

Een onderzoek naar de effectiviteit van de hulpverlening rondom huiselijk geweld

# De Multifocus aanpak in Groningen

Majone Steketee, Bas Tierolf, Eliane Smits van Waesberghe, Suzanne Andeweg



# De Multifocus aanpak in Groningen

Een onderzoek naar de effectiviteit van de hulpverlening rondom huiselijk geweld



Majone Stekete  
Bas Tierolf  
Eliane Smits van Waesberghe  
Suzanne Andeweg

Utrecht, mei 2021

# Inhoud

1	Inleiding	4	5	Conclusie	27
2	Doelgroep en kenmerken van de Multifocus aanpak	5	5.1.	Multifocus effectief	27
3	Vraagstelling en methodologische verantwoording	6	5.2.	Meervoudige en complexe problematiek	28
3.1.	Vraagstelling van het huidige onderzoek	6	5.3.	Tot slot	29
3.2.	Werving en matching procedure	7	6	Referentielijst	30
3.2.1.	Werving	7	BIJLAGE	Kwalitatieve resultaten	32
3.2.2.	Matching procedure	7	Verdiepende casussen van cliënten	32	
3.3.	De dataverzameling	8	Inzet van de hulpverlening; de ICM- aanpak	36	
3.3.1.	Beschrijving vragenlijsten volwassen/ouders en kinderen	8	Kwaliteit van leven	40	
3.4.	Effecten	15	Conclusie	40	
4	Effectstudie	16			
4.1.	Achtergrondkenmerken onderzoekspopulatie	16			
4.2.	Geweld in huishoudens	18			
4.3.	Ouderfactoren	20			
4.4.	Kindfactoren	22			
4.5.	Risicostatus van de ouders	23			
4.6.	Beoordeling hulp door de deelnemers	25			

# 1 Inleiding

Het Verwey-Jonker Instituut voerde in opdracht van de G4, Augeo en VWS een effectonderzoek uit naar de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit onderzoek had tot doel meer inzicht te krijgen in wat de effecten zijn van de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling voor gezinnen. Een cohort van gezinnen die in de hulpverlening terecht kwamen als gevolg van partnergeweld of kindermishandeling werd in de periode 2016-2020 gevolgd (Steketee, Tierolf, Lünemann & Lünemann, 2020). De gemeente Groningen was een van de 13 deelnemende regio's aan dit landelijk representatieve onderzoek (G4 en negen Veilig Thuis regio's), ook bekend als de tweede cohortstudie naar de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Binnen de zogenaamde Multifocus aanpak (zie H2) is sinds september 2016 in de regio Groningen een project ingevoerd van Intensief Casemanagement bij huisverboden en 'code rood zaken'. Het project Intensief Casemanagement bij huisverboden en 'code rood zaken' is onder andere ingezet naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4 (Tierolf, Lünemann en Steketee, 2014) en het onderzoek naar de effectiviteit van de huisverboden (Van Eijkern et al., 2011). De uitkomsten leidden tot zorg over de effectiviteit over de hulpverlening gericht op huiselijk geweld. Uit het onderzoek naar de effecten van het huisverbod kwam naar voren dat de systeemgerichtheid zowel in de crisishulpverlening als de vervolghulpverlening meer aandacht behoeft. Ook kwam naar voren dat uithuisgeplaatsten en achterblijvers weinig afstemming en samenwerking tussen de hulpverleners ervoeren. Een ander punt is dat de vervolghulpverlening slechts sporadisch bestaat uit relatietherapie, terwijl partners die na een huisverbod bij elkaar bleven, aangaven hier wel behoefte aan te hebben.

Meer aandacht voor de dynamiek binnen de relatie kan mogelijk tot een groter, positief effect van de hulpverlening bij partnermishandeling leiden. Meer maatwerk bieden en systeemgerichte regie door een casemanager zijn daarbij uitgangspunten (Van Eijkern et al., 2011).

Intensief Casemanagement vormt mogelijk een antwoord op deze zorgen. De regio Groningen wilde weten of Intensief Casemanagement bijdraagt aan het stoppen of afnemen van geweld binnen gezinnen. Daarom is er naast het bovenstaande onderzoek, een aanvullend onderzoek in Groningen uitgevoerd naar deze aanpak. Het doel van deze aanpak is geweld en onveiligheid in het gezin te stoppen, het gezin te helpen de regie over het eigen bestaan te hervinden, de interne relaties binnen het gezin te versterken en de kans op herhaling te reduceren.

## 2 Doelgroep en kenmerken van de Multifocus aanpak

De Multifocus aanpak richt zich op de doelgroep van volwassenen. Het gaat dan vooral om (ex-)partnergeweld, oudermishandeling en ouderenmishandeling. Wanneer kinderen getuigen zijn van dit geweld, wordt ook hulpverlening voor het kind ingezet. Deze benadering kenmerkt zich door onder meer:<sup>1</sup>

- Meervoudige partijdigheid: een onafhankelijke en neutrale houding naar alle gezinsleden.
- Systeemgerichtheid: geweld wordt gezien als een gevolg van interactiepatronen binnen het gezin.
- Toepassing van technieken en vaardigheden die er expliciet op zijn gericht om de motivatie te bevorderen en een positief verwachtingspatroon te creëren.

Een van de gestelde doelen van de aanpak is dat men een effectieve aanpak implementeert door middel van 'een casemanager' bij een huisverbod en code rood. De verwachting is dat geweld in gezinnen afneemt wanneer een gekwalificeerde intensief casemanager (ICM) wordt ingezet. Een van de kenmerken van de aanpak is dat de ICM 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar is voor cliënten. De ICM beschouwt het hele gezin als diens cliëntsysteem, is verantwoordelijk voor de veiligheid van alle gezinsleden, voert de regie over de hulpverlening en ziet erop toe dat deze systemisch uitgevoerd wordt.

Verder dient de ICM zorg te dragen voor de directe veiligheid in het gezin, analyseert met de gezinsleden welke problemen een rol spelen bij het ontstaan en voortduren van het geweld en bepaalt samen met betrokken cliënten de inzet van de (risico gestuurde) zorg. Bovendien is de ICM het aanspreekpunt voor alle gezinsleden, tot het moment van overdracht naar de lokale casusregisseur. Het Multifocus-traject duurt over het algemeen drie tot vier maanden waarna, als directe veiligheid is bereikt en er een hulpverleningsplan ligt, de casus wordt overgedragen naar het lokale team. Dit lokale team is echter niet getraind met de Multifocus methode. In dit rapport refereren we als het om de aanpak in de breedte gaat aan de Multifocus aanpak en benoemen we de onderzoeksgroep de Multifocus-groep.

<sup>1</sup> Uit conceptrapport Transformatie 3 sporenbeleid bij huiselijk geweld. Gemeente Groningen, oktober 2015.

# 3 Vraagstelling en methodologische verantwoording

In deze paragraaf wordt de vraagstelling van het onderzoek en de methodologische verantwoording beschreven van het kwalitatieve deel van het onderzoek. Het onderzoek had als hoofddoel na te gaan of de Multifocus aanpak leidt tot een afname van het geweld in de gezinnen/stellen. Daarnaast is gekeken of er een verbetering van het welzijn van de ouders en kinderen optreedt. Ook is de verbetering van opvoedingsvaardigheden van de ouders een aandachtspunt. Hoewel we in dit onderzoek de focus hebben gelegd op stellen/echtparen zonder kinderen, zijn deze aspecten in de analyse wel meegenomen voor de gezinnen met kinderen.

Om te controleren of de Multifocus aanpak onderscheidende resultaten geeft van 'care as usual', zijn de resultaten van de deelnemers aan de Multifocusgroep vergeleken met de resultaten van een controlegroep die geen specifieke aanpak hebben ondergaan. Het betreft een quasi experimenteel onderzoeksdesign waarbij de resultaten van de Multifocusgroep worden vergeleken met een controlegroep die door een matching procedure geselecteerd is op grond van mate van onveiligheid en een aantal achtergrondkenmerken. De resultaten van 51 gezinnen/stellen die zijn ingestroomd in de Multifocusgroep worden vergeleken met 61 gezinnen/stellen die afkomstig zijn uit een longitudinaal onderzoek met ruim duizend gezinnen die gemeld zijn bij Veilig Thuis in 13 (van de 26) Veilig Thuis regio's in Nederland (Steketee et al., 2020). Dit onderzoek bestond uit drie metingen, waarbij deelnemers tijdens elke meting vragenlijsten invulden.

De eerste meting (T<sub>0</sub>) is uitgevoerd in de periode dat gezinnen aangemeld zijn voor de Multifocusgroep (voor de experimentele onderzoeksgroep) of Veilig Thuis (voor de controlegroep). De tweede meting (T<sub>1</sub>) is één jaar na de eerste meting (T<sub>0</sub>) uitgevoerd. De derde meting (T<sub>2</sub>) is anderhalf jaar na de eerste meting (T<sub>0</sub>) uitgevoerd.

Hieronder wordt beschreven wat de onderzoeksvragen van het onderzoek zijn, op welke wijze de data verzameld is en welke meetinstrumenten gebruikt zijn in het onderzoek.

## 3.1. Vraagstelling van het huidige onderzoek

De hoofdvraagstelling van het onderzoek is: Wat zijn de resultaten van de Multifocus aanpak huiselijk geweld in het verminderen van het geweld en de toename van het welzijn van ouders (en kinderen)?

Deze hoofdvraagstelling is uitgewerkt in verschillende deelvragen:

- In hoeverre leidt de Multifocus werkwijze in vergelijking tot de reguliere werkwijze tot meer afname van het geweld in het gezin, minder trauma en onveiligheid bij kinderen, meer opvoedingsvaardigheden van de ouders en beter welzijn van zowel de ouders als kinderen?
- In hoeverre is de risicostatus van de ouders (zoals schulden, armoede, middelengebruik, verstandelijke of psychiatrische problematiek) bij aanvang van invloed op de uitkomsten van de Multifocus werkwijze?

De deelnemers van de Multifocus aanpak zijn vergeleken met een qua problematiek vergelijkbare populatie gezinnen, die niet in de Multifocus aanpak (of een soortgelijke aanpak) zijn geïncludeerd. Hierbij wordt gekeken naar de volgende aspecten:



1. In hoeverre leidt de Multifocus werkwijze tot afname van het geweld in het gezin en beter welzijn van de ouders?
2. Zien we een verschil in de resultaten van de Multifocus werkwijze in vergelijking tot de reguliere werkwijze?
3. In hoeverre is de risicostatus van de ouders (zoals schulden, armoede, middelengebruik, verstandelijke of psychiatrische problematiek) bij aanvang van invloed op de uitkomsten van de Multifocus werkwijze, en in hoeverre verbetert de risicostatus van de ouders in de loop van het traject?
4. Hoe beoordelen de deelnemers de hulp die wordt geboden in het traject?

## 3.2. Werving en matching procedure

### 3.2.1. Werving

Het streven was om tussen de 50 en 100 gezinnen te includeren in de studie. De steekproef voor de tweede cohortstudie werd geworven via de deelnemende Veilig Thuis (VT) organisaties. De potentiële deelnemers kregen eerst schriftelijke informatie over het onderzoek en werden telefonisch benaderd vanuit de Veilig Thuis (VT) organisatie. Tijdens dit belcontact werd het onderzoek uitgelegd en wanneer cliënten wilden deelnemen werd een afspraak voor afname van de vragenlijsten gemaakt. Deze werving is uitgevoerd door studenten, die voor de wervingsperiode een stagecontract bij de betreffende VT-organisatie kregen aangeboden. Wanneer een afspraak was gemaakt, werden de afspraakgegevens doorgegeven aan het Verwey-Jonker Instituut (hiervoor moesten de deelnemers telefonisch toestemming geven). Het Verwey-Jonker Instituut voerde vervolgens de administratie van de huisbezoeken.

In opdracht van de Gemeente Groningen is in de regio Groningen een extra inspanning verricht om cliënten die in de Multifocus aanpak terechtkwamen te includeren in het onderzoek. De Veilig Thuis organisatie heeft de Intensief Casemanagers direct benaderd over het onderzoek en bij hen de vraag uitgezet of zij direct cliënten wilden werven om deel te nemen aan het onderzoek. Deze

directe benadering heeft niet geleid tot een toename van de cliëntenpopulatie. Uiteindelijk hebben 51 gezinnen vanuit de Multifocus aanpak meegedaan. Hoewel dit aan de ondergrens zit van het gewenste aantal, is dit voldoende.

### 3.2.2. Matching procedure

Voor het vergelijken van de resultaten van de ICM-groep met de “care as usual” werd een controlegroep samengesteld op basis van *propensity matching* uit het totale onderzoek met ruim 1200 gezinnen waarbij ervoor werd gezorgd dat deze gezinnen niet in een andere specifieke aanpak elders in het land waren geïncludeerd.<sup>2</sup> Onze eerste matching strategie was gebaseerd op totaal geweld, partnergeweld, traumascoring van ouders, aantal kinderen in het gezin, werkloosheid van ouders, lage opleiding ouders, migratieachtergrond, laag inkomen, geslacht van de ouder en kwaliteit van leven van de ouder. Dit leverde een matching op waarbij in de controlegroep aanzienlijk minder geweld voor kwam dan in de Multifocusgroep. Omdat de Multifocusgroep juist gekenmerkt wordt door veel en ernstig geweld, vonden we deze controlegroep niet vergelijkbaar genoeg. In de Multifocusgroep is in bijna alle gevallen een Tijdelijk huisverbod ingezet (THV). Daarom is een andere matching strategie gekozen, waarbij we matchten op Tijdelijk huisverbod, partnergeweld, aantal kinderen en sekse van de ouder. Deze zijn gekozen omdat ze kenmerkend zijn voor de Multifocus populatie. Het gaat daarbij onder andere om veelvuldig partnergeweld. Een ander voor het onderzoek belangrijk aspect is het aantal kinderen. Omdat in de gehele steekproef van de tweede cohortstudie gezinnen met kinderen het uitgangspunt waren en binnen de Multifocus aanpak vooral stellen zonder kinderen instromen, werd het aantal kinderen meegenomen om er voor te zorgen dat zoveel mogelijk stellen zonder kinderen geïncludeerd werden. Als laatste is de sekse van de deelnemers meegenomen, omdat in de gehele

<sup>2</sup> In het grote onderzoek zijn verschillende specifieke regionale aanpakken meegenomen ter evaluatie, dit is natuurlijk niet compleet, dus voor zover mogelijk hebben we de controlegroep zodanig gekozen dat ze in elk geval niet in een specifieke aanpak zaten die in het grote onderzoek was meegenomen.

steekproef vrouwen sterk oververtegenwoordigd zijn en in de Multifocusgroep relatief meer mannen instromen. We hebben in deze matchingstrategie minder variabelen meegenomen, omdat de groep waaruit wij de controlegroep selecteerden en waar een THV was ingezet beperkt was en een groter aantal variabelen een evenwichtige matching zou bemoeilijken. Hierdoor is de uiteindelijke controlegroep qua geweldsproblematiek vergelijkbaar met de Multifocusgroep maar minder vergelijkbaar op achtergrondkenmerken zoals inkomen. In totaal zijn de 51 gezinnen die Multifocus hebben ontvangen gematcht met 61 huishoudens. Uiteindelijk bleek het lastig de Multifocusgroep op het punt van het aantal kinderen (dus in veel gevallen 'geen kinderen') goed te matchen met een controlegroep: in de controlegroep waren meer gezinnen met kinderen dan in de Multifocusgroep. Het feit dat we in de controlegroep meer stellen/gezinnen met kinderen vinden beperkt de vergelijkbaarheid. Dus de conclusies op basis van de vergelijking tussen controlegroep en Multifocus groep moeten met enige voorzichtigheid gehanteerd worden.

De gezinnen uit de Multifocus groep en de controlegroep zijn vergeleken op basis van de resultaten van twee van de drie metingen. Als cliënten geen tweede meting hebben gedaan maar wel een derde meting, werd de derde meting gebruikt. Op deze manier het aantal gezinnen waarover we uitspraken kunnen doen vergroot.

### 3.3. De dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van huisbezoeken bij de deelnemers. In het vorige cohortonderzoek (G4-onderzoek effectevaluatie aanpak Huiselijk Geweld, 2009-2014) zijn verschillende methoden van dataverzameling bij een dergelijke onderzoekspopulatie uitgetoetst, maar de enige methode die voldoende respons opleverde was door middel van huisbezoeken.

Tijdens de huisbezoeken vulden de deelnemers onder begeleiding van een student zelfstandig vragenlijsten in. Deelnemers logden in op de vragenlijst

met een identificatienummer, om de gegevens te pseudonimiseren. De vragenlijst nam ongeveer 90 tot 120 minuten in beslag voor volwassenen en 45 tot 60 minuten voor kinderen. Volwassenen vulden de vragenlijsten in over zichzelf. Ouders werden verzocht vragenlijsten in te vullen over hun kinderen (3-18 jaar). Daarnaast werden kinderen (8-18 jaar) ook gevraagd om vragenlijsten in te vullen. In elk gezin hebben ouders over maximaal twee kinderen gerapporteerd. In gezinnen met meer dan twee kinderen vond de selectie van de kinderen plaats op basis van de jongste kinderen in de leeftijdscategorieën 3-11 jaar en/of 12-18 jaar.

De studie is goedgekeurd door de Vaste Commissie Wetenschap en Ethiek (VCWE) van de Faculteit Gedrags- en Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam (VCWE-2016-217R1).

Volwassenen ontvingen een beloning van € 20,- en kinderen een beloning van € 10,- voor het invullen van de vragenlijsten per meting.

