

# Eindverslag pilot Risicotaxatie en Vroegdiagnostiek betrokkenen bij relationeel geweld

Over 'instroom' en casuïstiek



**Cas Barendregt, Gera Nagelhout & Elske Wits**

Juni 2022

## Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Aanleiding.....	5
1.1 Onderzoeksvragen.....	5
2. Aanpak.....	7
3. Resultaten.....	9
3.1 Inbedding en werving.....	9
3.2 Hypothese 1: aanbod pilot sluit niet aan .....	11
Voorlopige conclusie hypothese 1 .....	16
3.3 Hypothese 2: de werving was niet adequaat.....	16
Voorlopige conclusie hypothese 2 .....	17
3.4 Opbrengst casussen.....	17
3.5 Plegers motiveren .....	21
4. Conclusies .....	24
4.1 Het aanbod sluit niet aan .....	24
4.2 De werving was niet doeltreffend.....	24
4.3 Opbrengst casussen.....	25
4.4 Plegers motiveren .....	25
5. Discussie .....	26
5.1 Nog beter voorbereiden.....	26
5.2 Aanknopingspunten voor de werving, tips van professionals .....	26
5.3 Een pakkende term .....	27
5.4 Een pilot implementeren alsof het structureel is.....	27
Bijlage 1 Oorspronkelijke onderzoeksvragen.....	28

## Samenvatting

De praktijkervaring leert dat mannelijke plegers van huiselijk geweld terughoudend zijn in het vrijwillig accepteren van hulp. Om de hulpacceptatie te stimuleren, is met een financiële bijdrage van het programma Geweld Hoort Nergens Thuis, een pilotproject opgezet gericht op stellen waarbij (aanhoudend) partnergeweld speelt en die bij elkaar willen blijven. De interventie bestaat uit individuele diagnostische interviews en een partnersgesprek waarin op basis van de diagnostiek en risicotaxatie een passend hulpadvies wordt gegeven. Doordat de focus ligt op de relatiedynamiek en niet op de pleger is de verwachting dat acceptatie van het hulpaanbod groot is.

Met hulp van divers samengestelde projectgroep, met onder andere de gemeente, Veilig Thuis en het IVO is de pilot opgezet en ingepast in de bestaande hulpverleningsstructuur. Het team Tijdelijk Huisverbod (THV) leek de meest logische vindplaats voor deelnemers. Het kantoor van Veilig Thuis werd de locatie waar de diagnostische interviews werden gehouden. De diagnostisch onderzoeker was een behandelaar van De Waag.

Van het beoogde aantal van 20 deelnemers namen er slechts vier aan de pilot deel. Vanwege deze tegenvallende cijfers hebben we de pilot voortijdig beëindigd. In deze rapportage doen we verslag van de wervingsinspanning en reflecteren op de vraag waarom de streefaantallen niet zijn gehaald.

Aan de hand van interviews met betrokken projectgroepleden, hulpverleners van team THV, Veilig Thuis, en enkele specialisten huiselijk geweld van wijkteams hebben we de volgende twee hypothesen onderzocht: 1) het aanbod sluit niet aan op de vraag en 2) de werving was niet adequaat. We analyseerden ook de vooraanmeldingen die niet leidden tot deelname aan de pilot. We doen in deze rapportage ook verslag van de opbrengst van de vier casussen die wel aan de pilot deelnamen.

De voorzichtige conclusie is dat hypothese 'het aanbod pilot sluit niet aan' (tenminste) deels juist is. Enerzijds is het aantal stellen dat bij (aanhoudend) partnergeweld bij elkaar wil blijven beperkt. Anderzijds doen hulpverleners in verschillende *settings* ongeveer hetzelfde wat in de pilot wordt gedaan, zij het minder wetenschappelijk en minder degelijk, namelijk: problemen inventariseren en een passend hulpaanbod doen.

De voorzichtige conclusie is dat de hypothese 'de werving was niet adequaat' ten dele klopt. Als we adequaat interpreteren als succesvol of doeltreffend, klopt de stelling. Niettemin hebben we divers geworven onder verwijzers die we op basis van de aanwezige kennis in de projectgroep konden identificeren. De geïnterviewde specialisten huiselijk geweld geven terug dat we ook jeugd- en gezinscoaches hadden kunnen benaderen, omdat voor hen het aanbod relevant(er) zou kunnen zijn.

De analyse van de vier casussen die wel deelnamen aan de diagnostische interviews leert dat het proces van aanmelding, individuele- en partnersgesprekken goed en flexibel was ingericht. De deelnemers waardeerden de korte doorlooptijd. De deelnemers spraken ook hun waardering uit voor de diagnostische interviews, die zijn diepgaand vonden en waarin zij ook erkenning vonden. Het verslag van de diagnostische interviews dat de deelnemers ontvingen was erg lang en bevatte onbegrijpelijk vakjargon. Voor sommige stellen was het een tegenvaller dat de wachttijden voor de hulp die ze kregen geadviseerd lang duurde. Deelname aan de pilot leverde geen snelle toegang op voor behandeling.

De achterliggende opgave van de pilot is het stimuleren van plegers om vrijwillig hulp te accepteren om de cirkel van geweld te doorbreken. In de interviews met hulpverleners vroegen we daarom ook telkens naar wat nodig is om plegers te motiveren hulp te accepteren. Er is erkenning voor de moeite die het kost om plegers te motiveren hulp te accepteren. Een veel gehoorde observatie is dat het gevoel van urgentie (om hulp te accepteren) wegebt naarmate het incident langer geleden is. Het hulpaanbod moet daarom vroeg in het hulpverleningsproces worden gedaan. Er zou daarbij meer bekendheid mogen worden gegeven aan het bestaan van hulpverlening voor plegers en een systeemgerichte benadering van huiselijk geweld. Tegenover 'het ijzer smeden als het heet is' wordt gesteld dat de bereidheid hulp te accepteren er pas is als de pleger 'uit de kast' is gekomen. Hulpverleners

zien dat plegers ook gehoord willen worden en erkenning willen voor de relatiedynamiek die leidde tot het geweld. Niet alle wijkprofessionals, echter, voelen zich senang om gesprekken met plegers aan te gaan. Liever focussen zij zich op de slachtoffers. Er wordt ook op gewezen dat precaire sociale omstandigheden praktische belemmeringen kunnen vormen om tijd en energie vrij te maken via een hulpverleningstraject het eigen handelen te onderzoeken. Ook spelen rigide gendernormen een rol in zowel het ontstaan van partnergeweld, als het in stand houden ervan. Een maatschappelijke discussie is nodig om starre genderopvattingen te versoepelen.

Op basis van de evaluatie van deze pilot kunnen we stellen dat het inrichten van een pilot serieuze voorbereiding vergt en implementatie alsof het om een structurele verandering gaat. Een vooronderzoek naar deelnemerspotentieel en behoefte van de beoogde doelgroep is daar onderdeel van. Het verkrijgen van commitment voor de pilot onder wijkteammedewerkers, geschiedt, volgens enkele van diezelfde wijkteammedewerkers bij voorkeur via persoonlijke communicatie en niet via een oproep via email. Een ander issue dat mogelijk parten speelde is het ontbreken van een meer aansprekende titel van het project dan de technische aanduiding die nu het had.

Het stimuleren van plegers om vrijwillig hulp te accepteren, is lastig en niet oplosbaar met een *silver bullet*. Er lijkt brede maatschappelijke discussie nodig waarin niet alleen gendernormen worden bevroegd, maar ook de rigide scheiding tussen pleger en slachtoffer. In de pilot risicotaxatie en vroegdiagnostiek hebben we die scheiding opgeheven. Dat we onvoldoende deelnemers vonden, is geen reden om te blijven zoeken naar vormen waarin een systeembenadering van partnergeweld een heldere en zichtbare plaats krijgt in het hulpverleningsaanbod.

# 1. Aanleiding

Ruim 60 procent van het huiselijk geweld betreft (ex-)partnergeweld, waarbij vrouwen vaker slachtoffer zijn van (ex-)partnergeweld (60%), dan mannen (40%). We onderscheiden verschillende categorieën van partnergeweld, waaronder veelvoorkomend partnergeweld en intiem terrorisme. Veelvoorkomend partnergeweld ontstaat vaak uit onmacht, door verlies van controle en regie. De pleger kan zowel de man, als de vrouw zijn. Er zijn verschillen in de ernst van het geweld en ook de consequenties hiervan verschillen per persoon. Consequenties zijn mogelijk groter voor vrouwen, dan voor mannen (Daru et al., 2016). Intiem terrorisme is het eenzijdig (dreigen met) ernstig geweld van doorgaans de man. Het gaat hierbij om opzettelijk geweld, partnerterreur, gericht op controle over de partner.<sup>1</sup>

“Geweld stopt niet vanzelf” is de slogan van overheidscampagnes tegen huiselijk geweld. Dat geldt ook voor partnergeweld. Sommige stellen die herhaaldelijk te maken krijgen met partnergeweld willen (toch) bij elkaar blijven. Het pilotproject ‘Risicotaxatie en vroegdiagnostiek betrokkenen bij relationeel geweld’ richt zich op deze groep. Het basisidee is dat kort na contact met Veilig Thuis en/of hulpverlening de partners afzonderlijk worden uitgenodigd voor een diagnostisch gesprek om te achterhalen wat het (herhaalde) geweld uitlokt en in stand houdt. Daarna volgt een partnersgesprek waarin een goed onderbouwd advies voor vervolghulpverlening wordt gegeven. Het idee van deze interventie is om plegers te stimuleren vrijwillige hulpverlening te accepteren, door ze tijdig een passend zorgaanbod te doen (*matched care* in plaats van *stepped care*). Een achterliggende doelstelling van de pilot is dat het bijdraagt aan de vermindering van recidive onder plegers.

De onderliggende interventietheorie is dat de pilot en het passende zorgaanbod zich richt op beide partners. Hierdoor wordt het systemische karakter van het partnergeweld erkend. De pleger voelt zich daardoor meer erkend en daarmee wordt de bereidheid een aanbod voor (vrijwillige) hulpverlening te accepteren, vergroot.

## *Initiatiefnemers en financiering*

Het project ‘Risicotaxatie en vroegdiagnostiek betrokkenen bij relationeel geweld’ is een initiatief van De Waag, gemeente Rotterdam en Onderzoeksinstituut IVO en wordt gefinancierd uit het landelijke meerjarenprogramma Geweld Hoort Nergens Thuis (2018-2021). Het project bestrijkt gemeente Rotterdam en de MVS-regio (Maassluis, Vlaardingen, Schiedam) en kent een projectgroep met vertegenwoordigers van verschillende betrokken organisaties (Veilig Thuis, De Waag, Elckerlyc, gemeente, het IVO). De rol van de IVO-onderzoekers in de projectgroep kenmerkt zich door meedenken en meedoen, waarmee het onderzoek eerder lijkt op actieonderzoek, dan een klassiek evaluatieonderzoek. We dachten als onderzoekers mee met het positioneren van de interventie in de bestaande hulpverleningsroutines en over het werven van deelnemers.

Doordat we weinig deelnemers hebben kunnen werven voor deze pilot is de opzet en implementatie van de pilot zelf een belangrijk onderdeel geworden van deze evaluatie. In deze rapportage doen we verslag van het proces van inpassing van de pilot in de bestaande configuratie van hulpverlening bij partnergeweld. We laten zien welke moeite is gedaan deelnemers te werven voor het project en reflecteren op de vraag hoe dit anders had gekund. We trekken lessen die kunnen helpen bij implementatie van toekomstige (pilot) projecten. Welke aannames liggen besloten in het aanbod, wat is een doeltreffende wervingsstrategie? Dat maakt deze evaluatie relevant voor een breder publiek dan de direct betrokkenen bij deze pilot.

## 1.1 Onderzoeksvragen

In de oorspronkelijk opzet van het onderzoek was de instroom van 20 à 25 casussen voorzien. Een aantal van de onderzoeksvragen was kwantitatief geformuleerd, zoals ‘hoe veel mensen accepteerden het hulpaanbod?’. Nu we de beoogde aantallen casussen niet haalden, lieten we deze meer kwantitatief georiënteerde vragen weg.

<sup>1</sup> [www.huiselijkgeweld.nl](http://www.huiselijkgeweld.nl) (geraadpleegd 14 april 2022).

