



# Op weg

Verkenning naar een landelijk dekkende  
infrastructuur aanpak kindermishandeling,  
huiselijk en seksueel geweld



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken

Nederlands  
**Jeugd**  
instituut





**Auteurs:**

Hilde Bakker

Anna van Deth

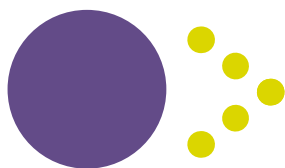
Pieter Paul Bakker

Harry van den Bosch

Bert Groen

Dit rapport is geschreven voor en m.m.v. het MDA-samenwerkingsproject met het VNG-Ondersteuningsprogramma Veilig Thuis.

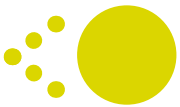
November 2015



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Wat verstaan we onder Multidisciplinaire Aanpak (MDA++)?	6
1.2	Wie heeft de MDA++ nodig?	6
1.3	Waarom een MDA++?	10
<b>2</b>	<b>Gespreksronde Veilig Thuisregio's</b>	<b>13</b>
2.1	Opzet van de gespreksronde	13
2.2	Gesprekspartners	14
2.3	Regioisies	14
<b>3</b>	<b>De bestaande MDA-initiatieven</b>	<b>16</b>
3.1	Functies en positie MDA	16
3.2	Voorbeeldcasus vanuit reguliere aanpak en vanuit MDA	18
3.3	Succesfactoren en knelpunten uit de praktijk	20
3.4	Uitkomsten van eerder uitgebrachte onderzoeken naar de voorlopers	22
3.5	Analyse voorlopers t.b.v. ontwikkeling MDA++	25
3.6	Bevindingen uit regio's met een voorloper	27
3.7	Bevindingen uit regio's zonder voorloper	28
3.7.1	Welke multidisciplinaire samenwerkingsvormen zijn genoemd?	28
3.7.2	Hoe functioneren deze samenwerkingsvormen bij de aanpak van structureel geweld?	29
3.7.3	Welke multidisciplinaire samenwerking is er na acute geweldsituaties?	31
3.7.4	Hoe functioneert de multidisciplinaire samenwerking na acuut geweld?	32
3.8	Conclusies	32
<b>4</b>	<b>Conclusies en ontwikkelpunten</b>	<b>36</b>
4.1	Waar is in de gemeenten/regio's draagvlak voor?	36
4.2	Ontwikkelingsfasen richting een MDA++	37
4.3	Ontwikkelpunten	38
4.4	Ontwikkelpunten voor regio's zonder voorloper	39
4.5	Ontwikkelpunten voor regio's met voorloper (fase 3)	42

<b>5</b>	<b>Situering van een MDA++</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>48</b>
6.1	Bijlage 1: Bevindingen uit onderzoek naar het reguliere hulpaanbod	48
6.2	Bijlage 2. Onderbouwing organisatorische kenmerken	53
6.3	Bijlage 3. Uitgangspunten Proces- en casusregie MDA++	55
6.4	Bijlage 4. Overzicht van tien Voorlopers	58
	<b>Bronnenlijst</b>	<b>78</b>





# Inleiding

Dit rapport is een verkenning naar de stand van zaken en de ambities rond de (multidisciplinaire) aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld. We beschrijven de opzet en de bevindingen uit de gespreksronde langs de Veilig Thuis-regio's die wij met het VNG-programma Doorontwikkeling Veilig Thuis hielden in de zomer van 2015.

Naast de weergave van de gesprekken met de betrokken ambtenaren en professionals, belichten we in dit verslag tien multidisciplinaire initiatieven om acute en/of structurele vormen van het geweld aan te pakken, door de VNG 'voorlopers' genoemd. We kijken daarbij zowel naar inhoudelijke als organisatorische aspecten. In de laatste hoofdstukken geven we aanknopingspunten voor het ontwikkelen en het situeren van een *MDA++*. We geven daarbij ook de belangrijkste bevindingen weer uit (evaluatie)onderzoeken over de reguliere aanpak en over de multidisciplinaire aanpakken van acuut en structureel geweld.

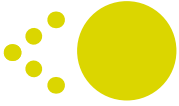
## Samenhang met VNG-notitie

Dit rapport vormt een onderlegger bij de notitie 'Op weg naar een landelijk dekkende infrastructuur voor de aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld' van het VNG-programma Doorontwikkeling Veilig Thuis. In haar notitie stelt het VNG-programma een nieuwe term voor; de *MDA++*. Deze term nemen we over in deze rapportage. Dit rapport is een vervolg op het 'Stramien Multidisciplinaire aanpak complexe problematiek, kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld' (april 2015).

Bij het schrijven van dit rapport is een aantal professionals regelmatig geraadpleegd via hun deelname aan de *Werkgroep Kwaliteitskaders*. Hierin zijn enkele initiatiefnemers van multidisciplinaire aanpakken en andere (landelijke) uitvoerende organisaties vertegenwoordigd (w.o. Politie, Justitie, De Waag). Movisie en het NJi ondersteunen deze werkgroep. Daarnaast organiseerden we een tweetal bijeenkomsten met een focusgroep van (ex-) cliënten en cliëntenvertegenwoordigers over hun ervaringen en meningen over de huidige aanpak. De uitkomsten zijn - indien relevant - verwerkt in dit rapport.

## 1.1. Wat verstaan we onder Multidisciplinaire Aanpak (MDA++)?

---



Met de MDA++ bedoelen we een intersectorale, multidisciplinaire, systeemgerichte, gecoördineerde en integrale aanpak vanuit één team. Dat betekent:

- \* *Intersectoraal*: samenwerking tussen de verschillende sectoren, dat zijn de veiligheidsketen (o.a. politie, Openbaar Ministerie en de Raad voor de Kinderbescherming), de hulpverleningsketen (o.a. Veilig Thuis, sociaal wijkteam, Jeugdhulp en GGZ) en het medische zorgcircuit (o.a. huisarts en ziekenhuis).
- \* *Multidisciplinair*: samenwerking tussen professionals met verschillende beroepen als de huisarts, psychotherapeut, politie, officier van justitie, jeugdpsychiater, gedragsdeskundige en maatschappelijk werker.
- \* *Systeemgericht*: het aanbod is gezinsgericht, het gezinssysteem als geheel wordt als cliënt gezien, zowel hulp aan de kinderen en volwassenen als aan slachtoffers, plegers en andere betrokkenen. Het doel is om het gezin te helpen om de balans en de regie te hervinden.
- \* *Gecoördineerd*: er is een casemanager of zorgcoördinator die de vaste contactpersoon is voor het cliëntsysteem.
- \* *Integraal*: de aanpak richt zich op alle voorkomende vormen van geweld in het gezin; zowel op kindermishandeling als op huiselijk en seksueel geweld. De hulp wordt onderling afgestemd en gezamenlijk aangeboden.

U kunt een inkijkje krijgen in de werkwijze van de voorlopers via de speciaal gemaakte film '[Samen Verder](#)' Initiatieven Multidisciplinaire Aanpak Huiselijk Geweld, Kindermishandeling en Seksueel Geweld. Ook te zien op de website van de [Family Justice Centers Europe](#).

## 1.2. Wie heeft de MDA++ nodig?

---

De voorlopers van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld (zie bijlagen), richt zich tot op dit moment op ongeveer 0,01 – 0,02 % van de bevolking.<sup>1</sup> Deze vormen van MDA dragen bij aan de doorontwikkeling van de deskundigheid en transformatie van de werkwijze en behandelmethoden, die nodig zijn om geweld te stoppen, de veiligheid te herstellen en te voorkomen dat geweld zich herhaalt. De slachtoffers en betrokken gezinsleden participeren vanaf het eerste (inhoudelijk) moment bij de te

<sup>1</sup> Gebaseerd op indicaties van aantallen cliënten t.o.v. de totale bevolking, in bestaande MDA's (Tilburg, Breda, Leeuwarden en Enschede). Deze indicatie is slechts zeer voorlopig, omdat alle aanpakken nog in ontwikkeling zijn en geen enkele MDA al op het bredere vlak van en HG, SG en KM werkzaam is.

bepalen aanpak (gefaseerd: onderzoek, diagnostiek, eerste behandeling, herstel, vervolgbehandeling, voorkomen van herhaling) volgens het uitgangspunt: een gezin - een plan - een regisseur.

Een MDA++ team moet duidelijke criteria opstellen voor de cases waarvoor men kan worden ingezet. Een voorbeeld van criteria opgesteld door het Interventieteam Huiselijk Geweld West-Brabant:

*“Een casus moet aan een aantal criteria voldoen als het toegewezen wordt aan het interventieteam. Deze zijn: dreigend gevaar, veelvuldig geweld (> 1 keer per maand), grote kans op voortduren en herhaling van geweld, veiligheid van betrokkenen in het geding, problematiek op meerdere leefgebieden en langdurig geen vooruitgang of oplossingen in zicht (> 1 jaar). Met betrekking tot de hulpverleningsgeschiedenis moet de eerdere hulpverlening tot onvoldoende progressie hebben geleid en/of het gezinssysteem onvoldoende de weg kunnen vinden naar of aansluiting vinden bij de reguliere hulpverlening; en/of de nog lopende hulpverlening moet meerwaarde zien in de inzet van het Interventieteam”<sup>2</sup>.*

## CASUS 1

Gezin bestaat uit moeder, stiefvader, Saar (15) en Nina (14). De biologische ouders zijn kort na de geboorte van Nina gescheiden. Beide biologische ouders zijn bekend met alcoholproblematiek. Moeder heeft een licht verstandelijke beperking. Zij komt uit een gezin waar schreeuwen en slaan tot de dagelijkse gang van zaken hoorde. Haar eigen moeder werd geslagen door haar vader en zichzelf ook.

In haar eerste huwelijk pleegde haar man ernstig geweld dat begon nadat de oudste was geboren. In haar tweede huwelijk is opnieuw sprake van huiselijk geweld, nu wederzijds tussen moeder en stiefvader, als zij veel alcohol heeft gebruikt. Stiefvader is bekend bij de politie i.v.m. geweldsdelicten, hij is eerder veroordeeld en heeft begeleiding vanuit de reclassering. Er komen personen bij het gezin over de vloer die bekend zijn bij de politie i.v.m. drugs en geweld.

De kinderen laten op school signalen zien dat het niet goed met hen gaat en Saar is al meerdere malen weggelopen van huis. Onbekend is waar Saar dan verblijft. Er zijn vermoedens dat Saar omgaat met risicjongeren. >>



2 Uit: Evaluatie 2014 van het Interventieteam Huiselijk Geweld West-Brabant.

Een zorgaanbieder die gespecialiseerd is in de Verstandelijk gehandicap-  
tensector is al langere tijd betrokken bij het gezin. Moeder wordt onder-  
steund op praktisch gebied en krijgt opvoedingsondersteuning. In het  
verleden is verslavingszorg betrokken geweest voor beide ouders. Beide  
kinderen zijn in beeld bij schoolmaatschappelijk werk.

*(via FJC Tilburg)*

## CASUS 2

Shirley is vijf jaar en woont met haar zus Rosanne van negen jaar bij  
haar ouders. Die hebben regelmatig heftige ruzie waarbij de vader zo  
boos wordt dat hij de moeder slaat of met de dood bedreigt. Zij zijn het  
vaak niet met elkaar eens over de opvoeding. De moeder is vaak depres-  
sief en de vader drinkt regelmatig te veel. Ze hebben financiële proble-  
men waardoor ze erg onder druk staan. Vijf keer eerder heeft het AMK  
onderzoek gedaan naar de situatie bij Shirley thuis. Het AMK heeft de  
ouders doorverwezen naar relatietherapie, maar vanwege de ernst van  
de problematiek (onder andere het partnergeweld) heeft de therapeut  
de ouders doorverwezen naar De Waag. Shirley en Rosanne zijn door-  
verwezen voor behandeling voor traumaverwerking, maar de thuissitua-  
tie was te instabiel om daarmee te kunnen starten. Het AMK heeft toen  
een verzoek tot onderzoek gedaan bij de Raad voor de Kinderbescher-  
ming. In april 2013 stelde de rechter de kinderen onder toezicht. Reden  
hiervoor is dat Bureau Jeugdzorg zorgen heeft over het voorbeeldge-  
drag van de ouders en het gebrek aan stabiliteit voor Shirley en Rosan-  
ne. De kans op herhaling van partnergeweld - waar de meisjes getuige  
van zijn - is groot.

(Uit: Rapport zorgtoeleiding kindermishandeling, 2013. IVO)

## CASUS 3

Jerome is vijftien jaar en bekend bij Bureau Jeugdzorg. In 2006 en in  
2011 heeft zijn moeder de hulp van Jeugdzorg ingeschakeld vanwege  
zijn onhandelbare gedrag thuis. In die tijd waren zijn ouders nog bij  
elkaar, maar ze hebben vaak hoogoplopende ruzie waarbij vader de  
moeder slaat, schopt en uitscheldt waar Jerome getuige van is. Jerome  
volgde eerder een sociale vaardigheidstraining. Er werd bij hem een  
licht verstandelijke beperking vastgesteld. Jerome's onhandelbare ge-  
drag verbetert niet ondanks de opvoedondersteuning die moeder krijgt.







Hij wordt steeds agressiever tegen haar en in mei 2013 wordt hij onder toezicht gesteld. Hij woont op dat moment bij zijn vader omdat het bij zijn moeder niet meer ging. Vanwege de nog steeds moeizame communicatie tussen vader en moeder en de verstoorde interactie tussen Jerome en zijn ouders verwijst Bureau Jeugdzorg het gezin door naar Multisysteem Therapie. Deze therapie wordt succesvol afgerond en even lijkt er rust te zijn bij Jerome en zijn vader thuis. Maar dan krijgt Jerome knallende ruzie met zijn vader. Jerome besluit om bij de ouders van zijn vriendin te gaan wonen. Als blijkt dat dit voor langere tijd is, krijgt dit gezin ondersteuning van Pleegzorg. Intussen verblijft Jerome weer regelmatig bij zijn moeder, maar de situatie escaleert opnieuw. Jerome bedreigt zijn moeder. Bureau Jeugdzorg plaatst Jerome in een LVB-voorziening voor jongeren met gedragsproblemen, zodat hij tot rust kan komen. Jerome vindt het hier niet prettig en zijn vader haalt hem daarom weer bij hem in huis, tegen het advies van Bureau Jeugdzorg in.

(Uit: Rapport zorgtoeleiding kindermishandeling, 2013. IV)

## CASUS 4

Leroy en Sarissa. Ieren elkaar kennen op een feestje. Leroy is verslaafd aan drugs en Larissa is twee keer getrouwd geweest. Door haar eerste man werd Sarissa mishandeld; het was een gewelddadige relatie. Ze heeft drie kinderen uit twee verschillende relaties. Beide partners zijn vaak jaloers en dat is ook de oorzaak van veel ruzies. Sarissa vindt dat Leroy te veel naar andere vrouwen kijkt. Hij moet keuzes maken: of stoppen met het kijken naar andere vrouwen of Sarissa maakt een einde aan de relatie. Op een gegeven moment dreigt Leroy Sarissa te vermoorden. Sarissa daagt hem uit om daad bij woord te voegen. Hij bindt een kabel om haar hals en verstikt haar. De jongste dochter (15) woont nog thuis en heeft haar moeder gevonden. Ze raakt in paniek en vlucht naar de burens, van waaruit de politie wordt gealarmeerd. De jongste dochter is vaker getuige geweest van huiselijk geweld tussen Leroy en Sarissa.

(Uit: Rapport Tot de dood ons scheidt, 2010).

### 1.3. Waarom een MDA++?

---

Een van de belangrijkste doelen van de MDA++ is het doorbreken van de intergenerationele overdracht van geweld, zoals we dat bij Jerome zien in de derde casus en wat mogelijk ook bij Saar uit de eerste casus een risico is. Ondanks alle inspanningen komt geweld nog net zoveel voor als eind jaren negentig (Van der Veen en Bogaerts, 2010; Van Dijk et al, 1997; 2011), en niet alleen in heteroseksuele relaties<sup>3</sup>.

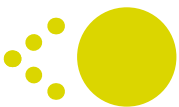
#### Intergenerationele overdracht

Intergenerationele overdracht van huiselijk geweld is het verschijnsel dat mensen die als kind huiselijk geweld hebben meegemaakt, in hun latere leven vaker huiselijk geweld meemaken dan mensen die geen huiselijk geweld meemaakten. Gelles (1982) stelde dat geweld tussen mensen voorkomt omdat mensen gewelddadig kunnen zijn, maar daarnaast dat we gewelddadig gedrag kunnen aanleren en ook leren legitimeren. Dit leerproces speelt zich deels af binnen gezinnen waarin mensen opgroeien.

We kunnen uit onderzoek het volgende destilleren:

- \* Een geschiedenis van mishandeling, zowel als slachtoffer en als dader, is een belangrijke voorspeller voor het (opnieuw) dader of slachtoffer worden van mishandeling.
- \* Wanneer iemand psychisch en/of seksueel geweld pleegt jegens de partner, is de kans aanzienlijk dat hij of zij ook fysiek geweld pleegt.
- \* Getuige zijn van geweld tussen je ouders blijkt op de langere termijn meer door te werken dan het zelf mishandeld zijn. Op 31-jarige leeftijd lopen mensen - die in het verleden getuige waren van geweld - meer risico om enige vorm van geweld te ondergaan en te plegen in hun partnerrelatie. Ook blijken zij vaker hun partner een verwonding toe te brengen of verwond te worden door hun partner.
- \* De grootste relatieve risico's op geweld tijdens de volwassenheid lopen vrouwen die in hun jeugd getuige zijn geweest van lichamelijk geweld, gevolgd door de groep vrouwen die lichamelijk geweld hebben ondergaan.
- \* Adolescenten die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders of zelf mishandeld zijn, lopen 1,2 – 2 keer zo grote kans op het plegen of ondergaan van verkeringsgeweld dan adolescenten die dit niet meemaakten.
- \* Drie van de vier daders van seksueel misbruik van kinderen is een bekende van het slachtoffer (bij hands-on delicten zelfs 87%), ruim een op de vijf is een familielid. Slachtofferschap lijkt vaak te leiden naar slachtofferschap en/of daderschap op latere leeftijd.

<sup>3</sup> Volgens Alexander (2002) ligt de prevalentie van geweld in homoseksuele en lesbische relaties tussen de 25 en 50%, wat vergelijkbaar is met geweld in heteroseksuele relaties.





## Huidig hulpaanbod niet toereikend

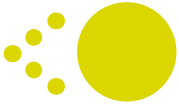
Recente onderzoeken door het Verweij-Jonker instituut (2013) en het Trimbos-instituut (2014) (zie Bijlage 1) tonen aan dat het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid in gezinnen waarin ernstige en complexe geweldsproblematiek voorkomt, nog niet hebben geleid tot de gewenste resultaten (o.a. afname incidenten met dodelijke afloop, afname recidive en een effectieve integrale systeemgerichte gezinsbenadering).

Bij de meeste acute (eenmalige) geweldszaken kunnen Veilig Thuis en/of een sociaal wijkteam voldoende ondersteuning bieden om de veiligheid te herstellen en verdere escalatie te voorkomen. Is er echter sprake van ernstig geweld waar bijvoorbeeld medische en psychologische zorg nodig is en forensisch onderzoek gewenst, moeten deze organisaties kunnen terugvallen op specialisten. Dat geldt ook bij ernstige, complexe en structurele geweldszaken met een hoog risico op herhaling en/of escalatie. Veilig Thuis en de sociale wijkteams kunnen niet voorzien in de gewenste duurzame veiligheid voor deze gezinnen. Daarvoor is aanvullende inzet, expertise en een specialistische aanpak nodig.

De huidige samenwerking tussen de zorg- en veiligheidsketen laten in zaken met ernstig, acuut geweld en/of complex en structureel geweld nog teveel knelpunten zien, bijvoorbeeld:

- \* **Ketensamenwerking en 'overall' regie is onduidelijk** - Iedereen is verantwoordelijk voor zijn eigen onderdeel binnen de keten en daardoor is er onvoldoende zicht op alle betrokken gezinsleden en de geweldsdynamiek binnen het gezin. Niemand binnen de keten voelt zich verantwoordelijk voor het geheel of heeft voldoende zicht op achterliggende en vaak aanwezige zeer complexe problematiek.
- \* **De samenwerking werkt vertragend** - de verschillende interventies worden wel gecoördineerd, maar er wordt teveel na of naast elkaar gewerkt waarbij iedere organisatie zijn eigen werkproces heeft. De focus van de verschillende organisaties ligt nog teveel op de individuele cliënt. Ieders inhoudelijke verantwoordelijkheid maakt vaak geen deel uit van het bredere ondersteuningsplan naar veiligheid en herstel voor het hele gezinssysteem.
- \* **Onvoldoende afstemming tussen de civielrechtelijke en strafrechtelijke aanpak** - Deze functioneren vaak nog als twee afzonderlijke systemen, waardoor maatregelen niet of nauwelijks op elkaar worden afgestemd.

