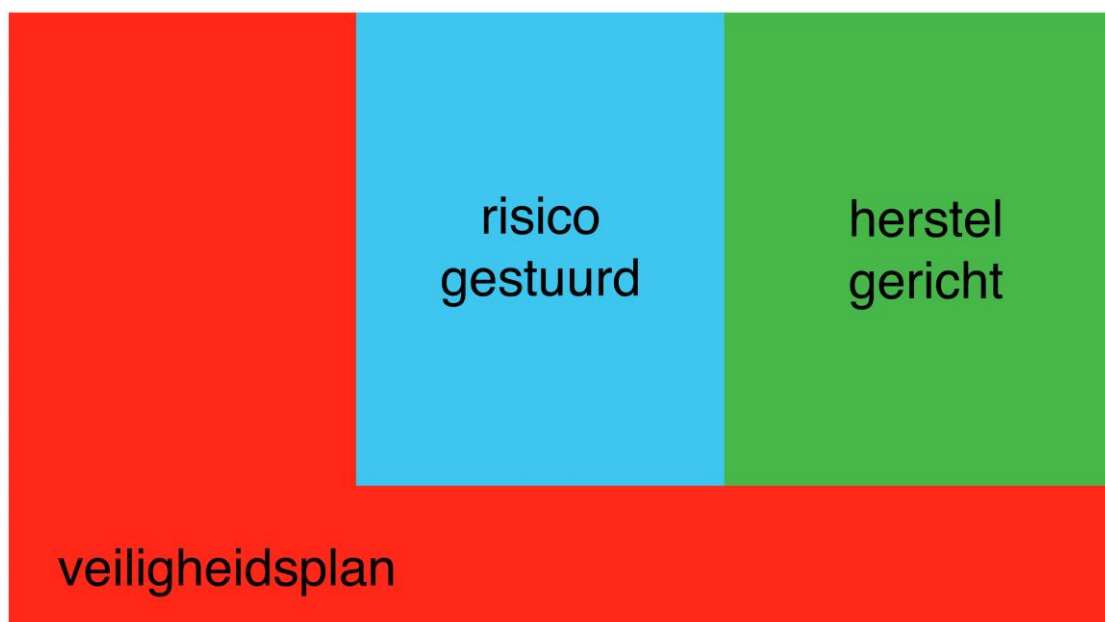


## Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg

*Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*





Initiatiefnemers: VNG & GGD GHOR Nederland

© GGD GHOR Nederland

Bronvermelding bij gebruiken van (delen uit) de tekst van dit document

Auteurs: L. Vogtländer & S. van Arum

Contact: [sandervanarum@gmail.com](mailto:sandervanarum@gmail.com)

Mei 2016

## Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg

*Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*

### 1 Inleiding

Dit visiedocument is bestemd voor alle professionals die in hun werk te maken krijgen met vrouwen en mannen, kinderen en jongeren die in huiselijke kring geweld en onveiligheid doormaken. Met huiselijke kring wordt bedoeld: (ex)partners en (ex)verkering, van ouder naar kind, en van kind naar diens ouder, tussen kinderen en door familieleden en huisvrienden. Het geweld kan dus binnenshuis en buitenshuis plaatsvinden.

Dit visiedocument biedt in de eerste plaats een inhoudelijke visie op ketensamenwerking en waarom deze gefaseerd moet verlopen, als voorwaarde voor een werkzame aanpak bij onveiligheid<sup>1</sup>. In tweede instantie wordt uitgelegd wat de centrale rol van Veilig Thuis is bij het tot stand brengen van directe veiligheid en bij het aansturen van dit proces van gefaseerde ketensamenwerking.

Het visiedocument wil bijdragen aan de discussie over 'hoe sturen we in samenwerking met alle partijen in het veld goed op veiligheid', en een verschuiving in het denken tot stand brengen over de kwalitatieve aanpak van geweld en onveiligheid in huiselijke kring in de keten vanaf Veilig Thuis tot en met de GGZ en alle partners in de zorg daartussenin. De ambitie is om een verschil te maken bij het doorbreken van de complexe cirkel van geweld die doorwerkt tot in de volgende generatie.

Er wordt uitgegaan van vijf fasen in het aanbieden van zorg<sup>2</sup>:

- werken aan directe veiligheid met een veiligheidsplan;
- werken aan stabiele veiligheid met een hulpverleningsplan voor risicogestuurde zorg;
- werken aan herstel van de ontwikkeling van de individuele gezinsleden met herstelplannen voor trauma-geïnformeerde en herstelgerichte zorg;
- werken aan stabilisatie door het evalueren en bijstellen van eerder gestelde doelen;
- werken aan het leren omgaan met terugval met een toekomstplan.

Toegelicht wordt hoe de eerste drie fasen zinvol geïntegreerd kunnen worden in de ketenaanpak. De aanpak volgt de richtlijnen van de What Works-principes. Zorg die aan de What Works-principes voldoet, geeft betere resultaten dan zorg die hier niet of slechts gedeeltelijk aan voldoet.

Het visiedocument sluit aan bij de ontwikkelingen in het veld tot nu toe en wil deze integreren met als doel een ondersteunende en leidende visie te bieden gekoppeld aan een praktische uitwerking. Het visiedocument is geschreven door de auteurs<sup>3</sup> van het triage-instrument Veilig Thuis<sup>4</sup>. Het

---

<sup>1</sup> Deze visie en de elementen van de aanpak komen voort uit inzichten verkregen door 12 jaar klinische ervaring en multisectorale samenwerking bij het gezinsbehandelprogramma bij kindermishandeling 'Veilig Sterk en Verder', gevolgd door het ontwikkelen van de GIPS als methodiek voor Gestructureerde & Gezinsgerichte Intensieve multisectorale Professionele Samenwerking bij kindermishandeling (zie noot 2).

<sup>2</sup> Vogtländer, L., Tan, S., Lünemann, K., (verwacht 2016). *De GIPS - Methodiek voor intensieve intersectorale zorg bij kindermishandeling*. Fundamenten, praktijk en uitkomsten van de pilot.

<sup>3</sup> **Auteurs:** Drs. L. Vogtländer, kinder- en jeugdpsychiater bij de Waag Nederland & drs. S. van Arum, orthopedagoog/psychotherapeut, zelfstandig gevestigd expert multisectorale systeemgerichte samenwerking bij geweld, verwaarlozing en misbruik in huiselijke kring. Correspondentie: [sandervanarum@gmail.com](mailto:sandervanarum@gmail.com)

<sup>4</sup> Vogtländer, L. & Arum, S. van (2015). *Triage Veilig Thuis bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik*. Versie 0.6. Utrecht: GGD GHOR Nederland. <http://www.ggdghor.nl/nieuws/2015/01/29/triage-instrument-veilig-thuis-beschikbaar/>

gebruik van het triage-instrument en de samenwerking van de multisectorale ketenpartners vragen een andere manier van denken, werken en samenwerken in de gehele keten.

Voor een visueel overzicht van de fasen in de samenwerking zie de FLOWCHART op de laatste pagina van dit document.

## **2 Om geweldspatronen te doorbreken moeten we een specifiek hulpaanbod realiseren**

### **2.1 Wat is de context waarbinnen het werkveld zich ontwikkelt**

Voortvloeiend uit hun opdracht in de Wmo 2015 beogen gemeenten met Veilig Thuis een aanpak te realiseren waarmee direct en op termijn de veiligheid wordt geborgd voor huishoudens waar sprake is van onveiligheid.

In 2013 is een Gemeentelijke visie op de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling geschreven<sup>5</sup> en in 2014 verscheen het Handelingsprotocol Veilig Thuis<sup>6</sup>. Het triage-instrument Veilig Thuis speelt sinds januari 2015 een belangrijke rol bij het in gang zetten van deze ketenaanpak. Het geeft de medewerker van Veilig Thuis handvatten om bij een melding te beoordelen welke spoed en welke expertise nodig is om het geweld te stoppen. Het instrument is daarnaast ontworpen om in de keten vanaf de frontoffice een zorgproces in gang te zetten dat bij acuut gevaar en bij structureel onveilige casussen de 'regie op veiligheid' in de eerste fase van de aanpak bij Veilig Thuis belegt en dat casussen waar onveiligheid geen structureel probleem vormt, doorgeleidt naar het lokale veld.

Op 11 september 2015 is het landelijke *Model voor samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis, Politie en OM* door partijen ondertekend<sup>7</sup>. Het model beoogt te bevorderen dat politie, OM en Veilig Thuis informatie met elkaar uitwisselen, waardoor zij gezamenlijk beter in staat zijn de veiligheid op de korte en de lange termijn te waarborgen voor kinderen en volwassenen in situaties van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Concreet betekent dit dat de politie bij iedere melding bij Veilig Thuis binnen 24 uur informatie zal gaan aanleveren die nodig is voor de uitvoering van de triage. Het gaat om eerdere mutaties met betrekking tot geweldsincidenten, zeden en vuurwapenbezit of vuurwapengebruik van betrokken personen, gezinsleden en op dat adres. Er zullen *regionale afstemmingsoverleggen* georganiseerd worden tussen deze drie partijen. Daar wordt casuïstiek besproken waarvan het triage-instrument aangeeft dat er sprake is van acuut gevaar of van structurele onveiligheid. Alle beschikbare en relevante informatie tussen Veilig Thuis, Politie en Justitie wordt uitgewisseld, strafrechtelijke mogelijkheden worden beoordeeld en besloten wordt welke samenwerking nodig is voor het realiseren van veiligheid.

Per 1 mei 2016 zijn door het OM de landelijke aanwijzingen 'Huiselijk Geweld en Kindermishandeling', 'Zeden' en 'Kinderpornografie' aangepast. Ze zijn onderling met elkaar in lijn gebracht en kennen daarmee dezelfde vier uitgangspunten. De aanwijzingen geven kaders en regels

---

<sup>5</sup> *Een Veilig Thuis: Gemeentelijke visie op de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling* (2013). Den Haag, Utrecht, Amsterdam en Rotterdam.

<sup>6</sup> Baeten, P. (2014). *VNG-Model Handelingsprotocol voor het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling 'Veilig Thuis'*. Den Haag: VNG.

<sup>7</sup> *Model voor de Samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis, politie en OM* (2015). VNG

voor de strafrechtelijke aanpak om volgens de Jeugd, Gezin en Zeden (JGZ) benadering bij te dragen aan de veiligheid en veerkracht van kwetsbare personen<sup>8</sup>.

In de toekomst zal bij ernstig en acuut geweld de casus direct opgepakt worden door de Multidisciplinaire Aanpak acuut onveilig. Dit is de beoogde regionale *MDA++ acuut* waarbij de multidisciplinaire aanpak multisectoraal versterkt is door een structurele koppeling van de justitiële keten (strafrechtelijk en civielrechtelijk) met de medische keten en de zorgketen. Ook zal specialistische expertise beschikbaar zijn, gericht op onderzoek van de feiten, op de geweldsdynamiek en op wat slachtoffers en plegers nodig hebben aan specifieke ondersteuning en gerichte diagnostiek en behandeling<sup>9 10</sup>. Bij structurele onveiligheid zal doorgeleid worden naar de toekomstige regionale *MDA++ structureel onveilig*<sup>11</sup> waar dezelfde expertise beschikbaar is. Deze MDA's zullen meestal geplaatst worden achter de genoemde *MDA++ acuut*.