Aangezien huisbezoeken zeer arbeidsintensief waren, werkten we samen met studenten van verschillende universiteiten en hogescholen uit Amsterdam, Den Haag, Enschede, Groningen, Leiden, Tilburg, Rotterdam en Utrecht om de dataverzameling te realiseren. Alle studenten/huisbezoekers hadden ten behoeve van dit onderzoek een VOG.

#### 3.3.1. Beschrijving vragenlijsten volwassenen/ouders en kinderen

In deze paragraaf beschrijven we de vragenlijsten die gebruikt zijn in het onderzoek en de achtergronden, validiteit en betrouwbaarheid van deze meetinstrumenten op basis van de gehele steekproef van de tweede cohortstudie.



## Meten van geweld in gezinnen

De prevalentie en frequentie van partnergeweld en kindermishandeling zijn gemeten door middel van de CTS2 (*Conflict Tactics Scale*, partnergeweld) en de CTSPC (*Conflict Tactics Scale Parent Child*, kindermishandeling). Beide instrumenten zijn eerder in het Nederlands gebruikt in gezinnen waarin sprake was van partnergeweld en/of kindermishandeling (Overbeek, 2014; Tierolf e.a., 2014).

De CTS2 is door Straus, Hamby, Boney-McCoy en Sugarman ontwikkeld (1996) en door Lamers-Winkelmann naar het Nederlands vertaald. Voor dit onderzoek worden de volgende subschalen gebruikt: fysiek geweld, psychologisch geweld, seksueel geweld, verwondingen, en onderhandelen. De vragenlijst bestaat uit 39 items die worden voorgelegd. Voor elk item wordt gevraagd naar het geweld dat de respondent zelf gebruikt en naar het geweld door de partner. Zes items gaan over de wijze waarop betrokkenen omgaan met conflictsituaties (onderhandelen, bv. 'Ik liet mijn (ex-)partner zien/merken dat ik om hem gaf, hoewel we van mening verschilden'); acht items betreffen psychisch geweld (bv. 'Ik heb mijn (ex-)partner beledigd of tegen hem/haar gevloekt' en 'Mijn (ex-)partner beledigde mij of vloekte tegen mij'); twaalf items gaan over ernstig en minder ernstig fysiek geweld (bv. 'Ik heb mijn (ex-)partner geschopt' en 'Mijn (ex-)partner heeft mij geschopt'); zeven items gaan over seksueel geweld (bv. 'Mijn (ex-)partner verplichtte me tot seks zonder condoom' en 'Ik verplichtte mijn (ex-)partner tot seks zonder condoom'); zes items gaan over verwondingen (bv. 'Ik heb iets gebroken vanwege een gevecht met mijn (ex-)partner' en 'Mijn (ex-)partner heeft iets gebroken door een gevecht met mij'). Voor elk item kon de respondent een score geven tussen de 1 (dit is nooit gebeurd) en 8 (meer dan twintig keer in het afgelopen jaar). De Cronbach's alpha's voor de fysiek-geweldschaal en de psychisch-geweldschaal zijn respectievelijk .88 en .81. De totale geweldschaal heeft in dit onderzoek een Cronbach's alpha van .90.

De CTSPC is ontwikkeld door Straus, Hamby, Finkelhor, Moore en Runyan (1998) en door Lamers-Winkelmann naar het Nederlands vertaald. Voor dit onderzoek worden twee versies gebruikt, namelijk de ouderversie en de kindversie. Kinderen kunnen deze vragenlijst vanaf acht jaar invullen. Bij de ouderversie worden de volgende subschalen gebruikt: niet-gewelddadige disciplineren, psychische agressie, fysiek geweld (inclusief vragen over disciplineren of lichamelijke straffen), en verwaarlozing. Bij de kindversie worden de subschalen niet-gewelddadige disciplineren, psychische agressie, fysiek geweld (inclusief vragen over disciplineren of lichamelijke straffen) en getuige van geweld tussen ouders gebruikt. Vier items gaan over niet-gewelddadige disciplineren (bv. 'Uitgelegd waarom iets verkeerd/fout was'); vijf items over psychische agressie (bv. 'Tegen hem/haar geschreeuwd, gegild of gekrijsd'); dertien items betreffen fysiek geweld (bv. 'Hem/haar met mijn vuist geslagen of geschopt'); vijf items gaan over verwaarlozing (bv. 'U was niet in staat om ervoor te zorgen dat uw kind(eren) het eten kreeg dat hij/zij nodig had'); vijftien items gaan over getuige zijn van geweld tussen ouders (bv. 'Mijn (stief)vader/(stief)moeder heeft de ander geslagen'). Voor elk item kon de respondent een score geven op een 8-punts Likertschaal tussen de 1 (dit is nooit gebeurd) en 8 (meer dan twintig keer in het afgelopen jaar). De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de CTSPC was een Cronbach's alpha van .86.

Op basis van de ingevulde vragenlijsten per gezin is het mogelijk een indeling in het gezinsgeweld te maken in drie categorieën: 'geen geweld', 'mild geweld' en 'veelvuldig of ernstig geweld'. Deze indeling komt tot stand op basis van eerder onderzoek in een 'normale populatie' in 2012 (Tierolf, e.a., 2014). In deze populatie werd ook gebruik gemaakt van de CTS2 en hier bleek dat in gezinnen met kinderen in een normale populatie gemiddeld per jaar zeven incidenten van partnergeweld plaatsvonden. Aangezien daar ook gezinnen bij zaten waar (extreem) veel partnergeweld plaatsvond, is gekeken naar het gemiddelde voorkomen van de afzonderlijke incidenten. Het bleek dat er vier milde (psychische) incidenten waren die in de normale populatie gemiddeld 1 keer per jaar voorkomen. Vandaar dat voor de definitie van 'geen geweld' in huidig onderzoek

een marge is aangehouden van minder dan vier milde incidenten per jaar. In de normale populatie van gezinnen met kinderen was de standaarddeviatie van de frequentie van partnergeweld 15 incidenten. Vandaar dat voor de aanduiding 'mild geweld' is gekozen bij een frequentie van het geweld tot de gemiddelde +1 standaarddeviatie, 22 milde incidenten per jaar. Bij 4 of meer milde incidenten, oplopend tot 21 milde incidenten per jaar, noemen we het geweld 'mild geweld'. Bij 22 of meer incidenten, of bij ernstige incidenten (1 of meer) noemen we het geweld 'veelvuldig of ernstig geweld'.

Ten aanzien van de kindermishandeling betekent 'geen geweld' ook daadwerkelijk 0 incidenten van kindermishandeling. Ook bij kindermishandeling zijn er drie milde incidenten die gemiddeld veel hoger scoren dan alle andere incidenten, niet zo vaak als bij partnergeweld maar toch aanzienlijk hoger. We hebben hier echter geen referentieonderzoek om te bepalen hoe vaak deze incidenten gemiddeld in de normale bevolking voorkomen, vandaar dat we hier een berekening hebben toegepast waarbij we de verhouding tussen het gemiddelde van het partnergeweld in de normale bevolking spiegelen met het hier gevonden partnergeweld en de verhouding tussen deze twee toepassen op de gevonden waarden van de drie kindermishandelingsincidenten. Op deze manier veronderstellen we dat maximaal twee milde incidenten per jaar van kindermishandeling kunnen worden gekwalificeerd als 'mild geweld'. Drie of meer milde incidenten of één of meer ernstige incidenten worden als 'ernstig of veelvuldig geweld' gekwalificeerd.

Ten slotte is aan ouders gevraagd om een cijfer te geven aan hun veiligheidsbeleving. Ouders werd gevraagd een rapportcijfer te geven tussen de 1 en de 10. Een hoger cijfer betekent een betere veiligheidsbeleving.

## Traumatische symptomen

Jeugdtrauma's van ouders worden gemeten met de verkorte vragenlijst van de *Adverse Childhood Experiences* (ACE; Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003). Hierbij vullen ouders tien vragen in over traumatische gebeurtenissen in de eerste 18 jaar van hun leven, waarbij ze 'ja' of 'nee' kunnen antwoorden. Het betreft de volgende tien categorieën: emotioneel misbruik, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing, lichamelijke verwaarlozing, ouderlijke scheiding of echtscheiding, moeder gewelddadig behandeld, middelenmisbruik van een van de familieleden uit het gezin, geestesziekte van een van de familieleden uit het gezin, detentie van een van de familieleden uit het gezin. De interne betrouwbaarheid van de ACE is hoog: met een Cronbach's alfa van .78 is de ACE betrouwbaar.

De *Trauma Symptoms Inventory* (Briere, 1996) is gebruikt om traumatische symptomen bij ouders te meten. Deze lijst is te gebruiken bij de evaluatie van acute of chronische posttraumatische symptomen, waaronder effecten van verkrachting, huiselijk geweld, fysieke mishandeling, oorlogshandelingen, grote ongelukken, natuurrampen, alsmede kindermishandeling en andere vroegere traumatische gebeurtenissen. De subschalen van de TSI meten een breed scala aan psychologische effecten en betreffen niet alleen symptomen die gewoonlijk zijn verbonden met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een acute stressstoornis (ASS), maar ook zowel intra- als interpersoonlijke problemen die vaak worden geassocieerd met meer chronische psychologische trauma's (Briere, 1995). De lijst bestaat uit drie validiteitsschalen en de volgende tien klinische schalen: angstige opwindings, depressie, woede, opdringerige ervaringen, defensieve vermijding, dissociatie, seksuele problemen, disfunctioneel seksueel gedrag, verstoord zelfbeeld, en spanningsvermijgend gedrag. De zelfrapportage vragenlijst bestaat uit 100 items. Respondenten moeten aangeven hoe vaak bepaalde ervaringen de afgelopen zes maanden zijn voorgekomen. Voorbeelden van items zijn 'Boos worden om iets dat niet belangrijk was'. En 'Je van binnen leeg voelen'. De items worden beantwoord op een

ordinale 4-punts Likertschaal, lopend van 'nooit' (0) tot 'vaak' (3). De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de klinische schalen in de Amerikaanse gestandaardiseerde steekproef is gemiddeld .86 en is daarmee zeer hoog.

Voor het constateren van een klinisch trauma bij de ouders en kinderen wordt gebruik gemaakt van de normen zoals die gehanteerd worden binnen de vragenlijst zelf, die vastgesteld is op basis van onderzoek waarbij diagnoses van psychiaters zijn betrokken. Voor de TSI wordt (nog) gebruikt gemaakt van de originele Amerikaanse normen.

### Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven van ouders is gemeten met de *Manchester Short Assessment of quality of life* (MANSA). De MANSA is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld met het doel de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over iemands baan, woning, relatie en algemene gezondheid. De vragenlijst bestaat uit 12 tot 16 gesloten vragen waarmee de tevredenheid over de leefomstandigheden wordt vastgesteld. De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de MANSA is .82. De score is omgerekend naar een rapportcijfer tussen de 1 en de 10, waarbij een hoger cijfer een betere kwaliteit van leven betekent.

### Ouderschapscompetentie

Om na te kunnen gaan in hoeverre ouders in staat zijn te voorzien in de zorg-, ontwikkelings-, en opvoedingsbehoefte van hun kind wordt gebruik gemaakt van meerdere instrumenten. Er wordt hierbij met name gemeten in hoeverre ouders in staat zijn hun kinderen een goede opvoeding te geven. Gevraagd wordt naar de mate van opvoedstress en competentie die ouders ervaren, de ondersteuning en ruimte die ouders geven voor de ontwikkeling van zelfstandigheid, en naar de aanwezigheid van een warme en betrokken houding ten opzichte van de kinderen.

### Stressbeleving

Met behulp van de NOSI-K (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index - verkorte versie) vragenlijst wordt nagegaan in hoeverre de ouder met de geboden hulp en ondersteuning (weer) in staat is om de pedagogische verantwoordelijkheid voor de kinderen op zich te nemen. De NOSI-K is gebaseerd op de NOSI, de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman & Abidin, 1992). Deze verkorte versie bevat 25 items, waarbij ouders voor elke stelling aangeven in hoeverre ze het ermee eens zijn op een 6-punts Likertschaal, die loopt van 1 (helemaal oneens) tot 6 (helemaal mee eens). Voorbeelden van items zijn 'Het valt niet altijd mee mijn kind te accepteren zoals hij/zij is' en 'Sinds ik kinderen heb, ben ik vlugger moe dan vroeger'. Een hogere score op deze schaal duidt op meer opvoedstress. De totaalscore op deze vragenlijst geeft een indicatie van de door ouders ervaren opvoedstress. De NOSI-K heeft een hoge interne consistentie (Snoeren, Hoefnagels, Evers, & Lamers-Winkelmann, 2013) die in de huidige studie gewaardeerd wordt met een Cronbach's alpha van  $\alpha = .96$ .

Competentie. De NOSI-K wordt aangevuld met vragen uit de subschaal 'Competentie' van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI; De Brock e.a., 1992). Deze schaal meet de mate waarin de ouder het gevoel heeft voldoende vaardigheden en handigheid te hebben in de omgang met het kind. Ouders reageren hierbij onder andere op de vraag 'Ik heb veel meer problemen met het grootbrengen van kinderen dan ik had verwacht'. Ook hierbij wordt gebruik gemaakt van een 6-puntsschaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 6 (helemaal mee eens). Een hogere score houdt in dat ouders zich minder competent voelen in de opvoeding. De interne consistentie in de huidige studie is hoog, met een Cronbach's alpha van  $\alpha = .86$ .

Warmte & betrokkenheid. Om de houding van ouders naar hun kind te kunnen beoordelen, wordt gebruik gemaakt van de subschaal 'Warmte en betrokkenheid' uit de *Parental Practices Questionnaires* (PPQ; Locke & Prinz, 2002; Robinson, Mandelco, Olsen & Hart, 1995). De subschaal warmte en

betrokkenheid bestaat uit 11 items die gemeten zijn op een 5-punts Likertschaal, waarbij de 1 staat voor 'nooit' en de 5 voor 'altijd'. Deze 11 items leveren een totaalscore op (PPQ), gemeten op een continu (interval) meetniveau. Een voorbeelditem van de vragenlijst is: 'Vertel mijn kind dat ik waardeer wat hij of zij probeert of bereikt'. De PPQ is in eerdere studies een betrouwbaar instrument gebleken (Locke & Prinz, 2002). In de huidige studie heeft Cronbach's alpha een waarde van  $\alpha = .90$ .

### Autonomie & steun

Om te kunnen meten in hoeverre ouders hun kind kunnen ondersteunen in de behoefte aan autonomie wordt gebruik gemaakt van de subschaal 'autonomie' uit de *Mother Father Peer Scale 33* (MPF33; Epstein, 1983). Zowel het stimuleren door ouders van zelfstandig gedrag van hun kind als het overbeschermen van kinderen worden onderzocht. Ouders geven op een 4-puntsschaal van 1 (helemaal niet waar) tot 4 (helemaal waar) hun reactie op zeven items, waaronder 'Ik moedig mijn kind aan zijn/haar eigen mening te geven'. Er wordt een gemiddelde score berekend. Een hogere score houdt in dat ouders hun kind meer aanmoedigen zelfstandig te denken en handelen. De interne consistentie is in de huidige studie hoog, met een waarde van Cronbach's alpha van  $\alpha = .88$ .

### Alcoholgebruik van de ouders

Het alcoholgebruik van respondenten en hun partners wordt gemeten met de Audit-C. De Audit-C is een bewerkte vorm van de Audit, die uit tien vragen bestaat; de Audit-C bestaat uit drie vragen. De hier gebruikte versie vraagt zowel naar het eigen alcoholgebruik als naar het alcoholgebruik van de partner. Een voorbeeld van een vraag is 'Hoe vaak drinkt u een alcoholhoudende drank?' en 'Hoe vaak drinkt uw partner een alcoholhoudende drank?' De antwoordcategorieën lopen volgens een 5-punts Likertschaal, bij twee van de drie vragen loopt deze van 0 (nooit) tot 4 (4 of meer keer per week). Eén vraag gaat in op het aantal drankjes en loopt van 0 (1 of 2) tot 4 (10 of meer). De betrouwbaarheid

van de Audit-C voor eigen alcoholgebruik is .67, de betrouwbaarheid van de Audit-C voor alcoholgebruik van de partner is .86.

Op basis van de Audit-C is het mogelijk het alcoholgebruik in het aantal glazen per week te berekenen. De range van het wekelijkse alcoholgebruik in het huidige onderzoek ligt tussen 0 en 80 glazen per week. De feitelijke norm van de Audit-C is dat problematisch alcoholgebruik is gedefinieerd als meer dan drie glazen per week voor vrouwen en meer dan vier glazen wekelijks voor mannen. Voor dit onderzoek hanteren wij een grens van problematisch alcoholgebruik zoals die door de verslavingszorg gehanteerd wordt: acht alcoholische consumpties per week. Het gemiddelde aantal glazen dat deze groep per week drinkt is 8–16 glazen (norm gehanteerd door de Jellinek). Wanneer men meer dan acht alcoholische consumpties per week drinkt, wordt dat hier als risicovol alcoholgebruik gedefinieerd.

### Traumaklachten van de kinderen

Traumasympptomen van kinderen worden door middel van twee vragenlijsten gemeten, namelijk een ouderversie en een kindversie. Ouders vullen over hun kinderen van 3 tot 12 jaar de Nederlandse vertaling in van de *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC; Tierolf & Lamers-Winkelmann, 2014). Hierbij vullen ouders 90 items in op een 4-punts Likertschaal van 0 (niet) tot 3 (heel vaak) hoe vaak symptomen die mogelijke reacties van kinderen kunnen weergeven op traumatische gebeurtenissen in de afgelopen vier weken zijn voorgekomen (bv. 'Heeft nare dromen of nachtmerries', 'Leeft in een fantasiewereld' en 'Maakt met opzet dingen stuk'). De vragen zijn uitgesplitst over twee validiteitsschalen en zes klinische subschalen: angst, depressie, posttraumatische stress, seksuele problematiek, dissociatie en boosheid. De Cronbach's alpha's waren in het vorige onderzoek: PTSS (.91), angst (.78), depressie (.80), seksuele problematiek (.70), dissociatie (.83) en boosheid (.89).