Slachtoffers van seksueel geweld zijn vaak zwaar getraumatiseerd en moeten in eerste instantie vaak zelf hun weg vinden naar de diverse instellingen en organisaties. Slachtoffers van acuut ernstige kindermishandeling of van ernstig huiselijk geweld komen vaak terecht bij Veilig Thuis, politie of Spoed Eisende Hulp (SEH). Voor alle groepen geldt dat het regelmatig



voorkomt dat zij hun verhaal keer op keer moeten herhalen. Slachtoffers ervaren dit als een enorme barrière en dat is één van de voornaamste redenen waarom zij al in een vroegtijdig stadium afhaken. Ook duurt het soms te lang voordat ze de hulp krijgen die ze nodig hebben. Een MDA++ Acuu, gericht op de belangen van het slachtoffer en rekening houdend met de dynamiek van ernstig (seksueel) geweld, kan deze barrières voorkomen. Slachtoffers van herhaald ernstige kindermishandeling of huiselijk geweld hebben vaak gedurende langere tijd veel verschillende hulpverleners over de vloer. Hoewel deze hulpverleners vaak wel met elkaar overleggen, werken ze niet vanuit een gezamenlijk plan en volgens dezelfde uitgangspunten. Iedereen werkt aan een deel van het probleem en voor een of meerdere gezinsleden, maar niemand kijkt naar het geheel. De onveiligheid duurt voort, het geweld stopt niet blijvend. In een MDA++ Structureel maken professionals (zorg en justitie) - met het gezin - een gezamenlijke diagnose, risicotaxatie, veiligheidsplan en behandelplan. Zij stemmen hun werkwijze en hulpaanbod op elkaar af en bieden dit in samenhang met elkaar aan, gericht op het hele gezinssysteem.

### Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we het verloop van de gespreksronde langs de Veilig Thuis-regio's weer, waarvan onze bevindingen en conclusies in hoofdstuk 4 staan. In hoofdstuk 3 beschrijven we eerst de voorlopers, o.a. hun functies en positie, hun succesfactoren en knelpunten. We belichten ook de uitkomsten van (evaluatie)onderzoeken naar voorlopers en geven tot slot een analyse. Hoofdstuk 5 bevat onze conclusies over het gemeentelijk draagvlak voor MDA++ en over de ontwikkelingsfasen van MDA. Daarnaast geven we inhoudelijke en procesmatige inzichten voor de ontwikkeling van een MDA++ voor de Veilig Thuisregio's, gebaseerd op de ervaringen van de tien voorlopers en literatuuronderzoek. Hoofdstuk 6 bevat enkele inzichten over de organisatorische inbedding van een MDA++. In Bijlage 1 en 2 staan de bevindingen uit (evaluatie)onderzoeken naar de reguliere hulpverlening en voorlopers, literatuur over organisatorische vormgeving. In Bijlage 3 wordt ingegaan op proces- en casusregie en in Bijlage 4 leest u de beschrijving van elk van de tien voorlopers. Tot slot is de bronnenlijst vermeld.

Movisie/NJi, november 2015



# Gespreksronde Veilig Thuis regio's

In de zomer van 2015 hield het VNG-Ondersteuningsprogramma Veilig Thuis met, afwisselend, NJi en Movisie, een gespreksronde langs de 26 Veilig Thuis-regio's. We wilden hiermee de ervaringen met multidisciplinair werken verkennen en de stand van zaken opmaken rond de aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld in de regio's. Zowel vanuit het gemeentelijke perspectief als vanuit de betrokken professionals. Zo wilden we de mogelijkheden in kaart brengen om 'van onderop' een MDA acuut seksueel en ernstig fysiek geweld en een MDA structureel geweld te organiseren. Dit vanwege het verzoek van het VNG-wethoudersoverleg van 17 april 2015, om bij het inrichten van een 'landelijk dekkende infrastructuur' voor deze MDA, rekening te houden met de specifiek situatie in de regio's.

In regio's waar enthousiaste en gedreven professionals een MDA ontwikkelden, hebben we apart contact gezocht met de contactpersonen/initiatiefnemers. De werkzame factoren en inzichten uit die ontwikkelprocessen betrekken we op de stand van zaken van de andere regio's. Dat geeft ons handvatten om te kunnen bepalen hoever regio's zijn in het toewerken naar de landelijke dekkende infrastructuur. We maken bewust een onderscheid tussen regio's met MDA-initiatief en regio's zonder MDA-initiatief, omdat zij verschillen in de te zetten stappen naar een MDA++ variant. We beschrijven ook de uitkomsten van enkele onderzoeken naar het functioneren van een MDA. We zoomen eerst in hoofdstuk 3 in op de antwoorden die de voorlopers bieden, alvorens in hoofdstuk 4 de bevindingen uit de regiogesprekken te beschrijven.



## 2.1. Opzet van de gespreksronde

---

Met de gespreksronde langs 26 Veilig Thuis regio's wilden we zicht krijgen op de huidige multidisciplinaire samenwerking in brede zin. We bezochten 25 regio's, Veilig Thuis Utrecht stuurde schriftelijke informatie. Deze vragen stonden centraal:

1. Welke vormen van multidisciplinaire vormen (ook acuut) in de regio bestaan er, wie zijn er bij betrokken, wie geeft daartoe het startsein?
2. Hoe functioneren de verschillende multidisciplinaire vormen nu, zowel inhoudelijk als qua aansturing, indien aanwezig de rol en bevoegdheden van de casusregisseur?

3. Hoe verloopt de toegang tot een multidisciplinaire samenwerking?
4. Hoe ziet de regionale samenwerking er uit?
5. Hoe wordt een multidisciplinaire aanpak gefinancierd?

De gesprekken hadden een open insteek, de mate waarin elk van deze gesprekspunten aan de orde kwam was afhankelijk van de samenstelling van het gezelschap.

## 2.2. Gesprekspartners

---

De gesprekspartners werden uitgenodigd door de centrumgemeente Vrouwenopvang. Bij de gesprekken waren altijd ambtenaren van de gemeenten in de regio, Veilig Thuis en één of meer uitvoeringsorganisaties aanwezig. Dit waren bijvoorbeeld:

- \* Managers of professionals van de vrouwenopvang, maatschappelijk werk, de voorlopers, politie, Veiligheidshuis, GGZ.
- \* Vertrouwensarts, ketenregisseur seksueel geweld, casemanager Centrum Seksueel Geweld (CSG), coördinator seksueel geweld vanuit het ziekenhuis en Slachtofferhulp.

We hebben slechts een selectieve groep professionals kunnen spreken. Bij sommige gesprekken was zelfs geen uitvoeringsorganisatie of Veilig Thuis aanwezig en werd alleen met ambtenaren gesproken.

Wat opviel was dat er in de meeste regio's geen ambtenaar met de portefeuille Veiligheid of procesregisseur van het Veiligheidshuis aanwezig was. Daardoor komt het perspectief vanuit het veiligheidsdomein minder in de bevindingen naar voren.

Daarnaast is dit rapport en de VNG-notitie besproken in de werkgroep kwaliteitskaders<sup>4</sup> en focusgroep van cliënten(vertegenwoordigers).

4 De werkgroep kwaliteitskaders is een initiatief van een aantal professionals die MDA's hebben ontwikkeld en landelijke partners zoals het OM, politie en RvdK.

## 2.3. Regiovisies

---

We hebben soms vooraf en soms achteraf de Regiovisies Kindermishandeling en Huiselijk Geweld doorgenomen. Een aantal Regiovisies beschrijven een visie op de aanpak complexe meldingen en code rood, de rol van het Veiligheidshuis en de casus- en Procesregie, andere besteden geen specifieke aandacht hieraan. In de regio's waar een multidisciplinair initiatief aanwezig is, zoals een Family Justice Center (FJC) of een intersectorale aanpak kindermishandeling, staat dit expliciet vermeldt. De focus van de meeste Regiovisies ligt op de aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld, niet of minder op seksueel geweld. Vooral de inrichting van de lokale structuur, en specifiek op de rol van de toen nog te vormen AMHK's, staat centraal. Slechts enkele gemeenten hebben aantallen cases genoemd.



## De bestaande MDA-initiatieven

Er zijn in Nederland de afgelopen jaren tien specifieke vormen van MDA ingericht voor ofwel de aanpak van acuut ernstig seksueel geweld, en/of van ernstig structureel geweld in gezinnen/huishoudens. Deze tien staan in bijlage 3 kort beschreven. Het gaat om: MDC-K's Friesland en Kennemerland, FJC's Tilburg en Venlo, Organisatienetwerk kindermishandeling Gelderland, Code Rood Twente, Interventieteam Huiselijk Geweld West-Brabant, de Veilig Verder Teams Den Haag en Centrum Seksueel Geweld (CSG) in Utrecht en Centrum Seksueel en Familiaal Geweld in Nijmegen. We geven een overzicht van de door deze organisaties zelf genoemde succesfactoren en belemmerende factoren. Een aantal vormen is ook wetenschappelijk onderzocht: het Verwey-Jonker Instituut en Regioplan onderzochten de meerwaarde van de CSG's en Van de Bunt adviseurs (2014) onderzocht de MDC-K's, de Veilig Verder-teams Den Haag en Organisatienetwerk kindermishandeling Gelderland. Hun bevindingen zijn kort weergegeven in hoofdstuk 3.5.

We beginnen met een korte schets van de functies en de positie van het MDA in het geheel van voorzieningen, en met een casusbeschrijving om de verschillen te laten zien tussen de reguliere en een MDA aanpak.

### 3.1. Functies en positie MDA

---

Het rapport van Van de Bunt adviseurs (2014) beschrijft twee hoofdfuncties van een MDA:

1. Een multidisciplinaire aanpak brengt bestaande, specialistische expertise samen ten behoeve van de aanpak van de meest complexe casussen en is daarmee een *aanvulling* op het bestaande aanbod.
2. Vanuit een multidisciplinaire aanpak wordt een integrale, gezamenlijke werkwijze ontwikkeld ten behoeve van het verbeteren dan wel het vervangen van het bestaande aanbod.  
Wij voegen daar een derde aan toe:
3. Een multidisciplinaire aanpak brengt bestaande, specialistische expertise samen ten behoeve van de *aanpak van acuut seksueel en andere ernstige geweldscasussen* en is daarmee een *aanvulling* op het bestaande aanbod.



Het gaat om een andere aanpak, waarmee we een nieuwe methode of werkwijze bedoelen voor een specifieke doelgroep. Aanpak en (gespecialiseerd) zorgaanbod zijn aan elkaar gerelateerd, maar te onderscheiden onderdelen. Op basis van wat er is: een integrale, systeemgerichte, multidisciplinaire en multisectorale aanpak, wordt de aanpak uitgewerkt en beproefd. Na verloop van tijd kan deze tot het reguliere aanbod gaan behoren (van de Bunt adviseurs, 2014: 5).

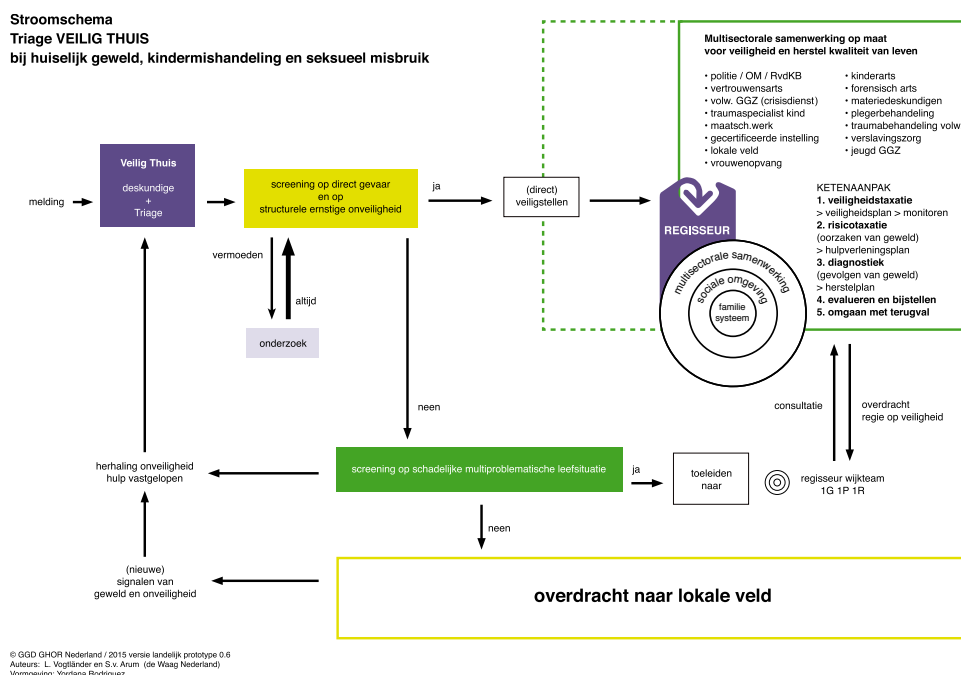
Van de Bunt adviseurs doen een belangrijke uitspraak over de meerwaarde van de MDA Kindermishandeling, namelijk: *'Het realiseren van een multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling betekent primair een doorbraak in procesmatig opzicht. Er wordt door de initiatieven ingezet op het optimaliseren van de samenwerking tussen professionals, de organisaties en sectoren waaruit deze afkomstig zijn. Effect hiervan is dat er van output-gerichtheid overgegaan wordt naar outcome gericht werken. Niet alleen binnen de hulp-verlening, maar ook met de medische sector en de justitiële taakorganisaties.'* (van de Bunt adviseurs, 2014: 6).

De MDC-K's zijn oorspronkelijk ingericht vanuit de aanpak kindermishandeling en FJC's oorspronkelijk vanuit huiselijk geweld-aanpak. Beide bewegen steeds meer in de richting van een geïntegreerde aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Positie MDA Structureel Onveilig in stroomschema Triage Instrument

In onderstaand Stroomschema Triage Instrument Veilig Thuis is 'Multisectorale samenwerking op maat' een onderdeel. Hiermee bedoelt men hetzelfde als wat wij 'Multidisciplinaire Aanpak Structureel Onveilig' noemen. Het blokje 'Multisectorale samenwerking' geeft een opsomming van de samenwerkingspartners, die ook in een MDA++ aan het werk zijn. In hetzelfde blokje de korte weergave van de ketenaanpak<sup>5</sup> in vijf stappen (Vöglander & van Arum, 2015).

5 De Aanpak Structureel Onveilig is geen keten, maar een netwerkverband. De vijf stappen zijn beschreven als keten omdat de werkwijze lineair dient te verlopen. Dat zegt dus niets over de organisatievorm.



De vijf stappen uit het Stroomschema: 1. Veiligheidstaxatie 2. Risicotaxatie 3. Diagnostiek 4. Evalueren en bijstellen en 5. Omgaan met terugval, komen grotendeels overeen met de werkwijze van de MDA's Kindermishandeling, zoals onderzocht door Van de Bunt adviseurs. We moeten echter constateren dat niet alle MDA+-initiatieven al volgens deze vijf stappen werken. MDA-initiatieven kunnen het Stroomschema gebruiken als een toets in hoeverre zij deze ketenaanpak toepassen.

### 3.2. Voorbeeldcasus vanuit reguliere aanpak en vanuit MDA

We schetsen een casus waarin de reguliere aanpak wordt toegepast, daarna de consequenties van deze aanpak voor het gezin en vervolgens hoe vanuit MDA deze casus zou zijn opgepakt.

#### VADER, MOEDER, TWEE KINDEREN; J (19 JAAR) EN M (15 JAAR; JONGEN)

HBO-geschoolde ouders hebben een jarenlange geschiedenis van partnergeweld. Hun twee kinderen zijn getuige van partnergeweld.

- \* Vader: meerdere huisverboden, afgesloten pleger behandeling de Waag
- \* Moeder: kort blijf van mijn lijfverblijf
- \* M staat onder toezicht van Bureau Jeugdzorg en krijgt begeleiding van een jeugdinstantie. M is tijdelijk bij een pleeggezin geweest maar is teruggekeerd.

Casusregisseur BJZ is contactpersoon voor het gezin. Er is een plan van aanpak vanuit Signs of Safety waarvan een van de veiligheidsvoorwaarden is dat vader niet thuis mag verblijven. M (15) mag dan thuis blijven wonen. M (15) staat onder toezicht omdat er kans is op escalatie tussen vader en M. Een netwerkbetrokkene hoort van moeder dat vader zich niet aan het veiligheidsplan houdt; hij slaapt thuis op de bank. M slaapt regelmatig bij moeder in bed uit bescherming. De casusregisseur weet dit niet. Moeder komt tweewekelijks op gesprek bij de casusregisseur en vader mailt vaak af. De moeder en M (15) vertellen de casusregisseur dat het goed gaat thuis. Moeder is ondanks het veiligheidsplan twee keer bij de SEH gekomen met letsel. Na wat vragen van de bewaking ('ik ben gevallen') mocht ze weer naar huis. De netwerkbetrokkene meldt niet bij de casusregisseur dat er nog steeds ernstig geweld plaatsvindt, omdat zij bang is de vertrouwensrelatie op het spel te zetten. M en moeder willen niet dat Bureau jeugdzorg erachter komt dat het niet goed gaat thuis. Netwerkbetrokkene overweegt nu anoniem Veilig Thuis te bellen.

### Reflectie op de aanpak

In deze casus duurt het geheim voort, regeert angst en houdt het geweld iedere betrokkene in zijn greep. De eigen verantwoordelijkheid en 'plan van het gezin zelf' om te zorgen voor veiligheid geeft gezinsleden alleen maar meer ruimte voor ontkenning en angst voor verlies (van de kinderen). In theorie lijkt de aanpak systeemgericht, de praktijk wijst uit dat dit niet zo is. Niemand heeft grip op de vader van het gezin. Met eigen krachtbenadering is het mogelijk dat de pleger uit beeld blijft voor de hulpverlening terwijl hij zijn zeer bepalende onveilige rol inneemt.

De casusregisseur staat er alleen voor; de preventieve en repressieve maatregelen hebben onvoldoende effect. Bovendien: de hulpverlening aan M (15) is allang gestart, terwijl het thuis niet veilig is. Dat is de ineffectieve volgorde. M kan alsnog uit huis geplaatst worden, maar voor de ouders en het oudste kind lost dit niets op, want het geweld kan doorgaan. De aanpak is dus niet integraal, m.a.w. alleen gericht op veiligheid van 1 kind in het gezin. De vraag die nu opdoemt: er is 1 gezin, 1 veiligheidsplan, 1 regisseur en dan? Wat komt daarna? Misschien een Veiligheidshuis, hoewel die casus overleggen verder afstaan van het gezin zelf.

### Hoe werkt een MDA in deze casus?

Deze casus leent zich voor een MDA, omdat er gezinsgerichte coördinatie nodig is en een multidisciplinaire, intersectorale probleemanalyse van het hele gezinssysteem. Bij een MDA stelt het samenwerkingsverband (de back-office) een team samen rondom het gezin om de zorg en maatregelen te herorganiseren. Het team zal gemandateerd moeten worden om de passende zorg direct in te zetten, voor de kinderen en de volwassenen. Het team

wordt samengesteld uit professionals uit het MDA+ kernteam en eventueel aangevuld met professionals uit de tweede schil, bijv. een wijkteamlid.

MDA+ werkt vanuit de principes één gezin, één team, één plan en één regisseur. Het team is verantwoordelijk voor de monitoring van de verschillende (behandel-)routes van de betrokkenen. De Casusregie kan in deze casus uitgevoerd worden door Bureau Jeugdzorg, maar die is dan niet alleen verantwoordelijk voor de kinderen, maar coördineert alle hulp voor alle gezinsleden. Alle gezinsleden worden betrokken en zijn aanwezig bij alle overleg over veiligheid en plan van aanpak. MDA is een vorm van hulp (inclusief regie), met de focus op handeling- en behandeling.

Hieronder brengen we de succesfactoren en procesmatige kenmerken voor meer outcome gericht werken van de tien voorlopers in kaart.

### 3.3. Succesfactoren en knelpunten uit de praktijk

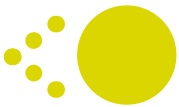
---

Wij destilleerden de onderstaande succesfactoren die veel van de tien voorlopers zelf noemden als voorwaarden voor het welslagen. Daarnaast namen wij de randvoorwaarden voor specialistische zorg over uit het Manifest<sup>6</sup>, dat een aantal voorlopers zelf formuleerde.

