 10 bijeenkomsten met andere vrouwen en twee begeleiders, waarin verschillende thema's rondom partnergeweld en man-vrouwverhoudingen aan de orde komen.

Beide vrouwen vertellen dat het zelf regie hebben in deze fase het meest waardevolle voor hen was: "Het was heel simpel, ze vroegen mij gewoon: wat wil jij?"

(4) Aandacht voor traumaverwerking en voor herstel van de relatie ouder-kind

Eén van beide vrouwen heeft geen blijvende gevolgen voor haar kind gezien in de vorm van gedragsverandering. De andere vrouw vertelt dat ze wel veranderingen ziet. Haar oudste zoon kopieert het gedrag van zijn vader en de jongste doet de oudste weer na. Bij beide vrouwen is voor het oudste kind hulpverlening ingezet, maar voor het jongste kind niet. De hulpverlening bestond onder meer uit psychomotorische therapie en gesprekken.

Bij beide ouders hebben de hulpverleners vastgesteld dat er geen noodzaak is om te werken aan het herstel van de moeder-kindrelatie. Tenminste één van hen betreurt dat. Hun band heeft wel

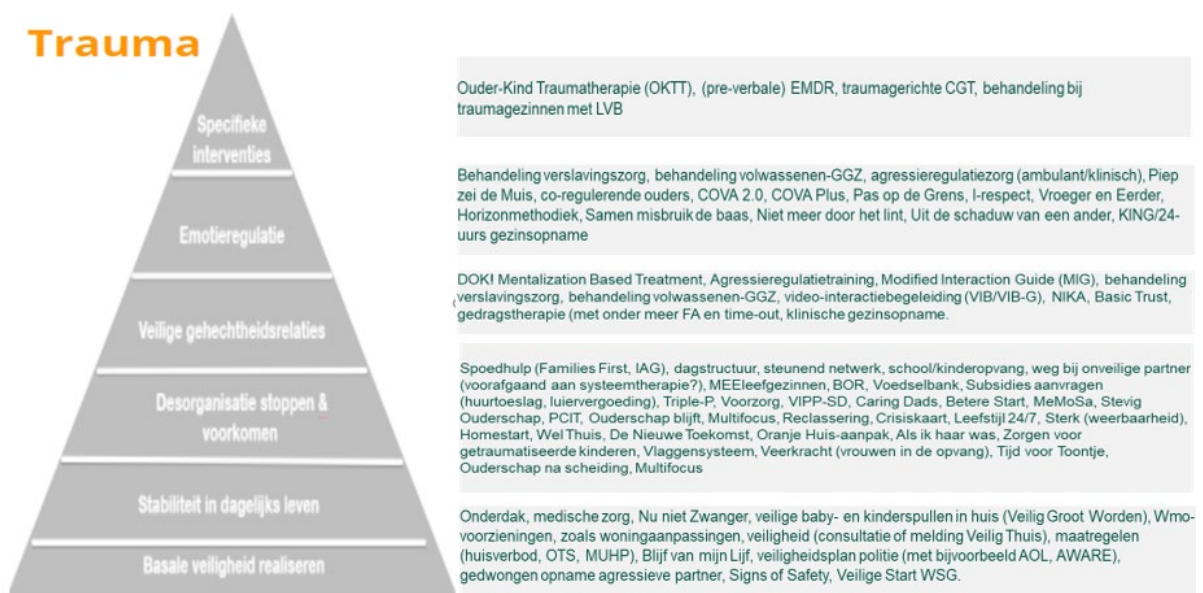
degelijk geleden onder het gebeurde: "Hij heeft geen veiligheid bij mij gevoeld op die momenten dat hij dat wel nodig had". Wel is er hulp ingezet die gericht is op het herstel van de vader-kindrelatie. Kinderen (althans de oudere kinderen) hebben dus wel hulp gekregen en ouders zijn ook tevreden over de geboden hulp. Daarin wijken deze gezinnen in gunstige zin af van de bevindingen uit het recente onderzoek van het Verwey-Jonkerinstituut (Steketee et al., 2020). Daarin bleek dat kinderen vaak een vergeten groep zijn als slachtoffer van huiselijk geweld en dat maar de helft een vorm van hulpverlening krijgt.

4.1.4 Evidence-based interventies voor traumabehandeling en herstel ouder-kindrelatie.

Het onderzoek van de studenten leverde helaas geen specifiek op traumabehandeling gerichte interventies op. Wel kwam uit het onderzoek naar voren dat er veel interventies zijn, die weliswaar niet gericht zijn op traumabehandeling, maar wel de noodzakelijke basis kunnen creëren om zo'n behandeling mogelijk te maken. Figuur 1 geeft een overzicht van een aantal van deze interventies en de manier waarop zij zich tot elkaar verhouden.

Figuur 1

Interventiepiramide



Opmerking: ontleend aan Holtkamp & De Zeeuw (persoonlijke communicatie Z. Holtkamp op 14 december 2021)

In de top van de piramide bevinden zich de specifiek op traumaherstel gerichte interventies. Aan de basis de generieke interventies, die echter wel nodig zijn om aan trauma te kunnen werken. Het model vertoont een zekere overeenkomst met wat Voigtländer en Van Arum (2016) beschrijven: eerst zorgen voor acute veiligheid, dan aandacht voor structurele veiligheid om vervolgens te kunnen werken aan traumabehandeling en herstel van de ouder-kindrelatie.

Bij de top van de piramide is het nuttig om de voorstudie van Van der Asdonk et al. (2020) te noemen, die een lijst met een aantal geschikte interventies geeft. Deze zijn weergegeven in tabel 1. De auteurs geven daarnaast nog een aantal aandachtspunten met betrekking tot de inzet van deze instrumenten. Zij doen dat echter met de nodige voorzichtigheid, aangezien er vanuit de wetenschap nog maar weinig bekend is over bijvoorbeeld de volgorde waarin deze interventies het best kunnen worden ingezet.

Allereerst lijkt psychopathologie van de ouder (depressie, trauma) een negatief effect te hebben op de behandeling van een trauma bij het kind. Dit lijkt te pleiten voor behandeling van de ouder naast en gelijktijdig met die van het kind. Er is echter nog weinig onderzoek naar de gecombineerde effecten van de behandeling van ouder en kind. Ten tweede lijkt het van belang dat ouders een veranderwens hebben ten aanzien van hun eigen traumaklachten en een positieve verwachting van de behandeling. Verder is het voor de behandeling van het kind het van belang dat het steun en toestemming van ouder ervaart. Ten vierde is het bij het diagnostische besluitvormingsproces dat leidt tot het behandelplan belangrijk dat:

- a. Het cliëntsysteem betrokken wordt;
- b. Klachten op verschillende niveaus geïnterviewd worden;
- c. Er zorgvuldig besloten wordt over de te kiezen aanpak;

Ten slotte noemen de auteurs nog drie andere factoren die van invloed kunnen zijn op de uitkomst van de behandeling:

- a. De etnische achtergrond van het gezin
- b. De kwaliteit van de werk – en taakalliantie met de therapeut
- c. De achtergrondkenmerken van de therapeut

Tabel 1

Geschikte interventies na huiselijk geweld en kindermishandeling (Van der Asdonk et al., 2020)

Interventie	Toelichting	Ouder-kindrelatie	Trauma 0-6-jarigen	Trauma ouder
VIPP-SD	Kortdurende gehechtheids-interventie waarin gebruik wordt gemaakt van video- feedback	X		
NIKA	Focust op meegemaakte trauma's van de ouder en richt zich expliciet op het afleren van schadelijk oudergedrag	X		
PCIT	Parent-Child Interaction Therapy	X		
Basic Trust	Kortdurende interventie gericht op ernstige gedragsproblemen i.c.m. hechtingsproblemen. Werkt met videofeedback.	X		
K-VHT	Kortdurende video-hometraining	X		
Traumagerichte CGT	Cognitieve gedragstherapie, gericht op kinderen ouderen dan 3 jaar		X	
Langdurige kind-ouder psychotherapie, gericht op gehechtheid bij kinderen ouder dan 3 jaar	n.v.t.		X	
EMDR verhalenmethode	EMDR voor jonge kinderen, gericht op het verwerken van preverbaal trauma's		X	
CGT	Cognitieve gedragstherapie			X
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing			X
Systematische desensitisatie	n.v.t.			X

De vet gedrukte interventies worden door Van Asdonk et al. als voorkeursinterventie genoemd. Dit op basis van literatuurstudie en een expertmeeting.

Opmerking: Gebaseerd op *Samen stap voor stap vooruit*. (p. 4-7). Door S. van der Asdonk et al. (2020). Universiteit Leiden/Vrije Universiteit.

4.2 Onderzoek fase 3

4.2.1 Het MDA++-team

In fase 2 is er geen onderzoek verricht (zie paragraaf 3.2). Deze fase stond in het teken van het voorbereiden van fase 3, de fase van de daadwerkelijke pilot. Fase 3 ging begin juni in. Een vaste groep van professionals op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling kwam om de twee weken op een vast tijdstip bijeen om actuele casuïstiek te bespreken. De groep bestond uit:

- Twee medewerkers van het expertisecentrum Jonge Kind
- Eén arts van Veilig Thuis Twente
- Twee medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming
- Twee casusregisseurs Jeugd van de gemeente Hengelo
- Twee jeugdartsen van de GGD

Niet alle leden waren elke keer aanwezig. De medewerkers van de Raad wisselden elkaar regelmatig af, net als de artsen van de GGD. De rol van de arts van Veilig Thuis is een aantal keren waargenomen door andere medewerkers. Van de beide projectcoördinatoren is er bij de eerste bijeenkomsten één aanwezig geweest. Later heeft zij niet meer deelgenomen. Tot medio november hebben er tien bijeenkomsten plaatsgevonden. Eén keer zijn daarbij de ouders aanwezig geweest. De andere keren vond het overleg plaats zonder de betrokkenen. Soms, met hun toestemming, op naam; andere keren anoniem.

4.2.2 Dataverzameling

De gegevens in fase 3 werden verzameld door observatie en door interviews. De onderzoeker was bij 7 van de eerste 10 bijeenkomsten van het MDA++-team aanwezig. Twee keer kon hij vanwege andere afspraken niet aanwezig zijn. Bij de bijeenkomst met het ouderpaar was hij eveneens niet aanwezig. De gemeente oordeelde dat de privacywetgeving niet toestond de bijeenkomst bij te wonen met andere doelen dan de hulpverlening aan ouders en kind. De ouders stemden echter toe in een interview na afloop van het overleg. In de week na het overleg zijn vader en moeder afzonderlijk geïnterviewd. Ten slotte zijn er twee focusgroepinterviews gehouden met de leden van het MDA++-team over hun ervaringen en hun ideeën over de waarde van een MDA++ . Helaas kon de arts van Veilig Thuis niet deelnemen aan de interviews.