Bij casussen waar geen sprake is van structurele ernstige onveiligheid kan een reguliere multidisciplinaire aanpak in het lokale veld uitgevoerd worden volgens de werkwijze 1Gezin1Plan1Regisseur.

## 2.2 Ontwikkelingen tot nu toe

Pas sinds begin deze eeuw zien wij in Nederland geweld in huiselijke kring niet meer als een privé-aangelegenheid achter de voordeur. In 2006 zijn ingrediënten voor een sluitende aanpak al benoemd in de publicatie *Geweld achter de voordeur* van Hans Janssen: outreachend, systeemgericht, een meersporenaanpak waarbij de hulp aan de slachtoffers en de daders gecombineerd moet worden, regievoering, combinatie met een strafrechtelijke aanpak, Eigen Kracht-conferenties, en het inzetten van een risicotaxatie-instrument. Het accent ligt dan al jarenlang op de ketenaanpak, en samenwerking<sup>12</sup>. Janssen stelt dat zich sinds begin 2000 belangrijke ontwikkelingen hebben voorgedaan op het gebied van deskundigheidsbevordering, wet- en regelgeving en concrete maatregelen, en wijst op het ontstaan van regionale samenwerkingsverbanden bij gemeenten, politie, OM, de vrouwenopvang, de reclassering, de forensische GGZ, de jeugdzorg en de hulpverlening.

In de periode van 2009 tot 2012 heeft het Verwey-Jonker Instituut in de vier grote gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht een groep van bijna 200 gezinnen met bijna 400 kinderen gevolgd waar sprake was van partnergeweld. De onderzoeksvraag was of de aanpak effectief was in het verminderen van het geweld<sup>13</sup>. In de vier grote steden waren beleidsafspraken gemaakt conform het G4 Actieprogramma 2008-2011 waarbij een integrale aanpak centraal stond met als doel het geweld zichtbaar te maken, te stoppen en te voorkomen. De onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut concluderen dat vooral het milde geweld afneemt. De afname is niet aan de

---

<sup>8</sup> <https://www.om.nl/onderwerpen/jeugd-gezin-zeden/>

<sup>9</sup> Bakker, H., Deth, A. van, Bakker, P.P., Bosch, H. van den & Groen, B. *Op weg: Verkenning naar een landelijk dekkende infrastructuur aanpak kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel geweld*. Utrecht: Movisie en NJI.

<sup>10</sup> Pattje, W. (2015). *OP WEG, naar een landelijk dekkende infrastructuur voor de aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld*. VNG

<sup>11</sup> Idem als <sup>9</sup>

<sup>12</sup> Janssen, H. (2006). *Geweld achter de voordeur*. Amsterdam: Boom.

<sup>13</sup> Tierolf, B., Lünemann, K., Stekete, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

hulpverlening te danken. Als het gaat om excessief geweld neemt dit veel minder af en ernstig fysiek geweld neemt niet significant af.

Wanneer de geweldsincidenten afnamen, had dit een direct verband met toename van de emotionele veiligheid van de kinderen en met afname van traumagerelateerde klachten, maar daarmee waren de klachten nog niet verdwenen. Duidelijk werd dat specialistische zorg bijdraagt aan afname van traumagerelateerde klachten.

Ook komt uit het onderzoek pregnant naar voren dat het bij een kwart van de huishoudens niet gelukt is om de hulp te richten op het bespreken van het geweld en bij de helft van de huishoudens niet op het stoppen van het geweld. De hulpverleners richten zich op deelproblemen (verslaving, schulden, psychische stoornis en traumatische klachten) waarbij de kennis van en de focus op de geweldsproblematiek ontbreekt. Daarnaast communiceren de hulpverleners niet, laat staan dat er afgestemd wordt ten behoeve van een gezamenlijke aanpak. De belangrijkste conclusie van de onderzoekers is dat er bij de aanpak van partnergeweld geen sprake is van een integraal en systeemgericht hulpaanbod waarin zowel de pleger, het slachtoffer als de kinderen een op hen afgestemd hulpaanbod krijgen.

De belangrijkste aanbevelingen van het Verwey-Jonker Instituut zijn:

- dat veiligheid voor het hele huishouden een onderwerp is dat voorop moet staan tijdens het hele hulpverleningstraject en dat het tot stand brengen van veiligheid een kwestie van lange adem is;
- dat het hulpaanbod gelaagd en gefaseerd moet verlopen, omdat het onderzoek uitwijst dat het volgende nodig is: bescherming, praktische hulp, ondersteuning van de opvoedingssituatie, aanpakken van in standhoudende risicofactoren en behandeling van de problematiek van alle leden van het gezin.

De stand van zaken in het veld begin 2016 kan worden samengevat in de volgende uitgangspunten:

- veiligheid wordt duurzaam geborgd door te sturen op veiligheid op de korte en op de lange termijn;
- triage aan de poort is noodzakelijk om in te schatten hoe ernstig of hoe complex de problematiek is, welke veiligheidsmaatregelen acuut moeten worden genomen en welke begeleiding of hulpverlening direct vanaf het begin zeer gericht en met inzet van de juiste professionals moet worden gestart;
- een veiligheidsplan moet gevolgd worden door een hulpverleningsplan (hulp gericht op het bewerkstelligen van duurzame veiligheid) en vervolgens door een herstelplan (hulp gericht op herstel van de schadelijke gevolgen voor de individuele gezinsleden);
- er bestaat duidelijkheid in de regie, uitgaande van 1 huishouden, 1 plan, 1 regisseur;
- er wordt door multisectoraal en multidisciplinair samengestelde teams met specialistische expertise een samenhangende systeemgerichte aanpak geboden waarbij patronen doorbroken worden en herstel van gezinsleden wordt nagestreefd. Dit is maatwerk en gaat over alle leefgebieden heen;
- de aanpak wordt geboden in de directe omgeving en men kan blijven functioneren in zijn eigen sociale omgeving als de veiligheid het toelaat;
- er wordt aangesloten bij de eigen kracht met daarbij het betrekken van het sociale netwerk dat professioneel wordt ondersteund, versterkt en zo nodig opgebouwd;
- er wordt gewerkt aan realistische en controleerbare doelen.

### **2.3 Specifieker hulpaanbod**

Tot zover de stand van zaken anno eerste helft van 2016. Hoe kunnen we met gebruikmaking van deze ingrediënten een specifiek hulpaanbod bieden waarmee we echt een verschil gaan maken en geweldspatronen doorbreken?

Dit specifieke hulpaanbod moet inhoudelijk en procesmatig aan de volgende zes voorwaarden voldoen.

*1. Alle professionals werken samen aan veiligheid*

Waar we ook zitten in de keten, rondom een huishouden met lichte of met complexe veiligheidsproblemen, we werken altijd samen aan twee achtereenvolgende doelen: eerst directe veiligheid en pas als dat gerealiseerd en beproefd is werken we aan stabiele veiligheid. Voor stabiele veiligheid is risicogestuurde zorg nodig. Deze aanpak noemen we gefaseerde ketenzorg en is de kern van het betoog in deze publicatie.

*2. Bij structurele onveiligheid volgt een gespecialiseerde multidisciplinaire aanpak*

Triage aan de poort van Veilig Thuis moet sturen op het realiseren van directe veiligheid en het identificeren van huishoudens waar sprake is van acuut ernstig geweld en van huishoudens met een patroon van geweld. Deze huishoudens worden direct doorgezet naar een Multidisciplinaire Aanpak die multisectoraal is en waar gespecialiseerde kennis beschikbaar is. Hier moet in de eerste plaats in teamverband expertise ingezet worden om een krachtig 'onderzoeksplan' in dienst van de veiligheid op te stellen en dit snel en gecoördineerd uit te voeren.

*3. Resultaatgericht werken met focus op de veiligheid in de relaties*

We gaan als professionals resultaatgericht samenwerken door rond en met het huishouden zorg op maat te bieden door gezamenlijk concrete toetsbare doelen te formuleren die betrekking hebben op de veiligheid tussen de leden van dit specifieke systeem, op herstel van trauma's en op herstel van het dagelijks functioneren van alle leden van dit huishouden. Alleen dan kunnen we spreken van systeemgericht werken aan veiligheid.

*4. Een integraal plan bevat afspraken over doelen en oplossingen die je samen aan tafel maakt*

Om deze gezamenlijk geformuleerde doelen te behalen, moeten oplossingen worden doordacht en ingebracht door leden van het huishouden, door hun netwerk en door de betrokken professionals, zowel generalisten als experts. Zo ontstaat een integraal plan dat gemaakt is door allen en leidend is voor allen. Het plan stelt de casusregisseur in staat het overzicht te houden en de gemaakte afspraken te bewaken.

*5. Alle onveilige gezinnen hebben een casusregisseur*

De casusregisseur is niet alleen coördinator van de zorg, maar houdt tevens toezicht op de veiligheid, op de voortgang en op de effecten van de zorg. Een landelijke taak-, en functieomschrijving voor deze casusregisseur is zeer wenselijk.

*6. Delen van informatie heeft als doel om de persoonlijke levenssfeer van gezinsleden veilig te maken*

Als we individuen willen beschermen tegen relationeel geweld en kindermishandeling is het delen van informatie een noodzakelijke voorwaarde om de persoonlijke levenssfeer te kunnen beschermen.

Het delen van informatie moet voldoen aan de principes van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Transparantie is daarbij belangrijk, zowel om de rechten van betrokkenen te respecteren als om een goede werkrelatie met betrokkenen te kunnen realiseren.

Uitgangspunt is dat problemen rond informatiedeling het organiseren van veiligheid en goede zorg niet in de weg mogen staan.

### 3 Eerst directe veiligheid, dan risicogestuurde zorg voor stabiele veiligheid

Casus:

Ziekenhuis meldt bij Veilig Thuis dat baby Janna (4 maanden oud) twee gebroken ribben heeft ten gevolge van hard beetpakken door vader. Er zijn ook tekenen van oude fractures. Er is geen schudletsel. Janna is het eerste kind van de ouders. Janna drinkt slecht en huilt veel. Noch vader, noch moeder kunnen Janna kalmeren. Bij Veilig Thuis is in 2015 een melding gedaan van een vechtpartij tussen ouders. De politie meldt meerdere mutaties vanaf 2005 over uit de hand gelopen ruzies waarbij moeder geslagen was. Aangeboden hulp werd in het verleden afgehouden. Ouders hebben een nieuwe zaak, die niet goed loopt. Er is een schuld opgebouwd. Moeder heeft depressieve klachten.

Als we met elkaar spreken over het realiseren van veiligheid moeten we dat eerst definiëren, zodat we van elkaar weten waar we het over hebben en wat we willen bereiken.