#### Het inrichten en organiseren van MDA:

1. Nadrukkelijke bestuurlijke keuze en borging van bestuurlijke betrokkenheid van gemeente en organisaties.
2. In de opstartfase een brede bestuurlijke stuurgroep om samenwerkingsvraagstukken op te lossen of nieuwe partners te betrekken.
3. Een enthousiaste, activistische initiatiefnemer die als kwartiermaker de juiste partijen weet te verbinden en opgevolgd wordt door een structurele projectleider (al dan niet dezelfde persoon).
4. Vorming van een team, met specialisten uit verschillende instellingen en disciplines. De deelnemende organisaties vormen een netwerk, waar zij zich verbinden aan de Procesregie van dit team. In het collectief primair proces is iedere partner in meer of mindere mate betrokken bij het opstellen van een veiligheidsplan en levert vervolgens de afgesproken collectieve of individuele inspanning om het plan te realiseren,
5. De specifieke samenstelling van een kernteam, eerste en tweede schil, is afhankelijk van de regionale doelbepaling. Partners in het kernteam MDA Structureel zijn: VT, VH, GI, politie, OM, GGZ, GGD (o.m. ook wegens OGGZ). In de eerste schil zit flexibel inzetbare, casus-specifieke expertise, als forensisch arts, hulpverlening volwassenen en jeugd (JZ partner), vrou-

6 Manifest Veilig Thuis Multidisciplinaire Aanpak/Centra; 2014





wenopvang, verslavingszorg, Raad voor de Kinderbescherming, trauma hulpverlening voor volwassenen en kinderen, plegerhulp, w.o. forensische psychiatrie. In de tweede schil: sociaal wijkteam en gemeentelijke diensten (huisvesting, sociale dienst, schuldhulpverlening, etc.).

6. Zowel psychologische als medische zorg zijn geborgd en forensische expertise is (vrijwel) direct beschikbaar na acuut geweld op één locatie.
7. In de regio zijn er 1 of meerdere locaties waar psychologisch, forensisch en medisch onderzoek en zorg volgens de geldende protocollen, in gezamenlijkheid aangeboden wordt. Als er geen specifieke locatie is waar de benodigde specialisten bij elkaar zitten, is geregeld dat de benodigde specialisten op zeer korte termijn beschikbaar zijn om aan te sluiten bij een gezamenlijk onderzoek/diagnostiek.
8. De aanstelling van een casusregisseur die met de betrokkenen verantwoordelijk is voor 1 plan, met een samenhangend aanbod voor alle betrokkenen – en de casus langere termijn onderhoudt/ondersteunt/volgt.

#### Uitvoering:

9. Het team heeft vaste professionals die elkaar kennen, snel kunnen inspringen en goed met elkaar samenwerken.
10. Er is flink geïnvesteerd in een door alle netwerkpartners gedeelde visie op KM, HG en/of SG, gebaseerd op de notie dat er eerst aan de veiligheid gewerkt moet worden.
11. De kernspecialisten van het MDA team komen met name in de eerste ontwikkelingsfase(n) regelmatig bijeen om de gezamenlijke afspraken/samenwerking te ontwikkelen en te bestendigen.
12. Gestructureerd en methodisch casusoverleg.
13. 24/7 bereikbaarheid bij acuut seksueel geweld en bij acuut ernstig fysiek geweld.
14. Een gezamenlijke risicotaxatie en diagnostisch onderzoek, opgesteld in samenwerking met en aanwezigheid van het gezin (voor zover haalbaar en verantwoord).
15. Een casemanager als vast contactpersoon voor de cliënt of het gezin die ervoor zorgt dat de hulp in samenhang met elkaar wordt aangeboden.
16. De procesregisseur wordt idealiter gemandateerd om direct, zonder aparte besluitvorming uit een lokaal team en zonder wachtlijsten, passende hulp in te zetten.
17. Een voor slachtoffers als zodanig herkenbare en toegankelijke opvanglocatie, passend bij de aard van het geweld (vanuit cliëntperspectief), waar de in samenhang aangeboden hulp optimaal aansluit bij wat de cliënten nodig hebben.

18. In elke regio is minimaal aanwezig:
- sluitende en veilige opvang voor slachtoffers en hun kinderen;
  - een aanbod "Let op de Kleintjes" of ander psychosociaal aanbod voor kinderen;
  - een forensisch behandelaanbod voor plegers.

#### Afstemming met lokaal veld

19. Nauwe samenwerking tussen de frontlijn (sociale wijkteams) en het specialistenteam vanuit casusgerichte betrokkenheid.

#### Knelpunten uit de praktijk

De huidige praktijk binnen de tien voorlopers kent uiteraard ook een aantal knelpunten die de samenwerking bemoeilijken. Dit zijn:

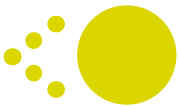
- \* Casuïstiekbespreking (als er nog geen dossier/cliënt-relatie is) door medische, psychiatrische of psychologische specialisten wordt niet gefinancierd vanuit DBC. Ook outreachende hulp, professionele consultatie en de 'watchful waiting' vallen niet onder DBC en worden dus niet vergoed;
- \* De voorlopers zijn voornamelijk gestart met pilot en/of fonds financiering. Het ontbrekende perspectief op structurele financiering voor MDA vormt een risico op duurzame inbedding;
- \* Er zijn juridische en technische problemen rond het delen van informatie over gezinnen;
- \* Privacy-argumenten bemoeilijken soms de samenwerking met de GGZ/Forensische Psychiatrie en ziekenhuizen;
- \* Het lokale veld heeft vaak onvoldoende kennis van geweldsproblematiek en te weinig onderscheidend vermogen, ook om op tijd specialistische kennis erbij te halen of door te verwijzen.

### 3.4. Uitkomsten van eerder uitgebrachte onderzoeken naar de voorlopers

Een aantal van de voorlopers is door onderzoekers onder de loep genomen: Van de Bunt adviseurs onderzocht een aantal voorlopers voor de aanpak van kindermishandeling, het Verwey-Jonker Instituut en Regioplan onderzochten de meerwaarde van de Centra Seksueel Geweld. Hieronder hun belangrijkste conclusies.

#### Onderzoek naar MDA Kindermishandeling

Van de Bunt adviseurs nam een aantal voorlopers kindermishandeling onder de loep. In onderstaand kader staan de hoofdconclusies uit dat rapport.



## CONCLUSIES ONDERZOEK NAAR DE MDA KINDERMISHANDELING DOOR VAN DE BUNT ADVISEURS:

Belangrijk onderscheid ten opzichte van de 'klassieke' aanpak kindermishandeling en een overeenkomstige kern van de verschillende regionale initiatieven, bestaat uit de multisectorale en multidisciplinaire diagnose bij de start van de behandeling van een casus. De term 'multidisciplinaire aanpak kindermishandeling' is daarmee feitelijk te beperkt. De aanpakken kenmerken zich door:

1. Vroegtijdige inzet van brede expertise vanuit zowel de hulpverlening, de medische sector, de justitiële taakorganisaties als vanuit het gezin zelf, dient om tot een vollediger beeld van de situatie van het kind en het gezin te komen.
2. Een integraal (behandel)plan dat opgesteld wordt op basis van de multisectorale, multidisciplinaire analyse. Het met mandaat gezamenlijk een diagnose en (behandel)plan opstellen, voorkomt dat behandeling en vanuit verschillende sectoren of disciplines, of van verschillende gezinsleden, elkaar doorkruisen of een storende overlap kennen.
3. Het op gespannen voet staan van het opbouwen van een strafzaak enerzijds en het bieden van hulpverlening anderzijds. De structurele afstemming en samenwerking geven de verschillende betrokken sectoren en disciplines zicht op elkaars werkwijzen en biedt zo de basis voor een optimaler, integrale werkwijze bij (vermoedens van) kindermishandeling.
4. De gemeenschappelijke kenmerken van de initiatieven zijn:
  - dat het opgestelde (behandel)plan leidend blijft voor het verdere integrale traject dat een kind en het gezin doorloopt.
  - dat het plan op basis van de ontwikkelingen die zich binnen het gezinssysteem voordoen, wordt aangepast.
  - dat er uit de kring van betrokken organisaties een casemanager of regievoerder is die het aanspreekpunt is voor betrokken professionals, het kind en het gezin
  - dat de casussen langdurig worden gemonitord.

Als de ingezette aanpak niet het beoogde effect heeft, komt een casus opnieuw ter tafel in het multisectorale, multidisciplinaire overleg. Het (behandel)plan wordt vervolgens in afstemming bijgesteld of uitgebreid. De initiatieven geven zo structureel invulling aan het uitgangspunt één gezin, één plan (van de Bunt adviseurs, 2014: 2, 3).

### Onderzoek naar de meerwaarde van de CSG's

Het Verwey-Jonker Instituut en Regioplan onderzochten de meerwaarde van de CSG's. De meerwaarde van de bundeling van CSG functies (forensisch, medisch en psychosociale expertise) blijkt vooral uit het feit dat de slachtoffers worden opgevangen door een gespecialiseerde

professional, die hen ondersteunt, informeert en begeleidt tijdens verblijf. De meerwaarde zit ook in de nazorg; die professional werkt outreachend en stemt hulp elkaar af (Verwey-Jonker Instituut en Regioplan, 2013).

Functies	Slachtoffers	Samenwerkende partijen
Medische zorg	Adequate zorg op juiste moment: tegengaan van soa, besmetting, ongewenste zwangerschap	Meer richten op eigen kernfunctie, slachtoffer sneller en beter behandelen
Psychosociale hulpverlening	Laagdrempelige eerste opvang na incident: ondersteunen en informeren over procedures en onderzoeken. Nazorg: outreachend; slachtoffer hoeft niet zelf juiste hulp te zoeken	Slachtoffers eerder behandelen, screenen, voorkomen PTSS en toeleiden naar hulp
Forensisch onderzoek	Geen sporen verloren laten gaan door bijvoorbeeld niet te douchen, gebruik toilet, kleding weggooien	Sporen veiligstellen, zo min mogelijk sporencontaminatie: kans op aanhouding vergroten
Advies	Slachtoffer, familie en vrienden kunnen CSG consulteren i.v.m. vragen, informatie	Kennis inwinnen bij expertisecentrum vergroot signalering en juiste doorverwijzing naar CSG
Gecombineerd aanbod	Beter afgestemd: zo min mogelijk belasting, beperkt aantal onderzoeken en beperkt aantal keer het verhaal vertellen	Leren van elkaars expertise en disciplines inzetten waar nodig. Voorkomen dat opsporingsbelang en zorgbelang worden geschaad

De meerwaarde van de bundeling CSG-functies (Verwey-Jonker Instituut en Regioplan, 2013: 52)

Het doel van de bundeling van de CSG-functies is tweeledig: een betere ondersteuning van slachtoffers (waardoor zij ook beter in staat zijn de afweging te kunnen maken om wel of geen aangifte te doen) en het beter faciliteren van opsporingsonderzoek. Wat betreft het perspectief op landelijke dekking concluderen de onderzoekers dat: '... beide doelen verenigbaar zijn in het belang van het slachtoffer, maar de afstemming nauw luistert. Daarom is het van groot belang dat er, zeker in geval de opvang en hulpverlening aan slachtoffers niet centraal maar





regionaal wordt georganiseerd, gewerkt wordt aan en met landelijke kwaliteitsprotocollen die het slachtoffer, waar hij of zij zich ook bevindt, garandeert dat altijd en overal gewerkt wordt met dezelfde hoge kwaliteit' (Verwey-Jonker Instituut en Regioplan, 2013).

### 3.5 Analyse voorlopers t.b.v. ontwikkeling MDA++

---



De beschrijvingen van de voorlopers en de uitkomsten van de aangehaalde onderzoeken bieden ons antwoorden op de huidige knelpunten in de aanpak van complexe geweldsituaties. Wij verwoorden dat hieronder in een aantal bevindingen, welke het kader kunnen vormen voor de start en ontwikkeling van MDA++ in de regio's:

#### 1. MDA biedt een oplossing voor knelpunten

Uit de eerste evaluaties en onderzoeken naar de voorlopers blijken betere en meer duurzame resultaten van de aanpak en meer tevreden cliënten. De spiegel voor gemeenten is dat de knelpunten die de onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut en Trimbos-instituut beschrijven (bijlage 1), ook bij hen spelen en niet worden opgelost binnen de huidige zorgstructuren. Invoering van voorlopers biedt gemeenten oplossingen voor veel van de huidige knelpunten in de aanpak.

#### 2. MDA++ kan aansluiten op bestaande zorgstructuren

De voorlopers laten zien dat het mogelijk is om te voldoen aan de wens van gemeenten om de MDA++ aan te sluiten op de bestaande zorgstructuren. Alle initiatieven kwamen tot stand vanuit bestaande samenwerkingsrelaties/organisaties én uit noodzaak omdat het bestaande systeem niet goed werkte. Veel gemeenten wensen echter wel een MDA++, maar willen niets nieuws optuigen en dat wringt. Er is namelijk nu geen landelijk dekkende infrastructuur voor MDA++; er zullen meer regionale initiatieven nodig zijn om daar te komen.

#### 3. Voor de MDA++ ontwikkeling is procesmanagement en borging nodig

De procesgerichte ontstaanswijze en leidende rol van activistische en enthousiaste professionals vergroot de kans op maatschappelijke resultaten. Daarom vraagt het realiseren van een MDA++ voor de korte termijn om een enthousiasmerende, inhoudelijk voldoende kundig, procesmatig en relationeel sterke "trekker" of projectmanager. Daarnaast is het van belang dat helder wordt hoe de langere termijn borging van de MDA++, zowel in personele, financiële als organisatorische (lees: samenwerking) zin gerealiseerd wordt. Beleidsmatig is het van belang dat gemeenten, politie/justitie en zorgverzekeraars zich uitspreken voor de realisatie van een MDA++ op de langere termijn.

#### 4. MDA++ moet gestoeld op doelbepaling en bestuurlijk draagvlak van organisaties

De voorlopers laten zien dat het mogelijk is om de bestaande, nu vooral gesegmenteerde, inzet gericht in te zetten voor de specifieke complexe geweldsituaties. Dat is mogelijk doordat zij specifieke doelen stellen voor ernstig geweld, zodat zij hun werkwijze goed kunnen inrichten op wat het gezin of huishouden nodig heeft. Het gaat om een werkproces waarin het MDA++team gezamenlijk afspraken vastlegt, zoals de (medisch) diagnostische inzet, doorlooptijden en de volgorde van inzet van middelen (civielrechtelijk, strafrechtelijk, psychosociaal).

De vijf stappen uit het Stroomschema van het Triage instrument (zie afbeelding op blz. 19) zijn te zetten als er een gezamenlijke doelbepaling is en bestuurlijk draagvlak in de betrokken organisaties. Van de Bunt adviseurs noemt dit een 'procesmatige doorbraak'. Het vormt het fundament voor de uitvoering van 1 gezin 1 plan en 1 casusregisseur.

#### 5. In MDA++ vloeien front- en backoffice in elkaar

De voorlopers blijken in staat om (delen van) de aanpak Acut Onveilig te integreren met de Aanpak Structureel Onveilig. Men gebruikt deels dezelfde werkwijze, waardoor de front- en de backoffice-functie natuurlijk in elkaar overvloeien. Ook leren de voorlopers ons dat voor de Aanpak Acut en Structureel Onveilig grotendeels dezelfde professionals en samenwerkingspartners nodig zijn. Dat biedt een extra argument om beide aanpakken samen te laten vallen.

Het is belangrijk dat er een laagdrempelige en herkenbare toegang voor cliënten en professionals is, zoals een CSG of een Veilig Thuis. Ook een ziekenhuis of een politiebureau kan de functie van frontoffice (blijven) vervullen. Voor de toegang naar de Aanpak Structureel Onveilig is triage nodig, waarna deze "backoffice" de op duurzame veiligheid en stabiliteit gerichte ondersteuning en behandeling biedt. Het Triage Instrument Veilig Thuis is in deze aanpak ingebouwd, met Veilig Thuis als (mede-)verwijzer/beslisser naar een Aanpak Structureel Onveilig.

#### 6. De MDA++ is herkenbaar door een aantal kwalitatieve elementen

De voorlopers onderscheiden zich door een aantal kwalitatieve elementen, die kenmerkend zijn voor MDA++ variant. Deze elementen verschillen per voorloper. De belangrijkste zijn: specialistische inzet, multidisciplinair, intersectoraal en het beleggen van proces- en Casusregie. Op de kwalitatieve kenmerken *systeemgericht* en *integraal* kunnen de voorlopers zich doorontwikkelen. De ontwikkelpunten werken we voor de regio's met MDA-initiatief uit in hoofdstuk 6.





### Bevindingen uit de regio's

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen uit de gesprekken met de Veilig Thuis-regio's. Te beginnen met regio's waar een voorloper is gesitueerd en vervolgens de regio's waar geen voorloper voorhanden is.

Zoals in hoofdstuk 3 geschetst, kenden de gesprekken een open structuur en een selectie van ambtenaren en professionals als gesprekspartners. We realiseren ons dus dat we daardoor slechts een globaal beeld kunnen schetsen van de regionale en gemeentelijke multidisciplinaire samenwerking. We pretenderen derhalve geen volledigheid.

### 3.6. Bevindingen uit regio's met een voorloper

---

De voorlopers in Nederland zijn ontstaan vanuit een urgentiegevoel bij professionals dat de huidige aanpak niet volstaat. De initiatieven zijn bottom-up ontwikkeld, vanuit vakinhoudelijke kennis en draagvlak in de praktijk. Ze hebben als secundair doel het verbeteren van de gehele keten (van de Bunt adviseurs, 2014).

Uit de gespreksronde langs de Veilig Thuisregio's bleek dat de gemeenten over het algemeen erkennen dat er bij complexe en chronische geweldsproblematiek een andere benadering nodig is dan de reguliere - multidisciplinaire - inzet van professionals. Zij zien dat slachtoffers, kinderen en volwassenen, in die gevallen specialistische expertise nodig hebben.

De gemeenten met een voorloper geven aan dat zij dit initiatief over het algemeen waarderen, al zijn deze niet altijd met actieve betrokkenheid van de gemeente ontstaan. Zij zoeken naar een manier voor inbedding van de voorloper in hun regio, met name naar de aansluiting bij laagdrempelige voorzieningen als de wijkteams. Bij de meeste voorlopers lijkt de toegang van cliënten voornamelijk via Veilig Thuis te lopen. Wanneer dat niet het geval is, zijn er duidelijke afspraken over de wijze waarop Veilig Thuis (direct) betrokken wordt bij een melding/casus via een andere route. De Centra voor Seksueel Geweld nemen een aparte positie in; de meesten zijn veelal buiten de gemeenten om ontwikkeld. Hun cliënten komen vaker niet dan wel via Veilig Thuis, mede omdat het hier ook om slachtoffers gaat van eenmalige verkrachting buiten een afhankelijkheidsrelatie.

#### Centra Seksueel Geweld (CSG)

In steeds meer regio's is sinds enige tijd de aanpak van acut seksueel geweld in een CSG geregeld. Het eerste CSG werd in Utrecht opgericht, al spoedig volgden er nog twee. Het streven is dat er in 2015 dertien CSG-vestigingen zijn verspreid over het land. De besluitvorming over de vestiging

verloopt in de meeste gevallen buiten de betreffende gemeenten om. Gemeenten met een CSG willen dit centrum inbedden in de (lokale) gemeentelijke infrastructuur. Dit is lastig omdat dit achteraf, dus met terugwerkende kracht moet gebeuren.

Er zijn twee punten aangaande de CSG's die de gesprekspartners naar voren brachten:

- \* Gemeenten onderschrijven de noodzaak voor een herkenbare en bereikbare locatie voor de aanpak na acuut seksueel. Dit is ook nodig bij fysiek geweld, voor zowel slachtoffers als professionals (waaronder politie). Men erkent dat dit in veel regio's nog niet op peil is;
- \* Gemeenten en uitvoeringsorganisaties betwijfelen of de follow-up vanuit CSG naar hulp goed geregeld is. Zij signaleren dat naarmate er meer medische betrokkenheid is, de aanpak meer slachtoffergericht is, maar niet systeem- en dadergericht.

### 3.7. Bevindingen uit regio's zonder voorloper

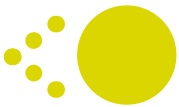
---

Tijdens de gesprekken vroegen we naar de bestaande multidisciplinaire samenwerking. Na een schets hiervan beschrijven we hoe deze samenwerking functioneert bij de aanpak van structureel geweld en daarna van acuut geweld. We geven tot slot een aantal conclusies over wat goed gaat en wat beter kan voor regio's zonder voorloper.

#### 3.7.1. Welke multidisciplinaire samenwerkingsvormen zijn genoemd?

Uit de gespreksronde blijkt dat er een veelheid aan multidisciplinaire samenwerkingsvormen is zowel in overleg, aanpak als in samenwerking. Het varieert van de generieke aanpak in sociale wijkteams tot specifieke rond bijvoorbeeld OGGZ-problematiek. Sommige samenwerkingsvormen zijn specifiek op kindermishandeling gericht, andere op huiselijk geweld. De meeste gesprekspartners gaven dan ook te kennen dat het aantal en de veelzijdigheid van die overleggen te groot is en spraken de wens uit om deze te stroomlijnen, te verbinden of te integreren. Een aantal regio's wil triage- en beschermingstafels bijvoorbeeld integreren in het Veiligheidshuis.

