

De handen ineen!

Participatief actieonderzoek naar de samenwerking
rond huiselijk geweld en kindermishandeling vanuit
Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden



Cora Bartelink
Anne Steenbakkers
Marije van der Hulst

.....	
	Samenvatting 5
.....	
1	Hoofdstuk 1 Inleiding 6
1.1	Probleemschets 7
1.2	Doel- en vraagstelling 8
1.3	Wat is en doet Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden? 8
1.4	Globale onderzoeksopzet en leeswijzer 10
.....	
2	Hoofdstuk 2 Literatuurverkenning 11
2.1	Vraagstelling 12
2.2	Methode 12
2.3	Resultaten 12
2.3.1	Hoe zien de optimale structuur en cultuur voor de samenwerking eruit die passen bij de visie van gefaseerde ketenzorg? 12
2.3.2	Hoe ziet een optimale samenwerking tussen cliënten en professionals eruit? 14
2.3.3	Welke partners zijn in welke fase belangrijk voor het slagen van de gefaseerde ketenzorg? 15
2.3.4	Hoe kunnen partners rollen en taken optimaal verdelen, inclusief het beleggen van de regie? 16
2.3.5	Aan welke randvoorwaarden moet voldaan worden voor een optimale samenwerking? 18
2.4	Conclusies 20
	Geraadpleegde bronnen 21
.....	
3	Hoofdstuk 3 Startbeeld 22
3.1	Vraagstelling 23
3.2	Methode 23
3.2.1	Dossieranalyse 23
3.2.2	Interviews met professionals 23
3.2.3	Interviews met cliënten 24
3.3	Resultaten 25
3.3.1	Dossieranalyse 25
3.3.2	Interviews met professionals 28
3.3.3	Interviews met cliënten 36
3.4	Conclusies 40
.....	

Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw.



4	Hoofdstuk 4 Leer- en verandercyclus	42
4.1	Doelstelling	43
4.2	Opzet	43
4.3	Uitkomsten van de bijeenkomsten: chronologische weergave	43
4.3.1	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 1	44
4.3.2	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 2	45
4.3.3	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 3	45
4.3.4	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 4	46
4.3.5	Toestemming managementteam van het Zorg- en Veiligheidshuis	48
4.3.6	Focusgroep 1 met (voormalige) cliënten	48
4.3.7	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 5	49
4.3.8	Testfase 1	49
4.3.9	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 6	50
4.3.10	Testfase 2	51
4.3.11	Focusgroep 2 met (voormalige) cliënten	53
4.3.12	Ontwikkelgroep: bijeenkomst 7	53
4.4	Conclusies	54
5	Hoofdstuk 5 Opbrengsten van de leer- en verandercyclus	56
5.1	Gezamenlijke analyse en planvorming	57
5.2	Positie van cliënten	57
	Leidraad Gezamenlijke Analyse en Planvorming	58
	Cliëntfolder Zorg- en Veiligheidshuis	67
6	Hoofdstuk 6 Conclusies, discussie en aanbevelingen	68
6.1	Vraagstelling en conclusies	69
6.1.1	Optimale samenwerking?	69
6.1.2	Impact van de verbeteracties	70
6.2	Discussie	71
6.2.1	Bevindingen in breder perspectief	71
6.2.2	Sterke en zwakke kanten van het onderzoek	72
6.3	Aanbevelingen	72
	Referenties	75

De Haagse Hogeschool en Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden hebben samen onderzoek gedaan naar mogelijkheden om de samenwerking rond complexe huiselijkgeweldsituaties te verbeteren. Hiervoor is een participatief actieonderzoek opgezet.

In de eerste fase van het onderzoek zijn een literatuurverkenning, dossieranalyse en interviews uitgevoerd. Vanuit de literatuurverkenning bleek de noodzaak van een diversiteit aan betrokken expertises, goede samenwerkingsafspraken en een sterke voorzitter. Continuïteit van de erbij betrokken professionals was daarbij een terugkerend knelpunt en potentiële succesfactor. In de onderlinge samenwerking is het cruciaal om gezamenlijk een probleemanalyse en plan van aanpak te maken, wat in de praktijk vaak niet eenvoudig is. De dossieranalyse geeft enigszins een beeld van de gezinnen waarmee het Zorg- en Veiligheidshuis te maken heeft. Echter, voor buitenstaanders bleek het lastig om op basis van de dossiers een volledig beeld van de situatie te krijgen, omdat informatie ontbrak of onvolledig was. Ook ontbrak vaak een overkoepelend plan en een gezamenlijke (verklarende) analyse van de samenhang tussen problemen en oorzaken van de problemen. Daardoor kwam de toegevoegde waarde van de multidisciplinaire overleggen op papier niet duidelijk naar voren. In MDA++-dossiers was dit sterker dan bij reguliere Zorg- en Veiligheidshuis-dossiers. Uit de interviews kwam een breed scala aan knelpunten en mogelijke succesfactoren naar voren, die een aanknopingspunt voor het verdere onderzoek boden. Belangrijke thema's in de interviews waren het werken op eigen eilandjes, het ontbreken van een goede gezamenlijke analyse en plan van aanpak, de rol van cliënten, de meerwaarde van de betrokkenheid van de partners uit de strafketen en de vormgeving van casusregie.

Vervolgens is in een ontwikkelgroep, bestaand uit medewerkers van politie, Openbaar Ministerie, reclassering, Perspektief, Veilig Thuis, Jeugdbescherming west, Veilig Verder Team, De Waag en het Zorg- en Veiligheidshuis, onderzocht op welke thema's concrete verbeteracties gewenst zijn. Uiteindelijk is samen met hen concreet gewerkt aan het versterken van de gezamenlijke analyse en planvorming en aan het versterken van de positie van cliënten.

Ter versterking van de gezamenlijke analyse en planvorming is een gespreksleidraad voor de casusbesprekingen

ontwikkeld. Deze gespreksleidraad is gebaseerd op de principes van gefaseerd werken aan veiligheid (onderscheid tussen het werken aan directe veiligheid, verminderen van risico's en bevorderen van herstel), de BOB-methode (Beeldvorming, Oordeelsvorming en Besluitvorming) en 'Signs of Safety'. De ervaringen met de gespreksleidraad in de testfase waren positief, wat maakt dat procesregisseurs het hulpmiddel volop gebruiken.

Er is gewerkt aan versterking van de positie van cliënten door hen uit te nodigen voor de casusbesprekingen over hun situatie. Uitgangspunt is dat cliënten aanwezig zijn en een actieve rol hebben. Daarvoor bereiden ze samen met een casusregisseur of andere professional het gesprek voor. Ook bespreken ze het achteraf na met een van de betrokken professionals. Als cliënten niet aanwezig kunnen of willen zijn, wordt gezocht naar andere manieren om hun inbreng mee te nemen. Als ondersteuning is een cliëntfolder ontwikkeld met informatie over de rol en werkwijze van het Zorg- en Veiligheidshuis. De professionals die in de testfase erbij betrokken waren, waren overwegend positief, maar ervoeren ook uitdagingen. De positie van het Openbaar Ministerie (OM) is een voorbeeld van de uitdagingen die de professionals hierbij in de samenwerking tegenkwamen. Ook bleek het lastig om verwachtingen van cliënten goed te managen.

In het onderzoek zijn stappen gezet om de casuïstiek-besprekingen te versterken, als belangrijke pijler voor een optimale samenwerking. Toch zien we ook dat er nog belangrijke vraagstukken liggen, zoals de mogelijkheden om maatwerk te leveren voor gezinnen, keuzes te maken in welke professionals wel en niet erbij betrokken blijven en het centraal stellen van de vragen en behoeften van gezinnen. Dit zijn mogelijke onderwerpen voor een vervolgtraject.

Met dit onderzoek is een gezamenlijk leerproces van de betrokken organisaties ingezet. Gezien de vraagstukken die er nog liggen en in de toekomst ongetwijfeld ook verder zullen opduiken, bevelen we aan om het onderzoek voort te zetten. Het lijkt wenselijk dit zo dicht mogelijk bij de vaste bezetting van de reguliere aanpak (materiedeskundigen) en MDA++ (expertpooleden) te organiseren en met input van professionals die zich incidenteel aansluiten. Daarbij zijn oog voor lef bij de professional en mandaat vanuit de achterliggende organisatie cruciaal om te slagen.



1.1 Probleemschets

Kindermishandeling en huiselijk geweld zijn complexe problemen met een grote impact voor alle betrokkenen. Snel en adequaat handelen is nodig om langdurige schade en hoge kosten te voorkomen.

De hulp aan huishoudens waarin kindermishandeling en huiselijk geweld voorkomen, moet gericht zijn op alle factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van de kindermishandeling of het huiselijk geweld. Hulp dient daarom gericht te zijn op (indien aanwezig) beide partners/ouders, het kind/de kinderen, het gezinssysteem en de omgeving. Dit vraagt om samenwerking tussen organisaties uit verschillende sectoren - zowel de zorg-, bestuurs- als strafketen - zodat hulp inhoudelijk en organisatorisch goed op elkaar aansluit. Een integrale aanpak kan bijdragen aan een grotere effectiviteit van de hulp (Hopman & De Jong, 2019; Van Hal, Gilsing & Van der Hoff, 2019; Verheijden & De Lange, 2016). Door met verschillende ketenpartners een analyse te maken van situaties in huishoudens en een integraal plan van aanpak op te stellen, is de kans groter dat kindermishandeling en huiselijk geweld effectief en duurzaam gestopt worden (Ten Berge et al., 2012). Landelijk is een visie ontwikkeld op hoe de zorg voor deze huishoudens het beste vormgegeven kan worden (zie Vogtländer & Van Arum, 2016), die breed gedragen wordt. De visie gaat uit van gefaseerde ketenzorg. Kern hiervan is dat de zorg eerst gericht is op het herstel van acute veiligheid en pas daarna op de aanpak van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de onveiligheid. Dit legt de basis voor het werken aan herstel, dat wil zeggen de behandeling van de gevolgen van huiselijk geweld en kindermishandeling (bijvoorbeeld traumabehandeling). Deze gefaseerde aanpak beoogt herstel in huishoudens te bevorderen en overzicht in het hulpverleningsproces te creëren. De regio Haaglanden heeft deze visie omarmd (zie 'Regiovisie Huiselijk geweld Haaglanden 2019-2022').

Om de samenwerking tussen zorg-, bestuurs- en strafketen te bevorderen, is Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden opgericht. Voor de meest complexe doelgroep, waarbij huiselijk geweld niet stopt met een afzonderlijke aanpak van professionals, is het noodzakelijk om de straf-, zorg- en bestuursketen in samenhang in te zetten. Het Zorg- en Veiligheidshuis biedt dan de mogelijkheid om deze ketens te laten samenwerken voor het gemeenschappelijke doel van veiligheid in gezinnen. De aanpak bestaat uit een gezamenlijke analyse van de situatie rond een huishouden en het op basis daarvan opstellen van een integraal plan van

aanpak, waarmee maatwerk geboden wordt. Ook bepalen de partners met elkaar wie de regie voert. Diverse partners binnen het Zorg- en Veiligheidshuis constateren dat deze samenwerking op met name het gebied van huiselijk geweld en/of kindermishandeling beter kan, zowel qua efficiëntie (snelle besluitvorming, korte lijnen, warme overdracht) als qua effectiviteit (impact voor individuen, gezinnen).

Samenwerking tussen verschillende sectoren blijkt niet eenvoudig van de grond te krijgen. Onderzoek laat herhaaldelijk zien dat er veel schort in de samenwerking rond gezinnen waarin kindermishandeling en huiselijk geweld spelen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019; Inspectie Justitie en Veiligheid, 2019). Er blijken verschillen in visie en taal en verschillende verwachtingen over ieders rol en taak in de samenwerking. Ook ervaringsdeskundigen menen dat de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling beter kan. Gezinnen krijgen te maken met veel verschillende hulpverleners, die veelvuldig wisselen. Ook ervaren zij dat ze steeds opnieuw hun verhaal moeten doen (Van Vliet et al., 2020). De veelvuldige wisselingen en korte betrokkenheid van hulpverleners staan in de weg bij het aangaan van stabiele werkrelaties, waarin gezinnen vertrouwen in hun hulpverlener opbouwen en tot verandering komen (De Greef, 2019). Gezinnen ervaren daardoor ook weerbarstige problemen, verliezen vertrouwen, raken hulpverleningsmoe en hebben weinig hoop op verbetering.

In dit onderzoek willen we nagaan wat een dergelijke gefaseerde ketenzorg oplevert voor huishoudens met de meest complexe situaties rond huiselijk geweld en kindermishandeling als het gaat om het duurzaam stoppen van geweldsituaties. Daarnaast willen we nagaan welke vraagstukken deze gefaseerde ketenzorg oplevert voor de samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis, bijvoorbeeld de verdeling van rollen, taken en verantwoordelijkheden, het moment van inzet tijdens het traject en de invloed op het resultaat van het traject. De veronderstelling is dat zich in elke fase van de gefaseerde ketenzorg andere samenwerkingsvraagstukken voordoen, met andere ketenpartners. Verder vragen de partners in het Zorg- en Veiligheidshuis zich af tot welk moment deze intensieve ketensamenwerking nodig is, meer concreet of de intensieve aanpak ook nodig is in de herstelfase. Ten slotte leven er ook vragen over hoe de bestuurlijke samenwerking op regionaal niveau tussen zorg en veiligheid verder kan bijdragen aan een goede samenwerking op casusniveau.

1.2 Doel- en vraagstelling

De partners in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden zien graag dat dit onderzoek leidt tot een optimale samenwerking tussen de zorg-, bestuurs- en strafketen voor gezinnen die structureel met huiselijk geweld en kindermishandeling te maken hebben. Het uiteindelijke doel is het geweld in deze gezinnen duurzaam te stoppen.

Een optimale samenwerking is effectief en efficiënt. Met een effectieve samenwerking bedoelen we een samenwerking die leidt tot de inzet van passende zorg en maatregelen, die bijdragen aan het stoppen van het geweld. De hulp die ingezet wordt sluit aan bij de hulpvraag en het probleem van betrokkenen en leidt (naar verwachting) tot herstel van veiligheid. Daarmee kijken we niet naar daadwerkelijke effectiviteit, wat het langdurig volgen van gezinnen zou vereisen, maar naar een noodzakelijke voorwaarde voor effectiviteit, namelijk de inzet van hulp die volgens betrokkenen passend is voor de vermindering van risico's en bevordering van herstel. Met een efficiënte samenwerking bedoelen we onder meer het voorkomen van herhaling van kindermishandeling en huiselijk geweld, korte lijnen tussen betrokken organisaties/professionals en zo min mogelijk overdrachtmomenten. Bij beide aspecten is het perspectief van betrokkenen (partners/ouders, jeugdigen) van cruciaal belang: de samenwerking dient zo ingericht te zijn dat het hen helpt.

Onderzoeksvragen waarop de partners van het Zorg- en Veiligheidshuis een antwoord willen, zijn:

1. Hoe kunnen we de samenwerking bij de gefaseerde ketenzorg binnen het Zorg- en Veiligheidshuis optimaliseren, teneinde kindermishandeling en huiselijk geweld bij de gezinnen met de meest complexe problemen duurzaam te stoppen?
 - a. Wat is een optimale structuur en cultuur voor de samenwerking passend bij de visie van gefaseerde ketenzorg?
 - b. Hoe ziet de optimale samenwerking tussen cliënten en professionals eruit?
 - c. In welke fase hebben welke partners een rol in de samenwerking?
 - d. Hoe kunnen partners rollen en taken optimaal verdelen (inclusief de regie beleggen)?
 - e. Met welke randvoorwaarden is de samenwerking te faciliteren?

2. Welke impact hebben onze verbeteracties in de samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis op het resultaat voor gezinnen (duurzaam stoppen van huiselijk geweld en kindermishandeling)?
 - a. Hoe tevreden zijn betrokkenen over de aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis? In hoeverre voelen zij zich geholpen met de aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis en ervaren zij dat huiselijk geweld en kindermishandeling hiermee stoppen?
 - b. Hoe tevreden zijn betrokken professionals over de aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis? In hoeverre kunnen zij in gezamenlijkheid huiselijk geweld en kindermishandeling duurzaam beëindigen in de huishoudens?

1.3 Wat is en doet Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden?

Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden is een samenwerkingsverband van partners uit de straf-, zorg- en bestuurlijke keten. Samen zijn zij gericht op het doorbreken van vicieuze cirkels van problemen waarin burgers zich bevinden. Aanleiding voor de samenwerking is in veel situaties geweld, criminaliteit of overlast, maar burgers die met het Zorg- en Veiligheidshuis in aanraking komen, hebben vaak veel andere problemen. De meervoudige en complexe problemen zijn niet door afzonderlijke partners op te lossen, maar vragen om een gezamenlijke aanpak.

Een groot aantal partners is aangesloten bij Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, namelijk:

- Gemeenten Den Haag, Delft, Zoetermeer, Westland, Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp
- Politie Eenheid Den Haag
- Openbaar Ministerie Den Haag
- Reclassering Nederland
- Dienst Justitiële Inrichtingen (Penitentiaire Inrichtingen Zoetermeer en Alphen aan den Rijn)
- Palier Forensische en Intensieve Zorg
- De Waag Nederland
- Veilig Thuis Haaglanden
- Raad voor de Kinderbescherming
- Jeugdbescherming west
- Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering
- Perspektief
- Bureau Nazorg Ex-gedetineerden



- MEE
- Middin
- Fivoor
- Parnassia (waaronder Youz en de Brijder)
- Teijlingereind
- William Schrikker Stichting
- JIT
- Jeugdformaat
- GGD Haaglanden
- Exodus
- Barka
- Shop
- Humanitas
- Limor
- Kessler
- Anton Contandse
- Ipse de Bruggen
- Klinisch Centrum Nootdorp

Daarnaast sluiten allerlei organisaties incidenteel aan wanneer dit nodig is in een specifieke zaak.

Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden werkt op twee manieren aan zaken waarbij huiselijk geweld speelt. Ten eerste in de reguliere aanpak, waarin partners kortdurend bij elkaar komen om tot een integraal plan van aanpak voor een persoon of gezin te komen. Ten tweede met MDA⁺⁺

(Multidisciplinaire Aanpak), dat gezinnen ondersteunt die met jarenlange patronen van huiselijk geweld en kindermishandeling en daarnaast met problemen op meerdere andere leefgebieden te maken hebben. Het multidisciplinaire team is langdurig betrokken bij gezinnen. MDA⁺⁺ is sinds september 2020 ondergebracht bij het Zorg- en Veiligheidshuis.

De reguliere aanpak en MDA⁺⁺ kennen overeenkomsten en verschillen. Zowel in de reguliere aanpak als bij MDA⁺⁺ zit een procesregisseur de casuïstiekbesprekingen voor. Beide kennen ook twee typen overleg, namelijk het weegoverleg, waarin bekeken wordt of een zaak vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis wordt opgepakt, en het focusoverleg, waarin meer diepgaand een gezamenlijke analyse en plan van aanpak voor zaken gemaakt worden. Voor de reguliere aanpak is de politie de belangrijkste aanmelder, terwijl dat bij MDA⁺⁺ Veilig Thuis is. Echter, ook andere organisaties kunnen gezinnen met complexe problemen aanmelden. Bij MDA⁺⁺ worden zaken aangemeld waarbij huiselijk geweld en kindermishandeling op de voorgrond staan, die in de meeste gevallen ook al lang aanwezig zijn; de aanpak van MDA⁺⁺ is erop gericht dat te doorbreken. Bij de reguliere aanpak is huiselijk geweld vaak een onderdeel van de problematiek, maar is het meestal niet de hoofdrede van de aanmelding. Ook gaat het in de reguliere aanpak meer om acute problematiek en hoeft er geen sprake van langdurige

problematiek te zijn. Een ander verschil is dat MDA++ zich vooral richt op gezinnen, terwijl het in de reguliere aanpak ook om uitsluitend volwassenen kan gaan. Zowel in de reguliere aanpak als in MDA++ zit een deel van de professionals als vaste gesprekspartners aan tafel. Dit zijn materiedeskundigen (reguliere aanpak) of expertpoolleden (MDA++). Daarnaast schuiven bij casuïstiekbesprekingen professionals uit diverse organisaties aan die direct betrokken zijn bij gezinnen.

1.4 Globale onderzoekopzet en leeswijzer

Gezien de praktijkgerichte vraag is gekozen voor een opzet met een participatief actieonderzoek. Een participatief actieonderzoek is gericht op het tot stand brengen van concrete veranderingen in en samen met de beroepspraktijk. Participatief actieonderzoek combineert verandering, kennisontwikkeling over die verandering en persoonlijke en collectieve leerprocessen. Het heeft een cyclisch onderzoeksproces, waarin onderzoekers en relevante betrokkenen met elkaar het probleem observeren en analyseren, oplossingen ervoor bedenken, vervolgens testen en evalueren en zo nodig opnieuw de cyclus doorlopen. Onderzoekers werken actief samen met relevante deelnemers – in dit onderzoek professionals uit diverse organisaties en cliënten/ervaringsdeskundigen.

Dit type onderzoek leent zich ervoor om zogenaamde 'wicked problems' in concrete verbetercycli met alle betrokken partijen te onderzoeken, te optimaliseren en te evalueren. Het vergroot het inzicht van betrokkenen in hun eigen handelen, waarbij ze tegelijkertijd ook inzicht opdoen om hun handelen te verbeteren. Voordeel van participatief actieonderzoek is dat alle relevante partijen betrokken zijn, zowel bij de probleemdefinitie als bij de oplossing (acties/interventies). Daarbij blijft de verantwoordelijkheid voor de

oplossing ook bij de betrokkenen. Dit vergroot de kans op een succesvolle implementatie (Migchelbrink, 2015).

Het onderzoek 'De handen ineen!' bestaat uit vier fases:

- **Fase 1: Inzicht in de doelgroep en de huidige stand van zaken rond samenwerking**

In deze fase is de huidige stand van zaken met literatuuronderzoek, dossieranalyse en interviews opgemaakt.

- **Fase 2: Terugkoppeling en ontwikkeling van de gedeelde visie op samenwerking**

In de tweede fase kregen de betrokken partners inzicht in de huidige stand van zaken en ontwikkelden ze met elkaar een visie op de gewenste samenwerking. Dit gebeurde in bijeenkomsten met een ontwikkelgroep.

- **Fase 3: Leer-, verbeter- en evaluatiecyclus**

In fase 3 ontwikkelde de ontwikkelgroep een plan voor optimalisering van de aanpak van huiselijk geweld in het Zorg- en Veiligheidshuis. Zij experimenteerden met vernieuwingen en evalueerden deze gezamenlijk. De onderzoekers evalueerden de ervaringen bij cliënten en betrokken partners met een korte vragenlijst en interviews.

- **Fase 4: Evaluatie en borging**

In de laatste fase is nagedacht over de wijze waarop de vernieuwingen geborgd kunnen worden.

Een verdere beschrijving van de methodologie per fase is te vinden in de volgende hoofdstukken. Fase 1 is terug te vinden in hoofdstukken 2 en 3, waarbij hoofdstuk 2 het literatuuronderzoek beschrijft en hoofdstuk 3 ingaat op de dossieranalyse en interviews. Hoofdstuk 4, waarin het proces met de ontwikkelgroep en cliënten is beschreven, gaat in op de fases 2, 3 en 4.



2.1 Vraagstelling

Ter ondersteuning van het actiegerichte onderzoek is een literatuurverkenning uitgevoerd. De hoofdvraag van de literatuurverkenning is: hoe ziet een optimale samenwerking bij gefaseerde ketenzorg eruit teneinde kindermishandeling en huiselijk geweld in gezinnen met complexe problemen duurzaam te stoppen?

Deze hoofdvraag is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

1. Hoe zien de optimale structuur en cultuur voor de samenwerking eruit die passen bij de visie van gefaseerde ketenzorg?
2. Hoe ziet een optimale samenwerking tussen cliënten en professionals eruit?
3. Welke partners zijn in welke fases belangrijk voor het slagen van de gefaseerde ketenzorg?
4. Hoe kunnen partners rollen en taken optimaal verdelen, inclusief het beleggen van de regie?
5. Aan welke randvoorwaarden moet voldaan worden voor een optimale samenwerking?

2.2 Methode

Voor deze literatuurverkenning is gekozen voor een selectieve, narratieve literatuurreview. In een selectieve review selecteren de onderzoekers de meest relevante publicaties. Daarmee geven zij een compact en overkoepelend beeld van de belangrijkste inzichten in het voorliggende vraagstuk. In een narratief review maken onderzoekers een kritische samenvatting en vergelijking van bestaande publicaties.

In de eerste plaats is gezocht naar lokale en regionale evaluaties van de MDA+-aanpak en de werkwijze van (Zorg- en) Veiligheidshuizen. Daarnaast is gezocht naar nationale en internationale wetenschappelijke publicaties over multidisciplinaire samenwerking, in het bijzonder gericht op huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Deze literatuurverkenning is uitgevoerd in het eerste kwartaal van 2021 en bevat publicaties uit de periode van 2008 tot begin 2021.

2.3 Resultaten

In totaal zijn 22 bronnen geraadpleegd. Elf bronnen hadden betrekking op MDA+, waarvan vijf procesbeschrijvingen, drie procesevaluaties en drie interviews met betrokkenen. De literatuur over (Zorg- en) Veiligheidshuizen bestond uit twee bronnen, beide specifiek gericht op stalking. Daarnaast evalueerden zes bronnen de bredere aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling in complexe gezinnen. Vanuit de internationale literatuur gaven drie

bronnen inzicht in succesfactoren en knelpunten in multidisciplinaire samenwerking. In de gevonden literatuur zijn (combinaties van) verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, waaronder vragenlijsten, interviews, de analyse van registratiegegevens en observaties van casuïstiek en overlegmomenten.

Uit deze literatuur is een overzicht van de belangrijkste succesfactoren, knelpunten en aanbevelingen gemaakt voor de multidisciplinaire aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.

2.3.1 Hoe zien de optimale structuur en cultuur voor de samenwerking eruit die passen bij de visie van gefaseerde ketenzorg?

In deze paragraaf geven we vanuit de literatuur een antwoord op de vraag wat een optimale structuur en cultuur zijn voor de samenwerking in een multidisciplinair team rond huiselijk geweld en kindermishandeling.

Multidisciplinair werken

Voor de aanpak van huiselijk geweld is multidisciplinaire samenwerking van grote meerwaarde, hoewel deze ook een aantal voorwaarden kent. Zo blijkt de aanwezigheid van voldoende specialistische kennis zeer belangrijk.^{1,2,4,17,19} Dit is vooral het geval wanneer er op dezelfde manier, maar vanuit verschillende expertises naar een casus wordt gekeken.^{7,20,22} De betrokkenheid van partners met de volgende expertises is daarbij dringend gewenst: strafrecht (Openbaar Ministerie), forensisch arts, schuldhulpverlening, traumaspecialist, specialisten op het gebied van zorgmijding en agressie, verslavingszorg en (licht) verstandelijke beperking.^{3,5,7,8,11,16} Het is van belang dat partners met deze expertises ten minste op aanvraag aansluiten. Een specifiek punt van aandacht hierbij is de betrokkenheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het blijkt voor de ggz vaak lastig om aan te sluiten wanneer een persoon geen cliënt bij de instelling is. Op sommige plekken lossen gemeenten dit op door de deelname van de ggz aan het multidisciplinaire overleg zelf te financieren, tenzij het een casus betreft waarbij de ggz als behandelaar betrokken is. In een multidisciplinaire aanpak vormen de verschillende perspectieven niet alleen een grote meerwaarde, maar potentieel ook het grootste knelpunt. Verschillende perspectieven en tegenstrijdige visies kunnen een gezamenlijke analyse en plan van aanpak belemmeren, waarmee een gezamenlijk perspectief op de hulpverlening aan een gezin ontbreekt.^{11,19,20} Enerzijds komt dit doordat professionals de situatie verschillend inschatten, anderzijds hebben professionals tegenstrijdige doelen en prioriteiten

vanuit hun eigen expertise.^{11,19,20} Een verklaring die daar mogelijk aan ten grondslag ligt, is onvoldoende kennis van en waardering voor de rollen, verantwoordelijkheden en mogelijkheden van andere organisaties.^{19,20}

Continuïteit

Gezien het multidisciplinaire karakter van de samenwerking is het van belang om de continuïteit van het team te waarborgen. Zo leren samenwerkingspartners elkaar en ieders expertise goed kennen en ontstaan er korte lijnen onderling, met name ook tussen experts uit dit multidisciplinaire team en uitvoerend professionals in de praktijk.^{1,2,3,6,19} Hierbij gaat het niet enkel om langdurige samenwerking tussen verschillende organisaties, maar specifiek ook om samenwerking tussen dezelfde professionals uit die organisaties. Wanneer dezelfde professionals steeds met elkaar samenwerken, raken zij op elkaar ingespeeld en kunnen zij ieders expertise goed benutten. In gunstige gevallen kan deze samenwerking leiden tot versnelde toegang tot verschillende soorten van hulpverlening voor een gezin.^{1,4} Dit vraagt om langdurige betrokkenheid bij het multidisciplinaire team van specifieke professionals en adequate vervanging bij onvermijdbare afwezigheid.³

Voorzitterschap

Aangezien een multidisciplinair team bestaat uit een (groot) aantal partners vanuit verschillende organisaties en expertises is de aanwezigheid van een goede voorzitter essentieel. Een voorzitter die het proces en de aanpak bewaakt, is van groot belang om duidelijkheid te creëren in de werkwijze en samenwerkingsstructuur.^{2,4,6,8,10,20} Ook hierbij is continuïteit van belang en komt het de samenwerking ten goede als het voorzitterschap steeds belegd is bij dezelfde persoon, die geen verdere taken heeft in het gesprek. Zonder sterke voorzitter lopen vergaderingen uit en is er hierdoor onvoldoende tijd om zorgvuldige afwegingen te maken.¹

Samenwerkingsafspraken

Organisatie-overkoepelend is een heldere governancestructuur en samenwerkingsovereenkomst met alle betrokken partners een belangrijke voorwaarde om multidisciplinair samen te werken rondom huiselijk geweld.^{2,8,20} Wanneer samenwerkingsovereenkomsten onvoldoende zijn gemaakt of worden nageleefd, bemoeilijkt dit vanzelfsprekend de onderlinge samenwerking, maar ontstaat er ook onduidelijkheid over de positie van het samenwerkingsverband ten opzichte van andere samenwerkingsverbanden in de regio.¹⁹



Aanbevelingen

De literatuur doet een aantal aanbevelingen voor een optimale multidisciplinaire samenwerking. Allereerst wordt geadviseerd om de organisatie strak te regelen. Dat betekent dat:

- de verantwoordelijkheid voor het voorzitterschap bij één organisatie ligt;
- er een vast triagemoment is om casuïstiek te bespreken;
- er aandacht is voor eenduidigheid in afspraken, taal en methodiek;
- er expliciete verslaglegging is met concrete, gezamenlijke afspraken.^{1,6-8,20}

Daarnaast is het van belang om commitment bij alle betrokken partijen te waarborgen en de samenwerking strak te coördineren, met een vast aanspreekpunt dat kan opschalen indien nodig of wenselijk. Ook is het van belang om doorlooptijden zo kort mogelijk te houden en voldoende face-to-face contact te faciliteren om een goede samenwerking te bevorderen en te behouden.^{2,6,18-20} Hierbij moet blijvend aandacht zijn voor het reflecteren op en evalueren van de onderlinge samenwerking.^{6,19,20}

De literatuur beveelt aan om kritisch af te wegen welke partners het kernteam vormen en daarmee altijd aanwezig zijn, en welke partners enkel op aanvraag aanschuiven. Er zijn geen duidelijke aanbevelingen beschreven over welke partners structureel of incidenteel betrokken zouden moeten zijn.^{5,7,8} Ten slotte wordt aanbevolen om een protocol te ontwikkelen dat ondersteunt in het collectief oplossen van dilemma's in de gezamenlijke hulpverlening.¹¹

2.3.2 Hoe ziet een optimale samenwerking tussen cliënten en professionals eruit?

In deze paragraaf geven we vanuit de literatuur een antwoord op de vraag wat de optimale samenwerking is tussen cliënten en professionals om huiselijk geweld en kindermishandeling duurzaam te stoppen.