We stellen voor om de volgende definitie van veiligheid te hanteren:

*Veiligheid is de aanwezigheid van krachten die hebben laten zien voldoende en gedurende langere tijd te beschermen tegen het gevaar (naar Turnell<sup>14</sup>: Safety = strengths demonstrated as protection - relative to the danger - over time).*

*Het gevaar bestaat uit de feitelijke onveilige gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan en waarover zorg is dat ze zich herhalen.*

Om doelgericht en effectief te kunnen handelen in de dagelijkse praktijk maken wij een onderscheid tussen veiligheid op de korte termijn (*directe veiligheid*) en veiligheid op de lange termijn (*stabiele veiligheid*). 'Eerst veiligheid' in de titel van dit visiestuk staat dus voor het realiseren van directe veiligheid door het geweld te stoppen en de slachtoffers te beschermen. Dit schept de voorwaarden voor hulpverlening waarmee we de onderliggende factoren aanpakken die de onveiligheid in stand houden. Het aanpakken van de onderliggende factoren zelf heet 'risicogestuurde zorg' en daarmee beogen we stabiele veiligheid te realiseren. Directe veiligheid en stabiele veiligheid kunnen niet tegelijkertijd worden aangepakt, want eerst moet er veiligheid zijn om tot rust te komen en na te kunnen denken. Pas als er voldoende directe veiligheid is, ontstaat ruimte voor verwerking en verandering, zoals ook blijkt uit het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut *Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp*<sup>15</sup>. Werken aan het vergroten van veiligheid is een proces op zichzelf. Het vraagt om gerichte aandacht, verloopt stapsgewijs en heeft langere tijd nodig. Dit model van een gefaseerde aanpak bij onveiligheid is mede gebaseerd op de *What Works-principes*, die verderop worden toegelicht.

#### 3.1 Waarom eerst veiligheid?

In de eerste plaats is veiligheid en bescherming tegen geweld een universeel mensenrecht voor volwassenen en kinderen, met recht op bescherming van de lichamelijke integriteit, met recht op bescherming tegen onterende bestraffing, en met recht op de volle ontwikkeling van de persoonlijkheid<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Turnell, A. Essex, S. A (2010). Als er niets aan de hand is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling, p 134

<sup>15</sup> Tierolf, B., Lünemann, K., Stekete, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

<sup>16</sup> Bron: <http://www.amnesty.nl/mensenrechten/encyclopedie/universele-verklaring-de-rechten-de-mens-uvrm-volledige-tekst>



Cliënten willen graag meedenken over wat er - en welke hulp er - nodig is. Het is daarbij essentieel om een beroep te doen op hun eigen kracht. Dat lukt pas als ze weer rustig kunnen nadenken over hun eigen problemen en kunnen meedenken over oplossingen die bij hen zelf passen. Zolang iemand zich gestrest, bedreigd, angstig en/of onveilig voelt, is vooral het gevaarsignalerende alarmcentrum van de hersenen actief. Van daaruit reageren mensen vooral emotioneel en impulsief. Pas als iemand zich weer rustig en veilig voelt, wordt het rationeel denkende deel van de hersenen actief, dat weloverwogen keuzes mogelijk maakt.

Ook professionals kunnen zonder dat het veilig is voor hun cliënten geen goed onderzoek doen. De hulpverlener blijft dan voortdurend belast met het besef van de schadelijkheid van de voortdurende onveiligheid voor de mens en het zich ontwikkelende kind in het bijzonder. Bovendien is hij of zij belast met de verantwoordelijkheid aan de onveiligheid een eind te maken, maar brengt dat met zich mee dat er steeds ad hoc gereageerd moet worden op veranderende situaties binnen een huishouden in crisis. Als met een huishouden geen basale afspraken te maken zijn, of zij houden zich hier niet aan, is het voor de professional niet mogelijk de situatie te overzien en te bepalen welke hulp nodig is en in welke volgorde en welke samenhang die gegeven moet worden.

Een hulpverleningsplan met volle medewerking van partners en ouders kan dus nog niet aan de poort opgesteld worden. Er moet voorwerk verricht worden voordat er gewerkt kan gaan worden aan risicogestuurde zorg om patronen te veranderen waardoor stabiele veiligheid bereikt wordt.

Zorgen voor directe veiligheid betekent dat er tijdelijk een noodverband om het huishouden wordt aangelegd. Dat noodverband heeft twee doelen:

- er komt directe controle op het geweld (dit wordt gestopt)
- er worden maatregelen getroffen om de slachtoffers te beschermen.

Bij het merendeel van de onveilige casussen waarmee professionals in het veld te maken krijgen is Veilig Thuis (nog) niet betrokken. Voor de professional zal dan het werken volgens de stappen van de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling leidend zijn. Bij Stap 5 doet de professional een melding bij Veilig Thuis of neemt zelf de regierol om de hulp te organiseren en te monitoren die tot veiligheid leidt.

Bij een melding wordt de triage in samenwerking met de melder uitgevoerd, de professional kan betrokken worden bij het onder regie van Veilig Thuis opstellen van een Veiligheidsplan en de multidisciplinaire samenwerking kan aan de orde gesteld kan worden. Goede ervaringen met deze vorm van samenwerken kan de drempel om te melden verlagen.

### **3.2 Hoe realiseren we directe veiligheid in de praktijk**

Directe veiligheid bereiken we door een gezamenlijk opgesteld *veiligheidsplan* op basis van consensus over wat voldoende veiligheid inhoudt. Voldoende veiligheid wordt geoperationaliseerd als consensus over een 6 op de veiligheidsschaal na discussie. De partijen die met de casusregisseur aan tafel zitten moeten het eens worden over de veiligheidsdoelen die gerealiseerd moeten worden om het huishouden in de toekomst een 6 op de veiligheidsschaal te kunnen geven. Dit pakket van veiligheidsdoelen vormt het geheel van bodemeisen die de (eerder beschreven) casusregisseur stelt aan de veiligheid. Het geven van cijfers is op zich intuïtief en subjectief, maar de toelichting met feitelijke informatie die de professionals met elkaar delen en de discussie daarover helpen om de situatie in kaart te brengen en tot de voor dit huishouden passende oplossingen te komen.



In het afstemmingsoverleg tussen Veilig Thuis, politie en OM wordt afgesproken dat het strafrechtelijk onderzoek wordt afgerond. Bij voldoende bewijs krijgt vader een tijdelijke gedragsaanwijzing, die inhoudt dat hij zich houdt aan de interventies die ten gevolge van het traject zijn ingezet. Later zal een definitief besluit genomen worden over de strafrechtelijke reactie.

Veilig Thuis, de maatschappelijk werker van het kinderziekenhuis en de jeugdverpleegkundige van de Jeugdgezondheidszorg hebben een gezamenlijk overleg met de ouders en met een zus van moeder in het kinderziekenhuis waar Janna nog is opgenomen

Op een veiligheidsschaal (0 = direct gevaar tot 10 = de veiligheid is gegarandeerd), worden de cijfers 2 en 3 gegeven voor de huidige veiligheidssituatie van respectievelijk Janna en moeder.

De volgende bodemeisen worden opgesteld onder regie van Veilig Thuis:

- Janna kan thuis met de ouders zijn wanneer zij in meerdere verzorgingssituaties kunnen laten zien dat zij Janna kunnen troosten als zij huilt.
- Janna kan thuis zijn wanneer de ouders in staat zijn om bij een dreigend verschil van mening ieder naar een andere kamer in huis te lopen en daar te kalmeren.
- Moeder heeft een veiligheidsplan voor zichzelf waarvan zij aantoonbaar gebruik maakt

Er ontstaat consensus dat als deze doelen behaald zijn, de veiligheidssituatie voor Janna thuis geborgd is op het niveau van een 6 en zij in principe naar huis kan.

Afspraken in het veiligheidsplan waarmee de doelen bereikt worden:

- Janna wordt vanuit het ziekenhuis in een crisispleeggezin geplaatst.
- Ouders komen dagelijks eenmalig in het pleeggezin voor de zorg van Janna rond badje, bed & flesje en worden hierbij door de thuiszorg en de jeugdverpleegkundige ondersteund.
- Moeder maakt samen met de casusregisseur en de wijkpolitie en een door haar uitgekozen vertrouwenspersoon een veiligheidsplan: wat en wie heeft zij hiervoor nodig.  
In 2<sup>e</sup> instantie wordt vader hierbij betrokken en krijgt hij hierover uitleg als moeder hiermee instemt. Iedere week heeft de casusregisseur contact met moeder om te toetsen of er dreigende escalaties plaatsvonden waardoor het veiligheidsplan nodig was en hoe het gewerkt heeft.
- De ouders gaan naar forensische GGZ De Waag voor diagnostiek van de geweldsproblematiek (wat is het risicoprofiel van vader en wat is de dynamiek tussen moeder en vader) en diagnostiek van de depressieve klachten van moeder, het leren van een time-out en voor advies ten aanzien van verdere behandeling. Daarbij moeten traumatische herinneringen, die een trigger vormen voor escalatie bij beide ouders en/ of waar de ouder(s) onder lijden, uitgesloten worden.
- Vader voert een gesprek met de reclassering ten behoeve van de uiteindelijke afdoening in het strafrecht.
- Janna komt het eerste halfjaar maandelijks met beide ouders bij de kinderarts voor controle op haar ontwikkeling.
- Om de actuele belangrijke stressbronnen van de ouders aan te pakken wordt afgesproken dat de broer van vader met hem de financiële problemen op een rij zal zetten, en de zus van moeder tijdelijk voor moeder in de zaak zal inspringen.
- Over 3 maanden is er overleg over het hulpverleningsplan, met alle dan betrokken hulpverleners.

Het doet er bij het samenwerkingsoverleg niet toe welke beroepsgroep we vertegenwoordigen of waar we in het veld zitten. Iedereen zet zich eerst in om bij te dragen aan het stoppen van het geweld en de onveiligheid. Dit betekent dat iedereen eerst zijn informatie en expertise inzet voor het doel van directe veiligheid. Iedereen kan met zijn deel informatie het totaalbeeld van de systeemproblemen mee in kaart brengen. Iedereen kan vanuit de eigen kennis over het systeem bijdragen om de bodemeisen van de casusregisseur formuleren. Iedereen kan vanuit de eigen rol en

specifieke deskundigheid rondom dit huishouden bijdragen aan een deel van de uitvoering van het veiligheidsplan. Dit geldt voor de medewerker van Veilig Thuis, de leerkracht, huisarts, GZ-psycholoog, wijkagent, jeugdbescherming, kinderarts, GGz-behandelaar, reclassering, en de medewerker van het buurtteam. Dit kunnen we doen vanuit de huisartsenpraktijk, het buurtteam, de GGz-instelling en de particuliere praktijk, zowel vanuit de zorg voor een volwassen cliënt als vanuit de zorg voor een kind. We kunnen dit veiligheidsoverleg binnen onze eigen organisatie organiseren en collega's van buiten de organisatie hierbij uitnodigen. Wanneer een gedwongen kader wordt overwogen (bij een ernstige ontwikkelingsbedreiging, als de veiligheid van het kind in het gedrang is en de regie niet aan de ouders kan worden gelaten) betrek dan de Raad voor de Kinderbescherming en de strafketen bij de casus. Deze doelgerichte samenwerking helpt ketenpartners om de eigen expertise effectief in te zetten.

Het werken aan het vergroten van veiligheid is een proces dat in de beginfase ook andere belangrijke onderdelen bevat, zoals het ontlasten van het systeem door het aanpakken van bronnen van stress, het bieden van praktische ondersteuning, het opbouwen van een werkrelatie, en het motiveren tot hulp.

### **3.3 Het opstellen van een onderzoeksplan in dienst van de veiligheid**

Bij (vermoeden van) ernstig geweld is er vaak gericht onderzoek nodig door specialisten.

Dit onderzoek wordt ondergebracht bij de MDA ++. Veilig Thuis zal altijd betrokken zijn, als (tijdelijk) casusregisseur, als deelnemer aan het onderzoek of als verwijzer en informant.