Hieronder een overzicht van de multidisciplinaire samenwerkingsvormen met een brede doelgroep en doestelling. De laatste categorie, de expertteams, zijn wel specifiek gericht op de aanpak van geweld. Ze voldoen (nog) niet aan alle voorwaarden om tot een voorloper te worden gerekend.





	Generiek	Specifiek op bepaalde doelgroep en/of doel	Expertise teams aanpak geweld
Lokaal	Sociale wijkteams	Ouder-kind teams	Samen doen Teams
	Gebieds-gerichte teams	Jeugdteams	Regieteams
	CJG, jeugd- en gezinsteams	Zorg- en adviesteams	Save teams
		Casuïstiek overleg	Jeugd-beschermingsteam
Regionaal		Vangnet teams	Scenarioteams
		Veiligheidshuis casuoverleg	FACT-Teams
			Expertteams
			Veiligheidshuis screening, specifiek werkproces

Overzicht multidisciplinaire samenwerkingsvormen<sup>7</sup>

### 3.7.2. Hoe functioneren deze samenwerkingsvormen bij de aanpak van structureel geweld?

Bij een georganiseerde aanpak van langdurig geweld in gezinnen/huishoudens zoeken gemeenten en professionals naar een oplossing binnen de bestaande structuren en ontwikkelingen. De basisfilosofie van de meeste gemeenten en organisaties is dat de (generieke) sociale wijkteams als spin in het web fungeren tussen lokaal-bovenlokaal. Wat wijkteams denken te kunnen doen om geweld in gezinnen aan te pakken blijkt volgens een aantal gesprekspartners echter zeer divers. Veel wijkteams vinden matig-zware problematiek al complex en zijn geneigd te snel een organisatie als Veilig Thuis in te schakelen; andere overschatten zichzelf juist en houden complexe zaken te lang bij zich.

<sup>7</sup> De overzichten zijn gebaseerd op de genoemde voorbeelden in de gespreksronde, en slechts indicatief. Veel verschillende lokale vormen van casuïstiek of overleg zullen in dit overzicht ontbreken.

## Toegang

De knelpunten die de gesprekspartners noemden in de toegang en in de afstemming tussen generalistische en specialistische hulp waren:

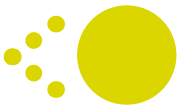
- \* Er komt weinig vraag vanuit het lokale veld en er is te weinig kennis over de problematiek;
- \* Er zijn nauwelijks criteria voor het bepalen van de toegang tot specialistische hulp;
- \* Er zijn verschillende opvattingen over wanneer op of af te schalen, cases blijven hangen;
- \* De 24/7 bereikbaarheid van Veilig Thuis wordt niet altijd gehaald, er is te weinig capaciteit;
- \* Er is een te lange wachttijd in crisissituaties. Het is wenselijk om binnen 48 uur op anonieme wijze met een aantal disciplines de casus te bespreken;
- \* Geen helder belegde bevoegdheden van experts: wie behandelt en wie beoordeelt de toegang tot behandeling;
- \* De huisarts wordt niet gemist als verwijzer naar adequate hulp en met overzicht van alle betrokkenen in een gezin.

## Procesregie

In veel gesprekken in de regio's kwam Procesregie niet aan bod. In de regio's waar dit wel is besproken, wordt de Procesregie meestal belegd in het Veiligheidshuis als hier casusoverleg plaatsvindt. In die regio's waar het Veiligheidshuis een regisserende rol bij complexe geweldsproblematiek heeft - en daarbij een sterke verbinding met Veilig Thuis - ervaren de gesprekspartners als positief. In de regio's waar noch Veilig Thuis noch het Veiligheidshuis een spelfunctie vervult, ervaren de gesprekspartners dat als een knelpunt, omdat de verbinding tussen zorg en het strafrecht dan moeilijk van de grond komt.

## Casusregie

Wat men onder Casusregie verstaat en hoe men het organiseert, verschilt nogal per regio. Er heerst vaak verwarring over wat Casusregie inhoudt. In veel gevallen bestaat er geen consensus over het mandaat van de Casusregie of de verantwoordelijke van de Casusregie. Soms is deze in de visie van de uitvoerende organisatie slechts verantwoordelijk voor een klein deel van een veiligheids-/herstel-/ondersteuningsplan – terwijl voor andere professionals en het gezin er juist behoefte is aan 1 persoon met overzicht op het geheel. Ook is in veel regio's niet helder welke partij de Casusregie bij ernstig geweld kan voeren. Variaties die we daarin tegenkwamen: Casusregie in een wijkteam, een lokaal expert- of regieteam, een specialistisch stadsteam of interventieteam, een OGGZ-netwerk voor multiprobleemgezinnen, bij de jeugdbescherming (zowel bij drang als bij dwang), bij Veilig Thuis, of tenslotte in een specialistisch MDA-netwerk



of een hulporganisatie voor kindermishandeling en/of huiselijk geweld. In sommige regio's is geen Casusregie ingekocht, waardoor structureel onduidelijk is wie verantwoordelijkheid heeft/neemt over het betrokken systeem/gezin/huishouden.

### 3.7.3. Welke multidisciplinaire samenwerking is er na acute geweldsituaties?

In de meeste regio's is een min of meer gestructureerde aanpak na seksueel geweld. Sommige gemeenten maakten specifieke afspraken met ziekenhuizen, Slachtofferhulp, (zeden)politie en Veilig Thuis over de opvang na acuut ernstig geweld. Hieronder is een overzicht opgenomen van de samenwerkingsvormen die de gesprekspartners hebben genoemd (wat niet wil zeggen dat dit een volledig overzicht is):



	1 <sup>e</sup> lijn	2 <sup>e</sup> lijn	3 <sup>e</sup> lijn
Seksueel misbruik Acuut 18-	(zeden)politie, vertrouwensarts VT Ketenaanpak Seksueel Misbruik	Ziekenhuis indien daarop ingericht	Forensische Polikliniek kindermishandeling
Fysiek geweld Acuut 18-	Politie, vertrouwensarts Forensische dienst (GGD)	Ziekenhuis indien daarop ingericht	Forensische Polikliniek kindermishandeling
Voor professionals			LECK <sup>1</sup> (landelijk expertisecentrum kindermishandeling)
Seksueel geweld Acuut 18+	Politie GGD Slachtofferhulp, vertrouwensarts VT	Ziekenhuis in geval van medische nood	
Fysiek geweld Acuut 18+	Politie, forensische dienst Vertrouwensarts VT	Ziekenhuis in geval van medische nood	

Overzicht van multidisciplinaire samenwerking na acute geweldssituaties.

### 3.7.4. Hoe functioneert de multidisciplinaire samenwerking na acuut geweld?

Volgens veel gesprekspartners is in hun regio de multidisciplinaire aanpak na acuut ernstig geweld niet goed op orde. In deze regio's, waar geen speciaal ingerichte ziekenhuislocatie is, ontbreekt de mogelijkheid voor coördinatie van medisch, forensisch onderzoek en psychologische hulp. Ook zijn in deze regio's nauwelijks multifunctionele (forensisch, medisch) onderzoeksruimten beschikbaar die aan de vereisten voor forensisch onderzoek voldoen.

Als de 1e, 2e en 3e acute lijn niet goed zijn gestroomlijnd, heeft dat volgens de gesprekspartners tot gevolg dat politie, ziekenhuis of Veilig Thuis een slachtoffer alleen kan verwijzen naar 'de best passende plek die voorhanden is'. Volgens hen komt er vaak alleen minimale psychosociale hulpverlening op gang en er vindt nauwelijks vroeg-onderkenning van trauma's plaats. Ook wordt er meestal niet voldoende systeemgericht (inclusief plegerbehandeling) gewerkt. Overigens werken in veel regio's de (zedes) politie en Slachtofferhulp wel intensief samen om een zo goed mogelijke opvang voor zedenslachtoffers te realiseren.

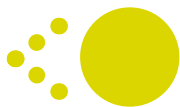
Een ander punt van zorg is de geringe zorg(aanbod) voor volwassenen; zowel op het gebied van seksueel geweld als van huiselijk geweld. Volgens de gesprekspartners concentreren de inspanningen van politie, hulpverlening, vertrouwensarts en forensisch artsen zich vooral op 18-. Dat geldt zeker voor fysiek geweld en in mindere mate voor seksueel geweld. Verklaringen die gesprekspartners hiervoor gaven zijn capaciteitsproblemen van artsen bij Veilig Thuis (ook (zelfs) voor kinderen), de wettelijke bescherming voor minderjarigen en dat de betreffende professionals wel zijn toegerust in gespreksvaardigheden voor kinderen, maar niet voor volwassenen.

## 3.8. Conclusies

---

Op basis van de gespreksronde trekken we voor de regio's Veilig Thuis zonder voorloper de volgende conclusies:

- \* In vrijwel alle regio's leeft de wens om meer grip te krijgen op alle sporen (aanpak kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld) om overlap scherper in beeld te krijgen en om betere verbindingen te leggen.
- \* De meeste gemeenten zonder een voorloper staan open voor een MDA++ op zich, maar niet voor een nieuwe structuur, een nieuwe organisatie of entiteit.
- \* Sommige regio's oriënteren zich al op een voorloper, daarbij neemt een deel van hen een voorbeeld aan een CSG, FJC of MDC-K, anderen denken aan een combinatie van de laatste twee vormen.





- \* Regio's met een hoge stedelijke concentratie willen niet dat de MDA++ te dicht bij elkaar liggen, of als dat wel het geval, wil men afspraken maken over instroom uit een groter gebied. Plattelandsregio's en kleinere regiogemeenten willen dat de expertise ook voor hun inwoners en professionals bereikbaar is en dat een MDA++ voor hen op korte reisafstand is.

### Welke basis voor een MDA is al aanwezig?

1. Uit de gespreksronde blijkt dat er in de regio's veel kennis is over wat nodig is en wat nog ontbreekt in de aanpak. Deze kennis is een goede startpositie voor de ontwikkeling van een MDA++.
2. De bereidheid in de regio's om een multidisciplinaire specialistische aanpak te organiseren, dan wel te verbeteren, is overwegend overal aanwezig. Er is behoefte aan meer helderheid over wat er onder complexe cases moet worden verstaan en hoe deze adequaat aan te pakken;
3. De ingrediënten voor een MDA++ zijn in de regio's aangetroffen. Die ingrediënten zijn: werken volgens één gezin, één plan, één regisseur, de methode Signs of Safety, inzet van proces- en Casusregie, combineren strafrechtelijke maatregelen met zorg, hulpaanbod en samenwerkingsafspraken;
4. Regio's investeren in verbetering van aanbod door o.a. deskundigheidbevordering van wijkteams, afspraken te maken met ziekenhuizen en code rood-meldingen in kaart te brengen;
5. Een aantal regio's, voornamelijk centrumgemeenten met omliggende gemeenten, investeert in een sluitende regioaanpak ernstige geweldsituaties, dat zowel acuut als structureel onveilige geweldsituaties omvat. Zij nemen het voortouw om de bestaande samenwerkingsverbanden door te ontwikkelen. Deze regio's onderscheiden zich door:  
Een sterke Procesregie onder gemeentelijke verantwoordelijkheid;
  - a. Een gezamenlijk ontwikkelproces met uitvoerders en regiogemeenten;
  - b. Een focus op leren, onderzoeken en van binnenuit verbeteren vanuit het totaalplaatje van de regio;
  - c. Goed beeld van de doelgroepen en hun behoeften.
6. De regio's hechten waarde aan gemeentelijke regie voor de multidisciplinaire aanpak binnen het Veiligheidsdomein, Gezondheidsdomein en Sociaal domein, met een grote rol voor Veilig Thuis als spil in het netwerk.

### Wat ontbreekt nog?

Ten aanzien van de integrale aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld:

7. In geen enkele regio zijn de vakgebieden/deskundigheden en faciliteiten al dusdanig gestructureerd samengebracht dat er sprake is van een

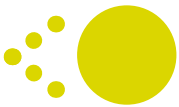


goede samenhang in de Aanpak Acut en Structureel Onveilig voor de drie problematieken;

8. In sommige regio's staat de aanpak van kindermishandeling met de zogenaamde 'kind-structuur' voorop. Daarbij zijn de jeugdbescherming met de dwang- en drangvarianten en de gezinscoaches uit het wijkteam de spil. In andere regio's ligt de nadruk op de huiselijk geweld-aanpak, via de inzet van interventieteams, maatschappelijk werk en vrouwenopvang.  
Een volledig geïntegreerde aanpak ontbreekt;
9. De deskundigheid op het gebied van zowel kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel geweld en de gevolgen voor slachtoffers, plegers en betrokkenen, is beperkt aanwezig.
10. De gesprekspartners benoemen wat er in hun regio ontbreekt, waaronder een systeemprobleem-analyse; toepassen van veiligheid- en risicotaxatie, diagnostiek en op planniveau geïntegreerde aanpak zorg en justitie.

#### Specifiek ten aanzien van een Aanpak Structureel Onveilig:

11. Er is in regio's veel aandacht voor het direct veilig stellen van slachtoffers door inzet van preventieve en repressieve maatregelen. De regio's hebben echter weinig zicht of dit op langere termijn ook tot veiligheid leidt en in hoeverre men systeemgericht aan de veiligheid werkt. De aanpak lijkt zich voornamelijk te vertalen in drie sporen: kind, vrouw, man.
12. We treffen binnen bestaande samenwerkingsverbanden geen specifiek doel en geen bestuurlijk draagvlak voor de aanpak van ernstig structureel geweld. Geweld wordt binnen de levensbreed ingerichte zorgstructuren opgepakt;
13. Er bestaan in de praktijk verschillende invullingen van Proces- en Casusregie, waardoor hier verwarring over is;
14. Het stroomschema voor het Triage-instrument (blz. 11) lijkt nog niet overal te worden gevolgd, zodat cliënten, die hiervoor wel in aanmerking komen, niet sowieso een gespecialiseerd multisectoraal aanbod krijgen.
15. De benodigde deskundigheid in met name wijkteams is onvoldoende, waardoor zij ofwel te lang doorgaan met een casus, en niet (of niet tijdig) opschalen, zodat een gespecialiseerd hulpaanbod te weinig of te laat wordt ingezet.



### Specifiek ten aanzien van een Aanpak Acuut:

16. Er is in veel regio's geen of te weinig bundeling van forensische, medische en psychosociale functies. Daardoor worden kansen gemist in het hanteren van de juiste volgorde van handelen na acuut geweld. De gevolgen zijn dat bewijsmateriaal voor een rechtszaak verloren kan gaan, een slachtoffer niet goed (genoeg) geholpen wordt en onnodig vaak het verhaal moet doen en dat relevante informatie - voor een mogelijk justitieel en zorgtraject - verloren gaat, onjuist beïnvloed of niet voldoende uitgevraagd;
17. In slechts een beperkt aantal regio's zijn voldoende onderzoeksfaciliteiten beschikbaar voor forensisch (klinisch) onderzoek.



# 4

## Conclusies en ontwikkelpunten

We willen met dit rapport gemeenten een beeld geven van de eigen regionale mogelijkheden om een MDA++ te organiseren voor de opvang en aanpak van ernstige cases van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld. In dit hoofdstuk willen we gemeenten een aantal ontwikkelpunten meegeven om deze MDA++ te organiseren. Als basis daarvoor gebruiken we de ervaringen van de bestaande MDA-initiatieven en de literatuur over organisatie(verander)kunde. Maar eerst trekken we conclusies over het draagvlak voor MDA++ in de gemeenten/regio's en de fasen van ontwikkeling naar een MDA++ waar de regio's in verkeren.

### 4.1. Waar is in de gemeenten/regio's draagvlak voor?

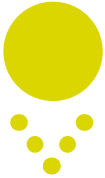
---

Uit de 25 gevoerde gesprekken blijkt dat de bereidheid in de regio's om multidisciplinaire specialistische aanpak te organiseren, dan wel te verbeteren, vrijwel overal aanwezig is. Wij destilleren de volgende punten waar draagvlak voor is:

1. Gemeentelijke regie om een multidisciplinaire en intersectorale aanpak binnen het Veiligheidsdomein, Gezondheidsdomein en Sociaal domein te realiseren;
2. Een grote rol voor Veilig Thuis als spil voor de verbinding tussen de lokale structuur en de specialisten;
3. De verbinding tussen zorg en strafrecht, bijvoorbeeld door inbedding in het Veiligheidshuis;
4. De hoog gespecialiseerde inzet die nodig is voor complexe geweldssituaties moet ingebed worden binnen en aangesloten bij de huidige samenwerkingsverbanden;
5. De urgentie om dit nu te regelen, gebruikmakend van de huidige openheid van de transitie en transformatieproces achten de verschillende gemeenten als een goed moment.
6. Het belang van een inzet op een vorm van cofinanciering tussen gemeenten, zorgverzekeraars en politie/justitie.

#### Regio's met een voorloper:

7. Het willen doorontwikkelen van dit MDA+-initiatief, enkelen willen dit doen in samenhang met de OGGZ;
8. Regio's met CSG willen deze verbinden met en inbedden in de gemeentelijke zorginfrastructuur(van een MDA++);



#### Regio's zonder voorloper:

9. Deze regio's willen zich oriënteren op of een voorbeeld nemen aan het FJC, CSG, MDC-K, of een combinatie daarvan, om dit in de eigen regio te implementeren;
10. Men staat open voor een oriëntatie op het toegankelijk maken van een MDA++ aanpak voor acuut seksueel geweld en structureel geweld;
11. Men ziet het belang van een herkenbare en goed bereikbare locatie voor slachtoffers van acuut geweld; dat hoeft niet altijd een centrum-functie zoals een CSG te zijn.

## 4.2. Ontwikkelingsfasen richting een MDA++

---

We zien dat de Veilig Thuisregio's in verschillende stadia verkeren ten opzichte van de ontwikkeling van een MDA++ variant. We hebben de fasen indeling ruwweg weergegeven in onderstaand schema, zij het met enige voorzichtigheid vanwege de open insteek van de gespreksronde en de selectieve groep gesprekspartners.

De regio's met een voorloper plaatsen we in fase 3: de implementatiefase, net als de regio's die investeren in een regioaanpak ernstige geweldsituaties. Bij de ontwikkelpunten gaan we eerst in op de regio's zonder voorloper en daarna op regio's met voorloper. Om tot een landelijk dekkende infrastructuur te komen, zijn alle regio's nodig.

De fase van doorontwikkeling naar de MDA++ variant heeft nog niemand bereikt.

Ontwikkelingsfase	Kenmerk fase
<b>Fase 1</b>	<b>Verkenningfase</b> Oriëntatie op mogelijkheden op MDA++
<b>Fase 2</b>	<b>Opstartfase</b> Idee en planvorming voor MDA++
<b>Fase 3</b>	<b>Implementatiefase</b> Uitvoering en monitoring MDA++
<b>Fase 4</b>	<b>Fase Doorontwikkelde MDA++</b> Geïntegreerde aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling, goede coördinatie met seksueel geweld

Ontwikkelingsfasen MDA++ in de Veilig Thuis- regio's.

### 4.3. Ontwikkelpunten

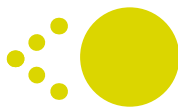
Om een MDA++ in de gemeente/regio te organiseren geven we gemeenten/regio's een aantal aanbevelingen om dat organisatorisch voor elkaar te krijgen. Wij baseren ons op praktijkervaringen van voorlopers en literatuuronderzoek.

### 4.4. Ontwikkelpunten voor regio's zonder voorloper

We beschrijven de ontwikkelpunten - en tegelijk ook de noodzakelijke stappen- tot aan de operationele fase van een MDA++. Op de wijze van organiseren gaan we in hoofdstuk 6 in.

We leggen gemeenten en regio's voor om de volgende stappen te zetten, ter voorbereiding van een MDA++. Per stap volgt een korte toelichting:

1. De knelpunten kennen (en erkennen);
2. Het mobiliseren van mensen met kennis van zaken;
3. Bestuurlijk gedragen samenwerking organiseren en doel bepalen voor de drie doelgroepen;
4. Meerdere frontoffices methodisch/qua werkwijze verbinden en een effectieve backoffice creëren;
  - a. De Aanpak Acut (seksueel) Geweld: een locatie aanwijzen en de forensische, medische en psychosociale expertise bundelen
  - b. De Aanpak Structureel Onveilig: samenstellen van een kernteam MDA++ van professionals uit verschillende organisaties en disciplines



(zorg en justitie), aanvullen met een tweede schil. Vastleggen van samenwerkingsafspraken.