Ook bij de kwalitatieve onderzoeksvragen was de aanname dat we deze konden beantwoorden op basis van een redelijke mate van diversiteit in de te analyseren casussen. Nu deze diversiteit ontbrak, was het niet mogelijk om uitspraken te doen die verder reiken dan de casussen zelf.

Uit de oorspronkelijke onderzoeksvragen (zie bijlage 1) blijven vier algemeen geformuleerde vragen over. Hieraan voegen we een onderzoeksvraag toe:

1. Wat is er volgens betrokken professionals nodig om vroegdiagnostiek en risicotaxatie (én probleeminventarisatie) optimaal vorm te geven?
2. Hoe verloopt het proces van aanmelding, toeleiding, risicotaxatie en vroegdiagnostiek (inclusief toeleiding naar hulpverlening of doorverwijzing)?
  - 2a. Wat verklaart de tegenvallende instroom van casussen voor de pilot?
3. Wat zijn de ervaringen van de cliënt en de (volwassen) betrokken gezinsleden.
4. Wat is er nodig om de pilot te verbeteren?
5. (extra vraag) hoe kunnen plegers van huiselijk geweld gemotiveerd worden vrijwillig hulp te accepteren?

De eerste onderzoeksvraag gaat over de opzet van de pilot en hoe deze in te bedden in het bestaande systeem van signalering en hulpverlening (zie § 3.1, 3.3). De tweede vraag beantwoorden we deels met de zoektocht naar tegenvallende instroom (§ 3.2 en 3.3 en door de opbrengst van de casussen te beschrijven (§ 3.4)). De vraag naar de tegenvallende instroom onderzochten we volgens twee hypothesen:

- a. Het aanbod van de pilot sluit niet aan (bij cliënten en verwijzers); en
- b. De werving was niet adequaat.

Voor de derde onderzoeksvraag beschrijven we vier casussen aan de hand van de interviews die we hielden met betrokkenen (hulpverleners en cliënten) (§ 3.4). De vierde vraag concentreerde zich gedurende de pilotperiode rondom de vraag hoe de instroom van casussen kon worden bevorderd. Aan de vraag naar inhoudelijke verbetering kwamen we door de tegenvallende instroom niet toe. De vraag wordt beantwoord in het discussiehoofdstuk (H5). Wat betreft de vijfde onderzoeksvraag is de stille aanname achter deze pilot dat een vroegtijdig en passend aanbod plegers en hun partner motiveert om vrijwillig hulp te accepteren. Dit thema keerde terug in zowel de projectgroep, als in gesprekken met hulpverleners. We besteden er daarom aandacht aan in § 3.5 en 4.4.

## 2. Aanpak

Voor dit pilotproject stelden we een projectgroep samen bestaande uit medewerkers van:

- de gemeente (beleidsadviseurs Rotterdam 2x en Vlaardingen 1x (deze trok zich om interne organisatorische redenen terug)
- directeur/bestuurder stichting Elckerlyc (o.a. opvang slachtoffers huiselijk geweld in MVS-regio)
- teamcoördinator team tijdelijk huisverbod (Veilig Thuis)
- manager Veilig Thuis (die vrij snel andere functie kreeg, is later vervangen)
- diagnostisch onderzoeker De Waag (bedenker en uitvoerder pilot)
- casemanager Filomena (trok zich na verloop van tijd terug, omdat zij niet kon bijdragen aan de werving)
- onderzoekers van het IVO.

Deze projectgroep kwam ongeveer maandelijks bij elkaar om met elkaar de opzet en inbedding van de pilot te bespreken. In de projectgroep werden ook de criteria voor deelnemers besproken.

In tabel 1 staan het aanbod en de beoogde doelgroep op een rijtje.

Tabel 1. Aanbod, doelgroep en toelatingscriteria van de pilot

Aanbod	Doelgroep
Risicotaxatie, vroegdiagnostiek en advies passende hulpverlening.	Stellen die herhaaldelijk (vijf antecedenten) te maken hadden met huiselijk geweld en die bij elkaar willen blijven.
	<b>Aanvullende criteria</b>
	Voldoende taalbeheersing (aanmelder maakt inschatting)
	Voldoende cognitief vaardig (aanmelder maakt inschatting)
	Geen psychose of ernstige verwardheid (aanmelder maakt inschatting)
	Geen detentie tijdens onderzoekstraject

Nadat het project in de stijgers stond, werd de fase van de werving van kandidaten ingezet. Door het uitblijven van aanmeldingen kwam in de projectgroep steeds meer focus te liggen op de werving. In de loop van de maanden doorliepen slechts vier stellen de opgezette pilot. De andere negen aangemelde casussen haakten om uiteenlopende redenen af (zie § 3.2).

### *Inbedding*

De projectgroep vormde de belangrijkste bron van kennis over hoe dit pilotproject het best kon worden ingebed in de bestaande configuratie van aanpak van huiselijk geweld in Rotterdam en de MVS-regio. De projectgroepleden vertegenwoordigden cruciale plaatsen in het systeem van aanmelding, doorverwijzing en hulpverlening voor huiselijk geweld. De verslagen van de projectgroep waren een belangrijke bron van informatie om na te gaan hoe de inpassing van het pilotproject tot stand kwam en welke besluiten werden genomen om de werving van deelnemers op gang te brengen. In de projectgroepbijeenkomsten werden de eerste contouren van positionering geschetst en uiteindelijk besloten dat het team Tijdelijk Huisverbod (THV) de spil zou vormen voor het werven voor deelnemers van de interventie.

Aanvullend organiseerde een van de onderzoekers een focusgroepbijeenkomst met de belangrijkste partners om nog beter inzicht te krijgen in het 'wat en hoe' van de inpassing van de interventie. De projectgroep is ook geconsulteerd om input te leveren op de schriftelijk informatie en het toestemmingsformulier voor verwijzers en deelnemers.

### *Aangemelde casussen*

Drie verwijzers die betrokken waren bij de vier casussen die wél de pilot doorliepen, interviewden we over de casus, maar ook over de manier waarop zij waren geïnformeerd over de pilot en wat zij deden om de deelnemers te werven. We interviewden de betrokken partners in drie van de vier casussen die aan de pilot deelnamen. De opzet was hen tweemaal te interviewen. De eerste keer over het proces van aanmelding, de vroegdiagnostiek en de terugkoppeling daarvan. Het tweede gesprek over de vraag of zij de geadviseerde hulp accepteerden en in hoeverre zij deze hulp ook passend vonden (indien geaccepteerd). Er vonden twee tweede interviews plaats. Deze leverde niet de gewenste informatie op; in zoverre dat de geïnterviewde personen (nog) niet de aangeboden hulp hadden geaccepteerd of dat deze nog niet van start was gegaan. De (lange) wachttijden voor hulp en de (korte) doorlooptijd van het onderzoek waren hier debet aan.

We maakten een overzicht van de casussen die door verwijzers werden voor besproken met de teamcoördinator van team Tijdelijk Huisverbod (THV) en daarbij aangegeven waarom deze vooraanmeldingen niet hebben geleid tot deelname aan de pilot.

### *Evaluatieonderzoek tegenvallende instroom*

Toen eind 2021 bleek dat de instroom van casussen niet op gang kwam, ondanks extra inspanning van de leden van de projectgroep, werd besloten dat het onderzoek zich (tussentijds) zou richten op de vraag wat de tegenvallende instroom verklaart. Op de aanpak van die vraag gaan we hieronder in.

Als eerste namen we de verslagen van de projectgroepbijeenkomsten door om op deze manier een overzicht te kunnen maken van de geleverde wervingsinspanning en input te zoeken voor de hypotheses over de tegenvallende instroom. Op basis van de onderzoeksvraag en hypotheses maakten we een topiclijst die als leidraad diende voor semigestructureerde interviews met verwijzers en deelnemers aan de pilot. Hierin waren ook vragen opgenomen over wat nodig is om plegers te motiveren voor vrijwillige hulpverlening.

We interviewden aanvullend, dus los van de vier casussen, vier sociale professionals over de werving. Drie ervan werden geworven in samenwerking met de betrokken beleidsmedewerkers van de gemeente Rotterdam. Per email deden zij een oproep onder de ongeveer 60 Huiselijk Geweld specialisten in Rotterdamse wijkteams om ons te helpen bij het zoeken naar een verklaring voor de tegenvallende instroom. De oproep bevatte ook de folder over de pilot. Deze oproep leverde twee reacties op en een derde wijkteammedewerker kon via 'snowball sampling' worden geworven. Het vierde interview was met de teamcoördinator van het team THV. Wijkteammedewerkers uit de MVS-regio zijn benaderd met dezelfde vraag. Dit leverde geen interviews op. In samenwerking met deze teamcoördinator hielden we ook een groepsinterview met twee leden van team THV en twee leden van een van de gebiedsteams van Veilig Thuis.

De individuele interviews duurden tussen 30 en 60 minuten en het groepsinterview ongeveer 90 minuten. De interviews werden, na toestemming van de geïnterviewde, of opgenomen met een audio-recorder of opgenomen in TEAMS. De aantekeningen van de interviews zijn zo snel mogelijk na het afnemen van het interview uitgewerkt tot interviewverslagen.

### *Analyse*

De interviewverslagen van de gesprekken met (potentiële) verwijzers zijn thematisch gecodeerd in een softwareprogramma voor kwalitatieve analyse (Nvivo12<sup>tm</sup>). De codes zijn vervolgens thematisch en hiërarchisch geordend. Op basis van de gecodeerde tekstfragmenten schreven we enkele paragrafen in het resultatenhoofdstuk (§ 3.2, 3.3, 3.5). Paragraaf 3.1 kwam tot stand door het lezen en samenvatten van de projectgroepverslagen. Voor paragraaf 3.4, de opbrengst van de casussen, hebben we de interviewverslagen van betrokken deelnemers gelezen, geordend en onderling vergeleken. Gezien het gering aantal casussen maakten we hierbij geen gebruik van Nvivo.



## 3. Resultaten

In dit hoofdstuk focussen we ons op de inbedding van de pilot in het bestaande systeem van signalering en hulpverlening en werving van kandidaten voor de pilot (§ 3.1). Vervolgens proberen we een verklaring te vinden voor de tegenvallende instroom (§ 3.2 en 3.3). Dan beschrijven we in paragraaf 3.4 de casussen waarover we informatie konden verzamelen bij betrokkenen en de betrokken hulpverleners. In paragraaf 3.5, ten slotte, gaan we in op wat hulpverleners zeggen over hoe plegers kunnen worden gemotiveerd om vrijwillig hulp te accepteren.

### 3.1 Inbedding en werving

De inbedding van de activiteiten in het bestaande systeem én de werving van deelnemers zijn onderwerpen die in elkaar overlopen. Zo leidt de afbakening van wat we in dit project onder huiselijk geweld verstaan tot een keuze van de doelgroep en tot de meest logische vindplaatsen systeem van hulpverlening, en tot een wervingsstrategie. De kern van het project blijft het idee dat door vroegtijdig en op basis van goede diagnostiek en risicotaxatie een passend hulpaanbod te doen, betrokken cliënten (eerder) geneigd zijn dit aanbod te accepteren, dan bij de gebruikelijke werkwijze.

#### *Inbedding en afbakening*

In samenspraak met de projectgroep maakte het IVO een werkdocument waarin: de visie op huiselijk geweld wordt beschreven, de doelgroep wordt afgebakend en keuzes worden vastgelegd over de procedure van werving, het diagnostisch interview en terugkoppeling naar betrokkenen. Ook wordt in het werkdocument de werkwijze van het onderzoek beschreven. Het IVO hield vooraf een focusgroepbijeenkomst, met enkele leden van de projectgroep, om informatie over de inbedding van de interventie te verzamelen. In samenspraak met de diagnostisch onderzoeker van de Waag bereidde het IVO ook de procedure rondom het diagnostische interview voor. De uiteindelijke keuzes werden gemaakt in de projectgroep.

Een van de keuzes betrof de afbakening van het huiselijk geweld. We hebben deze beperkt tot partnergeweld, waarbij kindermishandeling geen uitsluitingsgrond vormde. Binnen deze afbakening is de doelgroep nader gespecificeerd. Kandidaten voor deelname hadden te maken met ernstig en structureel geweld (geoperationaliseerd, als 'herhaald geweld'). Aanvankelijk was de eis dat, indien er kinderen in het spel zijn, deze 12 jaar of ouder moeten zijn. Deze eis is gaandeweg losgelaten.