Onderzoek in dienst van de veiligheid is nodig als er sprake is van bijvoorbeeld:

- ernstig letsel (bijvoorbeeld bij zeer jonge kinderen) waarvan de oorzaak ( ziekte, ongeluk of toegebracht) door medisch & forensisch onderzoek achterhaald moet worden om het slachtoffer tegen herhaling te kunnen beschermen als het om toegebracht letsel blijkt te gaan.
- ernstig gewelddadig gedrag dat strafbaar is volgens de wet (bijvoorbeeld seksueel misbruik, toebrengen van verwondingen die medische behandeling nodig hebben, dreiging met een wapen) waarbij het risico op herhaling hoog wordt ingeschat en de pleger hulp weigert. Aangifte, verhoor, vervolging en het creëren van een strafkader voor de noodzakelijke behandeling moeten dan overwogen worden.
- de noodzaak het slachtoffer (bijvoorbeeld van verkrachting) specifieke opvang, onderzoek, voorlichting en begeleiding te bieden.
- beschuldigingen na echtscheiding van de ene ouder door de andere ouder van seksueel misbruik van hun kind. Hoe voer je hier respectvol onderzoek uit waarbij voor het kind in principe de mogelijkheid tot veilig en goed contact met beide ouders blijft bestaan en waarbij tevens rechtszaken voorkomen kunnen worden.
- voortdurende medische zorg bij een kind met zeer betrokken ouders en artsen en de vraag zich opdringt of hiervoor wel een medische noodzaak bestaat. Hoe kan hier de zorg omgebogen worden naar het stoppen van schadelijke medische handelingen en het bevorderen van de gezondheid en de ontwikkeling van het kind.
- langdurige ernstige vormen van (ex)partnergeweld. Welk patroon speelt hier een rol (bijvoorbeeld intiem terrorisme) en hoe kan hier de spiraal van geweld doorbroken worden.

Het onderzoeksplan moet de feiten en kennis opleveren, die nodig zijn om meer veiligheid tot stand te brengen. Hoe ingrijpender de interventie is, hoe meer zekerheid er nodig is over de feiten met betrekking tot de onveiligheid. Waar een juridisch kader nodig is bij het inzetten van de interventie geldt een bewijsdrempel. Een ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing of een huisverbod vragen een grote mate van aannemelijkheid dat er feiten aan de orde zijn die tot onveiligheid leiden, net als voorlopige (en daarmee tijdelijke) strafrechtelijke interventies. Definitieve strafrechtelijke interventies, zoals verplichte hulp, een strafrechtelijk contactverbod of zelfs tijdelijk opsluiten van

een dader, vragen om een situatie waarbij buiten redelijke twijfel vaststaat dat de feiten zich hebben voorgedaan. Het juridisch kader dat noodzakelijk is om bij dit huishouden passende hulp in gang te zetten en te houden, is dus van invloed op de wijze waarop het onderzoek vormgegeven moet worden. Daarnaast geldt dat in veel gevallen pas na afloop van het onderzoek duidelijk is wat er precies gebeurd is, zodat ook na het onderzoek pas helder is welk juridisch kader eventueel aan de orde is. In die gevallen kan het nodig zijn het onderzoek zo in te richten dat ook de interventie die de hoogste mate van zekerheid vraagt, niet bij voorbaat onmogelijk gemaakt wordt ten gevolge van het niet-voldoen aan de eisen die daaraan gesteld worden.

Dit impliceert dat er vanuit de MDA++ professionals uit alle sectoren voor het lokale veld beschikbaar moeten zijn voor overleg, expertise en nauwe samenwerking voor het opstellen en uitvoeren van een dergelijk onderzoeksplan, terwijl tegelijkertijd de veiligheid van de slachtoffers geborgd is door een (voorlopig) veiligheidsplan. Die partners zijn:

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

Dit onderzoeksplan hoort volgens richtlijnen opgesteld en op maat toegesneden te worden. Het onderzoek kan de volgende onderdelen omvatten:

- medisch letselonderzoek;
- feitenonderzoek middels verhoor of gesprek met de vermoedde pleger en de slachtoffers, waaronder ook de kinderen;
- feitenonderzoek door het inzetten van bijzondere opsporingsmethodes waarover de politie beschikt
- vaststellen van het risicoprofiel van de pleger;
- in kaart brengen van de dynamiek van het geweld binnen een relatie;
- vaststellen of het slachtoffer lijdt onder zich opdringende herinneringen aan de gewelddadige gebeurtenis(sen).

Bij deze onderzoeken zal leidend zijn: wat is er feitelijk gebeurd & binnen welke omstandigheden & wat zijn de directe schadelijke gevolgen. Het betreft dus diepgaand specialistisch en interdisciplinair uitgevoerd onderzoek noodzakelijk om de *feiten van ernstige geweldssituatie(s) in kaart te brengen*. Met als voornaamste doel dat vastgesteld kan worden: wat is er nodig om herhaling van dit geweld te voorkomen en om het slachtoffer te beschermen.

Dit onderzoek onderscheidt zich van onderzoek naar de *risicofactoren die het geweld in stand houden*. Daar gaat het bijvoorbeeld om diagnostiek: van psychiatrische klachten; van het intelligentieniveau; van de ernst van de verslavingsproblematiek; van de geschiedenis van traumatische gebeurtenissen in de jeugd van de volwassenen zelf; het in kaart brengen van de schulden. Dit type onderzoek wordt van belang in de volgende fase van risicogestuurde zorg.

### **3.4 Wat wordt verstaan onder 'risicogestuurde zorg' voor stabiele veiligheid**

Als er consensus is over de borging van veiligheid op (minimaal) het niveau van een 6 op de veiligheidsschaal, is sprake van directe veiligheid. Hiermee is een belangrijke voorwaarde gerealiseerd om te gaan werken aan de veiligheid op de lange termijn: stabiele veiligheid. Nu kan er

met het gezin en met de deelnemende hulpverleners en de casusregisseur gekeken worden naar de onderliggende factoren die de onveiligheid in stand houden. Het opstellen en uitvoeren van een hulpverleningsplan op basis van de belangrijkste risicofactoren heet *risicogestuurde zorg*.

Stabiele veiligheid ontstaat wanneer we met elkaar met tussenpozen meerdere malen beoordelen dat de veiligheid in het systeem *goed genoeg* is. 'Goed genoeg' operationaliseren we als een 7 op de veiligheidsschaal.

Hiertoe moet het hulpverleningsplan tussentijds geëvalueerd en zo nodig bijgesteld worden

### *Systeemgerichte risicotaxatie*

Het in kaart brengen van de risicofactoren kan het beste gebeuren met behulp van een gestructureerde, systeemgerichte risicotaxatie. Deze wordt dus niet ingezet om de hoogte van het risico op herhaling in te schatten, maar om de belangrijkste risico's in dit gezin of in deze relatie aan te pakken.

Bij systeemgerichte risicotaxatie worden die risicofactoren geïnventariseerd waarvan we uit onderzoek weten dat ze een belangrijke rol spelen bij de vele vormen van geweld, verwaarlozing en misbruik in huiselijke kring. De Be-Safer<sup>18</sup> bij partnergeweld en de CARE-NL<sup>19</sup> en de ARIJ<sup>20</sup> bij kindermishandeling zijn systeemgerichte instrumenten en zijn digitaal beschikbaar.

De Be-Safer en de CARE-NL zijn goed bruikbaar bij de aanpak van de risico's omdat de scores onderbouwd moeten worden door een toelichting met de feiten en omdat beide instrumenten richtlijnen geven voor het hanteren van de risico's. Ze zijn als checklist beschikbaar in combinatie met handleiding en training. De Be-Safer brengt risicofactoren bij zowel de pleger, het slachtoffer als de omgeving in kaart.

De ARIJ is een instrument in ontwikkeling dat momenteel onderzocht en gebruikt wordt bij de Jeugdbescherming in Amsterdam. De Care-NL en de ARIJ omvatten risicofactoren, die betrekking hebben op kenmerken van de ouders, op de ouder-kindinteractie, op omgevingsfactoren en op kindkenmerken. De ouderfactoren spelen de belangrijkste rol bij het voortduren van onveiligheid voor kinderen. Het gaat dan met name om ouders met een cognitieve beperking, ouders die verslaafd zijn, ouders met psychische stoornissen en ouders die in hun jeugd zelf slachtoffer waren van kindermishandeling. Daarnaast blijken ook financiële problemen een grote rol te spelen. Bij seksueel misbruik binnen het gezin kunnen de CARE-NL en de ARIJ worden aangevuld met de Static, Stable & Acute 2007<sup>21</sup>. De CARE-NL, de ARIJ, de Be-Safer en de Static, Stable & Acute kunnen zinvol ingezet worden daar waar plegerbehandelaren betrokken worden bij de risicotaxatie en bij de aanpak van structureel geweld. Bij onderzoek en aanpak van structureel geweld is het realiseren van vasthoudende samenwerking met de pleger en het zicht krijgen op het risicoprofiel van de pleger (diagnostiek) noodzakelijk. Daarom is de expertise van de forensische psychiatrie hierbij belangrijk.

Waar nog geen specifiek systeemgerichte gestructureerde risicotaxatie-instrumenten beschikbaar zijn, zoals bij ouderenmishandeling en conflictscheidingen, kunnen gezamenlijk en op basis van

---

<sup>18</sup> Ruiter, C. de (2009). *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER)*. Nederlandse geautoriseerde vertaling. Utrecht: C. de Ruiter.

<sup>19</sup> Ruiter, C. de, Jong, E.M. de (2005). *CARE-NL, Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Ruiter.

<sup>20</sup> Put, C. van de, Assink, M. Stam, G.J. (2005). *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ)*. Universiteit van Amsterdam

<sup>21</sup> [www.hoevenkliniek.nl/onderzoek/risicotaxatie/static-stable-acute](http://www.hoevenkliniek.nl/onderzoek/risicotaxatie/static-stable-acute)

consensus die factoren geïnventariseerd worden die binnen het betreffende systeem voor onveiligheid zorgen.

Ook in het lokale veld zijn de ARIJ en de CARE-NL goed bruikbaar. Ze kunnen als checklist gebruikt worden waarbij de lijst van risicofactoren doorgenomen wordt met de vraag welke factoren aan de orde zijn bij deze specifieke casus.

Het gezin van baby Janna is door Veilig Thuis overgedragen aan de Jeugdbescherming waar de casusregisseur binnen een dwangkader werkt. Dit gebeurde door een warme overdracht met het gezin waarbij het veiligheidsplan werd doorgenomen.

De in kaart gebrachte risicofactoren (door de Jeugdbescherming, de Waag, jeugdverpleegkundige, thuiszorg en de ouders met zus van moeder) zijn:

- Eerder geweld in gezin: ruzies tussen ouders die ontaarden in fysiek geweld tussen 2005 en 2015, en letsel bij baby door vader toegebracht tijdens huilen (2015).
- Moeder heeft een PTSS, met op de voorgrond depressieve klachten.
- Vader is een krenkbare man met emotie- en agressieregulatieproblemen.
- Ouders kunnen baby Janna niet kalmeren.
- Janna (4 maanden oud) is een huilbaby.
- Ouders hebben recent een eigen zaak die niet loopt.
- Er zijn schulden.
- Partnergeweld waarbij het wederzijds escaleert vanwege lichtgeraaktheid van vader, slechte communicatie en beperkt conflictoplossend vermogen van vader en moeder.
- Omdat moeder vanwege haar PTSS-klachten depressief is, komt veel zorg voor de baby bij vader terecht.

