

Adviesrapport kwartiermakersfase MDA++

NOORD- EN MIDDEN-LIMBURG



DUURZAAM STOPPEN VAN HGKM IN DE MEEST COMPLEXE CASUSSEN

Inhoudsopgave

Woord vooraf	4
Huiselijk geweld en kindermishandeling	5
De cijfers	5
De aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling in Noord- en Midden-Limburg	5
Hiaten in de huidige aanpak	6
Kansen en positieve ontwikkelingen in de huidige aanpak	6
Wat is MDA++?	7
Doelgroep MDA++	8
Doelgroep in Noord- en Midden-Limburg	8
Werkzame elementen in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en binnen een MDA++ aanpak	9
MDA++ in relatie tot landelijke ontwikkelingen en inzichten	10
Toekomstscenario jeugdbeschermingsketen	10
Gefaseerde ketensamenwerking	10
AVE-model	11
MDA++ in de rest van het land	12
Wensen met betrekking tot MDA++ in Noord- en Midden-Limburg	13
Advies pilot MDA++ Noord- en Midden-Limburg	14
Duur van de pilot	14
Omvang pilot	14
Werkwijze en structuur pilot MDA++ in Noord- en Midden-Limburg	15
Triage en instroom	15
Analyseteam	15
Consultatie en advies	16
Betrekken van het huishouden in MDA++	16
Actieoverleg	16
Casusteam	17
De MDA++ aanpak, werkwijze van het casusteam	17
Proces- en casusregie	18
Waarom werken met twee teams?	18

Rollen en taken binnen MDA++ Noord- en Midden-Limburg	20
Veilig Thuis (VT)	20
Zorg- en veiligheidshuis (procesregie)	20
Lokale teams	20
Moveoo	20
Zorgaanbieders	21
Inzet ervaringsdeskundigen	21
Randvoorwaarden	22
Samenwerkingsafspraken	22
Gegevensdeling, dossiervorming en privacy	22
Training en aansturing	22
Governance en mandaat	23
Monitoring	23
Risico's	28
Capaciteitsproblemen	24
Veelheid aan initiatieven en pilots	24
Instroom	24
Financiering en begroting	25
Vervolg (tijdspad)	26
Bijlagen	27
1: Overzicht gesproken partijen en ketenpartners	27
2: Overzicht betrokken ketenpartners en bestaande overleggen i.r.t. huiselijk geweld en kindermishandeling	28
3: Onderbouwing van de begroting	29
4: Voorbeelden van casussen, doelgroep MDA++	30
Samenvatting	32

Woord vooraf

Voor u ligt het adviesrapport van de kwartiermakersfase MDA++ Noord- en Midden-Limburg (NML). In dit rapport nemen wij u mee in het proces dat heeft geleid tot een pilotvoorstel voor MDA++ (Multi Disciplinaire Aanpak ++) in deze regio.

De gemeenten in NML zijn op grond van de WMO 2015 samen verantwoordelijk voor de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling (HGKM). Van april 2018 t/m december 2021 gebeurde dit onder de vlag van het programma Geweld hoort nergens thuis. Het programma is op een aantal onderdelen landelijk verlengd en vanaf 1 juni 2022 opgegaan in het programma voor het toekomstscenario kind- en gezinsbescherming. De lopende activiteiten zijn daarmee ingevlochten in het toekomstscenario. Het gaat daarbij om de volgende zogenoemde prioritaire thema's:

- Het werken volgens de visie Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid
- Het versterken van de lokale (wijk)teams
- MDA++
- De integrale sturing op de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling

Eind 2019 en begin 2020 hebben alle veertien gemeenten in NML de regiovisie vastgesteld, waarin staat opgenomen dat de aanpak van HGKM volgens de landelijke visie 'Gefaseerd samenwerken aan veiligheid' wordt uitgevoerd. Het inrichten van MDA++ is een van de ambities die is opgenomen in deze regiovisie. Daarnaast is het werken met de MDA++ aanpak voor de meest zware casussen inzake HGKM een van adviezen uit het rapport van de inspectie Toezicht Sociaal Domein (2019, gemeenten Beesel, Roermond en Venlo). Vanwege de vragen en visieverschillen binnen de regio over MDA++ is eind 2021 gekozen om niet direct te starten met een pilot, maar eerst een kwartiermakersfase te doorlopen. In deze kwartiermakersfase zijn specifiek voor NML de volgende zaken in kaart gebracht:

- Huidige werkwijze rondom HGKM: wat gaat er goed en wat moet beter?
- Ketenpartners rondom dit thema
- Overlegstructuren waar de doelgroep HGKM nu besproken wordt
- Aard en omvang van de doelgroep
- Draagvlak, kansen, wensen en knelpunten volgens ketenpartners

In de kwartiermakersfase hebben we gebruikgemaakt van de informatie die er vanuit verschillende partijen beschikbaar is, zijn er gesprekken gevoerd met de ketenpartners rondom het thema HGKM (zie bijlage 1) en is gebruikgemaakt van ervaringen en voorbeelden uit het land: zowel met betrekking tot HGKM als meer specifiek MDA++. Dit heeft geleid tot een breed gedragen voorstel over het vormgeven van een pilot MDA++ in NML, zoals in dit adviesrapport wordt uitgewerkt.

Loes Willekens
Hanneke Wijninga

Huiselijk geweld en kindermishandeling

De cijfers

Huiselijk geweld en kindermishandeling zijn complexe en vaak hardnekkige problematieken, die van generatie op generatie kunnen doorgaan en op meerdere leefgebieden ingrijpen. Het is van invloed op de gezinsleden zelf, hun omgeving, maar ook op de maatschappij.

Dit maakt dat de aanpak van HGKM landelijk en in de regio NML hoog op de agenda staat. En terecht: naar schatting overlijden landelijk jaarlijks 50 kinderen als gevolg van kindermishandeling en in 2019 en 2020 kwamen er landelijk ongeveer 28 volwassenen per jaar om het leven als gevolg van (ex-)partnergeweld. Minstens 6 procent van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder was structureel slachtoffer van huiselijk geweld, dat wil zeggen dat dit (bijna) dagelijks, wekelijks of maandelijks voorkwam: dit betreft 820.000 personen. Naar schatting zijn elk jaar bijna 119.000 kinderen het slachtoffer van mishandeling (bron: CBS). Bij Veilig Thuis NML (VT) worden gemiddeld 3500 meldingen per jaar gedaan en 3000 adviezen gegeven. Dit aantal is de afgelopen jaren redelijk stabiel te noemen. In 189 casussen zijn de signalen van en zorgen over HGKM dermate dat VT een onderzoek start en in 140 van deze casussen is een Voorwaarden & Vervolg traject gestart. Dit houdt in dat VT veiligheidsvoorwaarden opstelt met het huishouden en de betrokken ketenpartners en hier vervolgens op monitort.

In november 2020 heeft het Verwey-Jonker Instituut onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de aanpak van HGKM en wat er nodig is om geweld te doen stoppen. In dit onderzoek zijn 13 Veilig Thuis-organisaties en 576 huishoudens gedurende anderhalf jaar gevolgd.

De conclusie is dat het bereiken van duurzame veiligheid een kwestie van een lange adem is. Uit dit onderzoek bleek namelijk dat er in meer dan de helft van de huishoudens anderhalf jaar na melding bij VT nog steeds sprake is van huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Om dit geweld te stoppen is een multidisciplinaire, integrale en systeemgerichte aanpak nodig. De aanpak dient op maat te zijn en aan te sluiten bij de aard van de problematiek. Betere screening en analyse zijn nodig om maatwerk te kunnen bieden (bron: Verwey-Jonker).

De aanpak van HGKM in NML

Huishoudens waarbij er sprake is van HGKM hebben over het algemeen te maken met een keur aan professionals om zich heen. Deze richten zich niet alleen op de (on)veiligheid, maar zijn vaak ook betrokken vanwege andere problemen in het huishouden. Denk hierbij aan schulden, overlast, psychische problemen, verslaving of jeugdhulp.

Om meer zicht te krijgen op de huidige aanpak van HGKM in NML is er binnen de kwartiermakersfase een inventarisatie uitgevoerd van de betrokken ketenpartners rondom het thema HGKM. Tevens is er gekeken op welke overlegtafels deze huishoudens besproken worden (bijlage 2). Deze inventarisatie maakt duidelijk dat de aanpak van HGKM niet toebehoort aan één partij: er is een veelvoud aan partijen die in meer of mindere mate betrokken is bij huishoudens waar HGKM speelt. Dit geldt tevens voor de verschillende overleggen waarin deze huishoudens besproken worden: soms is het thema HGKM binnen het huishouden het hoofdthema van een overleg maar vaak is het HGKM een onderdeel van de problemen die besproken worden en ligt de focus niet op het thema veiligheid binnen het huishouden.

Medewerkers van VT, lokale teams en ketenpartners geven aan dat het stoppen van de acute onveiligheid in de meeste gevallen lukt. Het duurzaam en structureel doorbreken van patronen van geweld is echter iets wat regelmatig niet lukt. Professionals zien huishoudens meerdere jaren, in verschillende samenstellingen en generaties lang, terugkeren. Naast de bekende huishoudens zijn er ook huishoudens waar het geweld achter de voordeur, onzichtbaar en ongrijpbaar, plaatsvindt. Deze huishoudens hebben vaak geen hulpvraag en zijn in veel gevallen niet bekend bij het lokale team of de hulpverlening. Meldingen komen vaak pas binnen na politie-interventie of medische behandeling na (ernstig) letsel. Zie bijlage 4 voor een aantal voorbeelden hiervan.

VT vraagt vanwege de ernst en grote veiligheidsrisico's extra aandacht voor bijzondere vormen van geweld, zoals eengerelateerd geweld, ernstige stalking of extreme geloofsovertuigingen. Daarnaast wordt aandacht gevraagd voor het interculturele aspect binnen de doelgroep en wordt de behoefte uitgesproken om hier expertise op in te kunnen zetten.

Hiaten in de huidige aanpak

Uit landelijke gegevens maar ook uit de gesprekken met lokale ketenpartners blijkt dat de huidige aanpak van HGKM regelmatig tekortschiet. Huishoudens worden 'rondgepompt' tussen verschillende ketenpartners. Hulpverleners voelen zich vaak onmachtig en het belangrijkste: het lukt niet om duurzame en stabiele veiligheid in een huishouden te realiseren.

De volgende hiaten worden genoemd:

- Informatiedeling: over de huishoudens waar HGKM speelt is, vaak bij veel ketenpartners informatie bekend. Deze informatie wordt echter onvoldoende met elkaar gedeeld. Zaken als AVG en het ontbreken van toestemming worden hierbij genoemd, maar lijken niet altijd juist geïnterpreteerd/gehanteerd te worden.
- Het afstemmen van ieders aanpak, zowel qua timing als inhoudelijk: in veel huishoudens zijn bij de verschillende gezinsleden verschillende ketenpartners betrokken, die elk hun eigen plan van aanpak maken. Ook komt het voor dat huishoudens op verschillende overlegtafels besproken worden. Deze verschillende interventies zijn echter niet alleen van invloed op de individuele gezinsleden, maar ook op de andere gezinsleden en de dynamiek binnen het huishouden. Gebleken is dat er hierin onvoldoende afstemming is. Met als gevolg dat interventies elkaar, in plaats van ondersteunen, vertragen of zelfs tegenwerken.
- Onvoldoende focus op het thema veiligheid: een groot deel van de betrokken partijen in een huishouden is niet direct betrokken vanwege de onveiligheid binnen het huishouden. Dit betekent dat hun focus vaak ligt op andere problemen die spelen binnen het huishouden. Hierdoor is men niet of minder alert op signalen van onveiligheid en ligt de focus niet op het zicht hierop houden en het werken aan veiligheid.
- Inzet van onvoldoende passende hulpverlening: om de daadwerkelijke patronen van geweld te doorbreken en onderliggende factoren aan te pakken is gespecialiseerde hulpverlening noodzakelijk in combinatie met een lange adem. In de praktijk wordt gezien dat er geregeld niet passende vormen van hulpverlening worden in gezet. Daarnaast wordt ondersteuning relatief snel afgesloten, bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van een hulpvraag of beperkte motivatie.

