



# Doen wat nodig is bij kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken



Nederlands  
Jeugdinstituut

Samen voor een integrale aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld

# Doen wat nodig is bij kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld

Een onderzoek naar de regionale ontwikkeling van de  
multidisciplinaire aanpak en de ondersteuningsbehoefte  
van gemeenten

Utrecht, april 2018

Anita Kraak (Nederlands Jeugdinstituut)  
Marianne Volaart (Nederlands Jeugdinstituut)  
Hilde Bakker (Movisie)  
Jozé van Kooten Niekerk (Movisie)



# Voorwoord

## Colofon

### Auteurs

Anita Kraak (Nederlands Jeugdinstituut)  
Marianne Volaart (Nederlands Jeugdinstituut)  
Hilde Bakker (Movisie)  
Jozé van Kooten Niekerk (Movisie)

### Fotografie

Martine Hoving  
iStock

### Vormgeving

Taluut Grafisch Ontwerp

© 2018 Nederlands Jeugdinstituut en Movisie

Deze publicatie kwam tot stand in opdracht van de ministeries van VWS en J&V en de VNG, en werd uitgevoerd door Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en Movisie, met medewerking van LOC Zeggenschap in Zorg.

Nederlands Jeugdinstituut  
Postbus 19221  
3501 DE Utrecht

T (030) 230 63 44  
E info@nji.nl  
www.nji.nl

Movisie  
Postbus 19129  
3501 DC Utrecht  
T (030) 789 20 00  
E info@movisie.nl  
www.movisie.nl

'Alle gelukkige gezinnen lijken op elkaar. Elk ongelukkig gezin is ongelukkig op zijn eigen wijze', schreef Lev Tolstoj in 1873 als motto in zijn boek *Anna Karenina*.

Precies dat besef heeft een aantal professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein bewogen om zich – nog voor er sprake was van een transitie of transformatie – in te zetten voor passende zorg voor de meest kwetsbare huishoudens. Ingegeven door de teleurstellende resultaten en de machteloosheid waarmee deze gezinnen en zichzelf dagelijks te maken hadden.

Met een gezamenlijke intentie gingen deze professionals ieder hun eigen pad. Een eerste poging om kennis en ervaring te delen en gezamenlijke randvoorwaarden te formuleren, resulteerde in 2013 in een onderzoeksrapport met de veelzeggende titel: *Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling; revolutie of evolutie?* Om de noden en schadelijke, vaak intergenerationele, gevolgen van de ontbrekende, samenhangende zorg en veiligheid voor deze complexe doelgroep te agenderen, is in 2015 de VNG-notitie: *Multidisciplinaire aanpak complexe problematiek; kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld* geschreven<sup>2</sup>. Vanaf dat moment werden alle hiervoor genoemde initiatieven bestempeld als 'multidisciplinaire aanpak' (MDA) van 'complexe en intersectorale problematiek' (++), kortweg MDA++. Ook gemeenten onderschreven voortaan het belang van een passende aanpak bij deze complexe veiligheidsproblematiek.

Inmiddels is het 2018 en drie jaar na de start van de transitie. Gemeenten geven aan dat zij de basis voor hun lokale jeugdbeleid min of meer op orde hebben en eigenlijk nu pas aan de transformatie kunnen beginnen. De eerste tussenevaluatie van de Jeugdwet<sup>3</sup> is recent verschenen, en daarin leggen de onderzoekers wat MDA++ betreft de vinger op de zere plek: juist de meest kwetsbare gezinnen weten de weg naar passende zorg en ondersteuning nog niet goed te vinden.

Tegen deze achtergrond voerden wij in opdracht van de ministeries van VWS en JenV en de VNG een

onderzoek uit naar de stand van zaken van MDA++. In dit rapport doen we daar verslag van. Onze focus lag op gemeenten. Welke visie hebben zij op MDA++, met wie hebben zij deze visie ontwikkeld, in hoeverre lukt het hen om in lijn met deze visie te handelen, wat hebben zij daarvoor nodig en wat merken zorgaanbieders, professionals uit het sociale, zorg- en veiligheidsdomein maar ook huishoudens daar nu al van?

Wij hebben gesproken met een groot aantal beleidsambtenaren, enkele wethouders, bestuurders en professionals. Cliënten ontbraken helaas tijdens de discussies. Wat ons opviel, is de bevologenheid van velen om MDA++, hoe ingewikkeld ook, passend te organiseren. Het blijft echter nog zoeken, er zijn geen simpele antwoorden maar er is wel de *drive*, de wens om te doen wat werkt en samen lerend verder te komen.

Dat is mooi.

Wij danken alle gesprekspartners voor de tijd en energie die zij in de gesprekken gestoken hebben en wij hopen dat de weerslag en analyse daarvan in dit rapport bijdraagt aan de gewenste stappen voorwaarts. Zodat uiteindelijk ook de zorg voor en ondersteuning van huishoudens met complexe veiligheidsproblematiek leidt tot een duurzaam resultaat waardoor alle betrokkenen, onder wie ook veel kinderen, het beter krijgen.

April 2018

Anita Kraak (Nederlands Jeugdinstituut)  
Marianne Volaart (Nederlands Jeugdinstituut)  
Hilde Bakker (Movisie)  
Jozé van Kooten Niekerk (Movisie)

# Inhoud

<b>Colofon</b>	4
<b>Voorwoord</b>	5
<b>Managementsamenvatting</b>	8
<b>Leeswijzer</b>	11
<b>1 Achtergrond, aanleiding en doelstelling van dit onderzoek</b>	13
1.1 Achtergrond	
1.2 Aanleiding	
1.3 Doelstelling	
1.4 Aanpak van het onderzoek	
<b>2 De onderzoeksresultaten</b>	19
2.1 Inleiding	
2.2 Onderzoeksresultaten	
2.2.1 <i>MDA++ volgens gemeenten</i>	
2.2.2 <i>De uitvoering van MDA++</i>	
2.2.3 <i>Rol van gemeenten in de (door)ontwikkeling</i>	
2.2.4 <i>Financiering en monitoring</i>	
2.2.5 <i>Ondersteuningswensen</i>	
<b>3 Analyse en aanbevelingen voor (door)ontwikkeling van MDA++</b>	29
3.1 MDA++: waarom, wat wel en wat niet?	
3.1.1 <i>MDA++ acuut, MDA++ structureel, geen MDA++</i>	
3.2 MDA++ passende beleidsregie voor de (door)ontwikkeling	
3.2.1 <i>MDA++ acuut</i>	
3.2.2 <i>MDA++ structureel</i>	
3.3 Passende methoden voor doorontwikkeling en kennisdeling	
3.3.1 <i>MDA++ acuut</i>	
3.3.2 <i>MDA++ structureel</i>	
3.4 Landelijke randvoorwaarden	
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1: Gesprekspartners	44
Bijlage 2: Topics semigestructureerde interviews	48
Bijlage 3: Topics focusgroepen	49
Bijlage 4: Stand van zaken MDA++ Presentatie bij VNG	50
Bijlage 5: Toelichting op theoretisch analysekader	53
Bijlage 6: Afkortingen	56
Bijlage 7: Referenties	57

# Managementssamenvatting

## HULP BIJ COMPLEXE (VEILIGHEIDS-) PROBLEMATIEK SCHIET TEKORT

Kwetsbare gezinnen weten de weg naar passende hulp nog niet goed te vinden<sup>1</sup>. Huishoudens met complexe problemen en kindermishandeling, huiselijk of seksueel geweld krijgen vaak niet de hulp waaraan zij behoefte hebben. De zorg is te gefragmenteerd, de veiligheid in deze huishoudens wordt onvoldoende gemonitord, waardoor nieuwe signalen niet snel genoeg leiden tot het bijstellen van plannen, op- en afschaling haperen, burgers moeten te vaak hun verhaal herhalen, en regie en coördinatie ontbreken<sup>2</sup>. Juist voor deze huishoudens hebben de wethouders van de centrumgemeenten in 2015 besloten om een landelijk dekkende infrastructuur voor MDA++ te realiseren. Hoe ver zijn gemeenten daar nu, drie jaar later, mee en wat hebben zij nodig om hun ambities voor deze kwetsbare groep burgers te realiseren?

## MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK VAN COMPLEXE VORMEN VAN KINDERMISHANDELING, HUISELIJK EN SEKSUEEL GEWELD

De MDA++ staat voor de multidisciplinaire aanpak van complexe vormen van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld<sup>3</sup>. De 'plussen' verwijzen naar complexiteit en intersectoraliteit. MDA++ kent een acute en een structurele variant. MDA++ acuut realiseert de snelle en kwalitatief goede start van zowel de acute zorg en opvang van het slachtoffer als het begin van een strafrechtelijk onderzoek naar de plegger om, al dan niet ondersteund door een juridische maatregel, veiligheid te bewerkstelligen. MDA++ structureel is een lokale en regionale organisatievorm van waaruit professionals uit diverse werkvelden, echelons en beroeps culturen in steeds wisselende samenstelling, rol en tijdsduur passende gecoördineerde zorg en veiligheid bieden. Het gaat hier om huishoudens met uniek samengestelde, complexe problemen en onveiligheid.

Passende zorg betekent in dit verband dat de intersectorale zorg, ondersteuning en veiligheid op inhoud (expertise) en proces (samenwerking en governance) aansluiten bij de complexiteit van het probleem en rekening houden met de denk- en

doekracht van het huishouden. Kenmerkend voor passende zorg is dat:

- huishoudens niet onnodig vaak hun verhaal hoeven te vertellen;
- de zorg een duurzaam resultaat kent;
- intergenerationele overdracht van veiligheidsproblematiek wordt voorkomen.

Nu, drie jaar later, blijkt hoe belangrijk en tegelijkertijd ingewikkeld het is om MDA++ te realiseren.

In dit onderzoeksverslag geven we de stand van zaken weer van MDA++ in 23 van de 26 Veilig Thuis-regio's. We beschrijven en analyseren de onderzoeksresultaten, en formuleren een aantal aanbevelingen waarmee gemeenten en Rijk de lokale en regionale doorontwikkeling van MDA++ kunnen bevorderen.

## AANBEVELINGEN VOOR DE DOOR-ONTWIKKELING VAN MDA++

### Het waarom

*Begrens en expliciteer doelstelling, doelgroep en meerwaarde van MDA++ in het lokale en regionale zorg- en veiligheidslandschap. Sluit aan bij wat er lokaal en regionaal al is.*

Maak duidelijk voor welk probleem MDA++ de oplossing moet zijn, en voor welke problemen niet. Welk hiaat in het regionale zorg- en veiligheidslandschap willen we met MDA++ dichten en waarom? Gaat het over meervoudige of complexe problemen? Maak onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel om daarna de goede ontwikkelstrategie te kunnen kiezen en wees ook duidelijk over wat niet onder MDA++ valt. Hierdoor voorkom je dat er nieuw (specialistisch) aanbod ontwikkeld wordt dat lokaal of regionaal al beschikbaar is.

### Het hoe

*Zorg voor passende beleidsregie zodat visie, governance, schaalgrootheid en financiering aansluiten bij de complexiteit van het probleem.*

Ontwikkel samen met professionals, bestuurders en cliëntvertegenwoordiging een realistische visie op

het probleem en de oplossingsrichting. Wie uit de wereld van beleid en praktijk zijn daarvoor belangrijke partners in de eerste schil, en wie moeten op afstand betrokken en dus geïnformeerd blijven?

Kies de organisatievorm, *governance*, schaalgrootheid en financiering die het meest geschikt zijn voor de complexiteit van de eerder geformuleerde acute en/of structurele problematiek waarvoor MDA++ het antwoord moet zijn. Zo wordt voorkomen dat de bij de start gekozen beleidsregie niet past bij het op te lossen probleem. Zorg voor passend 'cement tussen de bouwstenen' om praktijk, beleid en cliëntvertegenwoordiging in denken én doen te verbinden aan deze gezamenlijke ambitie.

### Het wat

*Kies bewust voor een ontwikkelstrategie en kies een kwaliteitscyclus (monitoring, reflectie en bijstelling) die hierop aansluit.*

Gaat het bijvoorbeeld primair over het implementeren en toepassen van een aanbod zoals bij MDA++ acuut, of veel meer over het samen lerend organiseren van zorg op maat, zoals bij MDA++ structureel? Vraagt dit om bijeenkomsten waarin verschillende partijen breed kennis delen, trainen en deskundigheid bevorderen, samenwerkingsafspraken en kwaliteitskaders opstellen en aanscherpen (MDA++ acuut), of vraagt het eerder om verdiepende kleinschalige sessies waarin betrokkenen op casusniveau dilemma's bespreken, kennis op maat toevoegen en in korte kwaliteitscycli experimenteren met creatieve oplossingen? Op die manier kunnen betrokkenen MDA++ samen lerend verder ontwikkelen en kennis over de werkmade elementen verzamelen en delen (MDA++ structureel).

Stel haalbare doelen en doe aan verwachtingenmanagement om het proces niet te frustreren, spreek elkaar aan als eigen werkprocessen het gezamenlijke resultaat in de weg staan en zoek samen naar een goede manier om het (tussen)resultaat te monitoren. Neem daarbij als vertrekpunt wat cliënt, professionals en beleidsmakers nodig hebben om te weten dat ze samen op de goede weg zijn.

### Randvoorwaarden

*Realiseer landelijk een aantal stimulerende randvoorwaarden.*

Op basis van dit onderzoek formuleren we drie thema's die van gemeenten en Rijk nadere uitwerking vragen. Deze thema's zijn:

- De grote diversiteit aan regio-indelingen: zijn deze nog passend en helpend voor transitie en transformatie?
- Ontschotting tussen Wmo, Jeugdwet en Zvw: hoe kan dit bespoedigd worden?
- Eenduidig gebruik van privacyregels bij het delen van informatie, zonder daarbij de verschillen in visie, kennis en kunde tussen beroepsgroepen te negeren: hoe is dit te realiseren?

Tot slot adviseren wij het Rijk en de VNG om de regionale ontwikkeling van MDA++ te blijven ondersteunen. Om stagnatie in de doorontwikkeling te voorkomen dient ook op landelijk niveau de integratie en coördinatie bewerkstelligd te worden.

### Verander de benaming

De term 'MDA++' is onduidelijk en verwarrend. Het is een containerbegrip. Bovendien worden de twee plussen uiteenlopend geïnterpreteerd. Overweeg een andere benaming waardoor duidelijk is welke specifieke doelstellingen van de MDA++ beoogd worden.

### Transformatie

Door op deze manier naar de (door)ontwikkeling van MDA++ te kijken kunnen gemeenten de regie afstemmen op de specifieke (lokale en regionale) bedoeling van MDA++ en met de nadere invulling de samenhang van het regionale zorg- en veiligheidslandschap versterken.

## Leeswijzer

In dit onderzoeksverslag vindt u bij elk hoofdstuk een beknopte samenvatting, gevolgd door een uitgebreidere toelichting en onderbouwing daarvan. In de managementsamenvatting staat een beknopt overzicht van onze belangrijkste aanbevelingen.

In hoofdstuk 1 leest u over de achtergrond, context en doelstelling van dit onderzoek. Hoofdstuk 2 is een beschrijving van de onderzoeksresultaten. In hoofdstuk 3 analyseren wij de onderzoeksresultaten aan de hand van kennis over meervoudige en complexe samenwerkingsvraagstukken en formuleren wij een aantal praktische aanbevelingen waarmee gemeenten en Rijk de lokale en regionale doorontwikkeling van MDA++ kunnen bevorderen.

Bronverwijzingen hebben we met notnummers aangegeven, de referenties zijn opgenomen in bijlage 7. In de overige bijlagen vindt u een overzicht van de gesprekspartners (bijlage 1), de topiclijsten van de interviews (bijlage 2) en focusgroepen (bijlage 3), afbeeldingen van de PowerPointpresentatie over de voorlopige onderzoeksresultaten (bijlage 4), een toelichting op het theoretische analysekader (bijlage 5) en een lijst met afkortingen (bijlage 6).

# 1 Achtergrond, aanleiding en doelstelling van dit onderzoek

## Samenvatting

De wethouders van de centrumgemeenten hebben in 2015 besloten om een landelijk dekkende infrastructuur te ontwikkelen voor een multidisciplinaire aanpak van complexe problematiek met kindermishandeling, huiselijk en/of seksueel geweld; de MDA++.

Huishoudens met dergelijke problemen krijgen nog onvoldoende de hulp waaraan zij behoefte hebben. De zorg is te gefragmenteerd, de veiligheid wordt onvoldoende gemonitord, op- en afschaling haperen, terwijl regie en coördinatie ontbreken. Dit leidt tot onnodige risico's. Problemen kunnen op diverse manieren complex worden. Onder andere doordat de organisatie van de zorg voor de betreffende huishoudens gebreken vertonen.

Dit is een onderzoek naar de stand van zaken MDA++ bij gemeenten, in opdracht van de ministeries van VWS en JenV en de VNG. Drie belangrijke aandachtspunten in dit onderzoek zijn:

- Wat is MDA++ acuut en MDA++ structureel en wie behoren tot de doelgroep?
- Hoe verhoudt de ontwikkeling van MDA++ zich tot lokale teams, Centra Seksueel Geweld (CSG's), Veilig Thuis-organisaties, Zorg- en Veiligheidshuizen, overlegtafels, expertteams en de implementatie van de radarfunctie van Veilig Thuis?
- Wat zijn ondersteuningsbehoeften van gemeenten?