Kinderen van 8 tot 18 vullen de Nederlandse vertaling van de *Trauma Symptom Checklist for Children* in (TSCC; Briere, 1996). Hierbij worden 54 items ingevuld op een 4-punts Likertschaal van 0 (nooit) tot 3 (bijna altijd). Kinderen wordt gevraagd aan te geven hoe vaak ze ergens aan denken, hoe ze zich voelen of hoe vaak ze iets doen. In de vragenlijst komen symptomen aan de orde die mogelijke reacties van kinderen kunnen weergeven op een traumatische gebeurtenis, bijvoorbeeld 'Dagdromen' en 'Me enge dingen herinneren'. De lijst bestaat uit twee validiteitsschalen en zes klinische schalen: angst, depressie, posttraumatische stress, seksuele problematiek, dissociatie en boosheid. De Cronbach's alpha's voor de subschalen waren in het vorige onderzoek achtereenvolgens angst (.79), depressie (.85), posttraumatische stress (.83), seksuele problematiek (.73), dissociatie (.74) en boosheid (.85).

Voor het constateren van een klinisch trauma bij kinderen wordt gebruik gemaakt van twee verschillende vragenlijsten, de *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) voor de kinderen die zelf de vragenlijsten invullen, en de *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC) voor jonge kinderen waarover de ouders de vragenlijst invullen. Deze lijsten hebben allebei normen voor wanneer er wel of niet sprake is van klinisch trauma, op basis van onderzoek waarbij diagnoses van psychiaters zijn betrokken. Voor de TSCYC zijn deze normen op basis van Nederlands onderzoek gerealiseerd, voor de TSCC wordt (nog) gebruikt gemaakt van de originele Amerikaanse normen.

### Emotionele veiligheid van de kinderen

Emotionele veiligheid van kinderen wordt door middel van twee vragenlijsten gemeten, namelijk een ouderversie en een kindversie. Ouders vullen voor kinderen van 3 tot 12 jaar de *Security in the Marital Subsystem Parent Report* (SIMS-PR) in. Kinderen van 8 tot 18 jaar vullen de *Security in the Interparental Subsystem Scale Child Report* (SIS) in. Beide vragenlijsten meten dezelfde twee componenten van emotionele veiligheid: regulatie van de blootstelling en emotionele reactiviteit. Aan oudere kinderen wordt echter ook gevraagd naar

interne representaties van de relatie tussen de ouders (Davies & Cumming, 1994; Davies, e.a., 2009). De regulatie van de blootstelling wordt gemeten met de subschalen Openlijke vermijding (OA) en Openlijk bemoeien (OI). Emotionele reactiviteit bestaat uit de subschalen Openlijke emotionele reactiviteit (OER) en Gedragsdisregulatie (BD). De derde component van de SIS betreft de Representatie van de ouderrelatie. Deze bestaat uit drie subschalen: Constructieve familierepresentaties (CFR), Destructieve familierepresentaties (DFR) (die precies het tegenovergestelde meet), en als laatste Conflict spillover representaties (CSR) (Cummings & Davies, 2010; Davies, Forman, Ros & Stevens, 2002). Spillover betekent dat het kind denkt dat het negatieve effect van conflicten over kan gaan naar andere relaties in het gezin.

De SIMS-PR bestaat uit een lijst met mogelijke reacties van een kind op conflicten tussen zijn ouders. De ouder kan aangeven in welke mate de beschreven reactie overeenkomt met de reactie van zijn/haar kind op een ruzie, conflict of onenigheid tussen hem- of haarzelf en zijn/haar partner in het afgelopen jaar. Er zijn 28 reacties van het kind beschreven waarvan 'lijkt hij boos' en 'wordt hij erg rustig en teruggetrokken' twee voorbeelden zijn. De antwoorden worden gescoord op een 5-punts Likertschaal van 1 (helemaal niet) tot 5 (helemaal). Emotionele reactiviteit (in het vorige onderzoek) heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .89, gedragsdisregulatie .80, vermijden .63 en bemoeien .84.

De SIS bestaat uit 44 stellingen waarover kinderen aangeven hoe waar ze voor het kind waren in het afgelopen jaar. De vragenlijst bevat stellingen zoals 'als mijn ouders ruziën, voel ik me verdrietig' en 'als mijn ouders ruzie hebben, heb ik het gevoel dat het mijn schuld is'. De antwoorden worden gescoord op een 4-punts Likertschaal van 1 (niet waar voor mij) tot 4 (helemaal waar voor mij). De Cronbach's alpha van de vier subschalen van de SIS ligt tussen de .52 (gedragsdisregulatie) en .89 (emotionele reactiviteit).

Ook bij deze lijsten is geen natuurlijk afkappunt. Wel zijn beide lijsten gebruikt in het onderzoek in de normale bevolking in 2012. Omdat hier de emotionele onveiligheid over vier subschalen wordt gemeten, is een hogere grens noodzakelijk (omdat anders te veel kinderen in de normale bevolking als 'emotioneel onveilig' zouden worden getypeerd). Vandaar dat bij deze schalen is gekozen voor een afstand van twee standaarddeviaties hoger dan gemiddeld in de normale populatie, hetgeen betekent dat ongeveer 15% van de kinderen in de normale bevolking emotioneel onveilig scoren.

### Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven van kinderen is gemeten met de *Kidscreen* (Ravens-Sieberer et al., 2006). Vragen zijn gebaseerd op ideeën over fysieke, emotionele, mentale, sociale en gedragscomponenten van gezondheid, welzijn en levenskwaliteit. Deze ideeën zijn verzameld in literatuuronderzoek, expertconsultaties en groepsinterviews met kinderen en jongeren. We gebruiken de *Kidscreen-27*, waarbij 27 vragen gesteld worden over de volgende domeinen: lichamelijk welzijn (vijf items); psychisch welbevinden (zeven items); relatie met ouders (zeven items); relatie met vrienden (vier items); school en leren (vier items). Op basis van 10 van deze 27 items wordt een totaalschaal berekend, de *Kidscreen-10*. De interne samenhang van de *Kidscreen-10* met Cronbach's Alpha is .82.

### Tevredenheid hulpverlening

Tot slot wordt in kaart gebracht wat de hulp is die gezinnen ontvangen vanuit zowel het professionele circuit als vanuit het sociale netwerk van de gezinnen. Het hebben van een sociaal netwerk en steunsysteem is immers een beschermende factor in het doorbreken van de intergenerationele overdracht van geweld (Pels, Lünemann, & Steketee., 2011). Tenslotte is er een groep gezinnen die baat heeft bij therapeutische behandeling om de gevolgen van hun ervaringen in de kinderjaren te kunnen verwerken (Engeland 2002, aangehaald in WHO, 2007).

Aan het einde van vragenlijst is een sectie opgenomen over de hulp die de gezinnen ontvangen. Naast de inventarisatie van het hulpaanbod is er ook gevraagd naar de tevredenheid van gezinsleden over de kwaliteit van het aanbod. Ouders is gevraagd naar de ontvangen hulpverlening van henzelf en van de kinderen. Kinderen vanaf 8 jaar hebben daarnaast ingevuld welke hulpverlening ze zelf hebben ontvangen. Hierbij is zowel naar formele hulpverlening gevraagd als informele vormen van ondersteuning, zoals van vrienden en familie. Daarnaast is ook gekeken naar medische ondersteuning door bijvoorbeeld een huisarts. Aangezien uit het vorige cohortonderzoek bleek dat voor respondenten niet altijd duidelijk is met welke instelling zij te maken hebben, hebben we voor elke regio specifieke onderdelen ingeprogrammeerd (hulpverlening) zodat iedereen voor hem/haar herkenbare termen krijgt voorgeschoteld.

### Cumulatie van risicofactoren

Dit onderdeel bestaat uit zeven verschillende risicofactoren die worden meegenomen. Voor elk van de risicofactoren wordt een afkappunt gebruikt dat bepaalt of een score wel of niet in het problematische gebied valt. Wanneer sprake is van de aanwezigheid van vijf of meer risicofactoren, gaan we uit van een cumulatie van risicofactoren; bij minder dan vijf risicofactoren is geen sprake van een cumulatie van risicofactoren. De risicofactoren bestaan uit vier of meer ACE's (*Adverse Childhood Experiences*) die wel of niet aanwezig zijn. Gemiddeld komt in de Nederlandse bevolking 1 ACE per bewoner voor, terwijl bij 56% geen ACE's voorkomen (1). De andere risicofactoren zijn armoede, gedefinieerd als een maandelijks gezinsinkomen van minder dan €1.500 (2); werkloosheid, gedefinieerd als minder dan 12 uur betaald werk per week (3); riskant drankgebruik respondent, gedefinieerd als meer dan 8 alcoholische consumpties per week (4); riskant drankgebruik partner respondent, gedefinieerd als meer dan 8 alcoholische consumpties per week (5); laagopgeleid, alleen basisschool (6) en alleenstaand ouderschap (7).



### 3.4. Effecten

In deze rapportage worden verschillende analyses gedaan om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Veelal zijn we daarbij op zoek naar verschillen tussen bepaalde groepen (zoals tussen gezinnen waar het geweld wel of niet gestopt is) of verbanden tussen variabelen (bijvoorbeeld of er een relatie is met het alcoholgebruik). Als we een verschil of verband vinden, wordt dit uitgedrukt in de effectgrootte. Hiermee wordt feitelijk bedoeld hoe (statistisch) belangrijk het gevonden verschil/verband gevonden wordt. Enerzijds wordt bepaald of een verschil/verband statistisch significant is, en anderzijds wordt gekeken hoe groot het effect van het verschil/verband is. Dit laatste wordt uitgedrukt in 'klein', 'gemiddeld' en 'groot'. Wanneer een effect kleiner dan 'klein' is (de ondergrens), dan wordt het verschil/verband niet benoemd, ook al is het statistisch significant. We spreken dus alleen van een verschil/verband wanneer er minimaal sprake is van een klein effect. Wanneer het effect groter is, wordt daarmee het verschil/verband betekenisvoller. We maken hierbij gebruik van de door Cohen (1988) voorgestelde en deels door Miles en Shevlin (2001) bijgestelde vuistregels voor effectgrootte, deze worden hieronder in de tabel weergegeven voor de maten die wij voor de effectgrootte in deze rapportage zullen gebruiken.

Bij elk geconstateerd verschil/verband wordt tevens de effectgrootte aangegeven met de waarde voor de bijbehorende maat, hierbij kan dezelfde maat ( $\eta^2$ ) bij een andere analyse een andere betekenis hebben. Deze maten worden hieronder in de tabel kort uitgelegd.

Tabel 1 Effectmaten en bepaling effectgrootte analyses

Effectmaat	gebruik	Klein	Gemiddeld	Groot
$\eta^2$ (eta kwadraat)	Vershil in gemiddelde tussen groepen	0.01	0.06	0.14
$\eta^2$ (eta kwadraat)	Repeated measures	0.02	0.13	0.26

Vooruitlopend op de resultaten in hoofdstuk 4 willen we nog opmerken dat het effect van de Multifocus aanpak moeilijk te kaderen is, aangezien drie maanden na de interventie cliënten overgaan naar reguliere veldpartners, zoals ook gebruikelijk is bij de reguliere Veilig Thuis aanpak. Het blijft dus lastig te bepalen wat het precieze effect is van de Multifocus aanpak, omdat de nulmeting en de eerste/tweede meting samengevoegd een tijd beslaan van langer dan een jaar. Het is daardoor lastig om een effect te meten op een interventie van drie maanden.

# 4 Effectstudie

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van het kwantitatieve onderzoek dat is uitgevoerd bij de respondenten die in aanmerking kwamen voor de Multifocus aanpak. De deelnemers van de Multifocus aanpak zijn vergeleken met een qua problematiek vergelijkbare populatie gezinnen, die niet in de Multifocus aanpak (of een soortgelijke aanpak) zijn geïncludeerd.

In paragraaf 4.1 worden als eerste de achtergronden van de twee populaties die zijn onderzocht, de Multifocusgroep en de controlegroep, weergegeven. Om meer inzicht te geven in de problematiek in de Multifocusgroep, wordt deze groep ook vergeleken met de totale steekproef van de tweede cohortstudie, om te laten zien waar de Multifocus populatie verschilt van andere meldingen bij Veilig Thuis. Daarna worden in paragraaf 4.2 de resultaten ten aanzien van het geweld in het gezin beschreven: neemt het geweld daadwerkelijk af gedurende het onderzoek? In paragraaf 4.3 en in paragraaf 4.4 gaan we in op de onderzoeksvraag hoe het staat met het welzijn van ouders, daarin wordt ook ingegaan op de veiligheidsgevoelens en kijken we aanvullend naar de situatie rond de kinderen en de opvoeding. In paragraaf 4.5 wordt de risicostatus van de gezinnen nader beschouwd en tenslotte wordt in paragraaf 4.7 ingegaan op de hulp die ouders en kinderen gekregen hebben en hoe die wordt beoordeeld. In deze paragrafen wordt tevens steeds beoordeeld of er een verschil bestaat tussen de Multifocusgroep en de controlegroep.

## 4.1. Achtergrondkenmerken onderzoekspopulatie

In deze paragraaf worden twee populaties beschreven en vergeleken. Als eerste worden hieronder de algemene kenmerken van deze populaties naast elkaar gezet om te vergelijken of ze voldoende overeenkomstig zijn voor de verdere analyses. Aangezien zowel ouders als kinderen konden deelnemen aan het onderzoek wordt hierbij een onderscheid gemaakt in aantal huishoudens, volwassenen, kinderen en deelnemende kinderen.

Tabel 2 Aantal deelnemende huishoudens, volwassenen en kinderen

Populatie	Aantal huishoudens	Totaal volwassenen	Totaal kinderen	Totaal kinderen zelf
Multifocus	51	64	29	8
Controlegroep	61	71	86	14

In totaal hebben 51 huishoudens deelgenomen aan de Multifocus aanpak en deze zijn gekoppeld aan 61 huishoudens uit het grote onderzoek. Vooral in de Multifocus populatie zien we minder kinderen: er zijn relatief veel huishoudens zonder kinderen (34 stellen zonder kinderen), terwijl dat in de controlegroep nauwelijks voorkomt. Het hebben van kinderen in de leeftijd van 3-18 jaar was één van de inclusiecriteria voor de tweede cohortstudie, dus het is ook niet verwonderlijk dat we daar nauwelijks gezinnen zonder kinderen tegenkomen. In Tabel 3 worden de twee groepen Multifocus en de controlegroep vergeleken op algemene achtergrondkenmerken.

Tabel 3 Achtergrondgegevens van de volwassenen en kinderen

	Multifocus (n =64)	Controlegroep (n = 71)	Significantie verschil
<b>Leeftijd (%)</b>			
< 25 jaar	10,9%	5,6%	p<.05
25-34 jaar	15,6%	33,8%	
35-44 jaar	17,2%	29,6%	
45-54 jaar	34,4%	18,3%	
> 55 jaar	21,9%	12,7%	
<b>Percentage man (%)</b>	35,9%	35,2%	Ns
<b>Migratieachtergrond (%)</b>			
Nederlands	81,3%	69,0%	p<.01
Antilliaans	0%	8,5%	
Marokkaans	0%	1,4%	
Surinaams	0%	11,3%	
Anders	18,7%	9,9%	
<b>Opleiding (%)</b>			
Lager onderwijs	18,8%	8,5%	Ns
MAVO, LBO	28,1%	18,3%	
HAVO, VWO, MBO	39,1%	45,1%	
HBO, WO	9,4%	21,1%	
Anders	4,7%	7,0%	
<b>Netto maandelijks inkomen (%)</b>			
< €1,500	67,2%	52,1%	Ns
€1,500 - €3,100	28,1%	38,0%	
> €3,100	4,7%	9,9%	
<b>Betaald werk (%)</b>			
> 12 uur betaald werk	31,3%	49,3%	p<.05
<b>Tijdelijk Huisverbod</b>	98%	87%	p<.05
<b>Informatie kinderen</b>	N=29	N=86	
<b>Aantal kinderen ouder dan 3 jaar (%)</b>			
0 kinderen ouder dan 3 jaar	71,9%	19,7%	p<.001
1 kind ouder dan 3 jaar	12,5%	47,9%	
2 kinderen ouder dan 3 jaar	12,5%	26,8%	
> 3 kinderen ouder dan 3 jaar	3,2%	5,6%	
<b>Gemiddelde leeftijd kinderen</b>	10,4 jaar	9,6 jaar	
<b>Sekse kinderen, meisje (%)</b>	34,5%	53,5%	Ns

We zien een significant verschil tussen de verdelingen binnen de Multifocusgroep en de controlegroep als het gaat om de leeftijd, migratieachtergrond, betaald werk, Tijdelijk Huisverbod en als het gaat om het aantal kinderen. De deelnemers aan de Multifocus aanpak zijn enerzijds jonger (meer jonger dan 25 jaar) en anderzijds ouder (meer ouder dan 45 jaar) dan de controlegroep. De respondenten van de controlegroep hebben vaker de leeftijd tussen de 25 en 45 jaar, dat komt waarschijnlijk doordat een inclusiecriteria voor het grote onderzoek was dat men kinderen in de leeftijd van 3 tot 18 jaar oud moest hebben. Daar zien we ook een tweede significante verschil namelijk dat de controlegroep vaker kinderen hebben. Wat betreft de migratieachtergrond speelt mee dat er in de bevolking Groningen duidelijk minder mensen met een migratieachtergrond wonen dan elders in het land, dit zien we terug bij de controlegroep die wat dat betreft meer lijkt op de algemene bevolking. We zien wel significantie bij het Tijdelijk Huisverbod, maar toch is daar het verschil niet erg groot tussen de Multifocus groep en de controlegroep (98% en 88%). Voor de andere achtergrondkenmerken zien we geen verschil tussen beide groepen.