Kansen en positieve ontwikkelingen in de huidige aanpak

Naast de hiaten in de aanpak van HGKM in NML zijn er ook positieve ontwikkelingen te benoemen:

- Het praten met een huishouden over veiligheid en het werken hieraan komt steeds meer op de voorgrond. Steeds meer lokale teams en ketenpartners werken volgens de visie Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid. De focus op het werken aan acute en duurzame veiligheid wordt meer en meer onderdeel van het werk van de lokale teams en van ketenpartners.
- Goede initiatieven in de afstemming tussen verschillende partijen. Twee voorbeelden hiervan zijn het actieoverleg en de routeertafel. Het actieoverleg is een afstemmingsoverleg tussen partners (o.a. VT, Politie, OM, Reclassering) met als doel om in gezamenlijkheid te werken aan directe veiligheid en het afstemmen van acties van de verschillende partijen. De recent opgestarte routeertafels dragen zorg voor het in gezamenlijkheid realiseren van een zorgvuldige overdracht van en samenwerking bij meldingen vanuit VT naar de betreffende overdrachtpartijen. Hier nemen o.a. VT, het Zorg- en veiligheidshuis en de lokale teams aan deel.
- Betrokkenheid en urgentiebesef. Bij alle ketenpartners bestaat een grote betrokkenheid bij het onderwerp HGKM. De wens om juist voor de meest complexe doelgroep een werkwijze te ontwikkelen waar door het beter lukt om HGKM te stoppen is aanwezig.

De ambitie is om met het vormgeven van MDA++ in NML de cirkel van geweld in de meest complexe casussen duurzaam te stoppen. Om deze ambitie en de kansen beter te duiden, zullen we in het volgende hoofdstuk verdiepen wat MDA++ is, voor wie dit bestemd is en hoe en wanneer MDA++ van meerwaarde kan zijn.

Wat is MDA++?

MDA++ staat voor een systeemgerichte, multidisciplinaire, intersectorale en specialistische aanpak van ernstig en langdurig huiselijk geweld en kindermishandeling. Het is een netwerk van specialisten, gericht op het duurzaam doorbreken van de spiraal van geweld en het realiseren van herstel met en voor de verschillende gezinsleden.

Systemisch werken betekent dat er altijd gekeken wordt naar hoe de verschillende gezinsleden, maar ook interventies zich tot elkaar verhouden en van invloed op elkaar zijn. Daarnaast wordt er bij de interventies dan ook rekening gehouden met deze invloeden.

MDA++ is een aanpak waarbij de eerste plus staat voor specialistisch: alle MDA++-professionals hebben kennis over het effect van ernstige vormen van geweld op individuen en relaties. De tweede plus staat voor de samenwerking tussen de verschillende domeinen (hulpverlening, medische zorg en veiligheid).

De ambitie van MDA++ is het (achtereenvolgens) realiseren van:

- directe veiligheid
- stabiele en structurele veiligheid in de relaties
- herstel (van trauma's) en ontwikkelkansen
- participatie (toekomst) en kwaliteit van leven voor kinderen en volwassenen

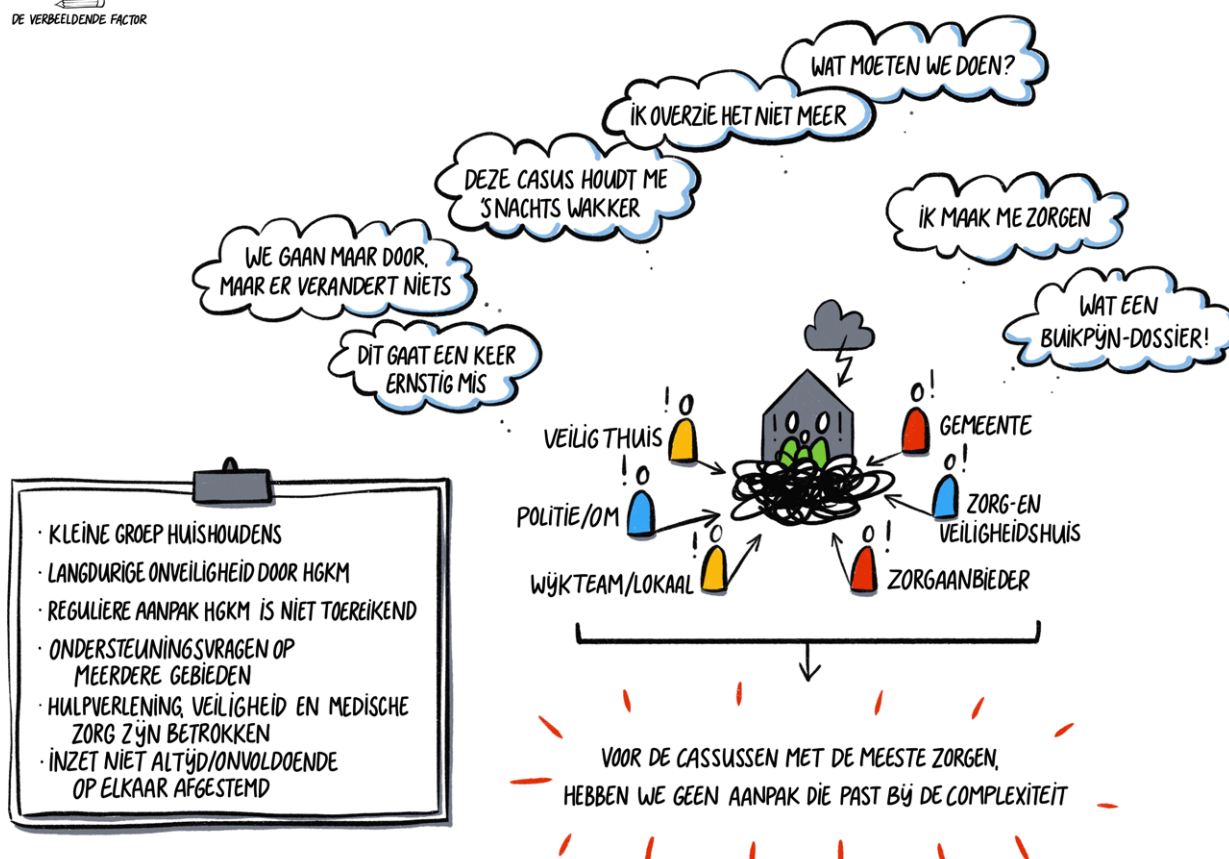
Voor de inhoudelijke invulling van MDA++ is geen blauwdruk: in de regio's waar MDA++ is uitgerold heeft men elk op eigen wijze hieraan invulling gegeven.

Doelgroep MDA++

MDA++ richt zich op de meest zware en complexe vormen van alle voorkomende vormen van geweld en onveiligheid in relaties. Dit kan huishoudens met en zonder kinderen betreffen. Kenmerken van de doelgroep zijn:

- Er is sprake van ernstig, terugkerend, structureel HGKM.
- De inzet van reguliere interventies heeft niet geleid tot het duurzaam stoppen van het geweld.
- Er is sprake van problematiek op meerdere leefgebieden.
- Er is sprake van betrokkenheid uit meerdere domeinen (medisch zorg, veiligheid en hulpverlening).

DE VERBEELDDE FACTOR



Doelgroep in NML

Bij VT NML worden gemiddeld 3500 meldingen per jaar gedaan en 3000 adviezen gegeven. Dit aantal is de afgelopen jaren redelijk stabiel te noemen. In 189 casussen zijn de signalen van HGKM dermate aanwezig dat VT een onderzoek start en in 140 casussen is een Voorwaarden & Vervolg traject gestart. Dit houdt in dat VT veiligheidsvoorwaarden opstelt met het huishouden en de betrokken ketenpartners en hier vervolgens op monitort. Op de meeste plekken wordt als indicatie voor de doelgroep MDA++ 0,5 tot 1,5% van alle VT-meldingen in een regio gehanteerd. Voor NML zou dat betekenen dat 35 tot 50 huishoudens binnen de doelgroep MDA++ vallen.

Werkzame elementen in de aanpak van HGKM en binnen een MDA++ aanpak

Vanuit onderzoek naar wat er werkt binnen de aanpak van HGKM geeft het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut een aantal heldere uitgangspunten:

- Veiligheid in het huishouden is de verantwoordelijkheid van iedereen. De aandacht en de focus op veiligheid in het huishouden is een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle aanpak.
- De complexe problematiek van deze huishoudens vraagt om een integrale systemische aanpak.
- Zorgvuldige screening van de problematiek en eventuele aanwezigheid van trauma zodat de juiste hulp geboden wordt, is essentieel.
- Kind centraal: zorg ervoor dat hulpverlening ook gericht is op kinderen en niet alleen op de ouders.
- Begeleiding is een kwestie van een lange adem.

Door reeds elders in het land lopende pilots MDA++ te evalueren en onderzoek te doen naar succesfactoren, is er inmiddels meer zicht op de werkzame elementen in de MDA++ aanpak. Deze laten zich als volgt samenvatten:

- Een vast team met experts op het gebied van HGKM.
- Een team waar de domeinen hulpverlening, medische zorg en veiligheid informatie delen en samen aan de slag gaan.
- Een team dat casussen snel oppakt, met een duidelijke rolverdeling. Casus- en procesregie zijn nadrukkelijk belegd.
- Een team dat elkaar kent en samenwerkt. Een team met vertrouwen in elkaar en dat zich bewust is van de opdracht.
- Een team dat niet overneemt, maar versterkt. Een team dat aansluit bij de lokale situatie.
- Een team dat vindbaar en benaderbaar is.
- Consultatie door ketenpartners is onderdeel van de werkzaamheden.
- Een team waarin structureel aandacht is voor het leren en ontwikkelen van systemisch en domeinoverstijgend werken.
- Zorgaanbieders zijn onderdeel van het MDA++-team en hebben ervaring en affiniteit met de doelgroep HGKM. Zorg kan snel, op maat en met de juiste expertise worden ingezet.

MDA++ in relatie tot landelijke ontwikkelingen en inzichten

Er bestaan, zowel landelijk als regionaal en lokaal, verschillende initiatieven en onderzoeken met als doel het verbeteren van de aanpak inzake HGKM. Om ervoor te zorgen dat de stappen die we zetten met MDA++ in NML aansluiten op deze ontwikkelingen, zijn de meest relevante ontwikkelingen geduid en is de relatie gelegd met MDA++.

Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming

De huidige jeugdbeschermingsketen laat structurele problemen zien. Als de ontwikkeling of veiligheid van een kind in het gedrang komt, krijgt het gezin te maken met het lokale team, evt. VT, de Raad voor de Kinderbescherming, de kinderrechter en de Gecertificeerde instelling (GI). Daardoor moeten kinderen en gezinnen steeds opnieuw hun verhaal vertellen. Ook moeten ze vaak lang wachten op hulp, waardoor problemen groter worden. Verder kijkt de jeugdbeschermingsketen te vaak alleen naar het kind en te weinig naar het gehele systeem.

In 2021 hebben de ministeries van J&V en VWS en de VNG besloten om een landelijk programma in te richten voor het toekomstscenario kind- en gezinsbescherming. De ambitie van het toekomstscenario is om gezinsgericht, rechtsbeschermend, lerend en eenvoudig te werken. Het plan is om te gaan werken met een regionaal veiligheidsteam. Dit team gaat naast het lokale team en het gezin staan, zodat kwetsbare kinderen en gezinnen snel passende hulp en bescherming krijgen. Dit team werkt samen aan één plan en bestaat uit specialisten rondom het thema veiligheid.

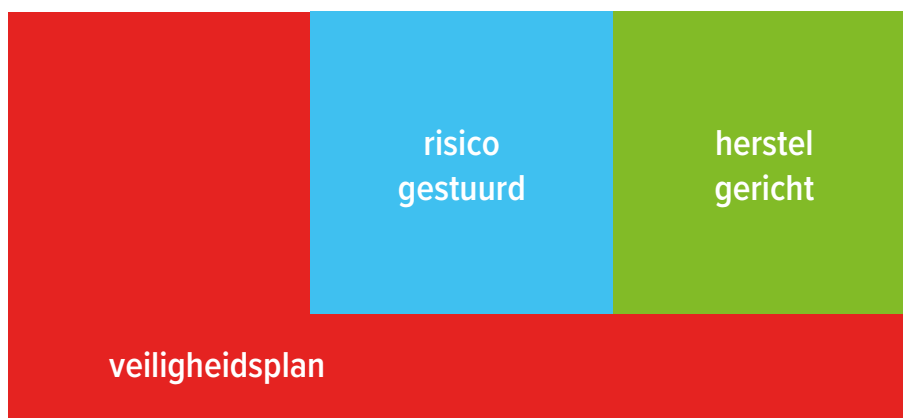
MDA++ en het toekomstscenario hebben een vergelijkbaar doel, werkwijze en een overlap in ketenpartners. Door in de pilot MDA++ te werken met een regionaal team van specialisten, sorteren we voor op het regionaal veiligheidsteam van het toekomstscenario. We doen ervaringen op die gebruikt kunnen worden bij ontwikkelingen en opdrachten in de toekomst.

Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid

De visie Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid is breed omarmd door partijen die te maken hebben met HGKM. De reden hiervoor is dezelfde als de reden om MDA++ te implementeren: in te veel huishoudens blijft de onveiligheid voortduren en krijgen inwoners niet de hulp die nodig is.

Kern van de visie is dat samenwerking voorop staat en dat die in de eerste plaats gericht moet zijn op het werken aan directe veiligheid en pas daarna gericht kan worden op het aanpakken van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de onveiligheid. Dit laatste wordt risicogestuurde zorg genoemd en moet leiden tot stabiele veiligheid. Dit legt de basis voor het werken aan herstel.

gefaseerde ketensamenwerking®



Er is in de afgelopen periode, ook in NML, flink geïnvesteerd in het scholen van medewerkers om te kunnen werken volgens de visie Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid. Het kost de regio zeker nog enkele jaren voordat alle ketenpartners getraind zijn in de methodiek én daarmee uitvoering kunnen geven aan het werken volgens deze methodiek. De ontwikkelingen hierin zullen worden aangestuurd door de projectleider GHNT. Een goed geïmplementeerde (en geborgde) gefaseerde ketensamenwerking in de hele keten is een belangrijke stap in de goede richting voor het werken aan duurzame veiligheid in huishoudens waar HGKM speelt.

AVE-model

AVE (aanpak voorkoming escalatie) is een model dat gebruikt wordt bij huishoudens met oplopende, complexe (veiligheids)problematiek. Deze structuur maakt helder wie wat doet, hoe casus- en procesregie belegd zijn en zorgt voor een verbinding tussen de veiligheids- en zorgketen. AVE kent een opschalingsstructuur en bestaat uit vier fasen. In elke fase neemt het regievermogen van de inwoner af. Binnen fase 3 en 4 is (tijdelijke) overname van de regie noodzakelijk, in het belang van de inwoner en de veiligheid. De doelgroep MDA++ is terug te vinden in AVE-fase 3 of 4.

MDA++ en AVE kennen overlap, maar er zijn ook verschillen:

- De doelgroep AVE is breder dan de doelgroep MDA++: in AVE kan het ook gaan om een gevaarlijke of escalerende situatie buiten het huishouden of andere vormen van gevaar/risico dan de onveiligheid vanuit HGKM.
- Binnen MDA++ ligt de focus op de expertise HGKM, binnen AVE is deze breder.
- MDA++ voorziet in een zorgtraject met aandacht voor veiligheid, onderliggende problematiek en herstel. AVE is meer primair op veiligheid gericht, waar zorg een onderdeel van kan zijn.

Het kan voorkomen dat een huishouden bekend is binnen AVE en MDA++. Het ZVH is in dat geval de verbindende factor: zij hebben in beide werkwijzen procesregie. Er zal in deze situatie op maat een beoordeling worden gemaakt over de vraag hoe de aanpakken elkaar kunnen versterken en hoe de verhoudingen liggen.

MDA++ in de rest van het land

MDA++ is in het land op meerdere plekken en in meerdere vormen al uitgerold. De verschillende vormen van MDA++ in het land zijn samen te vatten in de volgende drie modellen:

OVERLEGMODEL	
Kenmerken	Een structureel overleg met vaste deelnemers. Ketenpartners kunnen een complexe casus op het gebied van HGKM inbrengen. Het MDA++ team heeft vervolgens een adviserende rol: er wordt geen actieve inzet geleverd.
Voordelen	Snel op te zetten/realiseren, relatief lage inzet qua capaciteit en kosten. Kan ketenoverstijgend: deelnemers werven uit alle domeinen. Makkelijk te integreren door uitbouwen van bestaande overlegvormen.
Nadelen	Vastpakken en vasthouden en een lange adem zijn niet aan de orde. Enkel adviserend, geen actieve inzet. Inbrenger krijgt beperkte ondersteuning. Deze vorm is niet voldoende voor een duurzame oplossing: het betreft een kleine extra stap, geen doorbraak.

SPECIALISTENMODEL	
Kenmerken	MDA++ wordt uitbesteed aan (ingekocht bij) geselecteerde, gespecialiseerde zorgaanbieders. Zij leveren het aanbod en de specifieke expertise HGKM. Zorgaanbieders zijn in dit model de kartrekker.
Voordelen	Zorgaanbod is op elkaar afgestemd en is passend. Expertise HGKM bij aanbieders is geborgd. Vraagt weinig aanpassing van andere structuren.
Nadelen	Focus op zorgkant, risico op minder aandacht voor andere domeinen, landelijke en lokale ontwikkelingen. Alsnog noodzakelijk om lokale teams en ZVH aan te haken voor casus- en procesregie. Maakt beperkt gebruik van bestaande opdrachten. Inkooptraject is nodig.

TEAMMODEL	
Kenmerken	Vast team MDA++ bestaande uit professionals vanuit de domeinen medische zorg, veiligheid en hulpverlening. Een team dat analyseert, adviseert én actief aan de slag gaat met een huishouden. MDA++ blijft betrokken tot duurzame veiligheid bereikt is.
Voordelen	Op elkaar ingespeeld team, met expertise, ervaring en affiniteit met HGKM. Alle domeinen verbonden. Casus- en procesregie zijn stevig belegd. Team blijft gedurende het hele traject betrokken. Optimale ondersteuning van huishouden en hulpverleners. Goede brug naar toekomstscenario en gefaseerde ketensamenwerking.
Nadelen	Vraagt veel op het gebied van opzetten en inrichten, mandaat, capaciteit, samenwerking en budget. Vraagt draagvlak en inzet van alle partijen.

Wensen met betrekking tot MDA++ in Noord- en Midden-Limburg

Dat ook in NML een doelgroep bestaat waar het stoppen en vooral structureel doorbreken van HGKM onvoldoende lukt, staat niet ter discussie. Dit zit enerzijds in de complexiteit van deze doelgroep en anderzijds in de huidige aanpak die nog onvoldoende toereikend is. We zien dat er geen plek is waar alle domeinen en betrokken partijen samenkomen én daadwerkelijk vanuit één plan samenwerken. Het delen van informatie met alle betrokken partijen, het systemisch werken en het gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor en focus houden op veiligheid is vaak onvoldoende geborgd. Wat MDA++ daarnaast uniek maakt, is dat het meer is dan alleen een overleg of advies. MDA++ is een langlopende samenwerkingsvorm, waar betrokken ketenpartners intensief en onder vooraf vastgestelde casus- en procesregie met een huishouden aan de slag gaan.

Uit de gesprekken met ketenpartners is gebleken dat de wensen en behoeften bij alle partijen in NML op hoofdlijnen gelijk zijn:

- Er is geen behoefte aan een overleg waarin alleen wordt meegedacht en advies wordt gegeven.
- Maak gebruik van goedlopende initiatieven en overleggen: zet niet zonder meer iets nieuws op, maar maak gebruik van dat wat al bestaat en goed loopt.
- Werk zoveel mogelijk vanuit bestaande opdrachten en rollen. Zet de lokale teams in hun kracht, neem het niet over.
- Sluit aan bij de ontwikkelingen in de regio en in het land.
- Passend en snel inzetbaar zorgaanbod gericht op HGKM wordt gemist. Zorg voor een goede samenwerking met zorgaanbieders en maak hen onderdeel van MDA++.
- Draag zorg voor de randvoorwaarden en samenwerkingsafspraken, zodat we de ambities in de praktijk waar kunnen maken.

Door in NML MDA++ vorm te geven brengen we de adviezen uit het onderzoek van Verwey -Jonker in de praktijk. Tevens sluit invulling geven aan MDA++ aan bij het advies zoals gegeven in het onderzoek door Toezicht Sociaal Domein voor NML met betrekking tot het functioneren van het lokale netwerk na onderzoek en overdracht van een casus door VT. Als laatste biedt MDA++ de mogelijkheid om al vooruit te lopen op de komst van een regionaal veiligheidsteam in het kader van het toekomstscenario. Maar bovenal hebben we een werkwijze in handen die er in gezamenlijkheid voor zorgt dat ook in de meest complexe situaties de spiraal van geweld structureel doorbroken wordt en er duurzame veiligheid ontstaat.

Advies pilot MDA++ NML

De wensen en voorkeuren in NML, de ervaringen in het land in combinatie met de wens om voor te sorteren op het toekomstscenario, pleiten voor invulling van de MDA++ door een combinatiemodel. Het teammodel sluit het meest aan bij de behoeften en wordt aangevuld met elementen uit het overleg- en specialistenmodel.