### Stap 1: De knelpunten kennen (en erkennen)

Ernstige geweldscases lijken in de regio's zonder MDA te zwerven tussen de verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerking (zie pagina 20 en 22). Daaruit kunnen we opmaken dat de huidige multidisciplinaire samenwerking en bijbehorende Casusregie niet specifiek gericht is op het doorbreken van de vicieuze cirkel van complexe geweldsituaties. We troffen veelal de overtuiging aan dat ook ernstig en complex geweld in lokale wijkteams opgepakt kan worden. Dit is een te optimistische opvatting en een onderschatting van de complexiteit en van de gevolgen. Als er bij acuut seksueel geweld en structureel geweld te licht wordt ingezet is de kans groot dat er levensloopbepalende schade optreedt en het geweld voortduurt. Als duurzame veiligheid niet wordt bereikt, weten we uit onderzoek, is de ingezette begeleiding of behandeling verloren geld en energie. Uit de gespreksronde ontstaat het beeld dat in de meeste regio's de knelpunten spelen die het Verwey-Jonker Instituut noemt, maar dat sommige regio's daar nog niet van doordrongen zijn.

### Stap 2. Het mobiliseren van mensen met kennis van zaken

Deze stap staat voor het in gang zetten van een procesgerichte ontwikkeling met veel ruimte voor initiatieven en inbreng vanuit professionals. Door professionals het voortouw te laten nemen - of op z'n minst actief te betrekken - is de kans op maatschappelijk resultaat groter dan wanneer alleen bestuurders of de gemeente het proces organiseren (zie het kader 'Activisme versus aansturing' hieronder). De ontstaanswijze van de voorlopers is mede gebaseerd op sterke samenwerkingsrelaties en uit de noodzaak de huidige aanpak te verbeteren. Welke professionals/ambtenaren in het Sociale Domein, Veiligheidsdomein en Medisch circuit weten hoe het nu functioneert en hebben verstand van hoe het beter kan? Zij vormen een initiatiefgroep en brengen als eerste de huidige afspraken tussen organisaties, gemeenten en professionals in kaart. Vanuit deze groep mensen met kennis van zaken kan een procesleider benoemd worden.

## ACTIVISME VERSUS AANSTURING

Van Delden (2013) deed promotieonderzoek naar werkzame strategieën om vernieuwing te bewerkstelligen in publieke samenwerkingsverbanden. Hoe kan men het maatschappelijk resultaat bij ketensamenwerking vergroten? Zijn bevindingen in wat daarin werkt zijn: **ruimte voor de activistische kracht van professionals en gedoseerde gemeentelijke aansturing op het samenwerkingsproces.** >>



### Ruimte voor de activistische kracht van professionals

Het voordeel van een startersinvestering door middel van fondsen of pilotfinanciering is dat het pionieren mogelijk maakt. 'Een activistische kracht' (praktische samenspel van professionals) benoemt Van Delden als het meest van invloed op maatschappelijk resultaat, omdat men vanuit de sociale energie, pragmatisch handelen en duurzame werkrelaties tot consensus moet komen.

Van Delden pleit voor het faciliteren en het bestuurlijk ondersteunen van 'pionieren' vanuit de lokale werkvloer, onder aanvoering van een sterke projectleider. De bevindingen van Van Delden sluiten aan bij Van de Bunt adviseurs (2014), waar deze de ontwikkelde multidisciplinaire aanpakken eerder karakteriseert als een 'evolutionaire verbetering' dan als 'revolutionaire innovatie'.

Naast deze activistische kracht noemt Van Delden ook de verbindende kracht (inbedding en harmoniseren werkprocessen) en intentionele kracht (bestuurlijk urgentiebesef en extra toekenning subsidie) als succesfactoren voor maatschappelijk resultaat.

### Gedoseerde gemeentelijke aansturing op het samenwerkingsproces

De hoofdconclusie uit het onderzoek van Van Delden is dat 'het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met gebruik van lokale inzet en samenwerkingsenergie leidt tot meer maatschappelijk resultaat'. De aanbeveling houdt daarom een 'exploratieve strategie' in: het aanjagen van een ontwikkelingscyclus van binnenuit. In plaats van de bekende 'programmatische strategie': vanuit beleidsimplicaties de praktijk veranderen. De exploratieve strategie begint met het creëren van situaties met concrete uitdagingen, consensus, pionierskwaliteiten en sterke projectleiders' (Van Delden, 2013:13). Voor gemeenten betekent dit wel directe betrokkenheid en ondersteuning, maar met gedoseerde daadkracht.

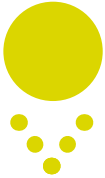
Van Delden werkte het verschil tussen de exploratieve en programmatische strategie om vernieuwing te bewerkstelligen uit in onderstaand schema:

	Exploratieve strategie	Programmatische strategie
Primaire focus	Energie van interacties	Inhoudelijke beleidsdoelen
Werkwijze	Zoeken en selectief stimuleren van kansrijke situaties	Doelen vertalen in algemeen geldend uitvoeringsprogramma
Procesgang	Van binnenuit	Van buitenaf

Schema Exploratieve strategie versus Programmatische strategie bij de ontwikkeling van publieke samenwerkingsverbanden (Van Delden, 2010: 18)







### Stap 3. Bestuurlijk gedragen samenwerking organiseren en doel bepalen voor de drie doelgroepen

De voorlopers zijn voornamelijk gericht op één bepaalde problematiek: kindermishandeling, huiselijk of seksueel geweld. Zij hebben voor hun doelgroep specifieke doelen geformuleerd. Nu lijkt ook de inzet van repressieve en preventieve maatregelen (drang en dwang, opvang, huisverbod) in regio's enigszins los te staan van multidisciplinair casuoverleg in het Veiligheidshuis of de multidisciplinaire samenwerking in interventieteams.

We willen komen tot een landelijk dekkende infrastructuur voor alle drie de problematieken. Dat betekent dat het doelbepalingsproces voor het samenwerkingsverband zich moet richten op zowel kindermishandeling, huiselijk als seksueel geweld.

Een MDA++ begint met het stellen van samenwerkingsdoelen. Bijvoorbeeld het doel om gezinnen en partners in het vrijwillig kader te houden en daarmee te kunnen werken aan lange termijnoplossingen. Of om op de korte termijn de veiligheid van een of meerdere betrokkenen te bewerkstelligen. Of wil het MDA-team juist het aantal verzoeken tot strafbaarstelling vergroten? Op basis van de doelbepaling, waarvoor ook bestuurlijk draagvlak moet zijn, wordt helder welke organisatievorm daar het beste bij past. Dan kan de vijf stappen-werkwijze zoals in Stroomschema Triage Veilig Thuis worden ingebed.

### Stap 4. Meerdere frontoffices methodisch/qua werkwijze verbinden en een effectieve backoffice creëren

Bij regio's zonder voorloper blijken vooral de politie, Veilig Thuis, crisisdienst, forensische dienst of de SEH de frontoffice voor slachtoffers te vormen. In de meeste gevallen is er voor de acute ernstige (seksueel) geweldszaken geen bundeling van forensische, medische en psychosociale expertise, die voor de slachtoffers en andere betrokkenen van zowel kindermishandeling, huiselijk als seksueel geweld toegankelijk, laagdrempelig en herkenbaar belegd is.

#### Stap 4a. De Aanpak Acut Ernstig (seksueel) Geweld: Een locatie aanwijzen en de forensische, medische en psychosociale expertise bundelen

Ernstige acute (seksueel) geweldszaken komen bij verschillende frontoffices terecht. Voor een slachtoffer is wenselijk dat hij of zij op een locatie terecht kan voor alle forensische, juridische, medische en psychosociale expertise én voor kindermishandeling, seksueel en fysiek geweld. Deze locatie, die ook dienst doet als frontoffice, is 24/7 bereikbaar en toegankelijk voor zowel volwassenen als kinderen. Dit kan bijv. bij een SEH of een GGD, waar ook veel van de CSG's zijn ingebed. Het is belangrijk dat een slachtoffer op één locatie alle hulp vindt en dat de professionals naar hem of haar toeko-

men. Dan kan er: 1. in de juiste volgorde en 2. in de juiste snelheid worden gehandeld. Voor deze acute opvang mag geen wachtlijst zijn en om dat te realiseren moeten professionals kunnen terugvallen op bestuurlijke afspraken (zie stap 3). Er zijn inmiddels ook positieve ervaringen met het fysiek bijeenbrengen van verschillende specialismen voor zowel de acute als de structureel ernstige geweldssituaties (FJC, MDC-K Kennemerland).

#### **Stap 4.b. De Aanpak Structureel Onveilig:**

#### **Samenstellen van een kernteam MDA++ van professionals uit verschillende organisaties en disciplines (zorg en justitie), aanvullen met een tweede schil. Vastleggen van samenwerkings-afspraken.**

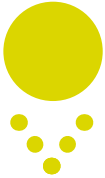
Voor een MDA++ wordt een samenwerkingsverband (de backoffice) samengesteld vanuit verschillende disciplines en organisaties. De verbinding tussen zorg en justitie is hierin vanzelfsprekend, de mogelijkheden van het Veiligheidshuis worden meegewogen. Rondom een gezinssysteem, dat aan de criteria voldoet (o.a. langdurig ernstig geweld, meerdere hulpverleners betrokken, zonder duurzame veiligheid), wordt hieruit telkens een team samengesteld om de zorg en maatregelen herorganiseren. Daarvoor zal het MDA++-team gemandateerd moeten worden om bijv. wachtlijsten te omzeilen, zodat zij de passende zorg direct in kan zetten, voor de kinderen en de volwassenen. Wie het mandaat aan het MDA++ kan verlenen, hangt af van de afspraken tussen de gemeente en de organisaties (en andere financiers). Het is van belang om dit vooraf goed te regelen. Aan de team- en (deel)planvorming kunnen ook professionals buiten het samenwerkingsverband deelnemen, zoals vrijgevestigde therapeuten, wijkteam etc. MDA++ is de uitvoerder van het principe één gezin, één team, één plan en één regisseur. Binnen MDA++ is elk teamlid verantwoordelijk voor het eigen aandeel in de uitvoering van het plan van aanpak en medeverantwoordelijk voor de monitoring van de verschillende (behandel-)routes van de betrokken gezinsleden. De directe betrokkenheid en aanwezigheid van gezinsleden is een voorwaarde.



### **4.5. Ontwikkelpunten voor regio's met voorloper (fase 3)**

---

De voorlopers bieden elk een belangrijk kwalitatief onderdeel van de MDA++-variant, maar zijn op zichzelf nog geen ++ variant. Voor het toewerken naar een landelijke dekking van de MDA++ variant formuleren we twee ontwikkelpunten: *Het uitbreiden van kwalitatieve elementen voor systeemgericht en integraal werken en ten tweede (gemeentelijke) Procesregie en inbedding.*



### Ontwikkelpunt 1: Uitbreiden van kwalitatieve elementen voor systeemgericht en integraal werken

De voorlopers zijn of vanuit de invalshoek kindermishandeling of vanuit huiselijk geweld gestart. Van een geïntegreerde aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling is bij de voorlopers onvoldoende sprake. Bovendien is de aanpak seksueel geweld niet echt ingebed, behalve bij de voorlopers waar een CSG is gesitueerd. Dit betekent voor regio's met voorloper:

- \* Doorontwikkeling naar een systeemgerichte Aanpak Structureel Onveilig, voor zowel kinderen als volwassenen;
- \* Doorontwikkeling naar een integrale Aanpak Structureel Onveilig, voor de problematieken huiselijk, seksueel geweld en kindermishandeling;
- \* Wat betreft de Aanpak Acut gaat dat ofwel om uitbreiding van een frontoffice seksueel geweld of van forensisch medische expertise voor volwassenen of juist voor kinderen.

Daarvoor is nodig:

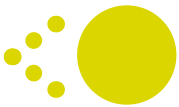
- \* Een gedeelde visie op (de samenhang van) huiselijk en seksueel geweld en kindermishandeling;
- \* Een heroriëntatie op de betrokken samenwerkingspartners en de benodigde inzet van professionals in MDA's waar de focus op volwassenen óf op kinderen ligt;
- \* Een gezinsgerichte invulling van Casusregie;
- \* Een al operationeel CSG verbinden met de Aanpak Structureel Onveilig (backoffice). De eerste stappen daarvoor zijn triage (bepalen of er sprake is van structurele onveiligheid), de kindcheck en deelname van CSG professionals aan casusoverleg.

### Ontwikkelpunt 2: (Gemeentelijke) Procesregie en inbedding

Een van de succesfactoren van een voorloper is Procesregie. Uit de gespreksronde blijkt dat de gemeentelijke regie en inbedding in de gemeentelijke context beter kan. In de VNG-publicatie *De volgende stap* (2011; p. 28) vinden we de volgende beschrijving van een procesregisseur: *'De procesregisseur is ervoor verantwoordelijk dat een melding van geweld (ongeacht bij wie deze binnenkomt) wordt ingebracht bij de samenwerkende uitvoerende ketenpartners, zodat de zorg- of hulpverlening (al dan niet met spoed) kan worden gestart.*

Een heroriëntatie op (gemeentelijke) Procesregie binnen de MDA++ variant is op zijn plaats, om de rol van Veilig Thuis en het Veiligheidshuis ten opzichte van een MDA++ onder de loep te nemen. Er is een aantal leerpunten te halen uit de MDA-initiatieven, die voor de doorontwikkeling en voor de andere regio's van belang zijn:

1. Achteraf blijkt dat de voorloper baat heeft bij een bestuurlijk gedragen keuze van gemeenten bij de start. Gemeenten kunnen van daaruit gaandeweg meer mogelijkheden creëren voor duurzame specialistische inzet;
2. Gemeentelijke betrokkenheid maakt het mogelijk om te sturen op enerzijds de rol van Veilig Thuis en het Veiligheidshuis en anderzijds op systeemgericht en integraal werken. De invulling van die rollen zal mede afhankelijk zijn van de doelbepaling van de MDA++-initiatieven. Die gemeentelijke betrokkenheid is ook van belang voor het doorontwikkelen van de samenhang tussen de Aanpak Acuat met Structureel Onveilig;
3. In de regio zal met elkaar in gesprek moeten hoe de MDA toegankelijk te krijgen voor omliggende gemeenten;
4. Gemeenten moeten ruimte krijgen om de aanpak van geweld te verbinden aan gemeentelijke diensten zoals de wijkteams, schuldhulpverlening, woningbouw en OGGZ.



# 5

## Situering van een MDA++

In dit hoofdstuk gaan we in op de inzichten die de voorlopers ons bieden in de organisatorische inbedding. We beschrijven hier drie voorbeelden van startposities, van situering van het samenwerkingsverband MDA++ en de (mogelijke) voordelen en aandachtspunten van elk voorbeeld. De onderstaande voorbeelden bieden aanknopingspunten om bij de ontwikkeling van een MDA++ aan te sluiten bij de regionale situatie, conform de wens van de gemeenten en het wethoudersoverleg (april 2015). Het zwaartepunt ligt bij de situering van de Aanpak Structureel Onveilig (backoffice), vanwege de ontwikkeling van een netwerkverband. We nemen in de uitwerking van de onderstaande drie voorbeelden mee hoe zich dit verhoudt tot de Aanpak Acut (frontoffice):

- a. Situering bij een netwerkorganisatie
- b. Situering bij een zorgaanbieder
- c. Zelfstandige samenwerkingsvorm

### a. Situering bij een netwerkorganisatie

Het FJC Tilburg en Code Rood Twente werken vanuit een netwerkorganisatie, nl. het Veiligheidshuis, met daarbij een centrale rol voor Veilig Thuis.

#### Voordelen:

- \* Het Veiligheidshuis is al een netwerkorganisatie waar (gemeentelijk) casuoverleg plaatsvindt;
- \* De Procesregie is in het Veiligheidshuis belegd;
- \* De focus ligt op de ernstige problematiek;
- \* Het Veiligheidshuis heeft een focus op de combinatie zorg- en strafrecht;
- \* De benodigde type netwerkpartners zijn al betrokken (zorg en justitiepartners en forensische psychiatrie);
- \* Veilig Thuis is hier ingebed in en heeft een goede verbinding met het Veiligheidshuis;
- \* Er is een fysieke werkplek, wat de samenwerking tussen professionals bevordert;
- \* Het Veiligheidshuis kan een locatie bieden voor gezinnen en voor slachtoffers van acut geweld.

#### Aandachtspunten:

Voor een succesvolle inbedding van MDA++ in het Veiligheidshuis geldt een aantal voorwaarden en aandachtspunten:

- \* Voorwaarde is dat Veilig Thuis ofwel is ingebed in het Veiligheidshuis, ofwel hier een goede verbinding mee heeft;

- \* Voorwaarde is ook dat het Veiligheidshuis voldoende aandacht heeft voor de slachtoffers, wat vanwege de (oorspronkelijke) gerichtheid op de (veel)plegers niet vanzelfsprekend is;
- \* Het Veiligheidshuis heeft een relatief hoge drempel, waardoor de directe betrokkenheid van gezinnen/huishoudens in de dialoog ten bate van onderzoek en diagnostiek naar alle waarschijnlijkheid complex is;
- \* Informatiedeling vanuit/met de medische professionals is naar alle waarschijnlijkheid, zeker in eerste aanvang, problematisch en dient apart geadresseerd te worden;
- \* Een specifieke inbedding en doelbepalingsproces is nodig voor complexe geweldsituaties huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel geweld.

### b. Situering bij een zorgaanbieder

Het MDC-K Haarlem, MDC-K Friesland en FJC Venlo zijn ontwikkeld vanuit en gesitueerd bij een zorgaanbieder. Veilig Thuis is een belangrijke partner in al deze MDA initiatieven. Er is een sluitende verbinding met het CSG, gesitueerd in het ziekenhuis (behalve bij het FJC Venlo).

#### Voordelen:

- \* In elke regio zijn meerdere geschikte organisaties voor het ontwikkelen van MDA++ (vrouwenopvang, GGD, welzijnsorganisatie, gecertificeerde jeugdinstantie, Veilig Thuis), vanwege hun expertise in complexe geweldsproblematiek;
- \* Aanbieders zijn gefocust op het verbeteren van de samenwerking tussen professionals uit verschillende instellingen;
- \* Voordeel van situering van Veilig Thuis bij de regionale initiatiefnemer is de sterke onderlinge samenwerking, ook naar buiten;
- \* Eén aanbieder kan een duidelijk herkenbare en laagdrempelige locatie zijn om slachtoffers op te vangen, maar dat kunnen we nu nog niet staven met onderzoek.

#### Aandachtspunten:

- \* De aanbieder zal een netwerkverband en doelbepalingsproces moeten ontwikkelen. Hiervoor is bestuurlijk draagvlak nodig;
- \* Kan de locatie van de aanbieder fungeren als fysieke werkplek voor netwerkpartners?
- \* Een individuele aanbieder kan bijna niet neutraal zijn in het doorgeleiden naar passende hulp. De publieke doelstelling van "zorg dragen voor veiligheid" in het brede sociale domein botst met de (semi-)marktpositie van individuele zorgaanbieders.



### c. Zelfstandige samenwerkingsvorm<sup>8</sup>

De intersectorale aanpak Gelderland en het Veilig Verder team in Den Haag hebben hun samenwerking organisch vormgegeven; in de vorm van een netwerk zonder gezamenlijke werkplek. In deze zelfstandige samenwerkingsvormen fungeert Veilig Thuis als de spin in het web.

#### Voordelen:

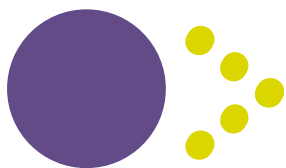
- \* In regio's waar nog weinig zicht is op ernstige cases en de best werkende aanpak, hebben de netwerkpartners de mogelijkheid om gezamenlijk een werkwijze te ontwikkelen, die het beste past bij hun situatie en bij hun cases;
- \* De samenwerking speelt in op de transformatieopdracht: een gedeelde visie en methode voor het werken aan veiligheid, met als doel vooral oplossingen in het vrijwillig kader te zoeken;
- \* De op- en afschaling staat centraal omdat de Casusregie snel lokaal wordt belegd;
- \* Veilig Thuis heeft een centrale positie.

#### Aandachtspunten:

- \* Een combinatie van Aanpak Structureel Onveilig en de Aanpak Acut is minder geschikt, want de nadruk in deze samenwerkingsvorm ligt niet direct op de beschikbare fysieke plek voor slachtoffers en professionals. Ten bate van een aanpak seksueel geweld is het van belang dat er:
  1. Ergens een ruimte is met onderzoeksfaciliteiten in het geval van seksueel geweld;
  2. Concrete afspraken tussen gespecialiseerde instellingen worden gemaakt, om op zeer korte termijn beschikbaar te zijn in geval van een acut seksueel incident, zodanig dat slachtoffers optimaal gefaciliteerd worden (één intake met de juiste specialisten), en er een gestructureerd vervolg is in samenwerking met overige partners in het kader van een MDA++.
- \* Mandatering t.a.v. het direct inzetten van hulp;
- \* Organisatie, financiering en uitvoering van Casusregie, wanneer deze niet door de (kern)partners wordt uitgevoerd;
- \* De wijze waarop doorzettingsmacht te realiseren is, over meerdere zorgaanbieders (niet direct onderdeel van het MDA++).