In relatie tot de afbakening van de doelgroep werden ook de potentiële vindplaatsen verkend. De reclassering viel af, omdat daar al aandacht is voor diagnostiek en behandeling van de dader. Filomena bleef in beeld als vindplaats in de wetenschap, omdat daar ook al veel aandacht is voor diagnostiek en (systeem)behandeling. Het team Tijdelijk Huisverbod krijgt te maken met ernstige situaties van huiselijk geweld en met mensen die vaak nog niet in beeld zijn bij de hulpverlening. Juist voor hen leek het aanbod van de pilot geschikt. Om die reden kwam daar het zwaartepunt van de werving te liggen.

De locatie waar de diagnostische interviews zouden worden gehouden, was bewust niet een van de locaties van De Waag, maar bij Veilig Thuis. Hiervoor is gekozen om het project fysiek los te koppelen van De Waag. Hiermee werd benadrukt dat het niet een project is van De Waag, ook al zijn degenen die de diagnostische interviews doen wel werkzaam bij De Waag. De verwachting was ook dat de adviezen die uit de gesprekken zouden komen, niet een forensisch psychiatrische behandeling zou zijn, maar meer zouden gaan richting psychosociaal welbevinden, relatiegesprekken, verslavingszorg en/of aandacht voor onderliggende problematiek vanuit reguliere ggz.

#### *Wervingsacties*

De uitvoering van de pilot ging op 1 april 2021 van start. Een folder en het toestemmingformulier voor deelname aan het onderzoek waren definitief. In de projectgroepbijeenkomst van eind maart 2021 spreken de projectgroepleden zich uit over de kansen op een vlotte instroom. De verwachtingen richten zich vrijwel uitsluitend

op de bereidheid van plegers om mee te werken. Die zijn niet hooggespannen. Verder vragen sommige zich af of er überhaupt geschikte kandidaten in hun (hulp)organisatie te vinden zijn.

De teamcoördinator THV informeert zijn team schriftelijk en licht de achtergrond en beoogde procedure mondeling toe. Ook wordt de pilot bekend gemaakt onder de teamleden van team CHGKM (nu: Filomena) en Elckerlyc. In de bijeenkomst van de projectgroep in april worden de eerste wervingsinspanningen besproken. Er waren twee kandidaten gevonden, maar die bleken toch niet geschikt. Bij Elckerlyc (opvang in de MVS-regio) is voornamelijk contact met slachtoffers, met de 'verlaten ouder', zoals zij dat noemen, is minder contact en dit contact verloopt bovendien vaak moeizaam. De mogelijkheid om casusregisseurs in de MVS-regio te benaderen wordt besproken. Ook de inzet van een ervaringsdeskundige komt aan de orde om eventuele twijfelaars over de streep te helpen of gesprekken aan te bieden ter overbrugging van wachttijd.

In de projectgroepbijeenkomst van mei 2021 zijn er nog geen geschikte casussen aangemeld. Er wordt gebrainstormd over de oorzaken. Hieronder een selectie van de meest waarschijnlijke:

- Bij team THV kunnen medewerkers cliënten gemakkelijk aanmelden voor agressieregulatietraining en/of partner- en relatietherapie bij De Waag. De toegevoegde waarde van de pilot vergeleken met deze 'standaardrecepten' is niet vanzelfsprekend duidelijk bij de medewerkers van team THV. De Waag houdt een wekelijks spreekuur op deze locatie.
  - Reflectie: het project is niet bedoeld om cliënten naar De Waag toe te leiden, maar om de best passende zorg te adviseren. Kennelijk is De Waag zo sterk ingeburgerd dat niet snel aan andere aanbieders wordt gedacht.
- Filomena lijkt niet een goede vindplaats. De nieuwe methodiek (multifocusaanpak<sup>2</sup>) die wordt toegepast, is gericht op vastgelopen casussen. Er is geen sprake van 'vroegdiagnostiek'; eerder van 'laatdiagnostiek'. De multifocusaanpak is in zekere zin ook een antwoord op het probleem dat we met deze pilot proberen te tackelen: behoefte aan stevige diagnostiek en daaruit voortvloeiende passende hulp (persoonlijke mededeling A.Rozema 26-1-2022).
- Er komt aan de orde dat er lang niet altijd contact is met de plegers (ook genoemd: de verlaten ouder) in het hulpverleningscontact. Niettemin merkt Veilig Thuis (VT) dat er bij de (tijdelijk) verlaten ouder vaak onrust en frustratie is. In principe een goed aanknopingspunt voor een systemische benadering die uit de hij-zij tegenstelling blijft.
  - Reflectie: de interventie is niet primair gericht op stellen die uit elkaar gaan. Maar deze nuancering lijkt verloren gegaan in de communicatie over het project.

#### *Criteria en aanmeldingen*

Er wordt besloten het criterium 'geen jonge kinderen in het gezin' los te laten, evenals het strikte criterium 'ten minste vijf antecedenten' en het ruimere 'herhaaldelijk' te hanteren. Verder wordt besloten om de pilot onder de aandacht te brengen van het crisisteam en in de gebiedsteams van VT. Ook de wijkteams als vindplaats komen in beeld, omdat daar mensen met meer structurele problematiek zouden worden behandeld/begeleid.

Een maand later (juni 2021) zijn er twee kandidaat stellen aangemeld: een via een gebiedsteam van VT en een via een wijkteam. Er wordt gemeld dat een aantal andere kandidaten toch ongeschikt bleken of zelf afzagen van deelname. Er wordt afgesproken te proberen enkele uren uit het budget voor de ervaringsdeskundige vrij te maken, zodat deze kan worden ingezet om hulpacceptatie van plegers te stimuleren. De ervaringsdeskundige zal aansluiten bij Elckerlyc, die merkt dat de verlaten ouder moeilijk te bereiken is (omdat Elckerlyc door de verlaten ouder wordt gezien als partijdig).

<sup>2</sup> <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-03/Methodebescrijving-multifocus.pdf>

In juli is er een bericht opgesteld voor de nieuwsbrief voor wijkteammedewerkers met specialisatie huiselijk geweld. Dit bericht is 10 augustus aan hen gemaild. Vanaf 20 september is er een infoblad beschikbaar op de RIO-pagina, de openingspagina waarop Rotterdamse wijkteammedewerkers inloggen.

In september zijn er nog geen extra casussen ingestroomd. In de projectgroep wordt ook (gebrekkige) taalbeheersing als een veel voorkomende reden genoemd om mensen niet in aanmerking te laten komen voor deze interventie.

De wijkteams in de MVS-regio zijn (veel) later benaderd, dan de wijkteams in Rotterdam (november 2021). Die vertraging houdt verband met het wegvallen van een MVS-gemeentevertegenwoordiger uit de projectgroep en het gebrek aan warme contacten met de wijkteams uit deze regio. De mailinglijst waarmee wijkteams in deze regio zijn benaderd, bleek verouderd. Er zijn uit deze regio geen deelnemers aangemeld of voorbesproken met de teamcoördinator THV.

De analyses en reflecties in de projectgroep over het uitblijven van aanmeldingen leidden tot het formuleren van twee hypothesen:

1. Het aanbod van de pilot sluit niet aan (bij cliënten en verwijzers); en
2. De werving was niet adequaat.

In het volgende paragraaf bespreken we de toetsing van deze hypothesen op basis van de resultaten van de interviews met (potentiële) verwijzers.

### 3.2 Hypothese 1: aanbod pilot sluit niet aan

We kunnen op twee manieren kijken naar de vraag of het aanbod aansluit:

- 1) Sluit het aan bij de behoefte van de beoogde deelnemers?
- 2) Sluit het aanbod aan bij hulpverleners die deelnemers zouden kunnen werven?

Idealiter willen we van deelnemers weten of het aanbod aansluit bij hun behoefte, maar juist het vinden deelnemers is het centrale probleem geworden dat we onderzoeken.

De afbakening van de doelgroep was aanvankelijk breed, maar werd in de praktijk versmald. In het verslag van de startbijeenkomst van de projectgroep wordt gesteld dat ook 'stellen die uit elkaar gaan onder voorwaarden' in aanmerking konden komen. In de praktijk is 'stellen die bij elkaar willen blijven' het primaire criterium geworden.

Uit de interviews blijkt dat de beoogde deelnemers minder vaak in beeld zijn, dan aanvankelijk veronderstelt. Althans, er waren vanaf het begin wel twijfels, maar het lijkt dat die, in de wens om de interventie van de grond te krijgen, (te) weinig aandacht kregen. In de projectgroep kwamen via hulpverleningsvertegenwoordigers al signalen binnen dat er in hun organisaties of caseload weinig casussen zaten die pasten bij de opgestelde criteria. Soms hadden hulpverleningsorganisaties alleen of voornamelijk te maken met slachtoffers (Elckerlyc), zagen ze de cliënten pas als die al een (vastgelopen) hulpverleningstraject hadden doorlopen (Filomena) en/of hadden zij zelf een diagnostisch- en hulpaanbod (Team THV, Filomena<sup>3</sup>). De vertegenwoordiger van Filomena trok zich om die redenen terug uit de projectgroep. Ook werd in de opstartfase door team THV al gemeld dat ze een goed functionerende praktijk hadden om cliënten partner- en relatietherapie aan te bieden.

<sup>3</sup> Filomena trok zich om genoemde redenen uit de projectgroep terug.

Tabel 2. Potentiële deelnemers per vindplaats

Vindplaats	Potentiële deelnemers
Filomena	Behandelen vastgelopen casussen. Doen zelf ook onderzoek naar wat het partnergeweld in stand houdt. Hebben zelf ook een aanbod.
Elckerlyc	Richten zich voornamelijk op slachtoffers. Met de verlaten ouder is nauwelijks contact, zien Elckerlyc als 'de vijand'.
Team THV	Medewerkers van team THV hebben al een oplossing voor het probleem waarop de pilot een antwoord wil zijn.
Gebiedsteams Veilig Thuis	Caseload huiselijk geweld is divers met weinig stellen die bij elkaar willen blijven.
Crisisteam	Het crisisteam lijkt geen geschikte vindplaats voor deelnemers aan de pilot. Partners gaan uit elkaar, of zijn te kwetsbaar voor de interventie.
Wijkteams Rotterdam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De huiselijk geweld casussen in Rotterdamse wijkteams zijn divers. Partnergeweld, tussen partners die bij elkaar willen blijven, komt weinig voor.</li> <li>- Wellicht bij jeugd- en gezinscoaches meer geschikte casussen, dan bij specialisten huiselijk geweld.</li> <li>- Wijkteams onderzoeken, net als in de pilot, wat er aan de hand is, hebben zelf een hulpaanbod in huis en hulpverleners zijn terughoudend in doorverwijzen.</li> </ul>
Wijkteams MVS-regio	Indruk is dat deze wijkteams weinig casussen met partnergeweld in hun caseload hebben. Deze aannname zou beter kunnen worden onderzocht.
Veilig Thuis – Advies- en meldpunt	Het advies- en meldpunt van VT onderzoekt de aangemelde casussen te oppervlakkig om zich een goed oordeel te vormen over eventuele geschiktheid stellen voor de pilot.

Praktijkcriteria die verwijzers toepassen zijn taalbeheersing en cognitief functioneren. Mensen waarvan zij inschatten dat die onvoldoende niveau hebben om drie uur lang in gesprek te gaan met een diagnostisch onderzoeker en daar vragenlijsten af te werken, laten zij niet in aanmerking komen. Andere inschattingen, zoals stress, motivatie en vermogen tot zelfreflectie spelen een rol in de afweging van de verwijzer het aanbod wel of niet onder de aandacht van de betrokkenen te brengen. Het verschilt per wijk of gebied waar de verwijzers werken of dit vaak of minder vaak voorkomt.