COMBINATIEMODEL VOOR NML	
Kenmerken	• Vast team met expertise, vertrouwen in elkaar. Alle domeinen vertegenwoordigd en verbonden (teammodel), met specialisme op het gebied van HGKM. • Casussen vastpakken, vasthouden, lange adem (teammodel). • Expertise laagdrempelig bereikbaar, consultatierol (overlegmodel). • Voorliggend veld en lokale teams in hun kracht houden en een rol geven (overleg- en teammodel). • Passend en snel inzetbaar zorgaanbod realiseren. Expertise van zorgaanbieders is een belangrijke meerwaarde (deels specialistenmodel). • Aanhaken bij toekomstscenario (teammodel).

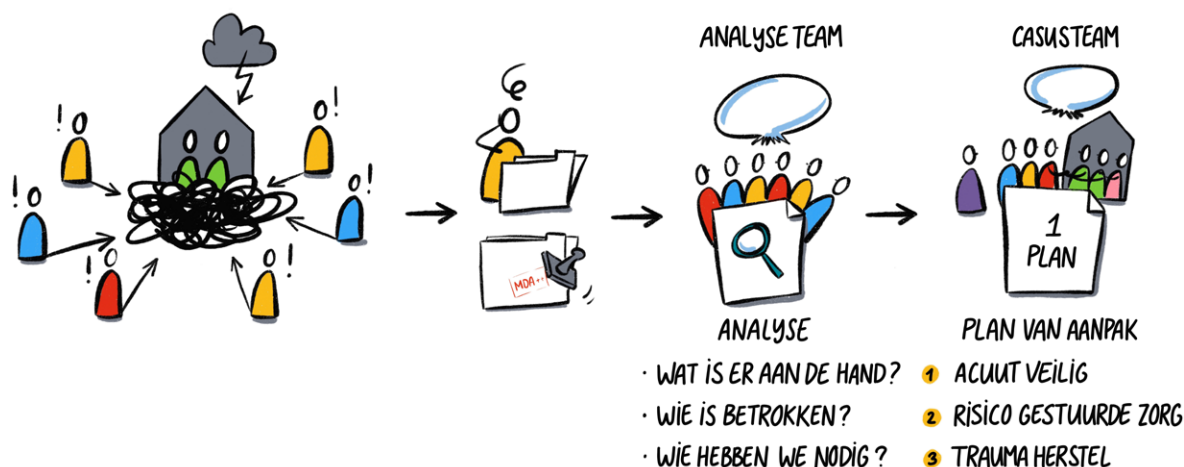
Duur van de pilot

De eerste maanden van de pilot zullen gebruikt worden voor het uitwerken van processen en randvoorwaarden, het bouwen en trainen van een team en het vormgeven van samenwerking. Daarna zal gedoseerde instroom plaatsvinden. De looptijd van een MDA++ casus is minimaal een jaar (en vaak langer). Om te kunnen leren en bijstellen en om effecten te kunnen meten is het uitgangspunt om de pilot MDA++ voor de duur van 3 jaar in te richten.

Omvang pilot

Na de opstartfase is het belangrijk om met een gedoseerde eerste instroom binnen de pilot ervaringen met elkaar op te doen, op elkaar ingespeeld te raken en te leren van de ervaringen. Uitgangspunt is dan ook om het eerste jaar 10-15 casussen gedoseerd in te laten stromen in de pilot. In jaar 2 en 3 is het doel om toe te werken naar een instroom van 35-50 casussen per jaar.

Werkwijze en structuur pilot MDA++ in Noord- en Midden-Limburg



Triage en instroom

Het is niet mogelijk om de doelgroep MDA++ volledig af te bakenen. Iedere casus is uniek en er is maatwerk nodig om te beoordelen of een casus passend is voor MDA++. Er zijn wel een aantal kenmerken van de doelgroep die helpen bij de triage, namelijk:

- Er is sprake van ernstig, terugkerend, structureel HGKM.
- De inzet van reguliere interventies heeft niet geleid tot het duurzaam stoppen van het geweld.
- Er is sprake van problematiek op meerdere leefgebieden.
- Er is sprake van betrokkenheid uit meerdere domeinen (hulpverlening, veiligheid en medische zorg).

De expertise en wettelijke taak van VT en haar plek in de keten maken VT tot de meest passende partij om de triage uit te voeren. VT kan de inschatting maken of een huishouden past binnen de beoogde doelgroep en of een casus direct dient in te stromen in MDA++ of dat vanuit de mogelijkheid consultatie en advies de inbrenger ondersteund kan worden. De verwachting is dat het overgrote deel van deze casussen bekend is bij VT en dat dus de meeste aanmeldingen voor MDA++ vanuit VT komen. Het advies is om ook ketenpartners en lokale teams de mogelijkheid te bieden een casus aan te melden voor MDA++, waardoor er optimaal vanuit een behoefte ondersteuning geleverd kan worden.



Analyseteam

Alle casussen MDA++ worden na triage als eerste in het analyseteam besproken. Een van de werkzame elementen van MDA++ is dat specialisten in hun eigen vakgebied en op het gebied van HGKM samen een analyse maken. In deze analyse staan de volgende vragen centraal:

- Wat is er aan de hand?
- Wat is er nodig om acute veiligheid te realiseren?
- Wat maakt dat het geweld niet stopt (onderliggende oorzaken)?
- Wie hebben we nodig in deze casus?
- Wie vervult de rol van casusregisseur in deze casus?

Het is belangrijk dat in het analyseteam een brede expertise vertegenwoordigd is. Dit om blinde vlekken te voorkomen en signalen van onderliggende problematiek niet te missen. Het uitgangspunt is om te werken met een kernteam en een tweede schil, die op verzoek aansluit in het analyseteam. Dit om te voorkomen dat er partners aan tafel zitten die in een casus geen rol hebben. Als voorbeeld: de expertise jeugdhulp hoeft niet aan tafel te zitten bij casussen waarin geen kinderen betrokken zijn. Bij enige twijfel is het advies om expertise breed uit te nodigen.

In het analyseteam zijn de volgende expertises vast vertegenwoordigd:

- Procesregisseur, voorzitter (Zorg- en veiligheidshuis, ZVH)
- Betrokken gemeente / lokale team en bij het huishouden betrokken hulpverleners
- HGKM expert, bijvoorbeeld gedragswetenschapper VT
- Medische expertise, bijvoorbeeld vertrouwensarts VT of arts CSG
- Expertise Veiligheid / Justitie, politie en OM
- Expertise GGZ en expertise systemisch werken
- Ervaringsdeskundigheid

Aanwezigheid op maat of indien aan de orde:

- Expertise LVB, verslaving, forensische zorg, jeugdhulp, interculturele expertise
- G.I., Reclassering, Raad voor de Kinderbescherming
- Betrokken ketenpartners, zoals bijvoorbeeld GGD, CSG, Vrouwenopvang

Consultatie en advies

De kennis en kunde binnen het analyseteam kan van grote meerwaarde en ondersteunend zijn voor ketenpartners die werken met huishoudens waar HGKM speelt. Het analyseteam is voor ketenpartners laagdrempelig beschikbaar voor consultatie en advies. Indien nodig kan na consultatie en advies de instroom in MDA++ in gang worden gezet. Daarnaast kan het analyseteam betrokken worden door het casusteam wanneer er aanvullende expertise of tussentijdse analyse nodig is.

Betrekken van het huishouden in MDA++

Vanzelfsprekend wordt een huishouden zo snel als mogelijk betrokken in de aanpak MDA++. Bij de bespreking van het analyseteam kan de afweging gemaakt worden om het huishouden niet of gedeeltelijk aan te laten sluiten. Wanneer het huishouden niet is aangesloten bij het analyseteam, wordt concreet afgesproken wie na de analyse (in de meeste gevallen de casusregisseur) het huishouden informeert en betreft bij het verdere proces.

Actieoverleg

Het actieoverleg is een wekelijks, provinciebreed overleg waar VT, Openbaar Ministerie (OM), politie, medische expertise (vertrouwensarts VT) en Reclassering met elkaar afstemmen over de aanpak van casussen waar een veiligheidsrisico aan de orde is. Vanuit het actieoverleg wordt de koers bepaald cq. afgestemd: er wordt geen hulpverlening vanuit het overleg ingezet en de inwoners zitten niet aan tafel. De ervaringen met het actieoverleg zijn positief.

In het actieoverleg kennen zowel de doelgroep als de vaste deelnemers en hun specifieke expertise sterke overeenstemming met de ambitie van MDA++. Om gebruik te maken van een goedlopende samenwerking, waar organisaties informatie met elkaar delen en deelnemers elkaar kennen en vertrouwen, is het wenselijk om het actieoverleg te verbinden aan het analyseteam. Te denken valt aan het inzetten van dezelfde deelnemers voor het analyseteam (aangevuld met o.a. ZVH, lokale team en expertise zorgaanbieders), het gebruikmaken van het vaste moment in de week en van samenwerkingsafspraken en convenanten.



Casusteam

Het casusteam maakt, op basis van de input van het analyseteam, het gezamenlijke plan van aanpak en is het team dat langdurig met het huishouden aan de slag gaat. In dit team zitten in ieder geval:

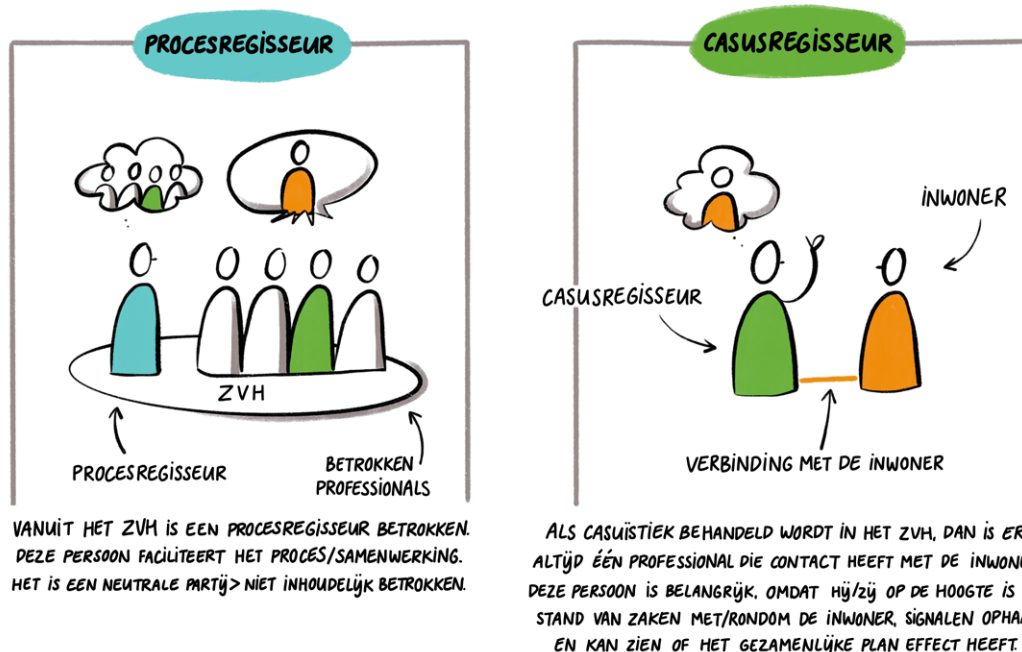
- Het huishouden
- De procesregisseur (ZVH) en de casusregisseur
- Het lokale team / de betrokken gemeente en de betrokken hulpverleners
- Expertise HGKM en systemisch werken, aangevuld met de professionals zoals in het analyseteam bepaald

De MDA++ aanpak, werkwijze van het casusteam

Het daadwerkelijk met het huishouden en alle betrokkenen een plan van aanpak maken en dit in gezamenlijkheid uitvoeren is de hoofdtak van het casusteam. Onder de dagelijkse regie van de casusregisseur blijven de partijen in verbinding met elkaar en houdt de procesregisseur hier overstijgend zicht op. Gedurende het traject kan de samenstelling van het casusteam wijzigen: niet

op elk moment is dezelfde expertise nodig. Uitgangspunt is wel dat met name de casusregisseur een vaste spil blijft, zowel voor het huishouden als voor alle andere betrokkenen. Het casusteam sluit pas af op het moment dat het duurzaam veilig is, er gewerkt is aan de onderliggende risico's en er sprake is van herstel.