De volgende paragraaf geeft een overzicht van de belangrijkste uitkomsten van de focusgroepinterviews. Deze worden aangevuld met, dan wel afgezet tegen observaties van de onderzoeker tijdens de bijeenkomsten. De daarop volgende paragraaf geeft een samenvatting van de interviews met de ouders.

4.2.3 De professionals over MDA++

Eind oktober en begin november vonden er twee focusgroepinterviews plaats: één met drie leden van het MDA++-team en één met vier deelnemers. Behalve de arts van Veilig Thuis deed één van de medewerkers van de Raad ook niet mee – zij was op het laatst verhinderd. In elk gesprek stonden vier thema's centraal:

- De onderlinge samenwerking in het MDA++-team
- De wijze waarop het thema "veiligheid" een plek kreeg binnen het overleg en binnen de behandeling
- Behandeling en nazorg
- De waardering van het MDA++

In de analyse van de gesprekken kwamen daar nog twee thema's bij:

- Het thema "samenwerking" werd opgesplitst in "samenwerking" en "werkwijze"
- Er werd een thema "verbeterpunten" toegevoegd.

(1) Werkwijze

De meest gehoorde termen bij het thema werkwijze waren "onduidelijkheid" en "gebrek aan aansturing". De deelnemers hebben gaandeweg een werkwijze ontwikkeld, maar die is voor een aantal mensen nog steeds niet helemaal duidelijk.

Ik denk dat ik het wel helpend had gevonden als de aanloop wat meer helder was van het hele project. En wat ik steeds dacht was "we gaan straks aan de hand van casuïstiek steeds meer helder krijgen en merken hoe het functioneert en wat we eraan hebben". En ik ben er zelf ook een aantal keren niet geweest, ook een beetje door omstandigheden, omdat [NOEMT OMSTANDIGHEID], maar ik dacht steeds "als we casuïstiek uit de praktijk pakken dan krijgen we vast heel veel dingen helder". En dat had van mij wel wat meer nog gemogen. En het was voor mij ook niet helemaal duidelijk wie nou verantwoordelijk was voor de casuïstiek aandragen: uit wiens koker moest dat nou komen? (FG2; 57-64)

Deelnemers hadden graag vooraf meer informatie gehad over wat een MDA++ nu eigenlijk is en hoe de werkwijze is. Dat leidde er onder meer toe dat men ook aan potentiële verwijzers niet kon uitleggen wat een MDA++ nu te bieden heeft. Dat op zijn beurt betekende dat het vinden van casuïstiek ter bespreking moeizaam verliep. Het kwam regelmatig voor dat in de Whatsapp-groep van het MDA++ - team gezocht moest worden naar casuïstiek om de bijeenkomsten überhaupt te laten doorgaan. Eén keer is een bijeenkomst ook om die reden vervallen. De twee bijeenkomsten in november waren de eerste waar diverse casus op de agenda stonden.

Daar kwam bij dat sommige leden van het team ook deel uitmaakten van de projectgroep, waar de voortgang van de pilot werd gemonitord en beslissingen over de verdere voortgang werden genomen, en andere niet. Dat leidde tot een verschil in informatiepositie tussen de leden van het uitvoerende MDA++-team. Maar ook leden die wel deel uitmaakten van de projectgroep waren soms nog verbaasd over beslissingen die genomen werden:

Eigenlijk al vanaf begin af aan.... die afspraak specifiek deze week dat Veilig Thuis nu zegt "wij leveren geen casuïstieken aan", waarop wij heel sterk zoiets hadden van "vanuit onze gedachte zou je toch denken dat de Veilig Thuis meldingen bij hen als eerste binnen komen en dat zij hofleverancier zijn van onze casuïstieken". En nu blijkt dus dat zij helemaal geen casuïstiek gaan aanleveren. Over dat soort dingen is dus verwarring. Of bijvoorbeeld over het stroomschema... Dat is dan weer in de projectgroep besproken maar dat moet weer teruggekoppeld worden. Daar doet [PROJECTCOORDINATOR 2] echt heel erg haar best in, ik zie dat ze de hoofdlijn probeert te bewaken. Maar dat is wel ingewikkeld als je met veel disciplines samenwerkt, ook weer bijvoorbeeld met de regisseurs die dan weer niet in de projectgroep zitten. Dus die transfer van de projectgroep naar de MDA++ is dus wel onduidelijk (FG2; 85-94).

Een en ander leidt tot onduidelijkheid over de aanmeldroute. Eén van de projectcoördinatoren heeft geprobeerd om die route te vatten in een stroomschema. Dat stroomschema impliceert inderdaad dat meldingen via de gemeentelijk regisseurs moeten komen, maar dat was niet voor iedereen duidelijk.

De onduidelijkheid werd door diverse deelnemers ervaren als een kwestie van een gebrek aan aansturing. Er was onduidelijkheid over wie er verantwoordelijk was voor het inbrengen van de casuïstiek en over het voorzitterschap van de bijeenkomsten. De gemeentelijke regisseurs hadden het idee dat de procesverantwoordelijkheid geleidelijk bij hen kwam te liggen, zonder dat daar expliciet afspraken over waren

Wat we wel gemerkt hebben in de opstartfase, en ik moet wel bekennen dat ik het idee heb dat we nog in de opstart fase zitten, is dat de kaders en de taakindeling niet altijd helder waren. Dat daar over heen en weer gemaild is. Daarbij zijn we als gemeente met enige regelmaat in de positie gedrukt, van..... misschien komt het voort omdat wij ook de ruimte faciliteren, dat er vaak gekeken werd naar ons. Dat vond ik wel eens lastig, dat ik dacht: "Ik ben onderdeel van. Ik ben niet diegene die dit heeft georganiseerd." Dat vond ik lastig in de aanloop. Als je kijkt naar samenwerking op inhoud, dan is die zeker aanwezig en goed (FG1; 5-11).

Behalve aan duidelijkheid over praktische zaken was er ook behoefte aan iemand die de werkwijze en de onderlinge samenwerking bewaakte:

Ik denk dat ik soms wel dingen verwachtte op inhoudelijk gebied, dat er iemand boven stond die zeg maar ook meekeek tijdens de besprekingen, van hoe loopt het allemaal of

wat moeten we daar dan uithalen? Want soms als je met een casus bezig bent, ben je heel erg geneigd om vanuit je eigen positie... en het is soms heel handig dat iemand daar dan een beetje boven hangt; van nou, wat nemen we hieruit mee? (FG2; 49-53).

De coördinatie op casusniveau werd over het algemeen als goed en helder ervaren. In de meeste gevallen lag die bij de gemeentelijke regisseur. En enkele keer, bij een casus waarbij een ouder min of meer zwierf tussen verschillende provincies, was die rol wat minder duidelijk.

In de bespreking met de ouders is gewerkt met het IMH-huismodel (Holtkamp, 2021). Dat werd door zowel de ouders als de aanwezigen als heel verhelderend ervaren. Het huismodel is een simpele metafoor voor het feit dat klachten van een kind alleen binnen de context van een gezinssysteem begrepen kunnen worden en dat ouders binnen dat systeem verschillende rollen spelen: die van ouder en die van partner of ex-partner.

Over de vraag of een casus langdurig gevolgd zou moeten worden vanuit het MDA++-team en dus ook regelmatig weer voorbij zou moeten komen in de bespreking, liepen de meningen uiteen. Vooral de gemeentelijk regisseurs waren van mening dat duidelijke afspraken, onder meer over de casusregie, voldoende waren. Een casus zou dan alleen weer op de agenda hoeven te komen wanneer zaken anders zouden lopen dan afgesproken. Anderen waren van mening dat terugkomen op een casus de deelnemers zou helpen om te leren van de opgedane ervaringen: "Hebben we met elkaar de juiste stappen gezet?" (FG 2; 521). Weer een ander vond het ook zorgvuldig tegenover de ouders.

Maar ik denk ook voor ouders, want zij vertellen hun hele hebben en houden. Er zitten allemaal mensen aan tafel, die zie je een uur en nou ja, dat is het dan. Terwijl je wel met elkaar dingen gaat afspreken en bespreken. Dus dan is het voor de continuïteit wel mooi dat dat nog een keer geëvalueerd wordt: hoe gaat het dan en hebben jullie er wat aan gehad? Ik denk dat dat wel meerwaarde heeft, in ieder geval ook voor ouders (FG2; 530-534).

Hoewel het visiedocument van Vogtländer en Van Arum (2016) daar niet expliciet iets over zegt, suggereert het concept van fasengerichte ketenzorg toch dat een gezin op zijn minst gedurende langere tijd gevolgd wordt. Fasengerichte ketenzorg houdt in dat het gezin hulpverlening blijft ontvangen, ook nadat de risicofactoren voor geweld aangepakt zijn en de situatie gestabiliseerd is. Dan immers komt er ruimte voor traumaverwerking en herstel van de ouder-kindrelatie.

In de visie van Vogtländer en Van Arum speelt het RNR-principe (risks, needs, responsivity; Andrews et al., 2011) een centrale rol. Dit principe houdt in dat de zorg zich richt op veranderbare factoren die het grootste risico vormen voor het voortbestaan of het opnieuw optreden van geweld. Dit veronderstelt dat er een brede taxatie van alle risicofactoren wordt gemaakt. Aan de deelnemers aan de focusgroepinterviews is gevraagd of alle relevante domeinen aan de orde zijn gekomen in deze taxatie. De meeste deelnemers vonden dat wel; een enkeling meende dat er meer aandacht had

mogen zijn voor zaken als werk en inkomen en dat de regisseur Wmo ook gevraagd had kunnen worden om mee te denken. Tijdens de observaties gedurende de overleggen viel de onderzoeker op dat het justitiële domein en het domein werk en inkomen slechts weinig besproken werden.

Wat de afstemming met externe partijen betreft werd de huisarts nog specifiek genoemd als betrokkene die eigenlijk standaard geïnformeerd zou moeten worden als er een MDA++ georganiseerd wordt. Niet dat zij altijd daadwerkelijk willen deelnemen, maar huisartsen willen wel graag op de hoogte zijn van de hulp die ingezet wordt en willen ook graag ingelicht worden, wanneer die hulp weer beëindigd wordt: "Zodra ze weten van: 'Mensen hebben nu hulp en deze periode gaat dat lopen', dan kunnen zij daarna ook weer informeren hoe het gaat" (FG2: 269-270).