### 1.1 ACHTERGROND

Uit onderzoek van vóór de transitie van de (jeugd-) zorg naar gemeenten bleek dat slachtoffers van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld te vaak hun verhaal opnieuw moesten vertellen. Bovendien leidde de hulp die de toenmalige Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG) en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) inzetten bij ernstige vormen van kindermishandeling en/of huiselijk geweld tot een weinig duurzaam resultaat.<sup>6,7</sup> Gefragmenteerde hulp kan leiden tot overbelasting, machteloosheid en demotivatie bij de betrokken huishoudens<sup>8</sup> en het uitblijven van blijvende effecten (zie ook bijlage 5). Met als gevolg dat de veiligheidsproblematiek te vaak wordt overgedragen op de volgende generatie. Deze onderzoeksresultaten waren een belangrijke motivator voor de wethouders van de centrumgemeenten om in 2015 te besluiten een landelijk dekkende infrastructuur te ontwikkelen voor een multidisciplinaire aanpak van complexe problematiek met kindermishandeling, huiselijk of seksueel geweld; de multidisciplinaire aanpak ++ (MDA++).<sup>9</sup> De 'plussen' in deze benaming staan voor de complexiteit en de intersectoraliteit. Kernbegrippen van MDA++ zijn: multidisciplinair, intersectoraal, integraal, systeemgericht en gecoördineerd.<sup>8</sup>

MDA++ bestaat uit *MDA++ acuut* en *MDA++ structureel*. De instroom in MDA++ structureel kan komen vanuit MDA++ acuut maar ook vanuit elke andere beoordeling dat MDA++ structureel noodzakelijk is om in het huishouden duurzame veiligheid en vooruitgang te realiseren.

- MDA++ acuut beoogt verschillende doelen:
- acute medische en psychologische zorg en veiligheid bieden om te voorkomen dat er medische en psychische problemen ontstaan;
  - onder optimale voorwaarden forensisch(-medisch) onderzoek uitvoeren.

- voorkomen dat slachtoffers van kindermishandeling, huiselijk of seksueel geweld vaker dan nodig hun verhaal moeten vertellen of moeten worden onderzocht.

Het doel van MDA++ structureel is om een gezamenlijk plan van aanpak te realiseren om zowel het geweld als de problemen op andere leefgebieden aan te pakken. Daarbij staat het betreffende huishouden centraal en de gezinsleden beslissen mee. Er is regie op de gezamenlijke uitvoering, en de hulp is geslaagd als er geen herhaling van geweld plaatsvindt.<sup>8</sup> De Veilig Thuis-regio's zijn gekozen als optimale schaalgrootte. Bij MDA++ acuut werd vooral gedacht aan een aantal landelijke centra met geconcentreerde expertise voor de aanpak van acute situaties van ernstige vormen van geweld (onder andere ook forensisch(-medische) expertise) en de eerste opvang van de slachtoffers. Het streven van MDA++ structureel was om, conform de transformatiedoelen, zoveel als mogelijk aan te sluiten bij zich lokaal en regionaal ontwikkelende multidisciplinaire, intersectorale samenwerkingsverbanden. In het najaar van 2015 is in opdracht van de VNG een inventarisatie gemaakt van al bestaande samenwerkingsvormen in de Veilig Thuis-regio's<sup>9</sup>.

### 1.2 AANLEIDING

De afgelopen jaren is door de ministeries van VWS (directie Jeugd en directie Maatschappelijke Ondersteuning), JenV en de VNG de nodige informatie verzameld over MDA++. Specialisten van 'voorlopers' stelden het *Kwaliteitskader MDA++*<sup>9</sup> op. Hierin staat beschreven wat MDA++ inhoudt, welke uitgangspunten de voorlopers hanteren, welke professionals daarbij betrokken zijn en welke normen voor gemeenten zij adviseren. Daarnaast schreef Movisie in opdracht van de VNG de notitie *Financiële voorwaarden MDA++*<sup>10</sup>, over de financiële randvoorwaarden van MDA++ zoals gerealiseerd door enkele voorlopers. Ook is het visiedocument *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg*<sup>11</sup> gepubliceerd. Hierin beschrijven de auteurs hun visie op een gefaseerde ketensamenwerking voor de MDA++-aanpak. Daarin is er eerst en blijvend aandacht voor veiligheid, dan voor risico-gestuurde zorg en tot slot voor herstelgerichte zorg. In onze analyse zullen wij nader ingaan op hoe de MDA++-praktijk zich verhoudt tot dit denkmodel.

De ministeries en de VNG hebben behoefte aan meer informatie die recht doet aan de complexiteit van de MDA++-praktijk in gemeenten en bouwstenen biedt voor een ondersteuningsplan om MDA++ verder te ontwikkelen.

### Context

De ontwikkeling van MDA++ loopt parallel aan een aantal hiervoor relevante lokale en landelijke ontwikkelingen. Zo worden de lokale teams<sup>9</sup> verder vormgegeven, de Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG) en Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) geïntegreerd tot de Veilig Thuis-organisaties, worden nadere afspraken gemaakt over de samenwerking van politie en Veilig Thuis, ontstaat er meer samenwerking tussen Openbaar Ministerie (OM) en zorgpartijen, vindt de doorontwikkeling plaats van de Centra Seksueel Geweld (CSG), groeit een aantal Veiligheidshuizen uit tot Zorg- en Veiligheidshuizen en treedt de aanscherping van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in werking met een afwegingskader en de radarfunctie van Veilig Thuis<sup>12,13</sup>. Daarnaast zijn in de afgelopen jaren diverse 'overlegtafels' ontwikkeld, zoals de jeugdbeschermingstafels en de Zorgvuldig Snel en op Maat (ZSM)-werkwijze van het OM. Aan deze tafels vindt op casusniveau afstemming plaats tussen een aantal van de hiervoor genoemde partijen, al dan niet met betrokkenheid van het gezin. Ook zijn de regio gemeenten met de aanbieders in de regio gestart met het opzetten van bovenregionale expertteams jeugd. Zij worden daarbij ondersteund door de VNG.

Al deze ontwikkelingen raken de doelgroep waarvoor de landelijk dekkende infrastructuur van MDA++ is geïnitieerd.

### Probleemschets

Ondanks al deze ontwikkelingen blijkt uit onder andere de rapportage van het Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ)/Toezicht Sociaal Domein (TSD)<sup>1</sup> dat huishoudens met ernstige kindermishandeling, huiselijk of seksueel geweld en complexe problematiek (de doelgroep van MDA++) nog

onvoldoende passend geholpen worden. Het STJ/TSD constateert dat de zorg nog steeds te gefragmenteerd is, dat de veiligheid in deze gezinnen onvoldoende gemonitord wordt, dat nieuwe signalen niet snel genoeg leiden tot het bijstellen van plannen, dat op- en afschaling haperen en dat regie en coördinatie ontbreken. Hierdoor heeft geen van de betrokken professionals een compleet beeld van de gezinsituatie en de actuele risico's van de complexe gezinsproblematiek. Vergelijkbare conclusies zijn te vinden in recente publicaties van Stekete<sup>14</sup> en ZonMW<sup>14</sup>. Aanvullend publiceerde de WRR in 2017 een belangrijk rapport over deze doelgroep<sup>15</sup>. De strekking daarvan is dat het voor een effectieve en efficiënte ondersteuning van huishoudens cruciaal is om goed aan te sluiten bij hun denk- en doekracht.

Uit de praktijk blijkt dat de complexiteit van de problematiek van huishoudens verschillende oorzaken kan hebben. Bijvoorbeeld door: (a) de aard van de problematiek in relatie tot de denk- en doekracht van het huishouden (bijvoorbeeld een automatische benadering vanuit *cure*, gericht op behandeling, genezing en herstel van eigen kracht, terwijl het passender zou zijn om de problematiek te benaderen vanuit *care*, gericht op de optimale omgang met een blijvende beperking van eigen denk- en/of doekracht); (b) het ontbreken van passend aanbod (bijvoorbeeld het niet beschikbaar zijn van 7x24 uur een-op-een-begeleiding voor een cliënt met een ernstige vorm van autisme met agressieproblemen. Er wordt dan gekozen voor een lichtere, niet passende ondersteuningsvorm waardoor regelmatig een crisis optreedt met als gevolg dat de cliënt geïsoleerd wordt opgesloten); (c) de manier waarop de zorg voor het betreffende huishouden georganiseerd wordt (bijvoorbeeld professionals die met hun focus op deelproblemen langs elkaar heen werken en daardoor het betreffende huishouden overbelasten. Doordat een totaalbeeld ontbreekt, wordt onveiligheid bovendien niet of te laat opgemerkt). Zie ook bijlage 5.

b Deze term hebben we gekozen als een verzamelbegrip voor lokale teams, sociale wijkteams, toegang of andere benamingen die gemeenten hanteren voor deze indicerende en hulpverlenende teams voor de doelgroepen jeugd, volwassenen of 0-100.

a We kiezen in dit onderzoeksrapport voor de term 'huishouden' omdat het niet noodzakelijkerwijs alleen gaat om gezinssystemen, waarvan impliciet de aanname is dat hier volwassenen en kinderen samenleven.



uitdaging voor de lokale en regionale (door) ontwikkeling van MDA++.

Deze rapporten en praktijkkennis leveren twee belangrijke onderzoeksvragen op, namelijk:

1. Zijn de doelgroepen waarvoor MDA++ acuut of MDA++ structureel noodzakelijk is wel helder genoeg geformuleerd?
2. Moet de ontwikkeling van MDA++, lokale teams, CSG's, Veilig Thuis organisaties, Zorg- en Veiligheidshuizen, overlegtafels en expertteams in het zorg- en veiligheidsdomein en de implementatie van de radarfunctie van Veilig Thuis niet veel meer in samenhang plaatsvinden om een duurzaam resultaat voor deze complexe doelgroep te kunnen realiseren?

Bij de start van dit onderzoek weten we nog onvoldoende of dit in gemeenten al gebeurt, hoe dat eruitziet, of gemeenten ondersteuningswensen hebben voor (door-)ontwikkeling van MDA++, en welke dit dan zijn.

### 1.3 DOELSTELLING

Dit verdiepende praktijkonderzoek geeft zicht op: de invulling van MDA++ bij gemeenten tot nu toe; manieren waarop gemeenten MDA++ een plek (willen) geven in het regionale zorg- en veiligheidslandschap. Onder andere in relatie tot Veilig Thuis, Zorg- en Veiligheidshuis, CSG en lokale teams; manieren waarop gemeenten hierbij ondersteund kunnen worden.

### 1.4 AANPAK VAN HET ONDERZOEK

Om deze doelstelling te realiseren voerden we het onderzoek als volgt uit:

We interviewden beleidsambtenaren en, waar mogelijk, wethouders van minimaal 20 van de 26 Veilig Thuis-regio's met behulp van een semigestructureerde interviewlijst. Gespreksverslagen legden we ter accordering voor aan de gesprekspartners.

In enkele regio's organiseerden we focusgroep-discussies met een vertegenwoordiging van praktijk- en beleidspartners en een cliëntvertegenwoordiging, betrokken bij MDA++. De regie op de samenstelling van de focusgroep lag in handen van de gemeenten. Het doel van deze discussies was om de beleidsinformatie van gemeenten te verrijken met praktijkinformatie.

We voerden twee groepsgesprekken met een vertegenwoordiging van respectievelijk Veilig Thuis en CSG.

Het onderzoek resulteerde in onderhavig rapport met daarin een overzicht van de stand van zaken MDA++ in de Veilig Thuis-regio's, ondersteuningsbehoeften van gemeenten en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van MDA++.

Dit onderzoek is uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en Movisie. Interviews, focusgroepdiscussies, groepsgesprekken en de verslaglegging zijn gezamenlijk gedaan. Het NJI is eindverantwoordelijk voor dit rapport. Movisie heeft de conceptversies meegelezen en voorzien van waardevolle aanvullingen en aanscherpingen.

LOC Zeggenschap in Zorg heeft meegelezen bij het samenstellen van de semigestructureerde interviewlijst en deze aangescherpt vanuit het perspectief van huishoudens met complexe veiligheidsproblematiek.

## 2 De onderzoeksresultaten

### Samenvatting

We hebben de onderzoeksresultaten verzameld in 23 van de 26 Veilig Thuis-regio's. De beleidsambtenaren die wij spraken gaven regelmatig aan dat het gesprek hen hielp om overzicht te krijgen over MDA++ en aanpalende ontwikkelingen.

MDA++ is de afgelopen jaren in deze regio's verschillend aangepakt. Gemeenten noemen als belangrijke bouwstenen voor MDA++ 'de transformatiedoelstellingen', 'continuïteit van passende zorg', 'het cliëntperspectief' en 'iedereen aan boord'. Zij maken onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel.

In de visie van de meeste gemeenten bestaat MDA++ acuut vooral uit een gecentraliseerd, relatief kortdurend multidisciplinair aanbod van specialistische zorg- en veiligheidspartners. Het doel van dit aanbod is de kwaliteit van zorg en veiligheid na een acute vorm van seksueel geweld, ernstige kindermishandeling en/of huiselijk geweld te verbeteren.

MDA++ structureel is in hun ogen vooral een dynamische samenwerkingsvorm waarbij noodzakelijke lokaal, regionaal of landelijk beschikbare expertise op maat wordt gemaakt voor het huishouden in kwestie.

Voor de doorontwikkeling van MDA++ ambleert een meerderheid van de gemeenten om de al gerealiseerde werkwijze van de CSG's uit te breiden naar MDA++ acuut. Behalve bij problematiek met seksueel geweld zou de werkwijze dan ook kunnen worden ingezet bij problematiek op het gebied van kindermishandeling en huiselijk geweld. Daarvoor voeren zij zowel inhoudelijke als financiële argumenten aan.

De doorontwikkeling van MDA++ structureel is volgens gemeenten ingewikkelder. Hoewel er goede voorbeelden zijn en professionals uit de domeinen zorg, veiligheid en sociaal steeds meer samenwerken, gaat het nog te vaak mis. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat het eigen perspectief, de eigen wetgeving, de eigen regio-indeling, de eigen agenda, de eigen werkprocessen en de eigen beroeps cultuur leidend zijn. Voor de doorontwikkeling van MDA++ structureel zoeken gemeenten naar geschikte sturingsinstrumenten, passende kennisuitwisseling en monitoring. De huidige instrumenten bieden hier onvoldoende ondersteuning bij. Gemeenten vragen de landelijke overheid te onderzoeken hoe zij de regionale ontwikkeling van MDA++ kan helpen versnellen. We hebben hun voorstellen daartoe als aanbevelingen opgenomen in hoofdstuk 3.



## 2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk presenteren wij de onderzoeksresultaten van dit kwalitatieve praktijkonderzoek. Data zijn verzameld uit:

- 23 semigestructureerde interviews met beleidsambtenaren en (in sommige regio's) wethouders uit 23 Veilig Thuis-regio's (de interviewtopics zijn opgenomen in bijlage 2);
- 3 focusgroepdiscussies met professionals en beleidsmakers die betrokken zijn bij de MDA++-aanpak (de topics van de focusgroepen zijn opgenomen in bijlage 3);
- 2 groepsgesprekken met respectievelijk een vertegenwoordiging van het netwerk Veilig Thuis en een vertegenwoordiging van de landelijke stuurgroep van de Centra Seksueel Geweld (CSG).

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van 15 december 2017 tot 15 maart 2018. In drie van de 26 Veilig Thuis-regio's is het niet gelukt om in deze periode een afspraak te maken met de betrokken beleidsambtenaren of wethouders. Van elk interview is als verslag een PowerPoint-presentatie gemaakt. Die presentaties zijn ter accordering en aanscherping voorgelegd aan de geïnterviewde beleidsambtenaren. De voorlopige onderzoeksresultaten zijn op 6 maart 2018 gepresenteerd op het algemeen overleg van de beleidsambtenaren Huiselijk geweld en Vrouwenopvang (VNG). Aansluitend hebben wij deze presentatie, via de VNG, naar alle beleidsambtenaren verzonden, met het verzoek om te komen met aanvullingen, aanscherpingen en correctie van onjuistheden. Wij hebben twee reacties ontvangen en die verwerkt in deze rapportage.

## 2.2 ONDERZOEKSRESULTATEN

Beleidsambtenaren vertelden ons tijdens de interviews dat het gesprek hen hielp om zicht te krijgen op MDA++ en aanpalende ontwikkelingen, zoals de aangescherpte meldcode, de radarfunctie van Veilig Thuis, de ontwikkeling van de lokale teams en de vele overlegtafels waaraan professionals binnen het zorg- en het veiligheidsdomein potentieel complexe problematiek bespreken. Beleidsambtenaren vinden het noodzakelijk om daarover nader in gesprek te gaan met elkaar en met professionals uit de praktijk om vervolgens samen regionaal passende keuzes te maken. Ter ondersteuning daarvan stellen wij een

PowerPoint- verslag ter beschikking van de stand van zaken per regio. Deze presentaties zijn door de betrokken gemeenten [hier](#) te bekijken.

In dit hoofdstuk geven wij een abstracte *overall* beschrijving van de onderzoeksresultaten.