#### *Systeemgericht hulpverleningsplan*

Het multidisciplinair opstellen van een hulpverleningsplan met oplossingen om de risicofactoren aan te pakken leidt tot een integraal plan. Het is van belang dat dit hulpverleningsplan *systeemgericht* is. Systeemgerichte risicogestuurde zorg richt zich op de wisselwerking tussen beïnvloedbare individuele factoren en omgevingsfactoren bij grensoverschrijdend gedrag. Het is de huilbaby waar de jonge, snel geprikkelde en impulsieve vader zich midden in de nacht geen raad mee weet. Bij geweld, verwaarlozing en misbruik in huiselijke kring moet de *interactie tussen de gezinsleden* het focus van onze aanpak zijn. Dat betekent dat we bij het opstellen van een systeemgericht plan ons bij ieder gesteld doel moeten afvragen welk effect het behalen daarvan zal sorteren op de mate van *veiligheid binnen de relatie*. Gehechtheidsrelaties kunnen daarmee worden beschermd of hersteld. Onveilige gehechtheidsrelaties kunnen worden geneutraliseerd. Het prioriteren van doelen die het meeste effect hebben op de veiligheid in de relatie is doelmatig en efficiënt en kan de intergenerationele overdracht van geweld helpen doorbreken.

Aan het begin van het volgend overleg worden voor de veiligheidssituatie van zowel Janna als moeder een 6 gegeven.

Janna kan naar huis.

Let wel: Als de bodemeisen niet behaald waren zou dit overleg uitsluitend besteed worden aan het evalueren van het veiligheidsplan en het bijstellen van de afspraken.

Welke doelen op basis van de risicofactoren zijn voor het hulpverleningsplan van het gezin van baby Janna geprioriteerd door professionals en ouders en netwerk omdat ze het grootste effect op de veiligheid hebben:

- 1 Vader kan zijn boosheid beter controleren waardoor hij rustiger kan reageren op Janna en moeder.
- 2 Ouders leren op welke moment ze getriggerd worden in hun boosheid en nemen op tijd een time-out, waardoor er geen te grote spanning ontstaat in de aanwezigheid van Janna.
- 3 Moeder gaat zich sterker voelen en kan meer aan in de zorg voor Janna.

Afspraken gemaakt in het hulpverleningsplan waarmee de doelen bereikt worden:

- Vader krijgt ondersteunende medicatie.
- Vader krijgt individuele therapie gericht op het omgaan met stress.
- Moeder krijgt antidepressiva voorgeschreven.
- Er komt thuiszorg ter ondersteuning in de zorg voor moeder en kind, zodra Janna naar huis gaat.
- De relatiegesprekken blijven de eerstkomende tijd gericht op het inslijten van het tijdig nemen van de time-out.
- Over drie maanden komen we bijeen voor een herstelplan voor ieder van de gezinsleden.

De reclassering koppelt het resultaat van de veiligheidstaxatie en de inhoud van het hulpverleningsplan terug aan de

Officier van Justitie en adviseert daarbij om de zaak af te doen met een verplichting van de vader om zich te houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het hulpverleningsplan. De officier van justitie besluit hierop tot het seponeren van de zaak onder deze bijzondere voorwaarde.

### *Samenvatting van risicogestuurde zorg*

Risicogestuurde zorg bij onveilige huishoudens houdt in dat er samen een hulpverleningsplan wordt opgesteld op basis van een gezamenlijk doorgesproken systeemgerichte risicotaxatie. Het hulpverleningsplan moet systeemgericht zijn, wat wil zeggen dat het gericht is op het behalen van die doelen die het meeste effect hebben op de veiligheid binnen de relaties in het gezin. Hiermee beogen we stabiele veiligheid te bereiken. We spreken over stabiele veiligheid als er bij de evaluaties van dit plan meerdere keren consensus is dat de veiligheid 'goed genoeg' is. 'Goed genoeg' operationaliseren we als een 7 op de veiligheidsschaal. Parallel aan de risicogestuurde zorg is er toezicht op de actuele veiligheid en op de effecten van de hulp: het monitoren.

### **3.5. Monitoren van de veiligheid**

We verstaan onder monitoren het gedurende de hulp aan onveilige huishoudens doorlopend toezicht houden op de actuele veiligheid en op de effecten van de hulp. De uitvoering kan belegd zijn bij het gebiedsteam (1gezin1plan1regisseur), Veilig Thuis, Jeugdbescherming en Reclassering. Handvatten bij de monitoring zijn:

- Een casusregisseur is meer dan een coördinator van de zorg. Hij of zij houdt tevens toezicht op de veiligheid en op de voortgang en de effecten van de ingezette risicogestuurde zorg. Het zou helpend zijn als hier een landelijke taak-, en functieomschrijving voor komt.
- De casusregisseur wordt bij de taxatie van de veiligheid ondersteund door de deelnemers van het multidisciplinair overleg. Alle aanwezigen geven een cijfer op de veiligheidsschaal en lichten dit toe. Als er ook cijfers gegeven worden lager dan een 6, leidt dit tot aanpassing van het veiligheidsplan met bodemeisen voor directe veiligheid.
- Daar waar zich ernstig onveilig gedragende volwassenen of jeugdigen nog niet bereid zijn of nog niet in staat zijn om mee te werken aan een hulpverleningstraject kan een tijdelijk drang- en dwangkader de hulp ondersteunen.
- De casusregisseur meldt ernstige zorgen (terug) aan Veilig Thuis en/of de justitiële keten die maatregelen kan inzetten om vanuit een drang-of dwangkader (civiel-, of strafrechtelijk) bij te dragen aan veiligheid en aan het voorkomen van herhaling. Bij structurele onveiligheid dient een kader als extra waarborg voor de hulp. Zeker bij die gezinnen waar de bereidheid, het vertrouwen en het vermogen bij ouders om zich in te zetten laag wordt ingeschat tijdens de fase dat met hen het veiligheidsplan gemaakt wordt.
- De casusregisseur doet dit op basis van de regionaal afgesproken termen voor opschaling. In alle zaken waarbij de strafketen (bijna) betrokken was omdat aangifte van geweld werd gedaan of waar dit overwogen werd of waar dit in principe mogelijk is, is het raadzaam om als Openbaar Ministerie regionaal laagdrempelig beschikbaar te zijn voor telefonische consultatie.



- Er zijn binnen de keten gedeelde normen nodig voor overleg en samenwerking met de zogenoemde 'veiligheids-, en justitieketen'. Hieronder vallen: Veilig Thuis, politie, het OM, de Raad voor de Kinderbescherming, de Jeugdbescherming en de reclassering. Vervolging en straf kunnen op een weloverwogen wijze ingezet worden ten dienste van begeleiding en behandeling.

#### 4 Het herstelplan voor trauma-geïnformeerde en herstelgerichte zorg

Nadat het hulpverleningsplan in gang is gezet om te komen tot stabiele veiligheid volgt de taak om waar nodig (trauma)behandeling te bieden om geweldservaringen te verwerken, om psychische klachten te verminderen en om de persoonlijke ontwikkeling te bevorderen van de individuele gezinsleden. Wanneer duidelijk wordt dat kinderen of volwassenen last hebben van traumatische herinneringen is het belangrijk om een individuele traumabehandeling eerder in het traject te starten. Als uit de risicotaxatie blijkt dat posttraumatische klachten van een ouder of het zelf mishandeld zijn als kind behoren tot de belangrijke instandhoudende risicofactoren voor het voortduren van een onveilige interactie tussen ouder en kind of tussen de partners, is er gespecialiseerde GGz nodig in de fase van risicogestuurde zorg.

Trauma is de ervaring van geweld en extreme onveiligheid bij seksueel misbruik, fysieke mishandeling, psychische mishandeling en terreur, ernstige verwaarlozing, verlies, partnergeweld, en het getuige zijn van geweld of rampen, waarbij het slachtoffer zich extreem angstig en hulpeloos voelt en de stress zodanig overweldigend is, dat het individu de situatie niet kan hanteren. Veel traumatische ervaringen zijn relationele trauma's.

Uit internationale studies weten we dat herhaalde traumatische ervaringen en cumulatie van traumatische ervaringen (bijvoorbeeld én partnergeweld én verwaarlozing én vernedering van de kinderen) vergaande neurologische, psychologische, lichamelijke, relationele en sociale effecten hebben op het jonge kind<sup>22</sup>. Het kind loopt een ernstig risico op een verstoorde ontwikkeling<sup>23</sup> tijdens de kindertijd, de adolescentie en de volwassenheid juist omdat het binnen het gezin om interpersoonlijk trauma gaat. Het jonge kind heeft voor een goede ontwikkeling een veilige gehechtheidsrelatie met de ouder nodig, een ouder die veilig en beschikbaar is om hem bij stress en angst te kalmeren. Interne zelfregulering van gevoelens, gedachten en gedrag is slecht te leren bij een ouder voor wie je bang bent, bij wie je je niet veilig voelt, of die niet beschikbaar is door het eigen slachtofferschap of een veelheid van gezinsproblemen. Het kind dat niet beschermd wordt, ontwikkelt een gebrek aan vertrouwen in zichzelf, in anderen en in de wereld.

Bij de ACE studie van Felitti e.a.<sup>24</sup> zijn aan 17.000 volwassenen de volgende tien vragen voorgelegd over hun jeugd voor hun 18<sup>e</sup> jaar: ben je mishandeld, verwaarloosd of misbruikt, of ben je opgegroeid in een gezin met een aan alcohol of drugs verslaafde ouder, met een ouder in de gevangenis, met een ouder met chronische psychische problemen, met een moeder die mishandeld werd of is een of beide biologische ouders uit het gezin verdwenen. Uit deze zeer belangwekkende studie komt naar voren dat er een sterke relatie bestaat tussen het aantal meegemaakte nadelige

<sup>22</sup> Wolzak, A. & Berge, I ten, (2008). De gevolgen van kindermishandeling. NJI. P. 1-8

<sup>23</sup> Struik, A. (2016). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen (tweede druk). Amsterdam: Pearson Assessment and information

<sup>24</sup> Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V. & Koss, M.P. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258. 1998.

emotionele ervaringen in de jeugd en de mate van psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen in de volwassenheid. Hoe meer nadelige jeugdervaringen, hoe groter de kans dat de persoon rookt, een seksueel overdraagbare aandoening heeft, veel wisselende seksuele contacten heeft, verslaafd is aan alcohol of drugs, leidt aan een depressie, een zelfmoordpoging onderneemt, of last heeft van de luchtwegaandoening COPD, hartproblemen, botbreuken, suikerziekte of overgewicht.

Dit wetende zouden we er in ons systeem van ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik binnen families met multiële problemen voor moeten zorgen dat we geschoold zijn op het gebied van traumatisering, dat we te weten komen welke traumatische en nadelige jeugdervaringen een persoon heeft doorgemaakt, dat we weten wat volwassenen en kinderen dan nodig hebben in de bejegening en dat er passende zorg beschikbaar is. Dit noemen we trauma-geïnformeerde zorg<sup>25</sup>.

Kinderen en volwassenen laten vaak al afname van trauma- en stressgerelateerde klachten zien en een begin van herstel als het geweld daadwerkelijk stopt, zoals bij een goed doortimmerd en gemonitord veiligheidsplan. Ouders kunnen hun ouderschap beter uitoefenen omdat er hulp is voor hun persoonlijke problemen en hun bronnen van stress nemen af door de inzet van risicogestuurde zorg volgens het hulpverleningsplan. De eigen veerkracht van kinderen en volwassenen kan weer worden aangesproken.