(2) Samenwerking

Aanvankelijk was er veel onduidelijkheid over de onderlinge taakverdeling. Dat leidde er toe dat de leden zich in het begin afwachtend opstelden.

Als vanaf het begin helder was geweest wat nu het doel van het MDA++ was, maar ook dat je vaste afspraken hebt: wie is de vaste voorzitter die daarop stuurt en zorgt er een casuïstiek van een organisatie komt, en of dat dan van Veilig Thuis, de gemeente of van het EJK is, maar dat dat helder is. Want anders blijft iedereen een beetje in een afwachtende houding waardoor je weinig opbrengst hebt qua casuïstiek (FG2: 101-105)

Na enkele bijeenkomsten spraken de gemeente en het EJK af om bij toerbeurt het voorzitterschap te bekleden. Zij namen ook de verantwoordelijkheid op zich voor het aanleveren van casuïstiek.

Naarmate er meer casuïstiek aangedragen werd, werd ook het enthousiasme van de leden van het team groter. Dit werd in ieder tijdens de laatste bijeenkomsten door diverse deelnemers zo gezegd.

De samenstelling van het team, met een samenbundeling van deskundigheid werd als erg prettig en ook leerzaam ervaren: "Ik vind het heel mooi dat wij met z'n allen om de tafel zitten om die kinderen en de casussen die we wél besproken hebben, dat we op inhoud en expertise daar wel heel veel aan elkaar hebben" (FG2: 136-138). In het document van Vogtlander & Van Arum (2016) worden ook nog GGZ, verslavingszorg en LVB-zorg als mogelijke partners genoemd. De deelnemers denken echter dat deelname van bijvoorbeeld de GGZ niet mogelijk en praktisch ook niet realiseerbaar is:

Ik denk dat dat opgeschaalde zorg is. Als dat daarin nodig is, dan weten de jeugdartsen of wij vanuit Jeugd en Gezin die route te bewandelen. GGZ is toch altijd een vreemde eend in de wijze van samenwerking. Daar hoeft je denk ik niet zo veel woorden aan vuil te maken, het is denk ik wel bekend wat ik daar mee bedoel (...) Dat [deelname van de GGZ, BB] vind ik ook lastig omdat er vanuit de GGZ allemaal verschillende aanbieders zijn. Je kan er dan ook niet één kiezen. Dat is dan lastig. Dan kun je beter de behandelaars van bepaalde... die er dan zitten (FG1: 110-113; 123-125).

Wel horen GGZ, verslavingszorg en LVB-zorg indien noodzakelijk te kunnen worden uitgenodigd.

Als belangrijke voorwaarde voor succes noemen de geïnterviewden continuïteit in de vorm van een min of meer vast samenstelling van het team. De Raad neemt deel met twee medewerkers, die elkaar afwisselen. Hetzelfde geldt voor de GGD. Van de gemeente en het EJK nemen eveneens twee mensen deel, die echter meestal beide aanwezig zijn. Alleen vanuit Veilig Thuis waren er diverse medewerkers, terwijl de andere leden toch het liefst een (vaste) vertrouwensarts hadden gezien:

... in de laatste casuïstiekbesprekingen waren er verschillende betrokkenen aanwezig waarbij ook niet iedereen van VT wist wat de bedoeling was en waarom zij daar zat. Ik sprak....nou ja ik ben even haar naam kwijt; laatst was [NAAM MEDEWERKER VTT2] er en die keer daarvoor...nou ja, die vertelde: "Ik ben hier naar toe gestuurd, maar ik heb eigenlijk geen idee wat ik hier kom doen vandaag" (FG2: 207-211).

Dit probleem zou (deels) ondervangen kunnen worden door vanuit VTT ook structureel twee medewerkers te laten deelnemen. Het neemt echter niet weg dat de andere deelnemers vooral behoefte hebben aan de deskundigheid van de vertrouwensarts.

(3) Behandeling en nazorg

Na de fase van zorgen voor acute veiligheid dient er te worden gewerkt aan structurele veiligheid. Vogtländer en Van Arum (2016) spreken over risicogestuurde zorg. Onder het kopje "werkwijze" is al geschetst hoe op basis van de RNR-principes prioriteit gegeven wordt aan beïnvloedbare factoren die het meest van invloed zijn op het risico op geweld. Daarnaast en vooral ook daarna moet er aandacht gegeven worden aan de behandeling van trauma's en herstel van de ouder-kindrelatie. Wat dit laatste betreft: daar is in een enkele casus alleen nog maar een begin mee gemaakt:

Wat ik aan ouders heb uitgelegd, samen met [NAAM COLLEGA], dat ging.... We kijken op het niveau van [NAAM DOCHTERTJE], wat de mogelijke verklaringen zijn voor haar gedrag. Die onveiligheid, heb ik genoemd, was een hypothese in combinatie met nog een kindfactor. Dus die twee hypothesen zijn besproken en daarin gebruik ik meestal de term "onveiligheid", dus ik denk dat ik dat toen ook heb gedaan (FG2: 566-570).

Er is, met name bij de medewerkers van het EJK, wel oog voor het belang van de behandeling van trauma's, niet alleen bij het kind, maar ook bij de ouders. Die ouderlijke trauma's kunnen te maken hebben met het geweld in de huidige relatie, maar ook met ervaringen uit de eigen jeugd. De teamleden worstelen wel met de vraag of en hoe je deze trauma's aan de orde kunt stellen in een overleg waar de andere partner bij aanwezig is.

Hiermee houdt ook de vraag verband of je als MDA++-team een casus gedurende langere tijd moet volgen om erop toe te zien dat traumabehandeling en hulp bij herstel van de ouder-kindrelatie ook daadwerkelijk van de grond komt. Sommigen vinden dat een korte terugkoppeling voldoende is:

Ik denk dat echt om tafel met ouders.. daar zou je een gerichte aanleiding voor moeten hebben. Ik denk dat het wel goed zou zijn om de casus op zich terug te koppelen. Hoe het gelopen is en of het meerwaarde heeft gehad en of de stappen die we toen hebben gezet, of die goed waren. Ook voor onszelf. Maar dan meer een korte terugkoppeling en niet zo zeer met ouders erbij (FG1: 301-304).

Men vindt echter wel dat er een plan gemaakt moet worden waarin ook traumazorg en herstel van de ouder-kindrelatie een plan moet krijgen:

Als er maar een plan wordt gemaakt. Van: we gaan nu eerst hier op inzetten en als dat loopt, dan gaan we dat doen. Als je dat niet doet kan het soms ook zijn dat hulp aan kinderen een tijd op de achtergrond kan verdwijnen. En soms zeggen ouders zelf ook: mijn kinderen moet ook hulp hebben. Maar dan nog, dan zitten ze zo in allerlei andere ingewikkelde toestanden... Dus het is heel goed om daar toch een soort plan, een tijdsplan voor te maken en ook te bespreken welke instanties hulp kunnen bieden. Zodat als je eraan toe bent, je niet nog eindeloos op de wachtlijst hoeft. Zeker ook voor de hulp aan kinderen. Maar ook wel voor de hulp aan ouders, want overal moet je lang wachten, tegenwoordig. Dus dat plan maken: ja (FG2: 601-608).

Een plan veronderstelt echter ook dat er iemand is die er gedurende vaak lange tijd op toeziet dat het uitgevoerd wordt en waar nodig bijgesteld wordt. Het zou voor de hand liggen dat het MDA++-team dit blijft monitoren en daarin de ouders ook laat meepraten.

(4) Waardering van MDA++

De gemeentelijke regisseurs zien een meerwaarde in de gevolgde werkwijze. Samen werken aan een casus levert inzicht op in elkaars werkwijze. Daardoor vind je elkaar ook in nieuwe gevallen weer gemakkelijker. Bovendien had de werkwijze in de pilot als voordeel dat er elke twee weken al een overleg ingepland was. Er hoeft geen overleg meer te worden gepland met allerlei partijen. Toch zijn de regisseurs nog niet overtuigd van de meerwaarde van een MDA++. Een goed plan van aanpak maken kan ook binnen een regulier multidisciplinair overleg (MDO), vinden zij.

Voor de medewerkers van de GGD heeft het MDA++ wel opgeleverd dat zij veel gemakkelijker toegang hebben tot en contact zoeken met de gemeente.

De medewerker van de Raad is van mening dat het MDA++-team een bundeling van expertise vertegenwoordigt, die je niet zo snel in een regulier MDO tegenkomt. Een MDO bestaat uit de behandelaars of begeleiders van een gezin, maar dat hoeven niet per se specialisten te zijn.

De medewerkers van het EJK zien de meerwaarde van een MDA++ vooral in het delen van deskundigheid om van elkaar te leren en het zo ontwikkelen van een gedeelde Hengelose visie op huiselijk geweld en kindermishandeling.

(5) Verbeterpunten

Punten die voor verbetering vatbaar zijn hebben volgens de deelnemende beroepskrachten te maken met (1) bekendheid bij potentiële verwijzers, (2) de afbakening van het werkterrein en de doelgroep en (3) duidelijkheid over de onderlinge rol- en taakverdeling.

Verwijzers

Aanmelding van nieuwe casuïstiek verloopt op dit moment via het EJK en de gemeentelijke regisseurs. Toch zijn ook niet alle regisseurs bekend met de werkwijze van het team. Eén van de gemeentelijke regisseurs pleit ervoor dat verwijzers:

Ja en wat zij (...) nodig hebben is dat zij weten wie het stokje overnemen, wie het is, of JGZ of EJK of wij, en weten: de casus wordt opgepakt met elkaar in een samenwerkingsverband. Het zal hun om het even zijn of het MDA++ heet of een samenwerkingsverband. Het gaat erom dat je de zorg met elkaar levert (FG1: 407-410).

Overigens pleit deze regisseur ervoor, dat ook anderen als ziekenhuizen, de jeugdgezondheidszorg en verloskundigen het MDA++-team beter weten te vinden. Ze gaat daarmee uit van een grotere kring aan verwijzers dan tot nu toe gehanteerd. De medewerker van de Raad adviseert om vooral in te zetten op een grotere bekendheid bij de regisseurs van de gemeente, die nu ook al de ingang naar het MDA++-team vormen. Daarbij zou ook duidelijker gemaakt moeten worden wat het verschil is met een regulier MDO.