In de onderstaande tabel worden de Multifocusgroep en de controlegroep vergeleken met de overige populatie gemeld bij Veilig Thuis, minus de meldingen voor specifieke projecten die eveneens apart onderzocht worden. Deze zijn dan ook niet geïncludeerd in de totale populatie.

Tabel 4 Problemen in gezinnen bij aanvang melding

	Totale populatie zonder MF en controle N=906 Gemiddelde	Multifocus N=51 Gemiddelde	Controlegroep N=61 Gemiddelde
Totaal incidenten partnergeweld/kin- dermishandeling in gezin	64*	109	109
Totaal incidenten partnergeweld in gezin	55*	104	102
Totaal incidenten direct geweld tegen kinderen in gezin (met kinderen)	16	15	13
Stellen/gezinnen met getraumatiseerde ouders	14,7%*	29,8%	26,4%
Stellen/gezinnen met cumulatie risico- factoren	32,1%	45,1%	33,3%
Stellen/gezinnen met ouders met jeugdtrauma's	26,7%	29,4%	25,0%
	Percentage	Percentage N=17	Percentage N=49
Gezinnen (met kinderen) met emotionele onveiligheid kinderen	50,8%	60,0%	46,5%
Gezinnen (met kinderen) met onveilige hechting kinderen	46,4%	58,8%	48,0%
Gezinnen (met kinderen) met opvoedingsstress	40,4%**	29,4%	26,5%
Gezinnen (met kinderen) met getraumatiseerde kinderen	36,2%	42,9%	31,0%

\*p<.05 (in vergelijking met zowel Multifocus als controlegroep)

\*\*p<.05 (in vergelijking met controlegroep)

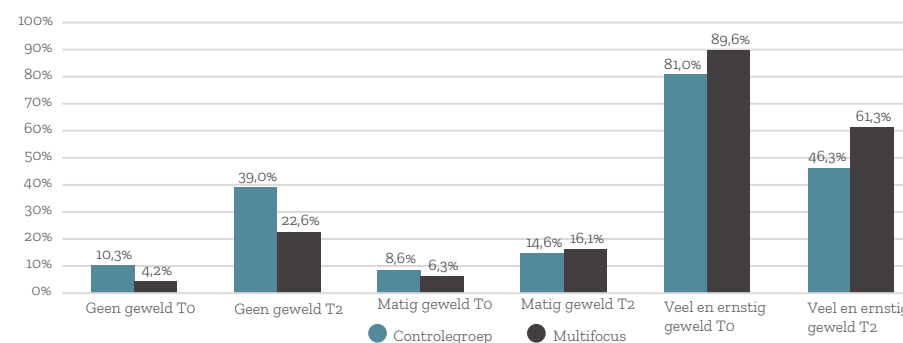
Uit de gegevens van Tabel 4 blijkt dat de problematiek van de Multifocusgroep groter is dan van de totale populatie die gemeld is bij VT. Het aantal incidenten partnergeweld is significant hoger bij de Multifocusgroep dan in de algemene populatie die gemeld wordt bij Veilig Thuis. Wat betreft het directe geweld tegen kinderen is er geen verschil. We zien geen verschil qua geweld, op partnergeweld dan wel kindermishandeling, tussen de Multifocusgroep en de controlegroep. Het percentage getraumatiseerde ouders is in de Multifocus en controlegroep wel significant hoger dan in de totale populatie. Daarnaast is er ook vaker sprake van een cumulatie van risicofactoren in de experimentele

groep (45%) dan in de totale steekproef die gemeld wordt bij veilig Thuis (32%), maar dit verschil is niet significant. In de Multifocusgroep lijken de kindproblemen op een aantal aspecten ook hoger, maar deze verschillen zijn nergens significant. Dit komt mede doordat in de Multifocus groep maar weinig gezinnen met kinderen voorkomen. Als laatste zien we nog een significant verschil tussen de totale populatie en de controlegroep ten aanzien van de opvoedstress in deze gezinnen. Verder zien we geen significante verschillen tussen de verschillende populaties.

## 4.2. Geweld in huishoudens

Een belangrijke onderzoeksvraag is of er sprake is van een afname van geweld, één of anderhalf jaar na de melding. In het onderzoek hebben we gekeken naar het geweld dat door de ouders en door de kinderen is gerapporteerd. Het betreft zowel partnergeweld (fysiek, en/of psychisch geweld, letsel, seksueel misbruik) als kindermishandeling (fysieke en/of psychische mishandeling, verwaarlozing). Hierin is een onderscheid gemaakt tussen geen geweld, matig geweld en veel en ernstig geweld (dat wil zeggen ernstige incidenten of meer dan 22 incidenten op jaarbasis).

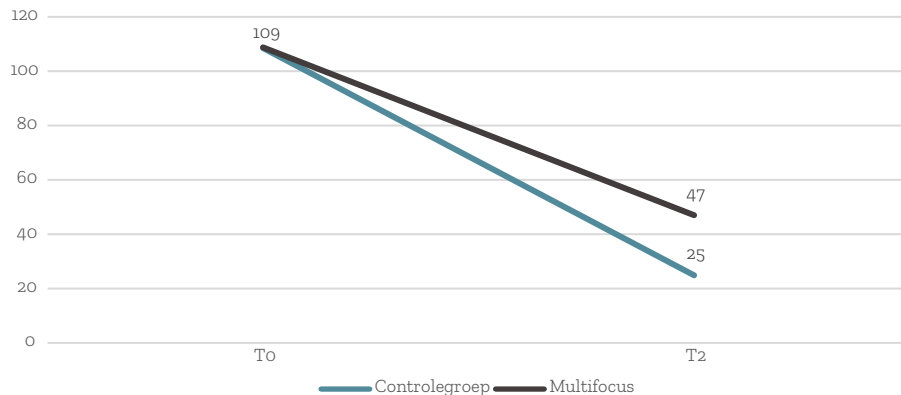
Figuur 2 Geweld naar categorie en meting



In Figuur 2 zien we dat de verdeling tussen 'geen', 'matig' en 'veel/ernstig' geweld tussen de Multifocusgroep en de controlegroep zowel bij de T0 als bij de T2 niet significant van elkaar verschilt. Er is sprake van een duidelijke significante afname van het geweld in zowel de experimentele als de controlegroep. Er zijn aanzienlijk meer gezinnen in de categorie 'geen geweld' en minder gezinnen in de categorie 'veel/ernstig geweld'. Dit is significant in beide groepen ( $p < 0,001$ ), maar we zien geen verschil tussen de Multifocus groep en de controlegroep.

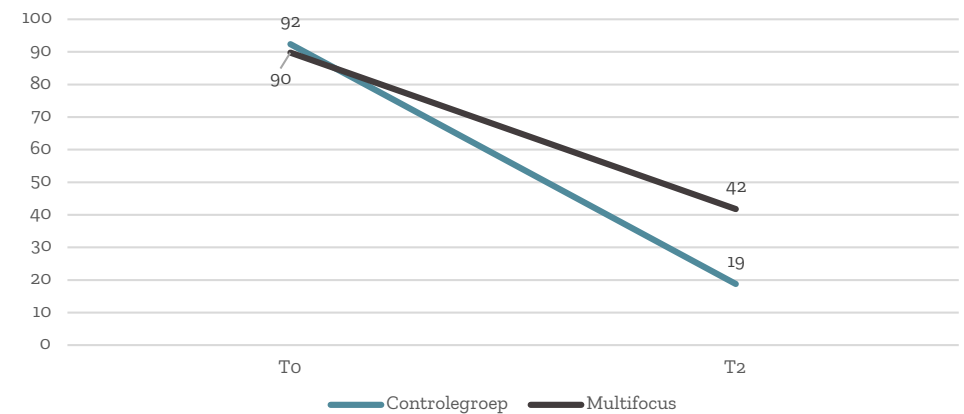
Aangezien het geweld is gemeten op basis van het aantal incidenten op jaar-basis, kunnen we voor zowel het totaal geweld, als het partnergeweld het verloop, de afname over de twee metingen weergeven voor de twee groepen. In de onderstaande figuren zien we het verloop van de soorten geweld voor de Multifocus groep en de controlegroep. Als eerste het gemiddeld aantal incidenten totaal geweld: we zien in beide groepen een sterke afname, bij Multifocus van 109 incidenten naar 47 incidenten en bij de controlegroep van 109 incidenten naar 25 incidenten. In beide groepen is sprake van een significante afname waarbij sprake is van een groot effect ( $\eta^2 = .28$ ,  $p < .001$ ; zie Figuur 3). Er is geen significant verschil tussen de afname in de Multifocus groep en de afname in de controlegroep.

Figuur 3 Afname totaal geweld Multifocus en controlegroep



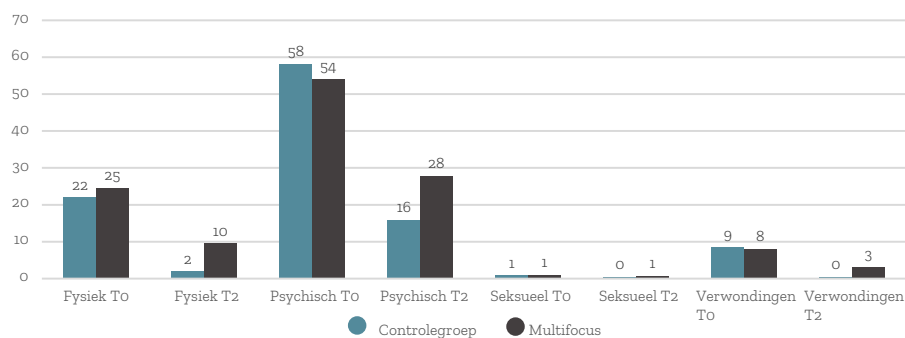
Wanneer we kijken naar de afname van het gemiddeld aantal incidenten partnergeweld op het niveau van de afzonderlijke ouders/partners (dus niet op gezinsniveau zoals in tabel 4), zien we logischerwijze hetzelfde beeld als bij het totaal geweld, namelijk dat bij beide is sprake van een significante afname. Bij Multifocus zien we een afname van 90 naar 42 incidenten, bij de controlegroep van 92 naar 19 incidenten, waarbij sprake is van een groot effect ( $\eta^2 = .31$ ,  $p < .001$ ). We zien geen significant verschil tussen de twee groepen (zie Figuur 4).

Figuur 4 Afname partnergeweld Multifocus en controlegroep



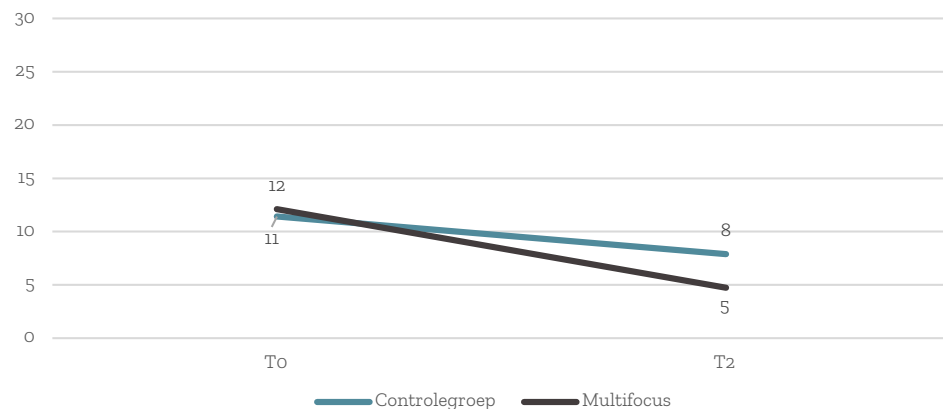
Vervolgens kijken we in Figuur 5 naar de afname van de verschillende soorten partnergeweld. Hierbij is onderscheid gemaakt in specifieke vormen van geweld: psychisch, fysiek, seksueel en verwondingen. Bij alle soorten geweld zien we een significante afname, behalve bij seksueel geweld. Dit komt doordat dat al laag was met gemiddeld één incident per jaar. We zien geen verschil tussen de Multifocus groep en de controlegroep.

Figuur 5 Partnergeweld naar soort



Als laatste ten aanzien van geweld kijken we naar de directe kindermishandeling op kindniveau (dus niet gezinsniveau), dus het geweld direct gepleegd tegen de kinderen, zonder inclusie van het mogelijk getuige zijn van partnergeweld door de kinderen. Dit wordt getoond in de Figuur 6. We zien een significante afname van de kindermishandeling op kindniveau: bij Multifocus van 12 naar 5 incidenten, bij de controlegroep van 11 naar 8 incidenten, waarbij sprake is van een gemiddeld tot groot effect ( $\eta^2 = .21, p < .01$ ). We zien geen significant verschil tussen de Multifocus groep en de controlegroep.

Figuur 6 Afname directe kindermishandeling Multifocus en controlegroep

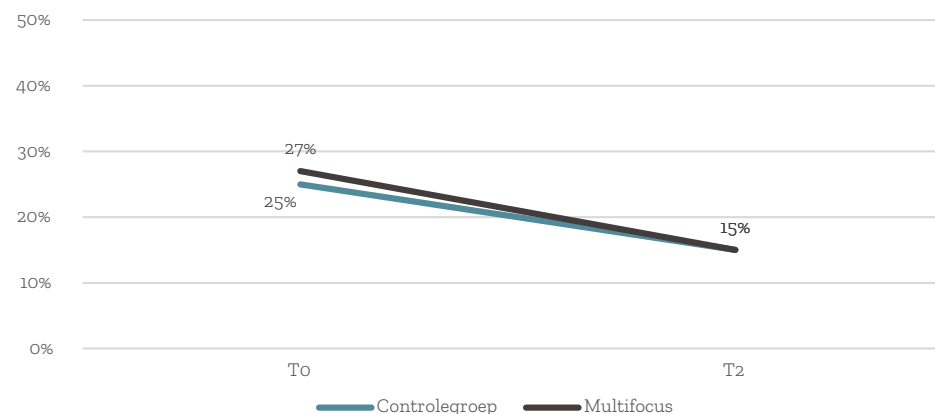


### 4.3. Ouderfactoren

Naast het daadwerkelijke geweld dat heeft plaatsgevonden, is ook gevraagd naar andere factoren die hierop van invloed kunnen zijn, waaronder huidige traumasymptomen van ouders, opvoedcompetenties van ouders, onveiligheidsgevoelens en kwaliteit van leven.

Bij de ouders wordt gekeken naar het percentage ouders met een klinische traumascore op minimaal één van de tien symptoom clusters (zie TSI). In Figuur 7 zien we dat de afname van het trauma bij zowel de Multifocus populatie als de controlegroep significant is, waarbij sprake is van een klein tot gemiddeld effect ( $\eta^2 = .09, p < .05$ ). We zien geen significant verschil tussen de Multifocus groep en controlegroep.

Figuur 7 Klinisch trauma bij ouders

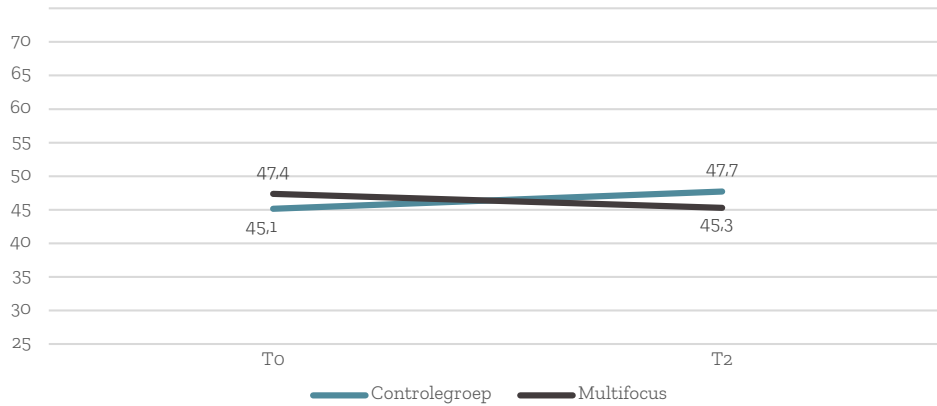


De opvoedcompetenties van ouders worden op twee manieren weergegeven, enerzijds als de opvoedingsstress van ouders, daarnaast als de competenties van ouders. In Figuur 8 wordt de afname van de opvoedingsstress over de metingen getoond. Bij aanvang is de opvoedingsstress van ouders in beide groepen significant hoger dan in de normale bevolking (40,4).