In tabel 3 zien we een overzicht van de dertien voorgedragen casussen. Hiervan hebben er vier uiteindelijk de hele aanmelding en interventie door. De redenen van niet doorgaan en de toelichting erop maken duidelijk dat voor een aantal stellen de gesprekken als te lang of inspannend werden ingeschat (casus 2, 3). Enkele andere stellen gingen alsnog uit elkaar, waardoor de interventie overbodig<sup>4</sup> werd gevonden door de verwijzer (1, 4, 7). In andere gevallen werd besloten eerst reeds ingezette hulpverlening voort te zetten of een ander hulpverleningstraject te starten (3, 8, 11, 13). Van casus 10 kregen we geen aanvullende informatie aangeleverd.

<sup>4</sup> Feitelijk is dit onjuist, de interventie is ook beschikbaar voor stellen die uit elkaar gaan. Maar kennelijk, in de perceptie van de verwijzers, is dat niet zo of is in dat geval de interventie minder of niet meer relevant.

Tabel 3. Overzicht van aangemelde casussen mei-december 2021

	Maand	Aanmeld-organisatie	Aanmelding voltooid of reden als het niet doorging	Toelichting
1.	Mei	VTRR (THV)	Partners uit elkaar, willen geen onderling contact meer	Gesprekken waren al ingepland, maar werden door cliënten afgezegd na relatiebreuk.
2.	Mei	VTRR (THV)	Cliënt wil wel hulpverlening, maar staat niet open voor pilot vanwege lange gesprekken	Er is door VT laagdrempelige hulpverlening van het wijkteam ingezet.
3.	Jun.	VTRR (Crisisteam)	Inzet andere hulpverlening	Gesprekken waren al ingepland, maar werden afgezegd, omdat cliënten zelf in overleg met huisarts voor relatietherapie kozen bij een andere organisatie. Vanwege medische kwetsbaarheid bij een van de cliënten zagen ze het lange vraaggesprek ook niet zitten.
4.	Jun.	VTRR (gebiedsteam)	Cliënt wil uiteindelijk geen contact meer met ex-partner en daarom geen hulpverlening hierop gericht	
5.	Jun.	Wijkteam R'dam	Aanmelding voltooid	Alle elementen van pilot doorlopen.
6.	Jun.	VTRR (THV)	Aanmelding voltooid	Alle elementen van pilot doorlopen.
7.	Jun.	VTRR (gebiedsteam)	Cliënt geplaatst in crisisopvang voor huiselijk geweld	Gesprekken waren ingepland, maar door nieuw incident is cliënt geplaatst in vrouwenopvang.
8.	Aug.	VTRR (THV)	Aanmelding voor partnerrelatie gesprekken bij de Waag	Hulpvragen niet 'complex' genoeg voor pilot.
9.	Sep.	VTRR (gebiedsteam)	Aanmelding voltooid	Gesprek met pleger niet geheel doorlopen.
10.	Okt.	VTRR (THV)	(onbekend)	
11.	Dec.	Wijkteam R'dam	Al meerdere hulpverleners betrokken	Wijkteam zocht overleg over pilot maar er is geadviseerd om eerst met lopende hulpverlening van ggz en huisarts te bekijken of dat voldoende is of dat inzet pilot nodig is.
12.	Dec.	Wijkteam R'dam	Aanmelding voltooid	Alle elementen van pilot doorlopen.
13.	Dec.	VTRR (THV)	Hulpverlening Fivoor lijkt passender	Na overleg met De Waag geadviseerd om Fivoor in te zetten.

In de projectgroep werd in november 2021, na het uitblijven van de verwachte instroom, de term *case finding* geïntroduceerd. Deze term geeft weer dat niet alle casussen die aan de omschrijving van de doelgroep voldoen ook geschikt zijn of willen deelnemen aan de interventie. Vanuit term *case finding* volgt de vraag: waar zouden we

de beoogde deelnemers kunnen vinden? Hieronder bespreken we enkele mogelijke vindplaatsen die uit de projectgroep en interviews naar voren kwamen.

#### *Team THV*

Team THV lijkt de grootste en meest kansrijke vijver om kandidaten te vinden voor deelname aan de pilot. In het team THV worden jaarlijks zo'n 700 casussen aangemeld (Rijnmond en MVS-regio samen). Het grootste deel betreft partnergeweld. In alle gesprekken met medewerkers van THV komt naar voren dat er kandidaat-deelnemers in de caseload zitten die voldoen aan de omschrijving van de doelgroep. De aanvullende criteria, echter, beperken het aantal potentiële kandidaten wel.

Als we met de leden van team THV het aanbod van de pilot bespreken, herkennen zij in de interventie het werk dat ze zelf ook doen. Zij maken ook een risico-inschatting en proberen te achterhalen wat het geweld in de relatie triggert en in stand houdt, én zij geven een hulpverleningsadvies. Zij erkennen daarbij dat het niet zo 'diep' gaat als wat De Waag in de pilot doet, maar het verschil is gradueel, niet fundamenteel. De bekendheid met het reguliere aanbod De Waag lijkt daarbij de opzet van de pilot onder te sneeuwen, namelijk diagnostiek die tot een 'best passend zorgadvies' leidt. Dat passende zorgadvies kan breder zijn dan behandeling bij De Waag waarnaar zij gewoonlijk verwijzen. Dit hangt samen met de goed ontwikkelde praktijk van team THV om stellen, die met elkaar verder willen, aan te melden voor partner- en relatietherapie bij De Waag in plaats van voor de pilot. De Waag houdt wekelijks een kennismakingssprekkuur op locatie van team THV en THV-medewerkers weten hier moeiteloos de weg naar te vinden. Pas wanneer er naast geweldsproblematiek ook andere wel aanwezige, maar minder duidelijke problematiek is (of een vermoeden van), dan komt de optie van de pilot in beeld.

Samengevat: medewerkers van team THV geven aan vergelijkbare interventies toe te passen en hebben daarmee wellicht al een oplossing voor het probleem waarop, volgens hen, de pilot een antwoord wil zijn.

#### *Gebiedsteams Veilig Thuis*

De caseload van het gebiedsteam Veilig Thuis is divers: kindermishandeling, verwaarlozing, vechtscheidingen et cetera. Partnergeweld bij stellen die bij elkaar willen blijven, komt relatief weinig voor. Daarmee lijken de gebiedsteams op voorhand een niet heel geschikte vindplaats voor potentiële deelnemers. De aanmeldingen die wel vanuit het gebiedsteam kwamen, gingen (toch) niet door (stel ging alsnog uit elkaar). Bij de enige aanmelding vanuit het gebiedsteam kon de pilotprocedure niet volledig worden doorlopen, omdat een van de partners maar half meewerkte.

Samengevat: caseload huiselijk geweld divers, weinig stellen die bij elkaar willen blijven.

#### *Crisisteam*

We hebben geen rechtstreeks contact gehad met het crisisteam. De pilot is daar wel onder de aandacht gebracht van de medewerkers (door coördinator team THV). De terugkoppeling vanuit dit team is dat in de meeste gevallen waar het crisisteam bij betrokken is, de partners niet bij elkaar willen of kunnen blijven. Vaak wordt in deze casussen voor de vrouwelijke partner een opvangplek gezocht buiten de regio.

Samengevat: het crisisteam lijkt geen geschikte vindplaats voor deelnemers aan de pilot.

#### *Wijkteams Rotterdam*

Eind 2021 zijn als onderdeel van de tussentijdse evaluatie de specialisten huiselijk geweld van de wijkteams aangeschreven om hen te polsen voor een verklaring voor de achterblijvende instroom. Voor de wijkteams (wij spraken HG-specialisten uit drie van de 42 wijkteams) lijkt min of meer hetzelfde te gelden, als voor de gebiedsteams: in de zeer diverse caseload zit maar een klein aantal stellen dat bij elkaar wil blijven. Als er kinderen bij betrokken zijn, worden deze casussen lang niet altijd onder de HG-specialisten verdeeld, maar onder de jeugd- en gezinscoaches. De HG-specialisten zijn dan als adviseur in deze casus betrokken. In dit verband werd gewezen op de rol van de gedragsdeskundigen (voor kinderen en jeugdigen). De gedragsdeskundige heeft goede kennis van de sociale kaart en zou ook het aanbod van de pilot onder de aandacht kunnen brengen (en

deed dat in een geval ook). In een van de wijkteams van de geïnterviewde hulpverleners was op het moment van het interview geen gedragsdeskundige werkzaam (we weten niet hoe dit in de overige wijkteam zit).

Een van de geïnterviewde HG-specialisten zei dat het wijkteam een intake doet. Hierbij wordt nauwkeurig nagegaan wat er aan de hand is en welke hulp passend is. Wijkteams kunnen vervolgens zes tot twaalf maanden zelf hulp verlenen. De HG-specialist wees erop dat iemand doorverwijzen direct na een intake, lang niet altijd een aantrekkelijke optie is:

*“Je kunt je voorstellen dat we terughoudend zijn om kort na een intake iemand door te sturen voor een volgende intake, bij De Waag deze keer. Bovendien, wij hebben een wachtlijst, dus voordat we de problemen zien, bestaan die al een tijdje. En dan heb je eindelijk een intake bij het wijkteam, stuurt die je weer door. Mensen zijn al niet erg happig op meerdere keren hun verhaal te doen.”*

(HG specialist wijkteam)

Bovenstaand citaat bevat nog een element dat doorverwijzen naar de pilot mogelijk hindert: de wachtlijst bij het wijkteam. Hoewel ons exacte cijfers niet bekend zijn, kan de wachttijd oplopen van enkele weken tot enkele maanden (vergelijk rapport van de Rotterdamse rekenkamer “Het komt niet in de buurt, 2018”).<sup>5</sup> Dit gegeven werpt de vraag op of er nog sprake kan zijn van vroegdiagnostiek. Formeel misschien wel, maar in de hoofden van de verwijzers misschien niet.

Samengevat: de huiselijk geweld casussen in Rotterdamse wijkteams zijn divers. In de caseload van verwijzers blijven partners niet vaak bij elkaar als er sprake is van (aanhoudend) partnergeweld. Jeugd- en gezinscoaches hebben wellicht vaker met aanhoudend partnergeweld te maken, dan specialisten huiselijk geweld. En deze groep professionals is niet apart benaderd om kandidaten te werven voor de pilot. Wijkteams onderzoeken, net als in de pilot, wat er aan de hand is, hebben zelf een hulpaanbod in huis en hulpverleners zijn terughoudend in doorverwijzen.

#### *Wijkteams MVS-regio*

Uit de schriftelijke respons van een wijkteammedewerker uit Schiedam rijst het beeld op dat ook hier weinig cliënten zijn die voor de pilot in aanmerking zouden komen. Verder was er geen respons en daarom zijn er geen gesprekken gevoerd met wijkteammedewerkers uit de MVS-regio. Uit Maassluis en Vlaardingen hebben we geen respons gekregen.

Samengevat: eerste indruk is dat deze wijkteams weinig casussen met partnergeweld in hun caseload hebben. Deze aanname zou beter moeten worden onderzocht, omdat wijkteams weldegelijk een belangrijke rol wordt toegedacht bij huiselijk geweld.<sup>6</sup> Wat het aandeel partnergeweld daarin is, is niet bekend.

#### *Veilig Thuis – aanmelding*

Verschillende wijkteammedewerkers wijzen erop dat Veilig Thuis en in het bijzonder het Advies- en meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling een goede vindplaats zou zijn. Immers, via de publiekstelefoon, de politie, wijkteam, scholen en andere kanalen worden daar casussen aangemeld waarbij een vermoeden is van huiselijk geweld of kindermishandeling. Maar volgens de teamcoördinator THV is het advies- en meldpunt geen geschikte vindplaats:

*“Omdat zij [medewerkers advies- en meldpunt] op basis van een melding binnen korte tijd de inschatting moeten maken of VT er zelf mee aan de slag moet en met welke urgentie. Zij spreken niet in alle gevallen de direct betrokkenen en hebben weinig zicht op de geschiktheid van casussen voor de pilot. Ze krijgen bijvoorbeeld alleen een melding van de politie dat er een geweldsincident is geweest, maar*

<sup>5</sup> <https://rekenkamer.rotterdam.nl/wp-content/uploads/2018/06/R.O.16.09-het-komt-niet-in-de-buurt-1-1.pdf>

<sup>6</sup> <https://www.huiselijkgeweld.nl/publicaties/publicaties/2019/11/21/kwaliteitskader-werken-aan-veiligheid-voor-lokale-wijkteams>



*het is dan nog niet duidelijk of het een patroon is, of betrokkenen hulp willen, of ze verder willen met de relatie etc.”*

(Teamcoördinator THV)

Bij het advies- en meldpunt komt het aanbod voor vroegdiagnostiek te vroeg. Er is nog onvoldoende bekend of stellen passen in de doelgroep van de pilot en voldoen aan de aanvullende criteria.