8 Term van Van de Bunt adviseurs



# Bijlagen

## Bijlage 1. Bevindingen uit onderzoek naar het reguliere hulpaanbod

### 6.1.1. Onderzoek Verwey-Jonker Instituut in opdracht van de G4

Het Verwey-Jonker Instituut onderzocht in opdracht van de G4 de effectiviteit van de aanpak van huiselijk geweld bij ernstige en complexe vormen van huiselijk geweld. De titel van hun rapport is tegelijk de hoofdconclusie van hun onderzoek: "Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp".

Het Verwey-Jonker Instituut kwam tot de conclusie dat bij de onderzochte gezinnen, waarin sprake was van ernstig huiselijk geweld, het geweld alleen direct na de melding afneemt. Maar dat gebeurde ook bij gezinnen die geen hulpverlening hadden gekregen. Na 18 maanden was er in het overgrote deel van de gezinnen nog steeds eigenlijk sprake van zeer ernstig geweld.

Het enige lichtpuntje was dat gespecialiseerde tweedelijns GGZ, mits vanaf het begin betrokken, een significante vermindering van het geweld tot gevolg had. Ook stelt het Verwey-Jonker Instituut nuchter vast dat 60% van de kinderen in de gezinnen met ernstige huiselijk geweld geen hulp heeft gekregen. Dat komt niet alleen door een blinde vlek van hulpverleners, maar ook omdat ouders hulp voor hun kinderen niet nodig vonden.

#### De impact van het onderzoek

Het rapport van het Verwey-Jonker Instituut sloeg in als een bom. Bij gemeenten die de moeite namen het terdege te bestuderen. Bij hulpverleners die zich afvroegen wat ze in vredesnaam nog meer konden doen dan ze deden. Bij Veilig Thuis organisaties die de wettelijke taak hebben de veiligheid te herstellen en door te geleiden naar passende hulpverlening. Wat is "passende hulpverlening" als je in de meeste gevallen blijkt door te verwijzen naar hulpverlening die niet leidt tot stoppen en die zelfs maar nauwelijks leidt tot een afname van het geweld. En wat moet je met de constatering dat 60% van de kinderen, ondanks al je inspanningen, geen hulp krijgt?

#### De analyse van het Verwey-Jonker Instituut

De analyse van het Verwey-Jonker Instituut werpt wel een scherp licht op de onvolkomenheden van de huidige aanpak:



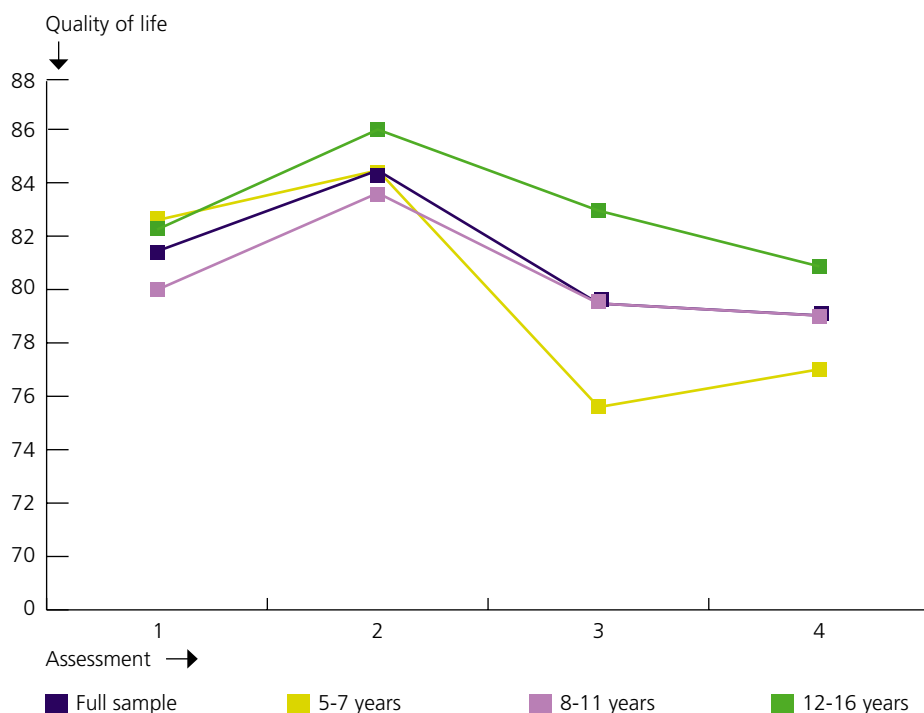
- \* te weinig oog bij hulpverleners voor veiligheid;
- \* te weinig deskundigheid bij de eerste beoordeling (Veilig Thuis), zodat eerst verkeerde of niet effectieve trajecten worden ingezet, die later hersteld moeten worden, met alle negatieve gevolgen voor de motivatie van de betrokkenen;
- \* te weinig kennis van wat geweldsproblematiek in een gezin betekent en hoe ernstig en (blijvend) traumatisch de gevolgen van dat geweld zijn; de belangrijkste otk van de uitkomsten van dit onderzoek ligt in het feit dat stelselmatig veel te lichte hulpverlening wordt ingezet omdat de zwaarte van de problematiek niet wordt onderkend; en dat komt omdat de specialistische kennis die daarvoor nodig is niet wordt ingezet, of niet voor handen is;
- \* gebrek aan regie; door het (veel) te laat inzetten van echte deskundige specialisten is er niet meer sprake van één gezin, één plan; iedere nieuw ingezette specialist leidt tot een nieuw plan en daarmee verandert regie in chaos en langs elkaar heenwerken; dat kan alleen worden voorkomen als vanaf het begin alle noodzakelijke specialisaties meteen worden ingezet en als ze daarna direct gezamenlijk het ene gezinsplan maken;
- \* ingezette hulp slaat niet aan, omdat die niet wordt afgestemd op de behoefte van het gezin en niet aansluit op de probleemdefiniëring van het gezin;
- \* hulp is niet systeemgericht; bij huiselijk geweld wordt de hulp primair gericht op volwassenen, kinderen zijn daarvan aantoonbaar de dupe.

### 6.1.2. Onderzoek van het Trimbos-instituut

Froukje Snoeren deed, in samenwerking met Cees Hoefnagels van het Trimbos-instituut, onderzoek bij acht AMK's. Ze onderzocht hoe bij ruim 200 kinderen, ouder dan 5 jaar, de kwaliteit van leven zich ontwikkelde in de 18 maanden die volgden op een melding van kindermishandeling bij het AMK. Het bijzondere van het promotieonderzoek (getiteld "Giving maltreated children a voice") is, zoals de titel al zegt, dat de kinderen zelf aan het woord worden gelaten. Dat gebeurde in dat onderzoek in Nederland eigenlijk voor het eerst op deze schaal. Door de kinderen uitgebreide vragenlijsten voor te leggen en ze zelf de antwoorden te laten geven, werd voor het eerst inzicht verkregen in hoe deze kinderen zelf de kwaliteit van hun leven beoordelen. Dat gebeurde op 4 momenten, direct na de melding en vervolgens na 6, 12 en 18 maanden na de melding.

Aanvankelijk neemt de kwaliteit van leven in de eerste zes maanden na de melding significant toe (meetmoment 2). Maar daarna daalt hij in de volgende 6 maanden significant (meetmoment 3) om uiteindelijk na 18 maanden na de melding (meetmoment 4) in alle leeftijdscategorieën lager uit te komen dan de beoordeling van de kwaliteit van leven direct na de melding (meetmoment 1).

**Figure 2** Quality of life of the full sample and the individual age groups at all assessments



Dit promotieonderzoek geeft, anders dan het Verwey-Jonker Instituut, geen analyse van de oorzaken. Het stelt vast. Hun conclusie is daarom ook onacceptabel: *Als alle inspanningen er toe leiden dat de kinderen om wie het gaat zich na een ruime periode van anderhalf jaar zelfs nog slechter voelen, dan het moment dat de kindermishandeling werd gemeld, dan faalt onze hulpverlening.*

Het AMK Haaglanden, een van de onderzochte AMK's, heeft - gefinancierd door de gemeente Den Haag - onderzocht of er een verschil is in ervaren kwaliteit van leven tussen kinderen die een zeer intensief hulptraject hadden gekregen en kinderen met een 'gewoon' hulptraject. Dat verschil was er inderdaad. Kinderen met een intensief hulptraject beoordeelden hun kwaliteit van leven hoger dan de andere kinderen. Dat is tenminste een lichtpuntje in het onderzoek: hulp helpt!

### Maatschappelijke kosten

Er is nog een lichtpuntje in het onderzoek: er is ook gekeken of het uitmaakt of bij het AMK-onderzoek alleen met ouders wordt gesproken of ook met het betreffende kind. De onderzoekers komen tot de conclusie dat een benadering, waarbij het kind ook is gehoord, niets uitmaakt voor de ontwikkeling van gedragsproblemen en de kwaliteit van leven (daar is de hulpverlening aan kinderen dus niet effectief, al dan niet omdat ouders de hulpverlening belemmeren). Maar als tijdens het onderzoek met het kind wordt gesproken dan heeft dat wel invloed op de maatschappelijke kosten

die het mishandelde kind in het vervolg van z'n leven zal maken, door een beroep te doen op gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, arbeidsverzuim etc. Die uitkomst sluit aan bij internationaal onderzoek waaruit blijkt dat een systeemaanpak, waarbij alle leden die bij het systeem horen, actief worden betrokken en gehoord, ook op de langere duur een beter resultaat geeft dan een niet-systeemaanpak.

### 6.1.3. (Evaluatie-)onderzoeken naar de hulpverlening

In Nederland heeft de hulpverlening aan gezinnen en huishoudens de laatste jaren aandacht gekregen in een aantal Inspectie- en onderzoeksrapporten. Aanleidingen waren één of meerdere calamiteiten. Zij onderzochten op welke vlakken de hulpverlening kon verbeteren, zoals bij het signaleren en hoe de effectiviteit van hulpverlening kan worden vergroot om daarmee het aantal (bijna) fatale incidenten te reduceren. Hieronder enkele bevindingen uit de verschillende rapporten.

#### Informatie delen

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (2011) bracht een rapport uit naar aanleiding van 27 (bijna) fatale casussen in de periode van 2004 – 2007. Hieruit komt o.a. als aanbeveling: *Verstrek aan professionals die belast zijn met de risico inventarisatie en evaluatie alle relevante informatie.* De Raad vindt dat informatieverstrekking zo volledig mogelijk moet zijn voor goede (risico)inschatting van de situatie.

Het belang van informatie uitwisseling om een totaalplaatje te kunnen maken van de situatie wordt ook onderschreven door andere studies. Van Zupthen & Dullaert (2015) schrijven: *Beperkte informatie uitwisseling problematiseert de aanpak en samenwerking en geeft onvoldoende beeld van het totaalplaatje.* Het Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) (2015) illustreert aan de hand van een casus hoe fout het kan gaan als organisaties en professionals niet aan informatie uitwisseling doen waardoor geen van de betrokkenen een totaalbeeld heeft van de situatie.

#### Integraal werken

*In de huidige werkwijze verwijzen hulpverleners te veel naar elkaar door* (Van Zupthen & Dullaert, (2015). De noodzaak om integraal te werken blijkt uit het rapport van STJ (2015). Uit de evaluatie van de pilot 'Code Rood' komen de eerste aanwijzingen dat *integraal werken ook daadwerkelijk een effectievere werkwijze is.* In de pilot worden de meest ernstige zaken middels een integrale aanpak opgepakt. (Veiligheidshuis Enschede & Gemeente Enschede, 2012). *Bij integraal werken wordt niet alleen gekeken naar de behoeften van het slachtoffer en eventuele kinderen, maar wordt ook de pleger betrokken.* Soms komt een pleger in detentie terecht waardoor dit wordt bemoeilijkt. Toch is het belangrijk dat hier ook contact mee wordt gezocht, eventueel via het nazorgteam (Veiligheidshuis Regio Eindhoven, 2012).

## Snel handelen

*De snelheid van interveniëren beïnvloedt in hoge mate het positieve resultaat van de aanpak (In 't Zandt & Simons, 2013), zeker direct na het incident, omdat gezinnen dan open staan voor hulpverlening. Door multidisciplinair te werken kunnen de afspraken over de gewenste aanpak snel gemaakt worden. De lijnen zijn korter en de aanpak kan sneller van start gaan (Veiligheidshuis Enschede & Gemeente Enschede, 2012).*

## Eerste resultaten van MDA-ervaringen positief

De MDA is zowel in Nederland als elders in Europa vrij nieuw. De in Nederlandse MDA-initiatieven startten de afgelopen 2 jaar met pilots. Een deel is mede gebaseerd op Amerikaanse voorbeelden: Child Advocacy Centers (CAC) en Family Justice Centers (FJC). De doorlooptijd van deze Nederlandse initiatieven is te nog kort voor een gedegen evaluatie en effectmeting. Het monitoren van de opbrengst van een multidisciplinaire aanpak vergt een lange adem.

De eerste evaluatie van het FJC in Tilburg, met de focus ligt op ernstige en complexe huiselijk geweldszaken, geeft echter al zeer positieve resultaten. *De cliënttevredenheid is hoog en de professionals ervaren het werken in een multidisciplinaire setting als zeer prettig en van duidelijke meerwaarde op hun professionele vaardigheden en kennis (2014).* Zij betrekken de cliënten vanaf het eerste moment actief bij hun eigen casus. Hierdoor krijgen zowel de direct betrokkenen als de professionals sneller zicht op de hele situatie. Professionals zijn daardoor beter en vooral ook sneller in staat de slachtoffers en hun gezinsleden de noodzakelijke hulp en zorg te bieden.

## Bijlage 2. Onderbouwing organisatorische kenmerken

Organisaties die samenwerken in de aanpak kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld (Human Service Organizations) hebben tot doel het gedrag of de kenmerken van mensen te veranderen, oftewel te transformeren. De selectie van de cliënten gaat hieraan vooraf, zodat duidelijk wordt voor welke groep de organisaties wat betekenen (Hasenfeld, 2010, p. 11).

1. *De vorming van een samenwerkingsverband binnen de publieke sector vraagt altijd om een institutionaliseringsproces* (Van Delden, 2007). Dat kan niet zonder *gezamenlijke doelbepaling en inbedding* (2007, p. 48). Conventenanten zijn hiervoor een begin, maar niet voldoende. Daarvoor is een structuur nodig. Regels, procedures en taken leiden niet automatisch tot een situatie waarin onafhankelijke, individuele organisaties, zichzelf gaan zien als onderling afhankelijke entiteiten die hun interne werkwijzen en hun relaties met andere organisaties moeten veranderen (2007, p. 13).
2. *Een netwerkorganisatie leent zich voor het oplossen van 'wicked problems' zoals ernstige situaties huiselijk en seksueel geweld en kindermishandeling* (Hoppe, 2010, p. 16). Deze staat of valt met de te bepalen structuur daarbinnen, bijvoorbeeld het mandaat van een leidende organisatie. In netwerken zijn verschillende vormen van integratie en coördinatie mogelijk (Provan & Milward, 2001, p. 414; Keast et al., 2007, p. 11). De aanpak van ernstige geweldsituaties kenmerkt zich veelal door *leiderorganisatienetwerken*,

De hiërarchie binnen de van een netwerk kan op drie manieren ingevuld worden: coördinatie, coöperatie en collaboratie.

3. *Met collaboratie ontstaat de meeste kans op doorbreken van fragmentatie tussen organisaties*. Dit is de meest stabiele vorm van de drie, vaak bedoeld voor de lange termijn en geschikt voor de aanpak van complexe problemen en crisissituaties. Collaboratie vereist sterke verbanden tussen organisaties, en vraagt om een hoge mate van vertrouwen, de leden moeten bijdragen aan een gezamenlijk doel en zichzelf als onderling afhankelijk en een deel van het gehele proces zien. Bovendien is sprake van gedeelde middelen, afstemming van activiteiten, en van de ontwikkeling van een gezamenlijke werkwijze. Dit vraagt een investering van de deelnemende organisaties en is levensvatbaar bij een gezamenlijk bewustzijn dat huidige traditionele werkwijzen (waaronder coöperatie en coördinatie) niet toereikend zijn (Keast et al., 2007, p. 25). De integratievorm hangt af van de gewenste doelstelling en uitkomsten. Integratie is geen statisch proces (Keast et al., 2007, p. 26), maar iedere vorm vraagt wel om een zekere inbedding (Van Delden, 2007, p. 48).

Verschillende wetenschappelijke studies formuleren van voorwaarden voor succesvolle integrale samenwerking binnen netwerken. Provan & Kenis (2007, p. 231-232) onderscheiden de volgende vier voorwaarden voor samenwerking om tot positieve uitkomsten te komen:

- \* **Vertrouwen:** elke organisatie stelt zich kwetsbaar op en heeft positieve verwachtingen omtrent het gedrag en de intenties van de andere partij(en). De basis hiervoor bestaat uit ervaringen uit het verleden, op reputatie en op het beschikken van de benodigde competenties.
- \* **Aantal netwerkleden:** Zelfregulerende netwerken zijn het meest geschikt voor netwerken met maximaal zes tot acht organisaties. Bij meer deelnemers gaat netwerkcentralisatie een rol spelen en is behoefte aan een leidende, coördinerende organisatie. Regievoering wordt dan belangrijker.
- \* **Doelconsensus:** de doelen op netwerkniveau moeten verenigbaar zijn die van de individuele organisaties, aangezien de netwerkdoelen doorwerken op het niveau van de organisaties. Het belang van consensus over institutionele kaders hoort daarbij (bijvoorbeeld gegevensuitwisseling).
- \* **Netwerkcompetenties:** hoe kunnen de vereiste competenties voor het behalen van de netwerkdoelen bereikt worden? De bedoelde competenties gaan in dit verband over kennis en vaardigheden, en financiering (Provan & Kenis, 2007, p. 237, 240, 239).

Voor de collaboratie samenwerkingsvorm komt daar nog een vijfde voorwaarde bij:

- \* **De hoge verbondenheid en intensiteit van relaties.** Dat wil zeggen makkelijke ingangen in elke deelnemende organisatie voor professionals en coördinatoren, samenwerkingsteam(s) die zijn ingebed in de lijnorganisatie van de deelnemende organisaties, een betrokken en meewerkend middenkader van de deelnemende organisaties en goede voorlichting van de collega's in, en het tonen van tussentijdse resultaten aan de organisaties waar de leden van het netwerk deel van uitmaken.

Fysieke inbedding heeft een positieve invloed op het vertrouwen, de meerwaarde van de netwerksamenwerking, de verbondenheid en intensiteit van relaties en de ingangen die de samenwerkingsorganisaties bieden (Siemering, 2014).

## Bijlage 3. Uitgangspunten Proces- en casusregie MDA++<sup>9</sup>

### Procesregie en casusregie

In deze bijlage beschrijven we procesregie en casusregie. De opsomming van de taken en verantwoordelijkheden is niet limitatief. De hieronder genoemde taken en verantwoordelijkheden zijn een samenvatting van de belangrijkste elementen uit de taakomschrijvingen zoals die in de gesprekken met de voorlopers tijdens de ronde langs de Veilig Thuis-regio's zijn genoemd (of uit verslagen zijn op te maken). De invulling van systeemgericht casusregie is tot stand gekomen mede op basis van input van de opleiding gezinsgericht casemanagement van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Niet alle proces- en casusregisseurs hebben overigens alle hier onder genoemde taken en verantwoordelijkheden.

### 1. Procesregie

Voor het voeren van procesregie zijn de volgende punten van belang:

- \* inzet op intersectorale, multidisciplinaire, systeemgerichte en integrale samenwerking;
- \* verantwoordelijk voor het bewaken van samenwerkingsafspraken, in het bijzonder voor het tijdig delen van alle relevante informatie;
- \* genereren van commitment van alle ketenpartners en specifiek ook van de regiogemeenten;
- \* spreekt, indien daar aanleiding toe is, de ketenpartners - zo nodig op het niveau van de verantwoordelijke bestuurders - aan op het nakomen van de gemaakte afspraken met betrekking tot de MDA++;
- \* draagt zorg voor een soepel proces van op- en afschalen;
- \* geeft zo nodig leiding aan het casusoverleg waarin de samenwerkingspartners in de MDA++ per casus en zo mogelijk in samenspraak met de leden van het gezin of het huishouden, komen tot één samenhangend plan, waarin alle noodzakelijke, maar tegelijkertijd zo weinig mogelijk professionals contact hebben met het gezin of het huishouden;
- \* verantwoordelijk dat er per casus een casusregisseur wordt benoemd;
- \* verantwoordelijk voor het optimaliseren van de ketenaanpak door het signaleren van hiaten en het doen van voorstellen voor verbetering van de aanpak aan de gemeente en de samenwerkingspartners in de MDA++.