Afbakening

Dat raakt meteen ook aan een tweede punt: dat van de afbakening van het werkterrein en de doelgroep. Eén deelnemer zegt daarover:

Ik vind het zelf ook wel eens lastig: wat is nou onveiligheid daarin? We hebben nu ook nog wel weer een casus ingebracht voor aankomende woensdag, maar daar speelt geen huiselijk geweld. Dat vind ik ook nog wel een beetje zoeken: wanneer is het nou wel MDA++ en wanneer het gewoon een MDO is en ik denk dat dat voor heel veel mensen zo is (FG2: 441-444).

De factsheet van Movisie en het NJi (2017) over MDA++ is hier overigens heel helder over: het gaat om opvang en hulp na acuut en ernstig huiselijk en/of seksueel geweld en/of kindermishandeling. Het visiedocument van Vogtlander en Van Arum (2016, p. 1) laat wat meer ruimte en zegt zich te richten op "...alle professionals die in hun werk te maken krijgen met vrouwen en mannen, kinderen en jongeren die in huiselijke kring geweld en onveiligheid doormaken". Eén van de medewerkers van de GGD pleit ervoor om zaken regelmatig terug te laten komen:

Dat je ook, als je dingen nog eens terug laat komen, dat je dan ook beter kunt schiften: nou, deze had misschien ook wel gewoon bij een MDO gekund en deze was nou juist wel heel nuttig om dat in het MDA++ te laten komen. Je moet ook een beetje leren daarin (FG 2: 672-674).

Onderlinge rol- en taakverdeling

Het is in het begin zoeken geweest naar de juiste rol- en taakverdeling: wie zat voor, wie was verantwoordelijk voor het aanleveren van casuïstiek en wie besliste over het al dan niet doorgaan van een bijeenkomst. Gaandeweg is daarin een werkwijze gevonden, maar voorafgaand aan de bijeenkomsten is er soms toch nog onduidelijkheid over het al dan niet doorgaan. Bij deelnemers leidt dat tot verwarring of soms zelfs irritatie.

Het Ontwikkeldocument MDA++ Friesland (Jelsma, Tolsma, et al., 2019) benadrukt het belang van afspraken over de wijze waarop men besluiten neemt, de vergaderfrequentie, wie de agenda vult, de verslaglegging, externe communicatie, voorzitterschap van stuurgroep en van het uitvoerend team. Een aantal van deze zaken heeft zich in Hengelo inmiddels wel ontwikkeld, maar een aantal ook nog niet.

4.2.4 De ouders over MDA++

De geïnterviewde ouders wonen sinds ongeveer een jaar apart. Zij hebben een dochtertje van bijna twee jaar bij wie een ontwikkelingsachterstand geconstateerd is. In het verleden is er tussen beide ouders sprake geweest van geweld, al verschillen beiden van mening over de mate waarin. Gezien de moeizame relatie tussen beiden zijn zij afzonderlijk geïnterviewd: vader thuis, in aanwezigheid van het dochtertje en moeder op kantoor (Saxion).

Veilig Thuis is ingeschakeld toen bemiddeling vanuit Humanitas, om te komen tot een werkbare omgangsregeling, te weinig opleverde. Er is nu een omgangsregeling, waarbij vader het dochtertje een dag en een nacht per week bij zich heeft. Vader wil deze regeling graag uitbreiden, terwijl dit bij moeder veel stress oplevert. De jeugdzorginstelling die beide ouders nu begeleidt heeft een MDA++-overleg voorgesteld, mede vanwege de wens tot een screening van het dochtertje door het Expertisecentrum Jonge Kind.

Vader vertelt dat hij het overleg in eerste instantie wel als intimiderend heeft ervaren vanwege het grote aantal aanwezigen. Hij was aanvankelijk bang dat men zou voorstellen om zijn kind uit huis te laten plaatsen. Later verdween die angst, doordat hij ervoer dat de aanwezige hulpverleners naar hem luisterden en hem serieus namen. Tegelijkertijd heeft hij ook het idee dat hij zijn kant van het verhaal niet goed kwijt kon, doordat het gesprek vooral over het dochtertje en de verder te ondernemen stappen ging. Een ander nadeel van het overleg in het MDA++ vindt hij dat het

gezelschap zo groot is, dat je snel een uur verder bent voor iedereen zijn visie gegeven heeft. Moeder daarentegen vertelt dat ze het MDA++-overleg als prettig en rustig ervaren heeft. Iedereen kon rustig zijn of haar mening geven. Ze vond het prettig om te ervaren dat zo veel mensen hun best deden voor haar dochter. De uitleg aan de hand van het IMH-huisje (Holtkamp, 2021) heeft ze als zeer verhelderend ervaren. Die uitleg heeft haar duidelijk gemaakt dat hun dochter te maken heeft met twee ouders en dat die ouders het verleden los moeten laten om haar *samen* een stabiele basis te kunnen geven. In tegenstelling tot vader is moeder op geen enkel moment bang geweest voor gedwongen maatregelen. De medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming maakte direct duidelijk dat dat niet de bedoeling was van haar deelname aan het overleg.

Vader vertelt dat het EJK binnen enkele dagen gestart is met een observatie. De uitkomst van de screening is op het moment van het interview nog niet bekend. Moeder vertelt dat de screening niet alleen als doel heeft om te bepalen wat er precies met haar dochter aan de hand is, maar ook om te komen tot een advies over de meest geschikte kinderopvang. Ze is daar blij mee, want alleen komt ze daar met vader niet uit. Meer dan vader is moeder in staat om te vertellen wat het behandelplan inhoudt en wat de vervolgstappen zullen zijn.

Voor vader is duidelijk wie zijn eerste aanspreekpunt is: dat is de hulpverlener van de jeugdzorginstelling. Wel vindt hij het vervelend dat er hij vanuit die organisatie in één jaar tijd al diverse hulpverleners gehad heeft. Ook moeder ziet de jeugdzorgmedewerker als haar aanspreekpunt. Als ze het idee heeft dat er iets gebeurt dat echt niet door de beugel kan, zoekt ze het "hogerop", bij de gemeentelijke regisseur. Die ziet ze als de eindverantwoordelijke voor de hulp rondom haar dochter.

Het thema veiligheid is volgens vader tijdens het MDA++-overleg niet aan de orde geweest. Volgens hem let de jeugdzorginstelling daar voldoende op. Tegelijkertijd heeft hij wel zorgen over de veiligheid van zijn dochter als die bij zijn ex-schoonouders verblijft. Moeder vertelt dat de wekelijkse overdracht van hun dochter (van vader naar moeder en omgekeerd) via een hulpverlener verloopt. Er is geen direct contact tussen vader en moeder. Voor het overige zijn er dit moment geen veiligheidsafspraken nodig en daar is dus binnen het MDA++-overleg ook niet bij stilgestaan.

Vader heeft niet het idee dat de ontwikkelingsachterstand bij zijn dochter verband houdt met een trauma als gevolg van geweldsincidenten tussen de ouders. Hij wijt die eerder aan de opvoeding door moeder en haar ouders. Zo bezien is een traumabehandeling bij het kind dan ook niet nodig. Zelf heeft hij een aantal gesprekken met de huisarts gehad over wat de gebeurtenissen bij hem opgeroepen hebben. Moeder vertelt dat er tijdens en na de relatie herhaaldelijk sprake is geweest van geweld van de kant van vader. Zij heeft hulp gezocht bij de verwerking daarvan: eerst bij haar huisarts, later bij Mediant. Ze vertelt dat Mediant een posttraumatisch stresssyndroom heeft geconstateerd. Ze heeft de behandeling echter voortijdig beëindigd omdat het niet lukte om steeds oppas te krijgen.

Beide ouders oordelen het overleg bij het MDA++ als positief. Vaders vertrouwen in een goede afloop is erdoor versterkt. Daarmee doelt hij vooral op zijn verwachting dat zijn dochter uiteindelijk een

even groot deel van de tijd bij hem zal zijn als bij haar moeder. Moeder heeft in het overleg vooral interesse en oprechte aandacht ervaren.

5 Conclusies

In dit hoofdstuk bespreken we eerst de conclusies uit het onderzoek naar de bestaande situatie rondom de hulpverlening aan jonge kinderen die te maken hebben of hebben gehad met huiselijk geweld of kindermishandeling. Het gaat dus om de lessen die te trekken zijn uit fase 1 van het onderzoek. Daarna evalueren we de pilot MDA++ zoals die het afgelopen halfjaar is uitgevoerd.

5.1 De bestaande situatie rondom huiselijk geweld en kindermishandeling

In de eerste fase van het onderzoek is een brede groep hulpverleners in het sociale, het medische en het paramedische domein bevraagd op hun competenties met betrekking tot het signaleren, bespreken en eventueel melden van huiselijk geweld en kindermishandeling. Verder zijn focusgroepinterviews gehouden met functionarissen die door hun werkzaamheden mogelijk huiselijk geweld en kindermishandeling in gezinnen met jonge kinderen signaleren en met beroepskrachten die samenwerken in de keten rondom huiselijk geweld en kindermishandeling.

De meeste zorg- en hulpverleners vinden zichzelf voldoende toegerust voor het signaleren. Toch vertellen ook veel functionarissen dat anderen juist vaak signalen missen of niet in gesprek gaan met de ouder over vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling. Ook komt het voor dat signalen wel besproken worden met een leidinggevende, maar vervolgens niet verder komen. Opvallend is verder dat 38% van de deelnemers aan de enquête nog nooit een vermoeden gemeld heeft. Het belangrijkste obstakel om te melden, dat respondenten zelf noemen, heeft te maken met onbekendheid over wat er op grond van de Algemene Verordening Gegevensverwerking gedeeld mag worden – niet alleen in het kader van de meldcode maar ook binnen de ketensamenwerking rond een gezin.

Bijzonder is verder dat onzekerheden rond de vraag wat wel en niet gedeeld mag worden vooral genoemd worden in de interviews met eerstelijns functionarissen (de potentiële signaleerders) en niet of nauwelijks tijdens het interview over de ketensamenwerking, waaraan vooral professionals deelnemen die werken voor gecertificeerde of gespecialiseerde instellingen. Daar worden andere knelpunten genoemd:

- In de overdracht van verloskundige naar kraamzorg gaat veel informatie verloren. Als de kraamzorg op de hoogte gesteld is van vermoedens kan de verzorgende gerichter observeren;
- mensen die wel een melding maken bij Veilig Thuis vinden dat ze vaak niet of pas heel laat te horen krijgen wat er met hun melding gebeurt en hoe het vervolgtraject zal verlopen. Dat, terwijl zij intussen nog wel contact hebben met het gezin;

- in multidisciplinaire overleggen, maar ook in het overleg tussen kraamzorg en verloskundige vergeet men vaak om afspraken te maken over de informatievoorziening naar de huisarts.