Samengevat: het advies- en meldpunt van VT kent aangemelde casussen te oppervlakkig om zich een goed oordeel te vormen over eventuele geschiktheid van stellen voor de pilot.

#### Voorlopige conclusie hypothese 1

De voorlopige en voorzichtige conclusie is dat hypothese ‘het aanbod pilot sluit niet aan’ (tenminste) deels juist is. Enerzijds is het aantal stellen dat bij (aanhoudend) partnergeweld bij elkaar wil blijven beperkt, anderzijds doen hulpverleners in verschillende *settings* ongeveer hetzelfde wat in de pilot wordt gedaan, zij het minder wetenschappelijk en minder degelijk, namelijk: problemen inventariseren en een passend hulpaanbod doen.

### 3.3 Hypothese 2: de werving was niet adequaat

#### *Mailing*

In juli 2021 zijn medewerkers van de Rotterdamse wijkteams via de nieuwsbrief “Wij in de wijk” op de hoogte gebracht van de pilot. Door de timing van dit bericht (juli 2021) zijn vanwege de vakantie mogelijk niet alle wijkteammedewerkers bereikt (niet geverifieerd). In september 2021 is via een infoblad op de landingspagina van RIO (digitale werkomgeving wijkteams) nogmaals gewezen op de pilot. Op deze pagina worden medewerkers met plaatjes en een stukje tekst verleid om op mededelingen en (interne) nieuwsberichten te klikken.

In de MVS-regio zijn, vanwege personeelwisseling en het (daardoor) ontbreken van vertegenwoordiging in de projectgroep, de wijkteammedewerkers van MVS pas in november 2021 aangeschreven. Relatief veel emailadressen bleken echter niet meer te werken. De werving in de MVS-regio had steviger kunnen worden voorbereid, maar warme contacten waren onvoldoende voorhanden om dit efficiënt te kunnen doen.

#### *Information overload*

Tijdens de interviews komt meerdere keren terug dat casusregisseurs en wijkteammedewerkers dagelijks een grote hoeveelheid informatie te verwerken krijgen. Zij selecteren die informatie op relevantie en urgentie voor de uitvoering van hun primaire taak. Informatie die niet relevant is voor de uitvoering van hun primaire taak krijgt een lagere prioriteit (vergelijk: nice to know, need to know). Ervaren werkdruk speelt daarin een rol.

*“Elke dag tientallen mails over de casussen. Niet alleen met de direct betrokkenen, maar ook met Veiligheidshuis, OM, reclassering, hulpverleners, wijkteams etc. Aan veel van die mails kleeft ook een deadline, omdat wettelijke termijnen moeten worden gerespecteerd. Daarnaast zijn er de mails over de organisatie, zoals de pilot, maar ook over allerlei andere zaken als collega’s die een vervanger zoeken, veranderingen bij andere organisaties etc.”*

(Casusregisseur THV)

In het team THV is de schriftelijke informatie over de pilot (via mail) herhaaldelijk aangevuld met een persoonlijke oproep/toelichting van de teamcoördinator. De medewerkers kregen hierdoor de gelegenheid om vragen te stellen. De persoonlijke aanpak werd gewaardeerd, maar het is onduidelijk of dit ook leidde tot meer aanmeldingen.

Waar casusregisseurs THV te maken hebben met tijdsdruk (in tien dagen na aanmelding dient er een zorgadvies te liggen) spreken wijkteammedewerkers vooral over ‘versplintering’ van het informatieaanbod.

*“Ik heb het gevoel dat er heel veel aanbod is op allerlei gebied, niet alleen HG, maar zeker ook op het gebied van HG. Soms zie ik door de bomen het bos niet meer. In mijn team zijn allerlei werkgroepjes,*



*casuïstiekoverleg, webinars en nog meer. Het is heel veel en het is naar mijn gevoel versplinterd.*  
(HG deskundige wijkteam)

De andere wijkteammedewerkers laten zich op vergelijkbare wijze uit over hoeveelheid en diversiteit van de informatie die ze dagelijks te verwerken krijgen. Zij selecteren op relevantie en de informatie over de pilot is voor hen weinig relevant, immers, ze hebben maar weinig stellen in hun caseload die ook bij elkaar willen blijven.

#### *Samenhang HG-domein*

De geïnterviewde HG-specialisten brengen de 'information overload' in verband met de door hen ervaren gebrekkige samenhang in het domein van huiselijk geweld. Zij spreken van een grote hoeveelheid initiatieven, bureautjes, informatie, nieuwbrieven en beleid en zien daarin niet direct de samenhang. Zij leveren daarmee geen inhoudelijke kritiek op de afzonderlijke acties, maar wijzen op een ervaren gebrek aan coördinatie en samenhang daartussen.

*"Maar er ontbreekt wel de coördinatie en ontbreekt de verbinding tussen beleid en uitvoering. Er is geen eenduidigheid."*

(Wijkcoach senior, taakaccent huiselijk geweld)

Deze pilot is een voorbeeld van een van de initiatieven in het domein van huiselijk geweld dat voor veel wijkteammedewerkers niet direct raakt aan de kern van hun werk.

Samengevat: in de 'informatiestorm' die sociale professionals dagelijks overkomt, wordt een bericht dat niet direct bruikbaar is voor hun primaire taakstelling niet of slecht gelezen. Enigszins speculatief kunnen we stellen dat onze informatie over de pilot onvoldoende aansloeg bij de specialisten huiselijk geweld.

#### Voorlopige conclusie hypothese 2

De voorlopige en voorzichtige conclusie is dat de hypothese 'de werving was niet adequaat' ten dele klopt. Als we adequaat begrijpen als succesvol of doeltreffend, klopt de stelling. Niettemin hebben we divers geworven onder verwijzers die we op basis van de aanwezige kennis in de projectgroep konden identificeren. De geïnterviewde specialisten huiselijk geweld geven terug dat we ook jeugd- en gezinscoaches hadden kunnen benaderen, omdat voor hen het aanbod relevant(er) zou kunnen zijn.

### 3.4 Opbrengst casussen

In deze paragraaf analyseren we de vier casussen die via Veilig Thuis (VT) zijn aangemeld voor het project. We kijken op drie niveaus:

1. Hoe verliep het proces van aanmelding?
2. Hoe ervoeren de betrokkenen de interventie (aanmelding en diagnostiek)?
3. Wat vonden ze van het behandelaanbod?

Tabel 4. Overzicht van casussen in de pilot.

Alias	Casus A Kirsten en Nico	Casus B Berna en Deniz	Casus C Chloé en Keyron	Casus D Reshma en Jayden
Verwijzer	Via wijkteam, lopend contact	Via THV, incident	Via gebiedsteam, melding VT	Via wijkteam, lopend contact
Kinderen	Kinderen (1) Basisschool	Kinderen (2) Tieners	Zwanger	Kinderen (2) Puber, tiener
	Jeugdtrauma (dader)	Alcohol en drugs (dader)	Beide voorgeschiedenis (ggz) hulpverlening	Een partner chronisch ziek + trauma ('slachtoffer')
Geïnterviewd	Beide geïnterviewd (dader 2x)	Beide geïnterviewd (slachtoffer 2x)	Niet geïnterviewd. Dit leek ongepast, kort na de bevalling (slachtoffer) en dader werkte in eerste instantie niet echt mee.	Beide geïnterviewd (1x)
Aanleiding van de verwijzing	Contact met wijkteam via signalen van school. In de loop van het contact blijkt dat er geweld speelt tussen de ouders. Overwogen wordt Veilig Thuis in te schakelen, maar eerst krijgen zij de kans om deel te nemen aan diagnostisch traject via de pilot. Er gaat van optie VT een zekere dreiging uit. Beide partners overtuigd dat er iets moet veranderen.	Naar aanleiding van incident volgt THV en via rechter ook een straatverbod. Pleger in reclasseringstraject. Via team THV aangemeld voor pilot. Aanbod pilot geaccepteerd, omdat alles wordt aangegrepen om bij elkaar te blijven. Dader instrumenteel, slachtoffer uit overtuiging dat het nodig is.	Lopend contact met gebiedsteam VT. Aanleiding was melding van een nieuw incident. In tweede gesprek na ontslag uit ziekenhuis, risicotaxatie voorgelegd in bijzijn van de vertrouwensarts. Slachtoffer accepteerde, dader ook, maar werkte maar half mee.	I.v.m. puber was al contact met WT. Dankzij opgebouwde vertrouwensband ook openheid over spanning in de relatie. WT bekend met pilot (casus 1). Aanbod pilot geaccepteerd. Dader met tegenzin, slachtoffer gretig.
Timing diagnostisch interview	Gesprek twee weken na aanbod.	Gesprek twee weken na aanbod, maar maanden na het incident.	Gesprek twee weken na aanbod.	Gesprek twee weken na aanbod.
Advies	Relatietherapie met aandacht voor trauma. Teleurgesteld omdat vóór hen is gekozen i.p.v. mét hen.	Relatietherapie. Slachtoffer teleurgesteld dat het vrijwillig is.	?	Relatietherapie. Betrokkenen kiezen voor de Waag. Andere optie was: zoek zelf een relatietherapeut.
Timing behandeling n.a.v. advies	Drie maanden wachttijd voor intake. Dit was een tegenvaller voor de dader.	Aanmelding verloopt uiteindelijk via team THV. Vertraagd door miscommunicatie THV/reclassering. Wachttijd intake onbekend.	?	Wachttijd vier maanden. Dit komt betrokkenen niet slecht uit.

### *Aanmelding*

De aanmelding verliep in twee casussen via het wijkteam en via dezelfde medewerker van dat wijkteam. In beide gevallen was er sprake van een reeds lopend contact met het gezin. In de casus van Kirsten en Nico ontstond het contact na signalen van school. De jeugd- en gezinscoach die erbij betrokken raakte, bracht de casus in bij haar ZvVO basisteam<sup>7</sup>. De gedragsdeskundige in dat team wees haar op de pilot. Kirsten en Nico ervoeren enige dwang om mee te werken, omdat een collega van de jeugd- en gezinscoach met hen de optie besprak het jeugdbeschermingsplein in te schakelen. In de casus van Reshma en Jayden was er contact in verband met gedragsproblemen van de puberende zoon ("hij is nogal een binnenvetter"). Dankzij doorvragen van de jeugd- en gezinscoach kwam de onderlinge gewelddadige spanning aan het licht.

Een van casussen (Berna en Deniz) is aangemeld via team THV. Na een incident waarbij Deniz onder invloed van alcohol en cocaïne én slaapdeprivatie zijn partner Berna mishandelde, kwamen zij in contact met politie, wijkteam, jeugdzorg en een medewerker van team THV. Deze deed het aanbod van het diagnostisch traject van de pilot dat zij accepteerden en waardoor zij vervolgens andere hulpaanbieders afhielden. In de herinnering van Berna behelsde het aanbod "relatietherapie bij De Waag". Zij vond dat een hoopvolle gedachte. In de afwikkeling van het incident kreeg Deniz een straatverbod en een reclasseringstraject opgelegd. Het aanbod van "gesprekken bij De Waag" greep hij aan, omdat hij alles wilde doen "om weer thuis te kunnen wonen". Hij wil zijn goede wil tonen.

In de casus van Chloé en Keyron deed de procesregisseur van het gebiedsteam VT het aanbod om deel te nemen aan de pilot. De procesregisseur heeft de pilot onthouden als "risicotaxatiegesprekken". Chloé kwam door het incident in het ziekenhuis. In het tweede gesprek nadat zij weer thuis was, heeft de procesregisseur (in bijzijn van de vertrouwensarts) de mogelijkheid besproken. Beiden zeiden open te staan voor dit aanbod. Chloé voerde het gesprek met De Waag. Keyron kwam wel op gesprek, maar te laat en ging ook weer eerder weg. De meegegeven vragenlijsten zijn door hem niet ingevuld.