Voor een succesvolle aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling is het cruciaal dat de hulpverlening aansluit bij de leefsituatie, capaciteiten, mogelijkheden en behoeften van de cliënt. Wanneer cliënten zich niet gehoord of niet serieus genomen voelen en weinig betrokkenheid vanuit de hulpverlening ervaren, loopt de hulpverlening aan cliënten spaak. Optimale samenwerking tussen cliënten en professionals wordt gekenmerkt door gezamenlijke besluitvorming, open communicatie en nauw en langdurig contact.

Gezamenlijke besluitvorming

De belangrijkste succesfactor in de samenwerking tussen cliënten en professionals is de mate waarin er partnerschap ontstaat. Partnerschap betekent dat er goed contact is en cliënten en professionals gezamenlijk werken aan het beëindigen van het geweld en het verminderen of hanteerbaar maken van andere problemen. Een sterk partnerschap draagt bij aan een beter resultaat.^{2,4,15,17,22} Zo vinden zowel professionals als cliënten het prettig om gezamenlijk overleg te voeren en afspraken te maken.^{7,10} Dit geeft cliënten de ruimte om te reflecteren, ervaringen te delen, vragen te stellen en hun eigen situatie te evalueren.^{4,7} Eventueel kan een overleg door professionals worden

voorbereid, om ouders zo een helder plan voor te leggen.⁷ Ook kan het voor cliënten prettig zijn als hun sociale netwerk betrokken wordt in het monitoren van de veiligheid en het bieden van informele hulp.^{10,16,18,22}

Gezamenlijke besluitvorming komt niet altijd goed tot stand. In sommige gevallen is het moeilijk om goed contact te krijgen met een gezin, bijvoorbeeld door een taalbarrière, ongelijke man-vrouwverhoudingen of wantrouwen naar de buitenwereld en de hulpverlening.^{11,17} Daarnaast is er in de multidisciplinaire aanpak niet altijd voldoende aandacht voor de ervaringen en (hulp)behoeften van jeugdigen.^{10,16} Ook is er niet altijd direct contact tussen het gezin en het multidisciplinaire team.¹

Open communicatie

Behalve aan gezamenlijke besluitvorming hechten cliënten ook veel waarde aan de communicatiestijl die professionals hanteren in hun contact met cliënten. Zij geven aan dat communicatie altijd open en respectvol moet zijn, vanuit positieve bekrachtiging.^{1,4,16} Cliënten geven aan dat zij veel dwang ervaren en dat consequenties voor het schenden van bodemeisen niet altijd duidelijk zijn.¹ Daarnaast voelen met name mannen zich bejegend vanuit bepaalde vooroordelen.^{1,15} Mannen worden vaker benaderd als pleger en krijgen geregeld een psychiatrisch label. Daarmee krijgen zij minder erkenning voor onderliggende problemen en daardoor een suboptimale behandeling.¹⁵

Nauw en langdurig contact

Door langdurig bij cliënten betrokken te zijn, ontstaat er een duurzamere samenwerking, waarin partijen elkaar goed begrijpen en beter gezamenlijk kunnen optrekken.² Langdurige betrokkenheid vanuit de multidisciplinaire samenwerking bij een gezin (minimaal één jaar) zorgt voor een betere ervaring voor cliënten en professionals.^{2,4,16,17}

Aanbevelingen

De literatuur doet een aantal aanbevelingen voor een optimale samenwerking tussen cliënten en professionals, met name gericht op de gezamenlijke besluitvorming. Die aanbevelingen zijn dat:

- cliënten altijd betrokken worden bij overleg en besluitvorming, tenzij dit niet mogelijk of wenselijk is gezien de huidige veiligheidssituatie;^{6,15,17}
- er in de besluitvorming aangesloten wordt op de eigen levensdoelen en situatie van cliënten;^{15,17}
- er met alle gezinsleden gesproken wordt, en indien gewenst ook gebruikgemaakt wordt van ervaringsdeskundigheid en/of lotgenotengroepen;^{15,17}

- er ruimte geboden wordt voor zorgen en emoties van cliënten en steun geboden wordt bij negatieve emoties, waardoor cliënten zich gehoord voelen;^{7,15,16,17,18}
- professionals voor cliënten een realistisch perspectief schetsen;^{15,17}
- per overleg goed afgewogen wordt welke professionals wenselijk zijn om te laten aansluiten bij het overleg;⁷
- het opgestelde plan op vaste momenten door professionals en cliënten gezamenlijk wordt geëvalueerd.^{15,17}

2.3.3 Welke partners zijn in welke fase belangrijk voor het slagen van de gefaseerde ketenzorg?

In deze paragraaf geven we vanuit de literatuur een antwoord op de vraag in welke *fase* van gefaseerde ketenzorg professionals een rol spelen in het samenwerkingsproces. In de literatuur wordt geen specifiek onderscheid gemaakt tussen de fases van directe veiligheid, risicogestuurde zorg en herstelgerichte zorg. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen de aanmelding bij, de daadwerkelijke uitvoering door en de afronding van de betrokkenheid van het multidisciplinaire overleg. Voor dit thema zijn geen specifieke aanbevelingen geformuleerd in de literatuur.

Aanmelding

Bij de aanmelding is het prettig dat een panel van experts vanuit de multidisciplinaire samenwerking met de aanmelder kan meedenken over welke (vervolg)stappen er gezet kunnen worden.^{1,2,4,6,10} Wanneer binnen de multidisciplinaire samenwerking onvoldoende gezamenlijke verantwoordelijkheid gedragen wordt, blijft het zwaartepunt van de hulpverlening liggen bij de aanmelder en komt een gezamenlijke aanpak niet van de grond.⁴ Daarnaast kan een panel van experts door een aanmelder als intimiderend worden ervaren, vooral als de experts veel voorstellen voor de aanpak doen, maar niet bijdragen aan de uitvoering ervan.⁴

Uitvoering

In de uitvoering vormt onvoldoende samenwerking een belangrijk knelpunt, doordat iedere organisatie zich nog te veel focust op haar eigen deel en verantwoordelijkheden.^{6,10,19} Hierbij bestaat het risico dat taken dubbel worden uitgevoerd of in hun geheel niet worden uitgevoerd,¹⁹ dat het vertrouwen van cliënten in de hulpverlening vermindert of geheel verdwijnt¹⁹ of dat er fouten worden gemaakt door onvoldoende afstemming en informatie-uitwisseling.¹⁸ Ook worden een ongelijke bijdrage en ongelijk commitment tussen partners beschreven als belangrijke knelpunten.^{6,20} Mogelijk wordt dit veroorzaakt door onvoldoende kennis van elkaars mogelijkheden en



verantwoordelijkheden.^{10,13} In de uitvoering wordt de overdracht en samenwerking met lokale teams wel van grote meerwaarde gevonden.^{4,10}

Afronding

Zorg en hulpverlening aan cliënten zou pas mogen stoppen als de cliënt de eigen identiteit heeft hervonden, sociale rollen (weer) heeft opgepakt en (weer) deelneemt aan de maatschappij.¹⁸ Daarbij is het van belang dat er adequate nazorg beschikbaar is en blijft, zodat (nieuwe) problemen vroegtijdig gesignaleerd worden en escalatie van de problematiek wordt voorkomen.⁷

2.3.4 Hoe kunnen partners rollen en taken optimaal verdelen, inclusief het beleggen van de regie?

In deze paragraaf geven we vanuit de literatuur een antwoord op de vraag wat de optimale taakverdeling is tussen professionals en organisaties. De literatuur gaat in op de fases van aanmelding en uitvoering. De fase van afronding ontbreekt, omdat hiernaar geen onderzoek is gedaan. In de fase van de uitvoering komen twee onderwerpen naar voren, namelijk de probleemanalyse en het plan van aanpak, en de casusregie.

Aanmelding

Bij de aanmelding is het van belang gezamenlijk een goede analyse van de veiligheid en risico's te maken. In de taak- en rolverdeling is een samenhangend plan voor het gezin als geheel cruciaal. Zonder gedegen probleemanalyse en gezamenlijk plan van aanpak ontbreekt de basis voor optimale samenwerking vanuit verschillende disciplines. Daarnaast is de aanwezigheid van een casusregisseur als vast contactpersoon voor zowel professionals als cliënten van grote meerwaarde in de samenwerking.

Uitvoering

Probleemanalyse en plan van aanpak. Na de aanmelding vormt een grondige probleemanalyse al vroeg in het traject een belangrijke voorwaarde voor optimale samenwerking.^{2,14,16,18} Daarbij dient aandacht te zijn voor (de problemen van) alle gezinsleden¹, informatie afkomstig van verschillende bronnen^{1,2,3} en de identificatie van patronen en onderliggende problematiek.^{2,10} Specifiek blijken oudermishandeling en onderliggende trauma's onvoldoende gesignaleerd te worden.^{10,16} Het kan echter lastig zijn om de juiste casuïstiek te selecteren voor een multidisciplinaire aanpak.¹ Dit is vooral het geval als een gedeelde risicotaxatie en duiding ontbreken of wanneer er onvoldoende zicht is op de mate waarin er problemen zijn op verschillende leefgebieden.¹⁰

In de uitvoering is het van meerwaarde als er systeemgericht gewerkt wordt, waarbij verschillende domeinen met elkaar verbonden worden, teneinde de zelfredzaamheid van cliënten op verschillende leefgebieden te versterken.^{10,14,16,17,21} Ook een samenhangend en doelgericht plan van aanpak met afspraken over monitoring, evaluatie en bijstelling draagt bij aan een positieve opbrengst van een multidisciplinaire aanpak. Er is een aantal factoren dat het ontstaan van een gezamenlijke visie op problematiek en aanpak belemmert: verschillende visies op de (on)veiligheid in een gezin¹⁰, het ontbreken van een duidelijk onderscheid tussen het veiligheidsplan (gericht op directe veiligheid) en risicogestuurde zorg (gericht op structurele veiligheid)¹, een wankel evenwicht tussen veiligheidsrisico's binnen een gezin en de onderliggende hulpvraag bij volwassenen in het gezin^{10,11,16} en ruis veroorzaakt door een grote hoeveelheid van problemen. Daarnaast vormen incidenten aanleiding voor ad-hocacties, waardoor andere zaken niet de gepaste prioriteit (blijven) krijgen.¹⁷ Ook worden strafrechtelijke maatregelen nog weinig ingezet, tenzij hiervan al sprake is bij de start van de samenwerking.¹⁷ Samen zorgt dit ervoor dat een gedegen gezamenlijke probleemanalyse en plan van aanpak ontbreken, waardoor organisaties te veel op hun eigen gebied blijven focussen en samenwerking suboptimaal verloopt.

Casusregisseur. Een casusregisseur heeft een belangrijke rol in een multidisciplinaire aanpak. De casusregisseur vormt een vast contactpersoon voor zowel professionals als cliënten. De casusregisseur is daarmee een belangrijke basis voor rust en vertrouwen in de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.^{10,11,16,17,19}

Wanneer er geen casusregisseur is, de casusregie vaak wisselt van persoon of de casusregisseur niet over passende expertise beschikt, kan het vertrouwen van cliënten en andere professionals in de aanpak verminderen.^{1,3,4,10} Daarnaast werkt het belemmerend wanneer een casusregisseur zich vooral richt op een van de gezinsleden en niet op het gezin als geheel.^{1,6} Wanneer een casusregisseur onvoldoende op de hoogte gehouden wordt door de andere professionals, of zelf onvoldoende informatie deelt over veiligheidsvoorwaarden en veiligheidsafspraken, belemmert dit de samenwerking.^{1,10} Daarnaast is het niet altijd wenselijk dat de inbrenger van een zaak de regie houdt, bijvoorbeeld als er extra uitvoerende ondersteuning nodig is. In die gevallen is het wenselijk om (tijdelijk) de regie over te dragen, al gebeurt dit niet in alle gevallen.⁴



Aanbevelingen

De literatuur doet een aantal aanbevelingen voor een optimale taakverdeling tussen professionals en organisaties. Voor de probleemanalyse en het plan van aanpak wordt aanbevolen dat:

- het aanmeldproces gestroomlijnd dient te worden door:
 - voor alle meldingen vanuit Veilig Thuis af te wegen of geschikt aanbod aanwezig is;⁴
 - breed informatie op te vragen, ter ondersteuning van een heldere probleemdefiniëring en gerichte inzet van de multidisciplinaire aanpak;^{5,16}
- in de uitvoering het gezamenlijke plan centraal gesteld dient te worden door:
 - een systematisch en overzichtelijk plan op te stellen, met daarin: het patroon van geweld, contact met betrokken professionals, de urgentie van de problematiek en langetermijnvisie;^{17,20,22}
 - het realiseren van veiligheid voorop te stellen, waarbij ad-hocacties zoveel mogelijk worden voorkomen;^{17,20,22}
 - niet alleen te kijken naar informatie en risicofactoren van de dader, maar ook naar andere gezinsleden en de onderlinge relaties;^{17,18,20}

- de samenwerking geoptimaliseerd wordt door:
 - wijzigingen in het plan alleen aan te brengen in overleg met betrokken partners;^{7,20}
 - niet enkel af te stemmen, maar ook echt integraal samen te werken met partners vanuit andere organisaties, eventueel ook met partners die dwang en drang kunnen inzetten om directe veiligheid te realiseren;^{12,17,20,22}
 - vooral rust te creëren bij cliënten, in plaats van druk in een vastgelopen casus.¹¹

Daarnaast wordt een aantal aanbevelingen gedaan rondom de casusregie. Deze houden in dat:

- de casusregisseur borgt dat er proactief gewerkt wordt, waarbij er niet alleen vanuit urgentie een aanpak gericht op een individueel gezinslid ingezet wordt, maar oog is voor het gehele gezin;^{6,8,12}
- de casusregie belegd wordt in een (lokaal) team of in een apart regieteam, waarin professionals vanuit verschillende organisaties vertegenwoordigd zijn;^{3,6,19}

- de rol van casusregisseur geprofessionaliseerd wordt door:
 - rollen en verantwoordelijkheden te expliciteren;
 - te leren improviseren binnen hybride kaders;
 - draagvlak binnen organisaties te vergroten door opleidingen aan te bieden en tijd vrij te maken om deze rol goed te kunnen vervullen.¹²

2.3.5 Aan welke randvoorwaarden moet voldaan worden voor een optimale samenwerking?

Naast bovenstaande thema's is er nog een aantal onderwerpen genoemd in de literatuur rondom succesfactoren, knelpunten en aanbevelingen in de multidisciplinaire aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. In deze paragraaf geven we vanuit de literatuur een antwoord op de vraag aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden voor een optimale samenwerking binnen deze complexe problematiek. Het gaat dan om de uitwisseling van gegevens, de benodigde mindset bij samenwerkingspartners en het mandaat van het multidisciplinaire samenwerkingsverband.

Uitwisseling van gegevens

Een adequate en tijdige uitwisseling van gegevens tussen verschillende organisaties is essentieel in de multidisciplinaire samenwerking.^{6,10,19,21} Daarbij is het behulpzaam als er korte lijnen bestaan tussen verschillende organisaties^{2,6,10,19} en is een digitale, actuele

informatievoorziening, met toestemming van cliënten, cruciaal.¹⁰

In de uitwisseling van gegevens vormt de AVG-wetgeving het belangrijkste knelpunt. Vanuit voorzichtigheid rondom de AVG-wetgeving wordt niet alle noodzakelijke informatie met alle relevante partners gedeeld, ook niet wanneer dit wel mag.¹⁰ In die gevallen wordt de AVG-wetgeving dus strenger geïnterpreteerd dan deze in werkelijkheid is. Bijkomend is afgesproken dat gedeelde informatie binnen het multidisciplinaire overleg eigendom blijft van de partij die de informatie inbrengt, waardoor er geen gezamenlijk dossier opgesteld kan worden, maar enkel een globale afsprakenlijst.^{8,11} Hierdoor zijn de informatie-uitwisseling en communicatie onvolledig en gebrekkig, en kan er bij partners handelingsverlegenheid ontstaan als gevolg van een gebrek aan actuele informatie.^{11,19,20} Wanneer relevante informatie rondom veiligheid niet structureel gedeeld wordt, verstoort dit de mogelijkheden tot adequate monitoring van de situatie en belemmert dit de overdracht en terugkoppeling tussen verschillende partners.^{10,13,20}

Mindset bij samenwerkingspartners

Binnen dit thema wordt de literatuur beschreven die zich erop richt hoe professionals kijken naar multidisciplinair samenwerken, gedeelde visie op aanpak, ervaren draagvlak en ruimte voor (zelf)reflectie.

Wanneer de gefaseerde ketenzorg de basis vormt van de multidisciplinaire aanpak, vormgegeven vanuit een gezamenlijke visie op veiligheid en een 'outreacherende' werkwijze, is er een grotere kans op succes.^{2,4,7,10,18,22} Daarnaast is het belangrijk dat er sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het behalen van resultaten en het creëren van een breed gedragen aanpak, die vanuit alle partners prioriteit krijgt en langdurig wordt vormgegeven.^{2,4,6,8,10,16,17,21} Daarbij is het van belang om voldoende ruimte voor evaluatie en (zelf)reflectie in te bouwen om de samenwerking verder te verfijnen en te optimaliseren.^{4,7,10,17,20}

Mandaat van het multidisciplinaire samenwerkingsverband

Het mandaat richt zich op de ruimte die professionals ervaren en de functie die het multidisciplinaire samenwerkingsverband vervult te midden van het overige aanbod in de regio rondom huiselijk geweld en kindermishandeling.

Wat betreft de professionele ruimte is het van belang dat professionals op een persoonlijke en empathische wijze maatwerk kunnen bieden, in plaats van strak protocollen te volgen.^{4,15} De literatuur beschrijft echter dat het voor partners vaak gemakkelijker is om argumenten aan te dragen om cliënten niet te (kunnen) helpen dan om ze wel te (kunnen) helpen.¹¹ Vooral wanneer cliënten in het vrijwillige kader niet geholpen willen worden en de situatie (nog) niet gevaarlijk genoeg is om gedwongen ingrijpen te rechtvaardigen, ervaren professionals weinig handelingsperspectief.^{11,17} Hierdoor liggen incidenten op de loer, met een realistische kans op (dodelijke) slachtoffers als er geen andere methoden of instrumenten kunnen worden ingezet.¹¹ Schade en letsel aan andere personen is dan een noodzakelijke voorwaarde voor de juiste hulp.¹¹ In een aantal gevallen worden zorgvraagstukken dan opgepakt middels justitie, maar dit is geen duurzame oplossing voor het achterliggende probleem.¹¹

Daarnaast heeft het Zorg- en Veiligheidshuis geen extra mogelijkheden om buiten gebaande paden te werken, zoals voorrang op wachtlijsten, waardoor belangrijk momentum verloren gaat.^{3,4,10,11,13} In de gevallen dat een wachtlijst niet omzeild kan worden, dient een multidisciplinair team ten minste na te denken over passende overbruggingshulp.^{4,10,18} Bovendien is de afwezigheid van een escalatiemodel, waarbinnen opgeschaald kan worden bij vastlopende zorg (bijvoorbeeld door wachtlijsten), een knelpunt.³ Ook is het voor partners uit het multidisciplinaire overleg

niet mogelijk om beslissingen te nemen die niet passen bij de opdracht van de eigen organisatie, waardoor het handelingsperspectief van professionals beperkt wordt.^{5,11} Ook kunnen organisaties onvoldoende ruimte bieden aan hun professionals om (vaker) bijeen te komen, vooral als het geen 'eigen' cliënt betreft.^{5,19,20}

Verder is de toegang tot inkomen, schuldhulpverlening, identiteitsbewijs, passende woning, begeleiding en zorg niet altijd (op tijd) mogelijk, terwijl deze kwetsbare doelgroepen deze voorzieningen wel dringend nodig hebben.¹¹ Specifiek voor de groep met meervoudige en complexe problematiek is er onvoldoende aanbod, zowel in het soort hulp als het aantal beschikbare plekken.¹¹ Veel organisaties en programma's richten zich op één specifiek probleemgebied, met vele contra-indicaties die juist bij gezinnen met meervoudige en complexe problematiek veel voorkomen.¹⁰ Ten slotte is ook de rol van de multidisciplinaire aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis binnen andere samenwerkingsverbanden rondom veiligheid niet altijd voldoende duidelijk.^{4,19} Een deel van dit aanbod is overlappend, waardoor niet alle organisaties het Zorg- en Veiligheidshuis goed weten te vinden.⁷ Daarnaast kan er vertraging in casuïstiek ontstaan doordat een casus ook binnen andere samenwerkingsverbanden moet worden besproken, zoals aan de Jeugdbeschermingstafel.⁴

Aanbevelingen

De literatuur doet een aantal aanbevelingen voor de randvoorwaarden aan een optimale samenwerking in deze complexe problematiek. Voor de uitwisseling van gegevens wordt aanbevolen dat:

- professionals transparant moeten zijn naar cliënten over welke informatie er gedeeld wordt en met wie, ook als daarvoor geen toestemming is gegeven door een of meer van de betrokken gezinsleden;¹⁸
- overgedragen informatie niet alleen mondeling wordt gegeven, maar ook wordt vastgelegd in een dossier of gespreksverslag;¹⁰
- het belang van goede communicatie en informatieoverdracht tussen partners wordt benadrukt om uiteindelijk het geweld te kunnen stoppen.²⁰

Daarnaast is een werkwijze gericht op het structureel en planmatig gezamenlijk evalueren van casuïstiek nodig om een gezamenlijke mindset te ontwikkelen en te onderhouden.¹⁰ Hierdoor wordt de werkwijze meer proactief dan reactief, mits de uitkomsten van de (tussen)evaluatie vertaald worden naar het hulpverleningsplan.¹⁰





Ten slotte is er ook nog een aantal aanbevelingen met betrekking tot het mandaat van het multidisciplinaire samenwerkingsverband. Zo wordt aanbevolen dat:

- het mandaat vergroot wordt door partners uit het multidisciplinaire overleg te trainen in het breder en creatiever zoeken naar oplossingen, netwerk- en organisatorische vaardigheden en het werken vanuit een netwerkmentaliteit;^{3,12,19,20}
- er samenwerking met oplossingsgerichte partners gezocht wordt en te experimenteren buiten de reguliere grenzen;^{3,7,12}
- er voor cliënten die overal tussen wal en schip vallen maatwerk wordt toegepast, vanuit een maatwerkplan en maatwerkbudget;^{11,22}
- de doorontwikkeling van het Zorg- en Veiligheidshuis in professionalisering, ICT en experimenteerruimte gefaciliteerd en gefinancierd wordt;^{12,19}
- de bekendheid van het Zorg- en Veiligheidshuis in de regio wordt vergroot, waardoor partners het multidisciplinaire overleg beter weten te vinden.^{4,6,8-10,12} Door in de gehele regio vanuit een gemeenschappelijke basis te werken, ontstaan er een eenduidige benadering en afspraken voor lokale en regionale samenwerking.¹⁸

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk staat beschreven wat de (wetenschappelijke) literatuur ons kan leren over de optimale samenwerking bij gefaseerde ketenzorg, om zo huiselijk geweld en kindermishandeling in gezinnen duurzaam te stoppen. Het is belangrijk dat verschillende expertises in de samenwerking betrokken zijn. Daarbij is continuïteit in de personen die vanuit verschillende organisaties erbij betrokken zijn cruciaal. Strak voorzitterschap en heldere samenwerkingsafspraken bevorderen een goede samenwerking eveneens. Daarnaast is het van belang dat hulpverlening aansluit bij de situatie van de cliënten, middels gezamenlijke besluitvorming, open communicatie en nauw en langdurig contact. In de samenwerking tussen professionals onderling is het cruciaal dat er gezamenlijk een probleemanalyse en plan van aanpak worden gemaakt en dat er een casusregisseur wordt aangewezen. Ten slotte is het van belang dat professionals voldoende informatie uitwisselen, dat er ruimte is en blijft voor onderlinge reflectie en evaluatie en dat het samenwerkingsverband voldoende mandaat binnen de regio heeft. Wanneer bovengenoemde factoren ontbreken of onvoldoende geborgd zijn, hindert dit de multidisciplinaire samenwerking en belemmert daarmee het herstelproces van gezinnen in een complexe huiselijkgeweldsituatie.

Geraadpleegde bronnen

1

GGD Haaglanden (2019). *Procesevaluatie pilot MDA++ Haaglanden: Samenvatting.* Den Haag: GGD Haaglanden.

2

MDA++ Haaglanden werkwijze (z.j.). Den Haag: MDA++ Haaglanden.

3

Lohman, M. (2019). *MDA++ Haaglanden: eerste tussen-rapportage over de periode 15 augustus-29 november 2019.* Den Haag: MDA++ Haaglanden.

4

MDA++ Regio Hollands Midden (2020).

5

(Proces)beschrijving MDA++ regio Arnhem. (z.j.).

6

Kleinjan, M. (2019). *Procesbeschrijving en aanpak MDA++ Flevoland.*

7

Bartelink, C. (niet gepubliceerd). Interview Alkmaar MDA++.

8

Bartelink, C. (niet gepubliceerd). Interview Flevoland MDA++.

9

Bartelink, C. (niet gepubliceerd). Interview Hollands Midden MDA++.

10

Toezicht Sociaal domein (2021). Lokaal netwerk na Veilig Thuis. Geraadpleegd 24 mei 2022 op <https://www.toezichtsociaaldomein.nl/onderzoeken-en-instrumenten/lokale-netwerk-na-veilig-thuis>

11

Kellerman, F., Landstra, F., & Kruiter, H. (2020). *Structurele knelpunten in de meest complexe problematiek.* Den Haag: Instituut voor Publieke Waarden.

12

Berrevoets, A. (2020). *Regisseren zonder script: Een onderzoek naar de wijze waarop regie vorm krijgt in het Veiligheidshuis bij de aanpak van stalking.* (masterscriptie) Utrecht: Universiteit Utrecht.

13

Klein, P., & Van de Lagemaat, M. (2020). *Eerste analyse stalkingscasuïstiek Veiligheidshuis Haaglanden: memo.*

14

Van Haaren, P., Jongebreur, W., & Klein Hofmeijer, E. (2020). *Een onderzoek naar de ontwikkelagenda veiligheid voorop: van incidentgedreven naar systeemgericht samenwerken.* Utrecht: Significant Public.

15

Van Dam, A., & Van Ierssel, R. (niet gepubliceerd). *Hoe betrekken we daders bij het voorkomen van huiselijk geweld.* (presentatie) GGZ Westelijk Noord-Brabant.

16

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

17

GGD Haaglanden (2020). *Effectevaluatie MDA++ Haaglanden.* Den Haag: GGD Haaglanden.

18

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). *Verdiepingskaart MDA++: huiselijk geweld zonder minderjarige kinderen.* Den Haag: VWS.

19

Doyle, J. (2008). Barriers and facilitators of multidisciplinary team working: a review. *Paediatric Nursing, 20*(2), 26-29.

20

Lalayants, M. (2013). Multidisciplinary collaboration in child protective clinical consultations: perceptions of best practices. *Journal of Public Child Welfare, 7*(3), 253-274.

21

Feng, J., Fetzer, S., Chen, Y., Yeh, L., & Huang, M. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 1483-1490.

22

Tierolf, B., Asmoredjo, J., Kwakernaak, M., & Compagner, M. (2021). *Evaluatie Veilig Verder: Onderzoek naar proces en effectiviteit van de Veilig Verder werkwijze in de regio Haaglanden.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.



3.1 Vraagstelling

In de eerste fase van het onderzoek is een startbeeld gemaakt van de doelgroep en de huidige ketenaanpak van huiselijk geweld in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden. Dit is in kaart gebracht met interviews met relevante betrokkenen (professionals, (ex-)cliënten) en een analyse van enkele dossiers.

De onderzoeksvragen voor het startbeeld waren:

1. Wat zijn kenmerken van de gezinnen die vanwege structureel huiselijk geweld en/of kindermishandeling bij het Zorg- en Veiligheidshuis worden aangemeld?
2. Hoe ziet de huidige samenwerking tussen de betrokken partners eruit? Hierbij is expliciet stilgestaan bij de mogelijke verschillen tussen de reguliere aanpak en de MDA+-overleggen.

Met dit startbeeld bouwt het onderzoek voort op de huidige stand van zaken in het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden.

3.2 Methode

Het startbeeld is gevormd in de periode van oktober 2020 tot februari 2021. Ten eerste zijn hiervoor enkele dossiers van Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden geanalyseerd. Ten tweede zijn interviews gehouden met professionals die bij het Zorg- en Veiligheidshuis betrokken zijn. Tot slot zijn in deze periode interviews gehouden met enkele (ex-)cliënten en ervaringsdeskundigen die te maken hebben (gehad) met hulpverlening bij huiselijk geweld. Hieronder beschrijven we de werkwijze van de dossieranalyse en interviews verder.

3.2.1 Dossieranalyse

Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden heeft tien dossiers geselecteerd, geanonimiseerd en beveiligd aangeleverd bij de onderzoekers. Negen casussen waren aangemeld bij het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden of MDA+ tussen februari 2019 en augustus 2020 en een casus was in 2016 aangemeld.

Zes van deze dossiers betroffen een casus in de reguliere aanpak, twee een MDA+-casus en twee casussen waren eerst regulier en zijn daarna overgegaan naar MDA+. Aangezien GGD Haaglanden in 2019 een dossieranalyse heeft gemaakt van MDA+-dossiers (GGD Haaglanden, 2019), zijn in deze analyse meer reguliere dossiers van Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden geïncorporeerd. Elk dossier bestond uit de gespreksverslagen van de gehouden reguliere focusoverleggen of MDA+-overleggen. Voor focusoverleggen bestonden aparte verslagen per gezinslid indien er meerdere gezinsleden aangemeld waren bij

het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden. Bij MDA+-casussen was er een overkoepelend verslag per overleg voor het gehele systeem. Naast deze verslagen houden betrokken organisaties vaak ook eigen dossiers bij, maar deze zijn wegens privacy niet beschikbaar bij het Zorg- en Veiligheidshuis. In totaal zijn in alle dossiers 28 Zorg- en Veiligheidshuis-overleggen vastgelegd. Per gezin waren dit een tot zeven overleggen; het gemiddelde was 2.8.

De dossiers zijn geanalyseerd met een gestructureerde checklist in Excel. Met meerkeuzevragen en enkele open vragen zijn de volgende gegevens verzameld: kenmerken van het dossier (onder andere het type overleg), kenmerken van het systeem (onder andere het type huishouden en leeftijden van de gezinsleden), de aard en ernst van de problematiek (onder andere het type geweld en de leefgebieden waar problemen spelen), de hulpverlening en juridische maatregelen (onder andere welke organisaties erbij betrokken zijn en de hoeveelheid Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden-overleggen) en de samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden (onder andere het type gemaakte afspraken). De volledige checklist is te vinden in bijlage 1. De tien dossiers zijn beschrijvend geanalyseerd aan de hand van frequenties, gemiddelden en een kwalitatieve analyse van de open vragen.

3.2.2 Interviews met professionals

Er zijn groepsinterviews gehouden met veertig professionals van twintig partners van het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden (zie bijlage 2). De interviews waren met meerdere mensen van dezelfde organisatie of van verschillende organisaties, zodat zij elkaar konden aanvullen en met elkaar in gesprek konden gaan. In overleg met de manager van Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden en de ontwikkelgroep is bepaald welke sleutelfiguren we zouden interviewen en deze sleutelfiguren hebben nog aanvullende personen aangedragen. De geïnterviewden waren zowel beleidsmakers als uitvoerend professionals, zodat vanuit deze verschillende perspectieven input geleverd is. Een aantal geïnterviewden is als materiedeskundige, casusregisseur of lid van de expertpool erbij betrokken, waardoor zij goed op de hoogte zijn van de samenwerking in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden.

Voorafgaand aan het interview ontvingen de professionals informatie over het onderzoek. Als zij wilden deelnemen aan het onderzoek, tekenden zij een toestemmingsformulier en werd er een afspraak gemaakt voor een online interview. De interviews zijn gevoerd aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad (zie bijlage 3 voor

de gehele leidraad). De volgende onderwerpen werden besproken: de doelgroep huiselijk geweld binnen Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, de rol van de geïnterviewden en hun organisatie binnen het Zorg- en Veiligheidshuis, het huidige werkproces in de aanpak van huiselijk geweld binnen het Zorg- en Veiligheidshuis, de samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis (inclusief bevorderende en belemmerende factoren) en een evaluatie van de opbrengsten van de huidige aanpak. Er is ook gevraagd naar hun ervaringen met de fasering van directe veiligheid, risicogestuurde zorg en herstelgerichte zorg. Met toestemming van de geïnterviewden is een geluidsopname gemaakt.