De procesregisseur heeft meestal op leidinggevend niveau contact met de gemeente, met de wijkteams en met de andere professionele organisaties die bij de MDA++ zijn betrokken.

9 Met dank aan Alletta Spreeuw, Opleider & trainer & adviseur; Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN)

De ervaring leert dat de rol van procesregisseur het best kan worden vervuld door iemand die:

- \* onafhankelijk is van zorgaanbieders;
- \* beschikt over autoriteit in de keten van MDA++;
- \* goed op de hoogte is van de mogelijkheden en onmogelijkheden binnen het strafrecht;
- \* gedegen kennis en expertise m.b.t. de verschillende doelgroepen, geweldsproblematieken, systeemvisie, specifieke contexten zoals leefgebieden, risicofactoren om te kunnen beoordelen of de verschillende professionals in de MDA++ gezamenlijk tot het beste resultaat komen;
- \* bekend is met inschatting van gevaar en het inschakelen van specifieke partners;
- \* kennis heeft van de inzet en werking van media.

## 2.Casusregie

1. Casusregie is een taak en geen functie.
2. Teamvorming gebeurt op basis van een case. Dit is een tijdelijk geformeerde samenstelling van professionals die nodig zijn vanuit het bredere samenwerkingsverband MDA++, en/of al betrokken professionals zoals vrijgevestigde therapeuten, lid wijkteam waar gezin woont.
3. Per casus vindt besluitvorming plaats welke professional uit het samenwerkingsverband geschikt is om de taak Casusregie uit te voeren en of de casusregisseur doorzettingsmacht heeft of niet. In geval van doorzettingsmacht kan de casusregisseur besluiten, mochten de betrokken professionals er niet uitkomen, hoe de zorg/hulpverlening wordt opgepakt;
4. De casusregisseur heeft twee rollen: opdrachtnemer en opdrachtgever, die beide zowel uitvoerend als regisserend zijn:
  - \* **De opdrachtnemersrol:** de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de opdracht die het MDA++ -team formuleert (op basis van diagnose, analyse en eventuele justitiële maatregelen).
  - \* **Regie:** de casusregisseur organiseert de combinatie drang/dwang en hulpverlening, handhaaft de situatie door drang/dwang uit te leggen (ipv. op te leggen<sup>10</sup>) aan het gezin en veiligheid te monitoren;
  - \* **Uitvoering:** de casusregisseur is het eerste aanspreekpunt voor alle betrokken gezinsleden, netwerkbetrokkenen gedurende de looptijd van het MDA++ traject. Hij/zij steunt, coacht en controleert/stuurt het gezin of huishouden (ook al wonen die niet achter dezelfde voordeur).
  - \* **De opdrachtgeversrol:** de verantwoordelijkheid om de betrokken professionals in het team rond een case aan te sturen.

<sup>10</sup> Voor de drang en dwang is samenwerking met o.a. politie, OM en Raad voor de Kinderbescherming essentieel.



- \* **Regie:** de casusregisseur stuurt op de onderdelen van het plan, de fasering, doorlooptijd, behandeling van betrokkenen, maar wel vanuit de gezamenlijke teamverantwoordelijkheid MDA++;
  - \* **Uitvoering:** de casusregisseur is het eerste aanspreekpunt voor de betrokken professionals. Hij/zij kan hen coachen, zodat ieders expertise effectief wordt ingezet;
5. Indien de casus stagneert of het plan moet worden bijgesteld wordt deze door de casusregisseur ingebracht in het individueel casuoverleg.
  6. De casusregisseur bespreekt het afschalen en/of overdragen van de casus met het MDA++ team en is verantwoordelijk voor de communicatie over de casus naar Veilig Thuis, wijkteam, de justitiepartners en eventueel het Veiligheidshuis.

Casus- en systeemgericht werk van het team MDA++ en de casusregie gebeurt door:

- \* Vormgeven van kernprocessen zoals de veiligheid/risicotaxatie, de vraag van het gezin/huishouden inzichtelijk krijgen, multidisciplinaire systeemprobleemanalyse, inschatting van de (intergenerationele) complexiteit en de route van alle betrokkenen monitoren;
- \* Meerzijdig partijdige communicatie en op iedere betrokkene toegesneden motivatietechnieken toepassen. Het uitgangspunt is dat er mét ieder gezinslid wordt gepraat en niet over. Dat geldt specifiek voor kinderen en plegers, tenzij dit uit veiligheidsoogpunt niet mogelijk is;
- \* De inzet van interventies is gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van geweld. Bij (ex-) partnergeweld (m.n. intieme terreur), een vechtscheiding tussen ouders kan overwogen worden in duo's te werken: een hulpverlener voor de man en een andere voor de vrouw;
- \* De casusregisseur kan ervoor zorgen dat de kinderen (of het kind) een eigen vertrouwenspersoon kiezen/kiest (advies Focusgroep Cliënten(vertegenwoordiging));
- \* De casusregisseur organiseert, structureert en leidt het netwerkberaad van het gezin en hun netwerk.
- \* Bij intieme terreur is het af te raden systeemgericht te werk te gaan. Er kan vanuit een systeemgerichte visie gewerkt worden, maar relatiegesprekken zijn niet handig. Het maakt een pleger (meestal een hij) vooral wijzer over hoe hij beter macht en controle uit kan oefenen over zijn partner en het maakt de partner kwetsbaarder.

## Bijlage 4. Overzicht van tien Voorlopers

Dit zijn (in willekeurige volgorde):

1. Veilig Verderteam in Den Haag
2. FJC Venlo
3. De CSG's
4. FJC Tilburg
5. Interventieteam West- Brabant
6. Code Rood Twente
7. Intersectorale aanpak kindermishandeling Gelderland
8. MDC-K Friesland
9. MDC-K Haarlem
10. Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen

MDA-initiatief	Veilig Verderteam Den Haag
Aanleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>* De aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling bleek niet te sluiten, het lukte partners niet volgens afspraak bijeen te komen en samen aan één plan en met het gezin te werken.</li> <li>* Medewerkers en cliënten waren ontevreden over werk en resultaat.</li> <li>* Opvolging van de aanbevelingen uit het rapport "Veel schakels, geen keten" van de Commissie Diekstra.</li> </ul>
Doelstelling (wat doen ze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* De samenwerking binnen de aanpak van huiselijk geweld verbeteren en de aanpak van kindermishandeling hierin integreren.</li> <li>* In een integrale, systeemgerichte en outreachende aanpak, met als insteek één gezin één plan, gezinssituaties (voor kinderen) veilig(er) te maken.</li> </ul>
Hoe is het georganiseerd (partners doelgroep/ werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* In het Veilig Verderteam wordt huiselijk geweld opgepakt in een multidisciplinair team dat op meerdere locaties in de regio Den Haag werkt. Het team bestaat uit vertegenwoordigers van Veilig Thuis, AMW, Stichting Wende, politie, reclassering, RvK, GGZ-jeugd en -volwassenen, OM, GGD/CJG, de Waag en ziekenhuizen.</li> <li>* De veiligheid binnen het gezin wordt gezamenlijk in kaart gebracht met behulp van Signs of Safety en er wordt een plan van aanpak opgesteld voor het hele gezin. Hulpverleners zijn op bepaalde momenten gelijktijdig aanwezig om gezamenlijk met het gezin te spreken en één plan van aanpak te maken die voor alle betrokkenen van het gezin het kader van hun hulpverlening vormt.</li> <li>* Het VT heeft de Procesregie en bewaakt de voortgang en verzamelt informatie. Gezinnen die in het Veilig Verderteam zijn behandeld, worden na een half jaar en een jaar opnieuw benaderd om het effect van de aanpak te onderzoeken.</li> </ul>
Kerntaken/ kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Veiligheid creëren voor alle betrokkenen binnen het gezin.</li> <li>* De visie van het Veilig Verderteam is: Niet na elkaar, maar met elkaar; Cliënten vertellen verhaal maar één keer; Niet praten over, maar met cliënten.</li> <li>* Uitgangspunten zijn eigen kracht en werken met het netwerk. 1 gezin, 1 plan, 1 coördinator.</li> </ul>

MDA-initiatief	Veilig Verderteam Den Haag
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Een gezamenlijk gedragen regiovisie huiselijk geweld en kindermishandeling die inhoudelijk een goede leidraad is voor een effectieve aanpak. De aanpak vindt plaats op basis van een gedeelde werkwijze, samen met ketenpartners en het gezin. Hierdoor ontstaat gedeelde en gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid.</li> <li>* Bestuurlijke dekking, zoals blijvende sturing en coördinatie vanuit de gemeente.</li> <li>* Opgedane kennis en ervaring van medewerkers borgen in de aanpak.</li> </ul>
Knelpunten/ aandachtspunten	Voldoende personele inzet en goed reguleren van de instroom is telkens om diverse redenen gedurende het hele proces een terugkerend probleem/aandachtspunt.
Ambitie	Het realiseren van een effectieve aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling vanuit de visie 1 gezin, 1 plan, 1 coördinator.

Bron: rapport Van de Bunt adviseurs (juni 2014) en Veilig Verderteam Den Haag

MDA-initiatief	Family Justice Center Venlo (Mutsaersstichting)
Aanleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Slachtoffers moesten vaak van organisatie naar organisatie 'shoppen' voor het krijgen van veiligheid, hulp en ondersteuning en haakten daardoor vaak voortijdig af.</li> <li>* Slachtoffers en hun gezinnen werden ook nauwelijks betrokken bij het veiligheidsplan en het plan van aanpak gericht op verbetering van hun situatie.</li> </ul>
Doelstelling (wat doen ze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Integrale samenwerking binnen de aanpak van huiselijk geweld verbeteren.</li> <li>* Recidive binnen huiselijk geweld terug te dringen, veiligheid te garanderen en verbetering van de positie van de slachtoffers vanuit de visie dat het slachtoffer centraal staat, met als insteek een gezinsgerichte benadering: één gezin één plan.</li> </ul>
Hoe is het georganiseerd (partners doelgroep werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Organisaties uit de justitiële- en hulpverleningsketen (politie, MW, jeugd en volwassenen GGZ, OM, RvK) zijn bij elkaar gebracht. Opgezet vanuit de 'code rood' situaties, omdat dit met name crisissituaties zijn die een snelle aanpak vereisen. Door o.a. training ontstond een gemeenschappelijk gedragen visie, die dient als referentiekader om vanuit de verschillende invalshoeken met elkaar de juiste oplossing te vinden.</li> <li>* Binnen de regio Venlo is een regionale klankbordgroep opgericht met als belangrijke taak een ambassadeurswerking naar andere belanghebbenden in het bredere netwerk.</li> <li>* In het FJC zijn faciliteiten aanwezig waardoor gericht onderzoek kan plaatsvinden (forensische onderzoekskamer, verhoorkamers, speelkamer). De aanpak is gezinsgericht en biedt de mogelijkheid voor gezinsbehandeling met alle betrokken gezinsleden in een herstelfase.</li> </ul>
Kerntaken	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Creëren van veiligheid van slachtoffers van huiselijk geweld en de overige betrokkenen binnen het gezin en een gezinsgerichte aanpak/behandeling met actieve inbreng van zowel professionals als de direct betrokken gezinsleden.</li> </ul>
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Het urgentiegevoel bij alle deelnemende partijen en door intensieve samenwerking het vinden van de juiste hulp.</li> <li>* Wat werkt is de combinatie van goed leiderschap, meerjarenbeleid en financiering, een vast kernteam, voldoende faciliteiten, mogelijkheden tot het bieden van trainingen in het veld en afspraken rondom een eenduidig in te voeren methodiek in de werkorganisatie.</li> </ul>

MDA-initiatief	Family Justice Center Venlo (Mutsaersstichting)
Knelpunten/ aandachtspunten	<p>Wat mist op dit moment is voldoende politiek commitment. De aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling wordt gezien als een kostenpost waar zo min mogelijk in geïnvesteerd moet worden, de korte termijn gedachtegang overheerst en er wordt uitsluitend gestuurd op incidenten. Daarmee loopt een doorontwikkeling van en FJC als kenniscentrum en specialistisch centrum gevaar.</p>
Ambitie	<p>(Door)ontwikkeling van een multidisciplinair centrum waar slachtoffers van ernstig huiselijk geweld en kindermishandeling terecht kunnen, gespecialiseerde professionals nauw samenwerken en trainingen kunnen geven aan generalisten, huisartsen, politie etc.</p>

Bron: het FJC Venlo

MDA-initiatief	Centrum Seksueel Geweld (CSG)
Aanleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Slachtoffers van een acute verkrachting liepen in Nederland vaak aan tegen een versnipperd systeem met professionals met onvoldoende expertise, wachttijden hanteren en onnodig vaak vragen naar 'wat er gebeurd is'. Slachtoffers raken hierdoor ontmoedigd en hebben significant meer tijd nodig voor psychisch herstel.</li> <li>* Om dit te doorbreken en de slachtoffers wel de hulp en zorg te bieden die ze nodig hebben is het CSG opgericht.</li> </ul>
Doelstelling (wat doen ze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Het CSG biedt acute slachtoffers van verkrachting (korter dan 7 dagen geleden)</li> <li>* direct medische en psychologische ondersteuning door deskundige professionals en forensisch medisch onderzoek. Uitgangspunt is 'zo goed en zo snel mogelijk met zo min mogelijk professionals'.</li> <li>* Slachtoffers die geen contact met de politie/justitie willen of aangeven langer dan 7 dagen geleden zijn misbruikt kunnen ook van het CSG gebruik maken.</li> </ul>
Hoe is het georganiseerd (partners/ doelgroep werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Het CSG is een samenwerkingsverband tussen medische, psychologische en forensische disciplines volgens de Multidisciplinaire aanpak. In het samenwerkingsverband zijn afspraken over uitwisseling van informatie vastgelegd.</li> <li>* Een CSG heeft geen eigen onderkomen, maar is gesitueerd op of aan de Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis.</li> <li>* Kenmerkend is dat zorg vanuit verschillende disciplines integraal wordt verleend door personeel dat deze zorg tot haar dagelijkse taken heeft of regelmatig uitvoert.</li> <li>* Wanneer een slachtoffer een CSG binnenkomt wordt hij/zij opgevangen en verder bijgestaan door een gespecialiseerde verpleegkundige. Aangifte is geen doel op zich, maar als het slachtoffer aangifte wil doen, vindt eerst forensisch-medisch onderzoek plaats. Daarna wordt acute medische zorg gegeven.</li> <li>* De casemanager vormt de verbinding tussen het slachtoffer en alle disciplines en bekijkt of het slachtoffer elders in de zorg is en of er een melding moet worden gedaan bij het Veilig Thuis (VT).</li> <li>* De psychologische zorg door de casemanager bestaat uit 'watchful waiting', het monitoren van acute stressreacties en het geven van psycho-educatie aan het slachtoffer en ouders/partner. Het CSG zal na de eerste opvang binnen de Multidisciplinaire aanpak gaan samenwerken met VT.</li> </ul>

MDA-initiatief	Centrum Seksueel Geweld (CSG)
Kerntaken	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Acute medische zorg gericht op preventie van zwangerschap en besmetting met seksueel overdraagbare aandoeningen en behandeling van letsel.</li> <li>* Acute psychologische zorg om herstel te bevorderen ter preventie van het ontstaan van psychische stoornissen, zoals PTSS.</li> <li>* Forensisch onderzoek gericht op sporen en letselduiding.</li> </ul>
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Om een landelijk dekkend netwerk van CSG's te realiseren zijn 15 centra nodig. Momenteel zijn er in Nederland al 6 gerealiseerd en zijn gesprekken gaande met meerdere geïnteresseerde gemeenten/ regio's.</li> <li>* De disciplines binnen het CSG werken nauw met elkaar samen en bevorderen elkaars deskundigheid.</li> </ul>
Knelpunten/ aandachtspunten	De uitrol van het landelijk netwerk wordt gefinancierd door het Fonds Slachtofferhulp met een eenmalige subsidie. Voor de voortgang van het CSG is in de toekomst structurele financiering nodig voor regionale coördinatie, eigen risico kosten en casemanagement.
Ambitie	Een landelijk dekkend netwerk van CSG's.

Bron: het Centrum Seksueel Geweld



MDA-initiatief	Family Justice Center Tilburg (Veilig Thuis Midden-Brabant)
Aanleiding	Door de aanwezigheid van het SHG Midden-Brabant verbeterde de kwaliteit van de integrale aanpak, de recidive cijfers bleven echter hoog. Het Amerikaanse FJC- model bood aanknopingspunten om meer sluitende afspraken te maken in de hele zorg- en veiligheidsketen en de positie van de betrokkenen zelf te verbeteren door de 'one-stop-shop' benadering.
Doelstelling (wat doen ze)	De integrale samenwerking bij de aanpak van huiselijk geweld verbeteren, de recidive terugdringen, veiligheid te garanderen en verbetering van de positie van de slachtoffers vanuit de visie dat het slachtoffer centraal staat met als insteek een gezinsgerichte benadering: één gezin één plan.
Hoe is het georganiseerd (partners doelgroep/ werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Eerst werd bestuurlijk draagvlak gecreëerd en met sleutelpartners (politie, OM, Bureau Jeugdzorg, AMK, MW en de vrouwenhulpverlening) een plan opgesteld</li> <li>* Daarna organiseerde het SHG op operationeel niveau focusgroepen met slachtoffers, werden speciale huis- en speelkamers ingericht waarin de politie aangifte kon opnemen en forensisch medisch onderzoek uitgevoerd..</li> <li>* Een breed risico taxatie-instrument werd ontwikkeld.</li> <li>* Vanaf de start hebben de medewerkers van de deelnemende organisaties intervisie om meer uniform (samen) te werken.</li> </ul>
Kerntaken	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Veiligheidsplan voor alle betrokkenen</li> <li>* Verdiepingsanalyse om zicht te krijgen op de oorzaken en factoren</li> <li>* Plan van aanpak voor duurzame veiligheid inclusief hulpverlening en herstelplan</li> <li>* Organisatie en toeleiding naar passende hulpverlening</li> </ul>

MDA-initiatief	Family Justice Center Tilburg (Veilig Thuis Midden-Brabant)
Succesfactoren/ wat werkt	<p>* Binnen het FJC Tilburg is met alle betrokken partijen een heldere visie ontwikkeld hoe huiselijk geweld en kindermishandeling effectief te keren. Deze visie is opgenomen in de Regiovisie en alle betrokken partijen ondertekenden een intentieverklaring voor de volgende fase.</p> <p>Organisatorische voorwaarden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vorming van een trans-organisatorisch team uit organisaties die cruciaal zijn voor de aanpak van huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel geweld (en gekoppeld hieraan methodische inbedding en intervisie).</li> <li>2. Speciaal ingerichte kamers die voldoen aan de veiligheids- en comfortvraagstukken om slachtoffers en kinderen goed op te kunnen vangen/aangifte te kunnen doen/forensisch onderzoek af te kunnen nemen en observaties te doen.</li> </ol>
Knelpunten/ aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Deze aanpak vergt:</li> <li>* Een gemeenschappelijk gedeelde visie tussen gemeenten, zorg- en justitiepartners en bestuurlijke draagvlak;</li> <li>* Sluitende afspraken tussen Veilig Thuis/ Veiligheidshuizen/ OM, politie/ vrouwenhulpverlening/ jeugdzorg/ GGZ/ verslavingszorg/ forensisch plegeraanbod/ expert LVB problematiek (NB veel product gefinancierde organisaties) ;</li> <li>* Methodische verbinding (bijv. SOS of Multifocus-methodiek);</li> <li>* Samenhangende afspraken met het voorliggend veld.</li> </ul>
Ambitie	<p>Voor hoog risicozaken, complexe of acute en ernstige dreiging een sluitende multidisciplinaire en integrale aanpak van huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel geweld</p>