In alle casussen volgde, nadat deelname was afgesproken, heel snel de uitnodiging voor het diagnostisch gesprek. Binnen twee weken na de toezegging mee te doen, werden de gesprekken gehouden. In de casus met het THV vonden de gesprekken enkele maanden na het incident plaats, o.a. doordat de dader enige tijd in detentie zat.

### *Het diagnostisch gesprek*

De opzet is dat beide partners afzonderlijk worden geïnterviewd door een diagnostisch onderzoeker (risicotaxatie en vroegdiagnostiek). Deze neemt vragenlijsten af voor risicotaxatie (Masic, BSAfer), persoonlijkheidsvragenlijsten (NPV-2-R, CISS, SCL 90) en houdt een semigestructureerd interview (persoonlijkheidsfunctioneren en delict-analyse).

In de drie casussen waar we de betrokkenen spraken, waren zij allen positief over het gevoerde gesprek (risicotaxatie en diagnostiek). De gesprekken duurden weliswaar lang (ongeveer drie uur), maar desondanks werden ze positief ervaren.

*"Ik vond het spannend om te gaan. Ik was daardoor een half uur te vroeg op de afspraak. Maar het is me meegevallen. Het was een prettig gesprek. We zaten in een kale spreekkamer, heel officieel, en er waren ook formulieren met vragen. Toch vond ik het vaak net een gewoon gesprek. Het was ook een aardige man met wie ik sprak, dat scheelt wel. Ik zal wel steeds te denken hoe mijn partner op hem zou reageren. Achteraf kan ik zeggen 'goed'."*

(Reshma, casus D)

<sup>7</sup> In 2020 zijn de wijkteams gestart met Zorg voor veilig opgroeien (ZvVO). Dit is een intensieve werkwijze van regie en hulp. Wijkteammedewerkers kunnen tijdens de uitvoering van ZvVO gebruik maken van het aanbod van 'consult en advies' door de medewerkers van Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond (JBRR). Gevonden op ['wat doet de gemeente rotterdam'](#) (bezoekt 24-2-2022).

Bij de twee mannen (plegers) was aanvankelijk wel scepsis, maar zij merkten al snel dat de diagnostisch onderzoeker de goede toon trof in het gesprek en relevante vragen stelde. Een van hen vertelt dat hij *“zelfs een traantje liet”* tijdens het gesprek, omdat *“hij de juiste vragen stelde en op de juiste manier reageerde op mijn antwoorden”* (Jayden, casus D). Er werden ook vragenlijsten afgenomen tijdens het gesprek en daarin stonden soms moeilijke woorden. De diagnostisch onderzoeker lichtte die steeds toe. Maar ook werden er in het gesprek soms moeilijke woorden gebruikt. Een van de betrokkenen zegt dat *“mensen zich daardoor dom kunnen voelen”* (Nico, casus A). Toch bleek dit voor de betrokkenen uiteindelijk geen probleem of aversie op te leveren.

*“Het is een goede vent, hij is een relaxte man. Je kan met hem lachen en serieus zijn (...), maar het was wel fokking veel papierwerk. (...) en woorden waar ik nog nooit van gehoord had.”*

(Deniz, casus B)

#### *Het gespreksverslag*

Kort na het afronden van beide gesprekken krijgen de betrokkenen per email een verslag van het gesprek. De ene zegt dat het 17 pagina's besloeg, in een andere casus wordt 26 pagina's genoemd. Voor iedereen is dit uitgebreide verslag zo goed als onleesbaar door het vele jargon dat erin staat. Een van de betrokkenen noemt het grappend *“Chinees”* en heeft enkele woorden gegoogeld om te snappen wat er staat (Reshma, casus D). De goede kant ervan is dat alles erin staat en dat je weet dat alles is meegenomen.

*Het waren 26 pagina's, die hij [de geïnterviewde cliënt] niet heeft gelezen, veel te moeilijk. Hij heeft wel wat beters te doen. Bovendien bevat het verslag voor hem onbegrijpelijk taal met “gekke woorden” en afkortingen “die allemaal iets betekenen”. (...) Hij leest vanaf zijn telefoon enkele stukjes voor met – inderdaad – allemaal onbegrijpelijke afkortingen. Ik [de interviewer] vraag of er niet een samenvatting bij zit, hij scrollt even, maar ziet het niet zo snel. Het enige dat hij heeft onthouden is iets met “achterdochtig” en later brengt hij dat in verband met jaloezie.”*

(Deniz, interviewverslag casus B)

De conclusie en samenvatting van het verslag worden als duidelijker en herkenbaarder ervaren, dan het verslag zelf, maar spreekt ook nog niet voor zich. De dingen lijken helemaal op zijn plaats te vallen in het driegesprek.

#### *Het driegesprek en advies*

Nadat de interviewverslagen zijn gemaild, wordt een driegesprek gehouden met degene die het diagnostische interview deed en beide partners. In dit gesprek wordt de uitslag van de individuele gesprekken toegelicht, waaronder de geadviseerde behandelopties. Deze gesprekken vinden live of via beeldbellen plaats. De indruk is dat in twee van de vier casussen (A en D) het driegesprek bijdraagt aan begrip van het advies en de motivatie om het advies ook op te volgen. Toch zijn hier nog kanttekeningen bij te plaatsen.

- Het is niet vanzelfsprekend duidelijk hoe het advies dient te worden opgevolgd:
  - Het gaat hier o.a. om wat wordt genoemd 'eigen effectiviteit'.<sup>8</sup> Een intentie om een gedragshandeling uit te voeren kan worden verhinderd door praktische barrières of het (gepercipieerde) gebrek aan vaardigheden.
  - De aanmelding bij de geadviseerde behandeling verloopt via de huisarts en voor de behandeling wordt het eigen risico (385 euro per jaar) aangesproken. Dit kan voor mensen een serieuze drempel zijn om van het hulpaanbod gebruik te maken. In termen van de 'theory of planned behavior' gaat dan om 'barriers' (belemmeringen).

<sup>8</sup> Op basis van ASE model, (A = attitude, S = sociale invloed E = (persoonlijke) effectiviteit). Vries, H. de, Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.

- Het advies geeft geen voorrang bij intake. Als verwijzing heeft plaatsgevonden, gelden normale wachttijden voor behandeling. Deze kan oplopen tot drie maanden, waardoor motivatie tijdens de wachttijd kan afnemen.

#### En verder?

Kirsten en Nico (casus A) zijn achteraf teleurgesteld dat vóór hen is gekozen en niet met hen. In het advies stond een advies voor Fivoor of De Waag, maar toen ze er met de poh-ggz over spraken, had die al voor De Waag gekozen. Na de teleurstelling over het keuzeprocess volgt een tweede teleurstelling over de lange wachttijd voor intake. De spanning loopt voor Kirsten weer op en vraagt weer gesprekken bij het wijkteam aan. Na drie maanden worden zij dan toch door De Waag benaderd voor een kennismakingsgesprek. Maar het animo voor gesprekken met De Waag is flink gedaald. Dat komt enerzijds, omdat Kirsten langdurig ziek is geworden “ik zit nou in de medische molen” waardoor ook de uitbarstingen waren afgenomen. Ook ontstaat er het beeld dat als het verleden maar met rust wordt gelaten, de pijn ook niet wordt gevoeld. Achteraf vinden zij dat de jeugd- en gezinscoach te veel op de oude wonden bleef duwen. Met De Waag is afgesproken dat eerst wordt uitgezocht. Er loopt ondertussen wel een contact met het jeugdbeschermingsplein en als zij daar vinden dat therapie nog nodig is, “dan wordt het een soort van moetje” (Kirsten, casus A).

Van Berna en Deniz (casus B) weten we niet precies hoe het verder ging. Tijdens het eerste interview bleek dat er nog geen aanmelding bij een instelling voor (forensische) relatietherapie had plaatsgevonden. Na het driegesprek met de diagnostisch onderzoeker verwachtte Berna dat Veilig Thuis contact met haar zou opnemen. Dat gebeurde niet. Voor haar was dat frustrerend, omdat haar partner wél in behandeling ging (via de reclassering) en zij aan haar lot werd overgelaten. Een telefoontje van de onderzoeker met Veilig Thuis heeft de casus weer in beweging gezet. Berna en Deniz zijn daarna vrij snel via het spreekuur bij Veilig Thuis in contact gebracht met De Waag. Maar na ruim drie maanden was er nog geen nieuws. Berna belde daarop met de contactpersoon van De Waag en die zei, met veel excuses, dat zij wachtte op een document van de reclassering, of Berna het vonnis wilde opsturen. Berna is gefrustreerd over de gang van zaken. Er is via de reclassering wel aandacht voor haar partner, maar zichzelf wordt eigenlijk niet gezien.

*“Ik kan niet aanwijzen waar het aan ligt, maar ik voel me niet serieus genomen. Het is goed dat er aandacht is voor Deniz, maar mijn kant van het verhaal wordt niet gehoord, ja, via dat project van de gemeente, maar daarvoor zijn we gewoon een soort proefkonijn. En dan komt er nog niets uit. Hoelang moet het duren?! We zijn al zeven maanden verder sinds het gebeurde. Wat kan er in die tussentijd allemaal gebeuren? Er kan iets heel ergs gebeuren. Het systeem werkt niet goed, dit kan echt niet.”*  
(Berna, casus B)

Chloé en Keyron (casus C) hebben we niet zelf gesproken. Hun situatie leek ons te kwetsbaar om daar als onderzoekers nog eens tussen te komen.

Reshma en Jayden (casus D) wachten hun intake bij De Waag af, dat ongeveer drie maanden na het driegesprek met de diagnostisch onderzoeker plaats zal vinden. Zoals gezegd, is deze wachttijd niet per se ongunstig, omdat Reshma nog op een wachtlijst staat voor traumabehandeling. Deze vindt nu waarschijnlijk plaats voordat de relatietherapie bij De Waag wordt gestart.

### 3.5 Plegers motiveren

Een achterliggende doelstelling van de pilot is dat het bijdraagt aan de vermindering van recidive onder plegers. Door vroeg een passend aanbod te doen en zich te richten op beide partners, wordt het systemische karakter van (veel) partnergeweld erkend. De pleger zou zich daardoor ook meer erkend voelen. Hierdoor wordt de bereidheid een aanbod voor (vrijwillige) hulpverlening te accepteren, vergroot. Een systemische benadering van

partnergeweld, zeggen hulpverleners, is niet stigmatiserend voor de pleger. Dit is ook een van de uitkomsten van eerder onderzoek dat we deden naar randvoorwaarden voor hulpacceptatie van plegers van huiselijk geweld.<sup>9</sup>

Het motiveren van plegers (meestal mannen) van partnergeweld is een terugkerend thema in de projectgroep. Voordat duidelijk werd dat de tegenvallende instroom voor de pilot ook te maken had met het bereik en relevantie voor verwijzers, ging het gesprek vooral over de vraag of de plegers zich door het aanbod zouden laten verleiden. En hoe hun motivatie eventueel kan worden aangesproken of vergroot. Hieronder volgen enkele inzichten uit de interviews over het motiveren van mannen.

#### *Het ijzer smeden als het heet is*

Veel gehoord is dat de motivatie om (vrijwillig) behandelcontact aan te gaan het grootst is kort na het geweldsincident. Naarmate de tijd verstrijkt, lijkt de ernst van de gebeurtenis en daarmee ook de motivatie om er iets aan te doen, af te nemen. In het team THV is het incident nog vers. Dit zou kunnen helpen hulp te accepteren. Maar, zo vertelt een casusregisseur van team THV, bij een tijdelijk huisverbod komt ook vaak zoveel frustratie en boosheid naar boven dat het ijzer te heet is en plegers niet openstaan voor een hulpaanbod. Uit een korte screening van de dossiers van team THV (door een beleidsmedewerker van de gemeente) blijkt dat een aantal plegers zich onbereikbaar houdt voor de casemanager. Met deze plegers kan dus niet snel worden gesproken over hulpverleningsmogelijkheden.

Wanneer een casus het wijkteam of gebiedsteam VT bereikt, heeft het incident vaak een tijd geleden plaats gevonden en is vroegdiagnostiek niet meer aan de orde en niet zelden is ook de motivatie weggeëbd. Overigens kan de diagnostiek nog steeds 'vroeg' zijn, maar dan in vergelijking met de timing van diagnostiek in andere hulpverleningstrajecten.