Een aantal tweedelijns professionals, tenslotte, wijst erop dat er te weinig aandacht is voor de behandeling van trauma en het herstel van de ouder-kindrelatie. Wanneer het geweld een aantal maanden gestopt is, stopt ook het contact met de gemeentelijke regisseur. Dat betekent in veel gevallen dat het gezin uit beeld verdwijnt en het trauma niet behandeld wordt.

In de interviews met de ouders valt vooral op dat zij in de acute fase, wanneer ze in de crisisopvang verblijven, niet weten bij wie ze moeten zijn met vragen – juist in de fase waarin ze zo'n aanspreekpunt het hardst nodig hebben. Ze proberen Veilig Thuis te bereiken, maar slagen daar niet in. Het gaat daarbij soms om heel praktische zaken: mag ik mijn telefoon aanzetten; wie mag ik wel bellen en wie niet? Dat ze in die acute fase juist veel behoefte hebben aan een aanspreekpunt heeft mogelijk ook te maken met het verlies aan regie dat zij ervaren. Beide geïnterviewden hebben niet zelf het moment kunnen kiezen waarop ze bij hun partner weggingen, maar hadden de ervaring dat dat voor hen beslist werd. Het was kiezen tussen een onmiddellijk vertrek of de uithuisplaatsing van hun kinderen. Later, als ze naar een meer permanente plek doorschuiven, verdwijnt het gevoel aan het lot overgelaten te zijn en zijn de vrouwen ook beduidend positiever over de geboden hulp. Vooral de gespreksgroepen met andere slachtoffers van huiselijk geweld waarderen ze zeer.

Beide ouders vertellen dat hun oudste kinderen hulp hebben gekregen om hun geweldservaringen te verwerken. Ouders zijn tevreden over die hulp. In dat opzicht wijken deze gezinnen in gunstige zin af van de bevindingen uit het recente onderzoek van het Verwey-Jonkerinstituut (Steketee et al., 2020). Daarin bleek dat kinderen vaak een vergeten groep zijn als slachtoffer van huiselijk geweld en dat maar de helft een vorm van hulpverlening krijgt. Bij de jongere kinderen ligt dat anders. Die hebben volgens beide ouders geen hulp gekregen bij het verwerken van het gebeurde. Mogelijk gingen hulpverleners ervan uit dat zeer jonge kinderen nog geen herinnering hebben aan het geweld en daardoor ook niet getraumatiseerd zijn. Het omgekeerde is echter waar: de toxische stress die gepaard gaat met huiselijk geweld en kindermishandeling is juist nog schadelijker voor jonge kinderen dan voor bijvoorbeeld een schoolgaand kind (zie o.a. Anda et al, 2005 en Fredrickson, 2019). Ook vonden de hulpverleners het werken aan het herstel van de relatie tussen de mishandelde ouder en het kind niet nodig. Eén van beide ouders ervaart echter dat die relatie wel degelijk beschadigd is. Daar komt bij dat beide moeders het moeilijk vinden om te zien dat er wél aandacht is voor het herstel van de relatie tussen de kinderen en de vader.

5.2 De pilot MDA++

De pilot MDA++ is eind juni van start gegaan met deelnemers vanuit Veilig Thuis Twente, de gemeente Hengelo (jeugdregisseurs), het Expertisecentrum Jonge Kind, de GGD en de Raad voor de Kinderbescherming. Met deze deelnemers zijn, in twee groepen, interviews gevoerd. Daarnaast is de onderzoeker bij 7 MDA++-overleggen als observator aanwezig geweest.

Alle deelnemers melden dat zij, vooral in de beginfase, de werkwijze als erg onduidelijk hebben ervaren. Rollen en verantwoordelijkheden waren niet duidelijk, wat er toe leidde dat het vaak lang onduidelijk bleef of er wel een inbreng was voor het eerstvolgende overleg – en daarmee of het overleg wel zou doorgaan. Dit gebrek aan duidelijkheid werd ervaren als een gebrek aan aansturing. Vooral de mensen die geen deel uitmaakten van de projectgroep, waarin de start van de pilot voorbereid was, hadden geen goede voorstelling van hoe een MDA++ verloopt.

Behalve over de werkwijze was er ook onduidelijkheid over de vraag wie nu wel en niet kon aanmelden en hoe die aanmeldingsroute dan verliep. Er is wel een poging gedaan om die aanmeldroute in een schema te verduidelijken (zie bijlage 1), maar ook dat stroomschema is voor velen nog verwarrend en daarmee ook moeilijk uit te leggen aan anderen die mogelijk zaken zouden kunnen aanmelden.

Een derde punt van onduidelijkheid betreft de doelgroep. Wat verstaat men nu precies onder situaties van structurele onveiligheid? Gaat het om situaties waarin sprake is van fysieke of psychische mishandeling of kunnen er ook gezinnen worden aangemeld waarin bijvoorbeeld sprake is van onveilige hechting als gevolg van pedagogische onmacht of stress als gevolg van andere oorzaken? In de praktijk van de besprekingen heeft dit nog geen discussies opgeleverd, maar het was wel een aspect dat genoemd werd in de focusgroepinterviews.

Wat niet direct tijdens de focusgroepinterviews naar voren kwam, maar wel tijdens de overleggen zelf zichtbaar was, was het ongemak rond het delen van informatie over gezinnen. Wanneer gezinnen geen toestemming gegeven hadden voor bespreking in het overleg (bijvoorbeeld omdat de inbrenger nog niet in staat was geweest die te vragen), dan was het soms moeilijk om vast te stellen wat er wel en niet gedeeld mocht worden. Andere aanwezigen vroegen zich soms af of zij het gezin vanuit het verleden al kenden, iets wat zeer relevant kan zijn om het risico op geweld adequaat in te schatten. Een samenwerkingsconvenant met bijbehorend privacy-protocol lost al deze vragen niet op, maar kan wel helpen om meer duidelijkheid te verschaffen (Werkgroep Gegevensuitwisseling in het zorg- en veiligheidsdomein, 2020). De regio Gooi en Vechtstreek heeft zo'n privacyprotocol opgesteld in 2020 (Regio Gooi en Vechtstreek, 2020).

De eerste bijeenkomst van het MDA++-team vond plaats in juni, maar de werkelijke start was pas na de zomervakantie. Dat betekent dat gezinnen nog niet langdurig gevolgd zijn en dat er in veel gevallen nog geen tijd geweest is om na te denken over traumaverwerking. Dit laatste is echter een

essentieel onderdeel van de aanpak van Vogtländer en Van Arum (2016). Over de wenselijkheid van het langdurig volgen van gezinnen en kinderen lopen de meningen uiteen. Sommige MDA++-leden zijn van mening dat het voldoende moet zijn als een gezin eenmalig bij een bespreking aanwezig is, andere denken dat het leerzaam en verhelderend zal zijn om in ieder geval de behandeling gedurende langere tijd te volgen. Om te voorkomen dat een gezin uit beeld verdwijnt als er een tijdlang geen sprake meer is van gevaar, moet het echter langdurig gevolgd worden. De visie van Vogtländer en Van Arum, waarbij ouders zo veel mogelijk betrokken worden bij beslissingen over het te volgen traject, maakt het ook wenselijk dat het hele team op gezette tijden met de ouders spreekt.

Uit de interviews met het eerste ouderpaar dat bij een bespreking aanwezig geweest is, valt op te maken dat beide ouders, zij het in verschillende mate, het overleg als veilig en steunend hebben ervaren. Tegelijk maken de interviews ook wel duidelijk dat de aanwezigheid van de andere ouder die recent nog gewelddadig is geweest ook onveiligheid kan veroorzaken en daarmee een belemmering kan vormen om open te zijn over de eigen situatie. Vertellen dat je moeite hebt met de opvoeding van de kinderen kan in een strijd om de voogdij bijvoorbeeld de eigen positie verzwakken. Er is echter nog te weinig ervaring met de aanwezigheid van ouders opgedaan om hier al iets over te kunnen zeggen. Een evaluatie van een pilot in de regio Haaglanden laat echter zien dat de aanwezigheid van alle betrokken, inclusief beide ouders, essentieel is voor het succes van een MDA++ (Gerrits & Uitewaai, 2021).

Over de samenstelling van het team is men tevreden. In het visiedocument van Vogtländer en Van Arum is sprake van een team waarin ook justitiële, forensische en psychiatrische expertise aanwezig is, alsmede kennis van licht verstandelijke beperkingen en verslaving. De deelnemers aan de focusgroepinterviews vinden echter dat het MDA++ dan te groot en te log zou worden.

Alle betrokkenen ervaren het MDA++ als een waardevol overleg. Men leert elkaars werkwijze kennen, leert van elkaars expertise en is gemakkelijker in staat om contact op te nemen. De vaste vergaderfrequentie (om de veertien dagen op een woensdagochtend) maakt het ook gemakkelijker om alle partijen bij elkaar te krijgen. Toch vragen de gemeentelijk regisseurs zich af of hetzelfde effect ook niet gerealiseerd zou kunnen worden in een andere constructie, bijvoorbeeld een regulier MDO. Anderen wijzen er echter op dat juist het feit dat het MDA++ uit een vast team van specialisten bestaat, meerwaarde oplevert. Het MDA bundelt specialistische kennis, terwijl in een MDO degenen om tafel zitten die min of meer toevallig contact hebben (gehad) met een bepaald gezin.

5.3 In hoeverre zijn de gestelde doelen gerealiseerd?

In de projectaanvraag voor de pilot wordt als primaire doel genoemd “het ontwikkelen en implementeren van een multidisciplinaire aanpak (MDA) in Twente, waarbij professionals uit de medische, psychosociale, forensische en justitiële sector hun expertise bundelen” (Subsidieaanvraag

pilot GHNT, persoonlijke communicatie 21 oktober 2020). De speerpunten van die samenwerking bestaan uit:

1. voorkomen en blijvend stoppen van huiselijk geweld en mishandeling bij ongeboren en jonge kinderen door betere signalering, die het mogelijk maakt om efficiënter risicogestuurde zorg te verlenen via domeinoverstijgende ketensamenwerking;
2. juiste interventies aanbieden aan baby's en jonge kinderen die opgroeien in een (chronisch) onveilige situatie om zo te voorkomen dat trauma blijft doorwerken. De bedoeling is dat dit leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en het doorbreken van de intergenerationele opdracht;
3. ondersteunen van opvoeders in huishoudens met veel risicofactoren, zodat zij beter in staat zijn het jonge kind een gunstig opvoedingsklimaat te bieden. De hoop is dat er alsnog een proces van hechting tot stand komt wanneer het ouders lukt, beter aan te sluiten bij de behoeften van hun kind.