ZVH → VERSCHIL REGISSEURS



De **procesregisseur** heeft de regie op de totstandkoming van het plan van aanpak en de samenwerking. Hierbij zorgt de procesregisseur ervoor dat er een gedeelde analyse wordt opgesteld, dat samen doelen worden bepaald en dat een gezamenlijk plan van aanpak wordt opgesteld. De uitvoering van dit plan volgt (monitort) de procesregisseur op afstand en bij afronding zorgt hij/zij dat er een evaluatie plaatsvindt. De procesregisseur is daarmee een facilitator voor de betrokken partijen.

De **casusregisseur** heeft de regie op de uitvoering van het plan van aanpak. Hij/zij organiseert de operationele samenwerking. Dit doet de casusregisseur door met alle betrokken professionals die daadwerkelijk contact met het huishouden hebben samen het opgestelde plan uit te voeren. De casemanager binnen MDA++ conformeert zich aan de werkwijze en invulling van het casemanagement zoals omschreven in de MDA++-werkwijze en samenwerkingsafspraken.

Waarom werken met twee teams?

Zoals omschreven is het voorstel om te werken met twee teams: het analyseteam en het casusteam. Deze keuze is gemaakt om de volgende redenen:

- Een belangrijk werkzaam element binnen de aanpak van HGKM/MDA++ is het uitvoeren van een brede verkenning aan de voorkant (analyse). Dit wordt gedaan door experts in hun vakgebied én op het gebied van HGKM. Door met een brede, vaste groep deze analyse te maken, is het herkennen van en bevragen op onderliggende problematiek in de breedste zin geborgd. Iemand met kennis van LVB zal andere vragen stellen, andere zaken signaleren en in andere oplossingen denken dan een expert op het gebied van verslaving.
- Het analyseteam is de vaste kern van MDA++ en het onderliggende gedachtegoed. Het team bestaat voor het grootste deel uit vaste deelnemers, die elkaar kennen en op elkaar ingespeeld zijn. Het gedachtegoed van MDA++, het werken vanuit één plan en het systemisch werken zijn binnen het analyseteam steeds onder de aandacht. Ook het delen van informatie is in een vast team beter in te richten en in de praktijk beter werkzaam doordat partijen elkaar kennen en vertrouwen.
- Door het inrichten van het analyseteam is de mogelijkheid voor consultatie en advies geborgd.
- Het casusteam is het team dat daadwerkelijk met het huishouden aan de slag gaat. In het casusteam

heeft iedereen een actieve rol richting het huishouden. Het is niet wenselijk dat het casusteam te groot wordt en uit veel 'meedenkers' bestaat. Een overzichtelijk én zichtbaar team is voor het huishouden en de onderlinge samenwerking het meest efficiënt. Hiermee voorkomen we ook dat er capaciteit van deelnemers gevraagd wordt in een casus waarin betrokkenheid niet noodzakelijk is.

Uitstroom

De inzet van MDA++ is een kwestie van een lange adem, maar niet eindeloos. Uitgangspunt is dat huishoudens minimaal een tot anderhalf jaar ondersteund worden. Het is van belang om met elkaar heldere afspraken te maken over wanneer huishoudens weer uitstromen. Hierbij valt te denken aan een effectieve aanpak van de onderliggende risico's, geen signalen meer van onveiligheid (meldingen). Wanneer MDA++ afrondt, wil dit niet zeggen dat er geen ketenpartners meer betrokken zijn. De casemanager is dan de aangewezen persoon om samenwerking te blijven borgen.

Rollen en taken binnen MDA++ NML

Veilig Thuis (VT)

Veilig Thuis is de plek waar alle meldingen rondom HGKM samenkomen. VT beoordeelt deze meldingen en neemt hierin een besluit. Veilig Thuis is hierdoor altijd betrokken bij de casuïstiek van MDA++.

VT heeft het mandaat om informatie op te vragen en deze te verrijken. Dit kunnen zij doen door informatie op te halen bij partners. Mocht er nog aanvullende informatie nodig zijn met betrekking tot het HGKM, dan heeft VT de bevoegdheid om een onderzoek te starten en informatie op de vragen bij alle partijen die kunnen bijdragen aan de beantwoording van de onderzoeksvragen. Naast de uitvoering van de wettelijke taken hebben de medewerkers van VT veel expertise op het gebied van HGKM. Hierdoor kunnen de medewerkers van VT, bijvoorbeeld de gedragswetenschapper of vertrouwensarts, vanuit de overstijgende deskundigheid worden ingezet in het analyseteam.

Zorg- en veiligheidshuis (procesregie)

Wanneer multidisciplinair samengewerkt wordt bij complexe problematiek is procesregie, in veel gevallen, noodzakelijk. De twee zorg- en veiligheidshuizen (ZVH) in de regio hebben de expertise en opdracht om procesregie te voeren bij de aanpak van complexe problematiek. In de huidige situatie is dit gericht op casussen waar bijvoorbeeld radicalisering aan de orde is of bij Top X-casuïstiek. In casussen waar de focus op HGKM ligt, wordt het ZVH relatief weinig betrokken voor het voeren van procesregie. In MDA++ is het ZVH bij uitstek de partner om procesregie vorm te geven. Op de eerste plaats omdat het ZVH de verbinding tussen de domeinen kan realiseren en een bekende partner met bevoegdheden is. Op de tweede plaats vanwege de kennis en ervaring van het ZVH op het gebied van procesregie in complexe casussen.

Lokale teams

De lokale teams spelen een belangrijke rol in MDA++. Niet alleen vanwege hun rol in het op- en afschalen, maar ook vanwege hun betrokkenheid in de leefwereld van een huishouden waar HGKM speelt. Scholen, wijken, wijkagenten, verenigingen, het netwerk van het huishouden: de lokale teams zijn de schakel die nodig is om deze partijen te activeren en verbinden.

In welke mate een lokaal team in een MDA++ casus een rol kan spelen is verschillend per casus. Op de eerste plaats is het van invloed of een casus bekend is bij het lokale team. Als het lokale team al betrokken is en een ingang heeft bij het huishouden, is een grotere rol binnen MDA++ aannemelijk. De inschatting is dat een deel van de casussen niet bekend is bij de lokale teams. Het huiselijk geweld speelt zich in deze casussen vaak achter de voordeur af en er bestaat bij de inwoners veelal geen actieve hulpvraag. Vaak komen deze casussen pas in beeld in het geval van lichamelijk letsel of bij een interventie van de politie. Ook ervaring en expertise spelen een rol in de vraag welke rol het lokale veld binnen een MDA++ casus krijgt. De MDA++ casussen komen in verschillende gemeenten weinig voor, waardoor er niet veel ervaring opgedaan kan worden. Deze casussen vragen een aanpak, deskundigheid en affiniteit die niet in ieder lokaal team aanwezig kan en zal zijn.

Het uitgangspunt is dat het betreffende lokale team altijd wordt betrokken bij de MDA++ -aanpak. Het voorstel is om in iedere gemeente een vaste contactpersoon voor MDA++ aan te wijzen, die in het analyseteam per casus verkent welke rol het lokale team kan vervullen.

Moveoo

Moveoo heeft voor NML de opdracht gegund gekregen om, naast hun opvang voor slachtoffers van HG, in veertig HG-casussen per jaar casusregie en ambulante ondersteuning te bieden. Deze doelgroep kent grote overlap met de doelgroep MDA++. De overlap in doelgroep en de bestaande opdracht en financiering bieden laagdrempelig de mogelijkheid om de expertise en capaciteit van Moveoo in MDA++ in te zetten. Dit kan door gebruik te maken van het ambulante aanbod, dat specifiek gericht is op de doelgroep HGKM. Maar ook door Moveoo als casusregisseur te benoemen op het moment dat dit voor het lokale veld (nog)

niet passend is. Gedurende het traject kunnen rollen en betrokkenheid veranderen en kan het lokale team indien mogelijk alsnog de casusregie overnemen.

Het uitgangspunt is dat de inzet van Moveoo voor MDA++ binnen de bestaande opdracht en financiering past. Er zit grote en mogelijk zelfs volledige overlap in de doelgroep. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat Moveoo in een deel van de casussen een rol krijgt als casusregisseur; alleen wanneer het lokale team (nog) onvoldoende in staat is om casusregie te voeren. Het is van belang om gedurende de pilot de doelgroep en opdracht te monitoren en te bezien hoe zich dit verhoudt tot de opdracht die Moveoo hierin al heeft.

Zorgaanbieders

Passend zorgaanbod is een cruciale factor in het duurzaam aanpakken van HGKM en de onderliggende oorzaken en patronen. In een pilot MDA++ dient dan ook verbinding gelegd te worden met zorgaanbieders (voor 18- en 18+), met zorgaanbod op het gebied van LVB, GGZ, verslavingszorg, Forensische zorg, Jeugdhulp en Vrouwenopvang. Gezien de ernst van de problematiek van deze doelgroep is het van belang om samen te werken met (afdelingen van) aanbieders die, naast hun eigen inhoudelijke expertise, tevens expertise én affiniteit hebben op het gebied van HGKM en systemisch werken. Zorgaanbieders kunnen binnen MDA++ op twee manieren ingezet worden:

1. Aanbieders nemen deel aan het analyseteam. Bij het duiden van onderliggende problematiek is de expertise van aanbieders op bijvoorbeeld het gebied van LVB, GGZ of verslaving onmisbaar. Het leveren van deskundigheid en de bijdrage aan de analyse wordt afzonderlijk bekostigd.
Hiervoor is het nodig dat er afspraken met een aantal geselecteerde aanbieders worden gemaakt, die samen voorzien in de benodigde expertise. Deze aanbieders committeren zich aan de doelen en werkwijze van MDA++. Het advies is om te werken met vaste deelnemers: dit zorgt voor ervaring met de MDA++ werkwijze, vertrouwen in elkaar en korte lijnen. Daarnaast kunnen deze vaste deelnemers intern als aandachtsfunctionaris fungeren voor collega's die onderdeel worden van het casusteam. Het gebruikmaken van expertise van aanbieders in het analyseteam dient afzonderlijk bekostigd te worden (zie begroting).
2. De zorgaanbieder als deelnemer in het casusteam biedt actief ondersteuning in het huishouden. De zorgaanbieder heeft zich gecommitteerd aan de gezamenlijke doelen, werkt systemisch en vanuit het ene plan. Het is belangrijk dat zorg afgestemd kan worden ingezet. De inzet van een zorgaanbieder in het casusteam valt onder de reguliere financiering voor zorginzet en is afkomstig van zowel gemeenten (Jeugdhulp en WMO) als zorgverzekeraars (GGZ 18+).