Aan de hand van de geluidsopname hebben de onderzoekers een samenvatting geschreven van elk interview. Hierbij zijn zoveel mogelijk de woorden van de geïnterviewden gebruikt. De samenvattingen zijn geanonimiseerd en vervolgens kwalitatief geanalyseerd met een vooraf opgesteld codeboek (deductief analyseren). Dit codeboek bevatte de volgende hoofdcodes: beschrijving van de casuïstiek huiselijk geweld in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, hoe helpt Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden in casuïstiek, welke rol neemt de eigen organisatie in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, wat is de rol van andere organisaties in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, hoe wordt de samenwerking binnen Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden ervaren, en overig. Binnen elke hoofdcod zijn zo nodig subcodes aangemaakt om de informatie verder te duiden en patronen in de interviews weer te geven. Naast het deductief coderen is een open blik gehouden voor hoofdcodes die niet van tevoren opgesteld waren (inductief analyseren). Zo nodig zijn er extra hoofdcodes aangemaakt.

3.2.3 Interviews met cliënten

In totaal zijn tien mensen geïnterviewd die met huiselijk geweld en/of kindermishandeling te maken hebben (gehad) en daarbij multidisciplinaire hulpverlening hebben ontvangen. Vanaf nu zullen we deze groep aanduiden als ‘cliënten’. We hebben geen onderscheid gemaakt tussen ‘daders’ en ‘slachtoffers’ aangezien deze indeling vaak ambigu is en moeilijk is vast te stellen op basis van één perspectief. Wel hebben we onderscheid gemaakt tussen de ervaringen van verschillende gezinsleden ten tijde van het huiselijk geweld en/of de kindermishandeling, aangezien de ervaringen van deze groepen soms sterk uiteenlopen. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt tussen vrouwen en mannen die als volwassene met huiselijk geweld te maken hebben gehad en jongeren die als kind huiselijk geweld hebben meegemaakt. Voor de leesbaarheid zullen

deze groepen vanaf nu aangeduid worden als ‘vrouwen’, ‘mannen’ of ‘jongeren’. In totaal zijn er vier vrouwen, drie mannen en drie jongeren geïnterviewd. Alle deelnemers aan het interview waren meerderjarig. Een deel van de geïnterviewden heeft een training of opleiding gevolgd om hun ervaringen in te zetten als ervaringsdeskundige binnen een organisatie.

Cliënten zijn geworven via geïnterviewde professionals, Jong doet mee, ExpEx, cliëntenraden van organisaties betrokken bij het onderzoek en een oproep via LinkedIn. Cliënten namen zelf contact op met de onderzoekers als zij geïnteresseerd waren in deelname aan het onderzoek. Als zij na de aanvullende uitleg over het onderzoek nog steeds wilden deelnemen, werd een afspraak gemaakt voor een online of fysiek interview (afhankelijk van de wensen van de deelnemer). Voorafgaand aan het interview tekenden deelnemers een toestemmingsformulier. Voor deelname ontvingen zij een cadeaubon.

Ook de interviews met cliënten zijn gevoerd met behulp van een semigestructureerde interviewleidraad (zie bijlage 4 voor de gehele leidraad). In het eerste deel van het interview is een tijdlijn gemaakt van de hulp die zij hebben ontvangen. Hierbij werd onder andere gevraagd wanneer welke hulpverlening is ingezet, welke professionals erbij betrokken zijn geweest en wat hun situatie was ten tijde van de verschillende vormen van hulp. Vervolgens zijn vragen gesteld over hoe cliënten de hulp als geheel hebben ervaren, bijvoorbeeld wanneer zij zich echt geholpen voelden, en in welke mate de hulp aansloot bij hun persoonlijke situatie. Ten slotte zijn vragen gesteld over de samenwerking tussen de verschillende betrokken professionals en organisaties. Met toestemming van de cliënt werd een audio-opname van het gesprek gemaakt.

De verwerking en analyse van de interviews met cliënten verliepen vergelijkbaar met die van de professionals. Op basis van samenvattingen zijn de interviews deductief geanalyseerd. De vooraf opgestelde hoofdcodes waren: de problematiek van cliënten, succesfactoren in de hulpverlening, knelpunten in de hulpverlening, multidisciplinaire samenwerking, aanbevelingen en overig. Daarbinnen zijn waar nodig subcodes aangebracht om de gegevens te clusteren en patronen te duiden.

3.3 Resultaten

3.3.1 Dossieranalyse

De tien geanalyseerde dossiers worden hieronder beschreven aan de hand van de samenstelling van het gezin, de aard en ernst van de problematiek, de betrokken hulpverlening en de samenwerking in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden. We sluiten af met een reflectie op de dossiers vanuit de onderzoekers.

Samenstelling gezinnen

Acht dossiers betroffen gezinnen waarbij (ex-)partners beiden waren aangemeld en twee dossiers betroffen gezinnen waarbij een alleenstaande ouder was aangemeld. Drie ouders waren nog samen, de overige vijf leefden gescheiden. De leeftijd van de ouder(s) varieerde tussen de 21 en 53 jaar, met een gemiddelde van 39 jaar. In alle dossiers waren kinderen erbij betrokken. Hun leeftijd varieerde van vier maanden tot 26 jaar, met een gemiddelde van bijna 10 jaar. In acht gezinnen woonden (een deel van) de kinderen nog thuis. Daarnaast waren in drie gezinnen kinderen aanwezig uit een eerdere relatie. De leeftijd van de kinderen uit eerdere relaties varieerde van 17 tot 24 jaar. Voor de leesbaarheid zullen we spreken over ‘gezinnen’ als we het over een dossier hebben. Samenvattend valt op dat het altijd om gezinnen gaat met kinderen, waarbij vaak een scheiding of samenstelling van meerdere gezinnen heeft plaatsgevonden.

Aard en ernst van de problematiek

Voor de aard en ernst van de problematiek is gekeken naar het geweld dat in de gezinnen speelde, de leefgebieden waarop gezinnen problemen ervoeren en de sterke kanten van gezinnen. Samenvattend constateren we dat er in de gezinnen zowel fysiek als psychisch geweld plaatsvond, veelal van de man richting de vrouw en kinderen, en dat zij op veel leefgebieden problemen ervoeren. Opvallend was daarnaast dat in vier gezinnen een van de kinderen (ook) geweldspleger was. Samen met de vele unieke situaties laat dit zien dat de problematiek van gezinnen erg complex is en op verschillende vlakken speelt. Hieronder beschrijven we de aard en ernst van de problemen uitgebreider.

In alle gezinnen was er sprake van fysiek geweld. Daarnaast kwamen emotioneel en psychisch geweld (negen keer), getuige zijn van huiselijk geweld (zes keer) en stalking (vijf keer) regelmatig voor. Verder zijn dreigende kinderonthoering, het weigeren van traumabehandeling van kinderen en het vermoeden van seksueel kindermisbruik eenmalig genoemd. Tweemaal is benoemd dat middelengebruik of psychoses de aanleiding voor het geweld vormden. De mannelijke (ex-)partner is het vaakst

genoemd als dader van het geweld (acht keer); in vijf gezinnen was hij de enige dader. In twee gezinnen was ook de vrouwelijke (ex-)partner dader. In vier gezinnen was een van de kinderen dader, waarvan in twee situaties het kind de enige dader was. In een van de vier gezinnen betrof dit een minderjarig kind. Als slachtoffer van het geweld werd de vrouwelijke (ex-)partner het meest benoemd (negen keer), vaak in combinatie met de kinderen (zeven keer). De partner van een kind en betrokken hulpverleners in het gezin zijn beide eenmalig genoemd als slachtoffer. In twee gezinnen was de mannelijke (ex-)partner ook slachtoffer van het geweld. Opvallend in deze twee gezinnen was dat er een breed scala aan slachtoffers was in de omgeving van het gezin (bijvoorbeeld burens en jongeren uit de omgeving).

De gezinnen bleken op veel leefgebieden problemen te ervaren (zie tabel 3.1). De gezinnen hadden op ten minste drie leefgebieden problemen en dit kon oplopen tot tien, met een gemiddelde van bijna zes verschillende problemen. Opvallend was dat in veel gezinnen unieke situaties speelden, die invloed leken te hebben op de problemen en hulpverlening. Een voorbeeld hiervan is een man die een relatie kreeg met de beste vriendin van zijn ex-partner. Een tweede voorbeeld is een dochter die een jaar op straat leefde om het probleemgedrag van haar broer in de thuissituatie te vermijden. Deze unieke situaties schetsen de complexiteit die hulpverleners in deze gezinnen tegenkomen.

Tabel 3.1. Het aantal gezinnen met problemen per leefgebied			
Leefgebied	Gezinnen	Leefgebied	Gezinnen
Werk	6	Ggz-problematiek	5
Zinvolle (vrije) tijdsbesteding	6	(licht) verstandelijke beperking	4
Financiën	6	Gezondheid	4
Huisvesting	6	Onderwijs/ opleiding	3
Opvoeden/ opgroeien kinderen	6	Verslaving/ middelengebruik	3
Het sociale netwerk	6	Romantische relaties	3
Criminaliteit	5	Intergenerationele overdracht geweld	2

In de dossiers is ook gezocht naar sterke kanten en beschermende factoren in de gezinnen. Slechts twee sterke punten werden beschreven, namelijk openstaan voor hulp en een betrokken sociaal netwerk. In vijf gezinnen zijn deze

sterke punten benoemd: tweemaal open staan voor hulp, tweemaal een betrokken sociaal netwerk en eenmaal beide.

Hulpverlening en juridische maatregelen

De hulpverlening die in gezinnen betrokken was, wordt beschreven aan de hand van de organisaties die bij het gezin betrokken waren en het aantal overleggen binnen Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden. Daarnaast wordt beschreven welke juridische maatregelen, zowel strafrechtelijk als civielrechtelijk, op enig moment van kracht waren in de gezinnen. In de dossiers stond met name informatie over de hulpverlening in gezinnen ten tijde van de betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis. Over de hulpverlening voorafgaand aan de betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis stond minder informatie. We beschrijven daarom alleen wanneer en met wie het eerst bekende hulpverleningscontact in het dossier was. Samenvattend valt op dat er vaak al langer hulpverlening in het gezin aanwezig was. Tijdens de betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis waren veel verschillende partners tegelijk erbij betrokken. Deze grote hoeveelheid en verscheidenheid aan partners laat zien dat onderlinge samenwerking complex kan zijn, omdat er steeds met nieuwe partners overlegd en afgestemd moet worden. Ten slotte waren in bijna alle gezinnen strafrechtelijke maatregelen aanwezig en in de helft civielrechtelijke maatregelen. Hieronder gaan we uitgebreider in op de hulpverlening en maatregelen in de gezinnen.

Het eerste waarnaar we gekeken hebben, is het eerst bekende hulpverleningscontact in het dossier. In zes gezinnen was dit contact twee tot drie jaar voor de betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis. In één gezin was dit al een half jaar eerder en in drie gezinnen was dit meer dan zes jaar eerder. In zes gezinnen was het eerste hulpverleningscontact met een zorgpartner, waarbij Veilig Thuis het meeste voorkwam. In drie gezinnen was de politie het eerste contact en in één gezin waren zowel politie als zorg vanaf het begin erbij betrokken. De meeste gezinnen ontvingen dus al jaren hulp voordat het Zorg- en Veiligheidshuis ingeschakeld werd.

Ten tweede hebben we gekeken naar welke partners erbij betrokken waren gedurende de Zorg- en Veiligheidshuis-overleggen. Zowel bij het eerste als laatste overleg waren er vier tot tien partners betrokken bij de gezinnen, gemiddeld is er echter wel een daling te zien (van gemiddeld acht naar gemiddeld zes partners). Het totaalaantal verschillende organisaties die in de tien gezinnen gedurende de Zorg- en Veiligheidshuis-overleggen aanwezig waren, was 39. De

meest betrokken organisaties waren politie (negen keer), Veilig Thuis (negen keer) en OM (zeven keer), hetgeen te verklaren is vanuit hun wettelijke taak die niet door andere partijen uitgevoerd kan worden. Verder waren Fivoor (vier keer), Leger des Heils (vier keer), reclassering (vier keer) en gemeente Den Haag (vier keer) regelmatig erbij betrokken. Negen organisaties waren driemaal erbij betrokken (onder andere Raad voor de Kinderbescherming, Jeugdbescherming west en Parnassia) en vier organisaties tweemaal. De overige achttien organisaties, 46% van het totaal, waren in slechts één casus betrokken. In de zes gezinnen waar meerdere bijeenkomsten zijn geweest, was de tijd tussen het eerste en laatste overleg tussen de 18 en 577 dagen (*gemiddelde* = 218 dagen). In zes gezinnen was in de afgelopen zes maanden een overleg geweest, waaruit we hebben afgeleid dat deze dossiers nog actief waren. De betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis kan dus langdurig van aard zijn. In de hulpverlening vielen nog een aantal zaken op. In de helft van de gezinnen werd benoemd dat de hulpverlening moeilijk of niet op gang kwam. In drie gezinnen was er sprake van bedreigingen van of tuchtzaken tegen hulpverleners. Daarnaast was de omgangsregeling met kinderen in twee gezinnen een knelpunt.

Ten slotte hebben we gekeken naar de juridische maatregelen, zowel strafrechtelijk als civielrechtelijk, die in gezinnen aanwezig waren. In negen gezinnen was er ten minste één strafrechtelijke maatregel, dit kon oplopen tot vijf. Het meeste kwamen voor: onder toezicht staan van de reclassering (zeven keer), een contact/ gebiedsverbod (zeven keer) en een gevangenisstraf (zes keer). Daarnaast zijn een taakstraf (twee keer), opname op een forensische psychiatrische afdeling (een keer) en inrichting stelselmatige daders (een keer) voorgekomen. Bij vijf van deze negen gezinnen waren daarnaast ook civielrechtelijke maatregelen aanwezig, namelijk curatele/ bewindvoering (vier keer), ondertoezichtstelling (drie keer) en machtiging uithuisplaatsing (twee keer). Verder is in twee gezinnen benoemd dat de situatie erg dreigend was voor betrokkenen, maar dat er onvoldoende bewijs was voor het strafrechtelijke kader.

Samenwerking in Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden

De samenwerking tussen de professionals is uit de dossiers geëxtraheerd door de gemaakte afspraken te noteren. Samenvattend viel op dat de samenwerking vooral gericht was op het uitwisselen van informatie tussen professionals onderling en weinig gericht was op het maken van een gezamenlijk plan voor het gezin.

In de 28 overleggen zijn in totaal 216 afspraken vastgelegd, wat gemiddeld uitkomt op 7,7 afspraken per bijeenkomst (zie tabel 3.2). De meeste afspraken gingen over informatie uitwisselen tussen professionals en overige acties tussen professionals (beide 36,1%). Bij overige acties kan gedacht worden aan het uitzoeken van behandelmogelijkheden of regelingen, zoals: “OM neemt contact op met gebiedsofficier met betrekking tot zaak A en zaak B. Door het koppelen van de zaken hoeft mevrouw maar één keer gehoord te worden.” In 13% van de afspraken werden overige acties richting het gezin uitgezet, die met name bestonden uit het in gesprek gaan met (leden van) het gezin over een bepaald onderwerp of het motiveren van een bepaalde stap. In mindere mate bestonden de afspraken uit informatie uitwisselen met het gezin, een nieuwe bijeenkomst plannen met het gezin en een nieuwe bijeenkomst plannen met professionals.

Afspraken tussen professionals onderling omvatten daarmee 75% van het totaal aan afspraken. Naast de type afspraken is ook genoteerd of er een onderbouwing van de afspraak aanwezig was. Dit was in slechts 17.1% van de afspraken expliciet het geval.

Tabel 3.2. Type afspraken gemaakt tijdens Zorg- en Veiligheidshuis overleggen

Type afspraak	Aantal	Percentage van totaal
Totaal	216	
Informatie uitwisselen: professionals	78	36.1%
Overige acties: professionals	78	36.1%
Overige acties: gezin	28	13%
Informatie uitwisselen: gezin	14	6.5%
Nieuwe bijeenkomst: gezin	12	5.6%
Nieuwe bijeenkomst: professionals	6	2.8%

Reflectie op de dossiers

Naast de meer objectieve informatie die hierboven beschreven is, hebben we tijdens het dossieronderzoek ook subjectieve aantekeningen gemaakt van zaken die ons opvielen. Concluderend bleek het als buitenstaander lastig om een volledig beeld van de situatie te krijgen op basis van de Zorg- en Veiligheidshuis-dossiers. Door het ontbreken van een overkoepelend plan en een gezamenlijke (verklarende) analyse van de samenhang tussen en oorzaken van de problemen, kwam de toegevoegde waarde

van de Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden-overleggen op papier niet duidelijk naar voren. In MDA+-dossiers was dit sterker dan in reguliere Zorg- en Veiligheidshuis-dossiers. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat dossiers slechts een papieren werkelijkheid zijn: tijdens overleggen wordt waarschijnlijk meer besproken dan er in de dossiers opgeschreven wordt. Hieronder lichten we onze observaties verder toe.

Het eerste dat ons opviel was dat informatie over de gezinnen en wat zich hierin afspeelde, ontbrak of onvolledig opgeschreven was. Met name de zorgen en onveiligheid bleven vaag. Zo werd wel genoemd dat een kind ‘mogelijk onveilig was’, een dochter ‘zorgelijk gedrag vertoonde’ en een zoon ‘voor problemen zorgde’, maar werd het niet concreet wat dit precies inhield of waaruit dit werd afgeleid. Er werd daarbij veel gesproken over vermoedens en aannames, maar concreet bewijs ontbrak en de betrokken partners maakten geen afspraken om concreter bewijs te zoeken. Verder kwam in een aantal verslagen naar voren dat bepaalde professionals niet aanwezig waren, waardoor bepaalde informatie ontbrak. Hierdoor was het overleg inefficiënt. In MDA+-dossiers waren de beschrijvingen concreter dan in reguliere Zorg- en Veiligheidshuis-dossiers, mogelijk doordat professionals bij MDA+ de gesprekken op een andere manier voeren (Signs of Safety in plaats van Beeldvorming, Oordeelsvorming en Besluitvorming). Naast het onvolledige beeld van de zorgen bleef er voor ons ook onduidelijkheid over de ondersteuning rondom gezinnen. Er was vaak weinig beschreven over de hulpverlening die voorafgaand aan Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden hierbij betrokken was. Zelfs tijdens de betrokkenheid waren hier soms onduidelijkheden over. Daarnaast bleef de rol van het netwerk rondom het gezin, soms ook de rol van de volwassen kinderen, onduidelijk.

Ten tweede viel ons op dat een (verklarende) analyse van hetgeen zich afspeelde in gezinnen niet altijd gemaakt werd. De dossiers bevatten een opsomming van aanwezige problemen, maar zelden een analyse van de samenhang tussen deze problemen of de oorzaken hiervan. Een voorbeeld hiervan is dat professionals in een overleg aanstuurden op de ontheffing van ouders uit hun ouderlijk gezag zonder dat dit toegelicht werd. Een ander voorbeeld is dat de achterliggende oorzaken van probleemgedrag niet verder onderzocht werden, terwijl de mogelijkheden van trauma en laag IQ werden genoemd.

Ten derde viel op dat er geen overkoepelend plan voor het gezin opgesteld werd tijdens de overleggen. Er was een

afsprakenlijstje dat, zoals hierboven beschreven, vooral gericht was op professionals onderling. Professionals van verschillende organisaties leken met hun eigen plan van aanpak, vaak gericht op een van de gezinsleden, verder te gaan. Een voorbeeld is dat de Raad voor de Kinderbescherming werd ingeschakeld om de veiligheid van de kinderen te bepalen, terwijl er hulpverleners in het gezin waren die ook nu al iets hierover konden zeggen. Een systeemgerichte aanpak met een overkoepelend plan was in slechts drie dossiers in enige mate aanwezig. Daarbij waren acties geregeld reactief in plaats van proactief, en soms bleven acties zelfs uit. Een voorbeeld hiervan is dat huisvesting pas werd geregeld nadat een man op straat kwam te staan na zijn vrijlating, ondanks dat bekend was dat hij niet zou kunnen terugkeren naar zijn huis. Ook bleek uit veel dossiers een scheiding tussen de hulpverlening en het strafrechtelijke kader. Zo wachtten hulpverleners af totdat het strafrechtelijke kader bepaalde voorwaarden had gesteld, ondanks dat nog niet duidelijk was of deze er zouden komen. Daarentegen is dit wel een voorbeeld waarin er afstemming was over de te zetten vervolgacties. Door het ontbreken van een (verklarende) analyse en een gezamenlijk plan, kwam de meerwaarde van het samenbrengen van de grote groep professionals rondom de gezinnen niet sterk naar voren.

Ten vierde viel het op dat er veel herhaling zit in de gespreksverslagen wanneer er meerdere overleggen over een gezin waren. Aan de beeldvorming werd soms bijna niets toegevoegd, ook al was het overleg maanden later dan het vorige. Hetzelfde gold voor de reguliere overleggen wanneer meerdere personen uit één huishouden aangemeld zijn. Ze hebben hun eigen dossiers, maar de overlap was vaak erg groot.

Ten slotte viel het ons op dat de stem van gezinnen ontbrak in de dossiers. Zij waren niet bij de overleggen aanwezig en de aanwezige professionals brachten ook hun eventuele standpunten niet naar voren. Daardoor werd het perspectief van deze gezinnen op hun situatie en op gemaakte plannen niet helder.

Deelconclusie dossiers

Uit de dossiers komt het beeld naar voren van gezinnen met kinderen, waarin vaak een scheiding of samenstelling van meerdere gezinnen heeft plaatsgevonden. In de gezinnen vindt zowel fysiek als psychisch geweld plaats, veelal van de man richting de vrouw en kinderen. Opvallend was dat in vier gezinnen een van de kinderen (ook) geweldspleger was. Daarnaast speelden op meerdere leefgebieden problemen,

terwijl weinig beschermende factoren omschreven waren. Er is vaak al langer hulp ingezet in het gezin, zonder succes. Ten slotte waren in bijna alle gezinnen strafrechtelijke maatregelen aanwezig en in de helft civielrechtelijke maatregelen. Samen met de unieke situaties die in gezinnen speelden, laat de dossieranalyse zien dat de problematiek van gezinnen erg complex is en op verschillende vlakken speelt.

De samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis kwam uit de dossiers naar voren door te kijken naar de betrokken partners en de onderlinge afstemming tussen hen. Er zijn veel verschillende partners tegelijk betrokken bij de Zorg- en Veiligheidshuis-overleggen. Deze grote hoeveelheid en verscheidenheid aan partners laat zien dat onderlinge samenwerking complex kan zijn, omdat er steeds met nieuwe partners overlegd en afgestemd moet worden. Verder viel op dat de samenwerking vooral gericht was op de uitwisseling van informatie tussen professionals onderling en weinig op het maken van een gezamenlijk plan voor het gezin.

Voor buitenstaanders bleek het lastig om op basis van de dossiers een volledig beeld van de situatie te krijgen, omdat informatie ontbrak of onvolledig was. Door het ontbreken van een overkoepelend plan en een gezamenlijke (verklarende) analyse van de samenhang tussen en oorzaken van de problemen, kwam de toegevoegde waarde van de Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden-overleggen op papier niet duidelijk naar voren. In MDA⁺⁺-dossiers was dit sterker dan bij reguliere Zorg- en Veiligheidshuis-dossiers.

3.3.2 Interviews met professionals

De interviews met professionals hadden twee thema's. Het eerste betrof de kenmerken van gezinnen die vanwege huiselijk geweld bij het Zorg- en Veiligheidshuis worden aangemeld. Het tweede thema betrof de multidisciplinaire samenwerking rond huiselijk geweld in het Zorg- en Veiligheidshuis. Daarbij is aandacht geweest voor het doel van de samenwerking, de ervaringen met de samenwerking, de randvoorwaarden voor de samenwerking en de verschillen tussen de reguliere aanpak en MDA⁺⁺.

Type huiselijk geweld casuïstiek in het Zorg- en Veiligheidshuis

Samengevat blijkt dat gezinnen die wegens huiselijk geweld aangemeld worden bij het Zorg- en Veiligheidshuis te maken hebben met langdurige en/of ernstige onveiligheid en veel bijkomende problematiek. Ook is kenmerkend dat hulpverlening onvoldoende effect heeft of niet van de grond

komt. Hieronder volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de kenmerken van de problematiek.

Uit de interviews blijkt dat het qua onveiligheid voornamelijk gaat om fysiek geweld dat plaatsvindt zowel tussen ouders onderling (partnergeweld) als naar en van hun (volwassen) kinderen (kinder- en oudermishandeling). In enkele gevallen gaat het volgens professionals over eengerelateerd geweld of stalking. Opschalen naar het Zorg- en Veiligheidshuis gebeurt wanneer de onveiligheid als zeer ernstig wordt ingeschat en/of zeer hardnekkig van aard is. Vaak is daarbij sprake van intergenerationele overdracht van het geweld. Hoewel er soms een duidelijk onderscheid is tussen dader en slachtoffer, is dit volgens de professionals niet in alle situaties even duidelijk van elkaar te onderscheiden.

Naast het geweld spelen er in deze gezinnen vaak verschillende andere problemen. Veel genoemd zijn financiële problemen, verslaving, licht verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek, huisvestings- en echtscheidingsproblemen. Een aanzienlijk deel van deze gezinnen krijgt te maken met het strafrecht, ten gevolge van zowel criminaliteit als het geweld dat gepleegd wordt. Deze aanvullende problemen maken het volgens professionals lastig om met een of twee organisaties de problematiek in het gezin op te lossen. Hierbij zijn meerdere organisaties nodig, vanuit zowel de hulpverleningskant als de bestuurs- en strafkant. De grote hoeveelheid partijen maakt het daarentegen weer lastig om goed met elkaar samen te

werken. Daarnaast maken de aanvullende problemen het lastig voor paren om uit elkaar te gaan, omdat zij vaak niet de middelen hebben om aan een huis te komen of in hun eigen levensonderhoud te voorzien. Het slachtoffer wordt dan als het ware gestraft voor weggaan uit de onveilige situatie.

“Kern is dat er vaak op veel leefgebieden problemen zijn en dat zijn dan ook geen kleine problemen, maar juist grote problemen. Die problemen zijn allemaal met elkaar verweven, waardoor niet meer duidelijk is wat oorzaak en gevolg is.”

Het laatste dat professionals noemden over de gezinnen die bij het Zorg- en Veiligheidshuis worden aangemeld in verband met huiselijk geweld, is dat de hulpverlening onvoldoende effect heeft of niet van de grond komt. Een deel van de gezinnen staat niet open voor hulp, bijvoorbeeld omdat ze eerdere negatieve ervaringen met hulp hebben gehad en hier geen vertrouwen in hebben. Een ander deel van de gezinnen staat wel open voor hulp, maar het lukt hen onvoldoende om zich aan (veiligheids)afspraken te houden. Daarnaast zijn er soms gezinnen die de onveiligheid niet serieus nemen en daarom hulp vermijden. Wanneer hulpverlening langdurig ingezet wordt zonder resultaat, raken gezinnen overbelast. Daarbij benoemen professionals dat er een verschil is tussen hulp aan kinderen en hulp aan ouders. Bij de eerste groep is het mogelijk een gedwongen kader in te zetten, terwijl bij de laatste de hulpverlening vrijwillig is, tenzij het huiselijk geweld in het strafrechtelijke



kader terechtkomt. Dit maakt het volgens hen soms makkelijker om hulp in te zetten wanneer er kinderen zijn.

Ten slotte is gesproken over de verschillen tussen gezinnen die bij de reguliere aanpak en die bij MDA++ besproken worden. Het bleek dat bij MDA++ huiselijk geweld altijd het belangrijkste probleem is, terwijl bij reguliere overleggen huiselijk geweld soms een bijkomend probleem is naast overlast en/of criminaliteit. Het tweede verschil heeft te maken met de duur van de onveiligheid. Gezinnen die bij MDA++ besproken worden, hebben altijd langdurig te maken met onveiligheid en meestal zijn er meerdere zorgmeldingen geweest. Dit kan bij gezinnen die bij de reguliere overleggen besproken worden ook het geval zijn, maar dat hoeft niet. In de reguliere aanpak spelen er altijd acute veiligheidsproblemen. Ten slotte richt MDA++ zich vooral op gezinnen, terwijl het bij reguliere overleggen ook alleen over volwassenen kan gaan.

Doel van de multidisciplinaire samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis

Een belangrijk thema in de interviews was de multidisciplinaire samenwerking. Eerst is professionals gevraagd naar het doel hiervan.

Het uiteindelijke doel van de samenwerking is om de gezinssituaties weer veilig te maken voor alle gezinsleden en hun omgeving. Dit gebeurt door de krachten van de verschillende professionals vanuit straf, zorg en bestuur te bundelen, waarbij er een duidelijke focus op veiligheid is. Een belangrijke reden voor de samenwerking is de onderlinge informatie-uitwisseling. Individuele professionals beschikken over veel, maar verschillende en aanvullende inzichten over het gezin. Door samen te werken krijgen ze een beter beeld van de gezinssituatie en de onveiligheid. Daarnaast brengen ze expertise mee op hun vakgebied, waardoor zij de gezinssituatie vanuit verschillende perspectieven kunnen bekijken. Met name het belang van de betrokkenheid van de ggz en strafpartners werd hierbij veelvuldig genoemd.

Een andere belangrijke reden voor de samenwerking is de noodzaak van een gezamenlijk plan van aanpak voor het gezin. Wegens de uiteenlopende problematiek zijn vaak meerdere professionals bij een gezin betrokken, die niet altijd van elkaar weten wat ze in het gezin doen. Door binnen het Zorg- en Veiligheidshuis een integraal plan te maken, kunnen ze volgens de geïnterviewden de verschillende activiteiten en interventies op elkaar afstemmen en prioriteiten stellen. Gezamenlijk hebben zij ook een beter overzicht van de mogelijkheden voor interventies en

beschikbaar aanbod in de regio. Professionals kunnen met elkaar ook beter de voortgang monitoren, zodat ze tijdig kunnen bijsturen indien nodig. Hiervoor is het belangrijk om elkaar goed op de hoogte te houden en korte lijnen te hebben. Het Zorg- en Veiligheidshuis speelt in deze samenwerking een coördinerende rol, door het samenbrengen van de professionals en voorzitten van de overleggen.

Er is wel een verschil in het doel van de samenwerking tussen de reguliere aanpak en MDA++. De groep professionals bij een regulier overleg komt vaak maar enkele keren bijeen. Na deze afstemming is het de verwachting dat de samenwerking zonder het Zorg- en Veiligheidshuis verder vorm krijgt. Bij MDA++ is er sprake van langdurige betrokkenheid, ook vanwege de nadruk op de langdurige problematiek. De professionals komen meerdere keren bij elkaar en blijven erbij betrokken totdat het veilig is.

“In het overleg krijg je vanuit verschillende invalshoeken de situatie belicht: de jeugdbeschermers kijken vanuit het kind, de politie vertelt welke meldingen er allemaal zijn geweest. Al die stukjes informatie bij elkaar geven een completer beeld van de onveiligheid. Je hebt in je eentje altijd een onvolledig beeld, en dan kan je geen goed plan van aanpak maken. De kans op een structurele oplossing vergroot je door een compleet beeld te hebben.”

Ervaringen met de multidisciplinaire samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis

Het volgende thema in de interviews betrof de ervaringen met de multidisciplinaire samenwerking. In het algemeen vinden geïnterviewden de samenwerking prettig. Zij ervaren een duidelijke bereidheid om samen te werken, met elkaar mee te denken en op elkaar te kunnen terugvallen. Hoewel ze ervaren dat ze onderling niet altijd dezelfde taal spreken, staan volgens hen ‘de neuzen dezelfde kant op’ voor de aanpak in het Zorg- en Veiligheidshuis. Zij vertelden meermaals over het teamgevoel: geïnterviewden en hun organisaties voelen zich echt onderdeel van het Zorg- en Veiligheidshuis en zijn trots op wat ze met elkaar bereiken. Ze hebben zeggenschap en kunnen meedenken over ontwikkelingen. Bovendien waarderen zij de trainingen, activiteiten en borrels. Dit ondersteunt het teamgevoel en draagt eraan bij dat mensen op elkaar ingespeeld raken. Als zij knelpunten in de samenwerking ervaren, voelen zij ook de ruimte om die te bespreken. Bovendien zei één geïnterviewde dat de samenwerking moet opleveren dat het geweld stopt en dat af en toe wrijving in de samenwerking daaraan kan bijdragen.