De primaire doelstelling is in zoverre behaald dat er een multidisciplinaire aanpak ontwikkeld en geïmplementeerd is. Wel valt op dat in het MDA-team geen forensische deskundigheid aanwezig is.

De secundaire doelen zijn als "speerpunten" geformuleerd. Het zou irreëel zijn te verwachten dat ze na een proefperiode van een half jaar al gerealiseerd zijn. Of de intergenerationele overdracht van geweld werkelijk doorbroken is valt bijvoorbeeld pas veel later vast te stellen. En om te bepalen of de risicogestuurde zorg nu efficiënter verleend wordt dan voorheen is een kosten-batenanalyse nodig die de omvang van deze onderzoeksopdracht ver te boven gaat. Wel is het mogelijk om na te gaan of de geformuleerde speerpunten inderdaad aandacht hebben gekregen.

Het eerste speerpunt, domeinoverstijgende risicogestuurde zorg, heeft voortdurend de aandacht gehad. Tot 1 november, het moment waarop de dataverzameling ophield, heeft zich echter maar één casus voorgedaan waarin een ouderpaar aanwezig was bij de bespreking. Ook het aantal situaties waarin de casus op naam besproken mocht worden, was zeer beperkt. Dat betekende dat het ook onmogelijk was om andere professionals van buiten het MDA-team te betrekken. Na 1 november zijn wel andere hulpverleners uit de keten betrokken bij de afstemming. Tegelijk komt het ook nog voor dat kinderen uit de doelgroep -9 tot 4 jaar, bij wie sprake is van huiselijk geweld, dan wel kindermishandeling, toch niet aangemeld worden bij het MDA-team (Z.Holtkamp, persoonlijke communicatie 14 december 2021; zie ook hoofdstuk 6). Of deze kinderen altijd de juiste hulp krijgen is op zijn minst onduidelijk.

Aan betere signalering door het voorveld is nog geen gerichte aandacht besteed. Wel worden er door afzonderlijke partners uit het MDA-netwerk activiteiten ondernomen in het kader van het verbeteren van de vroegsignalering. Zo heeft het Expertisecentrum Jonge Kind, in het kader van het programma Kansrijke Start (Ministerie van VWS, 2018), voorlichting gegeven over het signaleren van kindermishandeling. Dit heeft direct tot een toename van het aantal aanmeldingen bij het EJK vanuit

verloskundigenpraktijken geleid. Tot een afstemming met het lokale netwerk Veilige Start is het echter nog niet gekomen.

Wat betreft het tweede speerpunt, het aanbieden van betere interventies, kan gezegd worden dat de samenwerking in die gevallen waarin een casus op naam besproken kon worden, gemakkelijk tot stand is gekomen. Er is veel expertise aanwezig in het MDA-team en met name het Expertisecentrum Jonge Kind kon vaak op korte termijn een advies geven over de gewenste behandeling. Wel zouden mogelijk materiële factoren als huisvesting, inkomen en schulden meer structureel betrokken kunnen worden in de beoordeling van de onveiligheid en de identificatie van te veranderen factoren (het RNR-principe; zie paragraaf 4.2.3).

Het is nog te vroeg om vast te stellen of de geboden hulp ook leidt tot betere gezondheidsuitkomsten; op de korte termijn, maar helemaal op de lange termijn. Daarvoor is een andere onderzoeksopzet, bijvoorbeeld een meer longitudinale, nodig.

Over het derde speerpunt kan in grote lijnen hetzelfde gezegd worden als over het tweede. Opvoeders zijn inderdaad ondersteund om te komen tot een gunstiger opvoedingsklimaat. Dat geldt in ieder geval voor de casussen die op naam zijn besproken. Bij sommige casussen waar nog geen toestemming was verkregen om ze te bespreken, was de ouder alweer naar elders vertrokken voor de professional die toestemming kon vragen. Of dit uiteindelijk ook leidt tot een veiliger hechting is nu, na drie maanden nog niet te zeggen.

6 Discussie

De daadwerkelijke start van het MDA++-team heeft een lange aanloop gehad. Daardoor is de periode waarover in deze rapportage uitspraken gedaan kunnen worden beperkt: van augustus tot en met oktober 2021. De conclusies (hoofdstuk 5) en aanbevelingen (hoofdstuk 7) uit dit rapport moeten in dat licht gewogen worden. Na 1 november heeft zich alweer een aantal ontwikkelingen voorgedaan, die het vermelden waard zijn.

In de eerste plaats lijkt het alsof de aanmeldingen voor het MDA++-team op gang beginnen te komen. In de drie bijeenkomsten na het laatste focusgroepinterview waren er steeds diverse meldingen, terwijl de gemeentelijke regisseurs en één van de projectleiders daarvoor vaak meer dan eens moesten navragen of er nog casuïstiek was. Deze toename van aanmeldingen lijkt bij de leden tot een toename van waardering van de bijeenkomsten te leiden, al is dat natuurlijk slechts een indruk.

Het veld van organisaties die zich bezighouden met de zorg voor en ondersteuning aan ouders met jonge kinderen in complex en soms zelfs voor experts niet te overzien. Datzelfde geldt voor de samenwerkingsafspraken tussen organisaties. Begin december bleek dat er rondom situaties met een tijdelijk huisverbod afspraken zijn waarbij Veilig Thuis verwijst naar welzijnsorganisatie Wijkkracht en niet naar het MDA-team; ook niet in situaties waarin jonge kinderen of ongeborenen betrokken zijn. Ok in andere situaties blijkt Veilig Thuis soms naar Wijkkracht te verwijzen en niet naar het MDA-team (Z. Holtkamp, persoonlijke communicatie 14 december 2021). Wijkkracht op zijn beurt blijkt noch het MDA-team, noch het Expertisecentrum Jonge Kind in te schakelen, waardoor hulp voor het jonge kind niet of te laat op gang komt. Dit kan voorkomen worden wanneer Veilig Thuis in alle situaties waarin een kind uit de doelgroep -9 tot 4 jaar betrokken is (ook) het MDA-team inschakelt.

7 Aanbevelingen

7.1 Aanbevelingen met betrekking tot continuering en opschaling MDA++-aanpak

De pilot MDA++ heeft feitelijk pas vanaf eind augustus 2021 gelopen en heeft veel aanloopproblemen gekend. De werkwijze is nog niet goed uitgekristalliseerd. Tegelijkertijd ervaren de deelnemers het overleg als waardevol en als een toevoeging aan de bestaande overlegvormen. Dit ondanks de tijdinvestering van 1,5 uur per twee weken, exclusief reistijd.

Aanbeveling 1: continuering en opschaling

Het verdient aanbeveling om de pilot nog minimaal een half jaar, maar liever nog een jaar voort te zetten. Het lijkt echter te vroeg om de werkwijze al op te schalen naar de hele regio. In de eerste plaats omdat de werkwijze nog niet volledig uitgekristalliseerd is, maar ook omdat er nog niet goed nagedacht is over de vraag welke partners er dan nog meer betrokken moeten worden. In ieder geval moet nagedacht worden over de volgende vragen:

- Welke gemeentelijke regisseurs worden vast onderdeel van het MDA++-team en welke niet?
- Welke andere organisaties zijn er met een vergelijkbare expertise als het EJK, dat zich hoofdzakelijk op Hengelo richt?

Aanbeveling 2: afstemming met andere lokale netwerken en organisaties

Eén van de zaken die duidelijk zijn geworden door met een MDA-team te gaan werken, is hoe complex het lokale werkveld rond huiselijk geweld en kindermishandeling is. Er zijn bestaande afspraken rondom verwijzing vanuit Veilig Thuis in situaties van huiselijk geweld; er is een overlegtafel rondom situaties waarin een tijdelijk huisverbod aan de orde is en er is een lokale coalitie “Kansrijke Start”, die zich eveneens richt op het verbeteren van de zorg voor kinderen in de eerste 1000 dagen na de conceptie. Rondom situaties van huiselijk geweld kunnen ouders, net als in het MDA++, aan tafel uitgenodigd worden. Het is zaak om te komen tot een duidelijke afstemming van deze initiatieven. Het resultaat zou kunnen zijn dat het bevorderen van vroegsignalering en de deskundigheidsbevordering op dat vlak beter aan een ander samenwerkingsverband overgelaten kan worden.

Voor een adequaat hulpaanbod aan ongeborenen en kinderen tot 4 jaar is het echter essentieel dat iedere melding in deze leeftijdscategorie, waarvan Veilig Thuis besluit dat er hulp ingezet moet worden, ook bij het MDA++-team aangemeld wordt. Als casuïstiek niet aangemeld wordt, is de kans groot dat er geen passend hulpaanbod tot stand komt, omdat bij sommige andere organisaties de specifieke expertise met betrekking tot deze doelgroep ontbreekt.

Aanbeveling 3: bestuurlijke en juridische borging van de samenwerking

Het is belangrijk om te komen tot een formeel bestuurlijk commitment van de deelnemende organisaties, waarmee de leden ook gedurende langer tijd gefaciliteerd worden in hun bijdrage aan het MDA++ (Jelsma et al., 2019). Dit commitment zou moeten worden vastgelegd in een convenant. Samenhangend daarmee dient ook een privacyprotocol te worden ontwikkeld. In dit privacyprotocol dienen afspraken te staan over gegevensuitwisseling en -verwerking (Werkgroep Gegevensuitwisseling in het zorg- en veiligheidsdomein, 2020). Van zulke privacyprotocollen zijn al voorbeelden voorhanden (Regio Gooi en Vechtstreek, 2020).

In een convenant kunnen ook afspraken worden vastgelegd over de beschikbaarheid van experts die niet vast bij elke bijeenkomst aanwezig zijn, maar op wie in voorkomende gevallen wel een beroep gedaan kan worden. Afspraken over gegevensuitwisseling zijn helemaal nodig wanneer er gewerkt wordt met een vast team en een buitenkring van deskundigen die al naar gelang de aard van de casus ingeschakeld kunnen worden (zie aanbeveling 4). Dat vereist immers dat er voorafgaand aan het overleg ook al gegevens gedeeld worden om te kunnen beoordelen welke deskundigheid aan tafel moet zitten.