Voor het begrijpen en greep krijgen op klachten is het van groot belang dat er binnen de regionale aanpak '*MDA++ structureel onveilig*' een groepsaanbod bestaat voor kinderen en jongeren waar ze vroegtijdig terecht kunnen om herkenning te vinden, ontschuldigd te worden en uitleg te krijgen over wat onveilige gebeurtenissen met je doen. Ouders en verzorgers hebben hier psycho-educatie nodig over de effecten van traumatisering en hoe zij de kinderen kunnen ondersteunen. Binnen deze groepen kunnen de kinderen die last hebben van herbelevingen van traumatische gebeurtenissen door de behandelaar herkend worden. Deze herbelevingen zijn beangstigende herinneringen die zich overdag aan de kinderen opdringen, of 's nachts optreden in de vorm van nachtmerries. Als traumatische herinneringen toegankelijk zijn (bespreekbaar/ beluisterbaar/ tekenbaar), dan kan er direct behandeld worden. Deze kinderen en jongeren hebben baat bij een vroege individuele traumagerichte behandeling volgens de richtlijnen, om de trauma's te verwerken<sup>26</sup>. De werkzaamheid van de traumabehandelingen is gelegen in de blootstelling aan de herinneringen. Dit geldt ook voor volwassenen met posttraumatische klachten voor wie er binnen de MDA++ diagnostiek, psycho-educatie en behandeling beschikbaar moet zijn. In dat geval kan voor de resterende volwassenen, jongeren en kinderen dan eerst oplettend afgewacht worden wat het effect van het *veiligheidsplan* en het *hulpverleningsplan* is op klachten, op persoonlijk herstel en op het mobiliseren van de eigen veerkracht.

Herstel van de kinderen begint al bij meer veiligheid thuis, maar het is voor hun herstel belangrijk dat zij zelf ook betrokken worden: wat vertellen zij er over (luisteren naar kinderen en jeugdigen); wat hebben zij nodig om zich veiliger te voelen (maak de 'drie huizen')<sup>27</sup>; en leg het veiligheidsplan uit

---

<sup>25</sup> Trauma-Informed Practice [www.childwelfare.gov](http://www.childwelfare.gov)

<sup>26</sup> Bicanic, I., Roos, C. de, Struik, A. (2015). Traumaverwerking: waarom niet? Kind & Adolescent Praktijk, pp 36-38. 4/2015.

<sup>27</sup> Three Houses [www.signsofsafety.net](http://www.signsofsafety.net)

aan de hand van wat er in het gezin is gebeurd en gaat gebeuren met een 'woord en beeldverhaal' (Word & Pictures) <sup>28</sup>.

Bij het opstellen van het herstelplan voor en met ieder van de kinderen en ieder van de volwassenen moet vervolgens onderzocht en beoordeeld worden wat zij nodig hebben om te herstellen van wat er in hun leven gebeurd is en of er ervaringen en psychische klachten zijn die het herstel belemmeren. Aanvullend is het belangrijk om te beoordelen wat er nodig is om de kwaliteit van het gewone dagelijkse leven verder te verbeteren zowel thuis, op school, en op het werk, als in de vrije tijdsbesteding en voor een goed sociaal netwerk. Kinderen hebben vaak een achterstand opgelopen en extra steun nodig om zich passend bij de leeftijdsfase te kunnen ontwikkelen op school en met leeftijdgenoten. Het is belangrijk dat ouders niet alleen op hun ouderschap worden aangesproken en geholpen, maar ook als personen met een eigen leven.

Ook bij de huidige CSG's (Centra voor Seksueel Geweld) die onderdeel gaan uitmaken van de toekomstige 'MDA++ acuut' krijgen de slachtoffers van aanranding of verkrachting bij hun opvang eerst voorlichting over de stressreacties en vervolgens wordt er in de gaten gehouden of die gedurende de eerste maand afnemen. Zo niet, dan kan de cliënt een traumabehandeling krijgen.

In een volgend overleg wordt er zowel voor Janna als voor moeder gemiddeld ruim een 6,5 op de Veiligheidsschaal gegeven.

Herstelplan voor het gezin van baby Janna:

Doelen van moeder:

- Verwerking van de traumatische eerdere geweldsincidenten met vader.
- Meer vertellen wat haar bezighoudt in de relatiegesprekken met haar man.
- Geleidelijk toewerken naar halve dagen werkzaam zijn in de zaak.
- Meer tijd voor opzoeken van vriendinnen.

Doelen van vader:

- Meer vertellen wat hem bezighoudt in de relatiegesprekken met zijn vrouw.
- Gesprek met zijn eigen gezin van oorsprong over thema's die hem nog bezighouden.
- Hervatten van sportavond.

Doelen voor Janna:

- Bieden van extra ontwikkelingskansen door plaatsing op kinderdagverblijf waar tevens haar ontwikkeling geobserveerd kan worden.

Over drie maanden komen wij bijeen voor de evaluatie en het bijstellen van alle eerder opgestelde doelen. Gedurende de komende periode blijft er tevens gewerkt worden aan het realiseren van de doelen uit het hulpverleningsplan. De voortgang wordt teruggekoppeld aan de reclassering.

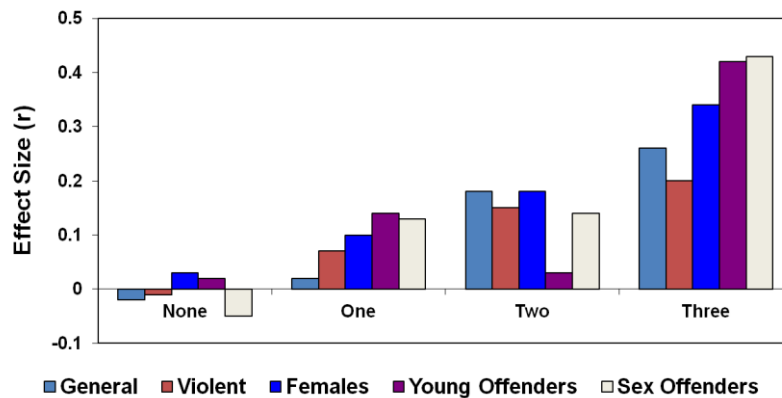
---

<sup>28</sup> Turnell, A. Essex, S. A (2010). Als er niets aan de hand is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling, p 92.

## 5 Waaron gaat gefaseerde ketenzorg werken: de What Works-principes toegelicht<sup>29</sup>

De *What Works principes* zijn voortgekomen uit de studie naar de effectiviteit van forensische behandeling, die aangeven waar een aanpak, gericht op ernstig grensoverschrijdend gedrag, aan moet voldoen om effectief te zijn. Het verminderen van de kans op terugval in dergelijk gedrag wordt hierbij gezien als een gerechtvaardigd doel van de zorg. De kern van de What Works-principes bestaat uit het RNR-model. RNR staat voor *risk*, *needs* en *responsivity*, in het Nederlands doorgaans vertaald als het *risicoprincipe*, het *behoefteprincipe* en het *responsiviteitsprincipe*. Later is hier het *integriteitsprincipe* aan toegevoegd.

Het RNR-model is in de afgelopen 25 jaar stevig empirisch onderbouwd met behulp van 100 meta-analyses en systematische reviews in de periode 1985 -2013<sup>30</sup>. Het RNR-model is op zichzelf geen vorm van behandeling maar geeft richtlijnen. Interventies die aan de vier principes voldoen geven betere resultaten dan interventies die hier niet of slechts gedeeltelijk aan voldoen<sup>31</sup>. Zie hieronder de tabel van Hanson waarin het effect wordt weergegeven van de toepassing van 0, 1, 2 of 3 RNR-principes in de behandeling op de vermindering van de terugval in ernstig grensoverschrijdend gedrag voor verschillende typen plegers.



### 5.1 Het risicoprincipe geeft aan *wie* er zorg nodig heeft en met welke intensiteit

Het risico op herhaling van grensoverschrijdend gedrag kan in beperkte mate worden voorspeld met behulp van gestructureerde risicotaxatie. De sterkste voorspeller daarbij is het (niet) eerder voorkomen van dat gedrag in het verleden, op individueel niveau<sup>32</sup> en bij screening op groepsniveau<sup>33</sup>. Dit gegeven wordt door het triage-instrument als uitgangspunt genomen bij het screenen op *structurele ernstige onveiligheid* (hoog risico) en op *schadelijke multiproblematische leefsituatie* (laag risico). Ook bij kindermishandeling vormt de voorgeschiedenis de meest constante

<sup>29</sup> Deels overgenomen uit/zie voor uitgebreidere toelichting: Klein-Haneveld, E. (2015). Forensische behandeling volgens de What Works-principes. Hoofdstuk 17 in Canton, W. e.a. (Eds), *Handboek psychopathie en de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis*. De Tijdstroom, Utrecht

<sup>30</sup> McGuire J. 'What works' to reduce re-offending: 18 years on. In Craig LA, Dixon L, Gannon TA, editors. *What works in offender rehabilitation: An evidence based approach to assessment and treatment* (pp. 20-49). Chichester: Wiley. 2013.

<sup>31</sup> Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 965-891. 2009.

<sup>32</sup> Munro, E. (2008). *Effective Child Protection*. Hoofdstuk 6. Sage. London.

<sup>33</sup> Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* ;345:e4692 doi: 10.1136/bmj.e4692. 2012.

factor die geassocieerd is met herhaling. Eerder mishandelde kinderen hebben een zes maal hoger risico om weer mishandeld te worden dan kinderen die niet eerder mishandeld zijn<sup>34</sup>.

De essentie van het risicoprincipe is dat de intensiteit van de zorg moet zijn afgestemd op de hoogte van het risico. Gezinnen met een hoog risico op terugval behoeven een intensieve aanpak. Gezinnen met een laag risico krijgen geen of een beperkte behandeling. Dit gegeven wordt door het triage-instrument als uitgangspunt genomen bij het toewijzen van zorg.

### **5.2 Het behoefteprincipe geeft aan *wat* er zorg nodig heeft**

De zorg moet gericht zijn op de risicofactoren die samenhangen met terugval in ernstig grensoverschrijdend gedrag en die dynamisch (veranderbaar) zijn. Statische risicofactoren (de geschiedenis van dergelijk gedrag) zijn nu eenmaal wel voorspellend maar niet veranderbaar. Na de triage en nadat de directe veiligheid geborgd is vormt de systeemgerichte taxatie van de dynamische risicofactoren de grondslag van risicogestuurde zorg. Een dergelijke taxatie is niet eenvoudig want deze vraagt om een beoordeling door alle betrokkenen: plegers, slachtoffers en professionals. De vraag hierbij is niet alleen welke risicofactoren een cruciale rol spelen bij het onderhouden van de onveiligheid, maar ook om deze te prioriteren: welke risicofactoren vormen de grootste bedreiging voor de veiligheid. Voor de aanpak is het daarnaast belangrijk om in te schatten welke daarvan het snelst effect heeft op de veiligheid in de relatie(s). Dat kan variëren van schuldhulpverlening, behandeling van impulsiviteit of antisociale cognities of het opbouwen van een steunend netwerk. Deze beoordeling kan alleen goed worden uitgevoerd als die gezamenlijk wordt gedaan door de zorgverleners uit de verschillende sectoren die rondom het systeem al een rol spelen, waaronder buurtteam en school, omdat iedereen specifieke kennis over het systeem heeft en iedereen specifieke expertise in kan brengen. Bij structurele onveiligheid leidt Veilig Thuis met behulp van het triage-instrument toe naar integraal samenwerkende gespecialiseerde netwerkpartners die deskundig zijn op het gebied van geweld en onveiligheid en die risicotaxatie en risicogestuurde zorg in gang zetten in samenwerking met het bestaande formele en informele netwerk

### **5.3 Het responsiviteitsprincipe geeft aan *hoe* de zorg moet worden uitgevoerd**

De zorg is het meest effectief als deze aansluit op de mogelijkheden van de betrokken personen, hun leerstijl, motivatie, hun interactie, structurele kenmerken en sterke kanten. Aan structurele kenmerken zoals intelligentie of beperkingen zoals autisme of een persoonlijkheidsstoornis moet de zorg zich aanpassen. Zo hoort bij een cliënt met een licht verstandelijke beperking een benadering met meer voorbereiding, herhaling, oefening en visuele ondersteuning. Bij een cliënt met een vlak gevoelsleven past een benadering die geen groot beroep doet op empathie of berouw maar die een heldere structuur heeft en een focus op gedragsverandering. Het responsiviteitsprincipe onderbouwt waarom de risicotaxatie en het plan voor risicogestuurde zorg dat daarop gebaseerd is, opgesteld moeten worden samen met de professionals die al met de gezinsleden werken en waarom de gezinsleden daar invloed op moeten hebben door actief mee te denken met het aanpakken van hun eigen problemen.