Naast deze algemene tevredenheid over de samenwerking is er in de interviews ook op verschillende factoren ingegaan die een positieve dan wel negatieve invloed op de samenwerking hebben. Dit heeft te maken met de interventies die ingezet kunnen worden, het realiseren van één gezin – één plan – één regisseur, de samenwerking tussen de strafkant en zorgkant, rollen en verwachtingen, en de betrokkenheid van cliënten.

Interventies. Het Zorg- en Veiligheidshuis biedt volgens geïnterviewden geen nieuwe interventiemogelijkheden, maar zij ervaren wel dat ze beter toegang hebben tot het bestaande aanbod en ruimte hebben om ‘out-of-the-box’ ideeën in werking te zetten. Met name de betrokkenheid van de strafpartners waarderen hulpverleners, maar ook andere dwangmaatregelen (onder andere bestuurlijke maatregelen, zoals een huisverbod en het intrekken van toeslagen, en civielrechtelijke, zoals een jeugdbeschermingsmaatregel of gedwongen opname in de ggz). Verder noemen zij dat mensen soms hoger op een wachtlijst gezet kunnen worden en dat de onderlinge samenwerking voorkomt dat gezinnen gaan ‘shoppen’.

Ondanks de verschillende mogelijkheden en ingezette hulp ervaren de geïnterviewden dat de veiligheid in gezinnen niet altijd verbetert of stand houdt. In het vrijwillige kader houden gezinnen de boot af of lukt het hen niet om tot verandering te komen. Echter, het is dan niet altijd mogelijk om gedwongen hulpverlening of het strafrechtelijke kader in werking te stellen, omdat de situatie net niet ernstig genoeg is. Er wordt dan afgewacht totdat de situatie verder escaleert en deze mogelijkheden er wel komen. Dit wordt ook wel ‘blijven aanmodderen in een gezin’ genoemd. Geïnterviewden ervaren dit als frustrerend en vragen zich af hoe vrijwillig hulpverlening moet zijn wanneer opgeschaald is naar het Zorg- en Veiligheidshuis. Echter, voor het trekken van grenzen en inzetten van dwang is nu geen bestuurlijk kader. Zij zouden graag een stappenplan hebben hoe ze kunnen handelen als het lange tijd onveilig blijft in een gezin, omdat dit ook de kans vergroot dat de onveiligheid wordt doorgegeven van generatie op generatie.

“Strafzaken (huiselijk geweld) zijn lastig te bewijzen, het komt vaak neer op een een-op-eenverklaring. Het vindt plaats achter de voordeur. Je gelooft het echt wel, maar je moet het wettig en overtuigend bewijzen. En bij wettig dien je het uit ten minste twee bewijsmiddelen te halen en niet alleen uit wat een iemand zegt. Je moet dus bijvoorbeeld een getuige hebben of camerabeelden. Daar lopen we

vaak tegenaan, de zaak wordt vaak geseponneerd. Ondertussen gaat er bij de hulpverlening wel van alles lopen, dus in die zin komt de zorg dan wel in die casus, maar vanuit het strafrecht houdt het dan weleens op.”

Een ander knelpunt bij de inzet van interventies is de lange tijd die er soms overheen gaat totdat acties uitgevoerd worden. Dit kan komen door lange wachtlijsten voor hulpverlening of andere voorzieningen, of het wachten op indicaties. Geïnterviewden wensen dat er meer mogelijkheden zijn om snel te kunnen handelen en wachtlijsten te omzeilen. Ook zouden zij graag meer gezamenlijk willen optrekken, zodat ze in sommige situaties sneller in actie kunnen komen. Zo noemden zij bijvoorbeeld dat ze bij ernstige, bedreigende situaties in een gezin samen met de politie op huisbezoek willen gaan in plaats van afwachten totdat het veilig genoeg is.

Tot slot ervaren geïnterviewden om verschillende redenen dat het denken in daders en slachtoffers een knelpunt vormt in een effectieve aanpak. Een eerste reden is dat het onderscheid niet goed te maken is en daarmee een goede analyse van de behoeften van elk gezinslid in de weg staat. Sommige professionals spreken daarom liever over een ‘ziekmakend systeem’. Een tweede reden is dat het hokjesdenken mogelijk veroorzaakt dat hulpverleners tegenover elkaar komen te staan, omdat ze de belangen van ‘hun’ cliënt gaan verdedigen.

“Een pleger kan net zo goed slachtoffer zijn, maar er zijn al snel oordelen en dan komt niemand op voor de pleger. Als iemand aangehouden is, zit diegene gelijk in een hoekje. Die blik kan breder bij andere partners. Het doet iets met de kwaliteit van het overleg en de afspraken die je maakt. Het wordt snel ‘wij’ en ‘zij.’”

Eén gezin – één plan – één regisseur. Geïnterviewden omarmen het principe van één gezin, één plan en één regisseur, maar vinden het in de praktijk in het Zorg- en Veiligheidshuis lastig uitvoerbaar. Het lukt niet altijd om een integraal plan te maken of tot uitvoering te brengen. Professionals blijven soms vanuit hun eigen expertise in gesprek en kijken niet verder dan wat zij op hun ‘eigen eilandje’ voor hulp kunnen bieden aan het gezin. De gefaseerde ketenzorg was vaak onbekend bij geïnterviewden. Bovendien ervaren zij niet altijd een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid om een plan van aanpak op te stellen. Daardoor gebeurt het dat alle betrokkenen denken dat een ander met een bepaalde

actie aan de slag is, maar gebeurt er ondertussen weinig. Geïnterviewden merken op dat dezelfde actiepunten soms in meerdere overleggen terugkomen. Als het wél lukt om die gezamenlijke verantwoordelijkheid te dragen, zien zij de meerwaarde hiervan. Zij menen dat de samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis informatie-uitwisseling en een gezamenlijke aanpak stimuleert door korte lijnen te organiseren en een plek voor overleg te bieden.

Regievoering is een belangrijk thema dat uit de interviews naar voren kwam. Geïnterviewden beschrijven hoe een casusregisseur bijdraagt aan de uitvoering van een plan van aanpak en zicht houdt op de voortgang ervan. Wie de regie voert, verschilt per gezin: het kan een van de al betrokken professionals zijn, maar ook een externe, extra toegevoegde regisseur. Geïnterviewden zijn het meest positief over de casusregie binnen MDA⁺⁺ door een externe casusregisseur. Deze heeft voldoende tijd om de uitvoering van het plan te overzien. Deze persoon is nog onbekend voor het gezin, maar kan door de langdurige betrokkenheid wel een samenwerkingsrelatie met het gezin opbouwen. Dit verschilt van een regisseur die bij de reguliere aanpak aangewezen wordt binnen de betrokken hulpverlening. Deze persoon krijgt deze taak erbij, maar krijgt vanuit zijn of haar organisatie hier niet altijd tijd en ruimte voor. De regierol wordt volgens geïnterviewden daardoor vaak minder goed opgepakt. Wanneer de betrokkenheid van deze persoon stopt, stopt automatisch zijn of haar regierol. Bovendien blijken betrokken professionals vaak niet graag de regierol op te pakken, omdat ze te weinig mogelijkheden hebben om die regierol goed vorm te geven (geen mandaat, geen tijd) en bang zijn om de verantwoordelijkheid te dragen (angst voor tuchtrecht en strafrechtelijke vervolging bij ernstige incidenten). Ten slotte is financiering een knelpunt. Een specialistische casusregisseur kost geld, maar dat is niet altijd beschikbaar. Zo geeft de jeugdbescherming aan dat zij in gezinnen waarbij ze betrokken is een regierol vervult, maar dat dit financieel niet mogelijk is als zij niet (meer) betrokken is.

“Ik vraag me soms af in hoeverre er een angst-cultuur is in dit soort situaties. De angst om de verantwoordelijkheid te nemen en de regie te voeren. Als het misgaat, gaat het goed mis en dan?”

Samenwerking tussen straf en zorg. De geïnterviewden vinden de samenwerking tussen de hulpverlening en de strafpartners belangrijk en zelfs noodzakelijk voor structurele veiligheid. De meerwaarde hiervan zit in verschillende zaken. Ten eerste brengen strafpartners

en hulpverleners een andere kijk op een gezinssituatie mee. Een geïnterviewde hulpverlener noemde de kijk van strafpartners verfrissend, omdat in de hulpverlening gedacht wordt in allerlei mitsen en maren, maar de wet is gewoon de wet. Ten tweede brengen beide partijen aanvullende informatie mee over de casus. Zo weten strafpartners wat voor incidenten er zijn geweest en welke stappen in het strafproces wanneer gezet worden, en weten hulpverleners wat er allemaal aan hulpverlening is geprobeerd in een gezin. Dit ondersteunt het inschatten van de risico's. Ten derde waarderen de geïnterviewden het samen optrekken in de aanpak, bijvoorbeeld door korte lijnen tussen een hulpverlener en een wijkagent of door af te spreken hoe de politie kan afgaan op nieuwe incidenten of overtredingen van huis- of contactverboden. Ten slotte kunnen strafpartners samen met hulpverleners nadenken over welke bijzondere voorwaarden het OM de rechtbank kan verzoeken. Deze bijzondere voorwaarden zijn dan bedoeld om het hulpverleningsproces te ondersteunen, bijvoorbeeld door het laten opnemen van verplichte verslavingszorg of een ander type behandeling. Hiervoor kunnen zij informatie vanuit de overleggen in het Zorg- en Veiligheidshuis meenemen.

“Het OM kan goed die stok achter de deur zijn om partijen te dwingen om mee te werken met de hulpverlening. En als zij dat niet meer willen, dat er toch een sanctie volgt. Zo helpen ze de hulpverlening om in positie te komen bij het gezin.”

Ondanks de grote meerwaarde van de samenwerking tussen de zorg- en strafketen, werden er ook enkele knelpunten ervaren. Ten eerste lopen de processen binnen het Zorg- en Veiligheidshuis, de hulpverlening en het strafproces niet altijd aan elkaar gelijk. Dan is er een multidisciplinair overleg in het Zorg- en Veiligheidshuis, maar duurt een beslissing bij de rechtbank nog maanden, waardoor hierop gewacht wordt. Ook andersom zijn er soms overleggen net nadat er een zitting is geweest, waardoor input vanuit de hulpverlening niet meegenomen kon worden. Wanneer deze zaken beter op elkaar afgestemd zouden worden, kunnen betrokken professionals elkaar meer versterken. Ten tweede werd benoemd dat het nog lastig is om een plan te maken waarbij de strafketen en de zorgketen in evenwicht zijn met elkaar. Meerdere geïnterviewden noemden dat de strafketen soms de boventoon voert, mogelijk omdat de strafpartners meer en striktere procedures en protocollen hebben en daarmee snel de regie nemen. Ook noemde het OM dat officieren van justitie gewend zijn om hun eigen koers te bepalen in een zaak. Zij hebben het nodig dat het

belang van de samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis steeds onder de aandacht gebracht blijft worden. Ten derde bleek dat de politie en het OM niet altijd alle relevante informatie kunnen delen tijdens een overleg, omdat er een lopend onderzoek is. Ten slotte werd benoemd dat er in de hulpverlening vaak een regiehouder is die het overzicht heeft over het hulpverleningsplan, maar een dergelijke functie ontbreekt in de strafketen. Dit maakt het meer afhankelijk van individuele professionals in hoeverre ze een casus volgen. Een wijkagent heeft hier volgens geïnterviewden te weinig mandaat voor.

“We hadden een casus met een man met LVB. Hij had nog detentie staan, maar met de casusregisseur is besproken dat hij niet opgepakt zou worden. In het weekend is hij toch opgepakt en nu heeft hij weer terugval in zijn drugsgebruik. Dus dat is heel vervelend. De agent heeft het wel in het dossier gezet, maar de politie heeft wellicht niet in het dossier gekeken of ‘overrulet’ dat.”

Betrokkenheid van samenwerkingspartners en onderlinge verwachtingen. In de overleggen in het Zorg- en Veiligheidshuis sluiten veel verschillende professionals aan. Wie erbij betrokken zijn en wat zij van elkaar verwachten, beïnvloeden de onderlinge samenwerking. Eerst komt de bijzondere rol van de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis aan de orde en vervolgens de rollen van de andere samenwerkingspartners in overleggen. Ten slotte wordt het belang van de juiste verwachtingen besproken.

De geïnterviewden waren tevreden over de procesregisseurs van het Zorg- en Veiligheidshuis. Zij zijn strakke voorzitters, die goed zijn in het ordenen van gesprekken en het toepassen van de BOB-methode.¹ Tevens kunnen zij goede vragen stellen om het gesprek diepgang te geven. Geïnterviewden ervaren dat daarmee vergaderingen effectief verlopen en iedereen scherp blijft. Eventuele vastgelopen processen of een knellende samenwerking kunnen zij helpen vlottrekken. Bovendien hebben procesregisseurs veel kennis van het veld en kunnen zij hierover – indien nodig – uitleg geven, bijvoorbeeld over de wettelijke mogelijkheden van bepaalde partners. Een mogelijk punt van aandacht is het matchen van procesregisseurs aan bepaalde casuïstiek wegens hun expertise.

De geïnterviewden waarderen het grote aantal ketenpartners dat aangesloten is bij het Zorg- en Veiligheidshuis, maar zoeken ook naar de beste vorm voor de samenwerking. Zij menen dat het afhankelijk is van de mensen aan tafel of de doelen van een overleg wel of niet behaald worden. Een deel van de geïnterviewden was hier overwegend positief over, een ander deel ziet mogelijkheden voor verbetering. Een eerste knelpunt vormt het aantal professionals dat in multidisciplinair overleg aanwezig is. Zij merken op dat er geregeld veel mensen bij betrokken zijn, waardoor overleg niet efficiënt verloopt en gezamenlijke besluitvorming door gebrek aan tijd erbij inschiet. De veelheid aan betrokken professionals zorgt ook voor verwarring bij gezinnen. Het tweede knelpunt, dat met het eerste samenhangt, is wie er wanneer voor een overleg wordt uitgenodigd. Sommige geïnterviewden vonden het onduidelijk hoe dit gebeurt en constateerden dat sommige organisaties eerder of vaker aansluiten dan andere. Concreet noemden geïnterviewden meermaals dat zij ggz en OM regelmatig misten. Geïnterviewden meenden dat voldoende diversiteit in de betrokken expertise nodig is en dat per casus bekeken moet worden welke organisaties nodig zijn. Een derde vraagstuk is de balans tussen enerzijds professionals die bij het gezin betrokken zijn en anderzijds vaste experts die van buitenaf meekijken (materiedeskundigen bij reguliere focusoverleggen en expertpooleden bij MDA⁺⁺). Deze beide rollen hebben een onderscheiden, maar waardevolle bijdrage aan multidisciplinair overleg in complexe vraagstukken. Bij het gezin betrokken professionals hebben meer inzicht in de specifieke situatie van gezinnen en gaan ook in het vervolg verder met hen aan de slag. Daarentegen zijn deze professionals soms minder bekend met de (on)mogelijkheden van het Zorg- en Veiligheidshuis. Het voordeel van vaste experts is dat zij veel kennis hebben van huiselijk geweld, hun eigen vakgebied en de handelingsmogelijkheden daarin, waardoor zij een nieuwe kijk op casussen kunnen bieden en kunnen meedenken over alternatieve plannen. Daarnaast zijn zij goed bekend met het Zorg- en Veiligheidshuis. Het nadeel van experts is echter dat zij de cliënt alleen van papier kennen en ook niet het plan gaan uitvoeren. Zo stuurt de ggz vaak experts naar de overleggen die uitleg over psychische problematiek in het algemeen kunnen geven, maar niet beschikken over concrete casusspecifieke informatie.

.....

1 BOB staat voor Beeldvorming, Oordeelsvorming, Besluitvorming. Het model is een manier om gestructureerd tot beslissingen te komen.

“Wat soms lastig is: wij kennen cliënten en hebben daar persoonlijk contact mee. In het Zorg- en Veiligheidshuis zijn er mensen die dat niet hebben, die kennen mensen van papier. Dat is soms lastig, want van papier kan je een andere mening hebben over wat er nodig is dan als je de cliënt persoonlijk kent.”

Er bestaan verschillen tussen de reguliere aanpak en MDA⁺⁺ in welke professionals en organisaties in de kern erbij betrokken zijn. Zo blijken bij MDA⁺⁺ vaak meer professionals aanwezig die bij het gezin betrokken zijn dan bij de reguliere aanpak. Bij de reguliere aanpak is de straf- en bestuursketen vaker betrokken, terwijl MDA⁺⁺ sterker vanuit de zorgketen is ingestoken. Door verschillen in aanwezige expertise ontstaan ook verschillen in werkwijze. Geïnterviewden menen dat MDA⁺⁺ er beter in slaagt om een focus op veiligheid te houden door het gebruik van Signs of Safety. Bij reguliere overleggen missen geïnterviewden soms deze een gezamenlijke focus op veiligheid.

Voor een goede samenwerking is een voorwaarde dat alle aanwezigen in een multidisciplinair overleg een duidelijk beeld hebben van wat elke betrokkene wel en niet kan betekenen. Wanneer de verwachtingen van iemands mogelijkheden niet overeenkomen met het daadwerkelijke mandaat, kan dit spanningen en frustraties opleveren. Geïnterviewden noemden met name het verschil tussen de zorgketen en strafketen. Geïnterviewden vinden het belangrijk dat alle betrokkenen een basale kennis hebben van de andere betrokken partijen, waardoor iedereen ook de juiste vragen kan stellen. Daarom is het belangrijk om uitleg te geven over de positie en rol van verschillende partijen. Geïnterviewden zien hier onder meer een rol voor de procesregisseurs van het Zorg- en Veiligheidshuis, maar ook voor organisaties zelf die merken dat er onduidelijkheid is over hun positie en rol. Bovendien ervaren geïnterviewden dat professionals uit verschillende organisaties elkaar beter begrijpen wanneer zij langer met elkaar samenwerken en de mogelijkheid hebben om op dezelfde locatie te werken.

“Het is echt heel belangrijk dat we een vast team hebben: elkaar leren kennen, kwaliteiten leren kennen. Dan kom je echt tot meer. Het werkt stagnerend als je steeds aan elkaar moet wennen.”

Cliëntbetrokkenheid. Het laatste onderwerp dat naar voren kwam bij de ervaringen van professionals met de samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis is de betrokkenheid van cliënten. Geïnterviewden ervaren dat gezinnen op dit moment nog te beperkt betrokken zijn

bij de multidisciplinaire aanpak. Gezinnen worden ervan op de hoogte gebracht dat hun situatie in het Zorg- en Veiligheidshuis besproken wordt, maar zij sluiten nog weinig aan bij overleggen. Hierdoor ontbreekt hun stem in de overleggen. Veel hulpverleners vinden het belangrijk om gezinnen bij gesprekken te betrekken, omdat zij een goed beeld kunnen schetsen van de onveiligheid en kunnen meedenken over een plan dat aansluit bij hun behoeften. Gezinnen moeten immers uiteindelijk met het plan aan de slag. Hun motivatie is dus cruciaal. Een mogelijk positief effect van sterker betrokken gezinnen is volgens geïnterviewden dat gezinnen meer in de regierol treden en de ernst van de situatie inzien. Sommige hulpverleners, met name in de ggz, praten alleen over gezinnen wanneer zij toestemming van gezinnen hiervoor hebben gekregen.

Om gezinnen meer erbij te betrekken, doen de geïnterviewden een aantal suggesties. Ten eerste menen ze dat het uitgangspunt moet zijn dat gezinnen altijd uitgenodigd worden voor overleg, tenzij daar zwaarwegende argumenten tegen zijn (ja, tenzij ...). Daarnaast adviseren zij om eventueel een bespreking in twee delen te splitsen, waarbij professionals in het eerste deel onderling overleggen en cliënten in het tweede gedeelte aansluiten. Ten derde suggereren ze dat het Zorg- en Veiligheidshuis ook meer outreachend kan werken en naar gezinnen toe kan gaan om met hen te praten. Ten slotte adviseren ze om van beproefde methoden uit de crisishulpverlening te leren.

Randvoorwaarden voor de multidisciplinaire samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis

Voor een goede samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis hebben de geïnterviewde professionals een aantal randvoorwaarden genoemd. Dit zijn: privacy, de processen en procedures, de (on)bekendheid van het Zorg- en Veiligheidshuis, de afstemming met andere samenwerkingsverbanden, en tijd.

Privacy. Privacy is veelvuldig als knelpunt genoemd tijdens de interviews. Voorop staat voor professionals dat privacy belangrijk is, maar het maakt de samenwerking soms ook erg lastig. Dit komt vooral omdat verschillende organisaties anders omgaan met de privacy. Een deel van de organisaties deelt informatie binnen het Zorg- en Veiligheidshuis, omdat zij een convenant hebben ondertekend. In dit convenant staat dat gedeelde informatie geen onderdeel mag worden van het dossier van een andere organisatie, tenzij hiervoor expliciet toestemming is gegeven. Daarbij maken zij wel telkens de afweging welke informatie noodzakelijk en relevant is om te delen en welke niet. Sommige individuele

professionals zijn echter onvoldoende op de hoogte van dit convenant, waardoor dit zeker voor ruis kan zorgen wanneer professionals voor het eerst aansluiten, omdat zij bang zijn hun SKJ-registratie kwijt te raken of voor de tuchtrechter te komen. Een professional merkt echter op dat professionals vervolgbaar zijn, ook wanneer ze informatie niet delen en het daarna misgaat.

Een deel van de organisaties heeft het convenant niet ondertekend of heeft informatie die hier niet binnen valt. In dit laatste geval gaat het vooral om medische informatie van de huisarts en ggz. Voor deze professionals is toestemming van het gezin noodzakelijk of de bedreiging moet dermate ernstig voor de veiligheid zijn dat ze hun beroepsgeheim mogen doorbreken. Dit laatste kunnen professionals vaak pas tijdens een overleg inschatten, omdat ze dan alle informatie horen. Daarnaast kunnen de politie en het OM soms informatie niet delen omdat er nog een lopend onderzoek is.

“We mogen alleen als de dreiging dermate hoog en acuut is een medisch dossier openen zonder toestemming. Het is lastig, want dit zijn juist mensen die geen toestemming geven. Je mist daardoor cruciale informatie.”

Processen en procedures. Een andere randvoorwaarde voor de samenwerking zijn de werkprocessen en procedures binnen het Zorg- en Veiligheidshuis. Over het algemeen zijn geïnterviewden hierover tevreden. Het proces van aanmelding, via het weegoverleg naar het focusoverleg, ervoeren zij als prettig voor de reguliere aanpak. Ook de heldere actielijsten en het bewaken van de voortgang van deze acties via de mailinglijsten vinden zij prettig. Bovendien waarderen zij het pand, de ICT en het convenant als belangrijke pijlers. Specifiek tijdens de coronapandemie vonden zij het prettig dat overleggen online goed doorgang konden vinden.

Geïnterviewden noemden ook een aantal verbeterpunten. Zo zou er een speciale ruimte in het pand ingericht kunnen worden voor gesprekken met cliënten waarbij professionals mogelijke onveiligheid verwachten. Daarnaast kunnen niet alle partijen in het registratiesysteem en komen uitnodigingen voor bijeenkomsten soms te laat, waardoor mensen niet kunnen aansluiten. Ten slotte vinden ze dat informatie over de voortgang van een gezin niet altijd voldoende actief met betrokkenen wordt gedeeld, maar dat ze hier zelf achteraan moeten.

(On)bekendheid. Een randvoorwaarde voor de samenwerking is dat professionals en organisaties bekend zijn met het Zorg- en Veiligheidshuis en weten welke gezinnen ze daar kunnen aanmelden. Geïnterviewden zeggen echter dat het Zorg- en Veiligheidshuis nog niet bij iedereen in de regio bekend is. Daarnaast is er onbekendheid over de aanmeldroute en criteria voor de aan te melden gezinnen in het algemeen. Bovendien zorgt het verschil tussen MDA⁺⁺ en de reguliere aanpak voor verwarring. Het is voor sommige professionals nog onduidelijk wanneer zij naar welke aanpak gaan. Daarnaast is het voor professionals onduidelijk dat er twee verschillende aanmeldroutes zijn.

Andere samenwerkingsverbanden rondom huiselijk geweld. In de interviews kwamen veel verschillende samenwerkingsverbanden rondom huiselijk geweld naar voren. Een randvoorwaarde voor goede samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis is dat hiermee goed afgestemd wordt. Naast het Zorg- en Veiligheidshuis en MDA⁺⁺ is er het ZSM, de Jeugdbeschermingstafel, een pilot met medewerkers van het Crisis Interventie Team (CIT) bij de politie, een nog op te zetten actiegericht overleg (overleg tussen Veilig Thuis, Politie en OM over casuïstiek waarbij mogelijk strafbaar handelen is geweest, maar geen multiproblematiek) en het risicojongerenoverleg (overleg Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), politie, vroegtijdig schoolverzuim, jeugdbescherming, Wmo en wellicht meer organisaties, over overlastgevend jongeren in een wijk). Daarnaast zijn er lokaal mogelijk nog meer initiatieven. Deze samenwerkingsverbanden zijn volgens geïnterviewden onvoldoende aan elkaar verbonden. Het Zorg- en Veiligheidshuis zou volgens hen deze verbinding kunnen versterken.

Tijd. Ten slotte is de beschikbaarheid van tijd voor professionals om aan te sluiten bij de overleggen een randvoorwaarde. Dit is vooral genoemd als knelpunt in de samenwerking. Een deel van de professionals krijgt onvoldoende tijd en ruimte voor de overleggen in het Zorg- en Veiligheidshuis.

Deelconclusie interviews met professionals
Professionals beschrijven de gezinnen die wegens huiselijk geweld aangemeld worden bij het Zorg- en Veiligheidshuis als gezinnen waarin het langdurig en/of ernstig onveilig is. Naast het geweld spelen er veel andere problemen, waardoor er vaak veel verschillende hulpverlenende organisaties bij betrokken zijn. Deze hulpverlening heeft echter onvoldoende effect gehad of komt niet van de grond. Het uiteindelijke doel van de samenwerking tussen



professionals in het Zorg- en Veiligheidshuis is om de gezinssituaties weer veilig te maken. Dit gebeurt door de krachten van professionals vanuit straf, zorg en bestuur te bundelen. Om dit te bereiken brengen ze hun kennis van de gezinssituatie samen, zodat een zo volledig mogelijk beeld van de onveiligheid ontstaat. Vervolgens maken en monitoren ze een gezamenlijk en op elkaar afgestemd (veiligheids)plan. Het Zorg- en Veiligheidshuis coördineert deze samenwerking.

De onderlinge samenwerking is prettig. De geïnterviewde professionals beschrijven belangrijke succesfactoren voor een goede samenwerking, maar ook een aantal knelpunten. Zo ervaren zij dat de interventiemogelijkheden in het vrijwillige kader soms tekortschieten om veiligheid te creëren, terwijl die er ook in het strafrechtelijke of gedwongen kader niet zijn. Daarnaast lukt het niet altijd om het principe van één gezin – één plan – één regisseur te bewerkstelligen, omdat professionals op hun ‘eigen eilandje’ blijven werken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de stap ontbreekt tussen het samenbrengen van informatie en het maken van een plan, namelijk de stap van een gezamenlijke analyse van de beschikbare informatie. Daarbij leken de principes van gefaseerde ketenzorg weinig bekend. Een belangrijke succesfactor was de procesregisseur vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis, die multidisciplinair overleg voorzit. Hoewel de externe casusregisseur bij MDA** erg gewaardeerd wordt, hebben de bij de reguliere casuïstiek aangewezen professionals hier vaak te weinig tijd voor.

Verder benadrukken geïnterviewden het belang van juiste verwachtingen en de aanwezigheid van de juiste mensen bij multidisciplinair overleg. Zij vinden dat er een balans moet zijn tussen het aantal bij het gezin betrokken professionals en experts die dit niet zijn. Ten slotte vinden geïnterviewden dat gezinnen op dit moment nog te beperkt betrokken worden bij de multidisciplinaire aanpak; gezinnen sluiten zelden aan bij overleggen.

Geïnterviewden noemden een aantal randvoorwaarden voor goede samenwerking, waaronder goede afspraken over privacy, heldere werkprocessen en procedures, een gespreksruimte voor gesprekken met cliënten, afstemming met andere samenwerkingsverbanden voor huiselijk geweld en facilitering vanuit de organisatie (tijd, mandaat).

3.3.3 Interviews met cliënten

Hieronder wordt beschreven welke vormen van huiselijk geweld en/of kindermishandeling cliënten (hebben) ervaren, hoe zij de multidisciplinaire samenwerking rond dit geweld hebben ervaren en wat zij hierbij positief en negatief vonden.

Samenvatting ervaringen huiselijk geweld en/of kindermishandeling

Cliënten beschreven in de interviews vormen van zowel fysiek, verbaal als seksueel geweld, evenals de dreiging met geweld door middel van stalking en bedreigingen. Daarbij zijn verschillen zichtbaar tussen de ervaringen van vrouwen, mannen en jongeren.

Vrouwen zeggen met alle vormen van geweld te maken te krijgen, met name gepleegd door de partner, maar een enkele keer vindt er ook fysiek geweld plaats tegen vrouwen gepleegd door een minder- of meerderjarig kind. Vrouwen vertellen hoe de geschiedenis zich herhaalt, zowel op het gebied van geweld als in de betrokkenheid van jeugdzorg. Veel vrouwen hebben eerder al te maken gehad met gewelddadige (familie)relaties en hebben in hun eigen jeugd al contact gehad met jeugdzorg. Vrouwen leggen de oorzaak hiervan bij zichzelf: ze menen dat ze te weinig grenzen hebben gesteld en relaties zijn aangegaan met verkeerde mannen.

“Wat ik belangrijk vind om te zeggen, omdat ik als kind in gewelddadige situaties ben opgegroeid, is dat dit de grondslag is geweest van mijn gewelddadige relaties toen ik volwassen was. Ik was als kind altijd heel bang en toen ik volwassen werd ging ik juist heel erg van mij afbijten. Het heeft echt met mijn jeugd te maken dat mijn leven zo gelopen is.” – Cliënt 1

Mannen schetsen een wisselend beeld van het huiselijk geweld. Een deel van de mannen stelt dat er huiselijk geweld heeft plaatsgevonden tussen beide partners en een ander deel beschrijft onterecht beschuldigd te worden van huiselijk geweld door de partner. Mannen vertellen vaak niet geloofd te worden in de hulpverlening en veelal ‘automatisch’ als dader gezien te worden. Mannen ervaren dat er veel nadruk ligt op de beleving van de vrouw, met weinig oog voor de situatie, ervaringen en zorgen van de man.

“Mensen geloven haar steeds. De zwarte-pieten-discussie is nog niet voorbij. Hoe kan het dat ik al 3,5 jaar geen kinderbudget krijg, maar wel voor mijn kinderen zorg? En ik doe alles voor mijn kinderen, ik ben bij ieder gesprek, ben altijd bereikbaar, neem altijd de telefoon op.” – Cliënt 2

Jongeren vertellen zelf fysiek, verbaal en geestelijk geweld te hebben meegemaakt gepleegd door de (stief)vader, of getuige te zijn geweest van geweld tussen beide ouders. In het geval dat er ook broertjes en zusjes aanwezig waren in het gezin, geven jongeren aan dat het geweld zich voornamelijk op henzelf gericht heeft. In enkele gevallen werd geweld verder aangewakkerd door broers of zussen of vond er (seksueel) geweld plaats tussen kinderen. Hierdoor leggen de jongeren de oorzaak van het geweld bij zichzelf: zij zijn een lastige, vervelende of problematische jongere, wat leidt tot angst- en of agressieproblemen en depressiviteits-, automutilatie- of suïcidale klachten. Daarnaast zoeken

jongeren verklaringen voor het gedrag van de ouder: die zou handelen uit onmacht, een goede reden hebben voor het geweld of zelf nooit anders hebben geleerd. Door afstand tot de ouder te creëren, weg te lopen, bij vrienden te verblijven of in het uiterste geval terug te vechten, proberen jongeren het huiselijk geweld te voorkomen of te stoppen.