Binnen de inkoop Jeugd werken de gemeenten in NML samen aan de ontwikkeling van 'segment 1, hoog specialistische zorg'. In de gesprekken die met aanbieders in dit segment en de betrokken ambtenaren zijn gevoerd, blijken aanknopingspunten om op termijn de inzet voor MDA++ casussen een plek te geven binnen segment 1. Op dit moment is de uitwerking hiervan nog onvoldoende concreet om hier al afspraken over te maken. Een eerste verkenning van MDA++ met zorgaanbieders laat zien dat zij positief staan ten opzichte van een pilot MDA++ en zij de behoefte aan domeinoverstijgend handelen en het werken vanuit één plan delen.

Inzet ervaringsdeskundigen

Gedurende de kwartiermakersfase is een aantal malen gesproken met professionele ervaringsdeskundigen. Zij hebben een eigen expertise en effectieve bijdrage in het doorbreken van de cirkel van geweld. Niet alleen in het meedenken in het plan van aanpak, maar zeker ook in de uitvoering hiervan. Met hun kennis en ervaring kunnen ze op verschillende vlakken een belangrijke brugfunctie vervullen. Ons **dringende advies** is om ervaring op te doen met de inzet van professionele ervaringsdeskundigen en hen onderdeel te maken van zowel het analyse- als casusteam.

Randvoorwaarden

Voor er daadwerkelijk gestart kan worden met een pilot MDA++ moeten praktische zaken en randvoorwaarden uitgewerkt worden. Vanuit de kwartiermakersfase worden de volgende uitgangspunten gedefinieerd en adviezen gegeven.

Samenwerkingsafspraken

Samenwerkingsafspraken zijn de basis van een goedwerkende MDA++. Rollen, taken en verantwoordelijkheden en het werkproces dienen afgestemd te worden met de betrokken partners. Dit zodat verwachtingen en (on)mogelijkheden helder zijn en er een gezamenlijke doelstelling ligt. Zowel het ZVH als VT hebben al samenwerkingsafspraken met ketenpartners. Het uitgangspunt is om hierbij aan te sluiten en hiervan gebruik te maken eventueel aangevuld met MDA++ specifieke informatie.

Naast samenwerkingsafspraken op papier is het noodzakelijk dat alle betrokken ketenpartners zich ook in de praktijk committeren aan deze aanpak en zorgdragen voor borging hiervan binnen hun organisatie. Het werken met vaste aandachtfunctionarissen/contactpersonen is hierbij helpend.

Gegevensdeling, dossiervorming en privacy

Goed samenwerken, informatie delen en acties op elkaar afstemmen is een van de cruciale succesfactoren in MDA++. In de praktijk loopt dit echter vaak stuk op wetgeving rondom privacy. Overigens niet altijd terecht: de wet biedt (voldoende) mogelijkheden om medewerkers te faciliteren in het zorgvuldig delen en vastleggen van gegevens. Het uitgangspunt is om bestaande convenanten (denk hierbij aan ZVH, maar ook de onderleggers bij een actieoverleg of routeertafel) en bestaande bevoegdheden te gebruiken om te komen tot afspraken rondom gegevensdeling en dossiervorming. Deze dienen recht te doen aan de belangen van de inwoner enerzijds, maar anderzijds (zeker gezien de grote veiligheidsrisico's) ook ruimte te bieden aan de deelnemers om te doen wat nodig is.

Het concept wetsvoorstel Aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) moet regelen dat gemeenten in specifieke situaties de ruimte krijgen om te verkennen of mensen kampen met gestapelde problemen, en welke partijen nodig zijn om de problemen op te lossen. Het doel is snellere en meer gecoördineerde 'integrale' hulp voor kwetsbare mensen. Eind 2022 treedt de wet vermoedelijk in werking en deze zou ondersteunend kunnen zijn voor de pilot.

Binnen het ZVH wordt er geregistreerd binnen een vast dossiersysteem. Het advies is om aan te sluiten bij dit systeem om zo de registratie van de MDA++ casuïstiek hierin te borgen.

Training en aansturing

Een nieuw team in combinatie met een pilot vraagt om aansturing en ondersteuning op zowel inhoud als proces. Hierdoor kan er gericht gewerkt worden aan de ambities:

- Samenwerking tussen verschillende domeinen.
- Het maken van een goede, gezamenlijke analyse.
- Systemisch werken en werken vanuit één plan.
- Vastpakken en vasthouden, ook (juist) als het lastig is.

Ondanks dat alle partijen bovenstaande punten nastreven, is het in de praktijk geen vanzelfsprekendheid om daadwerkelijk zo te werken.

Het dringende advies is om binnen de pilot MDA++ blijvend en structureel aandacht te hebben voor deze ambities en doelen. Dit kan gerealiseerd worden door de vaste deelnemers bij de start van de pilot een training op maat aan te bieden rondom het thema 'integraal werken' bij huishoudens waarbij HGKM speelt. Tevens is het advies om een systemisch werker aan te laten sluiten in het analyseteam en in de bijeenkomsten van het casusteam. Hierdoor ontstaat een vorm van 'training on the job' en houden de deelnemers blijvend focus op de gewenste werkwijze.

Governance en mandaat

Betrokkenheid, draagvlak en commitment bij alle partners en op alle lagen is belangrijk. Het uitvoerende team dient ondersteund te worden op tactisch, strategisch en bestuurlijk niveau en knelpunten moeten snel vlot getrokken worden. Er dient ruimte te zijn om (met begrip voor wettelijke kaders) te mogen doen wat nodig is.

Bij de voorbereiding van een pilot MDA++ dient dan ook een goede governance structuur gerealiseerd te worden. De nog vorm te geven governance “zorg en veiligheid” kan in de toekomst gebruikt worden voor MDA++. Voorstel is om ter overbrugging afstemming te zoeken met de stuurgroep Zorg en Veiligheid, BC WMO en stuurgroep GIA over welke stuurgroep tijdelijk fungeert als stuurgroep voor de pilot MDA++.

Monitoring en evaluatie

Een pilot heeft als doel om te leren, bij te stellen en indien gebleken effectief duurzaam te borgen in de reguliere werkwijze. Het is hierbij van belang om zorg te dragen voor een goede formulering van de beoogde doelen en daarbij behorende kwalitatieve en kwantitatieve effectmeting. Dit dient in de pilotfase nader uitgewerkt te worden. Accurate en centrale dossiervoering is hierbij helpend.

Advies is om hierbij ook de ontwikkelingen rondom MDA++ in Zuid-Limburg mee te nemen.

Risico's

Capaciteitsproblemen

Binnen de verschillende domeinen waaruit MDA++ capaciteit put is de huidige arbeidsmarkt een probleem. Er is sprake van een tekort aan goede medewerkers en een structureel gebrek aan capaciteit. Dit zal van invloed zijn op de invulling van zowel het analyseteam als de casusteams. Daarnaast zal het verloop van medewerkers van invloed zijn op de continuïteit en stabiliteit van de MDA++-teams. Anderzijds biedt een pilot medewerkers ook kansen en uitdagingen in hun carrière. Het advies is dan ook om rekening te houden met de bestaande capaciteitsproblemen, maar de focus te leggen op de kansen die deelname aan een pilot biedt in het boeien en binden van (ervaren) medewerkers. Het aanhaken bij bestaande samenwerkingen en overleggen zorgt voor een efficiënte inzet van capaciteit.

Veelheid aan initiatieven en pilots

Het aantal pilots, opdrachten en initiatieven in het sociaal domein is groot en doet een groot beroep op de (toch al schaarse) capaciteit van de ketenpartners. MDA++ als initiatief wordt omarmd en gesteund, tegelijkertijd bestaat er zorg over de vraag waar de capaciteit vandaan moet komen om “weer iets nieuws vorm te geven”. Door MDA++ in te richten op een manier waarop het voorziet in een behoefte en zoveel als mogelijk aan te sluiten bij bestaande opdrachten en structuren is de impact op de capaciteit gering en zal het draagvlak toenemen.

Instroom

Ondanks het feit dat de doelgroep bestaat en de huidige aanpak ontoereikend blijkt te zijn, is instroom in de pilot niet gegarandeerd. Landelijk wordt gezien dat de instroom geregeld achterblijft bij de gestelde doelen. Het is van belang om heldere afspraken te maken met VT over de hoeveelheid instroom op welk moment. Daarnaast is het van belang om de omvang en aard van de instroom blijvend te monitoren en indien nodig acties uit te zetten en bij te sturen.

Financiering en begroting

Door aan te sluiten bij bestaande structuren en opdrachten kunnen we voorkomen dat een pilot MDA++ veel extra kosten met zich meebrengt. Ondanks dat vraagt een gezamenlijk team en het ontwikkelen van een werkwijze om een investering.

Het is belangrijk dat we ons realiseren dat de doelgroep MDA++ ook nu veel capaciteit (en dus budget) vraagt van alle betrokken partners. Een goedwerkende MDA++-aanpak die wordt ingezet bij de juiste doelgroep is uiteindelijk kostenbesparend. In de pilotfase dient er aandacht te zijn voor effectmeting en kosten-batenverhouding.

Aan de 35 centrumgemeenten zijn extra middelen beschikbaar gesteld in het kader van het toekomstscenario kind- en gezinsbescherming. Gemeenten hebben de mogelijkheid om deze financiering te benutten om stappen te zetten richting het werken volgens het toekomstscenario, waaronder een pilot MDA++, het versterken van de lokale teams, inzet van ervaringsdeskundigheid, systeemgericht werken en verdere implementatie van de visie gefaseerd werken aan veiligheid. In 2022 zal in overleg met de regiogemeenten een integraal plan worden gemaakt om deze extra middelen in te zetten. Hierin zal de ontwikkeling van MDA++ meegenomen worden.

In de huidige begroting (op basis van de cijfers van 2022) is vanuit het budget GHNT / GIA reeds een bedrag van € 450.000,- voor de duur van 3 jaar gereserveerd voor het realiseren van een pilot MDA++. Dat maakt dat de pilot MDA++ gerealiseerd kan worden binnen de reeds gereserveerde middelen, waarbij mogelijk aanvulling vanuit de gemeentelijke POK-middelen beschikbaar komt.

ROL	KOSTEN JAAR 1	JAAR 2 EN JAAR 3
Projectleider, coördinator	€ 72.800,-	€ 41.600,-
Procesregisseur ZVH	€ 21.250,-	€ 74.375,-
Medische expertise	€ 1.300,-	€ 4.500,-
Expertise HGKM	€ 1.800,-	€ 6.300,-
Ondersteuning team	€ 10.000,-	€ 15.250,-
Training, coaching	€ 15.000,-	€ 10.000,-
Expertise zorgaanbieders	€ 6.000,-	€ 21.000,-
Inzet ervaringsdeskundige	€ 675,-	€ 3.375,-
Overig / werkbudget	€ 10.000,-	€ 5.000,-
Totale kosten	€ 138.825,-	€ 181.400,- (per jaar)

Vervolg (tijdspad)

De kwartiermakersfase wordt afgerond met dit adviesrapport. De vorm van de pilot en de bijbehorende begroting worden aan de veertien colleges ter besluitvorming voorgelegd. Bij akkoord in alle colleges, kan gestart worden met de voorbereiding van de daadwerkelijke pilot. De ambitie is om begin 2023 de eerste casussen in MDA++ te laten instromen.