### 2.2.1 MDA++ volgens gemeenten

De ambtenaren die wij spraken delen de ambitie om het verschil te maken voor huishoudens met complexe problemen en structurele onveiligheid. Zij benadrukken het belang van een doorlopende lijn; continuïteit van zorg vanuit het perspectief van het huishouden. Hoe zij echter uitvoering geven aan deze ambitie, is divers. Sommige regio's kiezen voor een meer top-downbenadering, waarbij beleidontwikkeling voorafgaat aan de implementatie van samenwerkingsstructuren en aanbod. Andere regio's kiezen voor een meer bottom-up benadering, met als vertrekpunt gezamenlijke visievorming met een divers samengestelde groep praktijkpartners. Vanzelfsprekend zijn er ook regio's die voor een tussenvorm kiezen. In geen van de regio's zijn burgers betrokken bij de visievorming. Eén regio heeft recent een ervaringsdeskundige toegevoegd aan het projectteam. Afhankelijk van hun benadering ervaren regio's knelpunten in de (door)ontwikkeling van hun aanpak. Bij een meer top-downbenadering worden vooral als knelpunten genoemd het ontbreken van financiële middelen en draagvlak bij de praktijkpartners om de gewenste structuren te implementeren. Regio's met een meer bottom-up benadering hebben vooral last van de bestaande schotten tussen werkvelden, beroepschulden en wetgeving en het ontbreken van een langer lopende ontwikkelsubsidie om de gezamenlijke visie te operationaliseren. Gemeenten maken onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel.

#### MDA++ acuut

De meeste gemeenten beschrijven als wenkend perspectief voor MDA++ acuut een gecentraliseerde 7x24 uur bereikbare en beschikbare voorziening, waar een team van vooral specialisten uit de werkvelden zorg en veiligheid een multidisciplinair, relatief kortdurend (4-6 weken) aanbod verstrekt na seksueel geweld, ernstige kindermishandeling en huiselijk geweld.

#### MDA++ structureel

Gemeenten verstaan onder MDA++ structureel intersectoraal en integraal maatwerk bij complexe problemen en onveiligheid. Dit moet, conform de transformatiedoelen, samen met en liefst in of dicht bij de huishoudens en het lokale veld uitgevoerd worden. Waar lokaal de expertise ontbreekt, moet deze vanuit de regio of landelijk kunnen worden toegevoegd. Volgens gemeenten vraagt dat van professionals en hun organisaties dat ze over de grenzen van hun eigen aanbod heen kunnen kijken, en ervoor waken dat de 'eigen werkprocessen' het samenwerken aan een gezamenlijk resultaat in de weg staat. Wenkend perspectief voor gemeenten is dat MDA++ structureel een kostenneutrale transformatie zal zijn als huishoudens direct de passende zorg en ondersteuning krijgen doordat er beter gebruikgemaakt wordt van bestaande expertise.

De definitie van de doelgroep voor MDA++ structureel verschilt per gemeenten. Variërend van alle casuïstiek die in de triage door Veilig Thuis als structureel onveilig is beoordeeld, tot alleen die complexe casuïstiek waarmee aanbieders in het werkveld van zorg of veiligheid zich steeds opnieuw geconfronteerd zien, en waarbij het reguliere aanbod niet tot een structurele verbetering leidt.

Enkele gemeenten spreken de wens uit om uiteindelijk één centrum voor beide vormen van MDA++ te realiseren.

#### 2.2.2 De uitvoering van MDA++

Ook in de uitvoering maken gemeenten onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel. Ze kunnen volgorde zijn, maar dat hoeft niet. Dat wat zich acuut presenteert kan structureel worden, en dat wat structureel is, kan periodes kennen met acute problematiek.

#### MDA++ acuut en relatie tot CSG

De uitvoering van MDA++ acuut bevindt zich vaak in een (pilot)uitvoeringsfase. Ambtenaren refereren hierbij met name aan het aanbod van de CSG's voor de aanpak van seksueel geweld en de wens om dit te verbreden naar ernstige vormen van kindermishandeling en huiselijk geweld. De meeste regio's hebben twee argumenten voor deze verbreding:

- Een inhoudelijk argument: de noodzakelijke specialistische expertise van politie (zeden, aangifte, sporenonderzoek), OM (straf, dader, justitiële maatregelen die bijdragen aan veiligheid), medici (acute zorg, preventie van onder andere seksueel overdraagbare aandoeningen, letselbeschrijving en forensisch-medisch onderzoek) en eerste opvang en begeleiding (acute stressstoornis, *watchfull waiting*, ontwikkeling van posttraumatische stress) in het CSG is vergelijkbaar met de specialistische expertise waaraan behoefte is bij strafbare kindermishandeling en ernstig huiselijk geweld. Door centralisatie en uitbreiding van het aanbod kan de kwaliteit van de uitvoering verbeterd worden.
- Een financieel argument: door centralisering en volumetoename kunnen middelen efficiënter worden ingezet. De overheadkosten van de noodzakelijke voorziening en de beschikbaarheidskosten van specialisten per inwoner dalen. Bovendien kunnen hierdoor mogelijk makkelijker afspraken gemaakt worden met ziektekostenverzekeraars over de Zvw-gefinancierde inzet van specialisten binnen MDA++ acuut.

Een enkele gemeente noemt dat er met oog voor de eigenheid van iedere doelgroep zorgvuldig naar deze verbreding moet worden gekeken.

Terwijl in alle regio's inmiddels een CSG operationeel is, bevindt de verbreding daarvan naar MDA++ acuut zich nog in de beginfase. Dat betekent dat waar wij in de uitvoering over MDA++ acuut spreken, het vaak nog vooral gaat over de werkzaamheden binnen het CSG.

Een aantal regio's is gestart met de implementatie van de handreiking *Samenwerken aan strafbare kindermishandeling* om tot een eerste verbredingssslag te komen. De meeste andere regio's kennen de handreiking maar hebben nog geen zicht op de implementatie of toepassing daarvan. Daarnaast onderzoeken enkele regio's of een vergelijkbaar traject ook voor ernstig huiselijk geweld opgestart kan worden.

De CSG's, al dan niet in doorontwikkeling naar MDA++ acuut, zijn vaak verbonden aan een ziekenhuis. Er is zelden een structurele relatie met het lokale veld. Het aanbod is vooral slachtoffergericht.

De vertegenwoordiging van de landelijke stuurgroep van de CSG's benadrukt in ons gesprek het juist belangrijk te vinden om de oorspronkelijke doelgroep van het CSG (slachtoffers seksueel geweld) 'onder de stolp' te houden. Zij stellen dat hun doelgroep verschilt van die van Veilig Thuis omdat de slachtoffers meestal geen (familie)relatie hebben met de plegers en deze vaak zelfs niet kennen. De CSG's willen zichtbaar blijven voor slachtoffers van acuut seksueel geweld en zien vooralsnog geen meerwaarde in een verbreding naar kindermishandeling en huiselijk geweld en een intensievere verbinding met Veilig Thuis en MDA++. In een enkele regio is het CSG opgenomen in een breder multidisciplinair centrum. Volgens de vertegenwoordiging van de landelijke stuurgroep heeft het CSG daar zijn eigen werkprocessen en protocollen. Alleen de faciliteiten, zoals de onderzoekskamers, worden gedeeld.

*'De brug tussen straf en zorg is een meerwaarde.'*

- beleidsambtenaar van een gemeente -

#### MDA++ structureel

De uitvoering van MDA++ structureel bevindt zich in veel regio's in de fase van visievorming. Gemeenten zijn van mening dat er in de uitvoering optimaal gebruikgemaakt moet worden van bestaande expertise binnen het lokale en regionale zorg- en veiligheidslandschap. Dat betekent volgens gemeenten dat ieder over de grenzen van zijn eigen aanbod moet kijken, en ervoor moet zorgen dat de 'eigen werkprocessen' de samenwerking aan een gezamenlijk resultaat niet langer in de weg staan. Gemeenten zeggen meer zicht en regie te hebben op de rol van de zorgpartners dan op die van de justitiepartners.

Nu de basisprocessen binnen gemeenten en bij belangrijke partners als Veilig Thuis op orde zijn, is het volgens gemeenten tijd voor een vervolgstap. Gemeenten onderzoeken hoe zij het lokale en regionale veld zo kunnen organiseren dat bestaande expertise, dicht bij het huishouden, een aanbod op

maat vormt. Gemeenten willen voorkomen dat er weer een nieuw specialistisch aanbod of nieuwe overlegtafels gecreëerd worden. Gebruikelijk sturingsmechanismen en monitoring lijken onvoldoende bij deze uitdaging aan te sluiten (zie ook hoofdstuk 3).

In regio's waar de uitvoering van MDA++ structureel al gestart is, is meestal gekozen voor de inzet van interventieteams. Deze zijn meestal dicht bij Veilig Thuis georganiseerd. Deze teams, met professionals uit onder andere het algemeen maatschappelijk werk, professionals uit de zorg, inclusief ggz/verslavingszorg, politie, (Zorg- en) Veiligheidshuis en Veilig Thuis krijgen het mandaat om 'te doen wat nodig is'. De instroomcriteria die een interventieteam hanteert voor MDA++ structureel zijn strikt. Dit in tegenstelling tot de instroomcriteria voor MDA++ structureel in een andere gemeente. Die gemeente heeft niet voor een interventieteam gekozen en laat deze instroom over aan het oordeel van de professionals in het sociale domein. In een andere gemeente is er een adviserend expertteam ingericht, dat op verzoek adviseert maar geen zorg overneemt.

De eerste ervaringen met interventieteams leren volgens de gemeenten dat door hun inzet de veiligheid in het betreffende huishouden verbeterd. De aansluiting bij en afschaling naar het lokale veld is vaak nog niet goed georganiseerd. Gemeenten onderschrijven het belang van *doen wat nodig is*, en de mogelijkheden van interventieteams. Zij zoeken nog naar de juiste organisatie en (flexibele) samenstelling van zo'n team. Niet alleen het aanbod van dit team moet immers tot resultaat leiden, ook moet het team goed aansluiten bij alle andere belangrijke actoren rond het betreffende huishouden, zodat op- en afschaling bijdragen aan een duurzaam resultaat.

#### 2.2.2.1 Relatie van MDA++ tot Veilig Thuis

Gemeenten geven aan dat Veilig Thuis een belangrijke rol heeft in MDA++. In sommige regio's beperkt deze rol zich tot de triage van Veilig Thuis om de instroom naar MDA++ te selecteren. In andere regio's heeft Veilig Thuis ook een rol in de coördinatie van casuïstiek. Dit geldt zowel voor MDA++ acuut als voor MDA++ structureel.

De vertegenwoordiger van Veilig Thuis geeft aan meerwaarde te zien in een intensievere samenwerking tussen Veilig Thuis en MDA++ acuut en MDA++ structureel.

In het kader van de doorontwikkeling van de CSG's tot MDA++ acuut wijzen enkele gemeenten op de verbindende rol van de vertrouwensartsen van Veilig Thuis. Zij weten wanneer welke forensisch-medische expertise ingezet moet worden bij kindermishandeling of huiselijk geweld. Samenwerking in een toekomstig MDA++ acuut als er sprake is van een ernstige vorm van kindermishandeling of huiselijk geweld ligt voor de hand.

Sommige gemeenten zeggen dat zij het, vanuit het perspectief van het huishouden (en in lijn met de transitieambitie), niet wenselijk vinden dat een huishouden eerst gemeld moet worden bij Veilig Thuis alvorens er gekozen zou kunnen worden voor MDA++. Deze keuze zou, met de beschikbaarheid van extra expertise voor een goede analyse op casusniveau, ook al lokaal gemaakt moeten kunnen worden. Op deze wijze zouden ook de continuïteit en betrokkenheid van het lokale team versterkt kunnen worden.

#### 2.2.2.2 Relatie van MDA++ tot (Zorg- en)

##### Veiligheidshuizen

(Zorg- en) Veiligheidshuizen zijn voor gemeenten een logische partner in de MDA++ ontwikkeling. Veel van de multidisciplinaire overleggen rondom huiselijk en seksueel geweld en strafvervolgning vinden plaats in het Veiligheidshuis. Landelijk blijkt er een grote diversiteit in taak, rol en vorm van het (Zorg- en) Veiligheidshuis. Gemeenschappelijk kenmerk is dat men zich in de bespreking van casuïstiek vooral richt op (potentiële) strafzaken. In de meeste besprekingen zitten de betrokken burgers niet aan tafel. Deze casuïstiek gaat volgens gemeenten voor een deel over de MDA++ doelgroep. Gemeenten vinden dat er op dit moment nog onvoldoende verbinding wordt gelegd met de casuïstiekbespreking van de zorgpartners, Veilig Thuis en die in het lokale veld. Het kan daardoor gebeuren dat huishoudens die behoren tot de doelgroep van MDA++ in meerdere overleggen besproken worden. Diverse gemeenten hebben geïnvesteerd in het optimaliseren van de samenwerking. Een aantal kiest voor het samenbrengen van Veilig Thuis en (Zorg- en) Veiligheidshuis in één gebouw.

Gemeenten hebben weinig zicht en invloed op de landelijk aangestuurde justitiepartners. Zij vrezen dat informatie uit het voortraject onvoldoende wordt meegenomen in de besluitvorming van overleggen als bijvoorbeeld het ZSM.

Gemeenten denken dat de interne werkprocessen van zowel de zorg- als de veiligheidspartners nog te veel leidend zijn en zoeken naar manieren om deze, in het belang van het huishouden, optimaal te integreren zonder daarbij voorbij te gaan aan wettelijke kaders.

#### 2.2.2.3 Relatie van MDA++ tot lokale teams

Lokale teams zijn volgens gemeenten vaak niet betrokken bij MDA++. Als zij betrokken raken, gebeurt dit meestal door op- of afschaling via Veilig Thuis. Gemeenten hebben de indruk dat informatie uit het lokale 'voortraject' niet altijd meegenomen wordt in het vaak 'specialistische' MDA++ aanbod. Gemeenten uit hun zorgen over de continuïteit van zorg en over de huidige competenties van de lokale teams om complexiteit en onveiligheid vroeg te signaleren.

*'Het heeft veel tijd en praten gekost om met de belangrijkste partners uit zorg- en veiligheidsdomein rond de tafel te komen en een gezamenlijke visie te ontwikkelen, maar het is ons wel gelukt. Dat gaat ons helpen bij het vervolg.'*

- beleidsambtenaar van een gemeente -

Gemeenten vinden het belangrijk dat een huishouden kan rekenen op continuïteit van zorg, idealiter ook op een contactpersoon die hen begeleidt voor, tijdens en na MDA++ structureel. Idealiter zou deze contactpersoon afkomstig moeten zijn uit de omgeving van het huishouden zelf of uit het lokale team, aangezien specialisten vaak alleen voor kortere duur betrokken zijn bij het huishouden. Gemeenten denken dat er voor huishoudens nog veel verbeterd kan worden. Een van de kernpunten in de transitie is het principe van één gezin, één plan, één regisseur. In de uitvoering merken gemeenten dat dit voor de MDA++ doelgroep nog ingewikkeld is. Gemeenten zoeken naar hun rol in dit regievraagstuk. Dit vraagt nog de nodige ontwikkelingsstap. Als gemeenten de uitvoering van MDA++ structureel in lijn met hun visie vormgeven, dan komt de regie te liggen bij de persoon die daartoe het meest competent is en die het meeste vertrouwen geniet van alle betrokkenen (huishouden, netwerk en professionals).

### 2.2.2.4 Relatie van MDA++ met overige overlegtafels

In de gesprekken met ambtenaren hebben we geïnventariseerd bij welke andere overlegtafels op lokaal of regionaal niveau de potentiële doelgroep voor MDA++ besproken wordt. Hierbij valt te denken aan scenarioteams, ZSM, beschermingstafels, overleg overlaptplegers, overleg verwarde personen, overleg regioteams, enzovoorts. Uit de gesprekken komt naar voren dat elke gemeente een aantal van dit soort overlegtafels kent. Binnen regio's zijn er wat dit betreft grote verschillen per gemeente. Het ontbreekt gemeenten en zeker de regio's vaak aan een totaaloverzicht. Gemeenten uiten hun zorg over het steeds weer inrichten van nieuwe overlegtafels. Liever zien zij een integratie van de overlegtafels, waar nu de doelgroep van MDA++ structureel, in ieder geval in theorie, meerdere keren besproken kan worden zonder dat men dit van elkaar weet.

Het is opvallend dat het betreffende huishouden zelf aan veel overlegtafels ontbreekt, in het bijzonder wanneer het veiligheidsdomein het vertrekpunt is. Een uitzondering daarop vormen de jeugdbeschermingstafels, maar ook die zijn verschillend van opzet.

*‘Huishoudens worden nog te vaak op meerdere overlegtafels besproken. We moeten oppassen dat we niet steeds nieuwe overlegtafels maken.’*

-beleidsambtenaar van een gemeente-

### 2.2.3 Rol van gemeenten in de (door)ontwikkeling

Gemeenten memoreren dat het besluit tot MDA++ uniek is. In 2015 hebben de wethouders van de centrumgemeenten van de veiligheidsregio's besloten dat er eind 2018 een landelijk dekkend netwerk MDA++ moet zijn. Dit besluit is niet opgevolgd door een ondersteuningsprogramma, onderleggers of financiering. Desalniettemin zijn 'voorlopers' uit het zorg- en veiligheidsdomein en gemeenten aan de slag gegaan met deze opgave, zoals ook wel blijkt uit dit onderzoek.

Gemeenten zijn, zoals eerder beschreven, op verschillende manieren van start gegaan met de ontwikkeling van MDA++. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat in een aantal regio's niet de gemeenten maar zogenoemde professionele

'voorlopers' uit het zorg- of veiligheidsdomein al voor 2015 het initiatief hebben genomen om een vorm van MDA++ te ontwikkelen.

In alle gemeenten wordt hard gewerkt aan en gezocht naar passende wijzen waarop de MDA++ ontwikkeling gefaciliteerd kan worden, en het draagvlak daarvoor bij bestuurders en praktijkpartners kan worden vergroot.

In geen van de regio's is de verwachting dat er eind 2018 een volledig operationeel MDA++ acuut en een MDA++ structureel voor kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld beschikbaar zijn.