Multidisciplinaire samenwerking

Alle cliënten zeggen dat er veel organisaties betrokken zijn of waren bij huiselijk geweld situaties, maar ook hierin hebben vrouwen, mannen en jongeren een verschillend perspectief.

Vrouwen vertellen dat het niet altijd duidelijk is welke organisaties allemaal betrokken zijn bij een gezin. Als daarnaast de samenwerking tussen de verschillende organisaties niet goed verloopt, hebben vrouwen veel verschillende hulpverleningscontacten, moeten zij vaak hun verhaal herhalen en wordt er gewerkt met verouderde of verkeerde informatie.

Vrouwen hebben behoefte aan een goede afstemming tussen verschillende organisaties, met één duidelijk aanspreekpunt voor het gezin met wie het goed klikt. Daarnaast waarderen vrouwen het als er een overkoepelende analyse wordt gemaakt en een gezamenlijk plan wordt opgesteld. Vrouwen benadrukken dat het belangrijk is dat er naar het gehele gezin wordt gekeken en dat daarbij niet alleen de huidige situatie in kaart wordt gebracht, maar ook de voorgeschiedenis die daaraan ten grondslag ligt.

“Doordat er alleen maar gekeken wordt naar het geweld, heb je alleen straffen en consequenties. Maar als je gaat kijken waar het vandaan komt, dan kun je het misschien stoppen of voorkomen. Want vaak willen mensen wel, maar weten ze gewoon geen andere manier. Hulpverlening gaat dieper dan kijken waar het fout gaat.” – Cliënt 1

Vrouwen hebben daarnaast veel last van het ‘gat’ tussen het vrijwillige en gedwongen kader, vooral als geweld niet fysiek is en hulpverleners weinig kunnen doen om de veiligheid van deze vrouwen te waarborgen. Er is dan te weinig mogelijk in het vrijwillige kader, vooral als niet alle gezinsleden mee willen werken, terwijl de situatie nog niet ernstig genoeg is om op te schalen naar het gedwongen kader, waarin meer mogelijk is. Vrouwen hebben het gevoel te moeten wachten tot de situatie escaleert voordat zij goed geholpen kunnen worden.

Mannen vertellen dat hulpverleners vooral gericht zijn op de situatie en behoeften van de vrouw en dat hulpverlening vastloopt als partners het niet eens kunnen worden. Net als vrouwen geven mannen aan dat de samenwerking tussen verschillende organisaties moeizaam verloopt en dat zij behoefte hebben aan één persoon die de regie voert. Daarnaast zouden mannen vaker een organisatie of professional erbij willen betrekken die specifiek hun belangen behartigt, omdat ze zich benadeeld en als dader gepositioneerd voelen.

Jongeren zeggen dat hulp in het gezin is gestart naar aanleiding van hun gedrag op school. Als gevolg hiervan was de hulpverlening primair gericht op het problematische gedrag van de jongere, niet op het geweld dat dit gedrag veroorzaakte. Wanneer hulpverleners wel zicht hadden op het geweld dat plaatsvond in het gezin, vertellen jongeren dat hulpverleners weinig mogelijkheden zagen (of benutten) om ook het gedrag van ouders aan te pakken. Zij leken de balans te moeten bewaren tussen ouders betrokken houden bij de hulpverlening en ouders aanspreken op hun gedrag. Dit was vooral lastig als hulpverlening in het vrijwillige kader plaatsvond.

“De hulpverlening probeerde wel in gesprek te gaan met mijn ouders. Er was op een gegeven moment ook een ambulante hulpverlener die met mijn ouders ging praten. Ze kwamen daar niet goed doorheen. Dus het werd op een gegeven moment een keuze: gaan we door om te proberen hun te veranderen, of gaan we ervoor zorgen dat ik sterk genoeg ben om in de situatie thuis te doen wat ik moet doen als het misgaat?” – Cliënt 3

Positieve ervaringen met hulpverlening

Vrouwen, mannen en jongeren geven tijdens de gesprekken allen aan vooral behoefte te hebben aan menselijk contact met de hulpverlening. Een luisterend oor, waardoor ze hun verhaal kunnen doen en zich door de betrokken en geïnteresseerde houding ook daadwerkelijk gehoord voelen. Daarnaast leggen vrouwen, mannen en jongeren andere accenten in waar zij behoefte aan hebben in de hulpverlening.

Vrouwen zijn op zoek naar de menselijke benadering, waarbij er vanuit vertrouwen en een vriendschappelijke houding meegedacht wordt in hun situatie. Ook vertellen vrouwen dat het prettig is als de hulp laagdrempelig toegankelijk is en zich richt op praktische zaken, zoals het aanbrengen van structuur. Zij hebben behoefte aan een oplossingsgerichte insteek, met intensief contact en goede uitleg, waarbij de hulpverlening niet te snel wordt afgeschaald.

Daarnaast willen vrouwen dat er naar het gehele systeem van ouder(s) en kind(eren) gekeken wordt. Ook groepstherapie omschrijven vrouwen als positief, enerzijds vanwege het contact met lotgenoten, anderzijds als stok achter de deur omdat andere mensen op je rekenen.

Ook mannen geven aan de hulp bij praktische zaken te waarderen, omdat zij op die manier antwoorden krijgen op vragen waarmee zij (blijven) rondlopen. Mannen waarderen het als hulpverleners expliciet oog hebben voor hun situatie, zorgen en behoeften. Zij voelen zich in dat geval goed geholpen en ondersteund in het doorbreken van de agressie-spiraal.

“Ik heb er wel veel aan, ik krijg veel goede adviezen. Ik heb er best wel veel baat bij. Ze vertellen ook wat er beter kan, wat ik beter niet kan doen. En daar houd ik me ook netjes aan. Ik heb daar best wel veel profijt van eigenlijk. En ik heb ook een heel fijn persoon.” – Cliënt 4

Vooraf de inzet van hulpverleners om een verkeerd beeld van mannen (als dader) recht te zetten bij andere organisaties, waarderen mannen enorm.

“Ze hebben echt naar me geluisterd, ik heb mijn verhaal kunnen doen. En ze hebben echt voor me gevochten om duidelijk te maken dat wat op papier stond niet waar was. [...] Ze hebben ook aangegeven dat er een slecht beeld van mij werd geschetst. Dat hebben zij voor mij rechtgezet.” – Cliënt 5

Jongeren vertellen vooral behoefte te hebben aan persoonlijke begeleiding, waarbij een wederzijdse klik essentieel is voor een positieve ervaring. Zij hebben behoefte aan een veilige haven met voldoende continuïteit, of ten minste aan een gedegen overdracht en overgangsperiode als dit niet mogelijk is. Zij willen erkenning voor het feit dat problematisch gedrag van ouders het probleemgedrag bij jongeren veroorzaakt en dat hulpverleners hun ouders op dit gedrag aanspreken.

“Toen zei die vrouw daar: ‘Nou, volgens mij hebben jullie niet echt een probleemkind, maar heeft jullie kind gewoon last van de problemen tussen jullie.’ En toen zijn mijn ouders daar een poosje met zijn tweeën geweest. En dat vond ik echt heel fijn.” – Cliënt 6

Jongeren hebben behoefte aan hulpverleners die hen steunen, voor hen opkomen en ruimte bieden als het even niet goed gaat. Daarbij is het belangrijk dat hulpverlening niet veroordelend reageert als er ongepast gedrag wordt

getoond, maar juist werkt aan alternatieve strategieën om met het gedrag van ouders om te gaan. Daarbij zoeken jongeren vooral naar een samenwerking waarin jongere en hulpverlener samen problemen aanpakken, aan doelen werken en jongeren inspraak hebben in de begeleiding.

Aandachtspunten in de hulpverlening

Vrouwen, mannen en jongeren ervaren ook enkele knelpunten in de hulpverlening rondom huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarbij is vooral het werken met verouderde of verkeerde informatie een aandachtspunt dat alle drie de groepen delen. Op andere gebieden leggen vrouwen, mannen en jongeren andere accenten.

Vrouwen schetsen hoe het vragen om hulp ook risico's met zich mee kan brengen. Zij ervaren dat hun kinderen uit huis geplaatst zijn nadat de vrouwen om hulp hebben gevraagd. Ze spreken over een eenzijdige focus op het welzijn van de kinderen, waardoor vrouwen het gevoel hebben alleen waardevol te zijn als ouder en niet als individu op zichzelf. Het eigen welzijn van deze vrouwen wordt niet gezien, of enkel als middel om een betere situatie voor de kinderen te creëren. Doordat vrouwen het gevoel krijgen steeds te moeten bewijzen dat zij een goede ouder zijn, durven zij geen ondersteuning in de opvoeding te vragen en zich kwetsbaar op te stellen.

Daarnaast vertellen vrouwen dat de hulpverlening vooral focust op de huidige situatie, maar niet op het stoppen van geweld. Er is te weinig aandacht voor de voorgeschiedenis waaruit geweld voortkomt en onvoldoende gelegenheid om nieuw gedrag aan te leren. Daders krijgen vaak geen gerichte hulp, waardoor zij (en hun gezin) in angst blijven leven. Aangifte doen is moeilijk, lang en slepend, waarbij de bewijslast bij het slachtoffer ligt. Vrouwen voelen zich daardoor niet altijd serieus genomen in hun zorgen, vooral als geweld en onveiligheid (nog) niet fysiek zijn. Wanneer er onvoldoende gecommuniceerd wordt over de voortgang of gewerkt wordt met verkeerde en verouderde informatie, verliezen vrouwen hun (laatste beetje) vertrouwen in de hulpverlening.

Ook mannen ervaren dat er in de hulpverlening een sterke focus ligt op de kinderen. Maar waar vrouwen moeten bewijzen dat zij een geschikte ouder zijn, ervaren mannen dat kinderen gebruikt worden als pressiemiddel. Wanneer er tussen ouders geweld speelt, zijn het de mannen die hun kinderen niet meer of slechts heel weinig mogen zien. Hierdoor voelen mannen zich door de hulpverlening bedreigd en onder druk gezet, waardoor spanningen verder oplopen.



“Ik heb een hulpverlener gehad die mij zwaar heeft bedreigd. Als jij nog een keer contact opneemt met je ex of je dochter, dan gaan we alles in gang zetten en ben je ze voor altijd kwijt.” – Cliënt 5

Ook vertellen mannen dat de hulpverlening hen stigmatiseert. Organisaties werken volgens hen niet neutraal en hebben een automatische voorkeur voor de vrouw als er kinderen in het spel zijn. Mannen moeten harder vechten voor dezelfde rechten. Daarbij stellen mannen dat het verhaal van vrouwen sneller wordt geloofd en dat mannen in sommige gevallen zelfs worden tegengewerkt. Vooral wanneer er hulpverleners in een gezin zijn met nog weinig ervaring, voelen zij zich niet erkend in hun verhaal.

Jongeren vertellen dat huiselijk geweld en kindermis-handeling lang onder de radar blijven. Aan de ene kant zijn jongeren zelf niet open over de situatie uit loyaliteit richting hun ouders. Aan de andere kant worden jongeren niet geloofd als die informatie er wel is of wordt er geen actie ondernomen op het gedrag van de ouders, maar enkel op het problematische gedrag van de jongere.

“Het huiselijk geweld en de kindermishandeling waren meer een vermoeden, omdat ons gezin best wel een gesloten boek was. School had een vermoeden, mijn voogd had een vermoeden. Family First is toen een paar keer bij ons thuis geweest met hele plannen, die hadden een vermoeden. [...] Als er niet wordt doorgevraagd, dan kan een gezin heel makkelijk het boek gesloten houden en wordt er alleen verteld wat het minst schadelijk is.” – Cliënt 7

Ook vertellen jongeren dat er te weinig continuïteit is in de hulpverlening als geheel en in specifieke hulpverleners met wie zij een band hebben opgebouwd. Zij ervaren een groot gat tussen jeugdhulp en volwassenenhulp. Doorlopende hulpverlening is nodig, menen zij, aangezien problemen uit hun jeugd immers doorspelen in het (jong)volwassen leven, maar daarop is de hulpverlening niet ingericht.

Ten slotte benoemen jongeren dat er onvoldoende met hen gesproken wordt tijdens de hulpverlening, met name in afwezigheid van de ouders. Hierdoor hebben zij onvoldoende inspraak en zicht op wat er gebeurt. Jongeren voelen zich veroordeeld voor ongezonder copinggedrag dat zij vertonen, terwijl zij nog geen gezond copinggedrag hebben aangeleerd. Wanneer de hulpverlening zelf de eigen afspraken niet nakomt, verliezen ook jongeren het vertrouwen in de hulpverlening.

“Dus toen was ik daar alleen met mijn ouders en die vrouwen van jeugdzorg en die gingen de hele tijd alleen maar aan mij vragen van: ‘Waarom ben je weggelopen, waarom kun je niet terug naar huis?’ Waar mijn ouders gewoon bij zaten, dus ik durfde daar maar geen antwoord op te geven. En toen zeiden zij aan het einde: ‘Nou ja, wij zien niet echt een reden waarom je niet terug naar huis kan en als je nu wegloopt, is iedereen die je onderdak geeft strafbaar.’ En toen moest ik terug naar huis. En zij zouden over een week nog eens bellen hoe het ging.” – Cliënt 6

Deelconclusie interviews met cliënten

Uit de interviews met cliënten komt naar voren dat de vormen van geweld waarmee gezinsleden te maken krijgen, divers zijn, met belangrijke verschillen tussen vrouwen, mannen en jongeren. Vrouwen zeggen met alle vormen van geweld te maken te krijgen (fysiek, verbaal, seksueel, stalking en bedreiging). Mannen geven aan dat het geweld zich heeft afgespeeld tussen beide partners. Jongeren hebben ofwel zelf fysiek en verbaal geweld meegemaakt, gepleegd door hun (stief)vader, of zijn getuige geweest van geweld tussen beide ouders.

Daarnaast geven alle groepen cliënten aan dat er veel organisaties betrokken zijn (of waren) bij huiselijkgeweld-situaties. Daarbij hebben vrouwen vooral behoefte aan één duidelijk aanspreekpunt, één plan voor het gehele gezin en meer handelingsmogelijkheden bij geweld dat (nog) niet fysiek is. Mannen hebben vooral behoefte aan erkenning van hun situatie, waarbij ze niet automatisch als dader gezien en behandeld worden, en dat er ook echt naar hen wordt geluisterd. Jongeren ervaren een te grote nadruk op het oplossen van hun problemen, terwijl de oorzaak van die problematiek ligt bij het geweld gepleegd door hun ouders.

Zowel vrouwen, mannen als jongeren geven aan in de hulpverlening het menselijk contact tussen hen en de hulpverlening als positief te ervaren. Een luisterend oor, waardoor ze hun verhaal kunnen doen en zich door de betrokken en geïnteresseerde houding ook daadwerkelijk gehoord voelen. Daarnaast benoemen allen het werken met verouderde of verkeerde informatie als belangrijkste aandachtspunt in de multidisciplinaire hulpverlening. Tevens benoemen vrouwen dat hulpverlening zich te veel op de kinderen focust, waardoor zij alleen gezien en benaderd worden vanuit hun rol en meerwaarde als moeder. Mannen benoemen daarentegen hun meerwaarde als vader juist eerst te moeten bewijzen, waarbij contact met de kinderen ingezet wordt om druk uit te oefenen. Jongeren voelen zich nog onvoldoende gezien en gehoord in de hulpverlening, missen continuïteit in het contact met hulpverleners en een ‘gat’ tussen de jeugdhulp en volwassenhulp op het moment dat zij meerderjarig worden.

3.4 Conclusies

Het doel van deze eerste fase van het onderzoek was een startbeeld te maken van de doelgroep en de huidige ketenaanpak van huiselijk geweld in het Zorg- en Veiligheids-huis. Dit is in kaart gebracht met interviews met professionals en cliënten en een analyse van enkele dossiers.

De gezinnen die bij het Zorg- en Veiligheidshuis aangemeld worden wegens huiselijk geweld en kindermishandeling, worden gekenmerkt door acute en/of langdurige onveiligheid. Er vindt fysiek en psychisch geweld plaats, vaak van de man richting de vrouw en kinderen, maar dit kan ook wederzijds zijn of van de (jong)volwassen) kinderen afkomstig zijn. Uit de interviews met cliënten kwam ook naar voren dat verschillende gezinsleden de onveiligheid anders beleven. Naast het geweld spelen in deze gezinnen op veel andere leefgebieden problemen, zoals verslaving, psychiatrische problemen, financiën, huisvesting, echtscheiding en LVB. Er is vaak al langdurig hulpverlening in het gezin, maar dit heeft onvoldoende effect of komt wegens zorgmijding niet van de grond. Ook zijn er vaak juridische maatregelen aanwezig of wordt hiervoor een ingang gezocht. Soms is het echter lastig om bepaalde dreiging ‘hard’ te maken. Ten slotte spelen er in de gezinnen vaak unieke omstandigheden. Dit alles maakt dat de problematiek van de gezinnen erg complex is en er vaak veel professionals bij betrokken zijn.

Het Zorg- en Veiligheidshuis wil voor de gezinnen met deze complexe problematiek de samenwerking tussen de betrokken professionals optimaliseren, zodat zij het gezin kunnen begeleiden naar een veilige thuissituatie. Uit de interviews met professionals komt duidelijk naar voren dat zij weten wat er nodig is om deze samenwerking succesvol te laten zijn. Zij geven echter ook aan, in aansluiting op wat cliënten zeggen en het beeld dat in de dossiers wordt geschetst, dat het nog niet altijd lukt om dit te realiseren.

Het bundelen van de krachten van de zorg-, straf- en bestuurspartners is een belangrijke succesfactor. Ieder brengt zijn of haar expertise en informatie over het gezin in, waardoor professionals een gezamenlijke analyse van de situatie en een op elkaar afgestemd (veiligheidsheids) plan kunnen maken. Met name de betrokkenheid van de strafpartners wordt zeer gewaardeerd. Ondanks het bundelen van de krachten lukt het niet altijd om tot een gezamenlijke analyse en integraal plan te komen. Professionals blijven op hun ‘eigen eilandje’ werken en de afspraken die gemaakt worden zijn vooral procesmatig. Bovendien lukt het nog steeds niet altijd om in het vrijwillige kader de gewenste verandering teweeg te brengen en kan de balans soms te veel doorslaan naar de strafkant. Ten slotte zijn er wachtlijsten voor de hulp en ondersteuning aan gezinnen, waarbij er niet genoeg mogelijkheden zijn om deze te omzeilen.

De verscheidenheid aan partners is een kracht van de samenwerking in het Zorg- en Veiligheidshuis, maar komt ook met de nodige uitdagingen. Zo lukt het met de groep vaste experts om goed op elkaar ingespeeld te raken, teamgevoel te creëren en korte lijnen te onderhouden. Naast de experts zijn ook de bij het gezin betrokken professionals nodig in de samenwerking, omdat zij het gezin kennen en het plan uitvoeren. Zij zijn vaak minder bekend met het Zorg- en Veiligheidshuis en met de mogelijkheden van de andere partners. Bovendien zitten er door het grote aantal partners soms te veel mensen aan tafel en spreken betrokkenen soms een andere taal.

Om de samenwerking in goede banen te leiden, zijn er procesregisseurs en casusregisseurs. Over de procesregisseurs van het Zorg- en Veiligheidshuis zijn de professionals zeer tevreden, omdat die de overleggen strak voorzitten. De casusregisseurs bij MDA++ worden ook gewaardeerd, omdat zij extra bij het gezin betrokken raken en tijd hebben om de regie vorm te geven. Dit is anders bij de reguliere aanpak, waarin een casusregisseur gekozen wordt uit de betrokken hulpverleners. Deze persoon krijgt hier vaak geen extra tijd voor. Uit de interviews met cliënten kwam ook de duidelijke wens naar voren om één aanspreekpunt te hebben die het plan overziet.

Een laatste knelpunt in de samenwerking is de betrokkenheid van cliënten. Het Zorg- en Veiligheidshuis is nu vooral gericht op de samenwerking tussen professionals onderling, maar zowel de hulpverleners als cliënten geven aan dat het betrekken van gezinnen bij overleggen een grote meerwaarde kan hebben. Zij weten wat er echt in hun gezin speelt en kunnen verkeerde informatie ontkrachten. Bovendien weten zij wat hen kan helpen om veiligheid te creëren. Voor cliënten is het belangrijk dat professionals menselijk contact maken en echt naar hen luisteren. Specifiek willen mannen niet automatisch als dader gezien en behandeld worden, willen moeders dat het gehele gezin als systeem behandeld wordt en willen jongeren meer gezien en gehoord worden.

Naast de ervaren knelpunten en succesfactoren in de samenwerking werden ook een aantal randvoorwaarden voor goede samenwerking genoemd, zoals goede afspraken over privacy, heldere werkprocessen en procedures, afstemming met andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rond huiselijk geweld en facilitering vanuit de betrokken organisaties (tijd, mandaat).



4.1 Doelstelling

Dit hoofdstuk presenteert de leer- en verbeteringscyclus van het onderzoek. Doel was om met het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden en zijn nauw betrokken partners te werken aan optimalisering van het samenwerkingsproces conform de visie van risicogestuurde zorg. De onderzoeksvraag voor deze fase van het onderzoek luidde: hoe kunnen betrokken partijen met elkaar de samenwerking verbeteren?

4.2 Opzet

Om dit doel te bereiken is een ontwikkelgroep opgericht bestaand uit een procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, een ervaringsdeskundige en medewerkers van acht partners van het Zorg- en Veiligheidshuis (Veilig Thuis Haaglanden, Jeugdbescherming west, Perpektief, De Waag, gemeente Den Haag (Veilig Verder Team), politie, Openbaar Ministerie, Reclassering Nederland). Er is zoveel mogelijk gewerkt met vaste vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties, hoewel in enkele bijeenkomsten een vervanger aanwezig was in verband met de afwezigheid van de vaste vertegenwoordiger.

In zeven interactieve online bijeenkomsten heeft de ontwikkelgroep onderzocht welke knelpunten zij wenste aan te pakken en concrete verbeteracties bedacht. Op enkele momenten in het proces zijn kleinere werkgroepen uit de ontwikkelgroep gevormd om verbeteracties nader te concretiseren en uit te werken. De onderzoekers faciliteerden het proces van de ontwikkelgroep door de bijeenkomsten te organiseren en leiden, door bevindingen uit het startbeeld en de evaluatie van de testfasen terug te koppelen en door verslag te leggen van de bijeenkomsten. De bijeenkomsten vonden plaats tussen september 2020 en februari 2022. Alle bijeenkomsten vonden online plaats in verband met restricties voor fysieke bijeenkomsten gedurende de coronapandemie.

Behalve de bijeenkomsten met de ontwikkelgroep zijn er twee bijeenkomsten met ervaringsdeskundigen georganiseerd. Aan de bijeenkomsten hebben vier ervaringsdeskundigen deelgenomen. Deze ervaringsdeskundigen zijn in de eerste fase van het onderzoek geïnterviewd. Zij voelden zich betrokken bij het onderwerp en hebben in het interview aangeboden om verder mee te denken gedurende het onderzoek. In de eerste bijeenkomst met ervaringsdeskundigen zijn enerzijds de uitkomsten van het startbeeld en anderzijds de gewenste veranderingen in de positie van cliënten en de gezamenlijke analyse en planvorming besproken. In de tweede bijeenkomst is de gespreksleidraad besproken.



Hieronder worden de opzet en uitkomsten per bijeenkomst chronologisch weergegeven. De in de bijeenkomsten gebruikte powerpointpresentaties zijn opgenomen in bijlage 5.

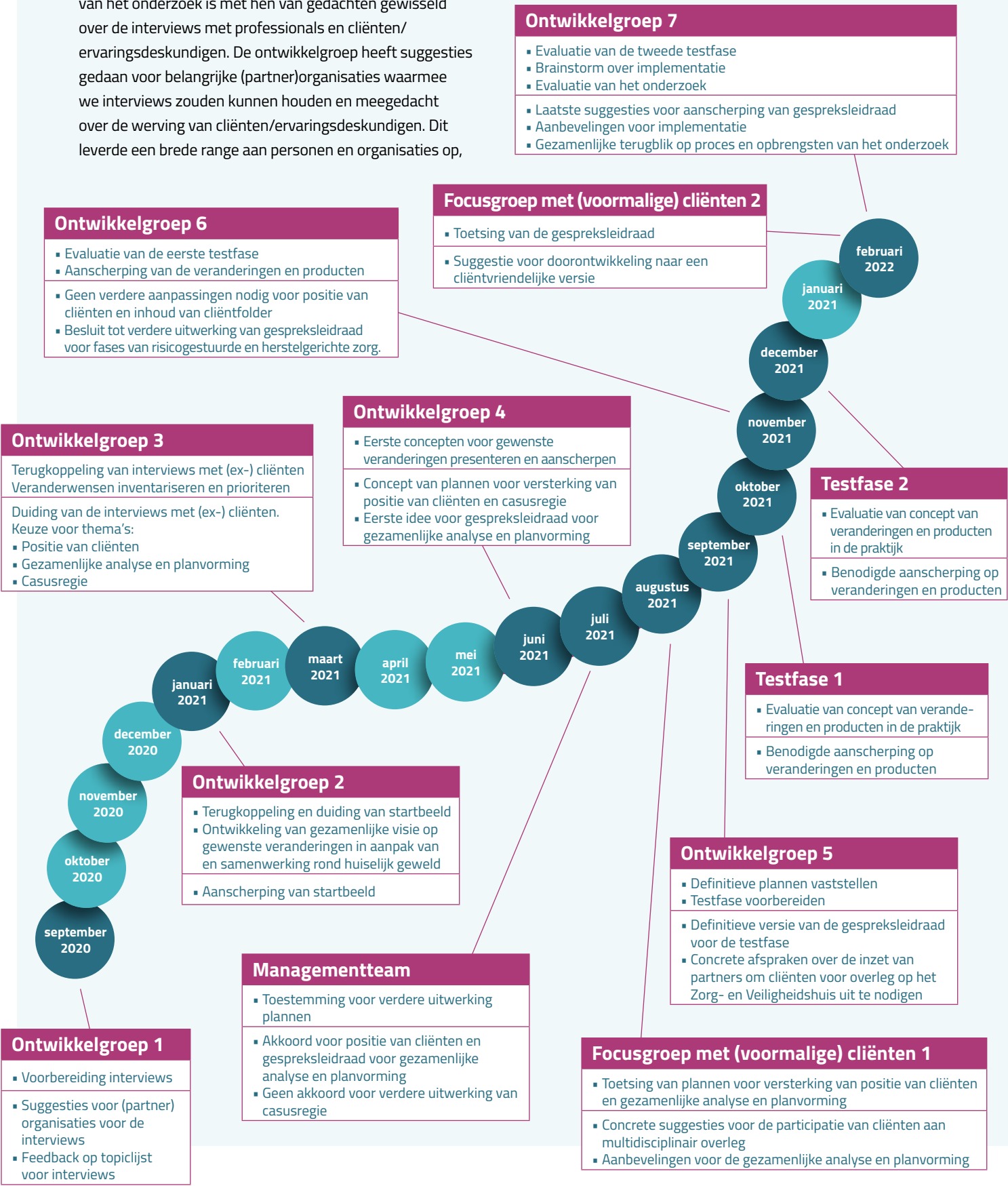
4.3 Uitkomsten van de bijeenkomsten: chronologische weergave

Hieronder geven we eerst een korte schematische weergave van het onderzoeksproces (zie pagina 44), met de doelen en belangrijkste opbrengsten. Vervolgens beschrijven we het onderzoeksproces en de opbrengsten daarvan uitgebreider.

4.3.1 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 1

De eerste bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 28 september 2020. Het doel van deze bijeenkomst was de eerste fase van het onderzoek met de deelnemers voor te bereiden. Naast een presentatie van de opzet van het onderzoek is met hen van gedachten gewisseld over de interviews met professionals en cliënten/ ervaringsdeskundigen. De ontwikkelgroep heeft suggesties gedaan voor belangrijke (partner)organisaties waarmee we interviews zouden kunnen houden en meegedacht over de werving van cliënten/ervaringsdeskundigen. Dit leverde een brede range aan personen en organisaties op,

waarmee in de eerste onderzoeksfase interviews gehouden zijn. Ook heeft de ontwikkelgroep feedback gegeven op de interviewleidraden voor de interviews. Dit heeft geleid tot aanscherping van de opzet van en gespreksvragen voor de interviews.



4.3.2 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 2

De tweede bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 18 januari 2021. Het eerste doel van deze bijeenkomst was een terugkoppeling te geven van en duiding te geven aan de bevindingen uit de tweede onderzoeksfase, waarin een dossieranalyse is gemaakt en interviews met professionals van diverse partnerorganisaties en met cliënten/ervaringsdeskundigen zijn gehouden (zie hoofdstuk 3). Het tweede doel van de bijeenkomst was om op basis van deze bevindingen gezamenlijk te komen tot een gedeelde visie op de gewenste veranderingen in de samenwerking rond complexe huiselijk geweld zaken.

De onderzoekers hebben in de eerste plaats de resultaten uit de dossieranalyse en interviews met professionals gepresenteerd. De interviews met cliënten/ervaringsdeskundigen hadden ten tijde van de tweede bijeenkomst met de ontwikkelgroep nog onvoldoende doorgang gevonden en konden daarom niet gepresenteerd worden.

De deelnemers herkennen zich in de geschetste bevindingen. Wel roepen die ook een aantal vragen en discussiepunten op:

- Uit de interviews blijkt dat voor partners het verschil tussen MDA++ en de reguliere aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis van huiselijk geweld zaken soms onduidelijk is. Hiervoor zijn er een informatiefolder en informatiebijeenkomsten, maar het blijft lastig uit te leggen. Wanneer ga je met een zaak naar MDA++ en wanneer naar de reguliere aanpak?
- Naast MDA++ en de reguliere aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis bestaan ook nog andere samenwerkingsverbanden, zoals de Jeugdbeschermingstafel (samenwerking tussen Veilig Thuis, Raad voor de Kinderbescherming en gecertificeerde instellingen wanneer er een mogelijk verzoek tot onderzoek ligt) en het ZSM (samenwerking tussen politie, Openbaar Ministerie, reclassering, Raad voor de Kinderbescherming, Halt en Slachtofferhulp om bij veel voorkomende criminaliteit een zaak snel af te handelen). Deze samenwerkingsverbanden hebben deels overlap met MDA++ en de reguliere aanpak van het Zorg- en Veiligheidshuis, maar hebben ook deels een duidelijk eigen taak. Hoe zorgen we voor een goede aansluiting van de diverse samenwerkingsverbanden op elkaar? Hoe zorgen we ervoor dat beeldvorming over een huishouden of gezin dat in het ene samenwerkingsverband wordt besproken, op dezelfde manier in andere samenwerkingsverbanden terecht komt, zodat er geen verschillen in de analyse van dezelfde situatie ontstaan? Hoe zorgen we ervoor dat cliënten niet overbelast raken door grote aantallen overleggen, aangezien het overal steeds gebruikelijker wordt om cliënten aan tafel te hebben?

- De deelnemers herkennen dat het merendeel van de afspraken gericht is op afstemming. Sommige menen dat het niet nodig is om in het overleg stil te staan bij wat individuele professionals gaan doen, vanuit het idee dat iedereen goed vakmanschap levert. Men erkent dat de keerzijde hiervan is dat ieder zijn of haar eigen ding blijft doen en dat een goed overkoepelend plan vaak ontbreekt. De wens is uitgesproken dat er een goed werkbaar gezamenlijk plan voor huishoudens of gezinnen komt om het complexe en hardnekkige huiselijk geweld te doorbreken. Deelnemers vragen zich af hoe iets dergelijks eruit zou kunnen komen te zien. Hoe bereiken we het beste resultaat voor de mensen om wie het gaat, waarbij er enerzijds het vertrouwen is dat partners hun werk goed doen, maar anderzijds ook soms een andere, gezamenlijke aanpak nodig is om het beste resultaat te bereiken?