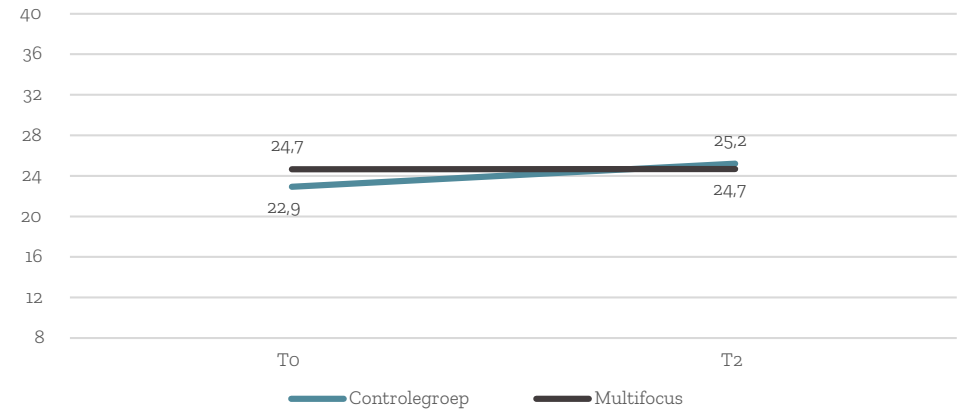
In beide groepen we geen significant verschil. De verschillen tussen de Multifocus en controlegroep zijn ook niet significant.

Figuur 8 Opvoedingsstress van ouders



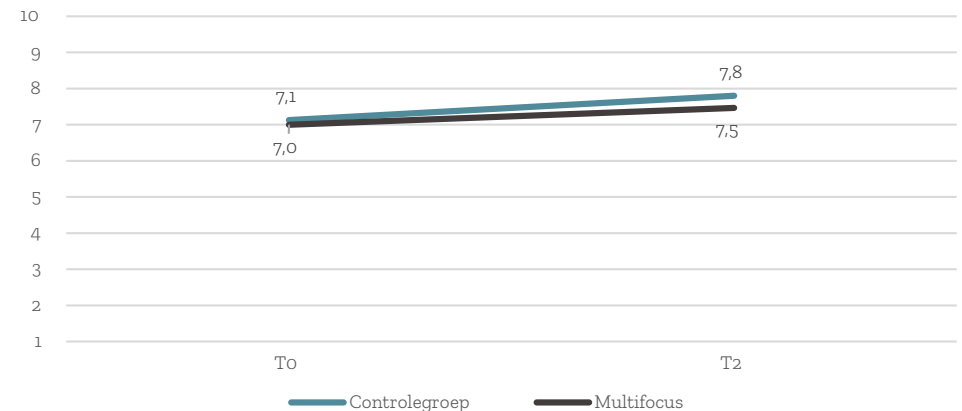
De opvoedcompetenties worden gemeten met de subschaal 'competenties' van de NOSI. Hoe hoger deze score, des te minder competenties ouders zichzelf toedenken. In Figuur 9 is te zien dat de inschatting van ouders van de Multifocus groep van de eigen competenties gelijk blijft. Bij de controlegroep lijken ouders minder positief te zijn op de tweede meting dan de eerste meting, maar er is geen significant verschil tussen de metingen of niet tussen de groepen.

Figuur 9 Opvoedcompetenties ouders



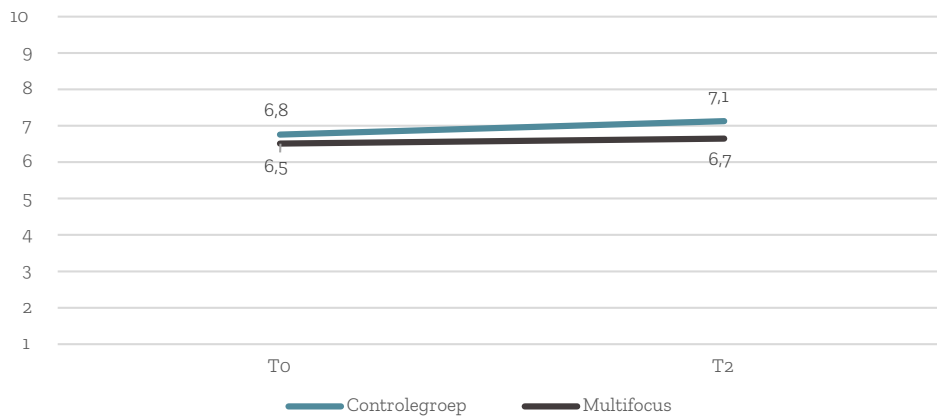
In de Figuur 10 laten we de veiligheidsbeleving van de ouders zien, gerepresenteerd als een cijfer tussen 1 en 10. We zien geen significant verschil tussen de twee groepen. In beide groepen neemt de ervaren veiligheid significant toe, waarbij sprake is van een klein tot gemiddeld effect ( $\eta^2 = .10, p < .01$ ). Overigens is het opvallend dat de veiligheidsscores behoorlijk hoog lijken (cijfers hoger dan 7), gezien de situatie waarin deze ouders zich bevinden.

Figuur 10 Veiligheidsbeleving ouders



Het welzijn van de ouders is gemeten aan de hand van de kwaliteit van leven. Voor de ouders wordt dit gemeten als een rapportcijfer op een schaal van 1 tot 10. We zien bij beide groepen een significante toename van de kwaliteit van leven, waarbij sprake is van een klein tot gemiddeld effect ( $\eta^2 = .05, p < .05$ ). Het lijkt alsof de controlegroep iets hoger scoort bij aanvang en bij T2, maar deze verschillen zijn niet significant, de toename in beide groepen is wel significant.

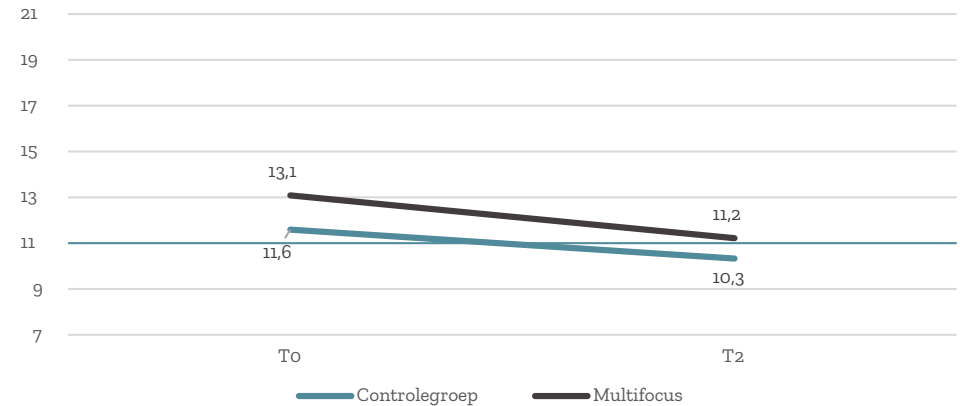
Figuur 11 Kwaliteit van leven ouders



#### 4.4. Kindfactoren

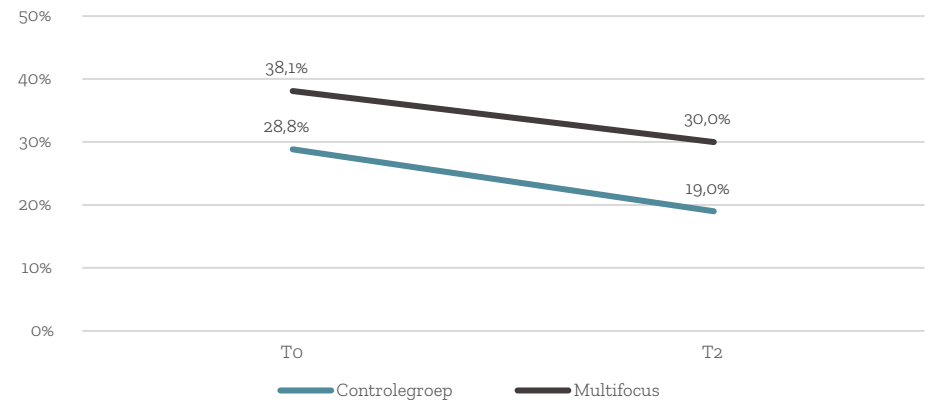
Bij de kinderen kijken we naar de emotionele onveiligheid, trauma en kwaliteit van leven. De emotionele veiligheid is specifiek gerelateerd aan het gedrag van kinderen bij conflicten tussen ouders. Een hogere score duidt daarbij op meer onveiligheid van de kinderen. In de normale bevolking is deze score 8,4 voor kinderen. In Figuur 12 zien we dat deze score bij aanvang in beide groepen veel hoger is dan in de normale bevolking (dus onveiliger), en dat de score bij de laatste meting in beide groepen iets (maar niet significant) is gedaald. De scores zijn nog altijd aanzienlijk hoger (dus onveiliger) dan in de normale bevolking.

Figuur 12 Emotionele onveiligheid kinderen



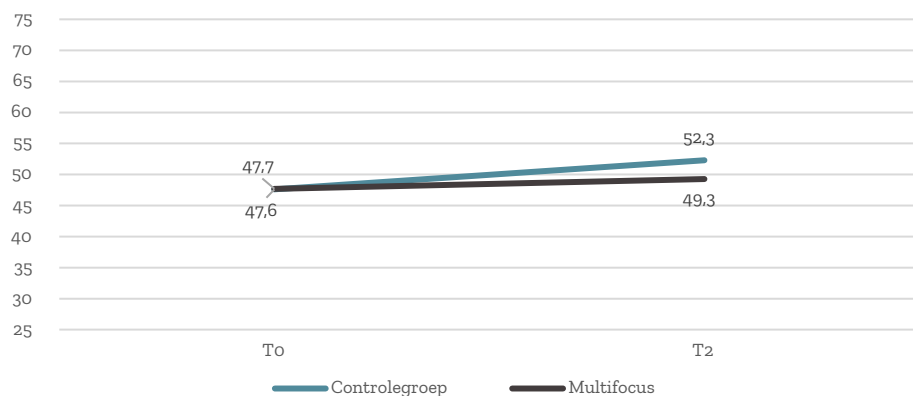
Ten aanzien van het trauma zien we bij de kinderen een iets afwijkend beeld, zie Figuur 13. We zien hier geen significante afname, vooral vanwege het feit dat er maar weinig kinderen in beide groepen zijn. Wel zien we een significant verschil tussen de Multifocus groep en controlegroep, waarbij op beide meetmomenten veel meer kinderen een klinisch trauma hebben in de Multifocus groep. Hierbij is sprake van een gemiddeld tot groot effect ( $\eta^2 = .13, p < .05$ ).

Figuur 13 Klinisch trauma bij kinderen



De kwaliteit van leven van de kinderen wordt weergegeven met een T-score, waarbij het Europese gemiddelde de norm is. De normale Nederlandse jongerenpopulatie heeft hier een gemiddelde score van 54. De scores in de Multifocus groep en controlegroep lijken lager (zie Figuur 14), echter, alleen de T0 score van zowel de controlegroep als de Multifocus groep is significant lager dan de score van 'normale' Nederlandse jongeren. Bij T1 is dit verschil niet meer significant. Het verschil tussen de metingen en tussen Multifocus en de controlegroep is niet significant. Dit heeft met name te maken met het feit dat maar heel weinig kinderen uit de controlegroep en Multifocus groep de vragenlijsten zelf hebben ingevuld (zie Tabel 2), en de kwaliteit van leven de kinderen is alleen via de deelnemende kinderen zelf gemeten.

Figuur 14 Kwaliteit van leven kinderen

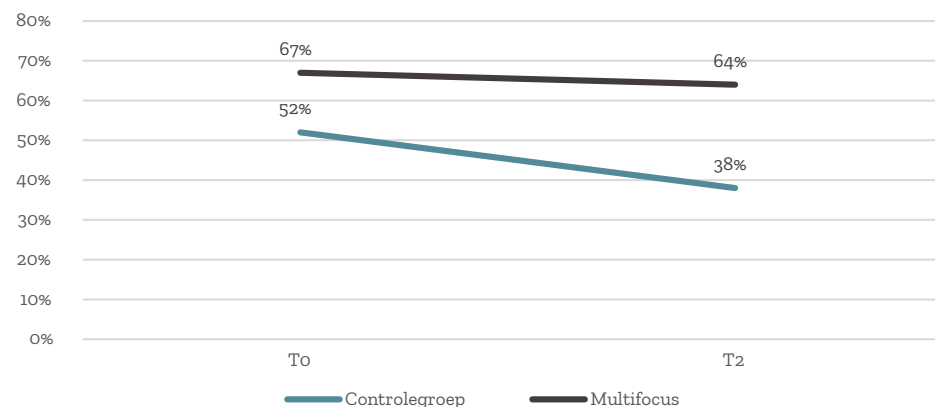


#### 4.5. Risicostatus van de ouders

De risicostatus van de ouders gaat over een aantal met geweld samenhangende risicofactoren, zoals armoede, werkloosheid, en drankgebruik, waarbij het drankgebruik wordt onderscheiden in eigen drankgebruik en drankgebruik partner. In deze paragraaf wordt het verloop van deze factoren over de metingen bekeken.

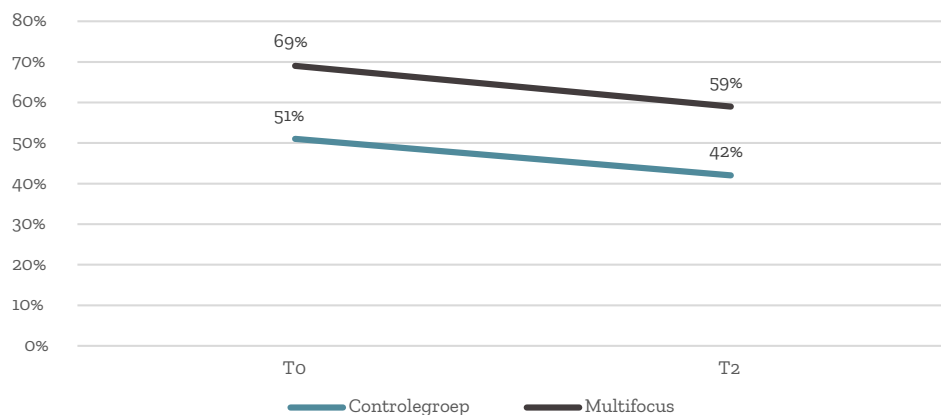
Als eerste wordt ingegaan op armoede, in dit verband vertaald als laag inkomen (minder dan €1,500,- maandelijks gezinsinkomen). In Figuur 15 zien we de vergelijking tussen de Multifocus en controlegroep over de twee metingen. Er is geen sprake van een significante afname over de metingen. Er is wel een significant verschil tussen de Multifocus groep en de controlegroep, waarbij er in de Multifocus populatie op beide metingen sprake is van meer gezinnen met laag inkomen dan in de controlegroep. Hierbij is sprake van een gemiddeld effect ( $\eta^2 = .06$ ,  $p < .05$ ).

Figuur 15 Laag inkomen



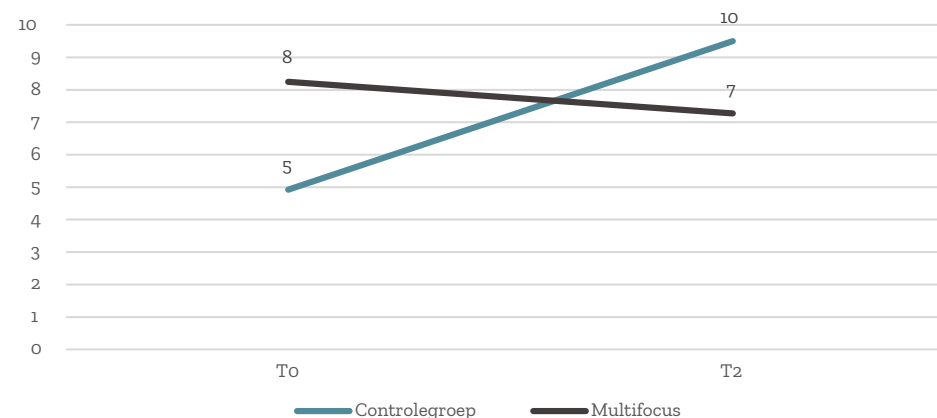
Ten aanzien van de werkloosheid zien we een in beide groepen zeer hoge waarden voor de werkloosheid. Ten aanzien van het verloop zien we een geringe maar niet significante afname over de metingen. Wel zien we een significant verschil tussen de Multifocus groep en de controlegroep, waarbij de werkloosheid onder de ouders in de Multifocusgroep bij beide metingen verschilt van de werkloosheid in de controlegroep, waarbij sprake is van een klein tot gemiddeld effect ( $\eta^2 = .05$ ,  $p < .05$ ). De werkloosheid in de Multifocus groep is op beide metingen hoger dan in de controlegroep.

Figuur 16 Werkloosheid



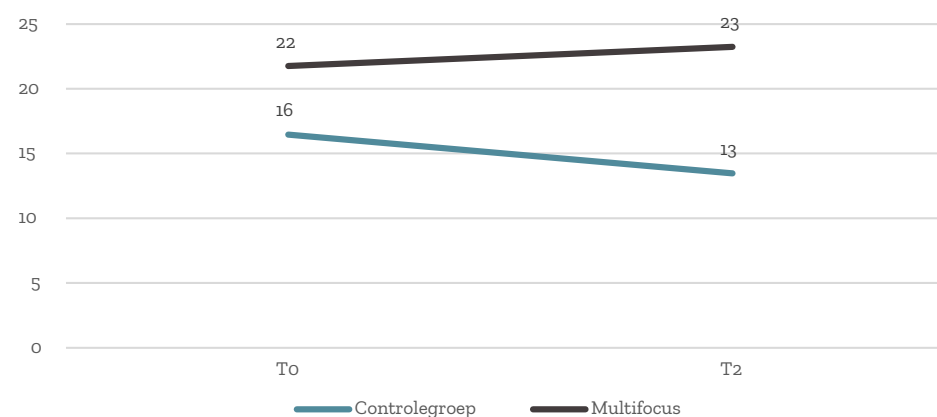
Het alcoholgebruik wordt weergegeven als gemiddeld aantal alcoholische consumpties per week. We beschouwen het alcoholgebruik als problematisch bij gemiddeld meer dan 8 alcoholische consumpties per week. Als eerste kijken we naar het eigen alcoholgebruik, we zien in Figuur 17 dat het lijkt alsof er behoorlijke verschillen zijn tussen de groepen en metingen, maar geen van de getoonde verschillen (tussen groepen en metingen) is significant. We kunnen dus niet spreken van een toe- of afname of een verschil tussen controle en Multifocus groep.