*‘Wij voelen de maatschappelijke druk. We moeten erkennen dat het nog niet lukt in de keten.’*

-beleidsambtenaar van een gemeente-

Gemeenten geven aan dat de organisatie van MDA++ belangrijk en ingewikkeld is. De uitdaging voor gemeenten zit hem er vooral in dat:

- MDA++ beleidsmatig versnipperd is over de portefeuilles van verschillende ambtenaren en wethouders;
- er overeenstemming met regiogemeenten nodig is, waar de lokale teams vaak anders georganiseerd zijn;
- er afstemming moet zijn over de grenzen van meerdere regio-indelingen heen (onder andere Veilig Thuis, veiligheid, jeugdhulp) en met de veiligheidsdriehoek;
- in sommige regio's de politie al afspraken heeft gemaakt met CSG/MDA++ acuut die niet aansluiten bij de in de regio ontwikkelde visie op MDA++ acuut en MDA++ structureel en de gewenste decentralisatie en transformatie;
- iedereen nog druk is om lokaal de basis op orde te krijgen.

*‘De vraag is, werk je in een keten of in een netwerk?’*

-beleidsambtenaar van een gemeente-

De mate van ambtelijke en bestuurlijke borging van een MDA++ visie en -ontwikkelplan hangt af van de inzet en motivatie van wethouders en ambtenaren en van de aanwezigheid van regionale bestuurlijke overlegtafels waarop het thema MDA++ geagendeerd

kan worden. In de meeste gemeenten is aansluiting gezocht bij het ambtelijk en bestuurlijk overleg van Veilig Thuis. De afstemming rond de Tijdelijk Huis Verboden (THV's), kent een andere route, via de burgemeester.

*‘Kan een gemeente een neutrale rol vervullen in de aansturing, de regie, voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid? Er is een persoon nodig die meervoudig partijdig kan zijn in het belang van het gezin, zo moet je ook iemand hebben die meervoudig partijdig in het belang van de organisaties kan zijn, iemand die de context van elke organisatie in ogenschouw kan nemen.’*

-beleidsambtenaar van een gemeente-

### 2.2.4 Financiering en monitoring

#### 2.2.4.1 Financiering

In vrijwel alle gemeenten wordt zowel MDA++ acuut als MDA++ structureel (indien al gestart) gefinancierd met incidentele middelen. Gemeenten maken zich zorgen over het gebrek aan continuïteit in de financiering. Vrijwel altijd wordt MDA++ betaald uit de Decentralisatie Uitkering Vrouwen Opvang (DUVO). Uit de DUVO worden tevens Veilig Thuis en de aanpak verwarde personen (mede) betaald. Op deze uiteenlopende thema's gebeurt momenteel veel. Daardoor twijfelen gemeenten over de beste verdeling van middelen en over de toereikendheid van het budget. Gemeenten omarmen de regionale vrijheid op de inzet van deze middelen, maar missen een nationale coördinatie over de verwachtingen daarvan. Landelijk worden namelijk vanuit verschillende beleidsafdelingen vaak kort op elkaar voorstellen gedaan over de inzet van deze middelen. De 'kaasschaafmethode' kent volgens gemeenten haast grenzen.

Sommige gemeenten is het gelukt om extra projectfinanciering te verwerven.

Tot nu toe is onduidelijk wie de 'pre-DBC'-inzet van zorgprofessionals in de MDA++ financiert. Gemeenten voelen zich verantwoordelijk voor de doorontwikkeling van MDA++, maar hebben geen onderhandelingspositie tegenover de vaak landelijk opererende ziektekostenverzekeraars.

Vrijwel alle gemeenten maken zich zorgen over de extra middelen die binnenkort nodig zijn voor Veilig Thuis vanwege de aanscherping van de meldcode en de invoering van afwegingskaders en de radarfunctie van Veilig Thuis. Gemeenten geven aan een plafond te bereiken, of zoals een gemeentelijk medewerker zei: 'We geven twee derde van ons jeugdhulpbudget uit aan het melden van problemen bij Veilig Thuis, dan houden we nog maar een derde van ons budget over voor het oplossen daarvan.'

Gemeenten benadrukken dat vooral MDA++ structureel extra ontwikkelgelden en voldoende ontwikkelgeld vraagt. De jaarlijks terugkerende onzekerheid over de continuïteit van ontwikkelgelden werkt remmend op de doorontwikkeling van MDA++.

In de meeste gemeenten is voor het aanbod van MDA++ acuut (CSG) op basis van de instroomcijfers van voorgaande jaren, een kostprijs per cliënt berekend. De kostprijs is verschillend en onder andere afhankelijk van de inrichting van de MDA++ (CSG). Gemeenten kopen MDA++ acuut meestal (boven) regionaal in op basis van inwoneraantal. De vertegenwoordiging van de landelijke stuurgroep CSG's vertelde dat de VNG inmiddels een toezegging heeft gedaan voor structurele gemeentelijke financiering van haar landelijke activiteiten. Hierbij werd opgemerkt dat deze subsidie wel jaarlijks opnieuw moet worden vastgesteld.

#### 2.2.4.2 Monitoring

Gemeenten ontvangen cijfers van Veilig Thuis, Veiligheidshuis en CSG. In enkele gemeenten wordt daarop nog een aanvullende informatieverzoek gedaan. MDA++ wordt in geen van de regio's gemonitord. Het inzicht in bijvoorbeeld recidivecijfers verschilt per gemeente. Ook heeft geen van de gemeenten rond MDA++ een kwaliteitscyclus ingericht. Gemeenten hebben wel behoefte aan een monitor om te weten of zij in de ontwikkeling naar MDA++ 'op de goede weg zitten'.

*‘Je werkt in een gezinssysteem waarin je als hulpverlener in parallel proces terecht dreigt te komen. Gezinsleden vinden elkaar ook als tegenstander van de hulpverlener.’*

-een professional (focusgroep)-

### 2.2.5 Ondersteuningswensen

We hebben gemeenten gevraagd wat volgens hen nodig en wenselijk is. Als belangrijkste ondersteuningswensen noemen zij:

- een structurele financiering van het (boven) regionale MDA++ acuut-aanbod. Hier zit tevens de doorontwikkeling in van CSG tot MDA++ acuut;
- concretisering van de MDA++ acuut-werkwijze met naast seksueel geweld ook kindermishandeling en huiselijk geweld, inclusief het ontwikkelen van protocollen, handvaten en tools;
- subsidie en ruimte voor een lokale/regionale ontwikkeling van MDA++ structureel, die aansluit bij het regionale zorg- en veiligheidslandschap en de complexiteit van de ontwikkelvraag. Deze ontwikkelsubsidie zal deels gebruikt kunnen worden om een projectleider aan te stellen die verschillende domeinen kan verbinden en de ontwikkeling van MDA++ structureel kan aanjagen. De gemeenten die een projectleider zoeken, zeggen dat het lastig is om iemand te vinden die over alle noodzakelijke competenties beschikt;
- draagvlak bij de landelijke partners van Justitie en Veiligheid om de regionale diversiteit in MDA++ te erkennen en constructief bij te dragen aan de lokale en regionale doorontwikkeling. Alleen zo kan recht gedaan worden aan de verschillen in het regionale zorg- en veiligheidslandschap en kunnen we aansluiten bij de transformatiedoelstellingen;
- gezamenlijke uitwisseling, leren en monitoring op een manier die past bij het probleem waar MDA++ de oplossing voor moet zijn;
- ondersteuning bij het formuleren van een 'stip op de horizon';
- een kritische blik van de landelijke overheid op de grote diversiteit aan regio-indelingen. Passen die nog bij de transformatiedoelstellingen?;
- landelijke inzet om de ontschotting tussen Wmo, Jeugdwet en Zvw in de uitvoering van MDA++ te bespoedigen.

Daarnaast zeggen gemeenten ook zelf aan zet te zijn: 'hand in eigen boezem' door ontschotting binnen de Wmo.

### 3 Analyse en aanbevelingen voor (door)ontwikkeling van MDA++

#### Samenvatting

De ontwikkeling van MDA++ kent drie belangrijke doelstellingen:

- Cliënten hoeven minder vaak hun verhaal te doen doordat informatie beter wordt afgestemd en overgedragen.
- Er is passende, behapbare zorg en ondersteuning. Niet alleen voor huishoudens met enkelvoudige of meervoudige veiligheidsproblematiek, maar ook voor huishoudens met complexe veiligheidsproblematiek.
- De aanpak leidt tot een duurzaam resultaat waarbij de geweldsspiraal blijvend wordt doorbroken en intergenerationele overdracht zoveel mogelijk wordt voorkomen.

Op basis van onze analyse komen wij tot de volgende bouwstenen waarop gemeenten zich bij de (door)ontwikkeling van MDA++ kunnen richten:

- **Het waarom:** Begrens en expliciteer de doelstelling, doelgroep en meerwaarde van MDA++ in het lokale en regionale zorg- en veiligheidslandschap. Wat is de doelgroep? Welk gat in het regionale zorg- en veiligheidslandschap wilt u met de aanpak dichten? Waarom? Sluit aan bij de lokaal en regionaal beschikbare expertise. Maak onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel, en wees duidelijk over de problematiek waar deze aanpakken de oplossing voor kunnen en moeten zijn, maar ook voor welke problematiek niet.
- **Het hoe:** Zorg voor passende beleidsregie zodat visie, *governance*, schaalgrootte en financiering aansluiten bij de complexiteit van het probleem. Ontwikkel samen met professionals, bestuurders en cliëntvertegenwoordigers een realistische kijk op het probleem en de oplossingsrichting. Breng eerst in kaart hoe complex het probleem is waarop MDA++ acuut en MDA++ structureel het antwoord zijn. Kies vervolgens de organisatievorm(en), *governance*, schaalgrootte en financiering die daarbij passen.
- **Het wat:** Kies bewust voor een ontwikkelstrategie en voor een kwaliteitscyclus (monitoring, reflectie en bijstelling) die hierop aansluit. Gaat het primair over het implementeren van een aanbod voor een meervoudig probleem, of veel meer over het samen lerend organiseren van zorg op maat voor complexe problemen? Kies bewust voor methoden van leren, kennisontwikkeling en kennisdeling die daarvoor geschikt zijn. Gebruik een goede manier om het (tussen)resultaat te monitoren. Neem daarbij als vertrekpunt hoe cliënt, professionals en beleidsmakers merken of ze samen op de goede weg zijn. Stel haalbare doelen en doe aan verwachtingenmanagement.

Realiseer daarnaast landelijk een aantal stimulerende randvoorwaarden:

- Kijk kritisch naar de grote diversiteit aan regio-indelingen en beoordeel of deze de transformatie nog voldoende bevorderen.
- Onderzoek in hoeverre er landelijk afspraken te maken zijn voor de ontscotting tussen Wmo-, Jeugdwet- en Zvw-gefinancierde zorg bij zowel MDA++ acuut als MDA++ structureel. Zorg dat deze afspraken aansluiten bij de complexiteit van de problematiek.
- Onderzoek of eenduidiger privacyregels voor professionals uit verschillende werkvelden, echelons en beroepschappen kunnen bijdragen aan passende informatiedeling. Belangrijk is te weten dat er grote verschillen in visie, kennis en kunde zijn over 'hoe om te gaan met vertrouwelijke informatie'. Aandacht hiervoor is noodzakelijk voor het wederzijds vertrouwen, en een randvoorwaarde voor goede samenwerking.
- Blijf als landelijke partijen aangehaakt bij de ontwikkeling van MDA++ om ook op nationaal niveau de passende integratie en coördinatie te bewerkstelligen.

Gemeenten hebben behoefte aan ondersteuning bij het doorontwikkelen van MDA++ acuut en MDA++ structureel. Zij noemen daarbij een groot aantal methoden, bijvoorbeeld de uitwisseling van *best practices* om 'niet allemaal opnieuw het wiel uit te vinden' en 'om te weten wat we moeten doen'. Tegelijkertijd geven gemeenten aan dat deze uitwisseling vaak onvoldoende aansluit bij het regionale zorg- en veiligheidslandschap en de dilemma's waarvoor zij zich gesteld zien. Dat betekent dat ook eerst verhelderd moet worden voor welke (door)ontwikkeling gemeenten ondersteuning wensen. Bij de (door)ontwikkeling van MDA++ acuut passen andere methoden en manieren van kennisdeling, -verrijking en -verspreiding dan bij de doorontwikkeling van MDA++ structureel. In dit hoofdstuk doen wij een aantal aanbevelingen voor gemeenten en Rijk om de (door)ontwikkeling en doelrealisatie van MDA++ te stimuleren. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de analyse van de onderzoeksresultaten. Hiervoor hebben we ook gebruikgemaakt van beschikbare kennis op het gebied van meervoudige en complexe samenwerkingsvraagstukken (zie bijlage 6).

### 3.1 MDA++: WAAROM, WAT WEL EN WAT NIET?

Begrens en expliciteer de doelstelling, doelgroep en meerwaarde van MDA++ in het lokale en regionale zorg- en veiligheidslandschap. Wat is de doelgroep? Welk gat in het regionale zorg- en veiligheidslandschap wilt u met de aanpak dichtend? Waarom? Sluit aan bij de lokaal en regionaal beschikbare expertise. Maak onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel, en wees duidelijk over de problematiek waar deze aanpakken de oplossing voor kunnen en moeten zijn, maar ook voor welke problematiek niet.

Het beleidsdocument over MDA++ maakt onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel'. In de gesprekken over de ontwikkeling van MDA++ maken de meeste gemeenten dit onderscheid ook. Op basis van de kennis over het noodzakelijke verschil in aanpak tussen enkelvoudige, meervoudige en complexe problemen, is dit een voor de hand liggende keuze.

Het onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel is cruciaal voor het welslagen van de MDA++ ambities. Dit onderscheid is nadrukkelijk niet hetzelfde als een knip tussen acute zorg en veiligheid enerzijds en de daaropvolgende risicogestuurde en herstelgerichte zorg (Vogtlander en Van Arum<sup>11</sup>) anderzijds. Er kan verwarring ontstaan wanneer de vervolghandeling van de meervoudige problematiek in aansluiting op de MDA++ acuut dezelfde aanpak krijgt als de maatwerk aanpak van complexe veiligheidsproblematiek (MDA++ structureel). Beide aanpakken worden vaak MDA++ structureel genoemd (zie kadertekst *Passende sturing*). Het betreft twee verschillende problemen (respectievelijk de gefaseerde vervolgaanpak van een meervoudig probleem en de maatwerk aanpak van een complex probleem) die elk om een andere oplossingsrichting vraagt.

### PASSENDE STURING

Enkelvoudig, meervoudig of complex probleem  
Enkelvoudige problemen zijn routinematig op te lossen door een stappenplan te volgen.  
Meervoudige problemen zijn samengesteld, ingewikkeld en spelen zich vaak af op meerdere levensdomeinen. Bij meervoudige problemen is vooraf bekend wat de oplossing is, en welke mensen, middelen en tijd benodigd zijn. De oplossing is toepasbaar op vergelijkbare casuïstiek. Dit is gestandaardiseerd in een multidisciplinair aanbod, met op elkaar volgende interventies met samenwerkingsafspraken.  
Complexe problemen zijn samengesteld, ingewikkeld én met elkaar verflochten. Benodigde mensen, middelen, tijdsplan en de oplossing zijn bij de start niet bekend, en zijn voor iedere casus anders. De oplossing vraagt om één, samenhangend, geregisseerd proces dat zich buiten de vaststaande werkprocessen en systemen begeeft.

#### Belang van dit onderscheid

We zijn geneigd om problemen op te lossen alsof zij enkelvoudig of hoogstens meervoudig zijn. We kunnen deze oplossingen managen bij de planning van personeel en de inkoop van het aanbod. Bij complexe problemen werken deze standaardoplossingen niet. Zij vragen om flexibiliteit en maatwerk: een unieke combinatie van expertises en rollen op een unieke manier gecombineerd. Het toepassen van gestandaardiseerde oplossingen leidt dan juist tot meer complexiteit, meer problemen, frustraties, machteloosheid en een ineffektieve inzet van middelen. Zo worden professionals, organisaties en gemeenten zowel onderdeel van de oplossing als van het probleem.

#### Passende sturing

Bij elk soort problematiek past een ander soort sturing.

Bij meervoudige problemen:

- Bepaal de doelstelling en het beschikbare budget voor het gewenste aanbod.
- Selecteer de belangrijkste aanbieders in het zorg- en veiligheidsdomein die dit aanbod samen gaan realiseren.
- Ontwikkel het aanbod en verbind het met de overige aanbieders.

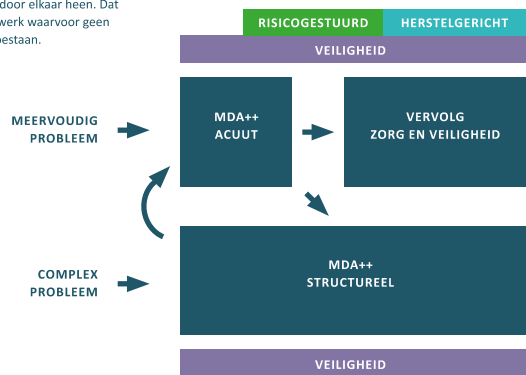
- Leg dit vast in samenwerkingsafspraken en in- en uitstroombepalingen.
- Verbind met andere regio's; deel *best practices*, kwaliteitskaders, protocollen, samenwerkingsafspraken, gezamenlijke training en deskundigheidsbevordering, onderlinge visitatie en toekomstige accreditatie. Blijf uitwisselen om kwaliteitsverbetering en procesoptimalisatie te realiseren.

Bij complexe problemen:

- Accepteer dat complexe problematiek niet volledig te managen, maar wel binnen kaders te sturen is.
- Zorg voor een brede selectie van de belangrijkste huishoudens en praktijkpartners (zorg, veiligheid, sociaal, onderwijs) en ontwikkel een gezamenlijke visie op complexe problemen, de aanpak en 'doelgroep' daarvan. Vertaal de visie naar een convenant waarin de gezamenlijke ambitie en ieders 'bijdrage' en flexibiliteit benoemd worden.
- Ontwikkel een open organisatienetwerk van waaruit op maat expertise geleverd en mede gecoördineerd kan worden. Voorkom dat dit netwerk het aanbod van één organisatie wordt. Stel haalbare doelen. De ontwikkeling van zo'n netwerk kost tijd.
- Ontdek samen lerend van *trial-and-error* wat werkt op het niveau van de casus, de organisatie, het netwerk en de gemeente. Betrek hier de juiste personen bij.
- Maak zo nodig de eigen werkprocessen ondergeschikt aan het gezamenlijke doel. Spreek elkaar aan op 'standaardisering' en het ongewenst prioriteren van eigen werkprocessen en voorkom stelseldiscussies. Blijf in plaats daarvan zoeken naar creatieve oplossingen.
- Verzamel werkzame elementen; blijf doen wat werkt maar 'giet het niet in beton'.
- Leg verbanden met andere regio's; deel dilemma's, werkzame elementen voor professionals, organisaties, gemeenten en creativiteit. Voorkom standaardisering, monitor de merkbaarheid van de resultaten en agendeer knelpunten die om een landelijk antwoord vragen.



Dit figuur laat zien hoe de visie van Vogtländer en van Arum zich goed leent voor de gefaseerde aanpak van meervoudige problematiek. Bij complexe problematiek is ook altijd primair aandacht voor veiligheid. Veiligheid, risicogestuurde en herstelgerichte zorg lopen echter onvoorspelbaar door elkaar heen. Dat vraagt om maatwerk waarvoor geen blauwdruk kan bestaan.



Het denkmodel van Vogtländer en Van Arum start in de fase van acute en ernstige onveiligheid. Het model kan helpen om bij de MDA++ acuut de analyse, de veiligheid en daaropvolgende zorg goed te structureren en de regie op veiligheid te borgen. Voor chronische, complexe veiligheidsproblematiek biedt het denkkader een hulpmiddel om daar waar al intensieve zorg en ondersteuning betrokken is, alert te zijn op het snelle herstel van de acute veiligheid tijdens een hernieuwde episode van acute onveiligheid. Echter, deze zich vaak herhalende dynamiek van episoden met onveiligheid en relatieve rust vraagt ook steeds om een bredere reflectie, waarin naast het risicogestuurde en herstelgerichte behandelingsperspectief ook andere perspectieven meegenomen moeten worden om een duurzaam resultaat te behalen. Welke perspectieven dat zijn, zal per huishouden verschillen. Daarin spelen de denk- en doekracht van het huishouden en de door hen als belangrijkste ervaren stressoren een belangrijke rol. Resultaat van zo'n reflectie kan bijvoorbeeld zijn dat de vervolgondersteuning zowel

in een behandelcontext (*cure*-benadering) als in een steuncontext (*care*-benadering) gevonden wordt.

Het is belangrijk om de complexe doelgroep van MDA++ structureel te onderscheiden van de risicogestuurde en herstelgerichte vervolgstappen bij meervoudige problematiek en MDA++ acuut. Deze aanpakken vragen om andere samenwerkingsvormen, beleidsregie, *governance*, organisatie, financiering, monitoring en doorontwikkeling. In de paragrafen hierna lichten wij dit toe.<sup>16</sup>

*MDA++ acuut; de oplossing voor een meervoudig probleem*

De manier waarop gemeenten MDA++ acuut beschrijven, past bij de oplossingsrichting van een zogenoemd meervoudig probleem (zie kadertekst *Passende sturing*).

Dit blijkt uit de volgende onderzoeksresultaten:

- Er wordt gesproken over een multidisciplinair aanbod voor cliënten met ernstige problematiek door kindermishandeling, huiselijk en seksueel

geweld. Het gaat daarbij om acute opvang en veiligheid, onderzoek, behandeling en zorg, in lijn met de reeds ontwikkelde aanpak van het Centrum Seksueel Geweld (CSG), met een maximale contactduur van vier tot zes weken. Dit aanbod zou gestandaardiseerd moeten zijn in tijd, expertise en middelen. Er wordt meestal gekozen voor een gecentraliseerd aanbod met een belangrijke rol voor Veilig Thuis op regionaal of bovenregionaal niveau. Een vast aantal (specialistische) professionele partners is 7x24 uur beschikbaar:

- politie (expertise op het gebied van zeden, voor het doen van aangifte);
- (forensisch-)medische expertise (sporenonderzoek op het slachtoffer, letselbeschrijvingen, eerste noodzakelijke medische zorg en preventie van onder andere soa's);
- expertise voor de eerste opvang en nazorg (screening en behandeling van acute stressstoornis, nazorg, *watchfull waiting* voor de ontwikkeling van posttraumatische stressstoornis).
- De ambitie van veel gemeenten is om de Centra Seksueel Geweld (CSG) door te ontwikkelen tot een bredere MDA++ acuut waar ook de eerste opvang, onderzoek, zorg en aangifte bij ernstige vormen van kindermishandeling en huiselijk geweld gerealiseerd worden. De belangrijkste motieven die gemeenten hiervoor noemen:
- De (specialistische) expertise die nodig voor de acute zorg na ernstige kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld is onderling vergelijkbaar.
- Voor de cliënt is het belangrijk in deze fase maar één keer, op één plaats zijn of haar verhaal te moeten doen.
- Centralisatie op regionaal of bovenregionaal niveau lijkt het meest kosteneffectief. Door het volume te vergroten kan de kwaliteit van de samenwerking en het resultaat worden vergroot.
- Voor het aanbod van MDA++ acuut (of CSG) is vooraf een kostprijs per cliënt berekend. Gemeenten kopen hun aanbod in op basis van instroomcijfers naar inwoneraantal.

De doelstelling is om bij meervoudige problematiek een samenhangend, *lean*, gestandaardiseerd en in tijd begrensd samenwerkingsproces te realiseren.

Het gaat daarbij om samenwerking tussen steeds dezelfde expertises, zodat het slachtoffer niet vaker dan nodig zijn of haar verhaal hoeft te vertellen. Voor de effectiviteit van het vervolganbod van de zorg- en veiligheidspartners wordt de beste uitgangssituatie gecreëerd in het belang van de cliënt. Professionals (vaak specialisten) uit meerdere werkvelden en beroepschappen werken daarbij met elkaar samen. Zij hebben in het team een afgebakende rol en bijdrage die vaak is vastgelegd in samenwerkingsafspraken. De handreiking *Samenwerking bij strafbare kindermishandeling* is daar een goed voorbeeld van<sup>17</sup>. Omdat vooraf redelijk bekend is wie, wat, hoe lang doet, kan een kostprijs per cliënt overeengekomen worden. Daarin zijn ook de overheadkosten doorberekend voor de voorziening waarin dit MDA++ acuut-aanbod is ondergebracht.

*MDA++ structureel; de oplossing van een complex probleem*

Gemeenten beschrijven de MDA++ structureel als de oplossing voor een zogeheten complex probleem (zie kadertekst *Passende sturing*). Zij spreken over de lokale maatwerk aanpak van complexe en hardnekkige (veiligheids)problematiek bij huishoudens die vaak al bekend zijn bij meerdere zorgaanbieders en/of justitiepartners. Dit maatwerk moet volgens gemeenten zo dicht mogelijk bij het huishouden georganiseerd worden. Waar lokale expertise ontbreekt, moet die op maat toegevoegd worden vanuit regionale of landelijke beschikbaarheid. Sommige gemeenten geven aan dat de lokale teams nog onvoldoende kennis en ervaring hebben om te kunnen inschatten welke expertise nodig is en om deze op maat te coördineren.

*'Er is nog onvoldoende expertise bij de lokale teams, hun analyse is onvolledig, het aanbod te vraaggericht en te vrijblijvend.'*

-beleidsambtenaar van een gemeente-

Kenmerkend voor deze complexe problematiek is volgens gemeenten:

- Er is vaak (herhaald) sprake van kindermishandeling, huiselijk of seksueel geweld.
- Er zijn vaak problemen op meerdere domeinen (schulden, huisvesting, onderwijs, zorg en veiligheid).

Kenmerkend voor de huidige uitvoering van de hulp aan deze huishoudens is volgens gemeenten:

- Vaak wordt het betreffende huishouden aan meerdere overlegtafels besproken.
- Er zijn geregeld nieuwe signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling.
- Vaak zijn er meerdere hulpverleners ingeschakeld die niet op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid.
- Het is onduidelijk wie de regie heeft op de inhoud en het proces van de hulpverlening en/of de regie schiet tekort in de uitvoering.
- Gemeenten ontvangen signalen dat schotten in de Wmo en tussen Wmo, Jeugdwet en Zvw een doeltreffende aanpak in de weg staan.
- Gemeenten ontvangen signalen dat professionals zich beroepen op privacywetgeving en/of beroepsgeheim, wat door collega's uit andere werkvelden ervaren wordt als een belemmering in de samenwerking.

*'MDA++ is een te specialistisch aanbod dat onvoldoende verbonden is met het lokale veld. De eigen werkprocessen blijven nog te veel leidend en burgers worden besproken op meerdere overlegtafels. Zelf zijn deze burgers daar vaak niet bij betrokken en ze hebben last van hinderlijke wachtlijsten.'*

-beleidsmaker van een gemeente-

Kenmerken van de huidige beleidsontwikkeling van MDA++ zijn volgens gemeenten:

- Meerdere wethouders en beleidsambtenaren zijn betrokken bij de beleidsontwikkeling.
- De aanpak houdt zich niet aan bestaande regio-indelingen voor onder andere jeugdhulp, politie en Veilig Thuis.
- De vertrouwde sturingsmechanismen zijn voor gemeenten en regio's niet toereikend om goed zicht te krijgen op deze aanpak, de doelgroep en de resultaten.

Gemeenten spreken in hun visie op de MDA++ structureel over een lokale maatwerk aanpak die past bij complexe problematiek. Hun beschrijving van de huidige uitvoerings- en beleidspraktijk wijst op twee belangrijke knelpunten. Hierdoor ontstaat de indruk dat vooralsnog voor een oplossingsrichting gekozen wordt die vooral geschikt is voor meervoudige problemen:

- De gekozen lokale en regionale aanpak voor uitvoering en beleid van deze complexe problemen lijkt nu nog een optelsom van bestaande, gestandaardiseerde interventies waarbij de eigen werkprocessen en portefeulles leidend zijn. Gemeenten signaleren dat dit niet goed werkt bij de complexe problemen waarvoor MDA++ structureel de oplossing moet zijn. Professionals, beleidsambtenaren en wethouders werken in een aantal gemeenten nog langs elkaar heen, en huishoudens raken overbelast.
- Een aantal landelijke kaders waarover gemeenten niet de regie hebben, zoals de diverse regio-indelingen, privacyregels en de sturing vanuit de Zvw, bemoeilijken de doorontwikkeling op regionaal niveau.

**3.1.1 MDA++ acuut, MDA++ structureel, geen MDA++**  
Op basis van de analyse van de onderzoeksresultaten komen wij tot de volgende omschrijvingen van multidisciplinaire aanpakken die in ons onderzoek centraal staan:

*MDA++ acuut: de oplossing van een meervoudig probleem*

MDA++ acuut is een gecentraliseerd, in tijd afgebakend aanbod op regionaal of bovenregionaal niveau. Er zijn enkele belangrijke (specialistische) professionals uit de werkvelden zorg en veiligheid bij betrokken die 7x24 uur beschikbaar zijn. Doelstelling van de MDA++ acuut is om zowel de acute zorg en opvang van het slachtoffer te bieden, als het strafrechtelijke onderzoek naar de dader snel en kwalitatief goed te starten. Op die manier wordt beoogd de veiligheid van het slachtoffer, eventuele kinderen en de maatschappij, al dan niet ondersteund door een juridische maatregel, op de korte en de lange termijn te optimaliseren.

**MDA++ ACUUT:**

**Mevrouw Lopez is bang voor een SOA**

Mevrouw Lopez is verkracht door een collega die vanwege huwelijksproblemen tijdelijk bij haar gezin inwoont. Mevrouw Lopez schaamt zich, durft er met niemand over te praten maar maakt zich wel zorgen over de veiligheid van haar puberdochter. Uit angst voor een SOA besluit ze een dag later toch naar de huisarts te gaan. Als deze ook letsel ziet op arm en buik, stuurt hij haar meteen door naar de MDA++ aanpak van het Centrum Seksueel Geweld (CSG). Daar leggen een arts en verpleegkundige met forensische expertise het letsel vast zodat het bruikbaar is in een rechtszaak. Ook worden forensische sporen veiliggesteld. Mevrouw Lopez krijgt de medische hulp, diagnostiek en preventieve zorg die ze nodig heeft. Hoewel ze nog niet weet of ze aangifte wil doen, geeft de politie haar in het centrum wel direct informatie daarover. Deze vraagt ook of er nog kinderen thuis wonen. En zo ja, wie er nu bij ze is en of dat veilig is: bij twijfel wordt snel geschakeld met medewerkers van Veilig Thuis. Zij denken mee over de vraag hoe ze er zo snel mogelijk

voor kunnen zorgen dat de kinderen veilig zijn. De verpleegkundige geeft mevrouw Lopez psycho-educatie over geweld en trauma. In overleg met de betrokken partners en Veilig Thuis wordt met mevrouw Lopez besproken waar ze nu naar toe kan en of daarvoor nog specifieke maatregelen genomen moeten worden. Het CSG/MDA++ team maakt samen met mevrouw Lopez een veiligheidsplan en betreft daar (zo nodig) alle gezinsleden bij. Met medeweten van mevrouw Lopez wordt meteen ook de huisarts geïnformeerd over dit plan. In de daaropvolgende zes weken houdt het team contact met mevrouw Lopez (*watchfull waiting*). Samen met mevrouw Lopez bepalen ze of er een vervolgbehandeling moet komen voor haar en/of haar gezin en hoe die er dan uit zou moeten zien. Hierna draagt het team de hulp over aan het lokale team. Als er geen vervolghulp nodig is, wordt met medeweten van mevrouw Lopez de huisarts geïnformeerd over de gang van zaken. Mocht mevrouw Lopez later nog klachten krijgen, kan ze altijd bij hem of haar terecht.

*MDA++ structureel: de oplossing van een complex probleem*

MDA++ structureel is een lokale en regionale organisatievorm (netwerk) van waaruit professionals uit diverse werkvelden, echelons en beroepsrollen in steeds wisselende samenstelling, rol en tijdsduur passende gecoördineerde ondersteuning en veiligheid bieden. De ondersteuning sluit aan bij de eigen denk- en doekracht van de betreffende huishoudens. Het gaat hier om huishoudens met uniek samengestelde, complexe problemen waarbij de veiligheid in het geding is.

*Geen MDA++: bestaand enkelvoudig of meervoudig zorgaanbod dat passend ingezet kan worden*  
Momenteel beschikken gemeenten en regio's over een grote diversiteit aan (multidisciplinair) zorg- en

ondersteuningsaanbod voor cliënten en huishoudens met meervoudige problematiek. Dat kan gaan om problematiek na kindermishandeling, huiselijk dan wel seksueel geweld. Dit ondersteuningsaanbod valt niet onder MDA++. Een voorbeeld hiervan is het aanbod *Ouderschap blijft*. Gemeenten kunnen dit aanbod in kopen voor huishoudens met meervoudige problematiek. Bij complexe veiligheidsproblematiek wordt primair gekozen voor MDA++ structureel.

**3.2 MDA++ PASSENDE BELEIDSREGIE VOOR DE (DOOR)ONTWIKKELING**

Zorg voor passende beleidsregie zodat visie, governance, schaalgroottes en financiering aansluiten bij de complexiteit van het probleem. Ontwikkel samen met professionals,

## MDA++ STRUCTUREEL:

## Bij het gezin Dekkers is meer aan de hand

Het echtpaar Dekkers en hun drie zonen van 8,11 en 13 jaar maken zich niet geliefd bij de burens. Meneer Dekkers drinkt te veel en schreeuwt dan tegen zijn vrouw en kinderen, iets wat de burens niet ontgaat. Ook de kinderen zorgen voor overlast in de buurt. De oudste zoon is vaak in het park te vinden, waar hij met zijn vrienden breezers drinkt en jointjes rookt. De jongste zoon moet voor straf soms wel een uur op het balkon staan. Op school misdraagt hij zich. Hij pest andere kinderen en laat zich niet makkelijk corrigeren. Hij schreeuwt tegen de leraar. De school heeft contact gezocht met het wijkteam om de jongen te laten testen en te kijken of er pedagogische ondersteuning nodig is voor het gezin. Dit heeft geleid tot een drangtraject waarbij de familie gesommeerd is mee te werken aan een diagnostisch onderzoek voor dit kind. Hieruit komt naar voren dat de jongen normaal begaafd is maar behoefte heeft aan structuur. De school krijgt een paar keer ondersteuning in de klas en advies hoe met hem om te gaan. Meneer Dekker vindt dit allemaal maar onzin. Inmiddels is hij zijn werk kwijtgeraakt door zijn alcoholprobleem. Ten onrechte, vindt hij zelf. Door zijn alcoholprobleem zit het gezin nu wel in de bijstand en stapelen de schulden zich op. Door huurachterstand dreigt er woninguitzetting. De woningbouwvereniging heeft zelfs al een deurwaarder ingeschakeld. Schuldsanering is geen optie, zolang meneer Dekker zich niet aan afspraken houdt.

Mevrouw Dekkers heeft een verstandelijke beperking. Zij is lief en zorgzaam maar kan niet tegen haar man en kinderen op. Ze krijgt regelmatig tikken van haar oudste zoon maar daar durft ze niets van te zeggen uit angst dat hij nog bozer op haar wordt. Door een anonieme melding uit de buurt raakt Veilig Thuis betrokken. Die constateert dat de kinderen verwaarloosd worden en geeft de ouders te kennen dat hun kinderen niet langer van school mogen verzuimen. Meneer Dekkers moet zich laten behandelen door verslavingszorg en zijn vrouw krijgt begeleiding vanuit een instelling voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Als Veilig Thuis een half jaar later contact zoekt met de begeleider van mevrouw Dekker, laat deze weten dat het goed gaat en er geen zorgen meer zijn over de veiligheid van mevrouw of de kinderen. De school meldt desgevraagd dat de kinderen minder vaak verzuimen. Voor Veilig Thuis reden om zich verder terug te trekken. Maar dan komt er een half jaar later een nieuwe melding binnen. Dit keer van de politie die gebeld was door de sociale dienst, waar meneer Dekkers stampij stond te maken in aanwezigheid van zijn jongste zoon. Veilig Thuis moet nu de afweging maken over de vervolgstappen: afschalen naar het lokale team of misschien toch MDA++ structureel inschakelen? Er lijkt immers meer aan de hand in het gezin waardoor geen duurzame veiligheid gerealiseerd is.

bestuurders en cliëntvertegenwoordigers een realistische kijk op het probleem en de oplossingsrichting. Breng eerst in kaart hoe complex het probleem is waarop MDA++ acuut en MDA++ structureel het antwoord zijn. Kies vervolgens de organisatievorm(en), governance, schaalgrootte en financiering die daarbij passen.

*‘Disasters can occur when complex issues are managed or measured as if they are merely complicated or even simple.’  
‘...And while at times such an approach can give us a measure of false security, inevitably it gets us into trouble.’  
-Westley-*

## GEEN MDA++:

## Scheiden met oog voor de kinderen

Familie de Groot bestaat uit vader, moeder en twee kinderen, Jim van 8 en Lisa van 5. Meneer en mevrouw de Groot hebben besloten te gaan scheiden. Mevrouw de Groot heeft een andere partner waardoor meneer de Groot erg kwaad en verdrietig is. Konden beide ouders tot voor kort hun meningsverschillen nog in alle redelijkheid uitpraten, daar is nu geen sprake meer van. Meneer de Groot wil zijn vrouw laten boeten en bij de scheiding het onderste uit de kan halen. Uiteindelijk was het niet zijn keuze om

vreemd te gaan. Er ontspint zich een hevige strijd tussen de echtelieden, de kinderen lijden daar zichtbaar onder. Op school doen ze het steeds slechter en Lisa is weer in haar broek gaan plassen. De school gaat hierover in gesprek met de ouders. Die snappen dat hun gedrag niet goed is voor hun kinderen maar het lukt ze niet daarin verandering te brengen. De school adviseert ze daarom contact op te nemen met het lokale team om te kijken of een aanbod als *Ouderschap Blijft* hen verder zou kunnen helpen.

Gemeenten hebben de ambitie om met MDA++ zowel meervoudige problematiek (MDA++ acuut met eventueel noodzakelijke vervolgbehandeling) als complexe problematiek (MDA++ structureel) aan te pakken. Deze soorten problematiek vragen om hun eigen oplossingsrichting, aanpak, organisatie, financiering en monitoring. Wanneer het verschil in complexiteit niet duidelijk gemaakt wordt, bestaat het risico dat wij complexe problemen blijven aanpakken met oplossingen die daar niet geschikt voor zijn. Onder andere Westley en anderen<sup>18</sup> en het STJ/TSD<sup>4</sup> refereren aan dit risico. Het onderscheid tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel helpt gemeenten om hun MDA++ ambitie te realiseren. Zowel in hun streven om cliënten zo min mogelijk hun verhaal te laten doen, als in hun streven continuïteit van zorg, veiligheid en een duurzaam resultaat te bieden.

## 3.2.1 MDA++ acuut

Gemeenten en CSG-voorlopers zijn er de afgelopen jaren samen in geslaagd om MDA++ acuut voor seksueel geweld te implementeren in een landelijk dekkende infrastructuur van CSG's. Gemeenten zijn tevreden over de duidelijke protocollen en kwaliteitscriteria en het aantal slachtoffers dat gebruikmaakt van het aanbod. Op basis van inhoudelijke (vergelijkbare expertise en kwaliteit) en financiële argumenten (volume en overhead) is de ambitie ontstaan om het

aanbod van de CSG's te verbreden naar een aanbod voor problematiek met ernstige vormen van kindermishandeling en huiselijk geweld. De handreiking *Samenwerken bij strafbare kindermishandeling*<sup>19</sup> is hiervoor als leidraad gebruikt. Parallel aan deze ontwikkeling wordt in sommige regio's een vergelijkbaar proces in gang gezet voor het thema huiselijk geweld.

Dit ontwikkelproces past bij de complexiteit van de problematiek. Hoewel dit proces in een aantal gemeenten vooral getrokken is door professionele voorlopers, is het voor gemeenten belangrijk ook zelf voldoende regie op dit proces te voeren zodat:

- het aanbod van MDA++ acuut/CSG overeenkomt met de geformuleerde doelstelling en het budget. Er moet worden voorkomen dat er onnodig nieuw (specialistisch) aanbod ontwikkeld wordt als dat al elders in de regio beschikbaar is;
- er op regionaal niveau voldoende verbinding is tussen de landelijke JenV-partners en de lokale en regionale zorgaanbieders;
- er voldoende verbinding is met ander aanbod uit het regionale zorg- en veiligheidslandschap, inclusief de gecertificeerde instellingen, en daarover goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt;
- er voldoende verbinding is met andere regio's om de ontwikkeling van kwaliteitskaders, samenwerkingsafspraken, kwaliteitsverbetering en procesoptimalisatie te versnellen.

### 3.2.2 MDA++ structureel

Door het risico op mismatches tussen de aard van het probleem en de oplossingsrichting, voelen gemeenten de urgentie om een passende organisatievorm te ontwikkelen voor MDA++ structureel. Deze organisatievorm komt niet in plaats van, maar als aanvulling op die van MDA++ acuut, en kent een andere scope, *governance* en dynamiek. Gemeenten zien als wenkend perspectief dat een beter gebruik van bestaande expertise en het bieden van direct passende ondersteuning zullen leiden tot een kostenneutralere uitvoering. Een passende organisatie van MDA++ structureel draagt volgens gemeenten bij aan de gewenste transitie én transformatie in het sociale, jeugd- en veiligheidsdomein. Dit vraagt volgens gemeenten echter wel om verdere visievorming, commitment, agendering, ontwikkeltijd en stimulering van het samen leren van praktijk en beleid. Een passende monitoring kan dit proces ondersteunen.

*'We can't solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them.'*

-Einstein-

Een kenmerk van complexe problematiek is dat de individuele betrokkenheid van professionals op onderdelen van het complexe probleem vaak weer leidt tot nieuwe effecten en problemen, die weer om actie vragen. Dat maakt dat de betrokken professionals en beleidsmakers bij complexe problemen zowel deel van de oplossing zijn als van het probleem (zie ook bijlage 5). Gemeenten signaleren dat vertrouwde sturingsmechanismen (oorzaak-gevolg of input-outputdenken) hierbij niet werken, en zoeken naar alternatieve vormen van beleidsregie.

Complexe problemen zijn niet op te lossen vanuit een bestaand aanbod. Elk huishouden met complexe problematiek is uniek in de samenstelling en uitging daarvan. Vaak is vooraf niet te voorspellen wie, wanneer, hoe lang en in welke rol nodig is om het huishouden te ondersteunen bij het aanpakken van de problemen. Er moet voldoende ruimte zijn om organisatorisch en in co-creatie te doen wat nodig is om samen met het huishouden steeds weer tot een behapbare maatwerk-oplossing te komen. Dit

maakt standaardisatie van de ondersteuning of van het samenwerkingsproces tussen professionals bij voorbaat een ineffektieve en inefficiënte opgave. De oplossing van complexe problemen moet eerder gezocht worden in een 'over organisaties en werkvelden' heen te organiseren netwerk dat telkens weer in staat wordt gesteld om samen met het betreffende huishouden maatwerk te leveren. Het is voor gemeenten van belang hierbij alert te zijn om door hun sturing niet een nieuwe 'voorkeur' of nieuw aanbod te maken. MDA++ structureel moet de passende verbinding tussen beschikbare expertise en rollen uit verschillende werkvelden, echelons en beroepsrollen blijven faciliteren. Op die manier kan elk huishouden die zorg en ondersteuning krijgen die het nodig heeft<sup>19</sup>, ongeacht de plek waar de problematiek aangekaart of gesignaleerd wordt. Dat maakt complexe problemen taai, tijdrovend, kostbaar en onzeker in hun verloop.

Dit vraagt van gemeenten dat zij de zorg en ondersteuning voor huishoudens met complexe problemen zo organiseren dat er financiële ruimte is om MDA++ structureel uit een 'netwerkpunt' te financieren, juist ook als niet vooraf bekend is wie er wanneer, hoe lang en in welke rol betrokken zijn. In Essex (Groot-Brittannië) is bijvoorbeeld ervaring opgedaan met de transformatie van *activity based purchasing*, vergelijkbaar met onze PxQ-systematiek (gebaseerd op het feitelijke aantal indicaties en de prijs van de zorg) naar *outcome based commissioning*, waarbij het realiseren van duurzame resultaten gefaciliteerd wordt.<sup>20</sup> Mogelijk verdient het aanbeveling dit model nader te verkennen.

Van organisaties vraagt dit een aansturing die voldoende ruimte biedt om de juiste inzet van expertise te kunnen leveren. Van professionals vraagt dit professionele volwassenheid, een vroege signalering van complexiteit en een breed netwerk dat ervoor zorgt dat huishoudens kunnen rekenen op geïntegreerde en goed gecoördineerde expertise om het complexe probleem duurzaam op te lossen. Aan justitiepartners de taak te onderzoeken in hoeverre

<sup>19</sup> 'What is commissioning? Commissioning is using all possible levers to bring about change in a place, in order to improve citizens outcomes long-term. It is about establishing the conditions in which outcomes can be achieved.'

zij, binnen de landelijke kaders, regionaal maatwerk kunnen leveren.

Bij de doorontwikkeling van MDA++ structureel is het voor gemeenten allereerst belangrijk dat zij:

- de complexiteit van de aanpak accepteren en daarop aansluiten met een passende beleidsregie. Deze kan het best samengevat worden als: niet volledig te managen, maar wel binnen kaders te sturen;
- met de brede praktijk (zorg, veiligheid, sociaal, onderwijs) een gezamenlijke visie ontwikkelen op complexe problemen met onveiligheid en de oplossingsrichting die daar het meest geschikt voor is. Belangrijke stelregel daarbij is: het gaat hier om problemen die geen van de partners alleen of na elkaar kan oplossen en waarvoor geen blauwdruk bestaat. Vertaal deze visie in een convenant waarin de gezamenlijke ambitie en ieders 'bijdrage' en flexibiliteit benoemd worden;
- het ontwikkelen van een organisatie-netwerk ondersteunen, van waaruit op maat expertise geleverd en mede gecoördineerd kan worden. Door gemeentelijke sturing moet worden voorkomen dat dit netwerk het multidisciplinaire aanbod van één organisatie wordt;
- haalbare doelen stellen, een cultuur van elkaar aanspreken ontwikkelen, ruimte bieden voor en betrokken zijn bij het samen leren van *trial-and-error* op het niveau van de casus, de organisatie en het beleid;
- zelf 'weg blijven' van stelseldiscussies en, in plaats daarvan blijven zoeken naar creatieve oplossingen. De neiging tot standaardisering van aanbod voor complexe problemen moet zo veel mogelijk worden weerstaan en in plaats daarvan moeten gemeenten zoeken naar werkzame elementen die een passend regionaal kader bieden voor de MDA++ structureel;
- voldoende verbinding zoeken met ander regio's om dilemma's en werkzame elementen te delen en knelpunten te agenderen die om een landelijk antwoord vragen.

*'...The formulation of a problem is often more essential than its solution which may be merely a matter of mathematical or experimental skills.'*

-Einstein-

### 3.3 PASSENDE METHODEN VOOR DOOR-ONTWIKKELING EN KENNISDELING

Kies bewust voor een ontwikkelstrategie en voor een kwaliteitscyclus (monitoring, reflectie en bijstelling) die hierop aansluit. Gaat het primair over het implementeren van een aanbod voor een meervoudig probleem, of veel meer over het samen lerend organiseren van zorg op maat voor complexe problemen? Kies bewust voor methoden van leren, kennisontwikkeling en kennisdeling die daarvoor geschikt zijn. Gebruik een goede manier om het (tussen) resultaat te monitoren. Neem daarbij als vertrekpunt hoe cliënt, professionals en beleidsmakers merken dat ze samen op de goede weg zijn. Stel haalbare doelen en doe aan verwachtingsmanagement.

#### 3.2.1 MDA++ acuut

De kwaliteit van het aanbod en de procesoptimalisatie van MDA++ acuut is gebaat bij standaardisatie. De volgende methoden kunnen hierbij behulpzaam zijn: het regionaal en landelijk delen van kwaliteitskaders en *best practices*; landelijke training en deskundigheidsbevordering; outcome monitoring en het vergelijken van regionale instroomcijfers, doorlooptijden, recidive, cliënttevredenheid; en afspraken over een structurele financieringsstructuur. Zulke bijeenkomsten kunnen bovenregionaal, met ondersteuning van de VNG, worden gefaciliteerd. Te bespreken thema's kunnen bijvoorbeeld in een jaargenda worden vastgelegd. Beschikbare wetenschappelijke kennis per thema is relevant voor alle aanwezigen, en draagt primair bij aan standaardisering van het aanbod, de monitoring en de financiering. Secundair draagt het, volgens een zich herhalende kwaliteitscyclus, bij aan blijvende kwaliteitsverbetering en procesoptimalisatie. Hierbij kan er gewerkt worden met protocollen, methodiekbijbeschrijvingen, kwaliteitskaders, keurmerken, accreditaties, factsheets et cetera.

#### 3.2.2 MDA++ structureel

De kwaliteit van de lokale en regionale MDA++ structureel is juist niet gebaat bij de standaardisatie van het aanbod, de samenwerkingspartners en het samenwerkingsproces. Wel zullen er onderlinge

afspraken gemaakt moeten worden over hoe MDA++ structureel kan starten en welke flexibiliteit en inzet van professionals en organisaties daarvoor gevraagd wordt. De doorontwikkeling hangt samen met het vinden van gezamenlijke (huishouden, praktijk en beleid) creatieve oplossingen van steeds weer nieuwe dilemma's. Dat vraagt van professionals, beleidsmakers en wetenschappers allereerst transformationeel leiderschap<sup>21</sup> en de competentie om aan te sluiten bij de steeds wisselende denk- en doekracht van een burger en de snel veranderende maatschappelijke context. Omdat alle betrokkenen onderdeel zijn van zowel de oplossing als het probleem, vraagt de doorontwikkeling van MDA++ structureel naast outcomemonitoring op cliëntniveau ook om de impactmonitoring van het maatschappelijk resultaat. Waaraan merken professionals, beleidsmakers en wetenschappers dat zij samen een duurzaam resultaat (aan het) realiseren (zijn)?

*'Het gaat er bij complexe problemen veel meer om passend te dealen met de beperkingen die eigen zijn aan ieder systeem, dan over het optimaliseren van dat systeem. Dat goed doen vraagt transformationeel leiderschap van professional, ambtenaar en kennismakelaar.'*

-Een deelnemer aan het onderzoek-

Beschikbare wetenschappelijke kennis is relevant zolang deze betrekking heeft op een bepaald dilemma en verbonden wordt aan de praktijkkennis, ervaringen en voorkeuren van burgers en professionals. Ondersteuning, kennisdeling, -verrijking en -verspreiding zijn derhalve maatwerk. Burger, professional, beleidsambtenaar en kennismakelaar moeten die kennis en ervaringen samen lerend verder ontwikkelen in een lokaal of regionaal netwerk daarbij aansluiten bij de actuele dilemma's in de praktijk. Korte kwaliteitscycli kunnen dat proces ondersteunen. Door deze kennis voortvarend te vertalen en verspreiden naar werkzame elementen, kan een bijdrage geleverd worden aan de doorontwikkeling van MDA++ structureel in andere gemeenten. Op lokaal of regionaal niveau staat hier de passende facilitering centraal van deze open, brede, lerende netwerken. Daarin vertrouwen burger,

professional, beleidsambtenaar en kennismakelaar elkaar, brengt ieder zijn expertise in en doen ze samen lerend wat werkt. Landelijk kan de VNG dit versterken door beleidsambtenaren te ondersteunen in het ontwikkelen van transformationeel leiderschap.