Doordat er veel discussie over de gepresenteerde bevindingen was, was het niet mogelijk om met elkaar tot een gedeelde visie op de gewenste veranderingen te komen. Dit is daarom naar de derde bijeenkomst doorgeschoven.

4.3.3 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 3

De derde bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 15 maart 2021. Het eerste doel van deze bijeenkomst was om de bevindingen uit de interviews met (ex-)cliënten en ervaringsdeskundigen aan de ontwikkelgroep terug te koppelen en met hen te duiden. Het tweede doel was om veranderwensen ten aanzien van de samenwerking rond complexe huiselijk geweld zaken te inventariseren en prioriteren.

Ter voorbereiding op deze bijeenkomst vulden de deelnemers (met eventuele ruggenspraak vanuit hun eigen organisatie) een korte vragenlijst in bestaande uit vier open vragen. De onderzoekers hebben de antwoorden voorafgaand aan de bijeenkomst geanalyseerd en deze bevindingen in de bijeenkomst gepresenteerd. De vragen waren:

- Welke drie knelpunten zijn voor jou en jouw organisatie het belangrijkste om aan te pakken?
- Welke drie succesfactoren vinden jij en jouw organisatie het belangrijkste om te versterken?
- Wat vinden jij en jouw organisatie dat dit traject zou moeten opleveren voor de mensen (volwassenen, kinderen) die met huiselijk geweld en kindermishandeling te maken hebben?
- Wanneer zijn jij en jouw organisatie tevreden over het traject dat we nu met elkaar lopen? Wat moet het jullie opleveren?

De resultaten van de interviews met (ex-)cliënten en ervaringsdeskundigen riepen enkele vragen op. De eerste vraag was wat precies bedoeld wordt met de opmerking dat moeders hun eigen dossier moeten opbouwen. De onderzoekers legden uit dat moeders ervaren dat zij bij stalking en bedreiging zelf moeten bijhouden hoe vaak er wat gebeurt, zodat de dreiging ook bij instanties duidelijk wordt en er ingegrepen kan worden. De tweede vraag van de ontwikkelgroep was wat er bedoeld wordt met de balans tussen het aanspreken en het betrekken van ouders. Is dat positief of moet dat meer gedaan worden? De onderzoekers legden uit dat ouders onvoldoende aangesproken en erbij betrokken worden. De jongeren die de onderzoekers gesproken hebben, ervaren dat zij wel hulp kregen (bijvoorbeeld vanwege probleemgedrag), maar hebben gemist dat hun ouders aangesproken werden op hun verantwoordelijkheid en gedrag. Zij misten vanuit hulpverleners dat ouders duidelijk te horen kregen dat hun kind problemen had vanwege de situatie in het gezin en gedragingen van ouders zelf. De deelnemende jongeren vermoedden dat hulpverleners ouders niet aanspreken op hun gedrag en verantwoordelijkheid, omdat ze bang zijn dat de vrijwillige hulp stopt.

In het tweede deel van de bijeenkomst is gesproken over de veranderwensen. In de korte vragenlijst die vooraf aan de deelnemers was voorgelegd, kwam naar voren dat het ultieme doel voor dit actieonderzoek de veiligheid van gezinnen is. Daarbij benoemden zij veranderwensen gericht op betere hulp voor gezinnen en gericht op betere onderlinge samenwerking. Als belangrijke onderwerpen die daaraan zouden bijdragen, werden genoemd:

- Een gezamenlijke visie op de problematiek van het gezin en een gezamenlijk plan voor het gezin (1G1P).
- Duidelijkheid voor de cliënt: weten wie wat doet en waarom, helderheid over consequenties (rol en taakverdeling van betrokken partners; regie en coördinatie).
- Cliëntbetrokkenheid: gehoord worden, de cliënt is medeverantwoordelijk voor oplossingen, buiten de hokjes denken.

In de bijeenkomst is verder besproken waar de prioriteiten gelegd zouden moeten worden. De ontwikkelgroep vond de prioritering van veranderwensen lastig; de groep meende dat alle geïnventariseerde wensen met elkaar samenhangen. Op basis van de suggesties van de deelnemers hebben de onderzoekers de knoop doorgehakt om de focus te leggen op de volgende drie thema's:

1. Analyse en planvorming: hoe maak je een gedegen en gezamenlijke analyse en plan van aanpak?
2. Positie van cliënten: hoe betrek je de cliënt bij de hulp en het plan?
3. Casusregie: hoe organiseer je en wat houdt het precies in?

De onderzoekers hebben een aantal vragen bij deze thema's opgesteld, waarna drie werkgroepen voor ieder van deze thema's een voorstel ontwikkeld hebben voor een verandering in de manier van werken. Elk van de werkgroepen is twee keer bij elkaar gekomen tussen de derde en vierde bijeenkomst.

4.3.4 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 4

De vierde bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 21 juni 2021. Het doel van deze bijeenkomst was de richting te bepalen voor de in te zetten veranderingen. Daartoe presenteerden de drie werkgroepen de opbrengsten van hun tussentijdse overleg. De deelnemers reageerden op elkaars ideeën en scherpten met elkaar de plannen aan (zie hieronder voor een verdere inhoudelijke uitwerking van de ideeën). Twijfels bestaan over de mate waarin details van de ideeën uitgewerkt en op papier gezet moeten worden. De deelnemers zijn bang dat ingewikkelde papieren tijgers ontstaan, die in de praktijk niet uitgevoerd worden.

De ontwikkelgroep constateert in de bijeenkomst dat er veel initiatieven in het Zorg- en Veiligheidshuis lopen. Dit roept bij de deelnemers aarzeling op om verder te gaan; ze menen dat voor het testen van de plannen eerst toestemming van het managementteam nodig is. Er wordt afgesproken dat de onderzoekers de plannen voorleggen aan het managementteam en dat de plannen verder uitgewerkt worden wanneer zij een 'go' ervoor gekregen hebben.

Werkgroep Cliëntbetrokkenheid

De werkgroep Cliëntbetrokkenheid heeft een voorstel gedaan hoe cliënten op verschillende momenten in het proces erbij betrokken kunnen worden. Een belangrijke wens die zij daarbij hadden, was dat cliënten vaker bij overleggen aanwezig zijn en/of dat zij beter geïnformeerd zijn over stappen die vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis ondernomen worden.

Bij de *aanmelding* zouden zij graag zien dat de aanmelder met cliënten bespreekt dat hij/zij hun situatie bij het Zorg- en Veiligheidshuis gaat aanmelden. Belangrijke aandachtspunten voor dit gesprek zouden moeten zijn wat de visie van cliënten is op de situatie, waar zij tegenaan lopen en welke oplossingen zij zoeken.

Bij het *weegoverleg* vinden zij dat er meer aandacht nodig is voor de terugkoppeling van het overleg aan cliënten, omdat cliënten zelden bij een weegoverleg aanwezig zijn. Het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden beschikt over een aantal standaardbrieven. De werkgroep stelt voor een meer toegankelijke versie met sterk visuele weergave te ontwikkelen. Daarnaast geeft zij in overweging dat een betrokken professional de terugkoppeling aan cliënten geeft.

Bij het *focusoverleg* ziet de werkgroep graag dat het uitgangspunt is dat cliënten hierbij aansluiten. Zij meent dat het mogelijk soms niet wenselijk is dat (alle) cliënten aansluiten. Wat hen betreft zou het uitgangspunt voor de

aanwezigheid van cliënten moeten zijn 'altijd aanwezig, tenzij...'. De werkgroep heeft suggesties opgesteld voor de uitnodiging en voorbereiding van cliënten, zodat cliënten weten hoe de bijeenkomst verloopt en hun inbreng kunnen geven. Als cliënten niet aanwezig zijn, is de wens om vooraf hun input te verzamelen in een gesprek met een van de betrokken professionals, zodat de wensen en ideeën van cliënten meegenomen kunnen worden. Wanneer het focusoverleg geweest is, meent de werkgroep dat het goed zou zijn als een betrokken professional het overleg met cliënten nabespreekt. Daarbij gaat het met name om hoe ze het overleg ervaren hebben en om hun mening over en verwachtingen van de gemaakte afspraken.

De ontwikkelgroep kan zich merendeels vinden in het uitgangspunt dat cliënten aanwezig zijn bij casusbesprekingen die over hun situatie gaan. Wel ziet zij het praktische knelpunt van de beschikbaarheid van geschikte ruimtes om cliënten uit te nodigen. De partij die wel bezwaar heeft tegen de aanwezigheid van cliënten bij een casusbespreking, is het Openbaar Ministerie. Het uitgangspunt van het OM is dat het niet aan tafel zit als de cliënt aanwezig is, omdat het hun onafhankelijke positie in het strafrecht moet bewaken en eventuele uitspraken van het OM door advocaten van een verdachte gebruikt kunnen worden. De suggestie is daarom gedaan om overleggen in tweeën te splitsen, waarbij het OM bij het ene deel van de bespreking aanwezig is en de cliënt bij het andere deel.



Werkgroep Casusregie

De werkgroep Casusregie heeft geconstateerd dat er in het Zorg- en Veiligheidshuis veel gaande is rond casusregie. Het Zorg- en Veiligheidshuis is voornemens verschillende vormen van casusregie te organiseren:

1. casusregie wordt belegd bij een al betrokken professional;
2. casusregie wordt belegd bij een materiedeskundige;
3. casusregie wordt belegd bij een daarvoor speciaal opgeleide casusregisseur van de gemeente.

Besproken is in de werkgroep welke vorm van casusregie wenselijk is gezien de complexe problematiek. De werkgroepleden hebben een voorkeur voor een externe casusregisseur, die hiervoor gedegen opgeleid is. De werkgroep vraagt zich af of het zinvol is om op het thema ‘casusregie’ in te zetten vanuit dit onderzoek. De enige vraag die de werkgroep nog heeft, is wat cliënten nodig hebben van een casusregisseur. Na bespreking met de ontwikkelgroep is de conclusie dat deze vraag wordt voorgelegd aan de ervaringsdeskundigen die bij dit onderzoek betrokken zijn.

Werkgroep Analyse

De werkgroep Analyse heeft zich gebogen over de vraag hoe professionals en cliënten gezamenlijk een gedegen analyse van de gezinssituatie kunnen maken, met als doel eerst directe veiligheid te creëren en vervolgens onderliggende patronen en complicerende factoren in kaart te brengen. De werkgroep stelt voor om een set gestandaardiseerde vragen voor aanmelders en een gespreksleidraad voor casuïstiekbesprekingen te ontwikkelen. Wat betreft de aanmelding denkt de werkgroep aan onderwerpen als:

- Een samenvattende analyse van wat er speelt en wat er nodig is volgens de aanmelder.
- Een overzicht van in het gezin aanwezige voorspellende factoren voor huiselijk geweld en/of kindermishandeling (bijvoorbeeld LVB, middelenmisbruik).
- De mening van de cliënt(en) over de situatie en mogelijke oplossingsrichtingen (met oog voor verschillende betrokkenen).

Daarbij meent de werkgroep dat vragen naar deze onderwerpen belangrijke informatie oplevert bij de aanmelding, maar dat het geen harde eis is dat de aanmelder deze informatie aanlevert. Ook voor andere partners ziet de werkgroep deze onderwerpen als zinvol ter voorbereiding op een casusbespreking. De onderwerpen kunnen helpen om de bespreking beter voor te bereiden en tijdens de bespreking tot een vollediger beeld te komen.

De ideeën zijn nog maar beperkt uitgewerkt. De ontwikkelgroep constateert dat het de moeite waard is om de ideeën verder uit te werken. Aandachtspunt is dat het geen lange lijst met ingewikkelde vereisten voor de betrokken partijen wordt, maar dat het een praktisch hulpmiddel blijft om gegevensverzameling en informatie-uitwisseling te stimuleren.

4.3.5 Toestemming managementteam van het Zorg- en Veiligheidshuis

De onderzoekers hebben het managementteam de plannen voorgelegd. Het team is verbaasd dat toestemming gevraagd wordt voor de verdere plannen, aangezien die al gegeven was. Wel constateert het managementteam dat voor het thema ‘casusregie’ al andere initiatieven lopen en dat het daarom niet wenselijk is dat dit onderzoek hiermee verder gaat. Besloten wordt alleen de plannen voor de thema’s ‘cliëntbetrokkenheid’ en ‘analyse’ verder uit te werken.

Na de toestemming van het managementteam zijn de werkgroepen Cliëntbetrokkenheid en Analyse opnieuw bij elkaar gekomen. Leden van de werkgroep Casusregie zijn aangesloten bij de werkgroep Analyse. Beide werkgroepen zijn nog twee keer bij elkaar gekomen om de ideeën en plannen voor de eerste testfase uit te werken.

4.3.6 Focusgroep 1 met (voormalige) cliënten

Uitkomsten van bovenstaande werkgroepen Cliëntbetrokkenheid en Analyse zijn voorgelegd aan vier (voormalige) cliënten, die eerder in het onderzoek ook geïnterviewd zijn over hun ervaringen met multidisciplinaire samenwerking rond huiselijk geweld (zie hoofdstuk 3). De bijeenkomst van deze focusgroep heeft plaatsgevonden op 19 augustus 2021.

Met betrekking tot cliëntbetrokkenheid benadrukten cliënten dat er mèt hen gesproken moet worden, niet óver hen. Door open en transparant te communiceren, weten cliënten wat ze kunnen verwachten (en wat niet). Dat geeft rust in een stressvolle situatie en vertrouwen in het hulpverleningsproces. Cliënten vertelden dat zij actiever betrokken raken in het hulpverleningsproces wanneer zij zich veilig voelen. Zij zien graag dat hulpverleners hiervoor de randvoorwaarden bieden en deden concrete suggesties hoe die veiligheid gecreëerd kan worden. Zij noemden:

- iemand uit het eigen netwerk mogen meenemen;
- niet veroordeeld worden voor (straat)taalgebruik;
- openlijk zorgen en problemen bespreken, zonder dat daar meteen een ‘straf’ op volgt.

Cliënten ervaren nog vaak dat het bespreken van zorgen gevolgd wordt door onaangename maatregelen in het gezin. Dit zorgt voor grote terughoudendheid bij cliënten om een volgende keer weer hun zorgen te bespreken.

Op het gebied van analyse benadrukten cliënten dat een plan vooral op korte termijn vorm (en uitvoering) moet krijgen en gericht moet zijn op alle gezinsleden. Cliënten zitten dagelijks in de situatie en hebben behoefte aan doorpakken. Daarentegen benoemen ze ook dat er voor de analyse zelf voldoende tijd genomen moet worden in het overleg zelf. Nu worden er onder tijdsdruk snel beslissingen genomen zonder deze goed te doordenken en af te wegen. Daarnaast willen ze een kritische afweging van welke hulpverleners er intensief bij betrokken moeten zijn en daarna ook gezamenlijk snel zaken oppakken. Cliënten willen dat daarbij ook goed gekeken wordt naar de belastbaarheid van het gezin: in sommige gevallen is het wenselijk om meerdere zaken gelijktijdig op te pakken om snelheid te behouden, terwijl andere zaken apart opgepakt moeten worden om het voor het gezin behapbaar te houden. Daarnaast hebben cliënten behoefte aan duidelijkheid over wanneer het ‘goed genoeg’ is en wanneer de hulpverlening weer stopt. Zij ervaren de hulpverlening nu als een eindeloos traject zonder duidelijk eindpunt waar naartoe gewerkt wordt.

4.3.7 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 5

De vijfde bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 13 september 2021. Het doel van deze bijeenkomst was de uitgewerkte plannen van de werkgroepen Analyse en Cliëntbetrokkenheid te bespreken en de eerste testfase voor te bereiden.

De plannen van de werkgroepen zijn te vinden in de powerpointpresentatie van de bijeenkomst. De ontwikkelgroep kan zich vinden in de eerste aanzet van de leidraad voor de casuïstiekbespreking. In de testfase is alleen het eerste deel van de gespreksleidraad getest, dat wil zeggen het deel over de directe veiligheid. De voorstellen voor de cliëntbetrokkenheid roepen nog enkele vragen op:

- Wie nodigt cliënten uit? Besloten wordt dat Veilig Thuis hiervoor de meest voor de hand liggende partner is, omdat Veilig Thuis vaak de aanmelding doet en cliënten inlicht of de aanmelding bij het Zorg- en Veiligheidshuis al in hun reguliere werkwijze zit.

- Hoe ziet ‘de cliënt aan tafel’ eruit? Geconstateerd wordt dat hierin flexibiliteit nodig is, zodat afgestemd kan worden op de wensen van cliënten. Zo kan het zijn dat sommige cliënten liever een kleine afvaardiging spreken, terwijl andere alle betrokken partners om tafel willen zien. Het kan ook zijn dat cliënten een vertrouwenspersoon uit hun netwerk willen meenemen. Geconcludeerd wordt dat het belangrijk is dat een professional de wensen voor deelname aan een multidisciplinair overleg met cliënten bespreekt.
- Wie zien we als ‘cliënten’? Geconcludeerd wordt dat dit alle relevante betrokkenen in een huishouden zijn, zowel mogelijke plegers als slachtoffers (voor zover die te onderscheiden zijn) alsook eventuele minderjarigen. Belangrijke uitzonderingen zijn zaken waarin stalking of intiem terreur speelt. In deze situaties is het niet wenselijk dat plegers en slachtoffers gezamenlijk aansluiten bij een bespreking.

Tot slot is de testfase besproken, waarvan de opzet te vinden is in de powerpointpresentatie van de bijeenkomst. De ontwikkelgroep merkt op dat het belangrijk is goed hierover te communiceren met alle partners van het Zorg- en Veiligheidshuis. Afgesproken wordt dat de onderzoekers hierover afstemmen met de manager van het Zorg- en Veiligheidshuis.

4.3.8 Testfase 1

In de testfase is kleinschalig getest of de leidraad voor de analyse werkbaar is en wat de ervaringen zijn met het uitnodigen van cliënten bij de bespreking van hun zaak. De testfase heeft plaatsgevonden van begin oktober tot eind november 2021.

In totaal zijn in twee zaken cliënten aanwezig geweest bij de casusbespreking en in twee andere zaken is de leidraad voor de analyse getest. Aan alle aanwezigen bij de vier casuïstiekbesprekingen is na afloop een korte evaluatieve vragenlijst toegestuurd. Er waren verschillende versies voor cliënten en professionals. Deze vragenlijsten waren gebaseerd op de Session Rating Scale (SRS; Miller, Duncan, & Johnson, 2000) en de Outcome Rating Scale (ORS; Miller & Duncan, 2000). De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 6. Daarnaast hebben de onderzoekers korte interviews gehouden met de betrokken casus- en procesregisseurs om het proces meer gedetailleerd te evalueren.

Evaluatie Cliëntbetrokkenheid

De evaluatie van de aanwezigheid van cliënten bij de casusbespreking is ingevuld door vier professionals en één cliënt. Deze cliënt evalueerde de deelname als zeer positief. Cliënten voelden zich gehoord en gerespecteerd en er werd gesproken over onderwerpen die zij belangrijk vonden. Iets minder tevreden waren zij over het plan van aanpak dat tijdens de bijeenkomst gemaakt werd. De evaluatie door professionals over de deelname van cliënten leek overwegend positief, maar een nauwkeuriger blik op de cijfers liet zien dat zij de deelname van de cliënt uiteenlopend evalueerden: drie professionals meenden dat de cliënt de bijeenkomst als positief had ervaren, terwijl één daar zeer negatief over dacht. Professionals meenden met name dat cliënten niet tevreden waren over het plan dat in de bijeenkomst opgesteld werd (zie tabel 4.1 voor de items). Over hun eigen inbreng wanneer cliënten aanwezig waren, waren alle professionals positief. Zij ervoeren dat het gesprek prettig verliep, dat zij hun inbreng konden geven en dat er een goed plan van aanpak opgesteld was.

Tabel 4.1. Evaluatie van cliënt-betrokkenheid door professionals in de eerste testfase

Item
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelde(n)?
In hoeverre denkt u dat er gesproken is over de dingen waarover de cliënt(en) wilde(n) praten of die de cliënt(en) belangrijk vond(en)?
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) het gesprek prettig vond(en) verlopen?
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) tevreden is (zijn) over het plan dat gemaakt is?
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) tevreden is (zijn) over de bijeenkomst in haar geheel?
In hoeverre voelde u zich gehoord, begrepen en gerespecteerd?
In hoeverre is er gesproken over de dingen waarover u wilde praten of die u belangrijk vond?
In hoeverre vond u het gesprek prettig verlopen?
In hoeverre bent u tevreden over het plan dat gemaakt is?
In hoeverre bent u tevreden over de bijeenkomst als geheel?

Evaluatie Leidraad voor analyse

De evaluatie van de leidraad voor de analyse is ingevuld door vijf professionals. Zij beoordeelden de casusbesprekingen volgens de leidraad met ruime voldoendes (zie tabel 4.2 voor de items). Zij waren zeer tevreden over de ruimte die zij hadden om de inbreng vanuit hun eigen organisatie naar voren te brengen. Zij gaven ruime voldoendes voor de onderlinge sfeer,

de werkwijze in de bijeenkomst en de mate van ondersteuning door de gespreksleidraad voor de analyse. Iets minder tevreden waren zij over de mate waarin de gespreksleidraad het opstellen van een plan van aanpak ondersteunde.

Tabel 4.2. Evaluatie van de leidraad voor de analyse door professionals in de eerste testfase

Item
In hoeverre ervoer u een goede onderlinge sfeer in de bijeenkomst?
In hoeverre gaf de leidraad u ruimte om inbreng vanuit uw organisatie naar voren te brengen?
In hoeverre vond u de werkwijze in de bijeenkomst prettig?
In hoeverre ondersteunde de leidraad om samen een analyse te maken van de situatie in dit huishouden?
In hoeverre ondersteunde de leidraad om samen tot een plan van aanpak te komen voor dit huishouden?
In hoeverre bent u tevreden over de bijeenkomst in haar geheel?

Evaluatieve interviews met proces- en casusregisseurs

De proces- en casusregisseurs ervoeren meerwaarde dat cliënten deel uitmaakten van de casusbespreking. Door de aanwezigheid van cliënten verliepen de gesprekken rustiger en lag de focus meer op het hier en nu en op het maken van een plan van aanpak met en voor cliënten. Een van de casusregisseurs meende dat de verantwoordelijkheid en regie meer bij cliënten blijven liggen wanneer zij deel uitmaken van de bespreking.

De proces- en casusregisseurs ervoeren de leidraad als prettig. Zij volgden de leidraad niet letterlijk, maar deze hielp hen wel om de casusbespreking te focussen op de directe veiligheid en het gesprek te structureren. Zij meenden dat het gesprek meer scherpte kreeg door de leidraad te gebruiken; met name de vraag waar de grootste zorgen liggen, hielp de situatie scherp in beeld te krijgen. Zij constateren wel dat in de casussen in de testfase het accent meer heeft gelegen op de analyse van de situatie in gezinnen dan op het maken van een plan van aanpak. Dit vraagt in de toekomst extra aandacht, zodat casusbesprekingen niet blijven steken in informatieverzameling en analyse, maar er stappen richting een plan van aanpak en oplossing gezet worden.

4.3.9 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 6

De zesde bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 22 november 2021. De doelen van deze bijeenkomst waren de evaluatie van de eerste testfase bespreken en het aanscherpen van de ontwikkelde producten.

Eerst is de evaluatie besproken (zie boven voor de uitkomsten daarvan). De deelnemers van de ontwikkelgroep hadden hierop geen aanvullingen.

Vervolgens zijn de ontwikkelde producten besproken en waar nodig aangescherpt. Voor het thema ‘clientbetrokkenheid’ wordt geconstateerd dat de ontwikkelde brief met toegankelijke informatie over het Zorg- en Veiligheidshuis geen verdere aanpassing behoeft. De vervolgstap is om hier met een tekenaar of designer een geïllustreerde variant van te maken.² Een ander punt wat betreft de cliëntbetrokkenheid is de vorm waarin het overleg met cliënten aan tafel plaatsvindt. Ondanks de coronamaatregelen (winter 2021–2022) kunnen overleggen met cliënten fysiek plaatsvinden bij het Zorg- en Veiligheidshuis met de beperking van maximaal acht aanwezigen. De deelnemers constateren dat dit dwingt om duidelijke keuzes te maken over wie in het overleg nodig zijn. Ook menen zij dat het zinvol is om bij cliënten na te gaan of een online overleg een mogelijkheid is. Zij ervaren dat sommige cliënten een online overleg prettig vinden en andere juist niet.

Wat betreft de ontwikkelde gespreksleidraad voor analyse en planvorming ligt er nog een aantal aandachtspunten. In de eerste testfase is alleen het gedeelte gericht op directe veiligheid getest. Daaruit blijkt dat de gebruikers graag zien dat het aantal onderwerpen en vragen in de leidraad beperkt wordt, zodat ze goed overzicht houden. Verder ervaren zij dat de stappen om tot planvorming te komen nog niet voldoende uitgewerkt zijn. Zij vragen zich af wat de beste manier is om over handelingsopties en out-of-the box oplossingen te brainstormen om te voorkomen dat voortijdig de verkenning van mogelijkheden ten einde komt en zij te snel acties ondernemen die niet passend zijn. De deelnemers aan de ontwikkelgroep menen dat er een gesprek nodig is dat begint met een brede verkenning, waarna een trechter ontstaat waarin betrokkenen afwegen welke opties voor dat moment het best passend zijn. Een onderscheid is daarbij nodig tussen acties gericht op de korte en op de lange termijn. Naast aanscherping voor de gespreksleidraad wat betreft de directe veiligheid is een aanvulling nodig voor de risicogestuurde en herstelgerichte fase. Eerder is hierover al gebrainstormd. Afgesproken wordt dat de werkgroep Analyse hiermee aan de slag gaat en met een

concreet voorstel komt dat zij in de volgende bijeenkomst aan de ontwikkelgroep voorleggen. De werkgroep Analyse is nog twee keer bij elkaar geweest om de fases van risicogestuurde en herstelgerichte zorg uit te werken en toe te voegen aan de gespreksleidraad.

4.3.10 Testfase 2

In de tweede testfase is kleinschalig getest of de leidraad bruikbaar is in overleggen waarbij cliënten aanwezig zijn; daarnaast is deze verder getest in overleggen waarin alleen professionals aanwezig zijn. De testfase heeft plaatsgevonden van begin december 2021 tot eind februari 2022.

In totaal is in drie zaken de leidraad getest in aanwezigheid van cliënten en in vier andere zaken is de leidraad alleen met professionals verder getest. Aan alle aanwezigen bij de casuïstiekbesprekingen is na afloop een korte evaluatieve vragenlijst toegestuurd. Er waren verschillende versies voor cliënten en professionals. Deze vragenlijsten waren gebaseerd op de Session Rating Scale en de Outcome Rating Scale. De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 6. Daarnaast hebben de onderzoekers korte interviews gehouden met de betrokken casus- en procesregisseurs om het proces meer gedetailleerd te evalueren.

Helaas heeft geen enkele cliënt in deze fase de evaluatie ingevuld. Via de casusregisseurs is nog gepoogd om feedback van cliënten op te halen, maar ook dit is niet gelukt. Elf professionals hebben de evaluatie ingevuld.

Evaluatie door professionals over cliëntbetrokkenheid

De professionals meenden dat cliënten overwegend redelijk positief waren over hun deelname aan de bijeenkomst (zie tabel 4.3 voor de items). Hoewel als voldoende beoordeeld, lijkt er winst te behalen in de mate waarin cliënten zich gehoord voelen en in de tevredenheid over het gemaakte plan. Terwijl in de eerste testfase professionals meenden dat cliënten zich gehoord en gerespecteerd voelden, was de score hierop in de tweede testfase aanzienlijk lager.

Slechts twee professionals lichtten hun antwoorden toe. De ene professional twijfelde over de mate waarin de cliënt zich gehoord voelde, omdat de cliënt een oplossing wilde zien voor een al lang bestaand probleem dat er niet is. De andere meende dat de belangrijkste onderwerpen voor de cliënt besproken zijn.

2 Na de zesde bijeenkomst met de ontwikkelgroep is opnieuw gesproken met het management van het Zorg- en Veiligheidshuis over de opmaak van de nieuwe brief voor cliënten. Er bleken twijfels over de noodzaak om een brief met visualisering te laten maken. Daarom is dit gepauzeerd en later weer opgepakt toen consensus ontstond over de invulling ervan (zie § 5.2).

Tabel 4.3. Evaluatie van cliënt-betrokkenheid door professionals in de tweede testfase
Items
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelde(n)?
In hoeverre denkt u dat er gesproken is over de dingen waarover de cliënt(en) wilde(n) praten of die de cliënt(en) belangrijk vond(en)?
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) het gesprek prettig vond(en) verlopen?
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) tevreden is (zijn) over het plan dat gemaakt is?
In hoeverre denkt u dat de cliënt(en) tevreden zijn over de bijeenkomst in haar geheel?

Evaluatie door professionals over gespreksleidraad
Alle professionals ervoeren de casusbesprekingen als positief (zie tabel 4.4 voor de items). De gespreksleidraad beoordelen zij met een ruime voldoende wat betreft de ondersteuning van de analyse en planvorming.

Een vijftal professionals heeft de gegeven scores toegelicht. Drie professionals schetsten het belang, maar ook de moeilijkheid van de aanwezigheid van cliënten bij besprekingen. Enerzijds zien zij graag dat cliënten aanwezig zijn en menen zij dat dit de planvorming om veiligheid te creëren ten goede komt. Een van hen noemt het te betreuren dat de hulpverleners ‘de stem van de cliënt’ vertolken, omdat het waardevol is van cliënten zelf te horen hoe zij hun situatie en problemen beschrijven. Eén professional noemde daarbij specifiek dat er onvoldoende aandacht voor het perspectief van de betrokken kinderen was in de casusbespreking. Anderzijds ervoeren zij ook dat de aanwezigheid van cliënten mogelijk de gesprekken beperkt. Dit kan komen doordat professionals zich daarmee niet meer vrij uitspreken. Een ander benoemde dat met de aanwezigheid van cliënten de focus te veel komt te liggen op de thema’s die cliënten belangrijk vinden, waardoor er verder te weinig nieuws uit het overleg komt. Een professional vond dat er beter onderscheid tussen brainstormen en besluitvorming gemaakt had kunnen worden. Deze professional gaf als voorbeeld dat weliswaar iedereen zijn of haar grootste zorgen heeft benoemd, maar dat niet gezamenlijk bepaald is wat gemeenschappelijk als de grootste zorg wordt beschouwd. Weer een andere professional meende dat de al bij het gezin betrokken hulpverleners beter eerst aan het woord hadden kunnen komen, zodat sneller een beeld had ontstaan van de eerder ondernomen acties en de vraagstukken waar zij tegenaan lopen.

Tabel 4.4. Evaluatie van de gespreks-leidraad voor de analyse door professionals in de tweede testfase
Item
In hoeverre ervoer u een goede onderlinge sfeer in de bijeenkomst?
In hoeverre voelde u zich gehoord, begrepen en gerespecteerd?
In hoeverre is er gesproken over de dingen waarover u wilde praten of die u belangrijk vond?
In hoeverre ervoer u ruimte om inbreng vanuit uw organisatie naar voren te brengen?
In hoeverre vond u het gesprek prettig verlopen?
In hoeverre ondersteunde de leidraad om samen een analyse te maken van de situatie in dit huishouden?
In hoeverre ondersteunde de leidraad om samen tot een plan van aanpak te komen voor dit huishouden?
In hoeverre bent u tevreden over de bijeenkomst in haar geheel?

Evaluatieve interviews met proces- en casusregisseurs
Om verdiepende informatie over de ervaringen tijdens de testfase te krijgen, is gesproken met de proces- en casus-regisseurs die de bijeenkomsten leidden. Hun ervaringen met de gespreksleidraad waren positief. De gespreksleidraad hielp om structuur aan te brengen. Zij constateerden dat ze vaak geen onderscheid maken in de fase van de gefaseerde ketenzorg waarin het gezin zich bevindt; zo is onduidelijk of gewerkt wordt aan directe veiligheid, vermindering van risico’s of bevordering van herstel. Zij merkten dat deelnemers aan een multidisciplinair overleg vaak niet duidelijk met elkaar bedenken wat ze willen bereiken en daarop een gezamenlijk plan opstellen. Zij verwachten dat de brainstorm en de vraag ‘wie doet wat wanneer’ hen helpt om tot een meer gezamenlijk plan van aanpak te komen. De procesregisseurs vinden de gespreksleidraad lang, maar zijn vaardig genoeg om op basis van ontwikkelingen in het gesprek keuzes te maken in welke onderdelen zij wel en niet gebruiken tijdens een casusbespreking. Een vraagstuk die het werken met de gespreksleidraad ook opriep, was hoe om te gaan met verschillende voorinformatie van deelnemers. Met name voor leden uit de expertpool geldt dat zij weinig op de hoogte zijn van concrete gezinssituaties, waardoor het nodig is hen op de hoogte te brengen van informatie die bij andere deelnemers al bekend is. Daardoor ontstaat voor een deel van de aanwezigen een herhaling van zetten.