#### *Uit de kast komen*

Via de betrokken ervaringsdeskundige wordt het idee geopperd dat een pleger eerst 'uit de kast' moet komen en dan pas openstaat voor een hulpaanbod. De metafoer 'uit de kast komen' staat voor de 'worsteling met een schaamtevol taboe'<sup>10</sup> en het (publiekelijk) erkennen 'dat je zo bent'. In het dagelijkse spraakgebruik gaat het meestal over een niet-heteroseksuele oriëntatie op seksualiteit. Bij partnergeweld over de erkenning van jezelf als iemand die (fysiek) geweld gebruikt (heeft). Schaamte en verlies van (positieve) identiteit spelen een rol bij ontkenning, bagatelliseren, zwijgen en ook hulp afwijzen.

Hoe een klimaat te bevorderen waarbij het uit de kast komen minder schaamtevol is? Heel praktisch, zegt een casusregisseur, zou bekender moeten worden dat er hulpverlening beschikbaar is voor beide partners, samen of afzonderlijk. Nu weten plegers vaak niet eens dat ook zij voor hulp in aanmerking komen. Daarnaast vraagt dit, in de ogen van geïnterviewden, een breder maatschappelijk gesprek over partnergeweld en gedragsnormen die aan genderrollen kleven. Media-aandacht en rolmodellen kunnen hierbij behulpzaam zijn.

#### *Ook plegers willen gehoord worden*

Wanneer wijkteammedewerkers eenmaal contact hebben met plegers blijkt dat plegers weldegelijk ook hun verhaal kwijt willen. Ook zij willen gehoord worden. Volgens een wijkteammedewerker ligt het accent van de hulpverlening (ook bij de HG gespecialiseerde hulpaanbieders) op het slachtoffer en niet op 'partnergesprekken'. Dezelfde wijkteammedewerker ziet ook dat er bij haar collega's sprake is van enige huiver voor het contact met de pleger. Een gesprek met een pleger is spannend en er lijkt sprake van handelingsverlegenheid.<sup>11</sup> Een casemanager van team THV vertelt dat hij, indien hij contact heeft met de pleger, altijd ruimte geeft aan beide kanten van het verhaal. Deze casemanager waakt ervoor partij te kiezen, centraal staat: wat hebben jullie nodig om het geweld te stoppen? Die benadering helpt om de plegers betrokken te houden.

<sup>9</sup> Barendregt, C., Martinelli, T., Van Straaten, B., Collij, T. & Nagelhout, G. (2021) Acceptatie van vrijwillige hulpverlening door plegers van huiselijk geweld. Exploratie van hulpaanbod en (rand)voorwaarden van goede hulpverlening. Den Haag: onderzoeksinstituut IVO.

<sup>10</sup> <https://decorrespondent.nl/11719/waarom-hebben-we-het-nog-steeds-over-uit-de-kast-komen/17979037618839-e7dbc7d0>

<sup>11</sup> <https://www.movisie.nl/artikel/maak-verschil-huiselijk-geweld-kindermishandeling>



### Randvoorwaarden

Een casusregisseur van een gebiedsteam VT wijst erop dat ook de randvoorwaarden waaronder het hulpaanbod wordt gedaan een rol speelt. Dat speelt vooral als het (laatste) incident wat langer geleden is; mensen gaan dan eerder uitvluchten zoeken.

*"Helaas hebben wij wachtlijstproblematiek. Dan is het ijzer niet meer heet; en zijn er andere stappen gezet of bagatelliseren ze de situatie. Het was toch niet zo ernstig. Praktische zaken: Ik wil geen vrij nemen van werk; wil m'n eigen risico er niet aan spenderen; moet ik naar huisarts voor verwijfsbrief [geldt niet voor pilot, cb] voor vervolghulp."*

(Casusregisseur gebiedsteam VT)

In bovenstaand citaat herkennen we het terugkerende thema van afnemende motivatie hulp te accepteren in relatie tot procedures en wachtlijsten (zie ook Lünemann e.a. 2020 en Barendregt e.a. 2021). Een casusregisseur van VT vult hierop aan dat de realiteit van veel betrokkenen bij huiselijk geweld is dat zij geen tijd en (mentale) ruimte hebben om over zichzelf na te denken.

*"De werkelijkheid van heel veel mensen, zeker bij mensen bij VT is werkloosheid, armoede, veel kinderen, baan zonder uitzicht. Dit deel van doelgroep heeft de tijd niet om over zichzelf na te denken, ze zijn aan het overleven."*

(Casusregisseur team THV)

Deze observatie verbindt motivatie met sociale omstandigheden. Het helpt verklaren waarom motivatie om te veranderen gemakkelijk wegebt als het dagelijks (over)leven de aandacht opeist.

### Gendernormen

Veel van de opgehaalde suggesties om plegers te motiveren, gaan over het moment waarop er contact is. Er is vaak geen contact met de plegger (vaak ook ex-partner). Met enkele hulpverleners spraken we over gendernormen en dat deze voor mannen belemmerend zouden zijn vrijwillig hulp te accepteren.

*"... maar ja macho/macho en 'ik ben toch man!'. Mannen komen niet snel bij hun kwetsbaarheid of bij hun gevoel. Ik had pas een man die het via sporten wilde verwerken. Hulpverlening is voor hen gewoon geen optie."*

(Casusregisseur gebiedsteam VT)

Deze geciteerde hulpverlener wijst er ook op het hulpaanbod voor plegers (vaak mannen) weinig zichtbaar is: "Ze moeten weten dat er überhaupt hulpverlening voor hen bestaat."

Via een omweg brengt dit ons weer terug bij de vraag of we het maatschappelijk gesprek rondom partnergeweld, en breder rondom gendernormen (opvattingen over mannelijkheid), vaker moeten voeren. Het afzwakken van rigide gendernormen zou kunnen bijdragen aan het vergroten van hulpacceptatie (zie ook conclusies).

Samengevat: veel plegers (vooral mannen) worden niet bereikt door hulpverleners. Dit heeft onder andere te maken met schaamte, naast ontkenning of bagatellisering. Het breed agenderen van partnergeweld en vaak starre (en niet-helpende) invulling van genderrollen zou helpend kunnen zijn om als plegger 'uit de kast te komen en vanuit die erkenning hulp te zoeken. Als er eenmaal contact is, blijken mannen vaak wel open te staan voor gesprek.

## 4. Conclusies

### 4.1 Het aanbod sluit niet aan

Het aantal stellen dat in aanmerking komt voor de pilot lijkt, in de ogen van geïnterviewden, beperkt. Deze signalen sluimerden al in de projectgroep en als reactie daarop werden de aanvankelijk strikt geformuleerde deelnamecriteria steeds meer losgelaten. Toch leidde dit niet tot substantiële instroom. Wellicht hebben we als projectgroep in de beginfase het potentieel aan geschikte kandidaten onvoldoende onderzocht. Het lijkt erop dat we ons te weinig hebben gerealiseerd dat relaties waar partnergeweld (herhaaldelijk) voorkomt, worden beëindigd; althans het samenleven wordt beëindigd. Hoewel de pilot in principe ('onder voorwaarden') ook kan worden toegepast op stellen die uit elkaar gaan, maar bijvoorbeeld door de kinderen wel met elkaar te maken blijven hebben, is deze mogelijkheid in de projectgroep niet ontwikkeld. Het is ook een ingewikkelder boodschap om over te brengen aan verwijzers. Het heersende beeld is: 'als je partner gewelddadig is, ga je (meestal) bij hem weg.' De impliciete boodschap is 'dan zijn je problemen opgelost', ook al laat de praktijk vaak anders zien.

Het team THV lijkt de beste vindplaats, maar precies daar is een praktijk ontwikkeld waarbij stellen die samen willen blijven snel kunnen worden toegeleid naar partner- en relatietherapie bij De Waag. In zekere zin bestaat bij hulpverleners van team THV het beeld 'voor dit probleem hebben we al een oplossing'. Dat het advies dat uit de diagnostische gesprekken ook anders kan luiden, doet hier weinig aan af.

Vanuit de wijkteams komt het geluid dat zij terughoudend zijn met doorverwijzen, omdat de cliënten die zij in begeleiding krijgen vaak al heel lang hebben gewacht. Het voelt dan niet goed aan om direct weer iemand door te verwijzen. Bovendien, wijkteammedewerkers maken, net als de specialist in deze pilot, een inschatting van het probleem en proberen daarbij een passend advies te formuleren. Aanvullend speelt in wijkteams mogelijk enige handelingsverlegenheid een rol. Het is nu eenmaal gemakkelijker met een slachtoffer te praten, dan met een pleger. Dat blijft een beetje spannend.

De analyse van de aangemelde 13 casussen (waarvan vier hebben deelgenomen aan de interventie) laat zien dat 'geschiktheid' volgens aanmelders nog niet betekent dat de betrokkenen gaan deelnemen. Ze gaan alsnog uit elkaar, vinden elders hulpverlening en/of vinden de interventie te zwaar. Het aantal potentieel geschikte casussen is daarmee (veel) groter, dan het reëel aantal geschikte casussen.

### 4.2 De werving was niet doeltreffend

Was de werving niet adequaat, omdat ze zo weinig casussen opleverde? We ontwikkelden de wervingsstrategie op basis van kennis in de projectgroep en breidde de werving uit toen het aantal verwachte aanmeldingen achterbleef. De werving concentreerde zich aanvankelijk op team THV en breidde uit naar de gebiedsteams en het crisisteam van VT. Deze zijn door teamcoördinator van team THV schriftelijk benaderd, aangevuld met een persoonlijke toelichting in de teamvergadering(en). Daarna kozen wij ervoor om de specialisten HG van de wijkteammedewerkers te benaderen. Uit de evaluatie hiervan komen signalen dat jeugd- en gezinscoaches wellicht vaker te maken hebben met de beoogde doelgroep van de pilot. De specialisten HG zijn geïnformeerd met een mailing. Alle wijkteammedewerkers zijn geïnformeerd via de landingspagina van de gemeentelijke digitale werkomgeving (RIO pagina). Wijkteams in de MVS-regio zijn later benaderd. De mailinglijst waarmee dat gebeurde bleek onvolledig.

De respons op de werving bij de wijkteams, in de vorm van aanmeldingen of informatieaanvragen, was zeer beperkt. Dit lijkt te komen door de beperkte relevantie van het aanbod én door *information overload* van veel wijkteammedewerkers. Berichten die niet direct betrekking hebben op de uitvoering van het werk worden niet of met weinig aandacht gelezen.



### 4.3 Opbrengst casussen

We hebben in deze evaluatie slechts vier casussen van dichtbij kunnen bestuderen. Van drie spraken we de betrokkenen zelf, in één casus alleen de betrokken procesregisseur van Veilig Thuis. Gezien het geringe aantal en vooral de beperkte diversiteit van de casussen is het moeilijk om uitspraken doen die brede(re) geldigheid hebben. Toch zien we enkele overeenkomsten tussen de casussen die we hieronder benoemen.

- Snelle afspraak met de diagnostisch onderzoeker na aanmelding via Veilig Thuis.
- De gesprekken worden als lang, maar ook positief ervaren. Betrokkenen waarderen de persoonlijke aandacht en diepgang.
- Het gespreksverslag is omvangrijk en moeilijk te begrijpen.
- Indien het advies snel wordt opgevolgd, hebben betrokkenen nog steeds te maken met een lange wachttijd voor intake.

De vraag of het advies passend is, of als passend wordt ervaren, is moeilijk te zeggen op basis van deze vier casussen. De indrukken zijn positief, maar de dynamiek van de relaties en motivatie biedt geen garantie dat de behandelingen daadwerkelijk worden gestart. In een casus lijkt de motivatie vooral instrumenteel aan de wens weer thuis te kunnen wonen. In een andere casus lijkt ziekte en afnemend aantal geweldssituaties de urgentie te doen afnemen.

### 4.4 Plegers motiveren

De moeite die het kost om plegers (vooral mannen) te motiveren hulpverlening te accepteren, gaat als een rode draad door de gesprekken met de projectgroep en (andere) hulpverleners heen. Deels houden plegers zich onbereikbaar, deels zijn ze boos en niet van zins hulp te accepteren. Deels zijn ze, eenmaal in contact, toch blij dat er ruimte is voor hun verhaal. Vrijwillig hulp accepteren, echter, blijft voor veel mannen moeilijk.