Figuur 17 Eigen drankgebruik in aantal alcoholische consumpties per week



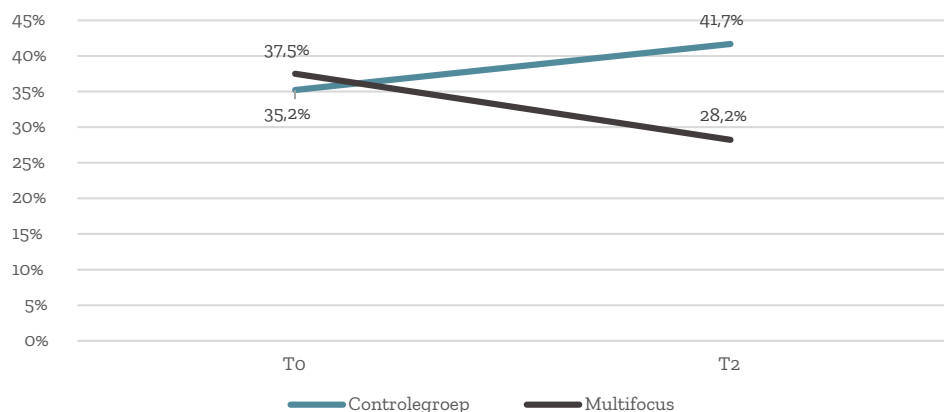
Ten aanzien van het drankgebruik van de partner zien we dat dit veel hoger (en problematischer) wordt ingeschat dan het eigen drankgebruik (zie Figuur 18). Ook hier zien we geen significante toe- of afname over de metingen. We zien wel een significant verschil tussen de Multifocus groep en de controlegroep, waarbij het drankgebruik van de partner in de Multifocusgroep op beide metingen veel hoger ligt dan in de controlegroep, hierbij is sprake van gemiddeld effect ( $\eta^2 = .06$ ,  $p < .05$ ).

Figuur 18 Drankgebruik partner in aantal alcoholische consumpties per week



Als laatste wordt in deze paragraaf ingegaan op de cumulatie van risicofactoren bij ouders (zie Figuur 19). Wanneer er sprake is van meer dan drie risicofactoren noemen we dat een cumulatie van risicofactoren. Het enige significante gegeven ten aanzien van de risicofactoren betreft het verloop tussen T0 en T2 in de Multifocus populatie. De afname van risicofactoren in de Multifocus groep over de metingen is significant, waarbij sprake is van een klein tot gemiddeld effect ( $\eta^2 = .10$ ,  $p < .05$ ). We kunnen dus zeggen dat de Multifocus groep in de loop van de tijd significant minder 'last' heeft van risicofactoren, dan bij aanvang van de interventie.

Figuur 19 Cumulatie van risicofactoren



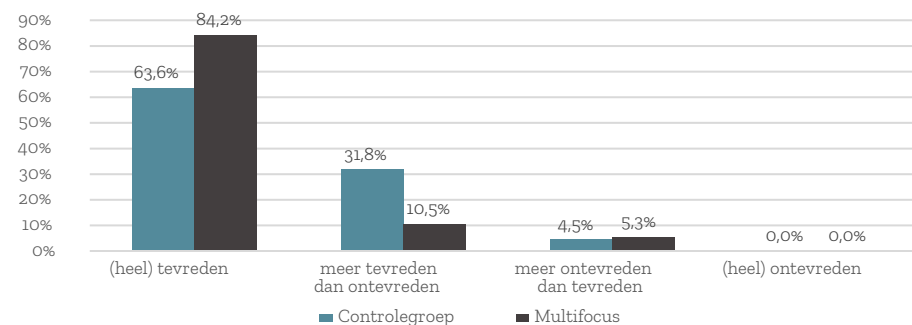
#### 4.6. Beoordeling hulp door de deelnemers

In deze paragraaf wordt de beoordeling van de hulpverlening door de Multifocus deelnemers vergeleken met de beoordeling van de hulpverlening door de controlegroep. Aangezien de deelnemers de volwassenen zijn wordt hier naar de hulp aan de volwassenen/ouders gekeken. We kijken op twee manieren naar de beoordeling van de hulp. De deelnemers is gevraagd de mening te geven over het nut en het belang van de hulp die ze hebben gekregen in de anderhalf jaar dat de metingen hebben plaatsgevonden. De combinatie van

nut en belang bepaalt de tevredenheid over de hulp. We beschouwen hierbij alle formele hulp die de deelnemers in de Multifocus aanpak hebben gekregen als onderdeel van de Multifocus aanpak. Dit wordt vergeleken met alle formele hulp die de controlegroep heeft gekregen en beoordeeld. Daarnaast kijken we specifiek naar het oordeel over de Multifocus aanpak. Alle deelnemers konden één specifieke hulpsoort kiezen waarover ze meer informatie konden geven, waaronder een beoordeling in de vorm van een rapportcijfer. Aan alle Multifocus deelnemers is gevraagd bij deze vragen de Multifocus aanpak als hulpsoort te kiezen. In totaal 26 deelnemers hebben hieraan gevolg gegeven. Deze beoordeling is vergeleken met hetzelfde oordeel van 34 andere ouders uit de controlegroep, die hun mening over verschillende andere hulpsoorten hebben gegeven, maar wel op dezelfde manier.

Als eerste kijken we naar de tevredenheid over de formele hulp die de deelnemers hebben gekregen in de afgelopen anderhalf jaar. Dit wordt getoond in Figuur 20. We zien geen significant verschil in de verdeling van tevredenheid over de formele hulp tussen de Multifocus groep en de controlegroep, maar wel zien we in de Multifocus groep dat bijna 85% (heel) tevreden is. In beide groepen is niemand (heel) ontevreden.

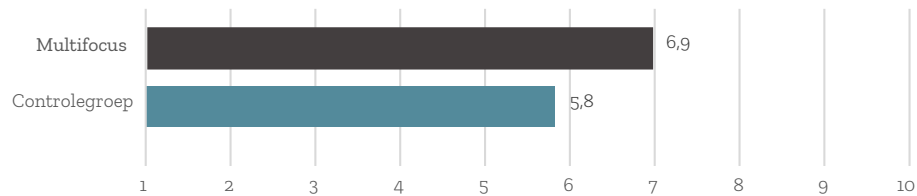
Figuur 20 Tevredenheid formele hulp



De tweede manier waarop de hulpverlening wordt beoordeeld betreft een rapportcijfer voor de Multifocus aanpak. Dit wordt vergeleken met het rapportcijfer die de deelnemers uit de controlegroep gaven aan de hulpsoort die zij hadden uitgekozen om meer informatie over te geven.

We zien dat deze rapportcijfers niet significant van elkaar verschillen, waarbij de Multifocus aanpak bijna een 7 krijgt en waarbij de hulp aan de controlegroep een klein zesje krijgt. Het verschil tussen de cijfers is niet significant, dus we kunnen niet zeggen dat de Multifocus deelnemers de aanpak hoger waarderen dan de controlegroep de hulp die zij hebben gekozen om te waarderen.

Figuur 21 [Rapportcijfer hulp](#)





# 5 Conclusie

In dit onderzoek toetsen we of de Multifocus aanpak beter in staat is om geweld te stoppen of verminderen en veiligheid in gezinnen te verbeteren, in vergelijking met de reguliere aanpak. Daarmee plaatsen we de kanttekening dat de effectiviteit van de Multifocus aanpak lastig te meten is, omdat de interventieperiode feitelijk maar drie maanden beslaat. Hierbij kijken we ook naar factoren waarvan bekend is dat deze samenhangen met geweld, zoals traumasymptomen bij ouders, emotionele onveiligheid en drankgebruik. We hebben de resultaten van de Multifocus aanpak afgezet tegen een controlegroep met vergelijkbare zwaarte van geweld die "care as usual" heeft ontvangen.

## 5.1. Multifocus effectief

De resultaten laten zien dat het geweld in huishoudens en gezinnen omlaag gaat. Het gemiddeld aantal incidenten per jaar is met meer dan de helft afgenomen en het lukt ook om het geweld in een deel van de gezinnen nagenoeg te stoppen. We zien een groot effect van de Multifocus aanpak op de afname van partnergeweld en kindermishandeling. Dit is zichtbaar voor alle vormen van partnergeweld (behalve seksueel misbruik, wat bijna niet voorkomt). Cliënten merken zelf ook een verbetering in veiligheid, wat blijkt uit een hoger cijfer voor ervaren veiligheid. Ook in het aanvullende kwalitatieve onderzoek (zie bijlage) zeggen cliënten tevreden te zijn over de snelheid waarmee een tijdelijk huisverbod werd ingezet en daarmee eveneens snel een einde kwam aan het ernstige geweld dat de aanleiding was voor de melding bij Veilig Thuis. Echter, in bijna twee derde van de huishoudens is nog steeds sprake van veel of ernstig geweld. De resultaten laten dus zien dat Multifocus het geweld kan verminderen en in sommige gevallen kan stoppen, maar dat het na anderhalf

jaar hulp nog niet is gelukt om in het merendeel van de gezinnen veel of ernstig geweld te doorbreken. Ook in de controlegroep waren deze patronen zichtbaar. We moeten daarbij opmerken dat na drie maanden Multifocus aanpak met een specifieke ICM'er de hulp wordt overgedragen aan de reguliere ketenpartners in het veld. De bevindingen van dit onderzoek passen bij eerdere onderzoeken die concluderen dat geweld in gezinnen en huishoudens moeilijk is om te doorbreken (e.g., Steketee et al., 2020).

Vanuit eerder onderzoek weten we dat in gezinnen waar geweld speelt vaak een opeenstapeling van problemen is (Steketee et al., 2020). Niet alleen is er sprake van partnergeweld en/of kindermishandeling, maar ook van traumaklachten, hechtingsproblematiek, emotionele onveiligheid of een cumulatie van risicofactoren die samenhangen met geweld (zoals armoede of riskant drankgebruik). De tweede cohortstudie naar de aanpak van huiselijk geweld liet zien dat een afname van geweld gerelateerd is aan een afname van klinische traumaklachten en opvoedstress en een verbetering van kwaliteit van leven. Ook in dit onderzoek zien wij bij ouders een afname van traumaklachten en een verbetering van kwaliteit van leven, wat laat zien dat Multifocus ook een effect heeft op het welzijn van ouders. Daarmee wordt een doel van Multifocus behaald, namelijk het verminderen van traumaklachten.

Opvallend is dat er geen verschil zichtbaar is in het welzijn van kinderen. Zowel emotionele veiligheid, traumaklachten en kwaliteit van leven zijn niet significant verbeterd na anderhalf jaar Multifocus. Ook in de controlegroep was geen verbetering zichtbaar. Daarnaast was er bij ouders geen verschil in opvoedstress en opvoedcompetenties zichtbaar in zowel de Multifocusgroep als controlegroep. In de gehele steekproef van de tweede cohortstudie werd hierop wel verbetering gevonden anderhalf jaar na de melding bij Veilig Thuis en hing dit samen met de afname van geweld (Steketee et al., 2020). Deze resultaten kunnen betekenen dat de opvoedvaardigheden van deze ouders nog

onvoldoende verbeterd zijn, waardoor ouders nog niet in staat zijn om adequaat beschikbaar te zijn voor hun kinderen en kinderen dus geen verbetering in welzijn ervaren. In de Multifocusgroep en controlegroep zagen wij aanzienlijk meer partnergeweld en meer klinische traumaklachten bij ouders dan in de gehele groep van de 2<sup>e</sup> cohortstudie, terwijl deze groepen juist minder opvoedstress rapporteerden. De hulp aan deze gezinnen richt zich wellicht meer op partnergeweld en klinisch trauma van de ouders dan op opvoedvaardigheden, waardoor resultaten op opvoedvaardigheden (stress en competenties) en het welzijn van kinderen vervolgens uitblijven. Enerzijds sluit dit aan bij de Multifocusmethodiek, waar vraaggericht wordt gewerkt: wanneer ouders minder opvoedstress ervaren komt dat wellicht niet aan bod. Anderzijds is het een doel van Multifocus om voor alle gezinsleden, dus ook kinderen, stress en traumaklachten te verminderen. Een andere verklaring is dat deze gezinnen zwaardere problematiek hebben en er meer risicofactoren aanwezig zijn die ook aan opvoeden gerelateerd zijn, waardoor het langer duurt voordat opvoedvaardigheden dusdanig zijn verbeterd dat daarop en op het welzijn van kinderen een effect zichtbaar is. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe binnen Multifocus ook na anderhalf jaar een significante verbetering in de opvoedvaardigheden van ouders en het welzijn van kinderen bereikt kan worden. Dit punt geldt ook voor de "care as usual".

## 5.2. Meervoudige en complexe problematiek

Om te concluderen of Multifocus effectief is hebben wij de groep die Multifocus heeft ontvangen afgezet tegen een vergelijkbare groep huishoudens die de gebruikelijke hulp ontving. Uit deze analyses bleek dat in beide groepen het geweld afnam en in sommige gevallen stopte. Meer dan de helft van de huishoudens in beide groepen rapporteerde na anderhalf jaar nog steeds veel en ernstig geweld. Het patroon en de grootte van de afname van geweld waren gelijk tussen de groepen, wat betekent dat Multifocus niet tot een sterkere verbetering van veiligheid leidde dan de "care as usual". Dit gold ook voor andere problematiek die in deze gezinnen voorkwam: de verbetering bij ouders

in traumaklachten en kwaliteit van leven was niet groter in de Multifocusgroep dan in de controlegroep. Op basis van deze resultaten kan men concluderen dat Multifocus niet effectiever is in het verbeteren van veiligheid en welzijn van ouders en kinderen dan de gebruikelijke hulp. Echter is het van belang om rekening te houden met de aanwezigheid van risicofactoren tussen de twee groepen. De Multifocusgroep kenmerkt zich namelijk door zwaardere meervoudige en complexe problematiek dan de controlegroep.

In de Multifocusgroep was sprake van meer armoede, meer werkloosheid en meer riskant drankgebruik van de partner dan in de controlegroep. In bijna de helft van de Multifocus huishoudens was sprake van een cumulatie van risicofactoren bij de start van de hulp, tegenover een derde van de controlegroep. Ook hadden zowel volwassenen als kinderen in de Multifocusgroep vaker last van traumaklachten. Dit betekent dat de huishoudens en gezinnen die voor Multifocus aangemeld worden te maken hebben met zwaardere problematiek dan de huishoudens en gezinnen in de controle groep. Ondanks de zwaardere problematiek heeft Multifocus alsnog vergelijkbare resultaten bereikt op het gebied van veiligheid en welzijn als de gebruikelijke hulp in de controle groep. Multifocus is daarmee in staat om de achterstand die deze huishoudens hebben vanwege de zwaardere problematiek te overbruggen. We zien zelfs dat Multifocus in staat is om de aanwezigheid van risicofactoren terug te dringen: in deze huishoudens was na anderhalf jaar een afname in het aantal huishoudens met meer dan 3 risicofactoren zichtbaar, terwijl in de controlegroep geen verschil zichtbaar was. Dit betekent dat Multifocus geschikt is om in een zware doelgroep, gekenmerkt door complexe en meervoudige problematiek, het geweld te laten afnemen en in staat is om aanwezige risicofactoren aan te pakken.

### 5.3. Tot slot

Op basis van dit onderzoek zien wij dat de Multifocus aanpak in staat is om -in een groep gekenmerkt door complexe meervoudige problematiek- geweld te verminderen, het welzijn van ouders te verbeteren en het aantal aanwezige risicofactoren te verlagen. Dit maakt Multifocus een goede interventie om in te zetten voor een doelgroep met deze zware problematiek bij een tijdelijk huisverbod of code rood zaken. Wel is er ruimte voor verbetering: na anderhalf jaar is nog geen effect zichtbaar op de opvoedvaardigheden van ouders en het welzijn van kinderen en in het merendeel van de huishoudens is na anderhalf jaar nog steeds sprake van veel en ernstig geweld. We raden aan te onderzoeken waardoor dit verklaard kan worden zodat Multifocus de aanpak hiervan vervolgens kan verbeteren.