Ook de deelname van cliënten aan multidisciplinair overleg vinden de proces- en casusregisseurs waardevol. Zij menen dat het cliënten meer betrokken maakt en hen daarmee ook meer zeggenschap en verantwoordelijkheid geeft.

Wel vonden proces- en casusregisseurs het lastig om om te gaan met situaties waarin cliënten ideeën of wensen hadden die volgens hen niet uitvoerbaar waren. Daarnaast bleken de proces- en casusregisseurs het lastig te vinden om de gespreksleidraad te gebruiken in de gesprekken waarbij cliënten aanwezig waren. Zij worstelen met de vraag hoe ze dit het beste kunnen doen.

Een van de procesregisseurs die meegewerkt hebben aan de testfase, was niet bij de ontwikkelgroep betrokken. Haar ervaringen met de gespreksleidraad waren positief. Evenals de andere proces- en casusregisseurs merkte zij dat het gebruik van de gespreksleidraad een helder gespreksdoel en goede structuur voor de casusbespreking opleverde.

4.3.11 Focusgroep 2 met (voormalige) cliënten
De doorontwikkeling van de gespreksleidraad is tevens voorgelegd aan twee (voormalige) cliënten die eerder in het onderzoek ook geïnterviewd zijn over hun ervaringen met multidisciplinaire samenwerking rond huiselijk geweld (zie hoofdstuk 3) en ook deelnamen aan de vorige focusgroep. Deze bijeenkomst vond plaats op 17 februari 2022.

Cliënten geven aan dat de gespreksleidraad een duidelijk overzicht geeft van wat er besproken gaat worden, dat geeft rust en houvast voor het gesprek. Ze zijn tevreden dat ze de punten die zij in de vorige focusgroep aandroegen, terugzien in de gespreksleidraad. Daarbij vinden cliënten het belangrijk om per gesprek alle onderdelen van de leidraad te doorlopen, zodat er aan het einde van het gesprek duidelijkheid is voor cliënten wat er de komende tijd gaat gebeuren. Nu is er vaak niet voldoende tijd om de afspraken goed te maken, waardoor de cliënten met vragen blijven zitten en niet goed weten wat ze kunnen verwachten. Voor het doorlopen van de leidraad dient dus voldoende tijd gereserveerd te worden. Als laatste zouden cliënten graag een leidraad hebben die zich qua taalgebruik richt op hen als cliënt (ten opzichte van de professional). Dat maakt de gespreksleidraad voor cliënten nog gebruiksvriendelijker.

Omdat de ontwikkeling van een brief of folder voor cliënten stillag op het moment dat deze bijeenkomst plaatsvond, hebben zij daarop geen input gegeven. Via contacten van het Zorg- en Veiligheidshuis is de cliëntfolder in een later stadium wel aan een aantal cliënten voorgelegd.

4.3.12 Ontwikkelgroep: bijeenkomst 7
De zevende en laatste bijeenkomst met de ontwikkelgroep vond plaats op 22 februari 2022. De doelen van deze bijeenkomst waren het evalueren van de tweede testfase,

van gedachten wisselen over de verdere implementatie en het evalueren van de bijeenkomsten met de ontwikkelgroep.

Een procesregisseur en een casusregisseur hebben over hun ervaringen in de tweede testfase verteld. Hun beeld is dat cliënten zich gehoord voelen door hun deelname aan overleggen. Wel vinden zij het ook nog zoeken hoe ze samen met cliënten en deelnemende professionals tot heldere gespreksdoelen komen, zodat het overleg voor iedereen oplevert wat nodig is. Zij menen dat een voorbereidend gesprek met cliënten mogelijk meer richting aan het gezamenlijke overleg kan geven. De leidraad is gedeeld met procesregisseurs die niet bij het onderzoek betrokken zijn. Enkelen van hen hebben in een casus de leidraad ook uitgeprobeerd. Ook hun ervaringen zijn positief; de leidraad hielp hen om het overleg met professionals te leiden. Wel ervaren proces- en casusregisseurs dat de leidraad te uitgebreid is om in één overleg in zijn geheel door te nemen, hoewel zij ook menen dat het niet wenselijk is onderdelen eruit te schrappen. Zij kiezen er daarom voor om die onderdelen uit de leidraad te gebruiken die passen bij het doel van het overleg. Daarnaast overwegen zij welke onderdelen zij voorafgaand aan een overleg kunnen verzamelen bij betrokken professionals, zodat zij in het overleg sneller tot de kern kunnen komen.

De onderzoekers hebben de evaluatie door professionals aan de ontwikkelgroep gepresenteerd (zie hierboven). Daaruit blijken overwegend positieve reacties. Wel ervaren enkelen dat een aanzienlijk deel van het overleg opgaat aan de beeldvorming, waardoor tijd voor gezamenlijke besluitvorming ontbreekt. Ook blijkt het moeilijk om daadwerkelijk tot gezamenlijke planvorming en besluitvorming te komen. Een van de deelnemers verklaart dat dit mogelijk ook komt doordat de casussen pas kortgeleden bij het Zorg- en Veiligheidshuis zijn aangemeld, waardoor de beeldvorming nog veel aandacht vraagt. De ervaringen in een langer lopende casus waren dat de leidraad hielp om de beeldvorming te concretiseren en meer focus aan te brengen. De ontwikkelgroep is matig tevreden over de inschatting van professionals over hoe cliënten hun deelname hebben ervaren. Zij erkent dat het weliswaar allemaal voldoende is, maar had gehoopt op betere resultaten. De ontwikkelgroep betreurt eveneens dat er geen evaluatie van cliënten zelf is, hoewel zij begrijpt dat cliënten al veel andere zaken aan hun hoofd hebben, waardoor het invullen van een evaluatievragenlijst er niet van komt. Afgesproken wordt dat de casusregisseurs in een gesprek met cliënten vragen naar hun ervaringen met deelname aan het gezamenlijke overleg.

Vervolgens heeft de ontwikkelgroep nagedacht over de implementatie. De leden is gevraagd wat er nodig is om dat wat ontwikkeld is, blijvend te gaan gebruiken (en wellicht door te ontwikkelen). De ontwikkelgroep geeft een aantal gedachten mee voor de implementatie. Ten eerste vraagt zij zich af hoe we de leidraad onder de aandacht kunnen brengen bij relevante betrokkenen en hoe we ervoor zorgen dat zij de leidraad ook actief blijven gebruiken. Een van de deelnemers constateert dat het wenselijk is dat niet alleen proces- en casusregisseurs op de hoogte zijn van de leidraad, maar dat ook materiedeskundigen vanuit verschillende partners de leidraad goed kennen. Materiedeskundigen sluiten zelf aan bij overleggen en kunnen zo nodig medewerkers van hun organisatie die slechts een enkele keer aanschuiven bij een gezamenlijk overleg vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis daarop voorbereiden. Een wens uit de focusgroep met (voormalige) cliënten is dat er een werkversie van de leidraad komt, die samen met cliënten gebruikt kan worden (invulbare versie). Ten tweede vroeg de ontwikkelgroep zich af hoe de leidraad zich verhoudt tot andere aspecten van het werkproces (zoals Signs of Safety framework, BOB-methode, STOP (gefaseerde ketenzorg), registratiesysteem). De ontwikkelgroep meent dat een goede integratie van de leidraad in het werkproces noodzakelijk is. Tot slot werpt de ontwikkelgroep de vraag op wat er verder nodig is om cliënten te activeren tot deelname aan gezamenlijk overleg over hun situatie. Een van de deelnemers van de ontwikkelgroep merkt op: “Als ik zelf zo’n brief zou krijgen, zou ik ook niet komen.” Belangrijkste reden voor deze uitspraak is dat de benadering via een brief te onpersoonlijk is, waarbij de onbekendheid van het Zorg- en Veiligheidshuis een belangrijke rol speelt.

Tot slot is het proces van het onderzoek in de ontwikkelgroep geëvalueerd. Terugkijkend constateert de ontwikkelgroep dat het een waardevol proces is geweest. De deelnemers hebben ervaren dat er zinvolle discussies zijn gevoerd en dat die gesprekken leerzaam waren. Wel hebben zij het proces ook als een zoektocht ervaren, die zeker in het begin moeilijk en frustrerend was. Het vraagstuk waarmee de ontwikkelgroep aan de slag zou gaan, was onvoldoende helder. Zij hadden het gemakkelijker gevonden om vanuit een helder gedefinieerd probleem na te denken over oplossingen, in plaats van ook het exacte probleem nog te moeten bepalen. De kleinere subgroepen, die actief aan de slag gingen met het bedenken van oplossingen van een concreet vraagstuk, ervoeren zij dan ook als beter werkbaar. De subgroepen brachten een versnelling in het onderzoeksproces op gang; deelnemers

vonden het gemakkelijker om hier mee te denken over de gewenste oplossingen. De ontwikkelgroep heeft veel waardering voor de deelname van een ervaringsdeskundige, die vanuit persoonlijke ervaringen meedacht. Ook de ervaringsdeskundige zelf heeft haar deelname zeer waardevol gevonden, omdat het haar de mogelijkheid gaf haar ervaringen in iets positiefs om te zetten. De groep is tevreden over de gezamenlijke opbrengst van het onderzoek, met aanwijzingen voor cliëntparticipatie en een leidraad voor gezamenlijke analyse en planvorming. Wel ziet zij ook dat het proces voor optimalisering van de samenwerking nog niet afgerond is. Concreet is benoemd dat er verdere aandacht nodig is voor het voorkómen dat professionals en organisaties op hun eigen eilandjes blijven werken. De ontwikkelgroep constateert dat er veel initiatieven tegelijkertijd liepen, die deels van elkaar verschilden maar elkaar deels ook leken te overlappen. Een goed overzicht van alle initiatieven lijkt er – in haar ogen – niet te zijn.

4.4 Conclusies

De onderzoeksvraag voor deze fase luidde: hoe kunnen betrokken partijen met elkaar de samenwerking verbeteren? Deze vraag bleek niet eenvoudig te beantwoorden. Parallel aan de complexe problemen waarmee gezinnen kampen waar huiselijk geweld speelt, blijkt ook de hulpverlening en de daarvoor noodzakelijke multidisciplinaire samenwerking complex. Het vraagstuk hoe professionals en organisaties beter kunnen samenwerken, bestaat al lang en is weerbarstig gebleken. Daarmee duurde het vrij lang voor het vraagstuk en de gewenste oplossingsrichting waren bepaald. Uiteindelijk bleek in gesprek met (voormalige) cliënten en professionals dat zij als belangrijkste thema’s de positie van cliënten in het hulpverleningsproces en de samenwerking én de gezamenlijke analyse en planvorming identificeerden. Voor beide thema’s is een concrete verdere uitwerking tot stand gekomen. Voor de gezamenlijke analyse en planvorming is een gespreksleidraad ontwikkeld, die multidisciplinaire besluitvorming ondersteunt. Voor de positie van cliënten is gezocht naar mogelijkheden om hun deelname aan multidisciplinair overleg mogelijk te maken. Daarnaast is een cliëntfolder ontwikkeld ter ondersteuning hiervan. Gezien de bredere maatschappelijke trends rond gezamenlijke besluitvorming met cliënten en eigen regie bij cliënten is deze versterking van hun positie in een multidisciplinaire aanpak van huiselijk geweld een waardevolle ontwikkeling.

De deelnemende professionals menen dat er mooie opbrengsten liggen. Van de betrokken proces- en

casusregisseurs komen positieve verhalen over hun ervaringen met de gespreksleidraad terug. Ook andere betrokkenen in de testfasen zijn positief over de ontwikkelingen rond de positie van cliënten en de gezamenlijke analyse en planvorming. Tegelijkertijd spreekt een aantal deelnemers aan de ontwikkelgroep ook twijfels uit of de opbrengsten van het onderzoek nu daadwerkelijk tot verbeteringen voor cliënten leiden. Het zijn kleine stapjes die gemaakt zijn, maar een wezenlijk andere aanpak, waar deze complexe situaties om lijken te vragen, is het nog niet.



5 Opbrengsten van de leer- en veranderingscyclus

In dit hoofdstuk presenteren we de ontwikkelde ideeën en opbrengsten van het onderzoek 'De handen ineen!'. Op twee thema's zijn concrete opbrengsten uitgewerkt:

1. Gezamenlijke analyse en planvorming
2. Positie van cliënten

Hieronder volgen de uitwerking en toelichting op de concrete opbrengsten.

5.1 Gezamenlijke analyse en planvorming

Om de gezamenlijke analyse en planvorming te versterken, is een gespreksleidraad ontwikkeld. Dit hulpmiddel voor casuïstiekbesprekingen bevordert de eenheid van taal tussen de betrokken partners en brengt focus en structuur aan in het overleg. Het uitgangspunt bij de ontwikkeling was om nauw aan te sluiten bij de al gebruikte methoden en die met elkaar te verbinden.

De leidraad in zijn geheel is vrij uitgebreid en in de praktijk is gebleken dat het niet altijd mogelijk is om de vragen van een fase uit het proces van de gefaseerde ketenzorg in één casus-overleg volledig te doorlopen. De leidraad helpt daarom ook in de voorbereiding van casuïstiekbesprekingen. Informatie over de huidige stand van zaken kan voorafgaand aan het overleg bij betrokken professionals verzameld worden, zodat de proces- en/of casusregisseurs deze informatie vooraf kunnen bekijken en samenvatten aan het begin van de beeldvorming.

Na een korte introductie bevat de tweede pagina van de gespreksleidraad een overzicht van de belangrijkste elementen van alle drie de fases van de gefaseerde ketenzorg. Daarna volgt een uitgebreidere beschrijving van elke fase.

5.2 Positie van cliënten

Om de positie van cliënten te versterken, is een aantal voorstellen gedaan. Het uitgangspunt is dat cliënten aanwezig zijn bij overleg dat over hun situatie gaat en een actieve inbreng in het proces hebben. Hoe dit vorm krijgt is concreet uitgewerkt voor de voorbereiding op het multidisciplinaire overleg, het overleg zelf en de nabespreking.

1. Voorbereiding

Een casusregisseur of een van de betrokken hulpverleners bereidt samen met cliënten het multidisciplinaire overleg voor. Zij bespreken wat voor cliënten belangrijk is dat besproken gaat worden en wat zij hopen dat het overleg gaat opleveren. Ook als cliënten niet bij het multidisciplinaire overleg aanwezig willen zijn, vindt vooraf een bespreking plaats, zodat cliënten hun gedachten, ideeën en wensen voor het overleg kunnen meegeven.

2. Het multidisciplinaire overleg

Binnen Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden is de afspraak gemaakt dat cliënten altijd uitgenodigd worden voor het multidisciplinaire overleg. De keuze om al dan niet deel te nemen ligt bij cliënten. Ook kunnen zij kiezen of zij fysiek of online aanwezig willen zijn. Bij online deelname van cliënten is afgesproken dat de casusregisseur of een betrokken professional wel fysiek bij de cliënt is. Cliënten kunnen een vertrouwenspersoon (familielid, vriend, vertrouwde professional) meenemen naar deze bespreking, als zij dit willen. De procesregisseur, die het multidisciplinaire overleg voorziet, zorgt ervoor dat cliënten hun inbreng kunnen geven. Deze geeft uitleg over het verloop van de bespreking, checkt of cliënten begrijpen wat er besproken wordt en dat cliënten hun inbreng naar voren kunnen brengen.

3. Nabespreking en terugkoppeling

Als cliënten bij het multidisciplinaire overleg aanwezig waren, zorgt de casusregisseur of een van de betrokken professionals ervoor dat het gesprek met cliënten wordt nabesproken. Als cliënten niet aanwezig waren, zorgt de casusregisseur of een van de betrokken professionals ervoor dat cliënten een terugkoppeling van het besprokene krijgen.

Deelname van cliënten aan multidisciplinaire overleggen stelt een uitdaging aan de deelname van het Openbaar Ministerie, vanwege zijn onafhankelijke positie en mogelijke juridische consequenties van uitspraken gedaan door het OM in aanwezigheid van cliënten. Dit heeft geresulteerd in de afspraak dat overleg waarbij het OM een noodzakelijke gesprekspartner is, gesplitst wordt in twee delen:

1. een deel waarin het OM aansluit in afwezigheid van cliënten;
2. een deel waarbij cliënten aanwezig zijn in afwezigheid van het OM.

Op deze manier kan het OM betrokken blijven in multidisciplinaire overleg.

Ter ondersteuning is een praatplaat voor cliënten ontwikkeld, waarin visueel en met eenvoudige bewoording de gang van zaken in het Zorg- en Veiligheidshuis is uitgelegd.

Leidraad Gezamenlijke Analyse en Planvorming

Voor het bespreken van huiselijk geweld casuïstiek
in het Zorg- en Veiligheidshuis



Anne Steenbakkers
Cora Bartelink
Marije van der Hulst

In samenwerking met Zorg- en
Veiligheidshuis Haaglanden en
de ontwikkelgroep van het
onderzoek 'De handen ineen!'

Leidraad Gezamenlijke Analyse en Planvorming

Huiselijk geweld casuïstiek in het Zorg- en Veiligheidshuis

Deze leidraad is een hulpmiddel voor casuïstiekbesprekingen die casus- en procesregisseurs kunnen gebruiken in zaken waarin huiselijk geweld speelt. Deze leidraad is tot stand gekomen tijdens het onderzoek 'De handen ineen!'. De leidraad helpt het overleg te structureren en daarmee tot een gezamenlijke analyse van de situatie en planvorming te komen. Deze leidraad is een hulpmiddel die naar behoefte ingezet en aangepast kan worden: het blijft altijd maatwerk.

Deze leidraad combineert verschillende kaders:

1. De BOB-methodiek (Beeldvorming, Oordeelsvorming en Besluitvorming).
Deze methodiek helpt professionals om onderscheid te maken tussen informatie verzamelen (beeldvorming), conclusies daaruit te trekken over aard en ernst van de problematiek (oordeelsvorming) en beslissingen te nemen over interventies en acties (besluitvorming).
2. De gefaseerde ketenzorg (Vogtländer & Van Arum, 2016), met daarin het onderscheid tussen 'directe veiligheid', 'risicogestuurde zorg' en 'herstelgerichte zorg'.
Een casus die bij het Zorg- en Veiligheidshuis aangemeld wordt, begint meestal in de fase directe veiligheid. Gedurende het hulpverleningsproces kunnen de ontwikkelingen in het systeem aanleiding geven om naar een volgende fase te gaan. Per gesprek komt meestal één fase aan bod.
3. Signs of Safety (Turnell & Edwards, 1999).
Het belangrijkste onderdeel ontleend aan Signs of Safety is de schaalvraag, waarmee betrokkenen op een schaal van 1 tot 10 een inschatting van de situatie kunnen geven. Daarnaast is ook het bespreken van de belangrijkste zorgen een element dat uit Signs of Safety afkomstig is.

Om overleg efficiënt te laten verlopen is het raadzaam om informatie over de huidige stand van zaken voorafgaand aan het overleg bij betrokken professionals te verzamelen. De proces- en/of casusregisseurs kunnen deze informatie vooraf bekijken en samenvatten aan het begin van de beeldvorming. Op basis van de meest recente informatie kan vervolgens de beeldvorming als groep plaatsvinden.

Hieronder staat een overzicht van de hoofdconcepten van alle drie de fases van de gefaseerde ketenzorg. Daaronder staat per fase een uitgebreidere tabel, waarin meer toelichting wordt gegeven op de onderwerpen die aan bod kunnen komen.



Gefaseerde ketenzorg	In welke fase bevindt het gezin zich?		
	Directe veiligheid →	Risicogestuurde zorg →	Herstelgerichte zorg
Doelstelling	Zicht op de zorgen rondom veiligheid en wat gedaan moet worden om directe veiligheid te creëren.	Zicht op de risicofactoren voor herhaling van geweld en wat gedaan moet worden om stabiele veiligheid te creëren.	Zicht op wat nodig is om de veiligheid vast te houden en de opgelopen schade door de eerdere onveiligheid te herstellen.
Beeldvorming	Wat zijn de zorgen t.a.v. de onveiligheid? Welke onderliggende patronen veroorzaken de onveiligheid of houden die in stand? Welke krachten zijn er in het gezin? Wat weten we nog niet?	Wat is de huidige stand van zaken m.b.t. de directe veiligheid? Welke risicofactoren en onderliggende patronen veroorzaken de (kans op) onveiligheid of houden die in stand? Welke krachten zijn er in het gezin? Wat weten we nog niet?	Wat is de huidige stand van zaken m.b.t. de directe en stabiele veiligheid? Wat heeft het gezin nodig om de ingezette koers vol te houden? Op welke gebieden is herstel nodig? Hoe zien gezinsleden de toekomst voor ogen? Wat weten we nog niet?
Schaalvraag	Op een schaal van 1-10 hoe bezorgd ben je over de directe veiligheid van de betrokkenen?	Op een schaal van 1-10 hoe bezorgd ben je over de stabiele veiligheid van de betrokkenen?	Op een schaal van 1-10 wat is de kwaliteit van leven van de betrokkenen?
Oordeelsvorming	Zijn er nog zorgen om de directe veiligheid of kunnen we gaan werken aan de risico's? Wat is nodig om directe veiligheid te creëren?	Zijn er opnieuw zorgen om de directe veiligheid? Zijn er nog zorgen om de stabiele veiligheid of kunnen we gaan werken aan herstel? Wat is nodig om stabiele veiligheid te creëren?	Zijn er opnieuw zorgen om de directe of stabiele veiligheid? Zijn er nog stappen nodig om tot herstel te komen? Wat is nodig om te herstellen van de gebeurtenissen?
Besluitvorming	Brainstorm: Welke acties zijn er mogelijk om in dit gezin directe veiligheid te creëren? Welke acties moeten prioriteit hebben en waarom? Welke interventies gaan we inzetten t.b.v. de directe veiligheid? Afspraken over samenwerking	Brainstorm: Welke acties zijn er mogelijk om in dit gezin stabiele veiligheid te creëren? Welke acties moeten prioriteit hebben en waarom? Welke interventies gaan we inzetten t.b.v. de stabiele veiligheid? Afspraken over samenwerking	Brainstorm: Welke acties zijn er mogelijk om herstel en welzijn te creëren? Welke acties moeten prioriteit hebben en waarom? Welke interventies gaan we inzetten t.b.v. het herstel van de gezinsleden? Afspraken over samenwerking Afsluitingsplan

Directe veiligheid: Samenwerken aan veiligheid en het maken van een veiligheidsplan

Vooraf	Beeld van het gezin - Wat is de gezinssamenstelling en thuissituatie? - Werken betrokkenen mee? - Inventarisatie op alle leefgebieden Welke hulpverlening is betrokken? - Waar is deze hulp op gericht?
Doelstelling	Zicht op de zorgen rondom veiligheid en wat gedaan moet worden om directe veiligheid te creëren.
Beeldvorming	Wat zijn de zorgen t.a.v. de onveiligheid? - Wie is er bezorgd om de veiligheid van wie en waarom? - Waar maken we ons zorgen over? - Top 3 geweldsincidenten: eerste, ergste en laatste - Is er eerder sprake geweest van huiselijk geweld? - Wat is het grootste gevaar en voor wie en wat zijn de mogelijke gevolgen? Welke onderliggende patronen veroorzaken de onveiligheid of houden dit in stand? - Aan welke daarvan moeten als eerste gewerkt worden om directe veiligheid te creëren? Welke krachten zijn er nu in het gezin? - Wat zorgt voor veiligheid? - Welke van deze krachten kunnen benut worden om directe veiligheid te creëren? Wat weten we nog niet? - Zitten alle relevante personen aan tafel?
Schaalvraag	Op een schaal van 1-10 hoe bezorgd ben je over de directe veiligheid van de betrokkenen? - Wat is de onderbouwing voor het cijfer? - Hoe ernstig vind je wat er nu speelt? - Hoe groot zijn de gevolgen voor de betrokken van deze situatie? - Hoe schat je de kans in dat de onveiligheid zich herhaalt en/of verergert? - Wat is de visie van betrokkenen?
Oordeelsvorming	Zijn er nog zorgen om de directe veiligheid of kunnen we gaan werken aan de risico's? - Indien het eerste, ga door hieronder. Indien het laatste, ga door naar de fase van risicogestuurde zorg. Wat is nu nodig om direct veiligheid te creëren? - Wat denkt het gezin dat er nodig is voor directe veiligheid? - Wat moet er minimaal gerealiseerd worden aan veiligheid (bodemeisen)? - Hoe weten we wanneer er directe veiligheid is?
Besluitvorming	Brainstorm: Welke acties zijn er mogelijk om in dit gezin directe veiligheid te creëren? - Wat kan jij vanuit jouw organisatie bieden? - Wat verwacht jij van andere organisaties? - Welke out-of-the box ideeën heb je? Welke acties moeten prioriteit hebben en waarom? - Welke acties hebben prioriteit voor de cliënt? - Hoe kijken materiedeskundigen/expertpoolleden hiernaar? - Wat is de belastbaarheid van de cliënt m.b.t. deze acties? Welke interventies gaan we inzetten t.b.v. de directe veiligheid? - Wie doet wat en wanneer? - Wat zijn de bodemeisen en wie bewaakt deze? Afspraken over samenwerking - Wat wordt de tijdslijn? - Op welk moment komen we weer bij elkaar? - Wat doen we als de bodemeisen niet worden nagekomen? - Op welke wijze houden we elkaar op de hoogte?

Risicogestuurde zorg: Samenwerken aan de risico's van (herhaling van) onveiligheid

Vooraf	Beeld van het gezin - Wat is de gezinssamenstelling en thuissituatie? - Werken betrokkenen mee? - Inventarisatie op alle leefgebieden Welke hulpverlening is betrokken? - Waar is deze hulp op gericht?
Doelstelling	Zicht op de risicofactoren voor geweld en wat gedaan moet worden om stabiele veiligheid te creëren.
Beeldvorming	Wat is de huidige stand van zaken m.b.t. de directe veiligheid? - Indien hier zorgen om zijn, ga terug naar de fase van directe veiligheid. - Wat zijn de veiligheidsafspraken en bodemeisen? Zijn hier nog aanpassingen in nodig? Welke risicofactoren en onderliggende patronen veroorzaken de (kans op) onveiligheid? - Onderscheid statische en dynamische, en individuele en systemische risicofactoren. - Top 3 risico's: Aan welke drie risico's moeten als eerste gewerkt worden om stabiele veiligheid te creëren? - Wat is er in het verleden en heden ingezet met betrokkenen? - Welke problemen ervaren betrokkenen met de hulpverlening? Welke krachten zijn er in het gezin? - Welke steunbronnen zijn er voor ieder gezinslid? - Op welke momenten ging het goed met betrokkenen? Wat beïnvloedde dat? Wat weten we nog niet? - Zitten de juiste mensen aan tafel?
Schaalvraag	Op een schaal van 1-10 hoe bezorgd ben je over de stabiele veiligheid van de betrokkenen? - Wat is de onderbouwing voor het cijfer? - Hoe ernstig schat je de risicofactoren in? - Hoe schat je de kans in dat er opnieuw onveiligheid komt? - Wat is de visie van betrokkenen?
Oordeelsvorming	Zijn er opnieuw zorgen om de directe veiligheid? - Zo ja, ga terug naar de fase van directe veiligheid. Zijn er nog zorgen om de stabiele veiligheid of kunnen we gaan werken aan herstel? - Indien het eerste, ga door hieronder. Indien het laatste, ga door naar de fase van herstelgerichte zorg. Wat is nodig om stabiele veiligheid te creëren? - Wat denkt het gezin dat er nodig is voor stabiele veiligheid? - Wat moet er minimaal gerealiseerd worden aan veiligheid (bodemeisen)? - Hoe weten we wanneer er stabiele veiligheid is?
Besluitvorming	Brainstorm: Welke acties zijn er mogelijk om in dit gezin stabiele veiligheid te creëren? - Wat kan jij vanuit jouw organisatie bieden? - Wat verwacht jij van andere organisaties? - Welke out-of-the box ideeën heb je? Welke acties moeten prioriteit hebben en waarom? - Welke acties hebben prioriteit voor de cliënt? - Hoe kijken materiedeskundigen/expertpoolleden hiernaar? - Wat is de belastbaarheid van de cliënt m.b.t. deze acties? Welke interventies gaan we inzetten t.b.v. de stabiele veiligheid? - Wie doet wat en wanneer? - Wat zijn de bodemeisen en wie bewaakt deze? Afspraken over samenwerking - Wat wordt de tijdslijn? - Op welk moment komen we weer bij elkaar? - Wat doen we als de bodemeisen niet worden nagekomen? - Op welke wijze houden we elkaar op de hoogte?

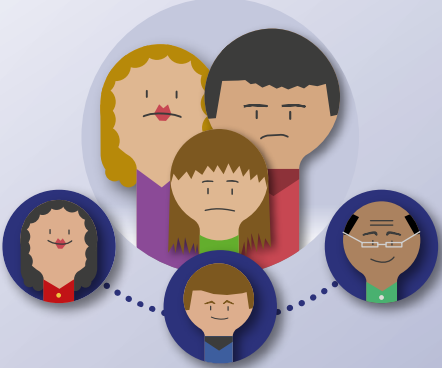
Herstelgerichte zorg: Samenwerken voor herstel en kwaliteit van leven

Vooraf	Beeld van het gezin - Wat is de gezinssamenstelling en thuissituatie? - Werken betrokkenen mee? - Inventarisatie op alle leefgebieden Welke hulpverlening is betrokken? - Waar is deze hulp op gericht?
Doelstelling	Zicht op wat nodig is om de veiligheid vast te houden en de opgelopen schade te herstellen.
Beeldvorming	Wat is de huidige stand van zaken m.b.t. de directe en stabiele veiligheid? - Indien hier zorgen om zijn, ga terug naar de fase van directe veiligheid of risicogestuurde zorg. - Wat zijn de veiligheidsafspraken en bodemeisen? Zijn hier nog aanpassingen in nodig? Wat heeft het gezin nodig om de ingezette koers vol te houden? - Wat ging goed en hoe kan het goed blijven gaan? - Hoe ziet het sociale netwerk van het gezin eruit en op wie kan het gezin terugvallen in moeilijke tijden? Op welke gebieden is herstel nodig? - Top 3 herstellpunten: Op welke gebieden is herstel nodig om blijvend balans in het gezin te creëren. - Op welk gebied is inzet voor langere tijd noodzakelijk? Hoe zien gezinsleden de toekomst voor ogen? Wat weten we nog niet? - Zitten de juiste mensen aan tafel?
Schaalvraag	Op een schaal van 1-10 wat is de kwaliteit van leven van de betrokkenen? - Wat is de onderbouwing voor het cijfer? - Hoe ernstig schat je de schade n.a.v. het geweld in? - Hoe dicht zitten we bij het hoogst haalbare voor dit gezin? - Wat is de visie van betrokkenen?
Oordeelsvorming	Zijn er opnieuw zorgen om de directe of stabiele veiligheid? - Zo ja, ga terug naar de fase van directe veiligheid of risicogestuurde zorg. Zijn er nog stappen nodig om tot herstel te komen? - Indien ja, ga door hieronder. Indien nee, ga door naar besluitvorming en maak een afsluitingsplan. Wat is nodig om te herstellen van de gebeurtenissen? - Waar wil het gezin aan werken om hun welzijn te vergroten? - Wat moet er minimaal gerealiseerd worden aan welzijn? - Hoe weten we wanneer gezinsleden hersteld zijn?
Besluitvorming	Brainstorm: Welke acties zijn er mogelijk om herstel en welzijn te creëren? - Wat kan jij vanuit jouw organisatie bieden? - Wat verwacht jij van andere organisaties? - Welke out-of-the box ideeën heb je? Welke acties moeten prioriteit hebben en waarom? - Welke acties hebben prioriteit voor de cliënt? - Hoe kijken materiedeskundigen/ expertpoolleden hiernaar? - Wat is de belastbaarheid van de cliënt m.b.t. deze acties? Welke interventies gaan we inzetten t.b.v. het herstel van de gezinsleden? - Wie doet wat en wanneer? - Wat zijn de bodemeisen en wie bewaakt deze? Afspraken over samenwerking - Wat wordt de tijdslijn? - Op welk moment komen we weer bij elkaar? - Op welke wijze houden we elkaar op de hoogte? Afsluitingsplan - Indien de casus afgesloten wordt, wat is het plan voor als het later toch weer niet goed gaat?