Uit de literatuur blijkt dat kinderen uit hoogrisicogezinnen veel minder profiteren van de eventuele aanwezigheid van beschermende factoren<sup>35</sup>. Het relatieve effect van de (veelheid aan) risicofactoren is daarvoor te groot. Het versterken van beschermende factoren leidt op zich dus niet tot minder terugval. Wel is het effectief om beschermende factoren in te zetten binnen het hulpverleningsplan bij het aanpakken van specifieke risicofactoren en het bereiken van specifieke doelen. Zo kan in het

---

<sup>34</sup> Hindley N., Ramchandani P.G. & Jones D.P.H. (2006) Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch. Dis. Child* (91) 744-752.

<sup>35</sup> Vanderbilt-Adriance, E. & Shaw, D.S. (2008) Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time, and Domains of Competence. *Clinical child and family psychology review* (p. 12). Springer science + business media. Berlin

voorbeeld de broer van vader gevraagd worden om met hem een overzicht te maken van zijn financiële situatie, gezien de grote schulden die zoveel stress in het gezin veroorzaken.

#### **5.4 Het integriteitsprincipe verwijst naar de kwaliteit van het risicogestuurde zorgaanbod**

Zorg die in principe effectief is volgens de hierboven genoemde richtlijnen moet worden uitgevoerd door voldoende getrainde zorgverleners die gesteund en gesuperviseerd worden. Bij geweld, verwaarlozing en misbruik in huiselijke kring zijn gewoonlijk verschillende instellingen betrokken, zowel zorg door wijkteam als generalistische zorg en gespecialiseerde zorg. Daarom moet er voor de zorgverleners voldoende ruimte zijn voor multisectoraal overleg.

### **6 De rol van Veilig Thuis en het triage-instrument in de gefaseerde ketenzorg**

De belangrijkste functie van het triage-instrument Veilig Thuis is om het proces van het vergroten van de veiligheid bij meldingen van geweld in huiselijke kring op doelmatige wijze in gang te zetten in samenwerking met de melder, het gezin en de ketenpartners. De volgende onderdelen van het triage-instrument zijn de *sleutelfactoren* waarmee we dit trachten te bereiken.

- Uitgangspunt voor het vaststellen van schade en van de noodzaak tot ingrijpen zijn de feitelijke gebeurtenissen, en niet of er sprake is van risicofactoren of kindfactoren. Daarom worden de feitelijke gebeurtenissen uitgevraagd en niet de vermeende risico's noch het functioneren van de kinderen.
- De belangrijkste voorspeller van herhaling wordt in kaart gebracht: eerdere onveiligheid en geweld.
- Alle uitingen van onveiligheid en geweld in huiselijke kring worden vermeld, want juist de combinatie van meerdere vormen geeft de potentiële ernst van de schade aan.
- De kennis van de melder wordt optimaal ingezet door samen met hem de triage te doorlopen.
- Er is oog voor alle relaties in systeemverband en de onveilige relatie pleger-slachtoffer staat centraal.
- Er worden specifieke vragen gesteld met de focus op onveiligheid en gevaar.
- Het gericht verzamelen van de feiten, de beoordeling en de besluitvorming geschiedt samen met collega's binnen en buiten Veilig Thuis, hetgeen een solide basis vormt om gezamenlijk op te treden.

Eileen Munro is in Engeland hoogleraar sociaal beleid met als aandachtsgebied 'child protection' en als zodanig geniet zij internationale bekendheid. Zij heeft middels haar rapporten en geschriften veel invloed op de organisatie en het uitvoerende werk van de Engelse kindbescherming. Zij stelt voor dat er in het taxatieproces 5 vragen gesteld worden<sup>36</sup>: Wat is er gebeurd?; Wat zou er kunnen gebeuren?; Hoe waarschijnlijk is dat? ; Hoe onwenselijk is dat? ; Hoe wordt de waarschijnlijkheid en de ernst van het risico beoordeeld?

Deze vragen zijn allen terug te vinden in de methodiek van het triage-instrument.

#### **6.1 Het triage-instrument en 'eerst veiligheid'**

Als eerste richten we de focus direct en scherp op de onveilige situatie: 'wat heeft u gezien of gehoord, wat weet u en wat is uw grootste zorg'. Dit doen we door de telefonische melder als eerste specifieke vragen te stellen over zijn of haar oordeel over de veiligheid in het gezin en over de grootste zorg over wat er kan gebeuren als we niets doen.

---

<sup>36</sup> Munro, E. (2008). *Effective Child Protection*. Hoofdstuk 6. Sage. London.

Door vervolgens met de melder de screeningsroute te doorlopen, maken we gebruik van diens kennis over het gezin. Daarbij leggen we het vergrootglas op de feiten: 'wat gebeurde er, tussen welke mensen vond dit plaats en wanneer was dat'. Stel dat we bijvoorbeeld weten dat iemand midden in de nacht zijn vrouw naakt op de grond van de douchecabine gedurende een uur met een zaklantaarn heeft beschenen, terwijl de kinderen in de deur van de badkamer stonden, dan hebben we met die informatie een beter uitgangspunt voor een gesprek met de ouders, dan als we slechts noteren of aanvinken dat er sprake was van ruzie tussen de ouders.

Mocht deze gebeurtenis het enige zijn wat we van de melder te weten komen (de buurvrouw aan wie de moeder dit huilend verteld heeft), dan rechtvaardigt deze enkele onveilige gebeurtenis reeds een onderzoek op basis van *ernstig vermoeden*. Dit noemen we het *actiegerichte* onderzoek. We geven dat vorm als een interventie gericht op het maken van afspraken over toekomstige veiligheid en het controleren daarvan:

- wij hebben zorgen over deze gebeurtenis;
- wilt u meewerken om dit in de toekomst te voorkomen?
- wat gaat u als partners en als ouders zelf doen om herhaling te voorkomen?
- waar kunnen de kinderen of uw partner naartoe als dit weer gebeurt?
- laten we nu een afspraak maken met de persoon uit uw netwerk die hierbij nodig is om te helpen?
- hoe zullen we dat aan de kinderen vertellen?
- welke afspraken zullen we hierover op papier zetten?
- hoe weet ik het als het toch mis gaat?
- heeft u hier hulp bij nodig?

Deze vragen leveren onmiddellijk relevante diagnostische informatie voor het onderzoek. De oude vraag aan ons zelf was: 'is hier sprake van geweld, misbruik, verwaarlozing en wat is hier aan de hand'. Deze kan beter vervangen worden door de hierboven genoemde vragen te stellen aan de verantwoordelijke volwassenen. We vragen in dit voorbeeld de ouders ook welke professionals al hulp geven en zeggen dat we met hen gaan overleggen en samenwerken. Zowel de ouders als de andere professionals zullen ons informatie opleveren over eerdere gebeurtenissen die we in het triage-instrument vermelden. Onderzoek doen bij 'vermoeden van' wordt nu anders vormgegeven: met de interventie die dient om de directe veiligheid te borgen en met het gesprek over de zorgen met de betrokken hulpverleners verzamelen we tevens de feiten waarmee we in het triage-instrument het onderdeel *structurele onveiligheid* kunnen completeren waarmee we een *vermoeden* kunnen bevestigen of ontcrachten. Het actiegerichte onderzoek houdt in dat je op veiligheid gerichte interventies inzet en al doende niet alleen informatie krijgt wat hiervoor nodig is maar ook wat de mogelijkheden van het huishouden zijn en wat niet. Deze informatie is van groot belang voor de risicotaxatie later in het proces. Het actiegerichte onderzoek vraagt om de specifieke grondhouding en de specifieke vaardigheden van de Signs of Safety benadering.

De screeningsroute richt zich allereerst op het herkennen van direct fysiek (acuut) gevaar waarbij de pleger nog toegang heeft tot het slachtoffer. Het direct veilig stellen van de slachtoffers is daarbij vanzelfsprekend, maar in die gezinnen waar sprake is van structurele ernstige onveiligheid is het met nadruk de bedoeling van de triage om ook daar 'eerst veiligheid' te realiseren. Veiligstellen is de gerichte directe actie om mensen die in gevaar zijn op zeer korte termijn in een veilige situatie te brengen. Dan is door Veilig Thuis ingeschat dat er meteen iets moet gebeuren en dat er niet gewacht kan worden tot een later tijdstip om met alle betrokkenen een weloverwogen veiligheidsplan op te stellen.

Bij de voorbereiding van het huisbezoek, mogelijk in samenwerking met politie en OM, is het helpend om proactief rekening te houden met factoren die de context van het gevaar bepalen. In de bijlage

van de handleiding van het triage-instrument is hiervoor een checklist van factoren opgenomen die kunnen helpen om goed op de situatie in te spelen. In veruit de meeste gevallen van huiselijk geweld komt na melding van een buurtgenoot de politie als eerste binnen. De politie doet hiervan een digitale melding bij Veilig Thuis.

De kwaliteit van deze informatie: het zo feitelijk mogelijk doorgeven van wat er gehoord en gezien is aan onveilig of angstig gedrag in de thuissituatie, is in combinatie met gegevens over eerdere mutaties m.b.t. geweld/ zeden/ vuurwapenbezit of vuurwapengebruik essentieel voor het uitvoeren van een goede triage door Veilig Thuis.

In de toekomst is het de bedoeling dat ernstig en acuut geweld direct opgepakt wordt binnen de Multidisciplinaire Aanpak acuut onveilig. Dit is de beoogde regionale 'MDA++ acuut' waarbij multidisciplinaire aanpak multisectoraal versterkt is door een structurele koppeling van de justitiële keten (strafrechtelijk en civielrechtelijk) met de medische keten en de zorgketen. Ook is specialistische expertise beschikbaar gericht op de geweldsdynamiek en op wat slachtoffers en plegers nodig hebben aan specifieke ondersteuning en gerichte diagnostiek en behandeling<sup>37</sup>.