Aanbeveling 4: projectcoördinatie en taakverdeling`

De huidige wijze van werken heeft zich voor een deel organisch ontwikkeld, vanuit onduidelijkheden die ad hoc opgelost moesten worden. Benoem voor de verlengde pilot een projectleider die een permanente samenwerkingsstructuur ontwikkelt en daarbij bij voorkeur ook een aantal alternatieve scenario's schetst. Op basis van hun ervaringen in Friesland adviseren Jelsma et al. (2019) om te werken met een externe projectleider, die niet in dienst is van een van de deelnemende partijen. Belangrijk is dat deze projectleider ook voldoende gefaciliteerd is, bijvoorbeeld in tijd, om deze taak waar te maken.

Wat de taakverdeling binnen het MDA++-team betreft kan voorlopig op de ingeslagen weg doorgegaan worden, waarbij zowel de gemeentelijke regisseurs als het EJK verantwoordelijk zijn voor inbreng en zij afwisselend de bijeenkomsten voorzitten. De secretariële ondersteuning kan dan wellicht voorlopig nog door de gemeente geboden worden. Afhankelijk van de uiteindelijk te kiezen samenwerkingsvorm kan deze taakverdeling dan al dan niet gecontinueerd worden.

Daarnaast zal de projectleider het voortouw moeten nemen om te komen tot afstemmingsafspraken met andere lokale en regionale initiatieven die zich geheel of gedeeltelijk op dezelfde doelgroep richten (zie aanbeveling 2).

Aanbeveling 5: samenstelling van het team

De leden van het MDA++-team ervaren de huidige samenstelling als prettig en werkbaar. De onderlinge verhoudingen zijn goed en men heeft elkaar inmiddels leren kennen. Wel is het belangrijk dat de samenstelling van het team niet te veel wisselt. Dat geldt met name voor Veilig Thuis, dat maar met één vertrouwensarts vertegenwoordigd was. Als zij verhinderd is, valt meteen een centrale partij weg. Zij heeft wel steeds geprobeerd voor vervanging te zorgen, maar dit waren dan vaak mensen die niet op de hoogte waren van wat het MDA++ was en wat daarin rol daarin kon zijn. Andere partijen waren in het algemeen met twee medewerkers vertegenwoordigd. Als er dan één verhinderd was, had dat minder consequenties.

In hun visiedocument stellen Vogtländer en Van Arum dat professionals uit alle sectoren beschikbaar moeten zijn voor overleg. Zij noemen:

1. de veiligheids-, en justitiële keten, waaronder: Veilig Thuis, Politie, Openbaar Ministerie (OM), de Raad voor de Kinderbescherming, de Jeugdbescherming/nu geheten de Geïndiceerde Instellingen (de GI) en de Reclassering.
2. de medische keten, waaronder: vertrouwensartsen van Veilig Thuis, (forensisch) artsen, en de psychiatrische crisisdienst.
3. de zorgketen, waaronder: plegerbehandelaren, traumaspecialisten, en materiedeskundigen (bijvoorbeeld bij eerwraak en Munchhausen Syndrome by Proxy/ Pediatric Condition Falsification). (Vogtländer & Van Arum, 2016, p. 11).

Dat wil niet zeggen dat al deze deskundigheid ook deel moet uitmaken van het MDA++-team. In een aantal regio's wordt gewerkt met een vaste kern (de binnencirkel) en een flexibele oproepbare buitencirkel (Jelsma et al., 2019; Bouwstenen MDA++, 2020). Bij de buitencirkel gaat het om professionals die op basis van hun expertise uitgenodigd worden, niet vanwege het enkele feit dat ze contact hebben met (één van de) ouders. Om ervoor te zorgen dat deze professionals ook daadwerkelijk beschikbaar zijn, moeten er bestuurlijke afspraken gemaakt worden met de betreffende organisaties.

Het werken met een binnen- en een buitencirkel veronderstelt dat informatie over het gezin voorafgaand aan het overleg gedeeld kan worden. Vooraf moet immers bekend zijn welke expertise relevant is (zie aanbeveling 4).

Enkele leden van het team suggereerden tijdens de interviews dat het zinvol zou kunnen zijn, in het kader van de risicogestuurde zorg, om iemand met kennis van financiële problematiek in het team te hebben. Materiële problematiek kan een belangrijke stressor vormen en daarmee het risico op huiselijk geweld in stand houden. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of de regisseur Wmo en een medewerker van de Stadsbank Oost-Nederland op afroep beschikbaar kunnen zijn, dan wel informatie kunnen aanleveren.

Aanbeveling 6: deskundigheidsbevordering deelnemers MDA++

De leden van het team zijn zonder scholing in de MDA++-aanpak begonnen aan de pilot. Zij beschikken over een grote expertise op het gebied van kindermishandeling en huiselijk geweld bij (jonge) kinderen, maar niet per se met betrekking tot de MDA++-werkwijze of de daarmee verwante Top-3 methodiek (Van Arum, 2021). Het gevaar dreigt dat zich in Hengelo een aanpak ontwikkelt die niet voldoet aan de door Vogtländer en Van Arum (2016) beschreven principes of - in het gunstigste geval - dat men met vallen en opstaan opnieuw het wiel uitvindt. Scholing van de medewerkers in de MDA++-werkwijze, bij voorkeur door de Stichting Civil Care, waar genoemde auteurs aan verbonden zijn, is wenselijk.

Aanbeveling 7: aandacht voor traumaverwerking, met name bij jonge kinderen

Een essentieel onderdeel van de MDA++ aanpak is traumaverwerking en aandacht voor herstel van de ouder-kindrelatie. Hier is in de gevallen die in de pilot aan de orde zijn geweest nog weinig aandacht voor geweest, mede omdat deze zich nog in de fase bevonden van hetzij werken aan acute veiligheid, hetzij risicogestuurd werken aan structurele veiligheid.

Vogtländer en Van Arum (2016) pleiten ervoor dat er in iedere MDA++-regio een groepsaanbod is voor kinderen en jongeren die met huiselijk geweld te maken hebben gehad, alsmede een aanbod aan psycho-educatie voor ouders en verzorgers over de effecten van traumatisering en de manier waarop zij kinderen kunnen ondersteunen. Daarnaast moet er binnen de MDA++ diagnostiek, psycho-educatie en behandeling beschikbaar zijn voor volwassenen met traumagerelateerde klachten.

De ervaringen van de twee ouders die gebruik gemaakt hebben van de vrouwenopvang, suggereren dat traumaverwerking vooral bij jonge kinderen nogal eens over het hoofd gezien wordt. Toch noemen Van der Asdonk et al. (2020) een aantal behandelmethoden die ook voor jongere kinderen geschikt zijn. In een volgende fase van de pilot zou met ggz-instellingen in de regio, de vrouwenopvang en IMH Nederland onderzocht moeten worden of zo'n aanbod beschikbaar is, dan wel ontwikkeld kan worden (in Hengelo is er in ieder geval één NIKA-practitioner bij jeugdzorgorganisatie Accare). Verder is het wenselijk dat er een laagdrempelig aanbod in de regio komt, gericht op het herstel van de ouder-kindrelatie.

7.2 Aanbevelingen met betrekking tot ketensamenwerking en vroegtijdige signalering

Op basis van het onderzoek in fase 1 naar de samenwerking in de keten voor zorg bij huiselijk geweld en kindermishandeling is nog een viertal aanvullende aanbevelingen geformuleerd. Deze worden hieronder besproken.

Aanbeveling 8: deskundigheidsbevordering overige beroepsbeoefenaren

Van de beroepsbeoefenaren in de eerste lijn ("het voorveld") blijkt een belangrijk deel nooit een melding te maken bij Veilig Thuis. Voor een deel is dit terug te voeren op angst voor het overtreden van de privacywetgeving. Het verdient aanbeveling hierop een scholingsaanbod te doen, eventueel in combinatie met een training rond de vraag hoe je in gesprek gaat over vermoedens van huiselijk geweld, zonder de relatie met de cliënt te beschadigen.

Aanbeveling 9 : bevorderen informatie-uitwisseling tussen verloskundige en kraamzorg

Kraamzorg is maar kort aanwezig in een gezin, maar kan door de aard van de werkzaamheden een beeld van het functioneren van een gezin krijgen, dat andere hulpverleners niet kunnen verwerven. Als er in de prenatale fase al twijfels zijn over de opvoedingsvaardigheden van ouders en/of over het voorkomen van huiselijk geweld, dan is het belangrijk dat de kraamzorg daar vooraf van op de hoogte is. In de focusgroepinterviews in fase 1 kwamen er signalen naar voren dat deze informatie-overdracht beter kan. Het zou zinvol zijn om hier verder onderzoek naar te doen en er eventueel werkafspraken over te maken tussen verloskundigen en kraamzorg.

Aanbeveling 10: snellere en duidelijkere terugkoppeling vanuit Veilig Thuis

In de interviews in fase 1 kwam een aantal keren ter sprake dat hulp- en zorgverleners die wel een melding maken bij Veilig Thuis Twente, niet of pas heel laat horen wat er met hun melding gebeurt. Zeker voor professionals die ondertussen gewoon contact blijven houden met het kind of het gezin, kan dat tot ongemakkelijke situaties leiden. Te denken valt bijvoorbeeld aan een leerkracht die een melding heeft gemaakt, maar het kind nog wel elke dag in de klas heeft. Wanneer een beroepskracht in alle rust en openheid de melding heeft kunnen bespreken met het gezin, kan hij of zij eventueel bij het gezin zelf nog navraag doen. Maar als zo'n melding niet in goed overleg is gegaan, kan onwetendheid over de verdere voortgang de samenwerking met het gezin bemoeilijken en mogelijk ook de bereidheid verminderen om in de toekomst nog eens opnieuw te melden.

Aanbeveling 11: zorg voor één aanspreekpunt bij een crisisopname

Wanneer een ouder vanwege geweld hals over kop de woning moet verlaten om toevlucht te zoeken in de crisisopvang, kan dat tot veel angst en verwarring leiden. Dat kwam duidelijk naar voren in de interviews met twee vrouwen die gevlucht waren uit een gewelddadige relatie. Bij één van beiden kwam daar nog eens het gevoel bij, dat ze niet zelf het moment had kunnen kiezen om haar partner te verlaten. Zij ervoer dat, na het geweld van haar partner, als een nieuwe inbreuk op haar autonomie..