## 6 Referentielijst

- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: PAR.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual*. Lutz: PAR.
- Brock, de, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Experimentele versie. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cummings, E. M., & Davies, P. (2010). *Marital conflict and children : an emotional security perspective (Ser. The Guilford series on social and emotional development)*. Guilford Press.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116, 387-411
- Davies, P. T., Forman, E. M., Rasi, J. A., & Stevens, K. I., (2002). Assessing children's emotional security in the interparental relationship: The Security in the Interparental Subsystem Scales. *Child Development*, 73, 544-562.
- Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., Cicchetti, D., Manning, L. G., & Zale, E. (2009). Children's patterns of emotional reactivity to conflict as explanatory mechanisms in links between interpartner aggression and child physiological functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(11), 1384-1391
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Epstein, S. (1983). The mother-father-peer scale (MFP). *Niet gepubliceerd meetinstrument*. Amherst: Universiteit van Massachusetts.
- Eijkelen, Van L. (2018). *Afsluitende rapportage projectperiode 'Invoering Intensief Casemanagement bij huiselijk geweld'*. Groningen: December 2018.
- Locke, L. M., & Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review*, 22(6), 895-929.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying Regression and Correlation: A Guide for Students and Researchers*. Sage:London
- Overbeek, M. M. (2014). *Intervention for children exposed to interparental violence : a randomized controlled trial of effectiveness of specific factors, moderators and mediators in community-based intervention (dissertation)*. Vrije Universiteit.
- Pels, T., Lunnemann, K.D., & Steketee, M. (2011). *Opvoeden na partnergeweld Ondersteuning van moeders en jongeren van diverse afkomst*. Assen: Van Gorcum
- Ravens-Sieberer, U. e.a. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Pabst Science Publishers: Lengerich, Germany.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77(3, Pt 1), 819-830.
- Snoeren, F., Hoefnagels, C.J., Lamers-Winkelmann, F., Baeten, P., & Evers, S.M.A.A. (2013). Design of a quasi-experiment on the effectiveness and cost-effectiveness of using the child-interview intervention during the investigation following a report of child abuse and/or neglect. *Clinical Child and Family Studies*, 13, 1164-1172.
- Steketee, M., Tierolf, B., Lunnemann, M., & Lunnemann, K. (2020). *Kwestie van lange adem. Kan huiselijk geweld en kindermishandeling echt stoppen?* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Straus, M., Hamby, S., Finkelhor, D., Moore, D., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactic Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270.

Tierolf, B., & Lamers-Winkelmann, F. (2014). *TSCYC Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgever.

Tierolf, B., Lünemann, K. & Steketee, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

World Health Organisation (2007). *The cycle of violence. The relationship between child maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence. Key facts*. WHO, Europe.

# BIJLAGE

## Kwalitatieve resultaten

### Verdiepende casussen van cliënten

Aanvullend op de lopende kwantitatieve effectmeting is er kwalitatief onderzoek uitgevoerd, specifiek gericht op de Multifocus-aanpak casuïstiek. In het kwantitatieve onderzoek, waar voornamelijk gewerkt wordt met gevalideerde vragenlijsten, ligt de nadruk op geweldsproblematiek, trauma, opvoedingsstress, kwaliteit van leven van volwassenen en trauma, veiligheid, hechting bij kinderen en de effecten van de hulpverlening. Het casuonderzoek had als voornaamste doel te achterhalen wat de werkzame elementen zijn van de ICM-aanpak. Een kwalitatief onderzoek biedt de mogelijkheid om de beleving en de betekenisverlening van de betrokkenen te achterhalen en de thematiek in concrete alledaagse omstandigheden te beschrijven en te interpreteren. In een kwalitatief onderzoek staan de argumentatie en de beleving van de respondenten voorop en niet de aantallen.

In de casusinterviews hebben de onderzoekers ook vooral doorgevraagd naar de rol en de functie van de intensief casemanager en hoe respondenten dat ervaren hebben. Omdat voor intensief casemanagement bepaalde doelstellingen nadrukkelijk van belang zijn, zijn we hier in het kwalitatieve onderzoek dieper op ingegaan. Aanvullende onderzoeksvragen voor het casuonderzoek waren:

1. Ervaart de cliënt(en) een meer gerichte hulpverlening waarin afstemming en samenwerking tussen hulpverleners sterk geregistreerd worden door de intensief casemanager?
2. In hoeverre ervaart de cliënt een systeemgerichte aanpak, waarbij alle individuele gezinsleden de benodigde en adequate hulpverlening ontvangen? Ervaart het gezin duidelijke afstemming in de hulpverlening door de intensieve casemanager?
3. In hoeverre ervaren cliënten dat er sprake is van effectieve hulpverlening rondom partnergeweld, waarbij specifieke aandacht is voor de dynamiek binnen de relatie? Is er bijvoorbeeld sprake van begeleide toegang tot relatietherapie, wanneer beide partners daarmee instemmen?

Het casuonderzoek hebben we uitgezet onder twaalf gezinnen; allen cliënten van Veilig Thuis Groningen. De onderzoekers hebben zich gericht op de gezinnen waar het geweld gestopt is en met de partner(s) doorgepraat over de redenen waarom het geweld is gestopt en wat voor betekenis zij geven aan het effect van de hulpverlening en de regie van de intensief casemanager hierbij. De nadruk van het interview lag op de ervaren hulp, de behoeften aan hulp en punten waar de respondenten tevreden of ontevreden over waren. Om de hulp te kunnen plaatsen is er ook gepraat over het geweld. Merendeel van de respondenten waren 'achterblijvers', omdat 'uithuisgeplaatsen' vaak niet geïnterviewd wilde worden. We hebben in enkele gevallen ook met de kinderen gesproken over de ontvangen hulp.

## Achtergrond respondenten

In totaal zijn met twaalf systemen interviews gehouden. Bij drie systemen betrof het alleen partners (geen kinderen), bij de overige gezinnen was er sprake van (volwassen) kinderen. In twee systemen hebben we beide partners kunnen spreken en in één systeem de moeder en het oudste kind. De leeftijden van de ouders/partners varieerden van 23 jaar tot 56 jaar. Het kind was 11 jaar oud. In totaal is er met drie mannen gesproken. De rest van de respondenten was vrouw. Bij één respondent was sprake van een stoornis (FAS-syndroom).

In de meeste systemen ging het om partnergeweld en had de mannelijke partner een tijdelijk huisverbod opgelegd gekregen. Bij één systeem ging het om een volwassen kind dat een tijdelijk huisverbod opgelegd kreeg en bij één ander systeem had de vrouw een tijdelijk huisverbod opgelegd gekregen.

## Relatie met partner en relatie met eventuele kinderen

In de interviews hebben we gevraagd naar hoe respondenten aankeken tegen hun partnerrelatie en naar, indien van toepassing, de relatie met hun kinderen. De meeste respondenten zijn inmiddels uit elkaar. In enkele gevallen zijn de partners nog bij elkaar en gaat dat nu ook (redelijk) goed.

Relaties met hun partners worden omschreven als "intens" of "kort, maar krachtig" of er wordt aangegeven dat het in periodes goed ging. Dan werd beterschap beloofd en al snel werd er weer veel gelogen (over onder andere financiën).

*Heel intensief. Heel goed en heel slecht, allebei in één.*

■ Respondent 1099, vrouw

*Maar het meeste kwam grotendeels wel op mij neer, qua de kinderen. Dus hoe meer kinderen, hoe slechter het werd. Ik begon dingen van hem te verwachten en hij is eigenlijk om te zeggen heel lui. Hij lag de hele dag te slapen en iedereen moest rekening houden met hem en het draaide allemaal om hem.*

[...]

*Hij had ook wel zijn lieve kanten af en toe, maar dat waren echt periodes. Hij had heel veel periodes dat hij iedere keer beterschap beloofde. Dan deed hij iets met de kinderen of dan was hij bereid om iets te doen. Dan toonde hij iets meer inzet en iets meer beterschap qua schulden of liegen.*

■ Respondent 1165, vrouw

Een koppel geeft aan dat ze heel close zijn met elkaar en eigenlijk niet zonder elkaar kunnen, vooral omdat ze elkaar al sinds hun vroege jeugd kennen. Sommige respondenten hebben meerdere relaties gehad waar geweld in voorkwam.

De relatie met de kinderen omschrijven de respondenten als goed, behalve bij het systeem waar het de zoon betrof die een tijdelijk huisverbod opgelegd kreeg. Vanaf zijn achtste jaar ontstonden de eerste problemen, zowel tussen hem en zijn moeder als tussen hem en zijn zus. En vanaf zijn puberteit werd de relatie steeds slechter. De relatie tussen de kinderen en de uithuisgeplaatste wordt niet per se als slecht omschreven, maar ze geven wel aan dat de ex-partner snel boos kon worden op de kinderen. Een respondent gaf aan dat haar ex-partner de kinderen ook sloeg.

*[Hoe was zijn relatie met de kinderen?] Wisselend. Hij had wel al... wel regelmatig een kort lontje.*

[...]

*Doordat zij ook werden geslagen en continu werd geschreeuwd. Het was niet altijd zo, maar het gebeurde wel.*

■ Respondent 1165, vrouw



De zoon die is geïnterviewd geeft aan dat het beter gaat tussen hem en zijn moeder, maar dat hij nog moeite heeft met haar vertrouwen. Dit had vooral met nieuwe relaties van zijn moeder te maken en de wijze waarop ze daarover communiceerde.

*Het wordt wel beter. Want vertrouwen in m'n moeder heb ik ook nog niet zo veel. En we hebben best wel vaak ruzie.[...] Ze heeft wel een paar keer gezegd van "nou er komt geen man meer" of iets anders. Maar een half jaar, of een jaar later was er alweer iemand in huis. En dan kwam er alweer ruzie dus.*

■ Respondent 1175, kind

### Waar ga conflicten over?

Tijdens het interview met de respondenten hebben we gevraagd naar de conflicten die aanleiding waren voor het geweld. Waar gingen deze conflicten over? Wat was de aanleiding? Hoe vaak speelden ze? Ook werd in geval van in huis wonende kinderen gevraagd hoe zij hierop reageerden en of hoe het conflict eindigde.

Alcohol en/of drugs worden in tweederde van de interviews genoemd waardoor conflicten tussen de partners ontstonden. Alcohol en drugs blijken dan een trigger te zijn voor kleine ruzies die uitlopen in grote conflicten, die uiteindelijk kunnen resulteren in conflicten met geweld.

*Nou, dat ging soms om... om de domste dingen, en om de kleinste dingen, irritaties en noem maar op. En ja, goed, als je dan bij elkaar zit zoals hier dan bij haar vader en je bent een drankje aan het doen, dan gaat dat irriteren en dan ja, goed, dan krijg je wel eens van, ja of je scheldt mekaar uit. Ja en dan zijn er wel eens ruzies van gekomen en toen in de tijd ook met politie erbij, ja, dat klopt.*

■ Respondent 2631, man

Door alcohol- of drugsproblemen zien we dat de relatiebalans verstoord wordt, dat ook zichtbaar wordt in de aard van het conflict tussen partners. Een verslavingsprobleem lokt dan conflicten uit waarin partners onder psychische druk worden gezet.

*Toen zei hij van: 'Ik steek de gordijnen in de fik als je dit niet doet.' Toen stond hij op een gegeven moment een keer met een aansteker bij mijn haar zo van 'ik steek je haar in de fik'. Voor mij was de druppel dat hij gewoon in de gang stond te plassen en hij zei 'jij ruimt het wel weer op'. Toen had ik zoiets van: dit gaat mij te ver, dit ga ik echt niet opruimen. Maar hij was gewoon helemaal niet meer X. Hij was gewoon helemaal onder de drank en een beetje deliriumachtig. Rare dingen doen.*

■ Respondent 1084, vrouw

Ook was er in sommige gevallen sprake van financiële problemen en schulden, waar geen openheid over gegeven werd, wat tot irritaties leidde.

*Ik wist dat het een feestbeest was, en hij blowde heel veel en had veel schulden. Ik wist dat hij schulden had, maar dat het 50.000 euro, dat had hij er niet bij verteld. Ik dacht, ga werken, doe er wat aan, maar dat deed hij steeds niet. En ik gaf hem een deadline, je moet er echt wat aan gaan doen en dat wilde hij dus niet en hij werd daar boos om.*

■ Respondent 1175, vrouw

Tevens wordt luiheid, niet werken, niks doen in het huishouden en overdag veel slapen genoemd als aanleiding tot conflict. Ook kinderen die te veel lawaai of rommel maakten of niet luisterden konden tot conflicten leiden en konden aanleiding zijn om de kinderen te slaan.

De meeste respondenten geven aan dat ze probeerden erover te pratten, maar in sommige gevallen leidde dat weer tot nieuwe conflicten. Bij andere systemen ging dit wel goed, konden ze er goed met elkaar over praten, maar was dit niet blijvend. Anderen geven aan dat ze er niet (meer) over pratten, omdat het geen zin had. Ze probeerden de aanleidingen tot de conflicten voor te zijn, of zelfs te vermijden, bijvoorbeeld door te zorgen dat de kinderen rustig waren en geen rommel maakten.

*Je probeert het te voorkomen. Door al van tevoren met hen [kinderen] te praten. Als zij bepaald gedrag hadden waarvan ik denk van, daar heeft hij last van, dan probeerde ik wel daarop aan te sturen, van tevoren al. Of door zelf op tijd te stoppen, weet je, als hij niet in gesprek wilde voor de zoveelste keer en toch weer ging er zoveel fout, om dan 'laat maar' te zeggen.*

■ Respondent 1165, vrouw

### Om wat voor geweld gaat het?

In de interviews hebben we het geweld besproken met de respondenten. Wat voor geweld heeft er plaats gevonden, psychisch in de vorm van treiteren of kleineren en/of fysiek in de vorm van slaan of schoppen? Hoe vaak kwam geweld in een van die vormen voor, en is het geweld gestopt na het ingezette huisverbod?

Het geweld dat wordt beschreven is zowel fysiek als psychisch. Daarnaast wordt benoemd dat dochters van één respondent zijn aangerand door een pleegkind. Fysiek geweld dat wordt genoemd is beetpakken in het gezicht, (hard) duwen, tegenhouden, schoppen, slaan, met een schaar of mes aanvallen wat leidde tot verwondingen en wurgen wat leidde tot zichtbare striemen in de hals.

*Ik kom thuis en ik zeg [tegen vriend] heb je die mail wel gekregen, want hij was vreemdgegaan dus ik wou 'm zo snel mogelijk weg hebben natuurlijk. En toen zei hij tegen mij: bla bla bla. Maar ik laat niet tegen mij schreeuwen natuurlijk. Dus ik heb wel teruggescholden en toen hij staat zo op en geeft me een paar slagen tegen de kop aan. Ja, ik sla natuurlijk wel terug. En vervolgens wil ik naar de overburen lopen. Wil hij me tegenhouden, want ik heb voor aan de onderbuik een donornier zitten daar net boven en toen smeed hij me nog op de trap en hij heeft geprobeerd mij te wurgen. Dus ik heb uiteindelijk nog in het ziekenhuis gelegen.*

■ Respondent 1138, vrouw

*Hij heeft haar gewoon een keer aangevallen dat hij haar wilde wurgen en dat ze op de grond lag. Dat ging steeds verder allemaal. Dus al die jaren heeft ze ook hulp nodig gehad omdat ze het niet meer zag zitten en er een eind aan wou maken.*

[...]

*Ik heb hem nooit horen schreeuwen, deed hij maar schreeuwen. Hij is een binnenvetter. Dan ontplofte er in een keer iets en je weet niet wanneer. Je ziet dat hij gespannen op de bank zit met zijn vuisten gebald. Je zit scherp, maar wanneer dat is altijd afwachten. Het kan om heel iets onbenulligs zijn, maar dat weet je niet.*

■ Respondent 2636, vrouw

Het psychische geweld betrof veel schreeuwen en schelden, maar ook bedreigen of dreigen met bijvoorbeeld het haar in de fik te steken of het huis, dreigen met suïcide als zij bij haar partner weg zou gaan, liegen en snauwen.

De frequentie waar het geweld mee gebeurde, was verschillend. De meesten geven aan dat het regelmatig, wekelijks was. Soms zelf dagelijks. Anderen geven aan dat het in periodes ging. Het kon weken goed gaan en dan opeens weer weken achter elkaar mis zijn.

## Inzet van de hulpverlening; de ICM-aanpak

Met de respondenten hebben we uitgebreid gesproken over de ingezette hulpverlening in de context van de ICM-aanpak. We hebben hen allereerst gevraagd of zij behoefte hadden aan hulp en over welke vorm van hulpverlening zij het meest tevreden waren. Vervolgens hebben onderzoekers ook gevraagd naar hoe de veiligheid werd geborgd en of het geweld is gestopt na het inzetten van de hulpverlening. Ook is gesproken over eventuele onderliggende problemen zoals alcohol- en drugsverslaving en hoe deze problemen werden aangepakt in samenwerking met de hulpverlening. Respondenten hadden vaak niet op het netvlies dat zij via Veilig Thuis te maken hadden met een intensief casemanager (ICM). Ongeveer de helft sprak wel over een casemanager of 'die man/vrouw van Veilig Thuis'. De anderen noemden hem/haar bij zijn/haar naam. Er is doorgevraagd op de hulpverlening van deze specifieke functie, o.a. over regievoering en afstemming met alle gezinsleden (het gehele systeem).

### Hoe snel werd de hulp vanuit ICM ingezet?

Over het algemeen kwam de hulp van de ICM wel snel op gang. Ze weten vaak niet meer exact wanneer het startte, maar benoemen dat het 'snel' ging, 'binnen enkele dagen' of zelfs 'de volgende dag' na de melding. Echter, niet iedereen was op de hoogte dat hij of zij langs zou komen. Een respondent geeft aan dat de casemanager opeens onverwachts voor de deur stond, wat vervelend was, omdat het op een ongelukkig moment kwam.

### Hadden ze behoefte aan hulp van Veilig Thuis?

De helft van de respondenten geeft aan inderdaad behoefte te hebben aan hulp na de melding bij Veilig Thuis. De andere helft geeft aan dat ze die behoefte niet hadden. Daar wordt wel aan toegevoegd dat hoewel ze de behoefte niet hadden, ze het wel prettig vonden om even hun hart te kunnen luchten. In de gevallen waarin ze geen behoefte hadden, was er vaak al sprake van eerder ingezette

hulp via bijvoorbeeld een casemanager van het wijkteam of een persoonlijk begeleider. De ICM bleef in dergelijke situaties wel op de achtergrond fungeren als contactpersoon voor de respondent.