Bron: het FJC Tilburg

MDA-initiatief	Interventieteam huiselijk geweld regio West-Brabant
Aanleiding	In januari 2013 gestart voor hulp aan (gezin)systemen met complexe problemen op meerdere leefgebieden, casussen die zorgwekkend zijn en/of waar een ernstige dreiging ontstaat. Daarnaast casussen met zorgmijders en recidieven (eerdere hulp leidde niet tot het beheersbaar maken van het geweld).
Doelstelling (wat doen ze)	Het werken aan herstel van de veiligheid van het (gezins-) systeem, het stoppen of doorbreken van geweld en vasthoudend zijn tot de veiligheid in gezin (en in de buurt) weer toeneemt, regie in hun leven terugkomt en geweld duurzaam doorbroken wordt.
Hoe is het georganiseerd (partners doelgroep/ werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Het Interventieteam (IT) bestaat uit medewerkers van IMW, vrouwenopvang Safegroup, Traverse, MEE en Veilig Thuis. In de tweede schil: GGZ, bemoeizorg van verslavingszorg . Er is overleg en afstemming met politie, OM en Reclassering.</li> <li>* Iedere organisatie kan een casus aanmelden via de Huiselijk Geweld Overleggen binnen de Veiligheidshuizen. Het IT werkt vanuit de Veiligheidshuizen, treedt op in duo's en gebruikt de systeemgerichte en Signs of Safety benadering. Werkers gaan outreachend aan de slag met het gezin/systeem en maken (gezamenlijk) een veiligheidsplan, inventariseren welke hulpverlening/ondersteuning nodig is en organiseren een familie-/netwerkberaad. Door langdurige investering en monitoring (tot een jaar na de start), maakt IT dwingende afspraken met het (gezin)systeem, indien nodig met extra (drang/dwang) maatregelen.</li> </ul>
Kerntaken	Integraal en intersectoraal werken aan herstel van veiligheid, en toewerken naar regie bij (gezin)systemen bij uitvoeren van veiligheidsplannen.
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* De teamleden denken buiten de kaders van de eigen organisatie, zonder dat zij hier volledig los van komen te staan. Zij nemen de eigen deskundigheid mee en versterken elkaars kennis.</li> <li>* Het unieke van het IT is dat zij Casusregie en hulpverlening combineren, waardoor men vaak meer bereikt.</li> </ul>
Knelpunten/ aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Het is wenselijk dat verslavingszorg in het team van IT deelneemt</li> <li>* Systeemgerichte aanpak: m.n. hulpverlening voor de plegers lijkt minder ontwikkeld.</li> </ul>
Ambitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kwaliteitsimpuls voor forensische kennis bij hulpverleners (psychologische - en verslavingszorg).</li> <li>* Focus verbreden met aandacht voor seksueel geweld.</li> </ul>

Bronnen: Interventieteam huiselijk geweld regio West-Brabant en Algemene folder Interventieteam Huiselijk Geweld

MDA-initiatief	Code Rood Twente
Aanleiding	In april 2012 opgezet na een ernstige huiselijk geweldzaak met dodelijke afloop. Evaluatie wees uit dat alle betrokken instanties gedaan hadden wat ze moesten doen, toch was het niet genoeg. B&W Enschede nam met ministerie V&J initiatief tot pilot-Code Rood, met onderzoekstraject.
Doelstelling (wat doen ze)	De aanpak van ernstige cases met herhaald huiselijk geweld, acuut gevaar (potentiële familiedrama's) en intiem terrorisme. Doel is de veiligheid van betrokkenen zo snel mogelijk naar een aanvaardbaar veiligheidsniveau te brengen. De veiligheid van kinderen staat voorop.
Hoe is het georganiseerd (partners doelgroep werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Code Rood is vanuit het Veiligheidshuis Twente georganiseerd.</li> <li>* De procesmanagers: een vanuit Veiligheidshuis en een vanuit centrumgemeente Enschede.</li> <li>* Deelnemers: wijkcoach Huiselijk Geweld, Forensisch psycholoog en systeemtherapeut, politie Huiselijk Geweld Unit, OM, Reclassering, Veilig Thuis, Verslavingsarts, GGZ: Psychotraumacentrum.</li> <li>* Het Code Rood-overleg beslist (consensus) over wel of geen 'code rood status', actieplan etc.</li> <li>* De kernpartners, event. aangevuld met andere specialisten, bespreken wekelijks de aangeleverde zaken, om gezamenlijk actieplan op te stellen en uit te voeren. Alle interventies / instrumenten zijn combinaties van bestuursrecht, civiel recht, strafrecht en verschillende vormen van hulpverlening, zo breed mogelijk ingezet en bij voorkeur parallel aan elkaar.</li> <li>* Aanmelder van casus (op de hoogte van detailinformatie) moet aanwezig zijn om goede risico-inschatting en dito actieplan te kunnen maken. Aanmeldformulier is tevens risicotaxatie-formulier.</li> </ul>
Hoe is het georganiseerd (partners doelgroep werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* De procesmanager volgt de casus om de in het actieplan gemaakte afspraken te bewaken en grijpt zo nodig in (doorzettingmacht) Na afloop schaaft team de casus af naar (boven)lokaal zorgnetwerk. Dit is gezamenlijke beslissing van het overleg. De procesmanager monitort.</li> <li>* De lokale procesmanager Zorg (vanuit desbetreffende gemeente) neemt ook deel. Hij/zij is de 'linking pin' naar de burgemeester van betrokken gemeente, vanwege het veiligheidsaspect.</li> </ul>
Kerntaken	Gezamenlijk integrale hulp en bescherming bieden aan gezinnen, m.n. de kinderen, om de veiligheid z.s.m. tot een aanvaardbaar niveau te krijgen.

MDA-initiatief	Code Rood Twente
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Afstemmen van - elkaar aanvullende - interventies vanuit verschillende disciplines;</li> <li>* Zo snel mogelijk;</li> <li>* Het vaste team is deskundigheidsplatform geworden;</li> <li>* Alles wat mogelijk is wordt ingezet;</li> <li>* Afschaling naar (boven)lokaal zorgnetwerk, monitoring procesmanager;</li> <li>* Code rood casus heeft prioriteit bij forensische en verslavings ggz;</li> <li>* Deelnemers hebben mandaat vanuit eigen instelling.</li> </ul>
Knelpunten/ aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Middelen / interventies zijn soms versnipperd of niet aanwezig, maar door appel op veiligheid en samenwerking vaak toch opgelost.</li> <li>* De beschikbaarheid van het Openbaar Ministerie is een aandachtspunt.</li> <li>* De reguliere GGZ deed vaak niet mee, men beriep zich op privacy, dit is ondervangen door vaste contactpersonen vanuit Code Rood overleg -problemen.</li> </ul>
Ambitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kwaliteitsimpuls voor forensische kennis bij hulpverleners (psychologische - en verslavingszorg).</li> <li>* Focus verbreden met aandacht voor seksueel geweld.</li> </ul>

Bronnen:

Code Rood Team

Eindevaluatie Code Rood Pilot Enschede; December 2012 en gespreksverslag MDA-ronde; 16 juli.

MDA-initiatief	Organisatienetwerk Kindermishandeling Gelderland Midden
Achtergrond/ waarom opgestart	Realiseren van duurzame veiligheid en ontwikkelruimte voor mishandelde kinderen in gezinnen met complexe problematiek, door het voorkomen van inefficiënte en ineffectieve zorg vanwege onvoldoende signaalgevoeligheid, handelingsverlegenheid en slechte intersectorale samenwerking.
Wat doen ze	Realiseren van passende, integrale en intersectorale samenwerking tussen verschillende hulpverleners, gezin en netwerk op basis van het principe: één gezin, één analyse, één plan en één regisseur.
Hoe is het georganiseerd (partners/ doelgroep/ werkwijze	<p>Sinds 2012 hebben in de VT-regio Gelderland-Midden 35 organisaties (zorg, welzijn en veiligheid) zich bij convenant toegelegd op samenwerking. Structurele kerngroep: VT, (j)GGZ, lvb, verslavingszorg, RvdK, jeugdhulp en jeugdbescherming, politie, kindergeneeskunde, huisartsenzorg.</p> <p>Op gezinsniveau wordt passend netwerk met alle noodzakelijke expertise uit de al betrokken hulpverlening en/of het organisatienetwerk gerealiseerd. Hierdoor integratie van informeel en professioneel netwerk, waarin bijdrage op maat en vanuit eigen expertise aan de gezamenlijke doelstellingen voor het gezin. Partners die vaak betrokken zijn: onderwijs, preventieve veld en wijkteams.</p> <p>Doelgroep: kinderen en gezinnen met complexe problematiek waarbij sprake is van verhoogd risico op of plaatsvinden van kindermishandeling.</p> <p>De kerngroep van het organisatienetwerk komt elke twee weken bij elkaar. Hulpverlening op maat vindt plaats onder leiding van een door alle betrokkenen gemandateerde en competente regisseur .</p>
Kerntaken	Integraal en intersectoraal samenwerken bij signaleren, onderzoeken en in samenhang behandelen van kinderen en gezinnen met complexe problematiek waarbij sprake is van verhoogd risico op of plaatsvinden van kindermishandeling.
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* De samenwerking is een organisatienetwerk-verband en niet bedoeld als opmaat naar een nieuwe organisatie.</li> <li>* Expertise wordt flexibel, snel en op maat in samenhang ingezet: analyse, zorg op maat en intersectorale regievoering.</li> <li>* Minder sprake van dwang en drang en bij de gezinnen, meer motivatie en eigen regie voor hulpverlening op maat.</li> </ul>

MDA-initiatief	Organisatienetwerk Kindermishandeling Gelderland Midden
Aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Doorontwikkeling van samenwerking en afstemming met sociale wijkteams; routes/protocollen en deskundigheidsbevordering SWT. Nu al coaching aan regievoerders uit SWT-leden. Hoe kan SWT vroeger complexe problematiek signaleren en daar op maat op reageren? Kan intersectorale regievoering altijd bij het SWT liggen? Hoe wordt goede op-/afschaling georganiseerd?</li> <li>* Afstemming met/aansluiting op acute medisch/forensisch zorg, VT en acute hulpverlening.</li> <li>* Afstemming met OM en ontwikkelingen in Veiligheidshuis.</li> <li>* Borging van werkwijze op niveau van organisaties en beleid. Aannahme is dat vooral de analysefase een grotere tijdsinvestering vraagt, waarna meer empowerment van gezinnen en hun netwerk en effectievere en efficiëntere inzet van specialistische hulpverlening tot een duurzamer resultaat, snellere afschaling en kostenreductie leidt.</li> <li>* Instroom uit de wijkteams en Veilig Thuis blijft nog achter.</li> </ul>
Ambitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Om breder te gaan werken, rond complexe geweldsproblematiek, kindermishandeling vaak symptoom complexere problematiek.</li> <li>* De aanpak onder de aandacht brengen van andere aanpalende veiligheidsregio's.</li> </ul>

Bronnen:

Organisatienetwerk Gelderland Midden;

Hurdeman, M. en J. de Jong (2014). Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling. 'Wicked answer to a wicked problem'.

Van de Bunt adviseurs.

MDA-initiatief	Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling Friesland (MDC-K)
Aanleiding	<p>In Friesland heeft men sinds 2011 de handen ineen geslagen om te komen tot een integrale aanpak. Het ontstaan van het MDCK is hiervan een voorbeeld, het is een gezamenlijk initiatief wat ook gezamenlijk is uitgewerkt.</p>
Doelstelling (wat doen ze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Snelle hulp, (forensisch) onderzoek en diagnose, effectieve doorgeleiding en begeleiding van slachtoffers en plegers.</li> <li>* Voor MDA structureel geweld (kindermishandeling) geen fysiek centrum</li> <li>* Door goede gecoördineerde basisdiagnostiek van het kind hoeft het gezin/kind maar 1 keer het verhaal te vertellen.</li> <li>* Afstemming van werkprocessen (verkorting van doorlooptijd van 120 naar 30 dagen bereikt). Gemeten van datum melding tot start hulpverlening.</li> </ul>
Hoe is het georganiseerd (partners/ doelgroep/ werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kernpartners: Zorgaanbieder (Fier en GGZ Friesland Forensische Poli), Medisch Centrum Leeuwarden, Regiecentrum Friesland (VT), Politie, OM</li> <li>* Er is een stuurgroep die de gehele MDA implementatie volgt.</li> <li>* Triage door VT.</li> <li>* Er is een team Directe Hulp bij HG (bij Fier).</li> <li>* Er is een CSG (in het MCL)</li> <li>* MDCK kan binnen 24 uur een onderzoek bij het ziekenhuis regelen.</li> <li>* Zowel bij acuut als structureel geweld is er een rol voor het MDCK. De aanpak is met alle Friese ziekenhuizen.</li> <li>* Samenwerking met lokale veld, jeugdbescherming, Raad, verschillende aanbieders Jeugdhulpverlening, LVB</li> </ul>
Kerntaken	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gezamenlijke snelle diagnose en integraal onderzoek dat leidt tot een gedragen plan van aanpak.</li> <li>* Afspraken maken over uitvoering van plan en verantwoordelijkheden daarbij.</li> <li>* organiseren hulp in multidisciplinair verband.</li> <li>* Volgen of gemaakte afspraken worden nagekomen en gewenst resultaat hebben (pas loslaten als het werkt)</li> </ul>



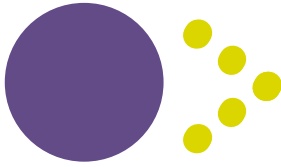
MDA-initiatief	Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling Friesland (MDC-K)
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Stuurgroep met bestuurders/managers van GGZ, Fier, Regiecentrum Friesland, MCL, OM, Politie</li> <li>* Structureel overleg met managers</li> <li>* Korte lijnen</li> <li>* Bestuurlijk commitment</li> <li>* Werkprocessen opnieuw vormgeven met LEAN-methodiek</li> <li>* Ouders aan tafel bij opstellen plan</li> <li>* Veilige cloud-toepassing voor delen van informatie</li> <li>* Goed op elkaar ingespeeld team dat creatieve oplossingen bedenkt en volhoudt</li> </ul>
Knelpunten/ aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>* De snelheid en doortastendheid van handelen wordt hier soms gefrustreerd door de reguliere processen van ketenpartners, zoals de politie (opsporingsprioriteiten) en de werkwijze en wachtlijsten binnen de GGZ.</li> <li>* De financieringssystematiek (DBC-financiering past niet)</li> <li>* Hardnekkige recidiverende (gezins-)geweldsproblematiek. Hiervoor is langdurig stut- en steunbegeleiding nodig i.p.v. iedere keer een 'keukentafel' gesprek of kortdurende interventies die elkaar in hoog tempo opvolgen. Hiervoor moet intensiever samengewerkt met de gemeenten en wijkteams. Dit kan nog beter.</li> </ul>
Ambitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Oplossen van de knelpunten.</li> <li>* Ervaring en kennis delen over onze aanpak</li> <li>* Integrale hulp beter organiseren en ook inhoudelijk verbeteren</li> </ul>

Bron: MDCK Friesland

MDA-initiatief	Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling Kennemerland (MCD-K)
Aanleiding	De versnipperde, gefragmenteerde aanpak van kindermishandeling waardoor dit niet snel genoeg gestopt wordt, het kind te lang in onveiligheid verkeert en hulp aan kind, ouders/netwerk te laat start om blijvende veiligheid te creëren, opgelopen schade te herstellen en een positieve ontwikkeling op gang te brengen.
Doelstelling (wat doen ze)	Realisatie van een nieuwe integrale, multidisciplinaire werkwijze en het bewerkstelligen van een snelle en adequate aanpak van kindermishandeling
Hoe is het georganiseerd (partners/ doelgroep/ werkwijze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Binnen het centrum heeft een casusteam van specialisten uit de (jeugd)zorg, de medische en de justitiële sector, wekelijks intersectoraal casusoverleg, waarin de meest ingewikkelde casuïstiek m.b.t. (ernstige vermoedens van) kindermishandeling worden opgepakt.</li> <li>* Iedere dag is een kernteam (2 medewerkers van Veilig Thuis, 1 van de politie, 1 van de jeugdbescherming, 1 kind-specialist op het gebied van trauma, 1 specialist (met forensische expertise) uit de GGZ- volwassenen en 1 kinderarts) direct inzetbaar. Medewerkers van Raad voor de Kinderbescherming, OM, Reclassering, CJG zijn op afroep direct beschikbaar.</li> <li>* In het centrum kan de hele onderzoeksfase plaatsvinden, (kinderarts, forensisch medisch onderzoek, studioverhoor door politie, risicotaxatie, beoordeling van trauma signalen of problematiek bij ouders). Ook kan direct worden gestart met een behandelingstraject.</li> <li>* Het MCDK kan vijf dagen per week en bij crisis ook 's avonds en weekends ingezet worden. Verwijzingen komen grotendeels via VT als er sprake is van acute onveiligheid en/of structurele ernstige onveiligheid bij een kind. Ook als de spoedeisende hulp of politie of één van de deelnemende instellingen verwijst doet VT (in het MDCK) de eerste beoordeling (triage).</li> </ul>
Kerntaken	Bieden van hulp en veiligheid onder één dak, snel en zorgvuldig onderzoek en hulp na kindermishandeling door een team van professionals uit verschillende sectoren.
Succesfactoren/ wat werkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alle contacten en onderzoeken vinden plaats op één fysieke plek om te voorkomen dat betrokkenen van ene plek naar de andere moeten reizen en telkens hun verhaal opnieuw moeten vertellen.</li> <li>* Bij de deelnemende professionals en organisaties is veel enthousiasme over de snelheid waarmee de onderzoeksfase verloopt en de korte lijnen.</li> </ul>

MDA-initiatief	Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling Kennemerland (MCD-K)
Knelpunten/ aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ondanks alle samenwerkingsconvenanten en privacy protocollen moet het samenwerken in de dagelijkse praktijk ontwikkeld- worden.</li> <li>* Vraagstukken zoals welke informatie wel en niet gedeeld mag worden, de keuze tussen wel of niet een strafrechtelijke aanpak, vragen constante aandacht en afstemming.</li> </ul>
Ambitie	Op 18 november wordt het MDCK officieel geopend. Daarna start ook het onderzoek naar de effecten en de doelmatigheid van de aanpak en naar de ervaringen van de cliënten.

Bron: rapport Van de Bunt adviseurs (juni 2014) en MCD-K



## Bronnenlijst

- \* Berge, I. e.a. (2012). Stoppen en helpen. Uitgeverij SWP: Nederlands Jeugdinstituut.
- \* Hoppe, R (2010). The governance of problems. Puzzling, powering and participation. Bristol: Policy Press.
- \* Huurdeman, M. & de Jong, J. (2014). Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling 'Wicked answer to a wicked problem'. Amsterdam: Van de Bunt Adviseurs.
- \* Keast, R., Brown, K., & Mandell, M. (2007). Getting the right mix: Unpacking integration meanings and strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9-33.
- \* Kenis, P. N., & Provan, K. G. (2008). Het network-governance-perspectief. *Business Performance Management. Sturen op prestatie en resultaat*, 296-312.
- \* Kraak, A., ten Berge, I. (2013). Effectieve en Efficiënte zorg voor kinderen en gezinnen bij kindermishandeling. Arnhem: Nederlands Jeugdinstituut.
- \* Niekamp, A.M., Berghout, H., Bicanic, I. (2014). Kwaliteitscriteria voor disciplines werkzaam in een multidisciplinaire centrum voor acute slachtoffers van seksueel geweld (< 7 dagen geleden).
- \* Tierolf, B., Lunnemann, K., (2014). Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. G4.
- \* Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011.
- \* Van Zutphen, R. & Dullaert, M. (2015). Veiligheid Voorop. Den Haag: De Kinderombudsman.
- \* In 't Zandt & Simons, 2013.
- \* Pattje, W. (2011). De volgende stap. Handreiking voor de versterking van de regierol van centrumgemeenten bij de aanpak van huiselijk geweld. Den Haag: VNG.
- \* Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- \* Provan, K.G., & Kenis, P. (2008). Het network-governance-perspectief. *Business Performance Management. Sturen op prestatie en resultaat*, 296-312.
- \* Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.

- \* Siemerink, C. (2014). Een onderzoek naar de invloed van de institutionele vormgeving op de samenwerking rond de aanpak van complexe gevallen van huiselijk geweld. Enschede: Universiteit van Twente.
- \* Snoeren, F. & Hoefnagels, C. Giving maltreated children a voice; Trimbos-instituut; 2014.
- \* Van Delden, P. V. (2009). Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten. Delft/Zutphen: Uitgeverij Eburon.
- \* Van Delden, P.V. (2010). Ketensamenwerking: interne krachten bepalen het externe resultaat. Uitgave M&O mei/juni 2010.
- \* Van Bueren, E. M., Klijn, E. H., & Koppenjan, J. F. (2003). Dealing with wicked problems in networks: Analyzing an environmental debate from a network perspective. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(2), 193-212.
- \* Vanoni, M., Lunneman, K.D. (2013). Meerwaarde integrale opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut en Regioplan.
- \* Veilig Thuis (2014). VNG-model handelingsprotocol voor het advies en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- \* Voor een Veilig Thuis (2014). Triage Veilig Thuis bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- \* Veilig Thuis West-Brabant (2015); Evaluatie 2014 Interventieteam Huiselijk Geweld. Veilig Thuis.
- \* VNG (2013a). Regio-indeling bij de vorming van AMHK. VNG Ondersteuningsprogramma AMHK.
- \* VNG (2013b). Scenario's voor het AMHK in relatie tot het lokale sociale domein. VNG Ondersteuningsprogramma AMHK.



**Movisie:** [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)

**Nederlands Jeugdinstituut:** [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

**Bezoekadres:** Catharijnesingel 47, Utrecht