*Uit bovenstaande komt de centrale rol van Veilig Thuis in deze fase naar voren bij de regie op veiligheid.*

## **6.2 Het triage-instrument en 'risicogestuurde zorg'**

Bij het signaleren van onveiligheid, ook als dat een melding bij Veilig Thuis betreft, is het belangrijkste uitgangspunt van de hier beschreven visie dat alles in het werk wordt gesteld om eerst directe veiligheid tot stand te brengen. Het uitvoeren van een gestructureerde systeemgerichte risicotaxatie beschouwen wij in deze fase dan ook als overbodig en tijdrovend. Het levert niet de informatie op die voor het realiseren van directe veiligheid nodig en bruikbaar is. Het triage-instrument richt zich op het onderkennen van situaties waar op de korte termijn veiligheid georganiseerd moet worden en op het toewijzen naar de juiste intensiteit van zorg op basis van de ernst van de onveiligheid en de complexiteit van de problematiek. Risicotaxatie als basis voor risicogestuurde zorg vindt daarom na de toewijzing plaats. Bij structurele onveiligheid blijft regie door Veilig Thuis (en daarop aansluitend door een casusregisseur) op het handhaven van de directe veiligheid vereist.

Bij alle vormen van geweld en onveiligheid zoals seksueel misbruik, eengerelateerd geweld, partnergeweld, verwaarlozing als de ouder verslaafd is, is specialistische kennis nodig over plegerproblematiek en slachtofferproblematiek om het interactiepatroon te kunnen doorbreken en zowel slachtoffers als plegers gerichte zorg te bieden. Vanwege de noodzaak tot multisectorale samenwerking en de inzet van specialistische kennis moet bij structurele ernstige onveiligheid specialistische expertise naar het lokale veld toegehaald kunnen worden vanuit de toekomstige regionale 'MDA++ structureel onveilig'<sup>38</sup>. Deze MDA's zullen meestal geplaatst worden achter de eerder besproken 'MDA ++ acuut onveilig'. De MDA's zijn in het stroomschema Triage Veilig Thuis (zie hieronder) rechtsboven gepositioneerd binnen de Multisectorale samenwerking.

De meldingen waarvan na triage blijkt dat er sprake is van een *schadelijke multiproblematische leefsituatie* worden voor zorg doorgeleid naar het lokale veld. Ook de families waar wel sprake is van incidenteel geweld of die vallen in een grijs gebied omdat men voorlopig concludeert dat de

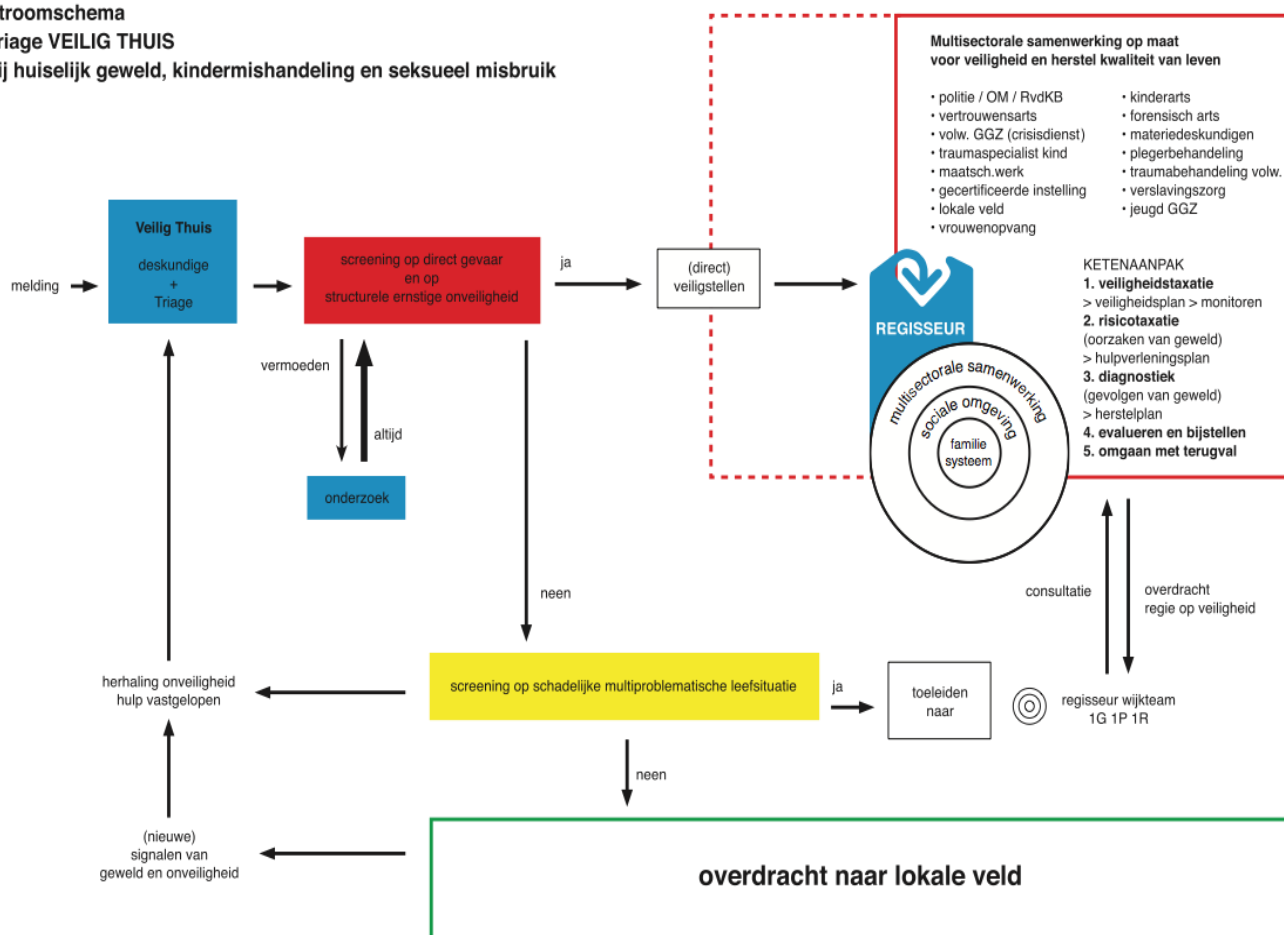
---

<sup>37</sup> Idem als <sup>9</sup>

<sup>38</sup> Idem als <sup>9</sup>



**Stroomschema**  
**Triage VEILIG THUIS**  
**bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik**



© GGD GHOR Nederland / 2015 versie landelijk prototype 0.6  
 Auteurs: L. Vogtländer en S.v. Arum (de Waag Nederland)  
 Vormgeving: Yordana Rodriguez

onveiligheid ‘niet structureel’ is, zullen voor zorg ondergebracht worden in het lokale veld. Het betreft een kwetsbare doelgroep waar veel nadelige emotionele gebeurtenissen plaatsvinden met een vergroot risico op trauma en mishandeling. Na het organiseren van veiligheid zal ook daar het bieden van risicogestuurde zorg, gericht op de onderliggende probleemonderhoudende factoren, van toepassing zijn. De CARE-NL of de ARIJ kunnen hier goed als checklist gebruikt worden.

*Uit bovenstaande komt naar voren hoe belangrijk de rol van Veilig Thuis is: met behulp van het triage-instrument indiceert het voor de juiste intensiteit van risicogestuurde zorg op de juiste plek.*

### 6.3 Het triage-instrument en trauma-geïnformeerde en herstelgerichte zorg

Bij het onderdeel *structureel ernstige onveiligheid* in het instrument is het belangrijk om te achterhalen en te onderscheiden wat er precies gebeurd is en dit met voorbeelden concreet toe te lichten. Was er sprake van lichamelijk geweld, psychisch geweld, seksueel geweld, verwaarlozing of overig? Dit toont aan dat er niet alleen sprake is van structureel, maar ook van gecombineerd geweld. We weten dat gecombineerd geweld en onveiligheid meer schade geeft, en met name bij kinderen en jongeren is de cumulatie van nadelige ervaringen schadelijk voor hun huidige en toekomstige gezondheid. Dit rechtvaardigt een verwijzing naar een *Multidisciplinaire Aanpak ++* met betrokkenheid van de jeugd- en volwassenen-GGz.

Het onderdeel *ernstige kwetsbaarheid van het systeem* heeft op zich geen invloed op de uitkomst van de triage. Het gaat bij dit onderdeel in het triage-instrument om de vraag of er sprake was van:

- aanwezigheid van alcohol- of drugsmisbruik;

- een ernstige psychische stoornis;
- een verstandelijke beperking;
- een ernstig lichamelijk gezondheidsprobleem.

Het is belangrijk om ook deze informatie over de aard van de nadelige emotionele ervaringen die in het gezin of de relatie plaatsvinden direct in het triage-instrument te noteren.

Het noteren van de feitelijke gebeurtenissen in het triage-instrument is meer werk, en betekent een diepte-investering aan de voordeur. De informatie die met het triage-instrument binnen de keten doorgegeven wordt naar de jeugd- en volwassenen-GGz helpt echter om kwetsbare personen die langdurig en meerdere traumatische gebeurtenissen hebben doorgemaakt direct te onderkennen, daar de diagnostiek op aan te passen en gepaste hulp te geven.

*Uit bovenstaande blijkt hoe betekenisvol een diepte-investering in het gebruik van het triage-instrument is voor passende zorg aan getraumatiseerde kinderen en volwassenen binnen de jeugd- en volwassenen-GGz.*

## **Samenvatting**

Deze notitie beoogt door het bieden van een stevig onderbouwde visie op zorg voor gezinnen en huishoudens waar sprake is van kindermishandeling, partnergeweld en seksueel misbruik een discussie op gang te brengen binnen en tussen alle disciplines en sectoren over de rol die zij kunnen spelen in het effectief herstellen van de veiligheid. Kern van de visie is dat samenwerking voorop staat en dat die in de eerste plaats gericht moet zijn op het werken aan directe veiligheid en pas daarna gericht kan worden op het aanpakken van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de onveiligheid. Dit laatste wordt risicogestuurde zorg genoemd en moet leiden tot stabiele veiligheid. Dit legt de basis voor het werken aan herstel. Ervaringen van geweld en ernstige onveiligheid binnen vertrouwensrelaties leiden tot interpersoonlijk trauma en zijn per definitie schadelijk. Als dit traumatische herinneringen tot gevolg heeft die zich aan kind, jongere of volwassene blijven opdringen is een individuele traumabehandeling volgens de richtlijnen nodig.

Door gefaseerd te werken wordt het natuurlijke herstelproces van het gezin in de tijd ondersteund en gevolgd. Tevens biedt het de professionals overzicht en rust gedurende het proces van hulpverlening.

Dit model waarbij eerst samengewerkt wordt voor veiligheid en er daarna samengewerkt wordt voor risicogestuurde en herstelgerichte zorg noemen we gefaseerde ketenzorg. Het gebruik van het triage-instrument Veilig Thuis speelt een essentiële rol bij het in gang zetten van dit zorgproces omdat:

- het de feiten aanlevert die noodzakelijk zijn om een veiligheidsplan op te stellen;
- het indiceert voor de juiste zwaarte van onderzoek en zorg;
- het met feiten in kaart brengt welke vormen van geweld en onveiligheid en welke emotioneel nadelige probleemsituaties de jeugdigen en volwassenen binnen hun familie hebben doorgemaakt waarvan de hulpverlening verderop in de keten op de hoogte moet zijn om de juiste individuele hulp in te kunnen zetten.

~ ~ ~

# FLOWCHART gefaseerde ketensamenwerking met systeem, netwerk en casusregisseur bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik