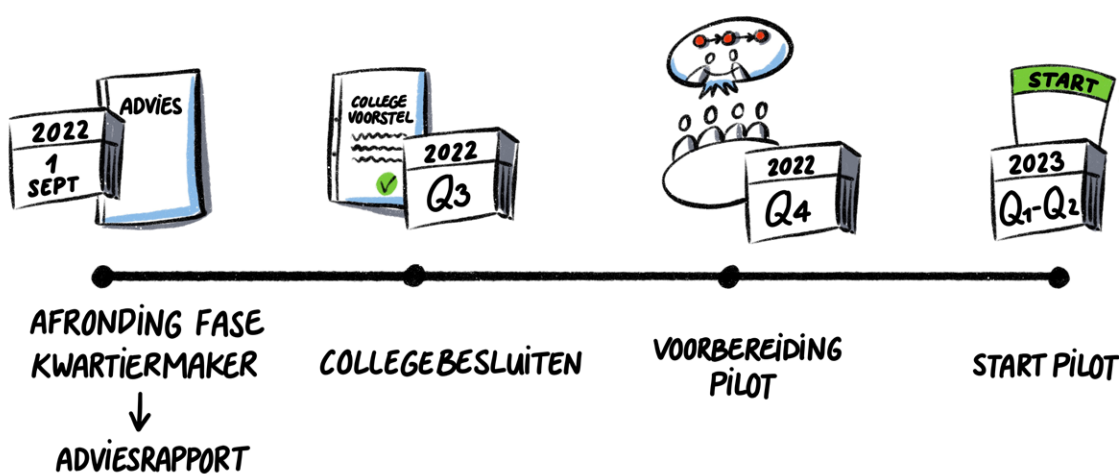
PILOT



JAAR 1: OPBOUW AANTAL CASUSSEN
JAAR 2+3: 35-50 CASUSSEN PER JAAR



BINNEN GERESERVEERDE MIDDELEN



Bijlagen

1: Overzicht gesproken partijen en ketenpartners

LOKAAL EN VOORLIGGEND	KETENPARTNERS	AMBTELIJK EN BESTUURLIJK
CJG ML	Veilig Thuis NML	Afvaardiging beleid ML
AMW ML	ZVH Noord- en Midden-Limburg	RWG WMO en Jeugd NL
Incluzio	Moveoo	Werkgroep Jeugd en Veiligheid
Vorkmeer	Reclassering	BC WMO
Synthese	Politie	Stuurgroep Zorg en Veiligheid NL en ML
Ketenregisseurs gemeenten NL	Openbaar Ministerie	Projectleider Geweld hoort nergens thuis
SWT plus, gemeente Venlo	GI (BJZ, WSG en LDH)	Inkoopoverleg segment 1
Coördinatoren toegang NL	Raad voor de Kinderbescherming	
	CSG	
	RIEC	
	Actieoverleg	
	Ervaringsdeskundigen	
	Gijs Simons, praktijk Simons	
	Zorgaanbieders: Pactum, Met GGZ, Mutsaersstichting, Koraal, Anacare.	

2: Overzicht betrokken ketenpartners en bestaande overleggen i.r.t. HGKM

KETENPARTNERS
Veilig Thuis
Politie
Openbaar Ministerie
Reclassering
Zorg- en veiligheidshuis
Lokale teams (18- en 18+)
Hulpverleningsinstanties (18- en 18+)
Gecertificeerde instellingen (WSG, BJZ en Leger des Heils)
Raad voor de Kinderbescherming
Centrum Seksueel Geweld
Medische zorg
Gemeenten

OVERLEG	DEELNEMERS	DOEL OVERLEG
Actieoverleg	VT, OM, Politie RvdK, Reclassering	Afstemmingsoverleg. Doel om in gezamenlijkheid te werken aan directe veiligheid en het afstemmen van acties van de verschillende organisaties.
Routeertafel	ZVH ML, VT Lokale teams	Gezamenlijkheid realiseren van een zorgvuldige overdracht van meldingen vanuit VT naar de betreffende overdrachts-partij.
Beschermtafel (0-18 jaar)	RvdK, VT, ZVH NL Bureau Jeugdzorg Lokale teams	Het beoordelen/bespreken van een Verzoek tot Onderzoek aan de Raad voor de Kinderbescherming bij een bedreigde ontwikkeling, veiligheidsrisico's en gestageneerde hulpverlening.
Expertteam (0-18 jaar)	Lokale teams ZVH NL Zorgaanbieders Gemeente	Het adviseren over en realiseren van passende hulp bij complexe problematiek waarin het reguliere aanbod niet voorziet.
Bovenregionaal expertisecentrum Jeugdhulp Limburg		Doel is het ondersteunen bij het organiseren van passende hulp voor jeugdigen met meervoudige en complexe problematiek.
Scenarioteam ZVH	ZVH, Politie Wisselend	Bij hoogcomplexiteit met veel risico's kan besloten worden tot de inzet van een scenarioteam.
Gemeentelijke Z&V-overleg	Gemeente Politie Lokale teams Wisselend	Binnen de meeste gemeentes zijn er overleggen rondom casuïstiek waarbij zorg en veiligheid betrokken zijn. Doel van deze overleggen is om op casusniveau met betrokken partijen een plan van aanpak te maken.
Lokale overleggen gericht op de doelgroep	Wisselend	In de diverse gemeenten bestaan verschillende overleggen en werkwijzen betreffende complexe casuïstiek.

3 : Onderbouwing van de begroting

Uitgaande van 10 casussen MDA++ in jaar 1, 35 casussen MDA++ in jaar 2 en 3.

ROL	KOSTEN JAAR 1	KOSTEN JAAR 2 EN JAAR 3
Projectleider, coördinator	€ 72.800,-	€ 41.600,-
Jaar 1: 1 ^e half jaar 20 uur per week / 2 ^e half jaar 8 uur per week = gemiddeld 14 uur per week. 728 uur * 100 euro = € 72.800,-. Jaar 2 en 3: gemiddeld 8 uur per week.		
Procesregisseur ZVH	€ 21.250,-	€ 74.375,-
1 fte = 40 casussen procesregie kost € 85.00,-.		
Medische expertise	€ 1.300,-	€ 4.500,-
Deelname aan analyseteam, vergoeding 2 uur per casus. Tarief vertrouwensarts VT.		
Expertise HGKM	€ 1.800,-	€ 6.300,-
Deelname aan analyseteam, 3 uur per casus. Tarief gedragswetenschapper VT.		
Ondersteuning team	€ 10.000,-	€ 15.250,-
Het administratief ondersteunen van het team (plannen van overleggen, afspraken vastleggen, dossiervoering). Belegd bij procesondersteuner ZVH. 0,25Fte, 1 fte kost € 61.000,-. In de eerste 4 maanden van jaar 1 is er vanwege de opstart geen ondersteuning nodig.		
Training, coaching	€ 15.000,-	€ 10.000,-
In jaar 1 het trainen van het analyseteam in systemisch werken en werken vanuit één plan. Jaar 1, 2 en 3: deelname van systemische expertise aan analyseteam en/of het casusteam, gemiddeld 3 uur per casus.		
Expertise aanbieders	€ 6.000,-	€ 21.000,-
Gemiddeld 2 aanbieders aanwezig per analyseteam (LVB, GGZ, Jeugdhulp, verslavingszorg). Vergoeding van 3 uur per casus, € 100,- per uur.		
Inzet ervaringsdeskundige	€ 675,-	€ 3.375,-
Ervaring opdoen met inzet van ervaringsdeskundigen. 3 uur per casus, tarief € 75,- per uur. In jaar 1: 3 casussen, in jaar 2: 15 casussen.		
Overig / werkbudget	€ 10.000,-	€ 5.000,-
Onvoorziene kosten, faciliteiten en bijeenkomsten.		

4: Voorbeelden van casussen, doelgroep MDA++

Casus 1: meerderjarige partners zonder kinderen

In een aantal maanden tijd komen er bij VT verschillende meldingen (meer dan vijf binnen. Een aantal meldingen zijn anonieme meldingen uit de buurt. Een vrouw uit de buurt wordt gezien met fors letsel en zij maakt een angstige indruk. Verder is er een melding van de huisbaas rondom overlast en flinke ruzies. Daarnaast zijn er meldingen vanuit het ziekenhuis: veelvuldig en toenemend letsel waarbij het letsel (waaronder bijtonden) niet past bij het verhaal (onhandig zijn, van de trap gevallen).

De wijkagent meldt ook over een vrouw met fors letsel waarbij de verklaring een auto-ongeluk is, terwijl er geen schade aan de auto is. Tevens is er een melding van een collega van mevrouw: zij maakt zich zorgen omdat er sprake is van geregeld afwezig zijn en zichtbaar letsel (veelvuldig blauwe plekken en zichtbare wurgstriemen).

In gesprek met VT zijn meneer en mevrouw duidelijk: zij hebben geen enkele behoefte aan hulpverlening en verklaren alles door onhandigheid, een val enz. Zowel meneer als mevrouw zijn niet bekend bij de hulpverlening of het voorliggend veld.

Casus 2: moeder en meerderjarige dochter

Zowel vanuit de politie als de GGZ komen er meldingen binnen bij VT. Het betreft een moeder en meerderjarige dochter waarbij dit systeem in het verleden uitgebreid bekend is met geweld vanuit moeder naar dochter (en andere kinderen). De huidige meldingen betreffen toenemend geweld vanuit dochter naar moeder en binnen het huis (brandstichting). Beiden zijn bekend met GGZ-problematiek, hier zijn ze ook onder behandeling. De behandelingen komen echter nauwelijks van de grond, wordt voortijdig afgebroken. Dochter woont officieel niet bij haar moeder in huis, maar in de praktijk verblijft zij hier wel structureel. VT doet meerdere pogingen om het geweld bespreekbaar te maken en onderdeel te maken van de hulpverlening, maar dit lukt niet. Moeder en dochter zijn ambivalent. Moeder durft dochter niet de deur te wijzen omdat dochter dan in een illegaal netwerk van prostitutie verdwijnt.

Casus 3: intergenerationele problematiek m.b.t. seksueel misbruik

VT heeft een melding gekregen van de zedenpolitie dat een meisje van 15 jaar aangegeven heeft dat haar oom haar seksueel misbruikt heeft. Zij en moeder zijn van mening dat een aangifte niet nodig is, het niet meer zal gebeuren en zij laten zich doorverwijzen naar Centrum Seksueel Geweld. Daar komen ze maar één keer en vervolgens zijn ze niet meer bereikbaar. VT ziet in een oud dossier dat er 12 jaar geleden er ook al een melding is geweest van vermoedens van seksueel misbruik en dat dat destijds niet bevestigd is kunnen worden.

Tevens blijkt er een dossier waarin staat dat de moeder met haar zus door hun eigen vader seksueel zijn misbruikt. De misbruikende oom is dus mogelijk getuige geweest van het misbruik van zijn vader naar zijn zusjes toe. Daarna is hij zelf pleger geworden.

Binnen de verschillende gezinssystemen binnen deze familie blijkt seksueel grensoverschrijdend gedrag een thema. Op verschillende momenten in de geschiedenis is er (kort) hulpverlening betrokken geweest, maar het daadwerkelijke patroon lijkt nooit doorbroken te zijn.

Casus 4: samengesteld gezin met twee minderjarige kinderen

Twee jonge kinderen (5 en 7 jaar) wonen bij moeder en haar nieuwe partner. Beiden zijn bekend met eerdere meldingen van huiselijk geweld. De kinderen geven op verschillende plekken (vader, school en hulpverlening) aan dat moeder en haar nieuwe partner regelmatig flinke ruzie hebben waarbij moeder ook mishandeld wordt (aan de haren door het huis getrokken, poging tot verwurging, van de trap duwen). Er wordt adequaat gehandeld door de betrokkenen: er wordt gepoogd met moeder en partner veiligheidsafspraken te maken en er wordt melding gemaakt bij VT. Dit leidt echter niet tot een veilige situatie: het geweld blijft voortbestaan en dit heeft als gevolg dat de kinderen niet meer bij moeder kunnen verblijven. Moeder kiest er namelijk voor om bij haar huidige partner te blijven en de kinderen gaan naar hun vader.

Een week later komt er een melding uit het ziekenhuis: moeder is met zwaar letsel opgenomen (gebroken kaak en schouder en tekenen van verwurging). Moeder en partner geven in het gesprek aan voor elkaar te blijven gaan en geen bemoeienis van buitenaf te willen. Er wordt tevens gesproken over een kinderwens.

Casus 5: meerderjarige partners.

Meneer is een man van 57 jaar die uitgebreid bekend is binnen de gemeente, bij de hulpverlening en politie/justitie. Hij staat te boek als agressief en is bekend met overmatig middelengebruik. Sinds een aantal jaren heeft meneer een relatie met een vrouw van inmiddels 23 jaar. Zij is bekend binnen de GGZ en heeft een licht verstandelijke beperking.

Zowel de betrokkenheid van hulpverlening als het aantal meldingen is groot. Meneer en mevrouw blijken niet met en niet zonder elkaar te kunnen. Ondanks de inzet van allerlei mogelijke vormen van hulp op zowel meneer en mevrouw individueel als op hen samen is het niet gelukt om het patroon van geweld duurzaam te doorbreken.

Samenvatting

Huiselijk geweld en kindermishandeling zijn complexe en vaak hardnekkige problematieken, die van generatie op generatie kunnen doorgaan en op meerdere leefgebieden ingrijpen. Het thema huiselijk geweld en kindermishandeling staat landelijk en in de regio Noord- en Midden-Limburg hoog op de agenda. En terecht: naar schatting overlijden landelijk jaarlijks 50 kinderen als gevolg van kindermishandeling en in 2019 en 2020 kwamen er ongeveer 28 volwassenen per jaar om het leven als gevolg van (ex-)partnergeweld (bron: CBS).

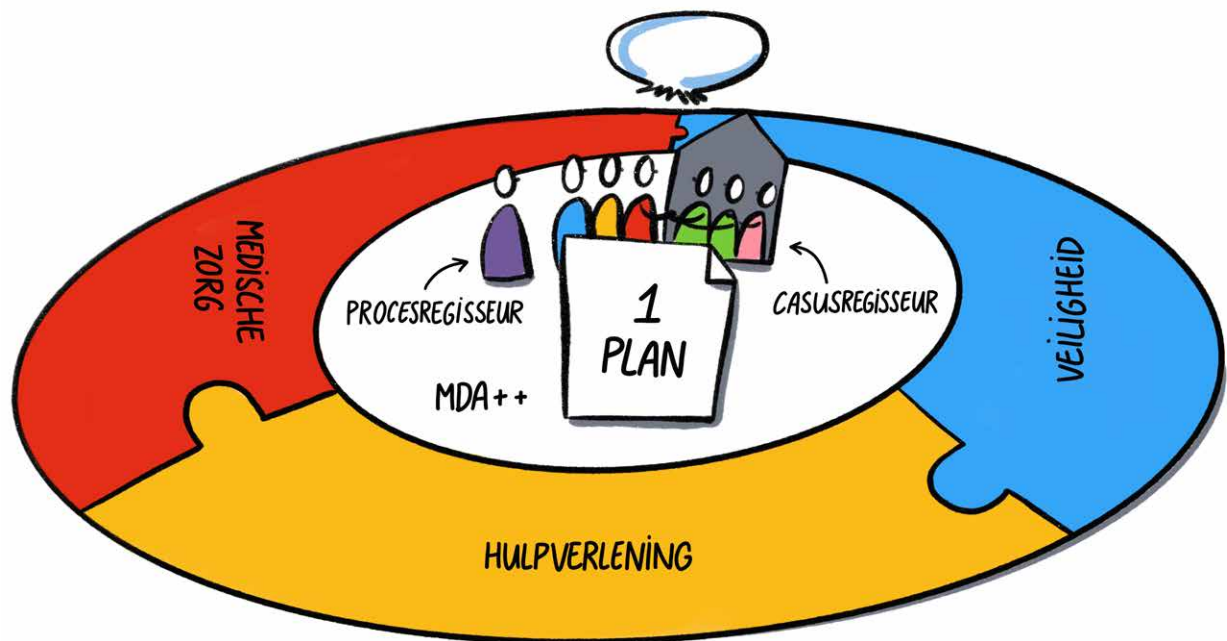
Bij de huishoudens waarbij er sprake is van huiselijke geweld en kindermishandeling en in de aanpak hiervan zijn over het algemeen veel partijen betrokken. Denk hierbij aan lokale teams, zorgaanbieders, Veilig Thuis, politie, artsen enz. Ondanks de inzet van deze partijen blijkt dat er anderhalf jaar na melding bij Veilig Thuis en inzet van hulpverlening nog steeds in ruim de helft van de huishoudens sprake is van veelvuldig of ernstig huiselijk geweld of kindermishandeling (bron: Verwey-Jonker Instituut).

In Noord- en Midden-Limburg zijn we met elkaar op de goede weg in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling: steeds meer lokale teams werken volgens de visie Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid, er zijn goede initiatieven in de afstemming tussen verschillende partijen en de bereidheid om hierin samen volgende stappen te zetten is groot.

Maar ondanks deze positieve ontwikkelingen zijn er, ook in onze regio, hiaten in de aanpak. Zaken als informatiedeling, het afstemmen van ieders aanpak, ook betrokken blijven wanneer de motivatie beperkt is en te beperkte expertise rondom het thema veiligheid komen naar voren als beperkingen in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Ook in onze regio bestaat een groep huishoudens waarbij het onvoldoende lukt de cirkel van geweld duurzaam te doorbreken. Dit zijn huishoudens waarbij er sprake is van fors geweld, grote veiligheidsrisico's, vaak intergenerationele patronen van geweld en onvoldoende opbrengst van de (vaak forse en langdurige) inzet van betrokken ketenpartners.

Om ook bij deze groep zorg te dragen voor duurzame veiligheid is MDA++ (Multi Disciplinaire Aanpak ++) een effectieve optie. MDA++ is een werkwijze met als doel het duurzaam doorbreken van geweld in de meest complexe casussen. Vanuit verschillende domeinen wordt gezamenlijk één plan van aanpak met en voor het hele huishouden gemaakt, dat op elkaar is afgestemd en waar iedereen zich langdurig aan committeert. De eerste plus staat voor de samenwerking tussen de domeinen hulpverlening, veiligheid en medische zorg en de tweede plus voor specialistisch: alle professionals hebben, naast hun eigen specifieke expertise, ook expertise op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling.



Met alle betrokken ketenpartners is onderzocht wat belangrijke uitgangspunten zijn voor een pilot MDA++ in Noord- en Midden-Limburg. Dit bleken de volgende punten:

- Maak gebruik van de kracht van lokaal, neem niet over maar versterk.
- Sluit aan bij bestaande structuren, ontwikkelingen en dat wat werkt: bouw dat uit in plaats van iets nieuws op te tuigen.
- Zorg voor een pilot die voldoet aan een behoefte.
- Zorg voor goede effectmeting, zodat de meerwaarde van de werkwijze zichtbaar wordt.

Bovenstaande punten zijn als uitgangspunt gehanteerd bij het ontwerpen van een pilot MDA++ in onze regio. Hierbij zijn de werkzame elementen in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en goede voorbeelden uit het land gekoppeld aan de wensen uit en mogelijkheden in deze regio. Dit heeft geleid tot het volgende pilotvoorstel:



Wanneer de zorgen rondom huiselijk geweld en/of kindermishandeling in een huishouden erg groot en complex zijn, kan de inzet van MDA++ overwogen worden. Na triage door VT zal als eerste stap het analyseteam erbij betrokken worden. Dit is een domeinoverstijgend, vast team met vertegenwoordiging van de domeinen veiligheid, hulpverlening en medische zorg, aangevuld met de al betrokken hulpverleners en de betrokken gemeente. De professionals in het analyseteam worden structureel getraind en ondersteund in het systemisch werken en werken volgens één visie en één plan. Alle casussen MDA++ worden door dit team besproken, met als doel het maken van een eerste analyse. De vragen die voorliggen zijn:

- Wat is er aan de hand?
- Wie is allemaal betrokken? Welke inzet is al gepleegd?
- Wat maakt dat het geweld niet stopt?
- Wie hebben we nodig in de aanpak (casusteam) en wie voert in deze casus casusregie?

Het analyseteam kan op maat expertise en deelname vragen van professionals uit een tweede schil (Reclassering, Centrum Seksueel Geweld, Gecertificeerde Instelling enz.).

Na het maken van de analyse start het casusteam. Het casusteam maakt, samen met het huishouden, een gezamenlijk plan van aanpak en gaat daadwerkelijk en langdurig met het huishouden aan de slag. Ook deze professionals worden ondersteund in het systemisch werken en werken volgens één plan. Gedurende een traject kan het casusteam een beroep doen op specialisten uit het analyseteam. Een casusteam blijft langdurig betrokken (tot duurzame veiligheid is bereikt) en kan gedurende het traject wijzigen in samenstelling. De casus- en procesregisseur blijven gedurende het hele traject betrokken en zijn de vaste contactpersonen voor het huishouden en de betrokken ketenpartners.

Wat betekent dit voor betrokken ketenpartners?

- Er wordt een gezamenlijk plan van aanpak gemaakt waar iedereen zich aan committeert aan de MDA++ aanpak, waarin interventies voor het hele huishouden op elkaar worden afgestemd.
- Dit vraagt om heldere afspraken tussen ketenpartners over informatiedeling, samenwerking, zorginzet enz. te bewerkstelligen.
- De betreffende gemeente en het huishouden worden altijd betrokken bij en zijn altijd onderdeel van dit gezamenlijke plan.
- Politie, OM en medisch domein kunnen, conform hun wens, regionaal, centraal en met vaste partners afstemmen.
- Ketenpartners kunnen het analyseteam laagdrempelig benaderen voor advies en consultatie.

MDA++ gaat verder daar waar de reguliere multidisciplinaire samenwerking bij de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling stopt en geen oplossing heeft geboden. Het maakt duurzame veiligheid en herstel mogelijk voor die huishoudens waar dit nu niet het geval is.