### 3.4 LANDELIJKE RANDVOORWAARDEN

Op basis van de ondersteuningsvragen van gemeenten formuleren wij tot slot een aantal aanbevelingen aan de hand waarvan onderzocht kan worden welke mogelijkheden er zijn om stimulerende randvoorwaarden te creëren op landelijk niveau:

- Onderzoek of de grote diversiteit aan regio-indelingen een meerwaarde heeft dan wel remmend werkt op de gewenste transformatie. Pas deze indeling zo nodig aan.
- Maak afspraken over de ontschotting van de financiering vanuit Wmo, Jeugdwet en Zw en de pre-DBC-gefinancierde inzet van expertise.
- Ontwikkel meer eenduidigheid in het gebruik van privacyregels voor het delen van informatie. Neem daarbij verschillen in visie, kennis en kunde tussen beroeps groepen mee.
- Blijf landelijk aangehaakt bij de ontwikkeling van MDA++ in de regio om ook op landelijk niveau de noodzakelijke integratie en coördinatie te bewerkstelligen.
- Verhelder op landelijk niveau (VNG-CSG) de verschillen tussen de ambities van gemeenten en die van de CSG's voor de doorontwikkeling naar MDA++ acuut voor kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld.
- Verander de benaming van MDA++ acuut en MDA++ structureel.

# Bijlagen

Bijlage 1: Gesprekspartners

Bijlage 2: Topics semigestructureerde interviews

Bijlage 3: Topics focusgroepen

Bijlage 4: Stand van zaken MDA++  
Presentatie bij VNG

Bijlage 5: Toelichting op theoretisch analysekader

Bijlage 6: Afkortingen

Bijlage 7: Referenties



## Bijlage 1: Gesprekspartners

VEILIG THUIS-REGIO'S			
Regio	Gemeente	Naam	Funcctie
Noord-Holland Noord	Alkmaar	Frans Stoker	Beleidsadviseur Gedwongen kader Jeugd
Flevoland	Almere	Joannette Schuppert	Strategisch beleidsadviseur Sociaal domein-jGGZ en Veilig Thuis, dienst Sociaal domein
Amsterdam-Amstelland	Amsterdam	Ruud Firet	Interim beleids- medewerker, RVE Onderwijs, Jeugd en Zorg Adviseur Huiselijk geweld en Zeden, directie Openbare Orde en Veiligheid
		Emma Pans	
Noord- en Oost-Gelderland	Apeldoorn	Lobke Scheuten	Procesmanager/ accountmanager HG-KM Senior beleidsadviseur Jeugd
		Heidi Bogers	
Gelderland-Midden	Arnhem	Bepie Soetens	Beleidsadviseur Arnhem (dossiers o.a.: Veilig Thuis, MDA++ en ontwikkelingen straf en zorg) Projectmanager Veilig Thuis
		Miranda Hendriksen	
West-Brabant	Breda	Herman van Wietmarschen	Beleidsadviseur Wonen en Samenleving (HG, MDA++, VT, Vrouwenopvang) Beleidsadviseur Wonen en Samenleving (HG, MDA++, VT, Vrouwenopvang, daarnaast ook 'verward gedrag')
		Gineke Kuin	
Haaglanden	Delft	Olga Lemmen	Senior adviseur afdeling Samenleving, dossiers: Huiselijk geweld, Kindermishandeling, Veilig Thuis, Vrouwenopvang voor centrumgemeente Delft.

IJselland	Deventer	Sybil van Oijen	Senior adviseur Openbare orde en Veiligheid Senior adviseur Openbare orde en Veiligheid
		Anke Klein Lebbink	
Twente	Enschede	Theo Hijkoop	Senior adviseur Maatschappelijke Ontwikkeling voor centrumgemeente Enschede en namens de 14 gemeenten ('Samen 14') relatiebeheerder VTT
Zeeland	Goes	Saskia Ummels	Beleidsadviseur Huiselijk geweld, Kinder- mishandeling en Vrouwenopvang CZW bureau.
Hollands-Midden	Gouda	Sophie Straatman	Beleidsadviseur Sociaal Domein (a.i.) afdeling Maatschappelijk beleid
Groningen	Groningen	Jeanette Niemeijer	Beleidsmedewerker Dossiers: Huiselijk geweld, Kinder- mishandeling, Veilig Thuis, Vrouwenopvang
Kennemerland	Haarlem	Saskia Daru	Beleidsadviseur Huiselijk geweld afdeling Maatschappelijke ondersteuning gemeente
Zuid-Limburg	Heerlen	Michel van de Winke	Beleidsmedewerker afdeling Integrale veiligheid (dossiers o.a.: Veilig Thuis, MDA++, CSG) Beleidsmedewerker Jeugd Parkstad en Heerlen (o.a. vertegenwoordiging Jeugd domein in dossiers: Veilig Thuis, gedwongen kader, MDA++, CSG).
		Bea Zeelen	
Gooi en Vechtstreek	Hilversum	Sander Egas	Projectleider Transformatie Beschermd Wonen bij regio Gooi & Vechtstreek Beleidscoördinator Huiselijk geweld en Kindermishandeling
		Rosalinda Jonkvorst	

Zuidoost-Brabant	Helmond/ Eindhoven	Marjon Vos  Petra Welboren	Beleidsambtenaar Jeugd en projectleider Veiligheid Helmond Inhoudskundige Sociaal domein Eindhoven
Friesland	Leeuwarden	Janneke Dölle  Jitske Bosch	Beleidsmedewerker Sociaal domein Beleidsmedewerker Sociaal domein
Gelderland-Zuid	Nijmegen	Anouk van Nieuwenhuijze  Carmen Polman	Projectleider aanpak HG en KM Gelderland-Zuid Manager VH Rijk van Nijmegen
Rotterdam-Rijnmond	Rotterdam	Eveline Kentie  Evelien Schilperoord	Beleidsambtenaar, maatschappelijke ontwikkeling, Programmamanager Actieprogramma Veilig Thuis Projectleider Actieprogramma Veilig Thuis
Noord-Brabant Midden  jeugd,	Tilburg	Liselot Godschalk  Gerriane Rozema  Marcelle Hendrickx	Beleidsmedewerker Huiselijk geweld en kindermishandeling, Strategisch expert Huiselijk geweld en Kindermishandeling, projectleider Centrum Seksueel Geweld West-Midden Brabant/ <i>Family Justice Center</i> Midden-Brabant Wethouder (onderwijs, emancipatie, cultuur, personeel en organisatie) en voorzitter van regionale Taskforce Kindermishandeling en Huiselijk geweld
Utrecht	Utrecht	Marika de Boer Fenna Jansen	Senior beleidsmedewerker Projectleider MDA++, Samen Veilig M-NL
Noord- en Midden-Limburg	Venlo	Ben Aldewereld	Wethouder Wonen, Wijken, Leefomgeving en Sport incl. Jeugd, Zorg en Welzijn en Veiligheid in wijken

		Annelies Smits	Beleidsadviseur aanpak Huiselijk Geweld en Kindermishandeling werkend vanuit cluster regionale Wmo-taken, Veilig Thuis, Maatschappelijke opvang Beschermd wonen, aansluiting Zorg en Veiligheid incl. Zorg en Veiligheidshuis
Zaanstreek-Waterland	Zaanstad	Fian van Vlokhoven Brigitte Buis	Senior adviseur Wmo Beleidsambtenaar/senior adviseur

## FOCUSGROEP

Regio	Gemeente	Naam	Functie
West-Brabant	Breda	Gineke Kuin	Beleidsadviseur Wonen en Samenleving (HG, MDA++, Veilig Thuis, Vrouwenopvang, daarnaast ook 'verward gedrag') gemeente Breda
		Marga van Beek	Procesregisseur seksueel geweld Veilig Thuis West-Brabant
		Debbie Maas	Adjunct-directeur Veilig Thuis West-Brabant, lid van dagelijks bestuur netwerk Veilig Thuis
IJselland	Deventer	Conny Hendriks	Raadsontzoecker Raad voor de Kinderbescherming
		Sybil van Ooijen	Senior adviseur Openbare orde en Veiligheid
		Anke Klein Ebbink	Programmamanager Transformatie Jeugdzorg
		Miranda Geubbels	Procesregisseur Veilig Thuis IJselland/Zwolle
		Willem Eekhuis	Veiligheidsmakelaar
		Ypie Terpstra	Teamleider Raad voor de Kinderbescherming

## BESTUURLIJK NETWERK VEILIG THUIS

	Debbie Maas Michelle Franken	Bestuursleden
LANDELIJKE STUURGROEP VAN DE CSG'S	Iva Bicanic Linda Terpstra Eva Kwakman Marianne van Staa Janet van Bavel	Bestuursleden



## Bijlage 2: Topics semigestructureerde interviews

Tijdens de semigestructureerde interviews zijn de volgende vragen besproken. Waar relevant werd onderscheid gemaakt tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel:

- Hoe ziet MDA++ of elke andere intersectorale, multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld er lokaal/regionaal uit? In welke ontwikkelfase bevindt de MDA++ zich?
- Welke partners en professionals/expertise uit zorg- en veiligheidsdomein zijn betrokken?
- Hoe is de instroom van MDA++ geregeld, wat zijn criteria, wie bepaalt?
- Is er een verbinding tussen MDA++ acuut en MDA++ structureel? Hoe ziet die eruit?
- Hoe is de verbinding van MDA+ met:
  - CSG
  - Veilig Thuis
  - (Zorg- en) Veiligheidshuis, politie en OM
  - lokale teams
  - lokale en regionale zorgaanbieders
  - overige overlegtafels en/of samenwerkingsverbanden?
- Hoe wordt de MDA++ gefinancierd? Zijn dat structurele of incidentele middelen?
- Is er monitoring/een kwaliteitscyclus? Zijn er al cijfers beschikbaar waarop gemeenten sturen, bijvoorbeeld via hun inkoop?
- In hoeverre en op welke wijze voert de gemeente regie op de ontwikkeling van MDA++?
- Hoe ziet de samenwerking tussen gemeenten eruit? Is deze ambtelijk en bestuurlijk geborgd? Op welke manier?
- Welk rapportcijfer geven gemeenten de beleidsontwikkeling en de uitvoering en waarom?
- Wat is er volgens gemeenten nodig voor doorontwikkeling en wat zijn daarin hun ondersteuningswensen?

## Bijlage 3: Topics focusgroepen

Tijdens de focusgroepdiscussies zijn de volgende vragen leidend geweest voor de discussie:

1. Wat is de visie op MDA++ acuut en MDA++ structureel en de verbinding daartussen van professionals uit praktijk, beleid en het zorg- en veiligheidsdomein?
2. Wat zijn de praktijkervaringen, denk daarbij bijvoorbeeld aan:
  - Beschikbaar aanbod/expertise en de verbinding daartussen
  - Regievoering en mandaat
3. Wat zijn ondersteuningsbehoeften?

Bijlage 4: Stand van zaken MDA++ - Presentatie bij VNG -

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Stand van zaken MDA++

Antje Kraak (VNG), Marjolijn Vollaart (NJI), Hilde Bakker (Movisie), Jozef van Rooijen Niskerk (Movisie)  
6 maart 2018

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Doelstelling van deze presentatie

- Doelstelling onderzoek
- Eerste voorlopige resultaten delen
- Zijn de resultaten herkenbaar en volledig; aanvullen/aanscherpen
- Eerste houtschool schets van analyse en aanbevelingen delen
- Discussie; Analyse en aanbevelingen

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Het onderzoek

- Stand van zaken MDA++
- Focus op dat wat gemeenten daarover rapporteren
- Aansluiting op belangrijke structuren en/of MDA++ partners (Landelijke ondersteuningswensen)
- Interviews met >20/26 centrumgemeenten van de Veilig Thuis regio's.
- Eenkele focusgroepen met praktijk/beleid om beleidsinformatie te verrijken met praktijkinformatie
- 2 groeps gesprekken (VT en CSG)
- Eindverslag begin april 2018
- Presentatie eindrapport aan (nieuw geïnstalleerde) wethouders
- Uitvoering onderzoek samen met Movisie (duo-interviews)

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Veilig Thuis regio's

1. Groningen	13. Utrecht	25. Zuidwest-Brabant
2. Drenthe	14. Noord-Brabant	26. Zeeland
3. Friesland	15. Limburg	
4. Overijssel	16. Gelderland	
5. Zevenland	17. Noord-Holland	
6. Ameland-Asseveld	18. Flevoland	
7. Drenthe-Brabant	19. Noord-Holland-Zuid	
8. Groningen-Brabant	20. Noord-Holland-Oost	
9. Groningen-Overijssel	21. Zeeland	
10. Groningen-Overijssel	22. Noord-Holland-West	
11. Groningen-Overijssel	23. Noord-Holland-West	
12. Groningen-Overijssel	24. Noord-Holland-West	
13. Groningen-Overijssel	25. Zuidwest-Brabant	
14. Groningen-Overijssel	26. Zeeland	
15. Groningen-Overijssel	27. Zeeland	
16. Groningen-Overijssel	28. Zeeland	
17. Groningen-Overijssel	29. Zeeland	
18. Groningen-Overijssel	30. Zeeland	
19. Groningen-Overijssel	31. Zeeland	
20. Groningen-Overijssel	32. Zeeland	

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Doelstelling onderzoek

- Hoe kijken gemeenten naar MDA++?
- Hoe ziet MDA++ er tot nu toe uit?
  - Relatie tot Veilig thuis
  - Relatie tot (zorg-) en Veiligheidshuizen
  - Relatie tot Centra Seksueel Geweld
  - Relatie tot Lokale teams
- Hoe loopt beleidsontwikkeling en uitvoering?
  - Successen en knelpunten
  - Samenwerking tussen gemeenten
  - Inzet van specialisten
- Financiering en Monitoring?
- Ondersteuningswensen?

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe kijken gemeenten naar MDA++

- MDA++ acuut**
  - CSG voor acuut seksueel geweld
  - Politieverhoor/aangifte, (forensisch-)medische zorg, (1<sup>st</sup> nazorg), VT (soms GGZ)
  - Soms doorontwikkeling CSG + strafbare kindermishandeling/mishandeling met ernstig letsel
  - Regelmatig verbonden aan ziekenhuizen
  - Gecentraliseerd (regionaal/2 regio's)
  - Zelden verbinding met lokale veld
  - Vooral client/slachtoffer gericht - zelden systeemgericht

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe kijken gemeenten naar MDA++

- MDA++ structureel**
  - Passende, intersectorale, integrale zorg bij meevoudige problemen en structurele onveiligheid
  - Zo dicht mogelijk op en in nauwe verbinding met het lokale veld, rol VT
  - Zeer divers in visie, organisatievorm, samenwerkingspartners, uitvoering
- MDA++ acuut en structureel**
  - Visie: splitsing is arbitrair, wens tot betere verbinding van benodigde expertises
  - Uitvoering: vaak nog niet verbonden, eigen werkprocessen leidend

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe ziet MDA++ eruit

- Ambitie om het verschil te maken voor complexe doelgroep met meevoudige problemen en structurele onveiligheid
- Diverse uitwerking, lokale structuren en/of persoonlijke visies
- In verschillende fasen van ontwikkeling
  - MDA++ acuut vaak al in uitvoering (pilotfase en doorontwikkeling CSG naar MDA++ acuut)
  - MDA++ structureel vooral nog in fase van visievorming, en planvorming
- Start vanuit visie en/of vorm; aanbod en/of maatwerk
- MDA++ acuut: centraal, samenwerkingsafspraken, implementatie werkwijze, (overhead) kosten, inkoop aanbod, betrokkenheid kort (max 4 weken), best practices.
- MDA++ structureel: lokaal met regionale expertise, visie, beter gebruik van bestaande expertise, op termijn budget neutraal, ontwikkelen vraagt tijd en geld, regionaal maatwerk

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe ziet MDA++ eruit?

**Relatie tot CSG:**

- Focus op seksueel geweld en (niet-acute) zelfmisdaden.
- Naast onderzoek ook 1<sup>st</sup> opvang/watchfull waiting (GGZ, trauma)
- Sturing op en financiering van CSG en MDA++ gescheiden
- MDA++ acuut SG, KM en HG vraagt vergelijkbare expertise
- Zoektocht naar uitbreiding met:
  - Acute medische zorg bij ander geweld dan acuut seksueel geweld (HG, KM)
  - Forensisch medisch onderzoek en veilig stellen sporen
  - Leseelbeschrijving
  - Aangifte
  - Eerste psychische opvang en begeleiding (trauma)

*Verbreiding van SG met KM en HG wordt inhoudelijk als logisch en efficiënt ervaren, gezamenlijk zoeken hoe? Nieuwe partners?*  
*Andere ontstaansgeschiedenis, onzekerheid financiering, vertraagt mogelijk proces van versterking en doorontwikkeling.*

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe ziet MDA++ eruit?

**Relatie tot Veilig Thuis**

- Overal een belangrijke rol: instroom MDA++ (triage VT); dan pas?
- Soms belangrijke rol in coördinatie en regievoering MDA++
- Vragen over (financiële) consequenties van nieuwe meldcode, radarfunctie: rol VT
- Vragen over op- en afschaling VT; verbinding lokale teams en hulp na VT, hermeldingen, verbinding CSG?
- Via vertrouwensartsen VT, verbonden aan FMEK afspraken
- Nu gas ruimte; tegen huis op orde' en ook; nieuwe ontwikkelingen?

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe ziet MDA++ eruit?

**Relatie tot (zorg-) en veiligheidshuizen**

- Logische verbinding, zeker vanuit veiligheidsketen
- Grote diversiteit in taak, rol en vorm (zorg-) en veiligheidshuizen, focus gericht op strafzaken.
- Nu mogelijk dat gezinnen zowel in MDA++ als in VHH als om diverse overlegtafels besproken worden

**Nederlands Jeugdinstituut**

## Hoe ziet MDA++ eruit?

**Relatie tot lokale teams**

- Vaak niet direct betrokken bij MDA++ (op en afschaling meestal via VT)
- Informatie uit lokale voortraject niet altijd meegenomen in MDA++.
- Regierol gewenst bij partij die (langdurig) nodig is, idealiter zo dicht mogelijk op/in gezin/lokale teams
- Nu is regie MDA++ nog vaker belegd bij MDA++ aanbieder,
- Zorg over continuïteit?