Geïnterviewde professionals wijzen op de maatschappelijke context die zich qua hulpverlening vooral concentreert op de slachtoffers. Dat er ook aanbod is voor mannen lijkt weinig bekend. Daarnaast kan mogelijk ook de persoonlijke overtuiging/attitude van de betrokken zorgprofessional een rol spelen: als het huiselijk geweld enkel wordt gezien als *losstaand voorval* (i.e. pleger en slachtoffer), dan roept dat een andere hulpverlenersattitude op, dan wanneer het huiselijk geweld wordt gezien als een *product* van een onderliggende (disfunctionele) relatedynamiek. De tegenstelling pleger en slachtoffer zien we ook terug in het maatschappelijk gesprek. Dit wordt gedomineerd door sympathie voor het slachtoffer en verontwaardiging over de pleger. Ernstige feiten, zoals feminicide, geven daar ook aanleiding toe. Er is sprake van (zelf) stigmatisering ('ik ben een falende man') die niet leidt tot hulpzoekgedrag, maar eerder tot terugtrekken en/of andere vormen van (inadequate) coping. Het past in een rigide gendernorm dat mannen hun problemen zelf oplossen. Mannen zoeken minder vaak dan vrouwen hulp voor hun (psychische) problemen en zijn eerder geneigd (inadequate) coping strategieën toe te passen, zoals middelengebruik, geweld en zelfisolatie.<sup>12</sup> Het lijkt daarom belangrijk dat in het maatschappelijk gesprek over partnergeweld en de daarmee samenhangende genderopvattingen vaker en breder worden geagendeerd.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Twisk, D., Cense, M., Vijlbrief, A., Felten, H. & Emmen, M. (2017) Genderdiversiteit. Literatuurstudie. Movisie/Rutgers: Alliantie Genderdiversiteit.

<sup>13</sup> <https://www.emancipator.nl/>

## 5. Discussie

Het besluit om te stoppen met de pilot was ingrijpend, maar kwam ook niet helemaal onverwacht. Ondanks de toegenomen inspanning om casussen te werven, kwam de instroom niet op gang. In deze rapportage probeerden we dit te verklaren en we verzamelden gaandeweg ook een aantal suggesties om de (aandacht voor de) pilot te verbeteren. Hoewel de pilot stopt, bespreken we de suggesties die nuttig zijn in vervolgpiloten.

### 5.1 Nog beter voorbereiden

De implementatie van een nieuwe werkwijze, zoals risicotaxatie en vroegdiagnostiek voor stellen die, ondanks herhaald partnergeweld, bij elkaar willen blijven, vergt een goede voorbereiding. In dit project ging een aanzienlijk deel van de voorbereidingsenergie zitten in de inpassing van de interventie zelf. Na de start kwam gaandeweg meer aandacht voor de werving. Het zou wellicht lonend zijn geweest om, voorafgaand aan het implementatieproces, door een steekproef in verschillende registratiesystemen en met behulp van betrokken hulpverleners, een telling te doen van casussen die (op papier) in aanmerking komen voor deelname aan de pilot. Te beginnen bij de vraag welk aandeel van de casussen partnergeweld betreft en vanuit daar de andere (inclusie- en exclusie) criteria toepassen. Een dergelijke exercitie geeft inzicht in het aantal potentiële casussen én hun vindplaatsen dat voor uitgebreide diagnostiek en risicotaxatie in aanmerking komt.

Vervolgens zouden de aannames die in het aanbod van de pilot besloten liggen, kunnen worden voorgelegd aan beoogde verwijzers. Het is relevant om de juistheid van de onderliggende aannames tegen het licht te houden. Een aanname is bijvoorbeeld: stellen die bij elkaar willen blijven, hebben behoefte aan een advies voor passend hulp. Op basis hiervan kunnen zowel inhoudelijke keuzes en keuzes rondom werving en aanmelding worden gemaakt, die aansluiten bij de praktijk van hulpverleners welke te maken hebben met betrokkenen bij huiselijk geweld. Concreet hadden we door vooronderzoek te weten kunnen komen dat in de wijkteams de jeugd- en gezinscoaches waarschijnlijk vaker met de beoogde doelgroep te maken hebben, dan de specialisten huiselijk geweld.

### 5.2 Aanknopingspunten voor de werving, tips van professionals

De geïnterviewde professionals kwamen met suggesties voor het werven van kandidaten voor de pilot. We delen hier een aantal van deze suggesties, omdat van nut kunnen zijn voor ander projecten waaraan cliënten kunnen deelnemen.

- Voor wijkteams werkt één-op-één communicatie beter dan een schot hagel. Een email naar alle huiselijk geweld specialisten geldt als een schot hagel. Informeer wijkteamleiders en eventueel gedragsdeskundigen persoonlijk en laat hen de pilot herhaaldelijk aan hun medewerkers uitleggen.
- Neem het aanbod van de pilot (risicotaxatie en vroegdiagnostiek) op in een hulpverleningsprotocol, zoiets is er wel voor kinderen (meldcode), maar niet voor partnergeweld. Besteed in het protocol speciaal aandacht aan contact met de pleger.
- Organiseer een korte webinar waarin een expert uitlegt wat de pilot inhoudt, wie er voor in aanmerkingen komt, etc. Deelnemers kunnen vragen stellen. In coronatijd werkt dat soms beter dan mailings. Vraag enthousiaste deelnemers om de pilot bij één of twee collega's persoonlijk onder de aandacht te brengen.
- De aandacht ging uit naar specialisten huiselijk geweld in de wijkteams. Terwijl de jeugd- en gezinscoaches van de wijkteams vaker stellen begeleiden die (voor de kinderen) bij elkaar willen blijven. Het lijkt erop dat we te weinig vooronderzoek hebben gedaan naar de meest geschikte intermediaire hulpverleners.

Ook uit ander onderzoek blijkt dat werven met verschillende methoden én grote en persoonlijke betrokkenheid van de uitvoerders van de interventie behulpzaam was bij de instroom van deelnemers.<sup>14</sup> In dit verband is ook de

<sup>14</sup> Nagelhout, G. E., Abidi, L., Lodder, C., Schutte, H., & De Vries, H. (2020). Bespreekbaar maken van gezonde leefstijl en het sociale netwerk bij multiprobleemgezinnen door sociaal werkers. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 98, 107-113.

'wet van Lasagna' relevant die in de context van de huisartsenpraktijk stelt "zodra je deelnemers gaat werven voor een onderzoek verdwijnt het grootste deel van je mogelijke deelnemers, om pas terug te keren na afloop van je insluitperiode". Een aanbeveling die volgt uit een onderzoek naar dit fenomeen is om deelnemers voor onderzoek in de huisartsenpraktijk te werven via patiëntregistratiesystemen en de werving niet over te laten aan de huisarts tijdens het spreekuur.<sup>15</sup> Het is denkbaar dat wat voor de huisartsenpraktijk geldt vergelijkbaar is met wat we van sociale professionals vroegen in deze pilot (werven voor deelname aan de pilot tijdens een hulpverleningsgesprek).

### 5.3 Een pakkende term

Bij het schrijven van deze rapportage hadden we 'last' van het ontbreken van een pakkende naam of compacte aanduiding van de interventie. We realiseerden ons dat we het intern (onderzoekers en projectgroep) steeds hadden over 'de pilot'. Voor ons een heldere aanduiding, maar het is op zich een lege term. Ook in de informatiefolder voor deelnemers wordt de interventie niet samengevat in een projectnaam, maar wordt in enkele regels de bedoeling en de werkwijze beschreven. In de rapportage gebruiken we afwisselend de aanduiding de interventie, risicotaxatie en vroegdiagnostiek en het vaakst: 'de pilot'. Het veelvuldig gebruik van de term 'de pilot' verraaft hoezeer de schrijvers denken vanuit een systeembubbel en hoezeer ook de projectgroep bestaat uit allemaal mensen die een heel sterke affiniteit hebben met de inhoud en minder met de vertaling hiervan naar doeltreffende communicatie naar een bredere groep. Een clubje insiders weet wat er met 'de pilot' wordt bedoeld, maar voor de buitenwereld, verwijzers en deelnemers, hadden we geen pakkende omschrijving. In een geval hebben we een verwijzer gevraagd hoe zij het aanbod had onthouden (risicotaxatiegesprekken). De termen 'risicotaxatie en vroegdiagnostiek' reflecteren sterk de inhoud van de interventie, maar is niet een term die verwijzers en deelnemers zou kunnen aanspreken. We hadden hieraan meer aandacht kunnen besteden zodat we het aanbod beter hadden kunnen communiceren. Voor succesvolle implementatie moet je ook een beetje denken als een marketeer. In toekomstige projecten zou een communicatiemedewerker aan de projectgroep moeten worden toegevoegd.

### 5.4 Een pilot implementeren alsof het structureel is

Het werven van casussen voor een (om het even welk) aanbod in het sociaal domein vergt creativiteit en een lange adem. Dat stelt ons in het kader van deze pilot voor een dilemma. We moeten werven alsof de interventie 'bewezen effectief' en onderdeel is van het standaardaanbod, maar juist dat weten we nog niet. Als om welke reden dan ook het aanbod niet aansluit bij de behoefte van cliënten en/of het niet leidt tot een grotere acceptatie van vrijwillige hulpverlening, hebben we wel iedereen gemobiliseerd, maar trekken we het aanbod vervolgens toch weer in. Bovendien is het de vraag of we het aanbod structureel kunnen financieren indien de resultaten positief zijn. Toch kan een nieuwe werkwijze uitproberen in een bestaande hulpverleningssetting niet half, of onder voorbehoud worden gedaan. De implementatie moet worden ingezet alsof het om een structurele aanpassing gaat. Zo niet, dan bestaat inderdaad het risico dat er iets vrijblijvends insluipt waardoor onvoldoende wordt ingezet op de implementatie. Bovenstaande tips van professionals zijn in zekere zin een weerspiegeling van dit inzicht.

<sup>15</sup> <https://www.ntvg.nl/artikelen/huisartsen-1-en-de-wet-van-lasagna>

## Bijlage 1 Oorspronkelijke onderzoeksvragen

1. Wat is er volgens betrokken professionals nodig om vroegdiagnostiek en risicotaxatie (én probleeminventarisatie) optimaal vorm te geven?
  - a. Uitgangspunt is dat dit zo vroeg mogelijk in het traject plaatsvindt
  - b. Welke (organisatorische) aanpassingen zijn nodig om dit goed te laten functioneren?
2. Hoe verloopt het proces van aanmelding, toeleiding, risicotaxatie en vroegdiagnostiek (inclusief toeleiding naar hulpverlening of doorverwijzing)?
  - a. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen volgens betrokkenen een rol bij de acceptatie van het hulpaanbod en behandeltrouw?
  - b. Wat zijn volgens betrokkenen de werkzame elementen van het nieuw ingerichte proces?
  - c. Welke selectiecriteria worden gehanteerd bij de verschillende keuzes in het proces van toeleiding en doorverwijzing?
3. Hoeveel van de aangemelde mensen worden gediagnostiseerd, behandeld en doorverwezen in deze nieuwe aanpak? (25 casussen zijn voorzien, met deze vraag willen we vooral een overzicht krijgen van deze casussen)
  - a. Hoeveel mensen accepteren het hulpaanbod en maken dit ook af?
  - b. Wat zijn eigenschappen van plegers en zijn er verschillen tussen plegers die vanuit verschillende organisaties worden aangemeld?
  - c. Aanbod van de Waag én aanbod van anderen, voortvloeiend uit diagnostiek van de Waag.
  - d. Wat is de duur tussen diagnostiek, aanmelding en gesprek?
  - e. Hoeveel mensen vallen 'onderweg' uit?
  - f. Wat zijn volgens betrokkenen de redenen van acceptatie en uitval?
4. Hoe zijn de ervaringen van de cliënt en de (volwassen) betrokken gezinsleden over:
  - a. Het proces van toeleiding en doorverwijzing;
  - b. De risicotaxatie en (vroeg)diagnostiek;
  - c. Het uiteindelijke behandel- en/of hulpaanbod.
5. Wat is er nodig om de pilot te verbeteren?
  - a. Binnen het hulptraject (behandeling)?
  - b. Binnen de forensische keten (toeleiding en doorverwijzing)?