De respondenten zijn met name tevreden over de snelheid waarmee het tijdelijk huisverbod ingezet kon worden. Het huisverbod werd als doeltreffende maatregel ervaren om veiligheid en rust in een hectische situatie te creëren.

*Ja vooral met dat contactverbod, dat vond ik heel snel gaan. Ik dacht hoe krijgt ze dat zo snel voor elkaar? [...] Ja dat was wel heel erg snel, en daar was ik ook wel opgelucht mee. Dat was toch wel een stukje, omdat ik gewoon wist dat hij op het begin nog heel erg in de buurt is, ik denk o, o...*

■ Respondent 1138, vrouw

Een respondent geeft aan dat ze zeker behoefte had aan hulp, maar dat dit niet goed is verlopen. Afspraken en toezeggingen die waren gedaan, werden niet nagekomen. Tevens werd bij twee respondenten hulp ingezet bij organisaties of instanties waar ze voor de melding bij Veilig Thuis al eens mee te maken hadden en waarmee de ervaring niet positief was. Dit zorgde niet voor een vertrouwd gevoel over de ingezette hulpverlening.

*Als jij doorgeeft [aan maatschappelijk werk] dat je problemen hebt met een volwassen zoon, dan moet hij niet gaan zeggen dat hij al 18 is geweest en niks kan doen. Dat had hij ook via de telefoon kunnen zeggen. Toen kwam zij van Veilig Thuis en ze [maatschappelijk werkster] kwam met die vrouw van Veilig Thuis mee, die hadden contact met elkaar. Ze had ook gevraagd of ze mee mocht komen. Dat vond ik prima. Ze zei als u wilt kunt u altijd een gesprek opvragen. Maar ik heb daar geen behoefte meer aan. Ik heb daar geen behoefte meer aan, dat vertrouwen was weg.*

■ Respondent 2636, vrouw

## Welke hulp ontvangen?

Alle respondenten geven aan dat ze meerdere gesprekken hebben gehad met de intensief casemanager. Daarnaast is bij de meesten nog extra hulp aanwezig geweest. In sommige gevallen was deze hulp al voor de inzet van de ICM aanwezig en daarna gecontinueerd. In andere gevallen is de extra hulp op verzoek van de ICM ingezet. In sommige gevallen heeft de ICM bemiddeld tussen de achterblijver en de uithuisgeplaatste om vooral rust te creëren voor de achterblijver.

In andere gevallen is door de ICM voorgesteld een gezamenlijk gesprek te arrangeren, maar had de achterblijver daar geen behoefte aan. Doel van het gesprek zou zijn om voor beide partijen de situatie goed te kunnen afsluiten. In enkele gevallen is dan door de respondent aangegeven dat ze geen behoefte aan een gesprek hadden.

*En ze [ICM] vroeg ook of ik het goed vond of we samen een gesprek zouden aangaan, maar dat wou ik niet. Ik dacht, weet je, ik vind het wel best. Je hebt me zo erg dusdanig verminkt eigenlijk. Dus ik ben er wel klaar mee.*

■ Respondent 2634, vrouw

Buiten de hulpverlening van de ICM noemen respondenten dat zij hulp hebben ontvangen van Maatschappelijk Werk. In sommige gevallen kregen respondenten relatietherapie of individuele psychotherapie of traumabehandeling in de vorm van EMDR. Ook wordt verwijzing naar de reclassering genoemd. Een respondent gaf aan dat de ICM erg haar best deed om hulp te regelen, maar tegen bureaucratische muren aan liep. De respondent heeft uiteindelijk zelf de hulp moeten regelen via de huisarts. De ICM kwam nergens binnen.

*Dus L. [ICM] liep constant tegen muren aan, ze kon de opname [in de verslavingszorg] niet voor elkaar krijgen voor J., ze kon de politie niet mee krijgen. Dus al met al kon ze eigenlijk ook niet veel voor J. doen.*

■ Respondent 1084, vrouw

De ICM is niet bij iedereen op de voorgrond aanwezig, maar op de achtergrond wel te bereiken en wordt in de meeste gevallen ook op de hoogte gehouden van de hulp van de andere organisaties of instellingen die zijn ingezet. Dit vonden respondenten prettig.

Een respondent geeft aan dat er veel beloofd is qua inzet van hulp door de ICM, maar dit nooit tot uitvoer is gebracht. Er werd zowel praktische als emotionele hulp toegezegd, maar geen van beiden is uitgevoerd. Afspraken en beloften die waren gedaan werden in dit geval volgens de respondent niet nagekomen.

*En er zou een verslag naar de rechtbank gaan, van Slachtofferhulp, en toen was X [ICM] ziek, toen heeft X het acht dagen laten liggen. Ik had in een mailtje staan, er zit veel spoed bij, niemand heeft dat opgepakt, het is gewoon blijven liggen. Dan denk ik van, hoe kan dat? En X had zogenaamd alles overgedragen. En opeens was X acht dagen niet bereikbaar.*

■ Respondent 1165, vrouw

Bij één gezin is ook specifieke hulp voor de kinderen ingezet via Stichting Het Kopland. Dit werd door de respondent heel prettig gevonden. Deze hulp tekende dan met de kinderen om zo spelenderwijs met de kinderen te praten over wat er gebeurd was in het gezin.

*Dus L. [ICM] nam mij en R. [Kopland] ging altijd met de kinderen kletsen. En bij VT heeft mijn ex zijn kind ook nog gezien onder begeleiding met R. dan. Ik vond die combi van hun tweeën gewoon super.*

■ Respondent 1175, vrouw

### Hoe lang / hoe vaak contact?

De hulp vanuit de ICM duurde bij de meeste respondenten drie tot zes maanden. De frequentie van het contact was verschillend. Sommigen hadden wekelijks (telefoon/what's app) contact, een iemand zelfs dagelijks. Anderen hebben één of twee keer een gesprek gehad met de ICM, waarna het contact ophield of alleen nog ingezet werd indien nodig.

Het contact met de externe hulp die is ingezet, is verschillend. In sommige gevallen is er relatietherapie ingezet, maar is na twee sessies besloten om de relatie te beëindigen en is daarmee ook de relatietherapie stopgezet. De meeste hulp vind ongeveer eenmaal per twee weken plaats.

### Hoe was het contact met de ICM?

De meeste respondenten ervaren het contact met de intensief casemanager als prettig. De casemanagers worden omschreven als betrokken personen die goed luisteren en bij wie ze hun verhaal kwijt kunnen. Ook was het prettig om te weten dat ze – indien nodig – altijd bij de ICM terecht konden en deze goed bereikbaar was. Ze konden altijd bellen of what's appen. Een respondent geeft aan dat ze het erg prettig vond dat de ICM haar ook bij kon staan in haar gesprekken met haar ex-partner.

*Nou je moet gewoon best veel gesprekken voeren met mijn ex en daar waren zij bij. Dus alles wat er gezegd wordt, wordt verdraaid. En als er een gesprek was geweest, dan werd ik weer door zijn ouders en zus gebeld en wat ik wel allemaal wel niet aan had gedaan en wat ik wel niet allemaal had gezegd. En in zo'n gesprek, daar praat niemand, alleen hij was aan het woord en VT en Kopland en ik, wij zaten er dan bij en we zaten gewoon te wachten totdat ie uitgepraat was en dan liep die weg. En zij hebben ook veel gesprekken gehad met zijn ouders en zus. Dus dat is uiteindelijk ook wel begrepen, hoe de vork in de steel zat, en zij konden ook aan hen uitleggen hoe mijn ex in elkaar zat. En daarin heb ik heel veel steun aan ze [VT en Kopland] gehad.*

■ Respondent 1175, vrouw

Ook benoemen ze dat de ICM van alles op de hoogte is en op de achtergrond aanwezig is. Dit wordt als prettig ervaren. Weten dat ze altijd op iemand terug kunnen vallen.

Slechts één respondent geeft aan zeer ontevreden te zijn over de ICM. Deze was slecht bereikbaar en kwam vaak op onhandige tijdstippen (bijv. precies tussen het uitgaan van school van de kinderen en etenstijd in). Ze geeft aan dat de ICM nalatig is en zijn macht misbruikt (dreigt veel met inmenging van Raad van Kinderbescherming).

### Wat was positief?

De snelheid waarmee het huisverbod werd geregeld werd door iedereen als positief ervaren. Dit zorgde voor rust en het stoppen van het geweld waardoor er aan herstel gewerkt kon worden. Ook geeft men aan dat het prettig is dat je altijd iemand kan bellen en je verhaal kunt doen. Over de intensief casemanagers wordt opgemerkt dat ze goed kunnen luisteren, duidelijke afspraken maken en met praktische tips komen. Ook het feit dat ze maar één keer hun verhaal hoefde te doen en de manier waarop hun casus door de ICM aan maatschappelijk werk werd overgedragen is positief ervaren.

## Wat kon beter?

In sommige gevallen waren de gemaakte afspraken toch niet altijd duidelijk. Soms was de afspraak 'hij komt 1x per week bij jou langs', maar dan werd er gezegd door de ICM 'ja, jullie kunnen natuurlijk onderling afspreken dat het meer wordt' (wat de partner dan wel wilde, maar zij niet). Ook zijn soms afspraken alleen mondeling toegezegd. Hierdoor was niet altijd meer duidelijk waar de cliënt 'recht' op had, wat haar toegezegd was, omdat het niet zwart op wit stond.

Het kind dat is geïnterviewd gaf aan dat hij graag had gewild dat ze niet zo snel kwamen. Hij had al meerdere vormen van hulp gehad, en voor hem was het teveel.

*Ik had eigenlijk helemaal geen zin om er überhaupt met die mensen nog eens over te praten. En in het geval van wat er allemaal was gebeurd. Want ik moet elke keer het hele verhaal overnieuw vertellen, en daar ben ik gewoon klaar mee.*

[...]

*[wat zou hebben geholpen?] Als er minder over mijn ex-stiefvader wordt gepraat, hoe dom dat ook klinkt, maar ik werd er elke keer weer aan herinnerd, en het ging super snel allemaal, ik moest dat eerst nog verwerken. Ik was net klaar met gezintherapie. Toen kwamen er al weer nieuwe mensen. Alsof er elke keer weer wat nieuws komt.*

■ Respondent 1175, kind

## Wat is door de hulp veranderd?

De meeste respondenten geven aan dat het tijdelijk huisverbod heel prettig was om het geweld te laten stoppen en rust te creëren. De systemen die relatietherapie hebben gekregen, geven aan dat ze daarna beter zijn gaan communiceren en meer begrip voor elkaar kunnen tonen.

*Wat is er veranderd.. Nou ik denk sowieso dat er meer communicatie is, en ook een beetje meer begrip, en dat je anders tegen dingen aankijkt. En ook in de belevenis van dat [naam partner] een beetje met mij moet meegaan in mijn gedachten omdat ik een stuk ouder ben. Hè, ik wil graag dat alles netjes op rolletjes loopt, natuurlijk val je er wel eens een keer van af, ik ook, ik ben ook niet perfect.*

■ Respondent 2631, man

Ook zeggen respondenten dat zij nu minder alcohol gebruiken waardoor in het verleden vaak conflicten ontstonden. Anderen geven aan dat ze inmiddels uit elkaar zijn gegaan, waardoor het geweld is gestopt. Enkelen zijn nu met Maatschappelijk Werk bezig om hun leven op orde te krijgen (bijvoorbeeld bij schulden) of met een psycholoog in gesprek zijn (geweest) om de ervaringen te kunnen bespreken.

Sommige casuïstiek zit ingewikkelder in elkaar waarbij het tijdelijk huisverbod (van maximaal 28 dagen) een tijdelijke oplossing is geweest. Dit gezin was bijvoorbeeld niet meer in beeld bij Veilig Thuis en andere hulpverlening, terwijl het gezin nog regelmatig last had van 'stalking' door de uithuisgeplaatste. In dit geval sprak het gezin uit dat zij weer behoefte hadden aan hulpverlening, maar dat dit niet (meer) op gang kwam.

*Nee, ze [politie] doen eigenlijk helemaal niks. Wij moeten nou een logboek bijhouden op momenten dat hij aan de deur komt, of via brieven mail, hij komt bij mij in de spam. Ik heb de huistelefoon ook al uit. Hij viel me constant lastig. (...). Ik geloof dat er iets van tien tot vijftien meldingen liggen bij de politie. Krijg altijd te horen deur dicht houden en politie bellen. Maar als die er verder niks mee doen. Op den duur krijg je er ook een hard hoofd in. Je kunt wel bellen, maar als ze niks doen. Want iedere keer is hij al weg en dan gaan ze naar zijn huis en dan doet hij net alsof hij er niet is, alsof hij slaapt of wat dan ook.*

■ Respondent 1608



## Cijfer voor de Multifocus-aanpak

De intensief casemanagers krijgen overwegend goede cijfers. Een respondent is erg ontevreden en geeft een 1. Voor de rest wordt tweemaal een 10 gegeven en tweemaal een 9. Een keer een 8 en tweemaal een 6 á 7.

*Door het huisverbod dat er is gekomen ben ik gewoon heel veel geholpen en dat heeft zij kunnen doen en zij heeft ook goed geluisterd naar mij en dat ik dat wilde. Dus op die manier geef ik het bijvoorbeeld wel een 9, omdat het gewoon heel erg geholpen heeft. Want hij kon eindelijk hier weg en dat kreeg ik niet voor elkaar.*

■ Respondent 1099, vrouw

## Kwaliteit van leven

De meeste respondenten zijn momenteel tevreden met hun leven. Een tweetal geeft hun leven momenteel een 10 en één een 8,5. De anderen duiden de kwaliteit van hun leven zo rond de 7.

## Conclusie

De ICM-aanpak is o.a. gericht op hulpverlening door één intensief casemanager (ICM) die zorgt voor een sterke regie op de casus en de samenwerking tussen de hulpverleners regisseert en monitort. In het kwalitatieve onderzoek konden we op deze aanpak doorvragen en hebben cliënten deze aanpak, op enkele cliënten na, positief ervaren. Vooral de snelheid waarmee het tijdelijk huisverbod werd ingezet wordt als positief ervaren. Het tijdelijk huisverbod bood rust in de situatie waardoor cliënten de mogelijkheid hadden om de situatie beter te beschouwen en te kunnen bedenken wat zij wilden. De ICM bood in die gevallen waarin het nodig was een luisterend oor, organiseerde meerdere gesprekken met ieder gezinslid afzonderlijk en begeleidde het gezin naar de juiste hulp.

Wat kan beter? In sommige gevallen waren de gemaakte afspraken tussen de ICM en de cliënten toch niet duidelijk. Ook zijn soms afspraken alleen mondeling toegezegd. Hierdoor was niet altijd meer duidelijk waar de cliënt 'recht' op had, wat haar toegezegd was, omdat het niet zwart op wit stond. Een ander verbeterpunt is dat de ICM nog een evaluatiegesprek met het gezin houdt, bijvoorbeeld een half jaar na de melding. In twee casussen dreigden respondenten namelijk uit beeld van de hulpverlening te verdwijnen, terwijl zij nog wel behoefte aan hulp hadden, zo gaven zij aan.

In het kwalitatieve onderzoek hebben we ook de ervaring van de cliënt met de systeemgerichte aanpak voor het voetlicht willen brengen. Heeft het gezin een duidelijke afstemming in de hulpverlening door de ICM ervaren? In de meeste gevallen was hier sprake van en zeiden respondenten dat de ICM binnen één gezin met ieder gezinslid afzonderlijke gesprekken voerde om de situatie in kaart te brengen en de hulpverlening te bespreken. Respondenten voelden zich door deze aanpak persoonlijk gehoord. Ook gaven zij aan dat de ICM de hulpverlening goed organiseerde waardoor zij niet steeds hun verhaal opnieuw hoefden te vertellen.



In een enkel geval gaven respondenten aan dat de hulpverlening niet goed was afgestemd, maar dat dit wellicht ook in de weg werd gezeten door privacywetgeving die verschillende hulpverleners moesten hanteren rondom hun casus.

Bij de cliënten die gebruik maken van de ICM-aanpak zien we dat er veelal sprake is van partner-geweld, soms in combinatie met kinderen die getuige zijn van partnergeweld, of van geweld van een kind naar de ouder toe (oudermishandeling). De ICM-aanpak richt zich ook op de dynamiek binnen de relatie en de ICM kan de toegang tot relatietherapie begeleiden. In de casusinterviews zagen we dat de ICM in sommige gevallen heeft bemiddeld tussen de achterblijver en de uithuisgeplaatste om vooral rust te creëren voor de achterblijver. In andere gevallen is door de ICM voorgesteld een gezamenlijk gesprek te arrangeren, maar had de achterblijver daar geen behoefte aan. Doel van het gesprek zou zijn om voor beide partijen de situatie goed te kunnen afsluiten. In enkele gevallen is dan door de respondent aangegeven dat ze geen behoefte aan een gesprek hadden. In de meeste gevallen zagen we dat partners, na de melding bij Veilig Thuis en het huisverbod, uit elkaar zijn gegaan. Enkele gevallen zijn bij elkaar gebleven met hulp in de vorm van relatietherapie.

## COLOFON

Opdrachtgever	Gemeente Groningen
Auteurs	Prof. dr. M.J. Steketee Dr. B. Tierolf Dr. E. Smits van Waesberghe S. Andeweg, MSc
Foto omslag	Potloodtekening, M. Bode
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> I <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

De publicatie kan gedownload worden via onze website:  
<http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-94-6409-084-0

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2021.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.