### Rol van gemeenten in de ontwikkeling MDA++

- Ooit besloten, geen financiering, geen ondersteuningsprogramma, geen onderleggers
- Regionale invulling, vaak op incidentele middelen, onvoldoende zicht op doelgroep en te verwachten kosten
- Wisselende bestuurlijke- en ambtelijke borging
- Betreft portefeuille van meerdere wethouders/ambtenaren; complex
- Ontwikkeling/implementatie afhankelijk van:
  - Personen:
    - Aantwoordigheid van bestaande wethouders/ambtenaren
    - Relatie tussen wethouders/ambtenaren gemeenteregios
    - Beschikbaarheid burgemeesters (breder veiligheidsdenken dan de driehoek)
  - Gedeselde, doorloefde visie en sense of urgency van praktijk en beleid

### Financiering en monitoring

**Financiering:**

- Financiering vooral nog incidenteel
- Kaasschaafmethode kent zijn grenzen
- Zorgen in relatie tot extra kosten meldcode/radarfunctie
- Gebrek aan landelijke coördinatie; elke initiatief uit het zelfde potje past niet

**Monitoring:**

- Instroom cijfers CSG (als operationeel) vaak bekend
- Cijfers MDA++ bij enkelen bekend, echter; wat is MDA++
- Behoeft aan monitoring voor praktijk en beleid

### Ondersteuningsbehoeften

- Structurele financiering voor het (boven)regionale MDA++ acuut aanbod
- Ontwikkelingsubsidie en ontwikkelruimte voor een lokale-/regionale ontwikkeling van MDA++ structureel, passend bij het regionale zorglandschap en de complexiteit van de ontwikkelvraag, regionale aanpak
- Lokaal/regionaal draagvlak bij landelijke partijen (politie, OM, RvdK) om diversiteit regionale MDA++ aanpak te steunen
- Gezamenlijk uitwisselen, leren en monitoren
- Stip op de horizon en randvoorwaarden
- Kritische kijk naar de grote diversiteit aan regio-indelingen
- Ontschotting financiering (binnen de WMO en tussen WMO en ZWW)

### Analyse

**MDA++ acuut:**

- Ambitie lijkt samenwerking (forensische)zorg en veiligheid bij acuut SG, KM en HG met ernstig letsel, 1<sup>o</sup> opvang
- Aansluiting op lokale veld nu vooral via VT
- Specialistisch aanbod (politie/zeden/OM, (forensisch)medische (nab)zorg, voor 1<sup>o</sup> acute fase (tot meestal max 4 weken)
- Slachtoffergericht

### Analyse

**MDA++ structureel:**

- Erkening dat aanpak bedoeld is voor meest complexe, samengestelde problematiek met KM, HG, SG, waarvoor (langdurig) maatwerk (unieke combi van expertises) nodig is
- Tegelijkertijd wordt oplossing meestal gezocht in 'aanbod'
- Vaak nog in opstartfase (project met incidentele middelen)
- Aansluiting op MDA++ acuut niet/minimaal aanwezig
- Aansluiting op lokale veld mager, vooral via VT op/afschaling
- Zorg over continuïteit
- Breder besef dat MDA++ structureel vooral inzet op beter gebruik van en bij de casus passende integratie van bestaande expertise.
- Werkend perspectief van efficiency (meteen het goede) en, op termijn, kosten-neutraliteit in uitvoering.
- Daar is eerst tijd en ontwikkelgeld voor nodig

### Is dit herkenbaar – input op stavaza?

- Wat zijn 'oh ja's'?
- Wat ontbreekt? Is dat een regionaal issue en/of wordt dat breder gedragen?

#### ENKELVOUDIGE, MEERVOUDIGE EN COMPLEXE PROBLEMEN

Westley en anderen, beweren in hun publicatie<sup>18</sup>:

*'Disasters can occur when complex issues are managed or measured as if they are merely complicated or even simple. '...And while at times such an approach can give us a measure of false security, inevitably it gets us into trouble'.*

Men is geneigd om problemen, ongeacht de mate van complexiteit, primair op te lossen alsof zij enkelvoudig of hoogstens meervoudig zijn. Dat is ook niet zo vreemd. De meeste problemen zijn immers op die manier oplosbaar. De gekozen oplossingen zijn te vertalen in protocollen. Van de werkwijze is bij de start bekend hoe lang het duurt, wat het kost en welke inzet nodig is. Organisaties en gemeenten kunnen hierop goed sturen door bijvoorbeeld concrete (volume)afspraken te maken met vooraf bekende partijen. Dit brengt echter, bij complexe problematiek, grote risico's en ook inefficiëntie met zich mee. Terwijl huishoudens vaak overbelast raken door een veelheid aan hulpverleners, blijft – ondanks of dankzij de inzet van veel mensen en middelen – een duurzaam resultaat uit.

Het is dus van groot belang om zo vroeg mogelijk het onderscheid te maken tussen enkelvoudige, meervoudige en complexe problemen zodat er van begin af aan een passende aanpak, sturing en monitoring te realiseren zijn. Ook voor MDA++ is dit onderscheid cruciaal omdat MDA++ zich richt op de aanpak van zowel meervoudige als complexe problemen. Vanuit de wetenschap is bekend dat deze problemen om verschillende antwoorden vragen. Wij zullen dat hierna nader toelichten.

*Wat is het verschil tussen enkelvoudige, meervoudige en complexe problemen<sup>19</sup>?*

Enkelvoudige problemen (*simple problems*) zijn problemen die routinematig op te lossen zijn. Een voorbeeld daarvan is een dyslexiebehandeling of het gipsen van een gebroken been.

Meervoudige problemen (*complicated problems*) zijn meervoudig samengestelde problemen, vaak op meerdere levensdomeinen, die afgestemd, volgordeeljk of naast elkaar, op te lossen zijn met gestandaardiseerde oplossingen. Een voorbeeld daarvan is ADHD bij een kind met een ouder die daardoor problemen ondervindt bij de opvoeding.

Complexe problemen (*wicked problems*)

zijn samengestelde problemen op meerdere leefdomeinen, die op een dusdanige manier met elkaar vervlochten zijn dat zij niet standaard en niet los van elkaar op te lossen zijn. De oplossing vraagt om één samenhangende, geregiseerde aanpak, op maat gemaakt voor dit ene huishouden. Een voorbeeld daarvan is een huishouden met schulden, partnergeweld, cognitieve beperkingen of ggz-problematiek bij een ouder en schoolproblemen bij een van de kinderen.

Uit de praktijk blijkt dat de problematiek van huishoudens op diverse manieren complex kan worden. Dat kan bijvoorbeeld komen door de inhoud van de problematiek in relatie tot de doe- en denkracht van het huishouden (denk aan een automatische 'cure-benadering' waar een 'care-benadering' 'passender zou zijn), door het ontbreken van passend aanbod (denk aan 7x24 uur een-op-een begeleiding van een cliënt met een ernstige vorm van autisme) maar ook door de manier waarop de zorg voor het cliëntsysteem georganiseerd wordt (denk aan professionals die met hun focus op deelproblemen langs elkaar heen werken en daardoor zorgen voor een overbelasting van dat huishouden).

*Aanpak en monitoring van enkelvoudige en meervoudige problemen*

Complexe problemen onderscheiden zich van enkelvoudige of meervoudige problemen<sup>18,22</sup> in hun aanpak en in de monitoring van het uiteindelijke resultaat.

Zo kunnen we enkelvoudige problemen succesvol lineair en los van elkaar aanpakken door gebruik te maken van bewezen effectieve interventies. Het oplossen van meervoudige problemen kan weliswaar als ingewikkeld ervaren worden, maar als de oplossing gevonden is voor één cliënt, dan is dezelfde oplossing ook effectief voor andere, vergelijkbare casuïstiek (denk aan een multidisciplinair behandelaanbod met heldere samenwerkingsafspraken waarin voor alle betrokkenen duidelijk is wie wanneer wat doet om tot het gewenste resultaat te komen, bijvoorbeeld een ADHD-behandeling van een kind met ouder- en systeembegeleiding of een Eerste Hart Hulp). Om het resultaat van de aanpak te meten, wordt bij enkelvoudige problemen uitgegaan van een lineaire relatie tussen cliënt en behandelaar en bij

meervoudige problemen van een lineaire relatie tussen cliënt en behandelteam, waarin professionals zitten die elkaar aanvullen en telkens een vergelijkbare rol en inzet leveren. Je kunt de specifieke kenmerken, omstandigheden en omgeving van het individu meenemen bij de aanpak, maar het resultaat van de aanpak wordt gemeten bij het individu met wie de 'behandelrelatie' bestaat.

**Aanpak en monitoring van complexe problemen**  
 Complexe problemen laten zich niet gemakkelijk structureren. Elk huishouden met een complex probleem is uniek in de samenstelling en uiting van dat probleem. Vaak is vooraf niet te voorspellen wie, wanneer, hoe lang en in welke rol nodig is om dat huishouden te ondersteunen bij de aanpak van de problemen. Er moet voldoende ruimte zijn om organisatorisch en in cocreatie te doen wat nodig is om samen met dat huishouden steeds weer tot een passende en behapbare maatwerkoplossing te komen. Bij complexe problemen leiden het gestandaardiseerde aanbod en de reguliere samenwerking tussen professionals vaak niet tot het verwachte resultaat. Om complexe problemen op te lossen moet er 'over de grenzen van organisaties en werkvelden heen' een netwerk gevormd worden dat steeds opnieuw samen met het betrokken huishouden kijkt hoe het maatwerk kan leveren. Dat maakt complexe problemen taai, tijdrovend, kostbaar en onzeker in hun beloop. Doordat complexe problemen bestaan uit een unieke vervlechting van deelproblemen, zorgt individuele betrokkenheid van professionals op de deelproblemen vaak voor nieuwe effecten, die ook weer om actie vragen. Hierdoor zijn de betrokken professionals en hun organisaties bij complexe problemen zowel deel van de oplossing als deel van het probleem. Dat vraagt ook om een andere manier van monitoring. Lineair denken in oorzaak-gevolg of input-outcome volstaat niet. Daarom moeten er andere manieren van impactmonitoring ontwikkeld worden.

#### SAMENWERKEN AAN COMPLEXE PROBLEMEN

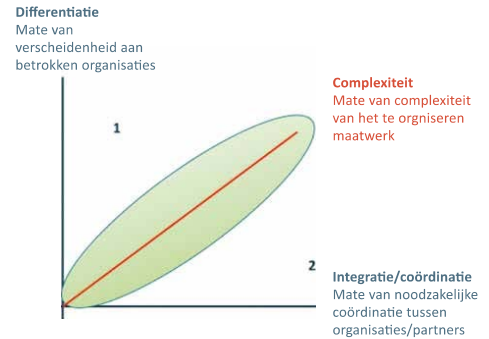
Einstein schreef ooit 'Als je doet wat je altijd gedaan hebt, krijg je wat je altijd hebt gekregen'. Ook in calamiteitenrapporten van het Toezicht Sociaal Domein (TSD) concluderen de onderzoekers keer op keer dat professionals hun werk weliswaar allemaal goed gedaan hebben, maar dat zij in complexe calamiteitencasussen samen niet in staat bleken het goede te doen, vaak met fatale afloop. Het TSD spreekt in dit verband onder andere over onvoldoende samenhang en regie'. Hierin zit ook precies de angel die de aanpak van complexe problemen zo taai maakt. De unieke samenstelling van complexe problemen vraagt niet alleen maatwerk in de zin dat er steeds andere combinaties van expertises en rollen (variërend van steunfiguur, adviseur, sparringpartner tot (mede)behandelaar of regisseur) nodig zijn, maar ook als het gaat om het op maat integreren en coördineren van ieders bijdrage en rol. Betrokken partijen komen vaak uit verschillende werkvelden, organisaties, echelons, beroeps- en beleidsculturen. De aanpak van complexe problemen vraagt daarom zowel inhoudelijk (expertise en rol) als procesmatig (coördinatie en integratie) om maatwerk. Bij complexe problemen is het in sterke mate bepalend voor het uiteindelijke resultaat dat de vereiste expertise in de juiste samenhang wordt ingebracht (en dus niet als de optelsom van interventies).

De hiervoor geschetste kennis bevestigt hoe belangrijk het is om onderscheid te maken tussen meervoudige en complexe problemen.

Bij de aanpak van een meervoudig probleem kan de doorontwikkeling zich richten op verdergaande afstemming over ieders rol en bijdrage, het vastleggen daarvan in samenwerkingsafspraken en het optimaliseren van die samenwerking.

Bij de aanpak van een complex probleem zal veel meer gezocht moeten worden naar een passende organisatiestructuur om diverse expertises en rollen dynamisch en op maat te integreren en coördineren met het doe- en denkvermogen<sup>15</sup> van het huishouden in kwestie. Passende op- en afschaling maken integraal deel uit van dit proces en vormen dus niet het begin- of eindpunt daarvan.

Figuur: Samenwerken aan complexe problemen: de theorie



*Toelichting bij de figuur: Dit figuur, afkomstig uit de organisatiewetenschappen en een bewerking van een figuur van prof.dr. P. Kenis, geeft voorgaande beknopt weer. Bij complexe problemen wordt de passende aanpak georganiseerd met een unieke diversiteit aan expertises (y-as) en een coördinatie/regievoering die recht doet aan die diversiteit (x-as). Gebeurt dit goed, dan wordt de hulp binnen de groene ellips georganiseerd en krijgt een cliëntsysteem passend, behapbaar en met hulp op maat ondersteuning, niet meer en niet minder. 1: Wat er gebeurt als een complex probleem wordt behandeld als een meervoudig probleem. 2: Wat er gebeurt als een complex probleem wordt behandeld als een enkelvoudig probleem.*

## Bijlage 6: Afkortingen

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
CSG	Centrum Seksueel Geweld
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
MDA++	Multi Disciplinaire Aanpak kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld++
NJI	Nederlands Jeugdinstituut
OM	Openbaar Ministerie
SHG	Steunpunt Huiselijk Geweld
SWT	Sociale wijkteams
THV	Tijdelijk Huis Verbonden
TSD	Toezicht Sociaal Domein
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VH/ZVH	Veiligheidshuis/Zorg en Veiligheidshuis
VT	Veilig Thuis
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZSM	Zo Snel, Slim, Selectief, Simpel, Samen en Samenlevingsgericht Mogelijk
ZVV	Zorgverzekeringswet

## Bijlage 7: Referenties

- (1) De Jong, J. & Hurdeman, M. (2013). *Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling: revolutie of evolutie?: Tussenrapportage naar aanleiding van de eerste onderzoeksrunde onder een zestal regionale initiatieven*.
- (2) Pattje, W. (2015). *Multidisciplinaire aanpak complexe problematiek, kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld*. Den Haag: VNG.
- (3) ZonMw (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. Den Haag: ZonMw.
- (4) Samenwerkend Toezicht Jeugd (2015). *Gezinnen met geringe sociale redzaamheid*. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd.
- (5) Rijksoverheid (2017). *Factsheet Radarfunctie Veilig Thuis*.
- (6) Tierolf, B., Lünemann, K.D. & Stekete, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- (7) Snoeren, F.M.M. (2014). *Giving maltreated children a voice: A study of self-reported quality of life, and the effectiveness and cost effectiveness of the child-interview intervention during the investigation of reports of child maltreatment*. Maastricht: Maastricht University.
- (8) Bakker, H., Van Deth, A., Bakker, P.P., Van den Bosch, H. & Groen, B. (2015). *Op weg: Verkenning naar een landelijk dekkende infrastructuur aanpak kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld*. Utrecht: Movisie en Nederlands Jeugdinstituut.
- (9) Van Arum, S. (2017). *Kwaliteitskader MDA++: MDA++ (Multidisciplinaire aanpak) een effectieve aanpak van kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel geweld in Nederland*.
- (10) Van Deth, A. (2016). *Voorwaarden MDA++, tweede concept*. Den Haag: VNG.
- (11) Vogtländer, L. & Van Arum, S. (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg: Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*. Utrecht: GGD GHOR Nederland en VNG.
- (12) Rijksoverheid (2017). *Het afwegingskader in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: Basisdocument*. Den Haag: Ministeries van VenJ en VWS.
- (13) Stekete, M. (2017). *De olifant in de (kinder) kamer*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- (14) Van der Put, C., Boekhout van Solinge, N. & Gubbels, J. (2017). *Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling: Samenvatting eindrapport voorstudie fase 1*. Den Haag: ZonMw.
- (15) WRR (2017). *Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- (16) Provan, K.G. & Kenis, P.N. (2008). *Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness*. Tilburg: Tilburg University.
- (17) Veilig Thuis et al. (2017). *Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling*.
- (18) Westley, F., Zimmerman, B. & Quinn Patton, M. (2006). *Getting to Maybe: How the World has Changed*. Toronto: Random House of Canada.
- (19) Kraak, A., Ten Berge, I. & Kenis, P. (2014). *Effectieve en efficiënte zorg voor kinderen en gezinnen bij kindermishandeling*.
- (20) NHS (2015). *Open up, Reach out: Transformation plan for the emotional wellbeing and mental health of children and young people in Southend, Essex and Thurrock*.
- (21) Van Yperen, T. & Hageraats, R. (2018). *Leidinggeven aan transformatie*. Utrecht: Nij.
- (22) Rittel, W.J. & Webber, M.M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 155-169.