Beide vrouwen vertelden dat ze zich in die eerste dagen aan hun lot overgelaten hadden gevoeld. Er waren tal van praktische vragen op ze afgekomen, waarmee ze bij niemand terecht konden. Hoewel twee interviews een magere basis vormen om al te stevige conclusies te trekken, verdient het aanbeveling om te kijken naar mogelijkheden om juist in deze verwarrende eerste dagen te zorgen voor één laagdrempelig aanspreekpunt voor de cliënt. Dat zou bijvoorbeeld de gemeentelijke regisseur kunnen zijn of een hulpverlener die al langer bekend is met het gezin.

Referenties

- Alink, L., Prevo, M., Van Berkel, S., Linting, M., Klein Velderman, M., & Pannebakker, F. (2018). *NPM 2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden University, Institute of Education and Child Studies / TNO Child Health.
- Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, M., Whitfield, Ch., Perry, B, Dube, S., & Giles, W. (2005). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.
<https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andrews, D., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Asdonk, S. van der, Draaisma, N., Tessensohn, L., Schuengel, C & Alink, N. (2020). *Samen stap voor stap vooruit. Een onderzoek naar trauma- en gehechtheidsbehandeling voor gezinnen met jonge kinderen na huiselijk geweld. Rapport over voorstudie*. Universiteit Leiden/Vrije Universiteit.
- Bouwstenen MDA++. (2020). [PowerPointpresentatie]. Geraadpleegd op 3 december 2021 van https://vng.nl/sites/default/files/2020-11/20200325-bouwstenen-mda_ppt-def.pptx
- Center on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development* [Brief]. Harvard University. Geraadpleegd op 4 oktober 2021 van <http://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-science-of-ecd/>
- De Ruiter, C. (z.d.). Risk assessment instruments. Op 9 november 2021 geraadpleegd van <http://www.corinederuiters.eu/risk.php>
- De Ruiter, C. (2011). Risicotaxatie bij relationeel geweldplegers in de praktijk: de B-SAFER. *GZ-Psychologie* 7(5), 24-33.
- Expertisecentrum Fortho. (z.d.). *ARIJ; safety, risk, needs & responsivity*. Op 9 november 2021 geraadpleegd van <https://www.expertisecentrumfortho.nl/>
- Fredrickson, R. (2019) Trauma-Informed Care for Infant and Early Childhood Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 389-406.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1601143>
- Gerrits, N., & Uitewaal, P. (2021). *Effectevaluatie MDA++ Haaglanden*. GGD Haaglanden.

Holtkamp, Z. (2021). *Het "huismodel" als basis voor het gezinsplan*. IMH Nederland. Geraadpleegd op 17 november 2021 van <https://www.imhnederland.nl/huismodel-2/>

Hosper, K., & Van Loenen, T. (2021). *Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen*. Pharos.

Jansen, L., & de Witte, J. (2018). *V&VN Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling. Stappenplan voor Verzorgenden, Verpleegkundigen en Verpleegkundig specialisten. Herziene versie 2018*. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Jelsma, A., Tolsma, R., Doornbos, B., & Kunseler, F. (2019). *Ontwikkeldocument MDA++ Friesland. Van visie via experiment naar reguliere aanpak*. VNG. Op 28 november 2021 geraadpleegd van <https://vng.nl/sites/default/files/2020-02/ontwikkeldocument-mda.pdf>

Konijnendijk, A. (2018). *Fragile. Please handle with care. Understanding and supporting professionals' response to suspicions of child abuse and neglect*. [Proefschrift, Universiteit Twente]. <https://doi.org/10.3990/1.9789036545044>

Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M., Babb, C., Nishimo, T., & Barch, D. (2013). The Effects of Poverty on Childhood Brain Development. The Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events. *JAMA Pediatrics Online*, 2013;167(12):1135-1142.
doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3139

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Op 20 december 2021 geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start/Actieprogramma+Kansrijke+Start.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Veiligheid en Justitie, & Vereniging Nederlandse Gemeenten (2019). *Geweld hoort nergens thuis. Aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling*. VNG. Geraadpleegd op 4 oktober 2021 van https://vng.nl/sites/default/files/v_20190220_vws_brochure_geweld_hoort_nergens_thuis_v5_nl.pdf

Movisie, & Nederlands Jeugdinstituut (2017). *Wat is MDA++ en wat heb je er als gemeente aan?* [factsheet]. VNG. Geraadpleegd op 9 november 2021 van <https://vng.nl/publicaties/factsheet-wat-is-mda-en-wat-heb-je-er-als-gemeente-aan>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.a). *Child Abuse Risk Evaluation – Nederland (CARE-NL)*. Databank Instrumenten. Geraadpleegd op 9 november 2021 van <https://www.nji.nl/instrumenten/child-abuse-risk-evaluation-nederland-care-nl>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.b). *Kindermishandeling*. Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming.

Op 17 november 2021 verkregen van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kindermishandeling/>

Regio Gooi en Vechtstreek. (2020). *Privacy protocol MDA++*. Verlengde pilot. Geraadpleegd op 2

december 2021 van <https://api1.ibabs.eu/publicdownload.aspx?site=hilversum&id=100417410>

Rijksoverheid (z.d.). *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rijksoverheid. Geraadpleegd

op 4 oktober 2021 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>

Steketee, M., Tierolf, B., Lünneke, K., & Lünneke, M. (2020). *Kwestie van lange adem. Kan huiselijk geweld en kindermishandeling echt stoppen?* Verwey-Jonkerinstituut.

Stichting Groei Veilig. (z.d.). *Schildjes tools*. Geraadpleegd op 17 november 2021 van

<https://schildje.nl/schildje-tools/>

Stichting Mind2Care. (z.d.). *Zorgverleners*. Geraadpleegd op 17 november 2021 van

<https://mind2care.nl/zorgverleners/>

Ten Boom, A., & Wittebrood, K. (2019). *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland*. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum.

Van Arum, S. (2021, november). TOP-3 als overkoepelende methodiek. *Sozio*, 26(4), 16-19.

Van Rossum, J., ten Berge, I., & Anthonijsz, I. *Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling*. Geraadpleegd op 17 november 2021 van

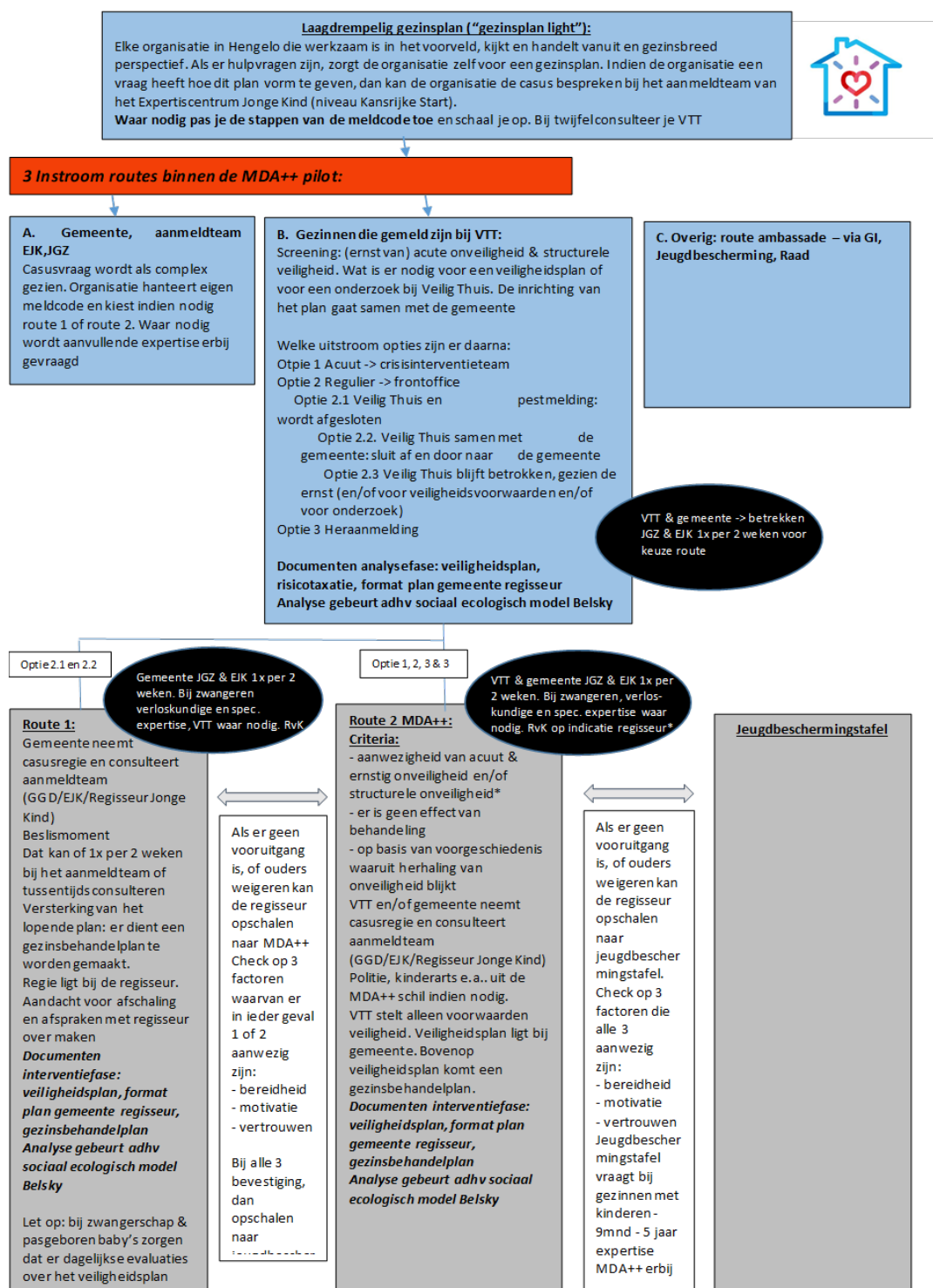
<https://www.toolkitaandachtsfunctionaris.nl/nieuw2019/wp-content/uploads/2019/kennisbank/Competenties-kindermishandeling-NJI-2008.pdf>

Vogtlander, L., & Van Arum, S. (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*. GGD GHOR Nederland.

Werkgroep Gegevensuitwisseling in het zorg- en veiligheidsdomein. (2020). *Gegevensuitwisseling bij samenwerking rond casuïstiek in het zorg- en veiligheidsdomein. Juridisch kader, versie 2.2.*

VNG. Geraadpleegd op 1 december 2021 van <https://vng.nl/sites/default/files/2020-08/handvat-gegevensuitwisseling-zvh-versie-2.2.pdf>

Bijlage 1: Stroomschema aanmelding



* RvK heeft 24-uursdienst. In de avond en weekenden verloopt dit via Veilig Thuis