U bent aangemeld bij het Zorg- en Veiligheidshuis

Wat doet het Zorg- en Veiligheidshuis?

Het gaat op dit moment niet goed in uw thuissituatie. U heeft te maken met geweld thuis. Ook spelen er misschien andere problemen.



De organisaties die betrokken zijn om u te helpen, werken samen als team. Dat gebeurt in het Zorg- en Veiligheidshuis. U bent uitgenodigd om met ons mee te praten over hoe we u en uw gezin kunnen helpen. Als u wilt, kunt u iemand meenemen naar de gesprekken. Samen werken we eraan dat u wordt geholpen en u zich veilig voelt.



Vandaag bespreken we waar iedereen zich zorgen over maakt. En ook wat er goed gaat in uw gezin. Zo krijgen we een goed beeld.



We kijken samen wat u nodig heeft om het thuis veilig te maken. En om de andere problemen te verminderen. Iedereen denkt mee en elk idee is welkom. Ook uw ideeën.



Samen beslissen we wat u het beste gaat helpen. We maken een plan voor de veiligheid van uw gezin. We spreken af wie wat doet en wanneer we elkaar weer zien.



U krijgt een vast aanspreekpunt. Deze persoon houdt in de gaten of het plan goed wordt uitgevoerd. U kunt bij hem of haar terecht, als het niet goed gaat of als u vragen heeft.

U staat niet alleen. Samen met u werken we aan de veiligheid van u en uw gezin. Voor nu en in de toekomst.



Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden

6 Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen en bekijken we de opbrengsten in een breder perspectief. Tot slot doen we aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek.

6.1 Vraagstelling en conclusies

Het doel van dit onderzoek was de samenwerking tussen de zorg-, straf- en bestuursketen te optimaliseren voor gezinnen waar huiselijk geweld plaatsvindt. Dit met als uiteindelijk doel om geweld in deze gezinnen duurzaam te beëindigen. Twee onderzoeksvragen stonden daarbij centraal, die we hieronder nader uitwerken.

6.1.1 Optimale samenwerking?

De eerste onderzoeksvraag was hoe de samenwerking binnen het Zorg- en Veiligheidshuis geoptimaliseerd kan worden, passend bij de visie van gefaseerde ketenzorg. Kern van de gefaseerde ketenzorg is dat de zorg eerst gericht is op het herstel van acute veiligheid en pas daarna op het aanpakken van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de onveiligheid. Dit legt de basis voor het werken aan herstel, dat wil zeggen de behandeling van de gevolgen van huiselijk geweld en kindermishandeling (bijvoorbeeld traumabehandeling). Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, is eerst verkend hoe de huidige samenwerking ervaren werd (zie hoofdstuk 3 'Startbeeld'). Het startbeeld bevestigde het beeld dat ook uit eerder onderzoek naar voren kwam (zie hoofdstuk 2 'Literatuurverkenning'). Ketenpartners rond het Zorg- en Veiligheidshuis (h)erkennen diverse succesfactoren voor een goede samenwerking, maar blijken deze geregeld toch lastig handen en voeten te kunnen geven in de uitvoeringspraktijk. De basis voor samenwerking leek goed op orde te zijn: de betrokkenheid van een groot aantal organisaties, de governancestructuur en benodigde samenwerkingsafspraken en de inzet van goede voorzitters. Echter, betrokkenen signaleerden ook dat vaak een gezamenlijke visie op veiligheid ontbrak en dat vandaaruit een gezamenlijk plan van aanpak voor gezinnen slecht tot stand kwam. Hoewel alle betrokkenen de wens tot samenwerking delen, bleken ze vaak toch op eigen eilandjes te werken. Het model en de fases van de gefaseerde ketenzorg waren bij betrokkenen niet of nauwelijks bekend.

Hoe de samenwerking beter zou kunnen verlopen, is onderzocht door een breed samengestelde ontwikkelgroep. De ontwikkelgroep signaleerde – in samenspraak met een bredere achterban uit haar organisaties – drie grote thema's waarop zij verandering nodig vond: 1. gezamenlijke analyse en planvorming, 2. positie van cliënten en 3.

regie. Het belang van deze thema's werd gedeeld door het management van het Zorg- en Veiligheidshuis. Dit resulteerde in de verdere uitwerking van de thema's 'gezamenlijke analyse en planvorming' en 'positie van cliënten'. Gezien de veelheid van initiatieven rond het thema 'regie' is besloten om niet verder te gaan met dit thema in dit onderzoek.

Voor de *gezamenlijke analyse en planvorming* is een gespreksleidraad ontwikkeld. Deze leidraad is een hulpmiddel voor de casusbesprekingen. De leidraad brengt focus en structuur aan in het multidisciplinaire overleg, doordat deze helpt bepalen in welke fase van de gefaseerde ketenzorg een gezin zich bevindt, en daarbij onderscheid maakt tussen beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming. De gespreksleidraad is goed ontvangen bij betrokkenen in het Zorg- en Veiligheidshuis. Zij merken hoe het hen helpt om systematischer in beeld te brengen wat er speelt in gezinnen en daarmee ook beter te bepalen wat ze het beste kunnen gaan doen. De leidraad geeft ook meer handen en voeten aan de fases van gefaseerde ketenzorg. Doordat de gespreksleidraad ontwikkeld is door de betrokken partners zelf, sluit het taalgebruik goed aan bij alle partners: een gezamenlijke taal, waarmee ieder vanuit zijn of haar eigen expertise input kan geven. Wel merken partners nog dat de aandacht vooral uitgaat naar de gezamenlijke analyse, terwijl de gezamenlijke planvorming nog steeds een uitdaging vormt. De gezamenlijke analyse lijkt veel tijd op te slokken en dat gaat ten koste van tijd die beschikbaar is voor de gezamenlijke planvorming. Een bijzondere uitdaging vormt het werken met het kader van gefaseerde ketenzorg, met name het onderscheid tussen de fases van acute veiligheid, vermindering van risico's en herstel. In de praktijk lopen de fases vaak door elkaar en is het lastig te bepalen waar een gezin staat. Ook lijkt in de samenwerking de focus vooral te liggen op de acute veiligheid en lijkt er geen of nauwelijks een rol weggelegd voor de multidisciplinaire samenwerking bij de fase van herstel. Wanneer professionals verder ervaring met de gespreksleidraad opdoen, levert dit hen mogelijk meer inzicht op in de momenten waarop verschillende partners het beste erbij betrokken kunnen zijn (wie in welke fase van de gefaseerde ketenzorg). Ook helpt het hen mogelijk om beter te bepalen hoe rollen en taken optimaal verdeeld kunnen worden.

Het tweede thema was de *positie van cliënten*. In tegenstelling tot wat de literatuurverkenning suggereerde, bleek de rol van cliënten in de interviews een belangrijk onderwerp te zijn. Cliënten waren om verschillende

redenen zelden betrokken in multidisciplinaire overleggen. Om de positie van cliënten te versterken, zijn structurele afspraken binnen het Zorg- en Veiligheidshuis gemaakt over de uitnodiging van cliënten voor en deelname aan casusbesprekingen. Uitgangspunt daarbij is dat cliënten in staat gesteld worden actief deel te nemen, bij voorkeur door hun aanwezigheid (fysiek of online) in de multidisciplinaire overleggen. Daarnaast worden overleggen vooraf en achteraf met cliënten besproken. Ter ondersteuning is een cliëntfolder gemaakt met uitleg over de rol en de werkwijze van het Zorg- en Veiligheidshuis. De actieve betrokkenheid van cliënten in de multidisciplinaire overleggen was voor met name het Openbaar Ministerie lastig, omdat het OM vanwege zijn onafhankelijke positie in het strafrecht in aanwezigheid van cliënten geen uitspraken kan doen.

Vanuit ons onderzoek concluderen we dat het voor een optimale samenwerking cruciaal is om de casusbesprekingen goed vorm te geven. De casusbesprekingen vormen het hart van de samenwerking, waarin gezamenlijk een analyse van de situatie en een plan van aanpak gemaakt worden. Zowel de gespreksleidraad als een actieve rol van cliënten draagt bij aan de kwaliteit van de samenwerking. Naar verwachting leiden deze verbeteracties tot meer effectiviteit en efficiëntie in de samenwerking. Zoals in de inleiding geschetst gaat effectiviteit van de samenwerking om de inzet van passende zorg en maatregelen voor cliënten. Met 'efficiëntie' doelen we op het samenwerkingsproces, zoals korte lijnen tussen professionals en organisaties en het voorkomen van wisselingen van hulpverleners en daarmee gepaard gaande overdrachtsmomenten. Daarbij is niet beantwoord welke professionals op welke momenten in de samenwerking een rol spelen en wie de regie voert, hoewel de gespreksleidraad helpt om dit in individuele zaken te bepalen.

De ontwikkelgroep heeft zich niet beziggehouden met de vraag welke randvoorwaarden geregeld moeten zijn voor een optimale samenwerking. Wel is met de leden gesproken over de implementatie van de voorgestelde verbeteracties. Als belangrijkste aandachtspunt voor de implementatie noemden zij gerichte voorlichting voor procesregisseurs (de voorzitters van de multidisciplinaire overleggen) en materiedeskundigen om hen in te lichten over de gespreksleidraad.

6.1.2 Impact van de verbeteracties

De tweede onderzoeksvraag richtte zich op de impact van de verbeteracties: de gespreksleidraad en de deelname van cliënten aan multidisciplinaire overleggen. Deze verbeteracties zijn in twee korte testfases in enkele zaken

kleinschalig getest en met betrokkenen geëvalueerd. Dat heeft een beeld opgeleverd van de tevredenheid van professionals over de beide verbeteracties. Professionals bleken overwegend positief over zowel de gespreksleidraad als de deelname van cliënten aan multidisciplinair overleg. De gespreksleidraad hielp hen om een systematischer analyse van de casus te maken. Wel merkten zij dat de analyse zo tijdrovend was dat gezamenlijke planvorming erbij inschoot. De groep (voormalige) cliënten die de leidraad heeft bekeken, was er zeer over te spreken. Zij meenden dat deze rust en houvast geeft voor cliënten. Over de deelname van cliënten aan het multidisciplinair overleg menen professionals dat dit meerwaarde heeft. Door de deelname van cliënten lag het tempo van het gesprek lager en lag de focus meer op het hier en nu en op het maken van een plan van aanpak met en voor cliënten. Een casusregisseur meende dat dit ook hielp om de verantwoordelijkheid en regie meer bij cliënten te houden. Opgemerkt moet worden dat de evaluatie beperkt was door een lage respons en daarmee vooral een kwalitatief karakter had. Ook is het niet gelukt om rechtstreeks van cliënten te horen hoe zij hun deelname aan het multidisciplinair overleg hebben ervaren, maar alleen via de betrokken professionals.

Met de evaluatie uitgevoerd in dit onderzoek is niet na te gaan wat de uiteindelijke impact op gezinnen is. Hoewel we wel professionals hebben kunnen vragen naar hun tevredenheid over de verbeteracties, is het niet gelukt om cliënten die in de testfase in aanraking kwamen met de verbeteracties te bevragen over hun tevredenheid hiermee. Om een indruk van het perspectief van cliënten te krijgen, zijn twee alternatieven ingezet:

1. Aan professionals is gevraagd hoe zij dachten dat cliënten de casusbespreking hebben ervaren.
2. Aan een kleine groep ervaringsdeskundigen is gevraagd naar hun mening over de verbeteracties.

Hoewel het doel van het onderzoek en ook van de deelnemers aan de ontwikkelgroep was dat grotere veiligheid in gezinnen werd bereikt en ook aannemelijk valt te maken dat de verbeteracties hieraan bijdragen, is de tijdsperiode van de testfase te kort om hierover uitspraken te kunnen doen. Het was immers niet mogelijk om gezinnen langdurig te volgen, wat nodig is om effecten bij gezinnen met deze complexe problemen waar te nemen.

6.2 Discussie

6.2.1 Bevindingen in breder perspectief

In deze paragraaf plaatsen we ons onderzoek in een breder perspectief. Daarbij kijken we naar de inhoud van het onderzoek. Wat leren we hieruit over de samenwerking rond huiselijk geweld en over het proces van het onderzoek?

Wat betreft de inhoud van dit onderzoek: de bevindingen sluiten sterk aan bij de resultaten van eerder Nederlands onderzoek in Zorg- en Veiligheidshuizen en andere multidisciplinaire aanpakken. Het is duidelijk dat er een bepaalde mate van samenwerking tussen partners uit verschillende sectoren wordt gerealiseerd. Tegelijkertijd liggen er nog vele uitdagingen die overwonnen moeten worden om de samenwerking ten behoeve van de zorg voor deze gezinnen met ernstige en complexe problemen te optimaliseren. Hoewel de formele kanten van de samenwerking geregeld zijn, in de vorm van samenwerkingsafspraken en convenanten, blijkt het op de werkvloer moeizaam om de inhoud van de zorg en de samenwerking daarvoor goed vorm te geven. Het zijn de zogenaamde 'zachtere' kanten van de samenwerking die veeleer ongrijpbaar lijken en die aandacht vragen. Door de gezamenlijke ontwikkeling van een gespreksleidraad voor de casuïstiekbesprekingen is er een begin gemaakt om tot meer eenheid van taal en een gezamenlijke analyse en planvorming te komen. De gespreksleidraad geeft daarmee richting aan hoe er samengewerkt wordt. Het gebruik van een gespreksleidraad voor casuïstiekbesprekingen sluit aan bij inzichten over teambesluitvorming, waaruit onder meer het belang van een goede voorbereiding op en structurering van casusbesprekingen blijkt (voor een overzicht zie § 3.6 in Bartelink et al., 2022). Mogelijk biedt de gespreksleidraad ook voor andere Zorg- en Veiligheidshuizen en andere multidisciplinaire aanpakken handvatten.

Een waardevolle opbrengst van het onderzoek is inzicht in de wijze waarop de positie van cliënten versterkt kan worden. In eerder onderzoek was geen aandacht voor de participatie van cliënten in multidisciplinaire aanpakken. Uit de interviews met professionals en (voormalige) cliënten bleek de gemarginaliseerde positie van cliënten in de multidisciplinaire aanpak. Het lijkt erop dat bij complexe problemen de samenwerking tussen professionals op de voorgrond komt te staan, terwijl cliënten als gesprekspartner uit beeld lijken te verdwijnen (zie ook De Lange, Holdorp & Heek, 2020). Dit is opmerkelijk gezien de ontwikkelingen van de laatste jaren in diverse sectoren om gezamenlijke besluitvorming met cliënten te stimuleren

en de wens om cliënten zelf zoveel mogelijk regie te geven over hun eigen situatie. Daarom is het waardevol dat in dit onderzoek stappen gezet zijn om deelname van cliënten aan multidisciplinair overleg te bevorderen. De impact hiervan op cliënten vraagt verder onderzoek. Ook verdere ontwikkeling van een werkwijze voor casusbesprekingen is noodzakelijk om cliënten een stevige positie in de multidisciplinaire aanpak van hun problemen te geven. Zo is het nodig om te onderzoeken hoe gezinsleden met verschillende perspectieven op de gezinssituatie een stem kunnen krijgen in casuïstiekbesprekingen.

In het onderzoeksproces hebben we als onderzoekers de uitdagingen van het participatief actieonderzoek ervaren. Voor zover wij weten, is het onderzoek 'De handen ineen!' uniek in zijn opzet in het onderzoek naar de samenwerking rond complexe huiselijk geweld zaken. Waar wij gekozen hebben voor een proces waarin leren en evalueren gecombineerd zijn met het verder ontwikkelen en veranderen van de praktijk, evalueren veel onderzoeken naar multidisciplinaire aanpakken voor huiselijk geweld de bestaande aanpak. Onze aanpak brengt uitdagingen met zich mee. Dit type onderzoek was nieuw voor onszelf én voor de deelnemers. De aanpak vraagt van onderzoekers en deelnemers iets anders dan het klassieke empirisch onderzoek, waar velen mee bekend zijn. Participatief actieonderzoek is bedoeld om een lerende beweging op gang te brengen. In ons onderzoek heeft het enige tijd geduurd voordat dit proces op gang kwam. De complexiteit van het vraagstuk maakt het nodig om in kleine stapjes naar vooruitgang te zoeken. Het is geen proces waarin snel voortgang te zien is. Dat maakt het spannend voor onderzoekers en deelnemers, omdat het eindresultaat niet in een logisch, lineair proces bereikt wordt, maar in een veel meer intuïtief, incrementeel, dialogisch en creatief proces. Daarbij is het proces, het met elkaar leren, belangrijker dan de inhoudelijke uitkomst. Dit maakt dat er weliswaar een eindproduct ligt dat bruikbaar is voor de betrokkenen die meegewerkt hebben aan het onderzoek, maar ook dat goed nagedacht moet worden of en hoe dit toepasbaar is voor anderen. Het gezamenlijke proces naar dit eindresultaat toe is namelijk minstens zo belangrijk als de inhoudelijke opbrengst zelf. Wat deelnemers met name als waardevol hebben ervaren, is het gezamenlijke gesprek over de manier waarop zij met elkaar samenwerken en de gezamenlijke zoektocht naar oplossingen voor knelpunten. Daarnaast vonden zij ook de inbreng van cliënten hierin van meerwaarde. Dit hielp hen zich in te leven in hoe cliënten de multidisciplinaire aanpak beleven.

6.2.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Participatief actieonderzoek is bij uitstek een type onderzoek dat zich leent voor onderzoek naar complexe vraagstukken, zoals de samenwerking rond huiselijk geweld situaties. Het levert voor de lokale praktijk waardevolle leermomenten op, met name voor de directbetrokkenen in het onderzoek. Dat hebben ook de deelnemers aan de ontwikkelgroep ervaren. De generaliseerbaarheid van de uitkomsten is daardoor echter beperkt; de verbeteracties sluiten immers nauw aan bij de lokale praktijk. Toch menen we dat dit onderzoek ook voor andere vormen van multidisciplinaire samenwerking rond huiselijk geweld waardevolle inzichten oplevert, om twee redenen. De ontwikkelde gespreksleidraad is gebaseerd op kaders die ook op andere plekken in het land gehanteerd worden. De leidraad zou daarmee ook een hanteerbaar hulpmiddel kunnen zijn dat nauw aansluit bij andere lokale praktijken. De versterking van de positie van cliënten is een thema dat op veel plekken aandacht vraagt. Hoewel de cliëntfolder specifiek voor Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden is ontwikkeld, is de manier waarop cliënten een actieve rol krijgen in het multidisciplinaire overleg weinig toegespitst op de lokale situatie en dus te generaliseren naar andere situaties.

Participatief actieonderzoek krijgt vorm door de inbreng van alle betrokkenen: onderzoekers én professionals uit de praktijk. Dat maakt dit type onderzoek dynamisch en de uitkomst moeilijk te voorspellen. Het werkveld waarin de aanpak van huiselijk geweld plaatsvindt, is uitgestrekt; er zijn veel verschillende professionals uit zeer uiteenlopende sectoren bij betrokken, wat ook een lappendeken aan wet- en regelgeving met zich meebrengt. In dit werkveld hebben de laatste jaren veel veranderingen plaatsgevonden. In de – soms moeizame – discussies met de ontwikkelgroep leek het soms alsof professionals lamgeslagen zijn door de complexiteit van het veld, resulterend ofwel in een gebrek aan voorstellen voor mogelijke verbeteracties ofwel in voorstellen die onbereikbaar en niet door henzelf te beïnvloeden waren. Voor toekomstig participatief actieonderzoek vraagt de professionele ruimte voor deelnemers aandacht. Hebben zij of krijgen zij de ruimte om voorstellen voor veranderingen te doen? Hebben zij hiervoor mandaat vanuit hun organisaties? En ervaren zij ook dat die ruimte er is? Zowel de formele als de ervaren toestemming is belangrijk voor deelnemers om te kunnen meedoen in dit type onderzoek.

In dit onderzoek heeft de coronapandemie mogelijk een rol gehad. Om de vaart erin te houden en stagnatie te voorkomen, is ervoor gekozen het onderzoek volledig online

uit te voeren. Zo zijn (bijna) alle interviews, overleggen met het management van Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden en bijeenkomsten met de ontwikkelgroep via MS Teams uitgevoerd. Zeker voor de bijeenkomsten met de ontwikkelgroep leverde dat complicaties op. De deelnemers kenden elkaar vooraf grotendeels niet en via Teams ontstond ook minder gemakkelijk een groepsgevoel. Dit maakte dat het in de eerste bijeenkomsten aftasten was hoe iedereen in het vraagstuk stond. Het was lastig om met elkaar een goede focus te krijgen. Een effectieve interventie was om in kleinere groepen bij elkaar te komen, waardoor deelnemers actiever erbij betrokken raakten. Naar de mening van alle betrokkenen heeft het onderzoek een mooie opbrengst, die hen zeker verder brengt in de aanpak van huiselijk geweld.

6.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf doen we aanbevelingen voor het vervolg, zowel voor praktijk als onderzoek.

Voor de praktijk geven we een aantal aanbevelingen voor het vervolg. De eerste is de implementatie van de opbrengsten van het onderzoek: de gespreksleidraad ter ondersteuning van de gezamenlijke analyse en planvorming en de versterking van de positie van cliënten. De implementatie vraagt om een bewust en doelgericht proces om betrokkenen te leren werken met de opbrengsten. Vervolgens is blijvende aandacht nodig om iedereen scherp te houden.

De tweede uitdaging voor de praktijk is om de lerende beweging die op gang gebracht is met dit onderzoek in gang te blijven houden om daadwerkelijk impact te bereiken voor gezinnen. De ontwikkelgroep trok in haar evaluatie in twijfel of met de tot op heden ontwikkelde opbrengsten van het onderzoek al impact op gezinnen bereikt wordt. Hoewel zij blij is met hoe de gespreksleidraad focus en structuur aanbrengt in casusbesprekingen, vraagt zij zich af of het wel tot een heel andere aanpak voor gezinnen leidt. Om deze lerende beweging in gang te houden is aan te bevelen om met een groep professionals uit diverse organisaties die nauw betrokken zijn bij de reguliere aanpak en/of MDA⁺⁺ een lerend team te vormen, mogelijk bestaand uit expertpoolleden en/of materiedeskundigen. Voor het leerproces is belangrijk dat ze nauw betrokken zijn bij de multidisciplinaire aanpak, zodat ze goed zicht hebben op mogelijke vraagstukken die onder de loep genomen moeten worden. Ook is cruciaal dat zij mandaat vanuit hun organisatie hebben om verandermaatregelen te treffen. Bovendien vraagt het lef van betrokken professionals om de aanpak van huiselijk geweld op een andere manier te gaan

vormgeven. Om daadwerkelijk tot betere zorg te komen voor gezinnen waar huiselijk geweld en kindermishandeling voorkomen, is een radicaal andere aanpak nodig. Het vraagt lef van professionals die betrokken zijn in een dergelijke ontwikkeling om de mogelijkheden van hun kaders te onderzoeken en mogelijk te verleggen. Vanuit organisaties vraagt het moed om hun medewerkers professionele ruimte te bieden om te doen wat nodig is voor gezinnen.

Daarnaast zien we vanuit ons onderzoek nog belangrijke uitdagingen voor de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. De belangrijkste daarvan is hoe professionals gezamenlijk tot maatwerk kunnen komen, zodat de spiraal van geweld, misbruik en verwaarlozing doorbroken wordt en herstel plaatsvindt in gezinnen. Naar onze mening vraagt het durf en innovatiekracht van professionals om over kaders en grenzen heen te kijken en te zoeken naar oplossingen die aansluiten bij de vragen en behoeften van gezinnen. Uit praktijkervaringen en kleinschalige onderzoeken blijkt steeds weer dat het perspectief van gezinnen de sleutel is tot blijvende verandering. Daarom is aan te bevelen de vragen en behoeften van gezinnen centraal te stellen. Weerstand bij gezinnen zou daarbij eerder als kans dan als belemmering gezien moeten worden. Daarnaast is in de zoektocht naar maatwerk belangrijk na te gaan welke professionals op welke momenten erbij betrokken zouden moeten zijn. Daarbij is het wenselijk te onderzoeken hoe het aantal hulpverleners en wisselingen van hulpverleners

zo klein mogelijk gehouden kan worden. Gedurende het onderzoek kwam hierbij het vraagstuk naar boven of in het multidisciplinaire team het beste gewerkt kan worden met vaste vertegenwoordigers van betrokken organisaties (onder de noemer 'expert' of 'materiedeskundige') dan wel dat dit professionals moeten zijn die direct bij de gezinnen betrokken zijn. Aan beide opties kleven voor- en nadelen. Zo is het voordeel van een expertpool of materiedeskundigen dat zij een breed perspectief op hun eigen organisatie hebben en goed bekend zijn met de mogelijkheden en onmogelijkheden in de samenwerking met andere partijen. Daarentegen kennen zij vaak niet de personen of gezinnen die besproken worden en kunnen zij daarmee meestal vooral vanuit theoretisch inzicht input leveren. Bij het gezin betrokken professionals zijn echter juist wel bekend met het gezin en kunnen daardoor meer inzicht geven in de specifieke situatie. Voor gezinnen waarin huiselijk geweld en kindermishandeling plaatsvinden, is stabiliteit en continuïteit in de hulpverlening van groot belang om een vertrouwensrelatie te kunnen opbouwen, zodat zij dit moeilijke thema van geweld bespreekbaar kunnen maken, aanpakken en doorbreken. Vaak ontbreekt het bij het gezin betrokken professionals alleen aan kennis van de bredere mogelijkheden van hun organisatie en die van andere organisaties. Mogelijk zijn zowel deskundigen als bij het gezin betrokken professionals nodig in de multidisciplinaire aanpak van huiselijk geweld. In ieder geval is het noodzakelijk te onderzoeken hoe deze stabiliteit en continuïteit in de hulpverlening – de zogenaamde lange



adem die deze gezinnen nodig hebben – gecreëerd kan worden. Bovendien lijkt het wenselijk om alle professionals gedegen te scholen in multidisciplinaire samenwerking, omdat de toenemende complexiteit van hulpvragen samenwerking voor alle professionals noodzakelijk maakt. Aan te bevelen hierin is scholing voor professionals uit verschillende organisaties gezamenlijk aan te bieden, zodat zij in de opleiding kennismaken met andere disciplines en leren wat multidisciplinaire samenwerking van hen vraagt.

Voor het onderzoek is een belangrijk openstaand vraagstuk welke impact met multidisciplinaire samenwerking voor gezinnen in complexe huiselijk geweld situaties wordt bereikt. Daarbij is enerzijds de vraag in hoeverre de gespreksleidraad helpt om een betere integrale analyse en plan van aanpak te maken en anderzijds wat dat daadwerkelijk aan effect oplevert. Het perspectief van gezinnen is hierbij cruciaal: ervaren zij dat ze goed geholpen worden, dat geweld duurzaam beëindigd is en dat er herstel

plaatsvindt? Maar ook: waar denken zij dat het nog beter kan? Als we hier meer inzicht in hebben, kunnen we met elkaar blijven leren en veranderen.

Een tweede belangrijk onderwerp voor vervolgonderzoek is de positie van gezinnen in de multidisciplinaire samenwerking. Hierin is een nog openstaande vraag hoe gezinnen het beste gefaciliteerd kunnen worden om een actieve rol te kunnen innemen en als gelijkwaardige gesprekspartner aan overleg te kunnen deelnemen. Ook het effect daarvan is een belangrijke vraag om verder te onderzoeken: wat levert het op voor gezinnen (bijvoorbeeld versterking van zelfredzaamheid, oplossend vermogen en eigen regie, meer effect van hulp en ondersteuning), voor professionals (bijvoorbeeld een beter verloop van hulpverlening) en wellicht ook voor de maatschappij (bijvoorbeeld besparingen op zorgkosten) wanneer gezinnen actief betrokken zijn in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden?

Aanbevelingen voor de praktijk:

1. Implementeer systematisch de gespreksleidraad en zorg voor blijvende aandacht voor de deelname van cliënten aan multidisciplinair overleg.
2. Zet de ingezette lerende beweging voort door een vervolg op de eerdere ontwikkelgroep te organiseren.
3. Ga verder met het versterken van de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling door:
 - a. de mogelijkheden voor maatwerk te onderzoeken en te versterken;
 - b. te onderzoeken welke professionals in welke fases van de gefaseerde ketenzorg nodig zijn;
 - c. te onderzoeken hoe stabiliteit en continuïteit in de hulpverlening het beste gecreëerd kunnen worden;
 - d. professionals te scholen in het multidisciplinair samenwerken.

Aanbevelingen voor onderzoek:

1. Onderzoek de impact van een integrale aanpak en daarmee gepaard gaande multidisciplinaire samenwerking op gezinnen, zowel op het proces (goede analyse en planvorming) als op de uiteindelijke effecten (veiligheid, afname van risico's, herstel).
2. Onderzoek hoe de positie van gezinnen als gelijkwaardige gesprekspartner in een multidisciplinaire aanpak verder versterkt kan worden.

Bartelink, C., Meuwissen, I., Eigenraam, K., Versteeg, C., & Kooymans, E. (2022). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: BPSW/NIP/NVO/NJi.

De Greef, M. (2019). *Adressing the alliance. The parent-professional alliance in home-based parenting support: Importance and associated factors* [PhD thesis]. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

De Lange, M., Holdorp, J., & Heek, E. (2020). *Casusonderzoek naar succesvolle integrale hulp en samenwerking*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

GGD Haaglanden. (2019). *Procesevaluatie pilot MDA++ Haaglanden: Samenvatting*. Den Haag: GGD Haaglanden.

Hopman, M., & De Jong, A. (2019). *Ik ben meer dan mijn problemen: Een integrale aanpak voor kinderen met meerdere problemen in de thuissituatie*. Den Haag: |De Kinderombudsman.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2019). *Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd: Toezicht bij de jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Inspectie Justitie en Veiligheid. (2019). *Inspectieonderzoek naar de aanpak van de stalking door Bekir E.* Den Haag: Inspectie Justitie en Veiligheid/ Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Michelbrink, F. (2015). *De kern van participatief actie-onderzoek*. Amsterdam: SWP.

Miller, S.D., Duncan, B.L., & Johnson, L.D. (2000). *The session rating scale 3.0*. Chicago, IL: Authors.

Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale*. Chicago, IL: Authors.

Ten Berge, I., Addink, A., De Baat, M., Bartelink, C., Van Rossum, J., & Vinke, A. (2012). *Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety: A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection*. New York: W. W. Norton & Company.

Van Hal, L., Gilsing, R., & Van der Hoff, M. (2019). We moeten eens om tafel: Samen aan het werk met gezinnen met meervoudige problemen. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 2019, 1-5. <https://doi.org/10.1007/s12452-019-00198-z>

Van Vliet, A., Jager, B., Van Kuik, M., Van Doorn, R., Van der Wal, S., & Van der Ploeg, Y. (2020). *“Constant nieuwe gezichten, ik crash daarvar’ : Over stabiliteit en vertrouwde gezichten in de jeugdhulp*. Utrecht: Stichting Het vergeten kind.

Verheijden, E., & De Lange, M. (2016). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Vogtländer, 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*. Den Haag: VNG/GGD GHOR Nederland.

Juli 2022

© 2022 De Haagse Hogeschool

De Haagse Hogeschool

Johanna Westerdijkplein 75

2521 EH Den Haag

www.dehaagsehogeschool.nl

www.kennisnetwerkjeugdhaaglanden.nl

Auteurs

Cora Bartelink

Anne Steenbakkers

Marije van der Hulst

Uitgever

De Haagse Hogeschool in samenwerking
met het Kennisnetwerk Jeugd Haaglanden

Foto omslag

Shutterstock

Vormgeving

Jargo design

ISBN: 9789083224381